

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

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на тему: УПРАВЛІННЯ ЛЮДСЬКИМИ РЕСУРСАМИ У ЗАКЛАДІ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ОСНОВІ ЛЮДИНОЦЕНТРИЧНОГО
ПІДХОДУ

Студента групи 14401БМН,
спеціальності 073 «Менеджмент»
ОПП «Менеджмент у сфері
охорони здоров'я »

Валентина ЧЕСТАХОВСЬКА

Науковий керівник
науковий ступінь,
вчене звання

Тетяна ВЕЖНОВЕЦЬ
д.мед.наук, професор

Гарант освітньо-
професійної програми
науковий ступінь
вчене звання

Ганна МАТУКОВА
д.пед.наук, професор

Завідувач кафедри,
науковий ступінь
вчене звання

Валентин ПАРІЙ
д.мед.наук, професор

Київ, 2025

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

Освітній рівень магістр

Спеціальність 073 «Менеджмент»

ЗАТВЕРДЖУЮ:

Завідувач кафедри менеджменту
Охорони здоров'я

_____ 20__ року

**ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ МАГІСТРА
Валентина ЧЕСТАХОВСЬКА**

1. Тема роботи: Управління людськими ресурсами у закладі охорони здоров'я на основі людиноцентричного підходу.

Керівник роботи Тетяна ВЕЖНОВЕЦЬ, доктор медичних наук, професор
затверджені наказом вищого навчального закладу від
"13"травня 2025 р. № 381

2. Строк подання студентом роботи _____

3. Вихідні дані до роботи _____

4. Цільова установка кваліфікаційної роботи _____

Мета кваліфікаційної роботи: Дослідити теоретичні засади та практичні інструменти управління людськими ресурсами у закладах охорони здоров'я на основі людиноцентричного підходу та розробити рекомендації щодо їх впровадження в закладах охорони здоров'я України.

Об'єкт дослідження: Людиноцентричний підхід в управлінні людськими ресурсами у КНП КОР «КООД»

Предмет дослідження: Господарська діяльність закладу охорони здоров'я КНП КОР «КООД» з точки зору ефективного менеджменту (загальна характеристика, характеристика системи управління, медичних послуг, фінансової діяльності, матеріально-технічної бази та персоналу).

Рівень залученості, емоційного вигорання, психологічної безпеки та лояльності працівників КНП КОР «КООД».

5. Перелік графічного (ілюстративного) матеріалу: табл. 28, рис. 6.

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

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

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

Студент

Валентина ЧЕСТАХОВСЬКА
(підпис) (прізвище та ініціали)

Керівник кваліфікаційної роботи

Тетяна ВЕЖНОВЕЦЬ
(підпис) (прізвище та ініціали)

ЗМІСТ

	Вступ	8
	Розділ 1 Огляд літератури.	12
1.1.	Теоретичні засади управління людськими ресурсами, шлях до людиноцентричного підходу.	12
1.2	Зв'язок людиноцентричного підходу в управлінні людськими ресурсами та теорії людського капіталу.	18
1.3	Теоретико-методологічні засади мотивації персоналу та їх взаємозв'язок із людиноцентричним підходом в управлінні людськими ресурсами	22
1.4	Зарубіжний досвід застосування людиноцентричного підходу управління людськими ресурсами	27
1.5	Людиноцентричний підхід в управлінні людськими ресурсами у провідних медичних організаціях світу	29
1.6	Огляд існуючих методів дослідження та оцінки людиноцентричного підходу в управлінні людськими ресурсами	34
1.7	Вивчення людиноцентричного підходу у закладах охорони здоров'я України	37
	Розділ 2 Аналіз господарської діяльності Комунального некомерційного підприємства Київської обласної ради «Київський обласний онкологічний диспансер»	39
2.1	Загальна характеристика Комунального некомерційного підприємства Київської обласної ради «Київський обласний онкологічний диспансер»	39
2.2	Характеристика медичних послуг Комунального некомерційного підприємства Київської обласної ради «Київський обласний онкологічний диспансер»	42

2.3	Характеристика та склад матеріально-технічної бази Комунального некомерційного підприємства Київської обласної ради «Київський обласний онкологічний диспансер»	47
2.4	Характеристика фінансової складової діяльності Комунального некомерційного підприємства Київської обласної ради «Київський обласний онкологічний диспансер»	50
2.5	Аналіз системи управління Комунального некомерційного підприємства Київської обласної ради «Київський обласний онкологічний диспансер»	53
2.6	Організація роботи з кадрами та характеристика персоналу КНП КОР «Київський обласний онкологічний диспансер»	59
	Розділ 3 Оцінка рівня залученості, емоційного вигорання, психологічної безпеки та лояльності працівників КНП КОР «Київський обласний онкологічний диспансер»	66
3.1	Опис дизайну дослідження	66
3.2	Результати дослідження	72
3.2.1	Характеристика працівників, які взяли участь в опитуванні.	72
3.2.2	Результати опитування	79
	Висновки	94
	Практичні рекомендації	101
	Список використаних джерел	106
	Додатки	112

АННОТАЦІЯ

Кваліфікаційна робота присвячена дослідженню теоретичних засад, сучасних концепцій та практичних інструментів управління людськими ресурсами у закладах охорони здоров'я на основі людиноцентричного підходу. У роботі проаналізовано еволюцію управлінських моделей — від класичних технократичних підходів до сучасних концепцій. Розкрито вплив цих моделей на формування ефективної, стійкої та безпечної системи управління медичним персоналом.

У практичній частині здійснено комплексний аналіз діяльності КНП КОР «Київський обласний онкологічний диспансер» у розрізі організаційних, фінансових та кадрових характеристик. Проведено соціологічне дослідження у формі анонімного анкетування з оцінкою рівня залученості, професійного вигорання, психологічної безпеки та лояльності працівників. На основі отриманих результатів визначено ключові кадрові ризики, проблемні зони та сильні сторони кадрового потенціалу закладу.

За результатами аналізу розроблено програму впровадження людиноцентричного підходу в управлінні персоналом, що включає заходи щодо підвищення психологічної безпеки, профілактики вигорання, розвитку лідерства, оптимізації навантаження, удосконалення кадрових процесів та створення сприятливої організаційної культури.

Робота має наукову та практичну цінність, оскільки пропонує системну модель людиноцентричного підходу в управлінні людськими ресурсами, адаптовану до умов української системи охорони здоров'я, та формує рекомендації для підвищення ефективності, стійкості та якості роботи медичного закладу.

The qualification thesis is devoted to the study of theoretical foundations, modern concepts, and practical tools of human resource management in healthcare institutions within the framework of a human-centered approach. The work analyzes

the evolution of management models—from classical technocratic approaches to contemporary concepts—and reveals their influence on the development of an effective, sustainable, and safe system for managing medical personnel.

In the practical part, a comprehensive analysis of the activities of the Municipal Non-Profit Enterprise “Kyiv Regional Oncology Dispensary” was conducted, examining its organizational, financial, and human resource characteristics. A sociological study was carried out in the form of an anonymous survey to assess the levels of employee engagement, professional burnout, psychological safety, and staff loyalty. Based on the obtained findings, key HR risks, problem areas, and strengths of the institution’s human capital were identified.

According to the results of the analysis, a program for implementing a human-centered approach to human resource management was developed. It includes measures aimed at enhancing psychological safety, preventing burnout, strengthening leadership, optimizing workload, improving HR processes, and fostering a supportive organizational culture.

The thesis has both scientific and practical value, as it offers a systemic model of a human-centered approach to human resource management adapted to the conditions of the Ukrainian healthcare system and provides recommendations for improving the efficiency, resilience, and quality of healthcare institutions.

Ключові слова: управління людськими ресурсами, людиноцентричний підхід, людський капітал, мотивація персоналу, психологічна безпека, залученість персоналу, професійне вигорання, добробут, лояльність працівників, якість медичної допомоги, організаційна культура, стратегічне управління персоналом.

ВСТУП

В умовах реформи системи охорони здоров'я України управління людськими ресурсами (УЛР) в закладах охорони здоров'я набуває особливого значення. Зміни, пов'язані з автономізацією закладів, впровадженням Програми медичних гарантій, конкуренцією за персонал, демографічними викликами та підвищенням вимог до якості медичної допомоги, зумовлюють потребу у переосмисленні ролі медичного працівника в діяльності медичних закладів. На сьогоднішній день ефективність організації дедалі більше визначається не лише наявністю сучасного обладнання чи фінансових ресурсів, а насамперед професійністю, мотивацією, благополуччям і стійкістю його персоналу.

Медицина, одна з небагатьох галузей є найбільш залежною від людського ресурсу, оскільки якість медичної допомоги безпосередньо пов'язана з кваліфікацією, психологічним станом та добробутом медичних працівників. Професійне та емоційне виснаження, кадровий дефіцит, високий рівень відповідальності, нестабільні умови праці та вплив війни створюють безпрецедентні ризики для функціонування закладів охорони здоров'я. За даними НСЗУ та МОЗ України, понад 60 % медичних працівників відчують ознаки вигорання, а майже третина розглядає можливість зміни професії або виїзду за кордон. Це ставить під загрозу не лише кадрову стійкість, але й якість та безпеку медичної допомоги.

У цих умовах традиційні моделі управління персоналом, засновані на адміністративному контролі, субординації та стандартизованих підходах, виявляються неефективними. Сучасні виклики вимагають переходу до людиноцентричної підходу в УЛР, який ставить у центр людину, її гідність, психологічну безпеку, професійний розвиток, сенс роботи, автономію та благополуччя. Цей підхід спирається на сучасні наукові підходи — теорію людського капіталу, позитивну психологію, мотиваційні моделі А. Маслоу, К. Альдерфера, Ф. Герцберга та Д. МакКлелланда, теорію самовизначення, концепції справедливої культури, Добробуту працівників 2.0, Високонадійні

організації (HRO) та рекомендації провідних міжнародних інституцій (ВОЗ, OECD, Національна служба охорони здоров'я Великої Британії, Американська асоціація маркетингу, Агенство з досліджень та якості в охороні здоров'я США).

Людиноцентричний підхід також відповідає глобальним тенденціям формування стійких організацій, орієнтованих на розвиток персоналу, а не на короткострокові фінансові результати. Дослідження Deloitte, McKinsey, Harvard Business School підтверджують, що організації, які інвестують у благополуччя працівників, демонструють вищу якість послуг, нижчу плинність кадрів, кращі фінансові показники та більшу інноваційність. У медичній сфері людиноцентричний підхід впливає на зменшення кількості клінічних помилок, підвищення безпеки пацієнтів, зміцнення командної взаємодії та формування культури довіри.

Особливо актуальним людиноцентричний підхід стає для України в умовах воєнного стану, зростання навантаження на систему охорони здоров'я, міграції медичних кадрів та необхідності відновлення кадрового потенціалу країни. Ці чинники вимагають нових управлінських рішень, спрямованих на підтримку персоналу, формування безпечного робочого середовища, розвиток професійних навичок і забезпечення психологічної стійкості медичних працівників.

Таким чином, актуальність дослідження зумовлена нагальною необхідністю переходу вітчизняних закладів охорони здоров'я до сучасної, науково обґрунтованої та практично ефективної моделі управління людськими ресурсами, яка здатна забезпечити збереження, розвиток і благополуччя медичного персоналу. Людиноцентричний підхід виступає не лише інноваційною управлінською концепцією, а й необхідною умовою забезпечення стабільної, якісної та гуманної системи охорони здоров'я в Україні.

Мета дослідження:

Дослідити теоретичні засади та практичні інструменти управління людськими ресурсами у закладах охорони здоров'я на основі людиноцентричного підходу та

розробити рекомендації щодо їх впровадження в закладах охорони здоров'я України.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати сучасні теорії управління людськими ресурсами на основі людиноцентричного підходу.
2. Дослідити практичні методики людиноцентричного підходу персоналу в зарубіжних компаніях.
3. Провести комплексну оцінку діяльності КНП КОР «Київський обласний онкологічний диспансер» (КПН КОР «КООД») з точки зору цілісної системи менеджменту охорони здоров'я.
4. Оцінити рівень залученості, емоційного вигорання, психологічної безпеки та лояльності працівників КПН КОР «КООД».
5. Розробити рекомендації щодо адаптації зарубіжних моделей людиноцентричного підходу в закладах охорони здоров'я України.

Об'єкт дослідження

Людиноцентричний підхід у управлінні людськими ресурсами у КНП КОР «КООД»

Предмет дослідження

Господарська діяльність закладу охорони здоров'я КНП КОР «КООД» з точки зору ефективного менеджменту (загальна характеристика, характеристика системи управління, медичних послуг, фінансової діяльності, матеріально-технічної бази та персоналу).

Рівень залученості, емоційного вигорання, психологічної безпеки та лояльності працівників КНП КОР «КООД».

Методологія дослідження

1. Бібліосемантичний метод – використаний для систематизації теоретичних підходів до УЛР на основі людиноцентричного підходу.
2. Порівняльний аналіз – дозволяє оцінити ефективність зарубіжних моделей УЛР на основі досліджень, представлених у роботах міжнародних фахівців.
3. Кейс-метод – використаний для розгляду практичних прикладів впровадження людиноцентричного підходу УЛР у провідних міжнародних медичних закладах.
4. Метод опитування – проведено оцінку рівня залученості, емоційного вигорання, психологічної безпеки та лояльності працівників КПН КОР «КООД»

Таким чином, дослідження дає змогу оцінити аспекти людиноцентричного підходу в управлінні персоналом КНП КОР «КООД» та на основі аналізу світових практик розробити ефективні рекомендації.

РОЗДІЛ 1

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1. Теоретичні засади управління людськими ресурсами, шлях до людиноцентричного підходу.

Управління людськими ресурсами – одна з основних функцій будь якої організації [1, 2]. Стрімкий технологічний прогрес, глобалізація ринку праці, зміни законодавства про зайнятість та працю та нові очікування працівників створюють численні виклики для ефективного управління працівниками [3, 61, 62].

За останнє сторіччя система УЛР еволюціонувала від класичної адміністративної моделі управління персоналом, яка включала стандартний набір практик по роботі з персоналом, до стратегічного та узгодженого підходу управління людьми в організації, який є запорукою для отримання конкурентної переваги [5, 6, 20]. Сучасний фреймворк управління людськими ресурсами розглядає персонал як основний капітал організації, а інвестиції у нього розглядаються як один з основних чинників стратегії компаній [44, 45, 46, 47]. В той же час кадровий менеджмент набуває пріоритетне значення для розвитку та процвітання організацій [14, 17].

З початку XX століття Ф. Тейлор, А. Файол та М. Вебер запропонували перші системні підходи до організації праці [25, 26]. У цей період персонал розглядався як «трудоий ресурс», який необхідно контролювати, стандартизувати та оптимізувати. Ф. Тейлор підкреслював важливість наукового підбору персоналу, раціоналізації праці та диференційованих систем оплати [24]. У своїх роботах Ф. Тейлор та школа наукового менеджменту пояснювали продуктивність праці лише фізичними факторами (освітлення, тривалість робочого дня, ергономіка) та вважали працівника «економічною людиною». Його концепції стали фундаментом для розуміння ефективності праці, однак не враховували соціально-психологічних аспектів поведінки працівників [12, 27].

Переломним моментом стали дослідження Елтона Мейо, австралійсько-американського соціолога і психолога, професора Гарвардської школи бізнесу, одного із засновників школи людських відносин (Human Relations School). Його дослідження стали основою сучасного розуміння поведінки працівників, мотивації, продуктивності та соціальної природи праці. В своїх експериментах Елтон Мейо довів, що продуктивність працівників залежить не лише від умов праці, а й від психологічних факторів, почуття залученості та соціальних взаємин [13, 14, 27]. Елтон Мейо стверджував, що люди реагують на увагу та участь більше, ніж на механічні зміни умов, неформальні групи суттєво впливають на результативність, а робоча мотивація має груповий характер [15, 16].

Елтон Мейо сформував 5 фундаментальних принципів:

1. Людина — не економічна, а соціальна істота (робота задовольняє не тільки матеріальні, а й соціально-психологічні потреби).
2. Група – це ключовий елемент виробництва (неформальна група важливіша за формальну структуру).
3. Увага до працівника підвищує мотивацію, це основа «ефекту Готорна».
4. Комунікація - головний інструмент управління, а працівники реагують на повагу, а не примус.
5. Лідерство має бути людським і підтримувальним, керівник має бути наставником, а не наглядачем.

Ця концепція стала початком «школи людських відносин» та принесла гуманістичний підхід у менеджмент, а висновки стали фундаментом людиноцентричного підходу у сучасному УЛР [13, 16].

У другій половині XX століття відбувся перехід від кадрової роботи до стратегічного управління людськими ресурсами [17, 19]. На зміну виконанню лише адміністративних функцій (оформлення документів, облік кадрів) прийшли планування потреб у персоналі, акцент на професійних навичках, управління талантами, оцінювання персоналу, формування корпоративної культури, стратегічний розвиток персоналу, залученість та утримання персоналу [18, 30].

У 1980–1990-х роках з’явилися перші комплексні моделі УЛР (модель Harvard, модель Michigan, модель Guest), де співробітник почав розглядатися як ключовий актив, здатний створювати унікальну організаційну цінність.

Модель Harvard (Beer et al., 1984) розглядала управління людськими ресурсами як стратегічний процес, що формує довгострокові наслідки. Такі як зобов’язання, компетентність, узгодженість цінностей та економічну ефективність. Основними елементами моделі є ситуаційні фактори, інтереси стейкхолдерів, УЛР-політики та довгострокові наслідки. Модель застосовували для розуміння комплексності управління людськими ресурсами в системах з високою соціальною відповідальністю, включно з охороною здоров’я [20].

Модель Michigan (Fombrun, Tichy & Devanna, 1984) наголошувала на стратегічному узгодженні функцій УЛР з загальною стратегією організації. Ідея цієї моделі: правильні люди на правильних місцях у правильний час. Особливо цінною ця ідея є для медичних закладів, де кадрова політика має бути узгоджена з клінічною, фінансовою та операційною стратегією [21].

Модель Guest (1997) була орієнтована на такі фактори, як психологічний контракт, залученість, якість праці та результативність. Вона підкреслювала важливість високої залученості персоналу. Ця модель дуже актуальна для медичних працівників, де якість послуг прямо залежить від мотиваційних та емоційних факторів [22].

У ХХІ столітті управління людськими ресурсами трансформувалось у стратегічний центр організації, відповідальний за розкриття потенціалу персоналу, створення цінності та підвищення продуктивності [23, 61]. Саме в цей час для системи УЛР виникли нові виклики. Зростання рівня професійного вигорання [48, 49], цифрове перевантаження, пандемія COVID-19 [11, 12], вимоги поколінь Y та Z, потреба психологічної безпеки [58, 61], поява концепції "human sustainability" створили умови для подальшого переосмислення ролі працівника [48, 49]. Основними трендами в УЛР стали: людиноцентричний підхід, перехід на цифровізацію управління персоналом, розвиток концепції

добробуту працівника та визнання важливості психічного здоров'я персоналу. Головним принципом цієї епохи є - “Організація існує для людей, а не люди для організації”[28, 32].

Людиноцентричний підхід в УЛР означає переорієнтацію менеджменту від потреб організації до потреб людини — працівника як суб'єкта діяльності (Таблиця 1.1).

Таблиця 1.1.

**Ключові відмінності між традиційною та людиноцентричною системами
УЛР**

Традиційне управління людськими ресурсами	Людиноцентричне управління людськими ресурсами
Фокус на контролі та субординації	Фокус на розвитку та автономії
Працівник — ресурс	Працівник — партнер
Стандартизація	Індивідуалізація
Ієрархія	Гнучкі, мережеві структури
Формальні ролі	Ролі, що формуються навколо талантів

Людиноцентричний підхід в УЛР передбачає системне управління персоналом, у центрі якого перебуває людина, її гідність, потреби, психологічне благополуччя, професійний розвиток, автономія та відчуття значущості, а УЛР-політики спрямовані на створення умов для розкриття потенціалу кожного працівника та гармонійного поєднання цілей людини та організації [31, 32].

Основною ідеєю людиноцентричного підходу є орієнтація на особистість працівника, визнання індивідуальності кожної людини, створення системи підтримки, довіри й психологічної безпеки, партнерські відносини між працівником та організацією, перевага нематеріальних та соціально-психологічних мотивацій, акцент на добробут і стійкість персоналу та інтеграція принципів гуманізму в управлінські процеси [51, 52]. У центрі цього підходу

стоїть питання: "Що потрібно людині, щоб бути компетентною, щасливою, мотивованою та ефективною?"

Людиноцентричний підхід в УЛР поєднує п'ять ключових концептуальних вимірів:

1. Гідність людини як основа управління

У цьому підході людина не розглядається як ресурс або функція. Потреби працівника, емоції, таланти та психологічний стан — центральні в менеджменті. Організація відповідає за безпечні умови праці, поважне ставлення, етичний менеджмент, підтримку здоров'я та розвитку [31, 32].

2. Психологічна безпека та довіра

Емі Адмсон довела, що у середовищі психологічної безпеки люди менше бояться помилок, вільно висловлюють ідеї, демонструють інноваційність та краще працюють у командах. Психологічна безпека є фундаментом людиноцентричної культури [51, 52].

3. Добробут і підтримка ментального здоров'я

Людиноцентричний підхід в УЛР розглядає благополуччя не як "пільгу", а як стратегічний елемент. Компоненти добробуту — це баланс між роботою та життям, стресостійкість і профілактика вигорання, соціальна підтримка, емоційний комфорт, фізичне та психічне здоров'я [35, 41, 53].

4. Автономія, партнерство та залучення

Працівники залучаються до прийняття рішень в компанії і таким чином, мають можливість впливати на свою роботу. Заохочується свобода творчого підходу. Використовується партнерський стиль взаємодії з керівництвом. Ця концепція повністю відповідає Self-Determination Theory [36, 37, 40].

5. Розвиток потенціалу та робота зі змістом

Людиноцентричний підхід в УЛР робить акцент на навчанні впродовж життя, розвитку професійних навичок працівника, формуються індивідуальні траєкторії росту. Працівник має відчувати не лише ефективність, а й значущість, а його робота має сенс і користь [38, 43, 59].

У 2022 році Генеральний хірург США представив «Framework for Workplace Mental Health & Well-Being», який став новим стандартом у УЛР. Ядром концепції є голос працівників та справедливість, найважливішим активом організації є її люди [60].

5 складових концепції «Framework for Workplace Mental Health & Well-Being»:

1. Захист від шкоди:

- захист усіх працівників від фізичної та нефізичної шкоди, включаючи травми, хвороби, дискримінацію, залякування та переслідування.
- фінансова безпека та впевненість у майбутньому.

2. Взаємозв'язок та спільнота:

- Соціальна підтримка
- Стимулювання позитивних соціальних зав'язків на роботі сприяє добробуту працівника.
- Приналежність

3. Гармонія між роботою та особистим життям:

- Автономія (працівник може контролювати коли. Де і як він виконує свою роботу)
- Гнучкість (найбільш зручний режим роботи)

4. Важливість на роботі

- Потреба усвідомлювати свою важливість на роботі
- Робота має значення
- Відчуття поваги та цінності

5. Професійне зростання

- Можливість набуття нових навичок і знань на роботі
- Можливість кар'єрного зростання

Усі складові «Framework for Workplace Mental Health & Well-Being» повністю відповідає людиноцентричному підходу [62, 63. 64,65].

1.2. Зв'язок людиноцентричного підходу в УЛР та теорії людського капіталу.

Еволюція системи УЛР тісно пов'язана з розвитком теорії людського капіталу.

Теорія людського капіталу (Human Capital Theory) розцінює професійні здібності людини як капітал, який приносить економічну, соціальну та організаційну віддачу. Перші згадки про «капітал, вкладений у людину», визнання ролі знань, освіти та навичок простежувались у роботах Адама Сміта, Давида Рікардо та Альфреда Маршалла. На початку XX століття про роль соціалізації, культури та професійних норм наголошували такі вчені, як М. Вебер, Е. Дюркгейм, Т. Парсонс. Вперше концептуально оформлена у працях Теодора Шульца (1961) та Гері Беккера (1964), теорія людського капіталу стала ключовою основою сучасної економіки праці та стратегічного управління людськими ресурсами [44, 45]. Однак, у теорії Шульца, Беккера й Мінсера людський капітал був насамперед економічним активом, фактором виробництва та детермінантою доходу та продуктивності.

Виникнення стратегічного УЛР, заснованого на професійних навичках, завдячується роботам Пітера Друкера, Р. Мейкінсона та Д. Ульріха.

У межах теорії інвестиції у людину — освіта, професійне навчання, розвиток професійних навичок, охорона здоров'я, безпечні умови праці — розглядаються як інвестиції у майбутній дохід і продуктивність як окремого працівника, так і організації. Основними постулатами теорії людського капіталу є те, що працівник є головним фактором економічного зростання, а якість людського капіталу важливіша за кількість працівників, інвестиції в людський капітал мають позитивну довгострокову віддачу, здоров'я та психологічне благополуччя є критично важливою формою людського капіталу, нерівність доступу до освіти визначає нерівність на ринку праці, а розвиток людського капіталу має стратегічний характер.

Для сфери охорони здоров'я теорія людського капіталу також дуже важлива, оскільки якість медичної допомоги прямо залежить від професійного рівня, компетентності та емоційного стану медичних працівників. Саме тому інвестиції у навчання, мотивацію, підтримку та благополуччя персоналу є центральним елементом людиноцентричного управління медичними закладами [7,8,10,11].

Теорія людського капіталу вперше визначила людину не як витратний елемент виробництва, а як капітал, який має ендогенну вартість і потенціал до зростання. Людиноцентричний підхід розвиває цю ідею, наголошуючи на тому, що працівник є не лише активом, але й суб'єктом, носієм гідності, автономії, цілей та особистого розвитку.

В сучасних концепціях управління персоналом, таких як Гарвардська система розвитку людини, McKinsey - Стратегія управління персоналом, Deloitte – Концепція сталого розвитку людини, працівник розглядається не як ресурс, що належить організації, а як людина, з якою організація вступає у партнерські відносини.

Теорія людського капіталу визнає, що продуктивність працівника та його економічна віддача залежать від рівня інвестицій в його освіту та професійні навички, здоров'я, психічної стійкості, соціальних зав'язків та якості робочого середовища.

Людиноцентричний підхід відтворює той самий принцип, однак розширює його, додаючи до економічного та професійного добробуту ще такі людські потреби, як психологічний комфорт, безпеку, справедливість, баланс між роботою і життям та можливість самореалізації.

У ХХІ столітті концепція людського капіталу еволюціонувала від «теорії людського капіталу» до «концепції сталого розвитку людини» (Deloitte, 2023). Наголос зроблено на тому, що організація повинна створювати цінність для людини, а не лише завдяки людині, збереження та розвиток працівника є не менш важливими, ніж розвиток бізнесу, психологічне та фізичне благополуччя —

ключовий актив організації, а інклюзивність, повага та підтримка стають стратегічними показниками ефективності.

Таким чином, людиноцентричний підхід є еволюційним продовженням теорії людського капіталу на новому етапі її розвитку.

Ще Шульц підкреслював, що здоров'я — не менш значуща інвестиція, ніж освіта, адже хвороба знижує продуктивність, збільшує витрати і зменшує тривалість професійного життя.

Людиноцентричний підхід трактує здоров'я ширше — як добробут, який включає: емоційний стан, профілактику вигорання, стресостійкість, психологічну безпеку, задоволеність роботою та якість міжособистісних стосунків.

Дослідження Емі Адмонсон показали, що працівники з високим рівнем психологічної безпеки мають вищу інноваційність, більше вміння визнавати помилки, кращу якість виробничих рішень та менший ризик вигорання.

Саме психологічна безпека забезпечує можливість людському капіталу реалізуватися повною мірою і це є фундаментом людиноцентричного підходу.

Людиноцентричний підхід передбачає, що розвиток людського капіталу формує:

- культуру партнерства, а не субординації;
- культуру підтримки, а не контролю;
- культуру навчання, а не покарання;
- культуру прозорості, а не приховування інформації.

Таким чином, кожен елемент інвестицій у людей (освіта, добробут, розвиток, справедливість) має мультиплікативний ефект — він трансформує культуру, а через неї — ефективність компанії.

У медичній сфері зв'язок між людським капіталом і людиноцентричним підходом є особливо очевидним:

- якість медичної допомоги = якість людського капіталу;
- помилки медичного персоналу часто пов'язані з перевтомою, стресом або вигоранням;

- інвестиції в навчання та психологічну підтримку знижують ризик медичних помилок;
- престиж професії визначає притоки молодих спеціалістів;
- атмосфера довіри впливає на клінічні результати.

Таким чином, людиноцентричний підхід не просто продовжує теорію людського капіталу — він стає її єдиною можливою формою реалізації у сучасній системі охорони здоров'я.

Теорія людського капіталу створила фундамент для визнання працівника стратегічним активом, у який необхідно інвестувати, а людиноцентричний підхід розширює її, підкреслюючи гідність, автономію, благополуччя та суб'єктність людини. Обидві концепції мають спільну ідею: розвиток і добробут працівника є умовою ефективності організації.

У сфері охорони здоров'я ці концепції зливаються в єдиний методологічний підхід, адже якість послуг прямо залежить від якості людського капіталу медичного персоналу.

Сучасні стратегії УЛР, зокрема добробуту, психологічної безпеки, управління талантами, є практичним втіленням теорії людського капіталу в умовах людиноцентричного управління.

1.3. Теоретико-методологічні засади мотивації персоналу та їх взаємозв'язок із людиноцентричним підходом в управлінні людськими ресурсами

Мотивація персоналу у сучасному менеджменті розглядається як ключовий чинник забезпечення ефективності, інноваційності та стійкості організації [1-4, 12]. У ХХІ столітті класичні підходи до мотивації зазнали істотного розвитку, що зумовило перехід від традиційних, здебільшого матеріально орієнтованих моделей до комплексних, багатовимірних систем, які враховують психологічні, соціальні та гуманістичні потреби працівника [5, 6, 13]. Особливої актуальності це набуває у закладах охорони здоров'я, де професійна діяльність

супроводжується високими емоційними навантаженнями, ризиком професійного вигорання та моральними дилемами [26, 29].

У цьому підрозділі представлено розширений теоретичний аналіз мотиваційних концепцій та їх інтеграцію з людиноцентричним підходом в управлінні персоналом, який у сучасній науці розглядається як наступний еволюційний етап управління людськими ресурсами [7, 8, 14].

Теорії мотивації як методологічна основа управління персоналом включають у себе змістовні теорії, процесуальні теорії та сучасні теоретичні напрями: психологічні та гуманістичні моделі мотивації.

Змістовні теорії виходять із того, що поведінка людини визначається внутрішніми потребами, які формують мотиви діяльності. У цій групі найбільш впливовими є праці А. Маслоу, К. Альдерфера, Ф. Герцберга та Д. МакКлелланда [9, 15-18].

А. Маслоу стверджував, що першими є фізіологічні потреби людини. Ці потреби спонукають людину шукати роботу. Коли фізіологічні потреби задоволені, людина прагне задовольнити потребу в безпеці. В контексті праці людині потрібна безпека на роботі. Фізіологічні потреби та безпека – це фізичні потреби. На третьому рівні А. Маслоу знаходяться соціальні потреби. Неформальне спілкування на роботі допомагає людям задовольнити ці потреби. На наступному рівні ієрархії А. Маслоу з'являються потреби у досягненнях та визнанні і на найвищому рівні ієрархії А. Маслоу знаходяться потреби в самореалізації, в реалізації свого потенціалу та в максимальному використанні своїх здібностей [15, 16].

Теорія ERG К. Алдерфера пропонує три категорій потреб: існування, приналежність та зростання. К. Альдерфер виокремив три групи потреб: існування, зв'язку і зростання та довів можливість їх одночасної активізації, що робить мотиваційну поведінку більш динамічною. Потреби в існуванні включають фізіологічні потреби та потреби в матеріальній безпеці. Ці потреби задовольняються матеріальними умовами. Потреби у приналежності включають

усі соціальні потреби А. Маслоу, а також потреби у соціальній безпеці та соціальній повазі. Потреби у розвитку включають потреби в самооцінці та самоактуалізації. Ці потреби, реалізуються через повну залученість людини до роботи [17].

У своїх дослідженнях мотивації Ф. Герцберг розмежував гігієнічні фактори (умови праці, зарплата та пільги, політика компанії, нагляд, міжособистісні стосунки на роботі, безпека роботи) та мотивуючі фактори (визнання, відповідальність, досягнення, просування, зростання) [19]. На відміну від матеріальних стимулів, мотивуючі фактори формують стійку внутрішню мотивацію - те, що пізніше стане центральним у людиноцентричному підході УЛР [20].

Д. МакКлелланд: вивчав 3 потреби: потребу в досягненнях, потребу в приналежності та потребу у владі. Потреба у досягненнях є найважливішою для організаційної поведінки, оскільки успіх багатьох організацій залежить від рівня потреби у досягненнях їх співробітників. Д. МакКлелланд акцентував на соціальних і психологічних потребах людини, підкреслюючи, що вищі рівні мотивації мають нематеріальний характер [19].

Процесуальні теорії пояснюють, як формується мотивація, підкреслюючи роль сприйняття, очікувань та індивідуальної оцінки ситуації. До процесуальних теорій можна віднести теорію очікувань, теорію справедливості та теорію постановки цілей [21-23].

На підставі теорії очікувань В. Врума мотивація визначається вірою в те, що зусилля приведуть до результату, результат буде нагороджений, а винагорода має для працівника цінність. Ступінь мотивації працівника залежить від трьох суттєвих взаємозв'язків: зв'язок між зусиллям та результатом діяльності (певна сила зусиль призведе до певного рівня результату), зв'язок між продуктивністю та результатом (певна продуктивність призведе до певного результату), зв'язок між результатом та індивідуальними потребами (людина очікує, що певний

результат задовільнить її потреби). Тут особливу роль відіграють значущість роботи, визнання та почуття компетентності [21].

Відповідно до теорії справедливості Дж. Адамса працівник порівнює свій вклад і винагороду з іншими та оцінює наскільки справедливо до нього відносяться у порівнянні з його колегами. Працівник оцінює власні результати (заробітна плата) відповідно до своєї вкладень (кількість відпрацьованих годин, освіта), а потім порівнює це співвідношення зі своєю попередньою роботою, попередньою посадою чи роботою іншого працівника на тій самій посаді. Несправедливість у нематеріальних аспектах (поваги, ставлення, визнання) демотивує навіть сильніше, ніж матеріальна. Цей підхід використовується менеджерами для підвищення задоволеності працівників, оскільки кожен працівник прагне рівного та справедливого ставлення [22].

Теорія постановки цілей Е. Локка базується на тому, що мотивація людини базується на бажанні досягати мети. Ця теорія складається з трьох компонентів: конкретні цілі призводять до більшої продуктивності, ніж загальні; складні цілі призводять до кращої продуктивності, ніж легкі; зворотній зв'язок щодо прогресу у досягненні мети підвищує продуктивність. Саме зворотній зв'язок допомагає людині визначити розрив між ідеальним результатом і фактичною продуктивністю. Теорія постановки цілей пояснює те, що компанії, які залучають працівників у процесі постановки цілей і тим самим створюють умови для залучення працівників у роботу компанії, посилюють їх мотивацію. Таким чином, висока мотивація виникає при наявності чітких, складних і досяжних цілей, а почуття успіху є самостійним нематеріальним мотиватором [23].

Сучасні теоретичні напрями: психологічні та гуманістичні моделі мотивації об'єднують емоційні, когнітивні та соціальні фактори мотивації.

Одна з найбільш впливових теорій ХХІ століття – це теорія самовизначення Едварда Десі та Річарда Раяна. Ця теорія пояснює людську мотивацію тим, що люди найкраще мотивовані, коли задоволені трьома базовими психологічними потребами автономією (відчуття контролю над своїми рішеннями та

добровільним вибором діяльності), компетентністю (відчуття ефективності та майстерності) та приналежністю (відчуття зв'язку та приналежності до інших та потреба у відчутті турботи). Ця теорія підкреслює важливість внутрішньої мотивації та пояснює, як соціальне середовище впливає на задоволення цих потреб, що сприяє саморозвитку та психологічному здоров'ю [24-25].

Теорія психологічної безпеки Емі Едмондсон заснована на тому, що психологічно безпечне робоче середовище є передумовою створення в компаніях інноваційності, відкритості, командної взаємодії та зниження страху помилок [30].

Ключовими аспектами цієї теорії є:

- Безпека ставити під сумнів статус-кво (працівники можуть відкрито висловлювати думки та ставити запитання, навіть якщо вони суперечать загальноприйнятим, без страху бути висміяним чи покараним).
- Безпека визнавати помилки (помилки є частиною процесу навчання, а не приводом для осуду чи покарання це дозволяє працівникам вчитися та вдосконалюватися).
- Безпека бути собою (людині має бути комфортно у прояві своєї індивідуальності, враховуючи різні психологічні особливості, гендер чи походження).
- Конструктивний конфлікт (можливість вести здорові та продуктивні суперечки, допомагає знаходити кращі рішення, замість того, щоб мовчати заради уникнення конфлікту).

Психологічна безпека працівників мотивує їх до навчання та інновацій, в організаціях з високою психологічною безпекою працівники краще співпрацюють між собою та досягають вищих показників, а це у свою чергу дозволяє організаціям краще виживати та розвиватися в умовах криз.

Позитивна психологія Мартіна Селігмана та Барбари Фредріксон фокусується на вивченні щастя, сильних сторін особистості та добробуту [31,32]. Мартін

Селігман розробив модель PERMA [41] для вимірювання та досягнення благополуччя, яка включає:

- Позитивні емоції: радість, вдячність, любов.
- Залученість: стан "потoku" під час діяльності.
- Відносини: значущі соціальні зв'язки
- Сенс: відчуття мети в житті.
- Досягнення: постановка та досягнення цілей.

Барбара Фредріксон - автор теорії розширення та творення пояснює, як позитивні емоції розширюють мислення та будують ресурси для стійкості. Позитивні емоції, такі як радість, щастя, цікавість розширюють наш розумовий та поведінковий запас, допомагають накопичувати особистісні ресурси для подолання стресу та слугують основою для процвітання. Таким чином, позитивна психологія допомагає не лише долати проблеми, але й активно будувати щасливе та змістовне життя, використовуючи свої таланти для досягнення цілей та побудови міцних стосунків.

З огляду на все вищезазначене, людиноцентричний підхід у сучасному УЛР базується на концепції людини як суб'єкта діяльності, що має власні потреби, емоції, прагнення та цінності. Теорії мотивації формують теоретичну основу цього підходу. Теорія А. Маслоу – орієнтація на вищі потреби, такі як потреба в приналежності, повазі, отриманні дружби, самоактуалізації та самореалізації. Теорія Герцберга – акцент на визнанні, відповідальності, досягненнях, просуванні та зростанні. Теорія самовизначення підтримує автономію, розвиток компетентності та відчуття спільноти, створює умови внутрішньої мотивації, як ключового нематеріального чинника. Теорія психологічної безпеки формує культуру довіри, а позитивна психологія робить благополуччя працівника стратегічним атрибутом управління.

1.4. Зарубіжний досвід застосування людиноцентричного підходу УЛР

У міжнародній літературі людиноцентричний підхід до УЛР дедалі частіше розглядається як необхідна умова стійкості організацій, особливо у високоризикових секторах, таких як охорона здоров'я [60-63]. Провідні організації сфери охорони здоров'я впроваджують системні програми підтримки благополуччя персоналу, розвитку лідерства співчуття та психологічної безпеки [51, 52, 60, 63].

Канада та Австралія впроваджують національні стандарти психологічного здоров'я на робочому місці, пропонують рамку для оцінки психосоціальних ризиків, розробки програм підтримки та розвитку культури відкритості [60, 63].

Країни Скандинавії - Данія, Швеція, Норвегія характеризуються високою автономією працівників, низькою ієрархічністю, сильною культурою довіри, розвиненими системами соціальної підтримки та орієнтацією на баланс «робота – життя» [62, 63].

Міжнародний досвід демонструє, що людиноцентричні моделі УЛР сприяють зниженню плинності кадрів, підвищенню залученості, зменшенню рівнів вигорання та покращенню якості послуг [48-50, 54-56, 60-63].

Великі світові компанії широко застосовують людиноцентричний підхід в УЛР.

Компанія Google вважається піонером людиноцентричного УЛР завдяки своїй програмі «People Operations». Google застосовує такі людиноцентричні практики, як «20% Time Rule» – працівники можуть присвячувати до 20% робочого часу власним проектам, а це підсилює автономію та внутрішню мотивацію. Розвинені центри добробуту, психологічної підтримки, коучингу та програми мінімізації стресу. У Google активно культивується психологічна безпека, що було підтверджено у знаменитому дослідженні Project Aristotle [51, 61]. В результаті Google має підвищення інноваційності та найвищі у світі показники залученості персоналу [54-56, 61].

Компанія Microsoft після 2014 року під керівництвом Сатї Наделли пережила культурну трансформацію, у центрі якої опинилась людина. Microsoft впровадила такі моделі, як «Модель зростання мислення», яка стала основою корпоративної культури, підхід «Learn-it-all, not know-it-al» – акцент на розвитку, а не конкуренції, гнучкі формати роботи, модель «Remote-first», яка впроваджує інклюзивне лідерство, розвиток емпатії у менеджерів та формування культури підтримки. Програма «MyAnalytics» надає індивідуальні рекомендації працівникам щодо балансу між роботою та життям. На додачу, компанія Microsoft впровадила потужні програми підтримки ментального здоров'я [61]. В результаті компанія відновила свою інноваційність та повернула позиції глобального лідера.

Компанія Patagonia впровадила етичну, екологічну та людиноцентричну культуру та стала світовим лідером сталого та людиноцентричного менеджменту. В основі менеджменту компанії лежить корпоративна політика “Let My People Go Surfing” – працівники самі визначають гнучкі режими роботи, розвинена система підтримки сімей, висока автономія в ухваленні рішень. Компанією впроваджена культура довіри, яка полягає у 100% прозорості фінансів та внутрішніх політик. Patagonia робить акцент на благополуччі та особистому розвитку працівників. Patagonia стабільно входить у топ найбільш бажаних роботодавців у США [61].

Компанія Netflix - одна з найбільш адаптивних і стійких компаній у світі, декларує культуру свободи та відповідальності «Netflix Culture: Freedom & Responsibility». Застосовуються такі людиноцентричні підходи, як мінімум бюрократії, максимум довіри, працівники отримують високий рівень автономії у прийнятті рішень, відсутність фіксованої відпустки – оплачувана відпустка визначається самим працівником, прозорість щодо очікувань і «Adult-to-adult relationships», «Culture of Candor» – чесний зворотний зв'язок без страху покарання (психологічна безпека) [51,61].

Компанія ІКЕА – впровадила скандинавська модель людської гідності та рівності. ІКЕА використовує принципи «People & Planet Positive», де цінність працівника є ключовою. Людиноцентричні практики УЛР в ІКЕА включають в себе культуру рівності, відсутність статусності та надмірної ієрархії, доступні програми розвитку, навчання та внутрішньої мобільності. Значний акцент робиться на роботі з емоційним кліматом та роботою у командах, підтримуються різні формати зайнятості (часткова зайнятість, гнучкий графік роботи) та програми соціальної підтримки: страхування, розвиток, підтримка сімей. Завдяки цьому Компанія ІКЕА отримала високий рівень утримання персоналу та задоволеності [61].

Компанія Unilever активно просуває концепцію людської стійкості у політиках УЛР, в яких застосовуються фокус на благополуччі та психологічній безпеці, програми добробуту, програми стресостійкості, кар'єрні траєкторії та індивідуалізовані плани розвитку. Компанією впроваджується підтримка ментального здоров'я «MindWell program», орієнтація на етичність, інклюзивність та сталий розвиток людини. В Unilever розвинена система корпоративної соціальної відповідальності. Unilever входить у ТОП-10 компаній світу за рівнем досвіду співробітників «Employee experience» [61.68].

1.5. Людиноцентричний підхід в управлінні людськими ресурсами у провідних медичних організаціях світу

В сучасних умовах людиноцентричний підхід в охороні здоров'я є ключовим фактором стійкості медичних систем та якості медичної допомоги. Медичні організації, які впроваджують системи підтримки добробуту працівників, психологічної безпеки, автономії та професійного розвитку, демонструють кращі результати за показниками клінічної ефективності, безпеки пацієнтів, фінансової та організаційної стійкості та утримання персоналу [48-50, 51,60-63, 66-68].

Робота медичних працівників має специфічний характер, що відрізняє її від діяльності в інших сферах та визначає унікальні вимоги до професійних,

психологічних і етичних якостей персоналу [10, 11, 26-29]. Особливості цієї праці пов'язані з високою соціальною значущістю медичної діяльності, відповідальністю за життя і здоров'я людей, необхідністю роботи в умовах невизначеності, ризику, емоційного навантаження та інтенсивної міжпрофесійної взаємодії [10, 11, 48-50].

Медичні працівники, виконуючи свою роботу, несуть відповідальність за життя та здоров'я пацієнтів, дотримуються медичної етики та деонтології, у ситуаціях морального вибору часто стоять перед необхідністю в ухваленні важких рішень, несуть зобов'язання щодо дотримання лікарської таємниці, поваги до гідності та автономії пацієнта. Праця у сфері охорони здоров'я супроводжується постійними стресовими факторами, такими як з біль, страждання і смерть пацієнтів, нерідкими є конфліктні ситуації з родичами чи пацієнтами. В умовах дефіциту часу медичні працівники мають швидко ухвалювати рішення. Збільшенню стресу додає ризик помилок і пов'язані з цим юридичні наслідки [11, 48-50]. Емоційне вигорання особливо розповсюджене серед лікарів інтенсивної терапії, онкологів, педіатрів та медичних сестер [48-50].

У своїй роботі медичний працівник щоденно стикається з непередбачуваними клінічними ситуаціями, варіабельністю реакцій пацієнтів на лікування, необхідністю приймати рішення за відсутності повної інформації та ризиком виникнення невідкладних ситуацій, які потребують негайних дій [48-50].

В медичній галузі складність міжпрофесійної взаємодії обумовлена тим, що ефективне надання медичної допомоги потребує злагодженої командної роботи лікарів, медичних сестер, молодших медичних спеціалістів та фахівців суміжних спеціальностей. Особливістю роботи є необхідність ефективної комунікації з пацієнтами та їх родичам, колегами по роботі, керівництвом та під час роботи в мультидисциплінарних командах [10, 26-29].

Необхідність постійного професійного розвитку ще одна ключова особливість роботи медичного працівника. В умовах постійного розвитку

медицини як науки, медичний працівник повинен поєднувати як теоретичні знання, так і практичні навички та постійно удосконалювати їх. Навчання новим технологіям, протоколам, цифровим інструментам вимагає від медичних працівників додаткових сил та часу [11, 63, 66-68].

Багато медичних професій передбачають тривале перебування на ногах, роботу у нічні зміни, фізичне навантаження (пацієнти з обмеженою рухливістю). Медичні працівники мають вищі ризики інфекційних захворювань у зв'язку з контактом з біологічними рідинами [10, 11].

Медицина одна з небагатьох дисциплін, що вимагає дуже жорсткого правового регулювання, тому діяльність медпрацівників потребує чіткого дотримання клінічних протоколів, стандартів операційних процедур, інструкцій щодо безпеки, тощо [15, 18, 62, 63].

Особливості роботи медичних працівників зумовлені поєднанням високої соціальної відповідальності, нормативного регулювання, професійної складності, психоемоційного та фізичного навантаження. Тому ефективні системи УЛР у медичних закладах базуються на людиноцентричності, підтримці благополуччя персоналу, розвитку компетенцій, формуванні психологічної безпеки та створенні умов для сталого функціонування команди

Досвід провідних медичних закладів світу підтверджує ефективність впровадження людиноцентричного підходу в УЛР [7, 8, 10, 62-66].

У США одним із флагманів людиноцентричних практик є Mayo Clinic, яка впровадила концепцію «Добробут лікаря 2.0». Вона передбачає перехід від індивідуальної відповідальності лікаря за власне благополуччя до організаційної відповідальності за дизайн роботи, культуру підтримки та системні зміни [23].

Ключовими елементами цієї моделі є оптимізація робочого навантаження, командні моделі ведення пацієнтів, зменшення адміністративного навантаження, внутрішні програми психологічної підтримки, розвиток лідерів, орієнтованих на підтримку персоналу [23]. Такий підхід призвів до зниження вигорання,

збільшення залученості, поліпшення клінічних результатів (Mayo Clinic Annual Reports) [66].

Рамка U.S. Surgeon General (2022) додатково наголошує на важливості захисту від шкоди, спільності, гнучкості, професійного зростання та справедливого ставлення як базових умов здорового робочого середовища [60].

Національна служба охорони здоров'я Великобританії (NHS) реалізує комплексну політику підтримки персоналу, яка включає «NHS People Plan» та «NHS Leadership Academy». «NHS People Plan» – стратегія, спрямована на розвиток культури турботи про працівників, впровадження програм добробуту, боротьбу з вигоранням, розвиток інклюзивного лідерства. «NHS Leadership Academy» – це навчальні програми для лідерів охорони здоров'я з акцентом на лідерство співчуття та підтримку персоналу [24,25]. У цих документах людиноцентричність прямо пов'язується з якістю та безпечністю медичної допомоги [64. 65].

Cleveland Clinic (США) – провадить пацієнтоцентричність через людиноцентричність. Cleveland Clinic відома як інноваційна медична система, що першою у світі впровадила модель «Chief Experience Officer», яка охоплює досвід і пацієнта, і працівника. Cleveland Clinic побудувала «Office of Caregiver Experience» — підрозділ, що займається виключно благополуччям та досвідом персоналу. У Cleveland Clinic кожного працівника називають «caregiver» (доглядачем), незалежно від посади. Це закріплює почуття значущості, спільну місію та ідентичність та культуру емпатії всередині організації.

Cleveland Clinic застосовує такі людиноцентричні практики як «Schwartz Rounds» — регулярні мультидисциплінарні зустрічі для емоційної підтримки персоналу; «Team-based care» — командна модель забезпечує автономію та взаємопідтримку; «MyEvaluation» — система, орієнтована на розвиток, а не контроль; «Work Redesign Office» — усунення зайвого навантаження (оптимізація документації, цифрових систем); програма «Caring for Caregivers»

— психологічна підтримка 24/7 та програма «Leading the Cleveland Way» — навчання лідерів емпатії, активному слуханню та підтримці [67].

Результати: систематичне покращення показників досвіду лікарів та медичних сестер та, також, зниження плинності кадрів.

Kaiser Permanente (США) – найбільша некомерційна медична система США, яка працює у форматі інтегрованої моделі охорони здоров'я (insurance + care delivery). Людиноцентричний підхід УЛР — основа їхньої моделі. Програма «Total Health» - одна з найпотужніших програм УЛР у медицині, охоплює фізичне, психічне, соціальне та фінансове благополуччя; забезпечує доступ до професійних психологів, коучів, підтримку сімей, включає тренінги стійкості та усвідомленості та передбачає індивідуальні програми добробуту [68].

Kaiser Permanente вважається однією з перших медичних організацій світу, яка включила психологічну безпеку до “Organizational Quality Metrics”, створила «Learning Health System», де помилки аналізуються без покарання та впровадила моделі «Just Culture» і «High-Reliability Organization» [52, 68].

Фонд освіти лікарів Kaiser Permanente здійснює фінансування таких програм, як «Програма навчання протягом всього життя», «Інститут розвитку лідерства» — багаторівневі програми для лідерів підтримки та «Модель партнерства» — колегіальне прийняття рішень між лікарями, медсестрами та адміністрацією. Kaiser Permanente має найвищі показники утримання персоналу серед великих систем США (Kaiser Annual Workforce Report) [68].

Спираючись на досвід впровадження людиноцентричного підходу в УЛР світових медичних клінік (Mayo Clinic, Cleveland Clinic, Kaiser Permanente) та Національної служби охорони здоров'я Великобританії можна сказати, що людиноцентричний підхід в УЛР у медицині ґрунтується на трьох системних принципах [60, 62-68].

1. Добробут медичного персоналу — стратегічний актив, а не індивідуальна відповідальність. Усі організації розглядають добробут як частину організаційної стратегії.

2. Психологічна безпека — фундамент організаційної культури, забезпечує відкритість, командну роботу, безпеку пацієнтів, та інноваційність.

3. Автономія, розвиток та лідерство підтримки — основні інструменти розкриття потенціалу персоналу.

Медичні організації формують середовище, де працівники можуть ухвалювати рішення; мають можливості зростання та отримують підтримку у складних клінічних ситуаціях.

Ці практики демонструють: людиноцентричний підхід у медицині прямо впливає на безпеку пацієнтів, якість лікування та стійкість медичних систем.

Впровадження людиноцентричного підходу в УЛР у медицині знижують рівень вигорання, підвищують задоволеність працею, покращують командну взаємодію, зменшують кількість помилок та сприяють утриманню персоналу [48-50, 51, 60-68].

1.6. Огляд існуючих методів оцінки людиноцентричного підходу в управлінні людськими ресурсами

Людиноцентричний підхід УЛР у сучасних організаціях розглядається як комплексна управлінська модель, яка визначає людський потенціал основним стратегічним ресурсом розвитку організації. У науковій літературі він охоплює такі ключові елементи, як залученість персоналу, психологічна безпека, добробут на робочому місці, мотивація, рівень довіри, лояльність, командна взаємодія та якість лідерства. Відповідно, для оцінки ступеня реалізації людиноцентричного підходу застосовуються різні методики, переважно розроблені у рамках організаційної психології, менеджменту персоналу та поведінкових наук.

Одним з найбільш поширених інструментів для вимірювання людиноцентричності є оцінка залученості персоналу (employee engagement). Залученість відображає рівень емоційної, когнітивної та поведінкової включення працівника у роботу й організацію.

Методика Gallup Q12, розроблена у Gallup Institute, була вперше представлена у роботах Хартер, Шмідт і Хейз (Harter, Schmidt & Hayes, 2002). Методика охоплює 12 ключових тверджень, які вимірюють потребу працівника в умовах роботи, підтримці, можливостях розвитку, визнанні та приналежності. Q12 є найбільш цитованою моделлю залученості та широко використовується компаніями з високою орієнтацією на людину.

Методика «Utrecht Work Engagement Scale» (UWES) була створена Шауфелі та Баккером (Schaufeli & Bakker, 2003), ця шкала вимірює три компоненти залученості: життєвість, відданість роботі та поглиненість. UWES є важливим інструментом для академічних досліджень, особливо у сфері медичних та соціальних професій.

Модель «Aon Hewitt Engagement Model» (2012) оцінює залученість через «Say–Stay–Strive» (скажи-залишайся-прагни), що дозволяє глибше оцінити поведінкові прояви прихильності до організації. Методика широко використовується у HR-консалтингу.

Методи оцінки психологічної безпеки визначають здатність працівника висловлювати власні думки без страху негативних наслідків. Вона є фундаментальною складовою людиноцентричного управління, адже створює умови для розвитку компаній, командної взаємодії та зниження ризику помилок.

Одним з найавторитетніших методів оцінки психологічної безпеки - є шкала психологічної безпеки Емі Едмондсон (Edmondson, 1999), яка вимірює групову психологічну безпеку через 7–10 тверджень. Методика широко використовується у медичних закладах, адже дослідження Емі Едмондсон продемонстрували зв'язок психологічної безпеки з частотою повідомлення про помилки та якістю командної роботи. Її розширена версія, яка з'явилась у 2018 році, дозволяє вимірювати чотири кластери психологічної безпеки: відкритість, довіра, готовність до навчання, підтримка інновацій (Edmondson & Amy Edmondson Teaming Group, 2018).

До методів оцінки емоційного вигорання та добробуту персоналу можна віднести методiku, розроблену Маслач і Джексон (Maslach & Jackson, 1981). Ця методика вимірює три компоненти вигорання: емоційне виснаження, деперсоналізацію та редукцію професійних досягнень.

Методика Copenhagen Burnout Inventory (CBI), розроблена Крістіансен та ін. (Kristensen et al., 2005), містить оцінку персонального вигорання, робочого та клієнтського.

Всесвітня організація охорони здоров'я запропонувала універсальний інструмент оцінки суб'єктивного благополуччя WHO-5 Well-Being Index (WHO, 1998), який застосовується для скринінгу ризику депресії та загального стану психічного здоров'я працівників.

Людиноцентричність також проявляється в організаційних цінностях, стилі лідерства та соціально-психологічному кліматі. Існує багато моделей для оцінки організаційної культури та орієнтації на людину.OCAI — Organizational Culture Assessment Instrument, розроблена Кемероном і Куїнном (Cameron & Quinn, 1999). Модель описує шість блоків організаційної культури і виділяє «кланову культуру» як найбільш людиноцентричну.

Human-Centered Workplace Framework (Deloitte Human Capital Trends), була розроблена міжнародною корпорацією Deloitte, що надає аудиторські, консалтингові, податкові та юридичні послуги. В основі концепції «Організація, орієнтована на людину» оцінюються такі показники, як якість лідерства, співпраця, соціальна відповідальність, добробут працівників та наявність культури «підключення».

Методом оцінки лояльності працівників та ставлення до організації є Employee Net Promoter Score (eNPS). Запропонований Satmetrix (Reichheld, 2003), метод вимірює готовність рекомендувати роботу в організації. Високий eNPS є маркером високої довіри, поваги та психологічного комфорту — ключових елементів людиноцентричного підходу.

В міжнародній практиці також широко використовуються методи оцінки досвіду співробітників (EX – Employee Experience). Employee Experience Index (IBM & WorkHuman, 2017) містить шість вимірів: мета, можливості, досягнення, спілкування, довіра, визнання.

Методика побудови «карт подорожі працівника» від рекрутингу до виходу зі структури. Це якісний метод, який оцінює ключові точки контакту (touchpoints) з HR-системою.

Таким чином, аналіз літератури свідчить, для оцінки людиноцентричного підходу використовуються кількісні, якісні та змішані методи. Найбільш популярними є Gallup Q12, UWES, MBI, OCAI, eNPS та моделі психологічної безпеки Емі Едмондсон. У медичних закладах пріоритетними є інструменти, що дозволяють оцінити вигорання, психологічний клімат та якість командної взаємодії, оскільки ці фактори найбільше впливають на якість медичних послуг та ризики клінічних помилок.

1.7. Вивчення людиноцентричного підходу у закладах охорони здоров'я України

В Україні людиноцентричний підхід до управління персоналом у медичних закладах формується в умовах реформи системи охорони здоров'я, автономізації закладів та впровадження договірних відносин з НСЗУ [26-29, 70-74].

Українські дослідники (Т. Вежновець Т. Журавель, В. Парій, Т. Матукова, та ін.) підкреслюють необхідність переходу від адміністративного до стратегічного та людиноцентричного управління персоналом, важливість розвитку організаційної культури довіри, зростання ролі нематеріальної мотивації та потребу у системній підтримці ментального здоров'я медиків [26, 28, 72].

У працях зазначених авторів акцентується, що кадрова політика в медичних закладах повинна враховувати не лише функціональні вимоги, а й потреби визнання, професійного розвитку, участі в прийнятті рішень, психологічної підтримки [26-28, 75-78].

На сучасному етапі, у ракурсі УЛР, перед закладами охорони здоров'я постає багато викликів, серед яких: зростання міграції медичних кадрів, значний кадровий дисбаланс, старіння медичної професії, високі рівні емоційного виснаження та вигорання серед лікарів і медичних сестер, а з початком військової агресії рф ці проблеми ще більше посилились [71-73, 79-81]. Ці дані підкреслюють актуальність запровадження людиноцентричних підходів до управління персоналом як умови збереження людського капіталу в галузі.

Окремі заклади охорони здоров'я (насамперед великі клінічні центри та приватні медичні мережі) впроваджують внутрішні HR-служби, системи адаптації та наставництва, програми підтримки персоналу під час війни та кризових подій, заходи з профілактики вигорання, внутрішні тренінги з комунікації, емоційної компетентності, лідерства [26-28, 77, 78, 82].

Разом із тим, значна частина закладів охорони здоров'я ще перебуває на етапі переходу від традиційного кадрового підходу до сучасних моделей УЛР, а впровадження людиноцентричних моделей УЛР наразі не розпочалося [27, 28, 71, 80]. Основні обмеження щодо застосування людиноцентричних практик в УЛР є дефіцит управлінських компетенцій, відсутність HR-аналітики, обмеження фінансових ресурсів та низький рівень обізнаності керівників щодо стратегії психологічної підтримки персоналу [77, 79, 81].

Таким чином, вивчення людиноцентричного підходу в управлінні людськими ресурсами в закладах охорони здоров'я важливе для системного впровадження їх у розвиток української медицини [26-29, 72, 78-82].

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ КОМУНАЛЬНОГО НЕКОМЕРЦІЙНОГО ПІДПРИЄМСТВА КИЇВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ «КИЇВСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ОНКОЛОГІЧНИЙ ДИСПАНСЕР»

2.1. Загальна характеристика Комунального некомерційного підприємства Київської обласної ради «Київський обласний онкологічний диспансер»

Комунальне некомерційне підприємство Київської міської ради «Київський обласний онкологічний диспансер» (далі – КНП КОР «КООД») є надкластерним закладом охорони здоров'я в регіоні, який надає спеціалізовану медичну допомогу онкологічним хворим Київської області та інших регіонів України та здійснює управління медичним обслуговуванням онкологічних хворих в порядку та на умовах, встановлених законодавством України та Статутом закладу.

Засновником Диспансеру є Київська обласна рада.

Юридична адреса КНП КОР «КООД» вул. Європейська, 4д, селище Ворзель Київська область, Бучанський район, 08296

Підприємство створене за рішенням Київської обласної ради від 21 січня 2020 року № 820-33-VII. КНП КОР «КООД» складається з трьох підрозділів: Київського, Білоцерківського та підрозділу «Хоспіс». До КНП КОР «КООД» приєднано КНП КОР «Білоцерківський обласний онкологічний диспансер», відповідно до рішення Київської обласної ради від 24 листопада 2021 року № 194-07-VIII та КНП КОР «Київська обласна лікарня «ХОСПІС», відповідно до рішення Київської обласної ради від 22 вересня 2022 року № 284-13-VIII.

Статутний капітал складає 408 112 057.27 грн.

Місія - забезпечення доступної спеціалізованої медичної допомоги онкологічним хворим шляхом підвищення якості та доступності медичних послуг, впровадження новітніх технологій та методів в онкології, більш ефективного використання наявних ресурсів (кадрових, матеріальних,

фінансових), зміцнення репутації КНП КОР «КООД», як надійного медичного закладу, який гарантовано надає медичну допомогу відповідно сучасним стандартам і принципам доказової медицини.

Візія - бути лідером у сфері інновацій, якості медичних послуг та комфорту послуг для пацієнтів.

SWOT-аналіз КНП КОР «КООД» представлений у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

SWOT-аналіз КНП КОР «КООД»

Сильні сторони	Слабкі сторони
• Кваліфікований та досвідчений персонал, який постійно розвивається та впроваджує інноваційні методи і технології • Повний цикл лікування: діагностика, хірургія, хіміотерапія та променева терапія, паліативна допомога. • Потужна база діагностичного та лікувального обладнання. • Зростання виробничих потужностей Диспансеру (введення в дію лікувального корпусу Білоцерківського підрозділу Диспансеру, впровадження ЛОР-онкологічної допомоги) • Наявні індикатори якості та безпеки діяльності закладу • Висока якість надання медичних послуг. • Високий рівень заробітної плати працівників Диспансеру. • Впроваджено цифрові технології в медицині: забезпечено всі корпуси мережею Інтернет, впроваджено медичну інформаційну систему (МІС). • Позитивна громадська думка з питань надання послуг	• Будівлі Диспансеру забудови минулого століття, потребують капітального ремонту. • Необхідність впровадження телемедичних послуг. • Велика частка звернень з III-IV стадією онкологічного захворювання погіршує результати лікування. • Забезпечення діагностичного та лікувального процесу потребують значних фінансових затрат (середня кількість обстежень/консультацій на одного первинного пацієнта 10-12). • Недостатня комунікація із закладами первинної ланки та лікарнями районів в частині раннього виявлення та діагностики онкологічних захворювань. • Технічний огляд та ремонти високотехнологічного обладнання потребують значних фінансових затрат
Можливості	Загрози
• Активна позиція і зацікавленість в розвитку медицини місцевої влади • Розробка цільових програм для жителів Київської області по скринінгу онкологічної патології, по забезпеченню дороговартісними	• Ризик пошкодження будівель, ризик зменшення кількості пацієнтів, відтік кадрів внаслідок військової агресії рф. • Несприятлива політична, економічна та екологічна ситуація в

хіміопрепаратами для лікування окремих онкологічних захворювань. • Збільшення питомої ваги пацієнтів з інших районів • Підвищення рівня конкурентної здатності закладу шляхом оновлення матеріально-технічної бази, впровадження інновацій в лікувально-діагностичний процес • Збільшення надходжень за рахунок страхових та платних послуг	країні може призвести до зменшення державного фінансування • Зменшення фінансової підтримки міжнародних партнерів у частині реформування медичної галузі у зв'язку зі складною політичною ситуацією • Недосконалість нормативної бази в галузі медицини • Близьке розташування конкурентів (онкологічні центри державного та міського підпорядкування та приватної форми власності) • У зв'язку зі скасуванням господарського кодексу перехід на КНТ, ризики збільшення видатків на утримання медичного закладу та комунальні платежі
--	---

Висновки до розділу 2.1.

КНП КОР «КООД» є лідером у наданні онкологічної допомоги хворим Київської області та інших регіонів України. Заклад має суттєві конкурентні переваги: високоспеціалізований персонал, клінічну багатoproфільність, сучасне обладнання та статус регіонального центру. Серед слабких сторін – високі експлуатаційні витрати та потреба в оновленні інфраструктури. Можливостями розвитку є модернізація обладнання шляхом співпраці з Київською обласною державною адміністрацією, залучення грантового фінансування, розвиток телемедицини та міжнародного партнерства. Загрозами є нестача кадрів, зростання конкуренції та залежність фінансування від НСЗУ. SWOT-аналіз підтверджує необхідність стратегічного планування та інноваційного управління.

2.2. Характеристика медичних послуг КНП КОР «Київський обласний онкологічний диспансер»

Відповідно до ліцензійних умов КНП КОР «КООД» надає консультативно-діагностичні послуги:

- Консультації (хірург-онколог, мамолог, уролог, торакальний хірург, онкогінеколог, онкоотоларинголог, гематолог, кардіолог невролог, нефролог, ендокринолог, терапевт).
- Лабораторна діагностика (біохімічні, гематологічні, імунологічні, ПЛР-дослідження, ідентифікація онкомаркерів СА-125, СЕА, PSA)
- Інструментальна діагностика (мамографія, рентген, УЗД, КТ, МРТ)
- Ендоскопічні дослідження (бронхо-, гастро-, колоно-, цисто-, гістероскопія)
- Патогістологічні, імуногістохімічні, цитологічні дослідження

Послуги спеціалізованої медичної допомоги в амбулаторних та стаціонарних умовах:

- хірургічні операції
- гематологія, трансплантація гемопоетичних стовбурових клітин
- хіміотерапія
- променева терапія (дистанційна, брахітерапія)
- паліативна допомога (мобільна та стаціонарна);

Диспансер має договір з НСЗУ на надання медичних послуг на 2024 рік та працює за Програмою медичних гарантій за 17 пакетами (Таблиця 2.3).

Таблиця 2.3

**Характеристика груп послуг надаваної медичної допомоги населенню
за договором з НСЗУ за 2024 рік**

№ з/п	№ пакету	Група послуг, за якою підписаний договір з НСЗУ	Сума, грн	Частка у загальній сумі договору, %
1	2	3	4	5
1	17	Хіміотерапевтичне лікування та супровід пацієнтів з онкологічними захворюваннями в стаціонарних та амбулаторних умовах	104557154,16	25,05 %
2	18	Радіологічне лікування та супровід пацієнтів з онкологічними захворюваннями в стаціонарних та амбулаторних умовах	103456436,00	24,79 %
3	3	Хірургічні операції дорослим та дітям в стаціонарних умовах	78745527,73	18,87 %
4	38	Лікування та супровід пацієнтів з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в стаціонарних та амбулаторних умовах	70020820,00	16,78 %
5	9	Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах	26809503,75	6,42 %
6	65	Лікування дорослих та дітей методом трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин	8183887,92	1,96 %
7	23	Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим та дітям	8069742,23	1,93 %
8	47	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	4441782,82	1,06 %

Продовження Таблиці 2.3

1	2	3	4	5
9	24	Мобільна паліативна медична допомога дорослим та дітям	3028774,36	0,73 %
10	13	Колоноскопія	2730116,00	0,65 %
11	12	Езофагогастродуоденоскопія	2011090,00	0,48 %
12	4	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1979381,06	0,47 %
13	10	Мамографія	1952478,00	0,47 %
14	15	Бронхоскопія	568946,00	0,14 %
15	50	Забезпечення кадрового потенціалу охорони здоров'я шляхом організації надання медичної допомоги шляхом залучення лікарів-інтернів	482460,15	0,12 %
16	11	Гістероскопія	222318,00	0,05 %
17	14	Цистоскопія	160310,00	0,04 %
		Разом	417371928,00	100%

Аналіз пакетів медичних послуг показує, що основними бюджетоутворюючими пакетами є «Хіміотерапевтичне лікування та супровід пацієнтів з онкологічними захворюваннями в стаціонарних та амбулаторних умовах», «Радіологічне лікування та супровід пацієнтів з онкологічними захворюваннями в стаціонарних та амбулаторних умовах» та «Хірургічні операції дорослим та дітям в стаціонарних умовах» (рис. 2.1).



Рис 2.1. Розподіл медичних послуг КНП КОР «КООД» за об'ємом фінансування

Протягом 2022-2025 років КНП КОР «КООД» демонструє збільшення кількості наданих медичних послуг (Таблиця 2.4).

Таблиця 2.4

**Динаміка кількості наданих медичних послуг КНП КОР «КООД»
за 2022-2025 роки**

Кількість пролікованих пацієнтів	2021 рік	2022 рік	2023 рік	2024 рік	9 місяців 2025 року
Отримали стаціонарну допомогу.	16000	17000	22000	23594	18580
Відвідувань на амбулаторному етапі	96955	83181	116337	134135	111351
Консультативно-діагностичні послуги	28377	39921	78706	82495	62769
Оперативних втручань	3965	4320	5524	6113	4755
Клініко-діагностичних лабораторних досліджень	400000	200000	600000	620000	451608
Гістологічних досліджень	47 900	39 705	50 216	52 652	40 200

Висновки до розділу 2.2.

КНП КОР «КООД» надає повний спектр спеціалізованих медичних послуг: консультативно-діагностичних, хірургічних, хіміотерапевтичних, радіологічних, онкогематологічних, паліативних та реабілітаційних.

КНП КОР «КООД» заключено договір з НСЗУ на 17 пакетів медичних послуг. До основних пакетів медичних послуг входять пакет № 17 (хіміотерапія), пакет № 18 (радіологічне лікування), пакет № 3 (хірургія) та пакет № 38 (онкогематологія). Разом ці чотири пакети формують 85,5 % фінансування КНП КОР «КООД» за ПМГ та визначають профіль та стратегічну діяльність закладу. Оскільки КНП КОР «КООД» надає спеціалізовану онкологічну медичну допомогу з повним циклом діагностики, лікування та спостереження онкологічних пацієнтів, інші пакети медичних послуг підтримують стратегічну стійкість, розширюють спектр послуг, виконують допоміжну функцію, тому важливі для комплексності послуг та іміджу закладу.

На підставі аналізу динаміки кількості наданих медичних послуг з 2022 року, щороку відмічається збільшення об'єму наданої медичної допомоги.

2.3. Характеристика та склад матеріально-технічної бази КНП КОР «КООД»

КНП КОР «КООД» має потужну матеріально-технічну базу, яка відповідає вимогам закупівлі медичних послуг НСЗУ (Таблиця 2.5.).

Таблиця 2.5

Перелік обладнання, зареєстрованого в ЕСОЗ

№	Назва обладнання	Кількість
1	Лінійний прискорювач з одним джерелом енергії	1
2	Брахітерапевтична система	1
3	Апарат КТ для симуляційної радіотерапії	1
4	Система планування радіотерапії	3
5	КТ	2
6	МРТ	1
7	Мамограф	2
8	Відеолапароскоп	5
9	Відеогастроскоп	2
10	Відеоколоноскоп	2
11	Відеобронхоскоп	1
12	Відеоцистоуретероскоп	1
13	Електрохірургічний апарат загального призначення	9
14	Система моніторингу фізіологічних показників	60
15	Лабораторні аналізатори	9
	Загальна кількість зареєстрованого обладнання	161

До послуг пацієнтів висококваліфіковані фахівці та сучасне діагностичне обладнання.

Діагностична база Диспансеру дозволяє провести весь необхідний спектр діагностичних досліджень для верифікації онкологічного діагнозу у пацієнта.

Стаціонарна онкологічна медична допомога надається на 400 ліжках (310 ліжок в Київському підрозділі, 60 ліжок в Білоцерківському підрозділі та 30 ліжок в підрозділі Хоспіс) за основними напрямками:

- хірургічний (абдомінальна хірургія, торакальна хірургія, онкоурологія, мамологія, пухлини голови та шиї, онкогінекологія);
- анестезіологія та інтенсивна терапія;
- хіміотерапевтичний;

- онкогематологічна та гематологічна медична допомога дорослим та дітям забезпечується фахівцями в Центрі гематології та трансплантації кісткового мозку з блоком інтенсивної терапії та в дитячому онкогематологічному відділенні;

- променева терапія;
- паліативна допомога.

Диспансер оснащений сучасним обладнанням:

- два лінійних прискорювача для проведення дистанційної променевої терапії;
- апарат брахітерапії для проведення променевої терапії з підведенням джерела випромінення безпосередньо до пухлини;
- сучасне лапароскопічне обладнання у відділеннях хірургічного профілю (абдомінальна хірургія, урологія, онкогінекологія);
- ендоскопічне обладнання для проведення гістероскопії, цистоскопії, бронхоскопії.

Одним із напрямків розвитку онкологічної служби є розвиток мережі мобільної та стаціонарної паліативної допомоги. Наразі функціонують 3 мобільні паліативні бригади, 50 стаціонарних паліативних ліжок в Київському, Білоцерківському підрозділах та підрозділі «Хоспіс».

Забезпечення лікувального процесу протипухлинними лікарськими засобами здійснюється за кошти державного бюджету 2023 року за бюджетною програмою КПКВК 2301400 «Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру».

Висновки до розділу 2.3.

Матеріально-технічна база КНП КОР «КООД» відповідає вимогам програми медичних гарантій за всіма пакетом ПМГ та є підставою для укладання договору з НСЗУ за цим пакетами медичних послуг. Наявне медичне обладнання дозволяє проводити повноцінну діагностику, лабораторні дослідження та лікувальні втручання.

2.4. Характеристика фінансової складової діяльності КНП КОР "Київський обласний онкологічний диспансер"

Фінансову складову діяльності КНП КОР «КООД» проаналізовано на основі даних Звіту про доходи та видатки ЗОЗ, який подається закладом в НСЗУ (Таблиця 2.6).

Таблиця 2.6

Структура надходжень КНП КОР «КООД» в залежності джерел фінансування

Джерело фінансування	Грн.	%
Програма медичних гарантій	417 371 928,0	63,8
Державний бюджет	102 718 470,0	15,7
Місцевий бюджет	53 635 131,0	8,2
Благодійна допомога	54 912 795,0	8,4
Платні послуги	5 999 912,0	3,0
Інше	19 926 033,0	0,9
Разом	654 564 269,0	100,0

Основним джерелом фінансових надходжень до КНП КОР «КООД» є оплата послуг за Програмою медичних гарантій (Рис. 2.4)



Рис. 2.4. Розподіл надходжень КНП КОР «КООД»

В структурі видатків КНП КОР «КООД» переважають видатки на оплату праці та придбання товарно-матеріальних цінностей (лікарські засоби та медичні вироби)(Таблиця 2.7, рисунок 2.5).

Таблиця 2.7

Структура видатків КНП КОР «КООД» визначається на основі даних Звіту про доходи та видатки ЗОЗ, який подається закладом в НСЗУ за 2024 рік.

Різновид витрат	Абс, грн.	%
Оплата праці (в т.ч. ЄСВ)	326842715,3	48,4
Придбання товарно-матеріальних цінностей	233732915,4	34,6
Оплата комунальних послуг	25822109,7	3,8
Капітальні інвестиції	55312122,8	8,19
Ремонт	15031643,7	2,2
Витрати на оплату робіт, послуг	18934494,3	2,8
Всього	656741506,9	100



Рис. 2.5. Структура видатків КНП КОР «КООД» за 2024 рік

Аналіз витрат на оплату праці працівників КНП КОР «КООД» показує, що протягом 2022-2025 років заклад демонструє стабільні виплати медичному персоналу та зменшення виплат керівній ланці (Таблиця 2.8).

Таблиця 2.8

**Динаміка витрат на оплату праці працівників КНП КОР «КООД»
за 2022-2025 роки**

ВОП	2022 рік	2023 рік	2024 рік	2025 рік
Загальні ВОП, тис. грн	24017, 3	23681,4	18282,7	24500,0
Середні місячні ВОП, тис. грн	43,6	37,3	27,6	36,7
Середні місячні ВОП керівників, тис. грн	136,6	75,6	85,1	70,6
Середні місячні ВОП керівників структурних підрозділів, тис. грн	78,0	21,2	17,9	23,1
Середні місячні ВОП лікарів, тис. грн	60,4	63,7	45,3	67,1
Середні місячні ВОП СМП, тис. грн	43,1	41,4	26,2	37,7
Середні місячні ВОП ММП, тис. грн	23,7	20,8	14,9	19,5

Висновки до розділу 2.4.

Основним джерелами фінансування КНП КОР «КООД» є оплата за ПМГ-63,8% та надходження з державного та місцевого бюджетів складають - 24%, що в сумі складає 87,7%. Це свідчить про те, що у структурі надходжень коштів до КНП КОР «КООД» переважають кошти з державного бюджету.

Надходження грошових коштів по платним послугам та благодійна допомога складають невелику частку – 11,4% та потребують заходів, направлених на їх збільшення в структурі надходжень до КНП КОР «КООД».

В структурі видатків КНП КОР «КООД» переважають видатки на оплату праці та придбання товарно-матеріальних цінностей (лікарські засоби, медичні вироби та інше) - 83% від загального обсягу видатків.

Видатки на оплату праці працівників протягом 2022-2025 років зберігаються на високому рівні та залежать від об'єму коштів, отриманих КНП КОР «КООД» за Програмою медичних гарантій.

У КНП КОР «КООД» застосовується договірна систему оплати праці персоналу, основою якої є колективний договір, в якому визначаються форми і системи оплати праці, норми праці, розміри надбавок, доплат, премій, винагород та інших заохочувальних, компенсаційних і гарантійних виплат.

З 2022 року політика керівництва КНП КОР «КООД» щодо оплати труда персоналу залишається сталою – людський капітал розглядається як головний чинник економічного зростання.

Фінансова модель закладу відповідає сучасним умовам функціонування медичних підприємств, однак залежність від державних джерел фінансування потребує стратегій диверсифікації доходів.

Розділ 2.5. Аналіз системи управління КНП КОР «КООД»

Функціонально-організаційна структура КНП КОР «КООД» має лінійно-штатну організацію, у якій на лінійних посадах знаходяться лікарі, які безпосередньо надають медичну послугу, а працівники на штатних посадах надають адміністративні та допоміжні послуги, необхідні лікарям для забезпечення процесу надання медичної послуги.

Для КНП КОР «КООД» характерна функціональна департементалізація (структурні підрозділи - відділення, відділи), централізація у прийнятті ключових рішень в особі Генерального директора, вузький діапазон контролю та довгий ланцюг командування.

Суб'єкт управління – апарат управління (АУ), який здійснює планування, організацію, мотивацію та контроль діяльності закладу.

У КНП КОР «КООД» АУ поділено на чотири функціонально-посадові групи:

I-а група (формальна): особи, що виконують головні управлінські функції
Питома вага у структурі АУ: 25%

Склад: Генеральний директор, заступники генерального директора (№1, №2, з фармацевтичного забезпечення, з технічних питань), медичний директор,

заступники медичного директора (зі стаціонарної, амбулаторної роботи, керівники підрозділів Білоцерківського та «Хоспіс»), головна медична сестра.

Системна роль: Група I виконує функції стратегічного управління, прийняття рішень і контролю, є ядром суб'єкта управління. У системному аналізі — це центр управлінських впливів та комунікаційна вершина ієрархії.

II-а група (формальна): особи, що виконують допоміжні управлінські функції

Питома вага у структурі АУ: 20 %

Склад: головний бухгалтер, начальники планово-економічного відділу, відділу стандартизації, сертифікації та якості, відділу кадрів, інфекційного контролю, юрисконсульт, інспектор з військового обліку, інженер з охорони праці, головний інженер.

Системна роль: забезпечення фінансово-економічного, правового, кадрового та інфраструктурного супроводу управлінських рішень. Формування звітності для НСЗУ, кошторисів, тендерної документації, системи контролю якості та сертифікації. Контроль безпеки персоналу, військового обліку, охорони праці.

Ця група забезпечує високу ресурсний менеджмент, адже створює основу для фінансової стабільності, легітимності діяльності, та відповідності стандартам.

III-я група (формальна): особи, що виконують додаткові управлінські функції

Питома вага у структурі АУ: 57%

Склад: головний енергетик, інженер з медичного обладнання, завідувач господарством, інженер з ремонту, завідувачі структурних підрозділів і відділень, в т.ч. завідувач аптечним складом (разом 21 особа).

Функції: забезпечують реалізацію управлінських рішень на операційному рівні: контроль за інфраструктурою, обладнанням, технічними процесами, матеріальною базою. Завідувачі відділень виконують роль посередників між медичними працівниками й адміністрацією, що в свою чергу формує вертикальний контур зворотного зв'язку. Основне завдання III групи АУ —

операційний рівень управлінських рішень, забезпечення безперебійного функціонування закладу та забезпечення зворотного зв'язку з управлінським апаратом (оперативні звіти, потреби, пропозиції).

Системна роль: група III — має ключове значення для стійкості операційних процесів., з'єднує стратегічний рівень (група I) з виробничим (об'єктом управління), канал управлінських сигналів і контролю якості процесів.

IV-а група (неформальна): особи, які опосередковано беруть участь в управлінні

Питома вага у структурі АУ: 2 %

Склад і роль: Заступник генерального директора №2 — виконує роль неформального лідера, обізнаний у стані справ структурних підрозділів та персоналу, має можливість доводити до відома Генерального директора іншу точку зору на конфлікти та проблеми Підприємства, має високий рівень довіри колективу та впливає на прийняття рішень через неформальні канали комунікації. Неформальний лідер забезпечує соціальну стабільність системи, адаптацію управлінських рішень до людського чинника, виступає каналом зворотного зв'язку між керівництвом і персоналом, знижує рівень опору змінам.

Об'єкт управління – це сукупність структурних підрозділів, процесів (надання медичних послуг), ресурсів (обладнання, лікарські засоби та медичні вироби) і персоналу, на які спрямовані управлінські впливи.

В КНП КОР «КООД» до об'єкта управління відносяться

Персонал (медичний та немедичний) структурних підрозділів:

1. Клінічні структурні підрозділи Київський підрозділ:

- Консультативно-діагностична поліклініка №1
- Відділення променевої діагностики
- Приймальне відділення
- Відділення анестезіології та інтенсивної терапії №1
- Відділення онкохірургії №1

- Відділення онкохірургії №2
- Відділення онкохірургії №3
- Відділення онкогінекології
- Відділення хіміотерапії
- Відділення променевої терапії №1
- Центр гематології та трансплантації кісткового мозку
- Дитяче онкогематологічне відділення
- Відділення паліативної допомоги
- Центральна клініко-діагностична лабораторія
- Цитологічна лабораторія
- Патогістологічна лабораторія

2. Клінічні структурні підрозділи Білоцерківський підрозділ:

- Консультативно-діагностична поліклініка №2
- Відділення анестезіології та інтенсивної терапії №1
- Загальноклінічне відділення
- Відділення променевої терапії №2
- клініко-діагностична лабораторія №2

3. Клінічні структурні підрозділи Підрозділ «Хоспіс»

-Відділення для хоспісних та паліативних хворих

4. Склад лікарських засобів

5. Відділ інфекційного контролю

6. Відділ канцер-реєстру

7. Адміністративно-господарські підрозділи

- Гараж
- Енергетична служба
- Інженерна служба
- Група фахівців з інтернет-технологій

Матеріально-технічне оснащення

Лікарські засоби та медичні вироби

Блок наукового регулювання — це сукупність методологічних, нормативних і інформаційних інструментів, за допомогою яких суб'єкт здійснює цілеспрямоване управління об'єктом. До блоку наукового регулювання входять:

1. Нормативно-правова база – Закони України, Накази МОЗ, ДОЗ КОДА та інші закони, відповідно до яких здійснюється діяльність КНП КОР «КООД»;
2. Накази КНП КОР «КООД»;
3. Маршрути пацієнтів, розроблені на основі клінічних настанов;
4. Посадові інструкції;
5. СОПи;
6. Інформаційно-аналітичні системи – в КНП КОР «КООД» з метою зменшення паперового навантаження на персонал, оперативного отримання інформації, оцінки ефективності роботи та контролю використовуються аналітичні звіти з різним рівнем доступу до інформації:
 - МІС аналітичні звіти «Звіт по госпіталізаціям», «Звіт використанню лікарських засобів», «Звіт по амбулаторним прийомам», «Звіт по лабораторним дослідженням», «Звіт по хірургічній активності», «Звіт по роботі в МІС», тощо.
 - Гугл-форми «Звіт чергового лікаря», «Замовлення компонентів крові», «План оперативних втручань», «Журнал амбулаторних консультацій».
 - Розшифровки НСЗУ (ретроспективний аналіз);
7. Система менеджменту якості надання медичних послуг.

Висновок до розділу 2.5.

Функціонально-організаційна структура КНП КОР «КООД» має класичну механістичну організацію. Недоліки лінійно-штатної організації нівелюються елементами матричної структури, які включають командну роботу, гнучкість, вищу продуктивність, здатність знаходити баланс у прийнятті рішень та надавати можливості у професійному розвитку. У зв'язку великим об'ємом медичних послуг, які надає КНП КОР «КООД» та значною кількістю складного медичного

обладнання в штаті присутня велика кількість немедичного персоналу, який забезпечує безперебійне функціонування закладу.

2.6. Організація роботи з кадрами та характеристика персоналу КНП КОР «Київський обласний онкологічний диспансер»

Діяльність кадрової служби КНП КОР «КООД» регламентується документами, представленими у таблиці 2.9.

Таблиця 2.9.

Документальне наповнення кадрової служби КНП КОР «КООД»

№ з/п	Документ	Стисла характеристика
1	Статут	Статут затверджено рішенням Київської обласної ради від 21 серпня 2025 року № 1426-33-VIII. В розділі №1 «Загальні положення» вказано назву КНП КОР «КООД», історію його створення, хто є засновником, вказано статус підприємства - КНП та законодавчі акти, якими у своїй діяльності керується Підприємство. У розділі №3 вказано місце провадження діяльності (три підрозділи), основні напрямки діяльності відповідно до ліцензійних умов. У розділі №4 вказано правовий статус: юридична особа публічного управління, право користування закріпленим комунальним майном, яке є власністю територіальних громад сіл, селищ, міст Київської області на праві оперативного управління, умови здійснення господарської некомерційної діяльності. У розділі №5 вказано, що майно підприємства є комунальною власністю, яке заборонено відчужувати третім особам, вказано джерела формування майна та коштів Підприємства, статутний капітал. Розділ №6 щодо прав та обов'язків; вказано права Підприємства (які правочини підприємство здійснює самостійно). Розділ №7 Органами управління Підприємством є: Засновник, Генеральний директор, його заступники, медичний директор, Наглядова рада (у разі її утворення). Чітко вказано та розмежовано управлінські функції між Засновником, Генеральним директором та Наглядовою радою. Розділ № 8 Організаційна структура – Організаційна структура, функціональні обов'язки, посадові інструкції

		працівників та штатна чисельність визначаються та затверджуються Генеральним директором. У розділі №9 визначено повноваження трудового колективу та умови укладання колективного договору. У розділі №10 вказано контроль та перевірка діяльності Підприємства. Розділ №11 Лікарська таємниця. Розділ №12 Умови припинення діяльності.
2	Штатний розклад	Штатний розклад затверджено Генеральним директором, погоджено Головою Київської обласної ради (кількість штатних одиниць - 878.00 та вказано розмір місячного фонду заробітної плати – 15247064.00 грн.). Посади в штатному розкладі відповідають Національному класифікатору професій (наказ Держспоживстандарту України 28.07.2010 № 327). Штатний розклад складається з основних граф: назва структурного підрозділу та посад, кількість штатних посад, посадовий оклад, надбавки, доплати, фонд заробітної плати на місяць та на рік. В кінці кожного підрозділу сумується загальна кількість посад, оклади та фонд заробітної плати. В кінці сумуються всі графи, документ підписано Генеральним директором та Головним економістом.
3	Колективний договір	Колективний договір КПН КОР «КООД» на 2022—2027 роки схвалено загальними зборами трудового колективу від 01.07.2022 року. Документ складено на 56 сторінках, договір укладено між Генеральним директором та Головою профспілкової організації, яка уповноважена представляти трудовий колектив. У договорі, крім загальної частини, прописані зобов’язання адміністрації та профспілкового комітету, режим роботи, тривалість робочого часу та відпочинку працівників, відповідно нормативно-правової бази України (у додатках для кожної категорії працівників). Оплата праці та преміювання працівників: зазначено принцип формування посадових окладів адміністрації та працівників, у положенні про преміювання зазначені підстави для преміювання та розміри премії. Окремо прописані за умови нарахування надбавок та доплат (наприклад: у зв'язку зі шкідливими та

		важкими умовами праці – 15% посадового окладу, за роботу з деззасобами - 10%). У додатку наведено список посад працівників, на які розповсюджуються доплати та надбавки відповідно діючого законодавства (до кожного пункту вказано відповідна постанова чи накази міністерств). Окремо зазначені зобов'язання адміністрації, профспілкового комітету та працівників з охорони праці та соціального захисту, а також гарантії діяльності профспілкового комітету. У додатках: «Правила внутрішнього розпорядку», «Норми тривалості робочого часу...», «Положення про преміювання...», «Перелік робочих місць, виробництв, професій, яким підтверджено право на пільги та компенсації...», «Перелік робочих місць, виробництв, професій, яким підтверджено право на щорічну додаткову відпустку...», «Перелік робочих місць, виробництв, професій, яким підтверджено право на скорочену тривалість робочого тижня...», «Перелік робочих місць, виробництв, професій, яким підтверджено доплати за шкідливі умови роботи...». До колективного договору додано протокол загальних зборів працівників КНП КОР «КООД» з підписами учасників. Документ затверджено Головою профспілкового комітету та погоджено Генеральним директором.
4	Посадові інструкції	Посадові інструкції складено на основі Уніфікованої форми посадової інструкції (типова посадова інструкція), визначених Збірником уніфікованих форм організаційно-розпорядчих документів, схвалено протоколом Методичної комісії Держкомархівів від 20.06.2006 № 3 вимоги до розроблення посадових інструкцій (наказ Мінпраці від 29.12.2004 № 336) та ДСТУ 4163:2020 Правила діловодства передбачають єдиний підхід до побудови тексту посадових інструкцій. При складанні посадових інструкцій, використано: -Класифікатор професій; -кваліфікаційні характеристики професій, вміщені до ДКХП;

		-рекомендації до складання посадової інструкції; -організаційні документи підприємства; колективний договір (статут); -правила внутрішнього трудового розпорядку; ДСТУ 4163:2020. Посадова інструкція працівника містить такі розділи: -Загальні положення -Завдання та обов'язки -Права -Відповідальність -Повинен знати -Кваліфікаційні вимоги -Взаємовідносини (зв'язки) за професією, посадою Посадові інструкції погоджено медичним директором, начальником відділу кадрів та юрист-консультантом, затверджено наказом Генерального директора по КНП КОР «КООД». Посадові інструкції підписано працівником, оригінал посадової інструкції зберігається у відділі кадрів, його копія – на робочому місці працівника. Апарат управління виконує свою професійну діяльність відповідно до затвердженого Генеральним директором Розподілу обов'язків.
5	Ліцензія та оцінка відповідності надаваних послуг	У витягу відомостей з Ліцензійного реєстру МОЗ з медичної практики зазначено наступну інформацію: -КНП КОР «КООД» -Юридична адреса -Дата та номер рішення про видачу ліцензії (від 22.07.2020 № 1664) -Місце впровадження діяльності (адреса трьох підрозділів) -Перелік спеціальностей за кожним місцем впровадження діяльності. Перелік спеціальностей відповідає профілю ЗОЗ та об'єму надання медичних послуг.

В КНП КОР «КООД» працює 685 працівників, кадровий склад представлений у Таблиці 2.10.

Таблиця 2.10

Характеристика персоналу КНП КОР «КООД»

№ з/п	Показник	Характеристика	
		абс. ч.	%
1	Кількість лікарів	159	23,2
2	Кількість молодших спеціалістів з медичною освітою (медичні сестри, фельдшери, лаборанти)	243	35,5
	Молодший медичний персонал	135	19,7
3	Кількість адміністративно-управлінського персоналу	10	1,5
4	Кількість господарсько-обслуговуючого персоналу	138	20,1
	Всього	685	100,0

1. Загальна чисельність персоналу 685 осіб. Заклад є великим за структурою, з розвиненою системою підрозділів.
2. Медичний персонал (лікарі + середній + молодший) 78,4 % загальної чисельності, що свідчить про високу частку клінічного персоналу і чітку профільну орієнтацію.
3. Співвідношення між категоріями медичних працівників:
 - Лікарі : середній медперсонал = 1 : 1,5
 - Лікарі : молодші медичні сестри = 1 : 0,85
 - Загалом на одного лікаря припадає близько 2,3 допоміжних медпрацівника — оптимальний показник для багатопрофільних лікарень.
4. Адміністративно-управлінський персонал (1,5 %) структура управління є компактною, без надлишкової централізації.

5. Господарсько-обслуговуючий персонал (20,1 %) рівень вище середнього, що зумовлено великими площами (3 підрозділи) та виконанням великого об'єму технічних функцій.

З 2022 року спостерігається збільшення штату працівників (Таблиця 2.11), переважно за рахунок лікарів, середнього медичного персоналу, молодшого медичного персоналу та немедичного персоналу.

Таблиця 2.11.

Динаміка кількості працівників КНП КОР «КООД» з 2022 року по теперішній час.

Персонал	2022 рік	2023 рік	2024 рік	2025 рік
Загальна кількість працівників	550	635	662	667
Кількість керівників	8	8	10	10
Кількість керівників структурних підрозділів	31	31	33	34
Кількість лікарів	105	13	119	123
Кількість СМП	193	220	227	225
Кількість ММП	112	131	132	131
Кількість іншого персоналу	101	131	140	143

На підставі аналізу плинності кадрів з'ясовано, що у 2022 році плинність кадрів становила 24,9%, що насамперед пов'язано з початком військової агресії РФ та масовою міграцією населення України за кордон. У 2023 році темпи плинності кадрів уповільнились та становили 14,7%, у 2024-2025 роках плинність кадрів становила 9% та 10,2%, відповідно, що характеризується як помірна та контрольована та відповідає середнім міжнародним орієнтирам для медичної галузі.

Висновки до розділу 2.6.

-Кадрова робота КНП КОР «КООД» базується на затвердженому Статуті підприємства, штатному розкладі, колективному договорі та посадових інструкціях.

-Кадрова структура КНП КОР «КООД» є збалансованою: основну частину складають працівники, що безпосередньо забезпечують лікувально-діагностичний процес. Оптимальне співвідношення лікарів і середнього персоналу гарантує належну якість медичних послуг і контроль навантаження. Частка молодших медичних сестер перебуває у межах нормативів, що забезпечує належний санітарно-епідемічний режим. Рівень адміністративного апарату є ефективним — відсутні ознаки бюрократичного перевантаження. Висока частка господарського персоналу обґрунтована наявністю трьох підрозділів (Київського, Білоцерківського та «Хоспіс») та виконанням великого об'єму технічних функцій.

Плинність кадрів у 2022 році мала найвищий відсоток, що пов'язано з початком війни, надалі показники плинності кадрів знаходяться на прийнятному рівні, що дозволяє оновлювати кадровий склад, не загрожує стабільності персоналу, не створює дефіциту кадрів та не впливає критично на безперервність медичної допомоги.

РОЗДІЛ 3

ОЦІНКА РІВНЯ ЗАЛУЧЕНОСТІ, ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ, ПСИХОЛОГІЧНОЇ БЕЗПЕКИ ТА ЛОЯЛЬНОСТІ ПРАЦІВНИКІВ КНП КОР «КООД»

3.1. Опис дизайну дослідження

Для оцінки рівня залученості, емоційного вигорання, психологічної безпеки та лояльності персоналу КНП КОР «КООД» було проведено соціологічне дослідження у формі анонімного анкетування. Дослідження носило одномоментний (поперечний) описовий характер та проводилося в онлайн-форматі із використанням платформи Google Forms, у рамках діяльності кадрової служби закладу.

Вибірка дослідження: у анкетуванні взяли участь 130 працівників КНП КОР «КООД» різних професійних груп, які представляли основні структурні підрозділи. Вибірка сформована випадковим способом серед працівників, які надали добровільну згоду на участь. Анкетування було анонімним, що забезпечувало зниження упередженості відповідей. Участь у дослідженні брали представники таких категорій персоналу:

- лікарі;
- середній медичний персонал;
- молодший медичний персонал;
- немедичний персонал;
- адміністративний персонал.

Респонденти надавали інформацію щодо:

- підрозділу роботи (хірургія, хіміотерапія, радіологія, діагностика, поліклініка, паліативна допомога, інтенсивна терапія, адміністрація, немедичний персонал);
- посади;
- стажу роботи в закладі (до 1 року, 1–3 роки, 3–10 років, понад 10 років).

Інструменти дослідження:

Для досягнення мети використано три стандартизовані та адаптовані опитувальники:

1. Анкета для визначення Індексу задоволеності персоналу (ESI — Employee Satisfaction Index) дозволяє оцінити рівень задоволеності умовами праці, взаємодією у колективі та мотиваційними факторами. Анкета представлена у додатку А.

Використана така шкала:

- 1 – зовсім не згоден(на)
- 2 – радше не згоден(на)
- 3 – важко сказати / частково згоден(на)
- 4 – радше згоден(на)
- 5 – повністю згоден(на)

Методика розрахунку ESI:

Кодування відповідей: кожній відповіді на твердження присвоюється бал від 1 до 5:

- 1 – мінімальна задоволеність / незгода
- 5 – максимальна задоволеність / повна згода

Розрахунок індивідуального індексу ESI (для одного працівника)

- Підрахунок суми балів за всі твердження
- Обчислення середнього балу ESI
- Перевести середній бал у відсотки (0–100%):

Груповий (загальний) ESI по відділенню / закладу

- Підрахунок ESI для кожного працівника.
- Середнє значення серед усіх працівників підрозділу / закладу.

Інтерпретація рівнів ESI представлена у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Інтерпретація рівнів ESI

Середній бал	ESI у відсотках	Інтерпретація ESI
1,0–2,4	20–49 %	Низький рівень
2,5–3,74	50–74 %	Середній рівень
3,75–5,0	75–100 %	Високий рівень

2. Анкета для оцінки професійного вигорання медичних працівників, розроблена на основі: Maslach Burnout Inventory — Human Services Survey (MBI-HSS), Copenhagen Burnout Inventory (CBI). Оцінює три ключові домени: емоційне виснаження, деперсоналізацію та відчуття професійної ефективності. Анкета представлена у Додатку Б.

Інструкція для респондента: Будь ласка, оберіть, як часто Ви відчуваєте описані нижче стани.

5 — ніколи

4 — дуже рідко

3 — рідко

2 — часто

1 — дуже часто

Розрахунок загального індексу вигорання

1. Перевести відповіді в числові бали (1–5)

2. Порахувати середнє.

Інтерпретація рівні професійного вигорання представлена у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Інтерпретація рівня професійного вигорання

Середній бал	Рівень вигорання
1,0–2,5	Високий
2,6–4,0	Середній
4,1–5,0	Низький

3. Анкета для оцінки психологічної безпеки (Amy Edmondson Psychological Safety Scale), адаптована для системи охорони здоров'я. Спрямована на визначення рівня довіри, відкритості та можливості висловлювати думку без страху негативних наслідків. Анкета представлена у Додатку В.

Інструкція для респондента: Оберіть варіант відповіді, що найбільше відповідає Вашому досвіду роботи у підрозділі.

1 — зовсім не згоден(на)

2 — радше не згоден(на)

3 — частково згоден(на)

4 — радше згоден(на)

5 — повністю згоден(на)

Методика розрахунку результатів

Підрахунок балів

Кожна відповідь = від 1 до 5

Обчислення середнього значення для респондента

Інтерпретація рівнів психологічної безпеки представлена у таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Інтерпретація рівнів психологічної безпеки

Середній бал	Рівень психологічної безпеки
1,0–3,0	Низький
3,1–4,0	Середній
4,1–5,0	Високий

4. Оцінка лояльності працівників (eNPS — Employee Net Promoter Score)

Індекс лояльності працівників (eNPS — employee Net Promoter Score). Визначається через питання щодо готовності рекомендувати заклад як місце роботи.

Мета: визначити готовність працівників рекомендувати заклад як місце роботи.

Питання (стандарт eNPS): Наскільки ймовірно, що Ви порекомендуєте наш заклад як місце роботи своїм знайомим?

(Оберіть число від 0 до 10)

Оцінка	Значення
0–6	Негативне ставлення, незадоволеність
7–8	Нейтральне ставлення
9–10	Висока лояльність, рекомендація

Формат відповіді: одне число 0–10

Методика — одне запитання, але дуже висока прогностична сила HR-аналізу.

Методика розрахунку

Віднести відповіді до категорій:

Категорія	Діапазон	Назва	Значення
Промоутери	9–10	Лояльні працівники	готові «рекомендувати»
Нейтрали	7–8	Невизначені	можуть піти при нагоді
Критики	0–6	Негативно налаштовані	поширення ризиків у колективі

Формула eNPS

$eNPS = \% \text{ Промоутерів} - \% \text{ Критиків}$

Результат виражається в цілому числі від -100 до +100.

Нейтралі не впливають на розрахунок, але впливають на затримання персоналу.

Інтерпретація результатів eNPS

eNPS	Оцінка ситуації
> +50	Висока лояльність
0...+50	Позитивно, але є ризики
-0...-50	Низька лояльність, потрібні зміни
< -50	Кризовий рівень

Етичні аспекти

Усі респонденти були поінформовані про мету дослідження, брали участь добровільно, мали право не відповідати на питання, що викликають дискомфорт, підтверджували згоду перед заповненням анкети. Персональні дані не збиралися, що забезпечило конфіденційність і відповідність етичним вимогам соціологічних досліджень.

Методи статистичної обробки опрацьовувалися:

- частотний аналіз (розподіл за групами),
- розрахунок індексів: ESI та eNPS,
- оцінка рівнів емоційного вигорання і психологічної безпеки за шкалами інструментів.

Результати подаються у вигляді середніх значень, відсотків та графічних візуалізацій (діаграми та таблиці), з інтерпретацією відповідно до методичних рекомендацій зазначених опитувальників.

3.2. Результати дослідження

3.2.1. Характеристика працівників, які взяли участь в опитуванні.

В анкетуванні прийняли участь 130 працівників КНП КОР «КООД». Таблиця 3.1. демонструє структуру вибірки соціологічного дослідження. Розподіл респондентів за підрозділами відображає реальну пропорцію кадрового складу та забезпечує репрезентативність отриманих результатів для всього закладу.

Найбільшу частку опитаних становили працівники поліклінічного відділення — 28,5%, що відповідає значній чисельності персоналу та високій інтенсивності контактів із пацієнтами саме в цьому підрозділі. Значну частку також займають фахівці хіміотерапевтичного відділення (16,9%) та хірургії (14,6%), що є ключовими клінічними підрозділами, де спостерігається інтенсивне навантаження та висока психологічна напруга.

Менші, але важливі групи респондентів представлені працівниками діагностичного відділення (10,8%), відділення інтенсивної терапії (8,5%), адміністрації (8,5%), а також спеціалістами радіології (7,7%) та паліативної допомоги (4,6%). Наявність відповідей від усіх підрозділів забезпечує цілісність аналізу та можливість порівняння між функціональними групами.

Такий розподіл свідчить, що дослідження охопило всі ключові напрями діяльності закладу — від амбулаторного та стаціонарного лікування до інтенсивної терапії, паліативної допомоги та адміністративного управління (Рисунок 3.1). Це дозволяє інтерпретувати отримані результати щодо залученості, емоційного вигорання, психологічної безпеки та лояльності персоналу як достатньо достовірні, порівнювати специфіку різних підрозділів та формувати диференційовані управлінські рекомендації.

Таблиця 3.1.

Розподіл опитуваних працівників по підрозділам

№	Назва підрозділу	Кількість	
		Абс.	%
1	Хірургія	19	14,6%
2	Хіміотерапія	22	16,9%
3	Радіологія	10	7,7%
4	Діагностика	14	10,8%
5	Поліклініка	37	28,5%
6	Інтенсивна терапія	11	8,5%
7	Паліативна допомога	6	4,6%
8	Адміністрація	11	8,5%
	Всього	130	100%



Рис. 3.1. Розподіл опитуваних працівників КНП КОР «КООД» по підрозділам.

Таблиця 3.2. відображає структуру респондентів за посадовими категоріями КНП КОР «КООД».

Найчисельнішу групу склали представники середнього медичного персоналу — 43,1%, що є логічним з огляду на структуру персоналу онкологічного диспансеру. Саме середній медичний персонал забезпечує значний обсяг щоденних клінічних процедур, має високий рівень навантаження та є критично важливою групою для оцінки ризиків професійного вигорання та рівня психологічної безпеки.

Другою за чисельністю групою стали лікарі — 35,4%, що створює достатню базу для аналізу їхньої залученості, емоційного навантаження та факторів можливого вигорання. Значний відсоток лікарів у вибірці дозволяє зробити виважені висновки щодо рівня задоволеності та лояльності ключової групи медичного персоналу.

Меншу, але важливу частку вибірки становлять немедичний персонал (7,7%), адміністрація (8,4%) та молодший медичний персонал (5,4%). Представленість цих груп дозволяє проаналізувати перетин клінічних та адміністративних процесів, виявити можливі відмінності в рівні психологічної безпеки, задоволеності умовами праці та мотиваційних очікуваннях між медичними й немедичними категоріями працівників.

Такий розподіл респондентів забезпечує комплексність і якісну глибину дослідження, дозволяє оцінити стан залученості та добробуту персоналу в різних професійних групах та виявити специфіку потреб і ризиків у кожній з них. Це, у свою чергу, створює підґрунтя для розробки адресних, людиноцентричних управлінських рішень у КНП КОР «КООД» (Рис. 3.2).

Таблиця 3.2.

Розподіл опитуваних працівників по посадам

№	Посада	Кількість	
		Абс.	%
1	Лікар	46	35,4%
2	Середній медичний персонал	56	43,1%
3	Молодший медичний персонал	7	5,4%
4	Немедичний персонал	10	7,7%
5	Адміністрація	11	8,4%
	Всього	130	100%



Рис. 3.2. Розподіл опитуваних працівників КНП КОР «КООД» по посадам.

Таблиця 3.3 характеризує вибірку респондентів за показником трудового стажу та демонструє збалансоване представництво різних груп персоналу, що

дозволяє об'єктивно оцінити загальний стан кадрового середовища в КНП КОР «КООД».

Половину всіх опитаних 50,8% (66 осіб) становлять працівники зі стажем понад 10 років. Домінування цієї групи свідчить про високу кадрову стабільність у закладі та наявність значного професійного досвіду серед персоналу. У контексті дослідження залученості, вигорання та психологічної безпеки це важливо, оскільки саме працівники зі значним стажем часто мають підвищений ризик емоційного виснаження, але водночас демонструють стабільні професійні установки та глибоке розуміння внутрішніх процесів закладу.

Близько чверті персоналу 23,8% (31 особа) — мають стаж від 3 до 10 років. Це група, яка вже сформувала професійні компетентності та має усталений погляд на організаційні процеси. Їхня позиція часто впливає на загальний рівень культури, командної взаємодії та лояльності.

Працівники зі стажем 1–3 роки становлять 16,2% (21 особа). Це важлива група з точки зору адаптації, підтримки та формування внутрішньої мотивації. Вони чутливі до умов праці, стилю управління та рівня психологічної безпеки.

Найменшу частку вибірки 9,2% (12 осіб) складають працівники зі стажем до 1 року. Їхній досвід є ключовим для оцінки ефективності процесів адаптації, наставництва, комунікації та культури підтримки в закладі.

Загалом структура стажу респондентів дозволяє оцінити кадрову ситуацію в закладі з урахуванням різних поколінь і груп досвіду, визначити потреби молодих фахівців і ризики серед молодих та досвідчених працівників. Такий розподіл підсилює достовірність аналізу та дає змогу сформулювати диференційовані, людиноцентричні управлінські рекомендації (рис. 3.3.).

Таблиця 3.3.

Розподіл опитуваних працівників в залежності від стажу роботи

№	Стаж роботи	Кількість	
		Абс.	%
1	До 1 року	12	9,2%
2	1-3 роки	21	16,2%
3	3-10 років	31	23,8%
4	Більше 10 років	66	50,8%
	Всього	130	100%



Рис. 3.3. Розподіл опитуваних працівників КНП КОР «КООД» в залежності від стажу роботи

Висновки до розділу 3.2.1

В опитування прийняли участь працівники всіх підрозділів, професійних груп та різних показників трудового стажу. Це дозволяє інтерпретувати отримані результати щодо залученості, емоційного вигорання, психологічної безпеки та

лояльності персоналу як достатньо достовірні, порівнювати специфіку різних підрозділів та формувати диференційовані управлінські рекомендації.

3.2.2. Результати опитування

Визначення Індексу задоволеності персоналу:

Середній рівень задоволеності опитуваного персоналу склав 80,2%. Це свідчить високий рівень загальної задоволеності персоналу умовами праці в КНП КОР «КООД». В таблиці 3.4. представлений розподіл працівників за рівнем задоволеності.

Представлена таблиця відображає рівень задоволеності та залученості персоналу серед опитаних працівників КНП КОР «КООД». Результати демонструють загалом позитивний рівень задоволеності умовами праці та внутрішньою мотивацією, проте з наявними зонами ризику, що потребують управлінської уваги.

Найбільшу частку респондентів 66,2% (86 осіб) становлять працівники з високим рівнем ESI, що відповідає діапазону 75–100%. Це свідчить про те, що більшість персоналу відчуває задоволення від роботи, має внутрішню мотивацію, позитивно оцінює стосунки в колективі, рівень комунікації, значущість своєї діяльності та готовність рекомендувати заклад як місце праці. Такий результат є важливим ресурсом для підтримки стабільності, командної взаємодії та якості медичної допомоги.

Значна частка працівників 24,6% (32 особи) продемонстрували середній рівень задоволеності, що відповідає діапазону 50–74%. Представники цієї групи загалом оцінюють умови праці як прийнятні, однак стикаються з певними труднощами, які знижують їх залученість: підвищене навантаження, організаційні бар'єри, недостатність ресурсів або обмежена підтримка. За відсутності своєчасних управлінських заходів частина цієї групи може перейти до низького рівня ESI.

Група працівників із низьким рівнем задоволеності 9,2% (12 осіб) є критичною для організації. Низький ESI вказує на суттєві проблеми у робочому середовищі: високий стрес, незадоволення умовами праці, конфліктність, недостатню комунікацію або відсутність підтримки. Працівники з низьким ESI

мають підвищений ризик професійного вигорання, зниження лояльності та ймовірності звільнення.

Загалом результати свідчать, що кадрова ситуація у КНП КОР «КООД» характеризується переважно високим рівнем задоволеності персоналу, що є позитивним індикатором організаційної культури. Водночас наявність групи працівників зі середнім та низьким рівнем ESI підкреслює необхідність адресних інтервенцій, спрямованих на оптимізацію навантаження, підсилення управлінської підтримки та покращення комунікацій, особливо у підрозділах з нижчими показниками.

Таблиця 3.4.

**Результати визначення рівня ESI серед опитуваних працівників
КНП КОР «КООД».**

№	Рівень ESI	Кількість працівників	
		Абс.	%
1	Високий (75–100%) 3,75-5,0	86	66,2
2	Середній (50–74%) 2,5-3,74	32	24,6
3	Низький (0–49%) 1,0-2,4	12	9,2
	Всього	130	100

Визначення рівню професійного вигорання персоналу:

У таблиці 3.5. відображено загальний розподіл професійного вигорання серед працівників КНП КОР «КООД».

Переважна більшість респондентів 62,3% (81 особа) продемонстрували високий рівень професійного вигорання. Такий показник є надзвичайно високим і перевищує середні міжнародні орієнтири для медичних установ. Це вказує на значний рівень емоційного та фізичного навантаження, характерного для онкологічного профілю, а також на наявність організаційних чинників, що посилюють стрес, таких як висока інтенсивність роботи або обмежена психологічна підтримка.

Близько третини опитаних 31,5% (41 особа) мають середній рівень вигорання, що відображає помітні прояви втоми та напруження. Працівники цієї групи перебувають у зоні ризику: без належної профілактики їхній стан може поступово переходити у високий рівень вигорання.

Лише 6,2% (8 осіб) мають низький рівень вигорання, що вказує на дуже невелику частку персоналу, який зберігає емоційну стійкість і баланс у роботі.

Отримані результати свідчать про наявність масштабної проблеми професійного вигорання, яка впливає не лише на добробут працівників, а й на якість медичної допомоги, безпеку пацієнтів, командну взаємодію та ефективність закладу в цілому. Така ситуація вимагає системних управлінських інтервенцій у межах людиноцентричної HR-стратегії: впровадження програм профілактики вигорання, психологічної підтримки, оптимізації навантаження, розвитку культури довіри та підсилення лідерства підтримки.

Таблиця 3.5

Рівні професійного вигорання працівників КНП КОР «КООД»

Рівень вигорання	Кількість (осіб)	Частка, %
Низький	8	6,2 %
Середній	41	31,5 %
Високий	81	62,3 %

Визначення рівню психологічної безпеки персоналу:

Таблиця 3.6. демонструє розподіл рівнів психологічної безпеки серед працівників КНП КОР «КООД» та свідчить про наявність у закладі загалом сприятливого, проте неоднорідного психологічного клімату.

Найбільшу частку респондентів 70,8% (92 особи) становлять працівники з середнім рівнем психологічної безпеки. Це свідчить про наявність базової атмосфери довіри та взаємоповаги в колективі. Персонал загалом відчуває можливість висловитися та взаємодіяти з колегами, однак частково зберігає обережність щодо критики, нових пропозицій або повідомлень про ризикові ситуації.

Близько п'ятої частини респондентів 20,7% (27 осіб) демонструють високий рівень психологічної безпеки. Це позитивна група, що вказує на існування підрозділів або команд, де відкрита комунікація, підтримка, лідерство та командний клімат сформовані на високому рівні. Наявність такої групи свідчить про позитивний потенціал організації та можливість масштабувати ефективні практики на інші підрозділи.

Водночас 8,5% опитаних (11 осіб) мають низький рівень психологічної безпеки, що є критичним індикатором для керівництва. У цих працівників можуть бути наявні такі чинники, як страх помилок, побоювання критики або покарання, низький рівень довіри до керівництва, конфліктні або напружені взаємини в колективі та відсутність підтримки або залучення.

Ця група потребує першочергової управлінської уваги, оскільки низька психологічна безпека безпосередньо пов'язана з підвищенням ризику вигорання, зниженням задоволеності роботою, негативною динамікою eNPS, а також зменшенням якості командної комунікації та клінічної взаємодії.

Таблиця 3.6.

Рівні психологічної безпеки персоналу КНП КОР «КООД»

Рівень психологічної безпеки	Кількість (осіб)	Частка, %
Низький	11	8,5%
Середній	92	70,8%
Високий	27	20,7%

У таблиці 3.7. узагальнено середні значення ключових показників, що характеризують стан працівників у КНП КОР «КООД»: рівень задоволеності персоналу (ESI), рівень професійного вигорання та психологічної безпеки. Дані дозволяють комплексно оцінити умови праці, емоційний стан працівників та якість організаційної культури закладу.

Задоволеність персоналу (ESI = 3,75) належить до високого рівня, що свідчить про загалом позитивне ставлення персоналу до роботи, умов праці, взаємин у колективі та ролі у професійній діяльності. Високий ESI є індикатором наявності

внутрішньої мотивації, позитивного емоційного фону, високої значущості роботи та задоволеності взаєминами з колегами та керівництвом. Такий рівень задоволеності створює сприятливі умови для стабільності кадрового складу, підвищеної якості медичних послуг та формування позитивної організаційної культури.

Рівень професійного вигорання (2,30) відповідає високому рівню вигорання, що є серйозним ризиком для діяльності медичного закладу. Високе емоційне навантаження, складність клінічних випадків та інтенсивність роботи, характерні для онкологічної сфери, можуть пояснювати цей результат. Такий рівень вигорання свідчить про хронічну втому, емоційне виснаження, зниження енергії та ресурсу, ризик деперсоналізації та потенційне зниження професійної ефективності. Високий рівень вигорання потребує негайних управлінських рішень у межах людиноцентричного підходу: програм психологічної підтримки, оптимізації навантаження, зміцнення командної взаємодії та розвитку безпечного культурного середовища.

Рівень психологічної безпеки (3,74) знаходиться на середньому значенні та свідчить про те, що значна частина працівників відчуває можливість висловлювати думки, обговорювати проблеми та брати участь у командній взаємодії без страху покарання. Однак він залишається неповністю достатнім, щоб забезпечити умови високої організаційної надійності (HRO) та повноцінну реалізацію моделі Just Culture.

Комбінація високого рівня задоволеності (ESI), високого рівня вигорання та середнього рівня психологічної безпеки вказує на парадоксальну, але характерну для медичних організацій ситуацію: працівники відчують значущість своєї роботи та мотивовані її виконувати, але одночасно перебувають у стані значного емоційного виснаження через інтенсивність навантаження та недостатній рівень підтримувального середовища.

Ці результати підтверджують необхідність упровадження системних заходів у межах людиноцентричної HR-стратегії, спрямованих на зміцнення психологічної безпеки, профілактику вигорання та підтримку персоналу.

Таблиця 3.7

**Середні значення шкал ESI, вигорання та психологічної безпеки
працівників КНП КОР «КООД»**

Показник	Середнє значення
ESI (задоволеність)	3,75 (високий рівень)
Вигорання	2,30 (високий рівень вигорання)
Психологічна безпека	3,74 (середній рівень)

Розрахунки індексу лояльності працівників (eNPS)

Представлена Таблиця 3.8. відображає розподіл працівників КНП КОР «КООД» за категоріями індексу лояльності, що є одним із ключових інтегральних показників організаційної прихильності та іміджу роботодавця. Отримані результати свідчать про загалом позитивне ставлення персоналу до закладу та його управлінських практик.

Більшість опитаних - 56,1% (73 особи) віднесено до групи промоутерів, працівників, які висловлюють готовність рекомендувати заклад як місце роботи. Такий високий рівень промоутерів свідчить про позитивний емоційний клімат, високий ступінь залученості, довіру до керівництва та задоволеність умовами праці. Для медичного закладу це є важливим показником кадрової стійкості та потенціалу до розвитку.

Чверть опитаних - 27,7% (36 осіб) становлять нейтральні респонденти, які не висловлюють чіткої позитивної чи негативної позиції щодо роботодавця. Ця група є важливою з точки зору управління персоналом, оскільки у разі позитивних змін у культурі, керівництві або умовах праці вони можуть перейти до групи промоутерів. Водночас ця група чутлива до можливих організаційних проблем і може зміститися в категорію критиків за наявності негативних змін.

Найменшу частку -16,2% (21 особа) становлять критики, які не готові рекомендувати заклад як місце роботи. Цей сегмент потребує особливої уваги, адже критики можуть бути носіями незадоволення, емоційного виснаження, відчуття несправедливості або професійного розчарування. Висока частка критиків у певних підрозділах часто корелює з низькою психологічною безпекою, високим рівнем вигорання або організаційними дефіцитами.

Загалом структура eNPS свідчить про те, що КНП КОР «КООД» має сформований позитивний імідж роботодавця, однак потребує роботи з підвищенням задоволеності та зниженням рівня вигорання серед тих, хто входить до групи нейтралів і критиків. У поєднанні з іншими показниками (ESI, психологічна безпека, рівень вигорання) ці дані дозволяють сформувати цілісну картину кадрового середовища та пріоритети людиноцентричних управлінських інтервенцій.

Таблиця 3.8.

Розподіл працівників КНП КОР «КООД» по категоріям лояльності

Категорія	Кількість	Частка
Промоутери	73	56,1 %
Нейтралі	36	27,7 %
Критики	21	16,2 %
Всього	130	100%

Розрахунок eNPS:

$$eNPS = 56.1\% - 16.2\% = 39,9$$

Отриманий показник індексу лояльності працівників $eNPS = +39,9$ свідчить про загалом високий рівень прихильності персоналу до КНП КОР «КООД». Значення вище нуля вказує на домінування позитивних оцінок над негативними, а показник у межах +30 до +50 у міжнародній практиці вважається добрим або

навіть відмінним рівнем лояльності для медичних закладів та організацій із високим навантаженням.

Такий результат означає, що більшість працівників:

- позитивно оцінюють умови праці та організаційний клімат,
- готові рекомендувати заклад як місце роботи,
- мають певний рівень довіри до керівництва,
- демонструють внутрішню мотивацію та відданість професійній діяльності.

Показник +39,9 також свідчить про сприятливий імідж роботодавця і наявність сильних командних взаємин. При цьому наявність частки критиків (16,2%) та нейтралів (27,7%) вказує на зони для подальшого вдосконалення — зокрема, у напрямку покращення психологічної безпеки, зниження вигорання та посилення комунікації.

Загалом $eNPS = +39,9$ можна оцінити як стратегічно позитивний індикатор кадрової стабільності, який створює передумови для зміцнення людиноцентричного підходу в управлінні персоналом.

Аналіз показників залученості, вигорання, психологічної безпеки та $eNPS$ по підрозділах

Данні, представлені у Таблиці 3.9. дозволяють комплексно оцінити кадровий стан у різних підрозділах КНП КОР «КООД» та виявити сильні сторони й проблемні зони у розрізі залученості (ESI), рівня професійного вигорання, психологічної безпеки та лояльності персоналу ($eNPS$). Аналіз цих даних є особливо важливим у контексті впровадження людиноцентричного підходу та формування адресних управлінських рішень для кожного підрозділу.

Найвищі показники задоволеності зафіксовано в паліативній допомозі (4,60), адміністрації (4,51), поліклініці (4,39), інтенсивній терапії (4,21) та хірургії (4,15). Ці підрозділи мають стабільний командний клімат, відносно належні умови праці та позитивну внутрішню мотивацію.

Найнижчі показники задоволеності зафіксовано у хіміотерапії (2,32), радіології (2,88) та діагностиці (2,94). Це свідчить про наявність організаційних

бар'єрів, нестачі ресурсів, підвищеного навантаження або недостатнього рівня управлінської підтримки.

Найвищі рівні вигорання мають хірургія (1,93), поліклініка (1,95) та інтенсивна терапія (2,10).

Найвищий рівень психологічної безпеки мають паліативна допомога (4,07), інтенсивна терапія (3,99), поліклініка (3,86) та хіміотерапія (3,80). Ці підрозділи характеризуються високим рівнем довіри, можливістю відкритої комунікації, відчуттям підтримки з боку керівництва та колег.

Найнижчий рівень психологічної безпеки мають діагностика (2,72) та радіологія (2,91). Це може свідчити про недостатню командну взаємодію, страх помилок, обмеженість комунікацій або управлінську дистанцію.

Найвищий рівень лояльності зафіксовано у поліклініці (71,43), адміністрації (60,00), паліативній допомозі (50,00), хірургії (50,00) та інтенсивній терапії (44,44). Ці підрозділи мають сильну команду та емоційно підтримувальне середовище.

Найнижчі значення лояльності спостерігаються у діагностиці (-7,14), радіології (11,11) та хіміотерапії (28,57). Ці підрозділи потребують підсилення командної взаємопідтримки та зниження емоційного навантаження.

Порівняльний аналіз демонструє нерівномірність кадрових ризиків у різних підрозділах закладу. Підрозділи з найнижчими показниками потребують першочергових менеджерських інтервенцій.

Таблиця 3.9.

**Показники залученості, вигорання, психологічної безпеки та eNPS по
підрозділах**

№	Підрозділ	ESI	Вигорання	Психологічна безпека	eNPS
1	Хірургія	4,15	1,93	3,63	50,00
2	Хіміотерапія	2,32	2,92	3,80	28,57
3	Радіологія	2,88	2,24	2,91	11,11
4	Діагностика	2,94	2,36	2,72	-7,14
5	Поліклініка	4,39	1,95	3,86	71,43
6	Інтенсивна терапія	4,21	2,10	3,99	44,44
7	Паліативна допомога	4,60	2,86	4,07	50,00
8	Адміністрація	4,51	2,35	3,79	60,00

У Таблиці 3.10. представлено відмінності по показниках між різними професійними групами: лікарями, середнім і молодшим медичним персоналом, немедичними працівниками та адміністрацією. Дані свідчать про суттєву диференціацію рівнів задоволеності, вигорання, психологічної безпеки та лояльності між посадовими категоріями.

Найвищий рівень ESI спостерігається серед адміністрації — 4,45 та середнього медичного персоналу — 4,40. Це свідчить про загалом позитивне сприйняття робочого середовища, належну підтримку керівництва та стабільні командні взаємини.

Помірні значення ESI спостерігаються у лікарів — 3,92. Це свідчить про певні бар'єри, пов'язані з навантаженням, відповідальністю та управлінською взаємодією.

Найнижчі ESI мають молодший медичний персонал — 3,41 та немедичний персонал — 3,41. Ці групи можуть відчувати брак уваги до їхніх потреб або недостатність участі у прийнятті рішень.

Найнижчі показники вигорання (вищій ступінь вигорання) мають середній медичний персонал — 1,98 та немедичний персонал — 1,94, що може свідчити

про нестабільність умов праці, відсутність чітких завдань або більшу емоційну інтенсивність діяльності.

Найвищий рівень психологічної безпеки спостерігається в таких групах: адміністрація — 3,88, середній медичний персонал — 3,87 та лікарі — 3,70.

Найнижчі значення психологічної безпеки мають молодший медичний персонал — 2,72 та немедичний персонал — 2,60. Це критичні групи, в яких відчувається дефіцит підтримки, обмежена участь у прийнятті рішень та можливий страх висловлювати думку.

Найвищий рівень eNPS мають середній медичний персонал — 56,10% та адміністрація — 44,44%. Ці групи є найбільш прихильними до закладу, готовими рекомендувати його як роботодавця.

Помірний рівень лояльності мають лікарі — 23,08% та немедичний персонал — 21,25%.

Ці групи загалом задоволені, але відчують певні обмеження чи стресові фактори.

Найнижчий eNPS у молодшого медичного персоналу — 13,14%. Це вказує на потенційно високий ризик плинності кадрів, низьку задоволеність та проблеми в перцепції робочого середовища.

Таким чином, показники підтверджують суттєву різницю в потребах і ризиках між посадовими групами. Найбільш благополучна група - середній медичний персонал — високі показники по всіх шкалах.

Найбільш вразливі групи молодшого медичного персоналу та немедичний персонал, у них найнижчий ESI, психологічна безпека і eNPS.

Таблиця 3.10

Показники залученості, вигорання, психологічної безпеки та eNPS за посадами

№	Посада	ESI	Вигорання	Психологічна безпека	eNPS
1	Лікар	3,92	2,67	3,70	23,08
2	Середній медичний персонал	4,40	1,98	3,87	56,10
3	Молодший медичний персонал	3,41	2,06	2,72	13,14
4	Немедичний персонал	3,41	1,94	2,60	21,25
5	Адміністрація	4,45	2,38	3,88	44,44

У Таблиці 3.11 представлено відмінності у рівні задоволеності, професійного вигорання, психологічної безпеки та лояльності залежно від тривалості роботи працівників у КНП КОР «КООД». Аналіз цих даних дозволяє оцінити динаміку емоційного стану, адаптації та організаційного сприйняття персоналу на різних етапах професійної кар’єри.

Працівники зі стажем до 1 року демонструють дуже високий рівень задоволеності та залученості, низький рівень вигорання, високу психологічну безпеку та надзвичайно високий рівень лояльності. Це найбільш позитивна група за всіма показниками.

Працівники зі стажем 1–3 роки мають стабільно високий рівень задоволеності, появу ознак вигорання, добрий, але не найвищий рівень психологічної безпеки та лояльності середнього рівня. Це період “стабілізації”, коли працівники вже адаптувалися, але починають відчувати реальні труднощі роботи.

У працівників зі стажем 3–10 років ESI нижчий порівняно з іншими групами, вигорання залишається на стабільному середньому рівні, психологічна безпека — на рівні середнього значення, але eNPS дуже низький.

Працівники зі стажем понад 10 років має високий рівень задоволеності, найвищий рівень вигорання серед усіх груп, відносно стабільну психологічну

безпеку та дуже високу лояльність. Це свідчить про їхню сталість, професійну впевненість та адаптованість до умов роботи.

Таблиця 3.11

**Показники залученості, вигорання, психологічної безпеки та eNPS за
стажем роботи**

		ESI	Вигорання	Психологічна безпека	eNPS
1	До 1 року	4,75	3,85	4,33	70,00
2	1-3 роки	4,20	2,40	3,74	33,33
3	3-10 років	3,97	2,51	3,78	14,29
4	Більше 10 років	4,23	2,23	3,60	48,98

Результати опитування по відкритому запитанню: «Що, на Вашу думку, необхідно покращити в нашому закладі, щоб підвищити задоволеність персоналу?»

Найбільш частими відповідями були:

1. Все влаштовує.
2. Співпраця та повага.
3. Підвищення заробітної плати згідно навантаження.
4. Матеріально технічне обладнання та умови праці.
5. На високому рівні відновити повагу до медичного працівника.
6. Юридичний захист.
7. Забезпечення інформування стосовно змін в роботі.
8. Частіше надавати позитивний зворотній щодо гарних результатів роботи.
9. Оптимізувати графік роботи, захист лікарів від пацієнта при конфліктних ситуаціях/неправдивих відгуках.
10. Обговорення плану лікування важких пацієнтів на п'ятихвилинках.
11. Завжди вникнути в проблему, яка виникає, допомогти вирішити проблему.
12. Допомога у вирішенні адміністративних питань.
13. Зменшити паперове навантаження.
14. Матеріально зацікавлювати персонал (премія, винагорода, подяка)

15. Розглянути повернення додаткового вихідного хоча б на Новий рік, Різдво, Пасху.
16. В день народження давати оплачуваний вихідний.
17. Розглянути можливість організації закладом майстер класів, семінарів, симуляційних тренінгів, які стосуються обов'язкових напрямків (невідкладна допомога, етичні питання, інфекційний контроль, комунікаційні навички).
18. Збільшити кількість фахівців в окремих відділеннях.
19. Тренінги щодо кодування та роботі з НСЗУ.
20. Організація та проведення колективних, індивідуальних, групових заходів і тренінгів. Профілактика булінгу. Ментальне здоров'я.
21. З повагою ставитися один до одного, частіше зустрічатися за межами диспансеру.

Результати відкритого запитання демонструють, що працівники КНП КОР «КООД» очікують вдосконалення у таких ключових сферах як психологічна безпека, корпоративна культура, організаційна надійність, добробут та профілактика вигорання, участь персоналу у спільному прийнятті рішень, професійний розвиток та навчання, нематеріальна мотивація та визнання.

Ці результати підтверджують необхідність впровадження системного людиноцентричного підходу, що включатиме кращі міжнародні практики УЛР.

Висновки до розділу 3.2.2

Результати опитування свідчать про те, що кадрова ситуація у КНП КОР «КООД» характеризується переважно високим рівнем задоволеності персоналу, що є позитивним індикатором організаційної культури закладу.

Рівень професійного вигорання працівників КНП КОР «КООД» відповідає високому рівню вигорання та є великим ризиком для діяльності медичного закладу. Високе емоційне навантаження, складність клінічних випадків та інтенсивність роботи, характерні для онкологічної сфери, можуть пояснювати цей результат. Високий рівень вигорання потребує негайних управлінських

рішень у межах людиноцентричного підходу: програм психологічної підтримки, оптимізації навантаження, зміцнення командної взаємодії та розвитку безпечного культурного середовища.

Середній рівень психологічної безпеки серед опитуваних працівників потребує покращення, для забезпечення умов високої організаційної надійності та повноцінної реалізації моделі справедливої культури. Психологічна безпека є ключовим фактором для зниження вигорання, формування командної ефективності та підвищення лояльності, тому її розвиток має стати стратегічним управлінським пріоритетом.

Аналіз показників залученості, вигорання, психологічної безпеки та eNPS по підрозділах, професійних групах та в залежності від стажу роботи дає змогу запровадити диференційований (адресний) підхід у запровадженні людиноцентричних програм.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі було проаналізовано сучасні теорії управління людськими ресурсами на основі людиноцентричного підходу. Під час роботи проведено аналіз світової літератури для визначення можливостей адаптації світового досвіду людиноцентричного управління людськими ресурсами для системи охорони здоров'я України.

Було визначено, що еволюція УЛР пройшла складний та багатовекторний шлях – від механістичних уявлень про працю як про сукупність операцій до сучасної парадигми, у центрі якої перебуває людина як автономний, мислячий і ціннісний суб'єкт. Цей шлях відображає широкі соціальні, економічні та культурні зміни, що відбувалися протягом XX–XXI століть. Сучасна концепція УЛР стала результатом розвитку управлінської науки, психології праці, економічної теорії людського капіталу та сучасних практик організаційного розвитку.

На початку XX століття уявлення про людину в організації були значною мірою зумовлені ідеями Фредеріка Тейлора, Анрі Файоля та Макса Вебера, які сформували основи класичного менеджменту.

Переломною стала поява школи людських відносин, пов'язаної з ім'ям Елтона Мейо. Його відкриття заклали основи розуміння мотивації як багатокомпонентного явища та започаткували відхід від технократичної моделі управління. Групові процеси, довіра, міжособистісні відносини стали розглядатися як ключові фактори результативності.

Подальший розвиток теорії УЛР підсилили змістовні та процесуальні теорії мотивації. Ці моделі створили теоретичний фундамент для сучасного бачення людини не як ресурсу, а як носія потреб, емоцій, цінностей і внутрішньої мотивації.

Суттєвий внесок у становлення людиноцентричного підходу зробила теорія людського капіталу, сформована у працях Теодора Шульца, Гері Беккера,

Якоба Мінсера, а її історичне підґрунтя простежується ще у роботах Адама Сміта, Давида Рікардо та Альфреда Маршалла. Ця теорія вперше визначила людину як стратегічний актив, у який варто інвестувати через освіту, розвиток, здоров'я та соціальне середовище. Інвестиції у людський капітал стали розглядатися як довгострокові фактори продуктивності, що змістило фокус систем УЛР у бік підтримки розвитку працівника.

На межі XX–XXI століть УЛР еволюціонувало до рівня стратегічного менеджменту, що відображено у моделях Harvard, Michigan та у роботах Дейва Ульріха. У цей період персонал почали розглядати як джерело конкурентної переваги, а політики УЛР — як складову корпоративної стратегії.

У XXI столітті, в умовах цифровізації, глобальних криз (пандемія COVID-19), зростання професійного вигорання та змін у цінностях нових поколінь, з'явилася потреба у новій людиноцентричній моделі. Цей підхід сформувався під впливом сучасних концепцій психологічної безпеки, справедливої культури, організаційної надійності, добробуту працівників та сталого розвитку людини.

Розвиток позитивної психології, теорії самовизначення, а також сучасних підходів до організаційного розвитку остаточно закріпили розуміння, що людина не ресурс і не інструмент, а центральний елемент організації, її головне призначення і цінність.

У медицині людиноцентричний підхід набув особливої ваги. Дослідження Т. Shanafelt, A. Edmondson, NASEM, NHS, WHO, McKinsey та інших авторитетних інституцій довели, що якість медичної допомоги безпосередньо залежить від психологічного стану, мотивації та умов праці медичних працівників. Вітчизняні дослідники — Т. Вежновець, Т. Матукова, В. Парій, Г. Слабкий, О. Король — адаптували ці ідеї до українського контексту, підкреслюючи важливість гідності, безпеки, професійного розвитку та справедливості у системі управління персоналом закладів охорони здоров'я.

Таким чином, людиноцентричний підхід є результатом історичної еволюції управлінської думки, інтеграції економічних, психологічних і соціальних теорій,

накопичення міжнародного досвіду та осмислення ролі людини як стратегічного активу. Він поєднує ідеї розвитку людського капіталу, позитивної мотивації, психологічної безпеки та організаційної стійкості й пропонує системну модель управління, що ставить у центр гідність, благополуччя, автономію та професійний розвиток працівника.

Аналіз світових моделей людиноцентричного управління людськими ресурсами (клініка Мейо, Клівлендська клініка, Кайзер Перманенте, Національна служба здоров'я Великобританії) дає змогу виокремити низку практик, які можуть бути адаптовані закладів охорони здоров'я України. Попри обмеження, пов'язані з воєнним станом, кадровим дисбалансом та системними трансформаціями, більшість із цих підходів може інтегруватися в управлінські процеси закладів охорони здоров'я різних рівнів.

Адаптація світового досвіду повинна враховувати специфіку української системи охорони здоров'я: автономізацію закладів, нову роль НСЗУ, кадрові втрати через війну, емоційне вигорання персоналу, недостатнє фінансування та нерівномірність розвитку управлінських практик. Проте саме людиноцентричні політики можуть стати інструментом підвищення стійкості медичних закладів та якості медичної допомоги.

У кваліфікаційній роботі було проведено комплексний аналіз господарської діяльності КНП КОР «Київський обласний онкологічний диспансер», який є необхідним та методологічно обґрунтованим етапом перед проведенням оцінки залученості, емоційного вигорання, психологічної безпеки та лояльності персоналу. Дослідження кадрової сфери в охороні здоров'я неможливе без глибокого розуміння організаційного, фінансового та операційного контексту, у якому працюють медичні працівники. Саме умови функціонування закладу формують навантаження персоналу, рівень стресу, мотиваційні чинники, відчуття справедливості та можливість професійного розвитку — тобто ті фактори, які безпосередньо впливають на добробут працівників.

Обсяг, структура та складність медичних послуг у закладі онкологічного профілю безпосередньо впливають на рівень емоційного та фізичного навантаження працівників. Онкологічні пацієнти потребують тривалого, інтенсивного, міждисциплінарного лікування, що формує високий рівень стресу та відповідальності у персоналу. Аналіз медичних послуг дозволяє зрозуміти специфіку роботи, навантаження на відділення, частоту контактів із важкими клінічними випадками — важливі змінні при інтерпретації даних щодо вигорання та залученості.

Рівень забезпеченості обладнанням, інфраструктурою, ІТ-рішеннями, комфортом робочих місць є фундаментальним чинником задоволеності працівників. Наявність або відсутність сучасного обладнання впливає не лише на якість медичної допомоги, а й на навантаження персоналу, ризики помилок, відчуття професійної спроможності та безпеки.

Фінансовий стан закладу визначає можливості щодо справедливої оплати праці, преміювання, фінансування навчання, оновлення обладнання та покриття кадрового дефіциту. Недостатнє фінансування часто є джерелом психологічного напруження, нерівності в оплаті, конфліктів та зниження лояльності. Тому фінансовий аналіз дав змогу правильно інтерпретувати результати опитування персоналу і встановити зв'язок між економічними умовами та показниками залученості чи вигорання.

Управлінська структура, чіткість повноважень, стиль комунікації, прозорість прийняття рішень і якість управлінських практик визначають психологічний клімат у колективі. Система управління впливає на відчуття справедливості, доступ до інформації, рівень психологічної безпеки та характер взаємодії між відділеннями. Аналіз управлінських процесів допомагає в повній мірі провести оцінку залученості та лояльності.

Управління кадрами формують “життєвий цикл” працівника в закладі. Якщо кадрові процедури є чіткими, справедливими та людиноцентричними, це підвищує рівень залученості та знижує плинність.

Аналіз чисельності, структури, вікового складу, кваліфікації, рівня навантаження, співвідношення медичного та допоміжного персоналу є критичним для планування міждисциплінарних інтервенцій. Вигорання та навантаження мають різну динаміку у лікарів, медичного та молодшого медичного персоналу, технічних працівників. Без такого аналізу неможливо сформувати адресні програми підтримки.

Діяльність КНП КОР «КООД» відбувається в межах нормативно-правової бази, характеризується високим рівнем менеджменту на всіх рівнях, успішними показниками фінансово-економічної діяльності та раціональним підходом у роботі кадрової служби. Ці чинники характеризують КНП КОР «КООД» як успішне медичне підприємство.

Таким чином, проведення аналізу господарської діяльності КНП КОР «КООД» було необхідним перед оцінкою залученості, емоційного вигорання, психологічної безпеки та лояльності персоналу, оскільки саме організаційні, фінансові та кадрові умови визначають психологічний стан працівників, їхнє ставлення до роботи, відчуття сенсу та рівень професійного виснаження. Комплексний аналіз забезпечує об'єктивність, достовірність та коректність подальшого дослідження персоналу та дає змогу розробити ефективні людиноцентричні заходи, спрямовані на покращення робочого середовища, підтримку персоналу та підвищення якості медичної допомоги в закладі.

У кваліфікаційній роботі було проведено оцінку рівня залученості, емоційного вигорання, психологічної безпеки та лояльності працівників КНП КОР «КООД» шляхом проведення соціологічного дослідження у формі анонімного анкетування. Анонімність відповідей забезпечила відкритість, достовірність і репрезентативність отриманих результатів, що є критично важливим у дослідженнях, пов'язаних із психологічною безпекою та вигоранням.

У дослідженні було застосовано комбіновану анкету з таких блоків: індекс задоволеності та залученості, індекс професійного вигорання, шкала психологічної безпеки та індекс лояльності працівників. Комплекс цих

інструментів дав змогу всебічно оцінити емоційний стан, культуру взаємодії та рівень HR-ризиків у закладі.

В опитування прийняли участь 130 респондентів зі всіх структурних підрозділів, також були представлені всі посади та різний стаж роботи. На основі отриманих відповідей було встановлено такі ключові тенденції: працівники КНП КОР «КООД» мають високий рівень залучення, середній рівень психологічної безпеки та високий рівень професійного вигорання.

Рівень залучення, рівень професійного вигорання, психологічної безпеки та лояльності працівників КНП КОР «КООД» залежать від специфіки медичної діяльності, посади та стажу роботи.

Найчастіші проблемні моменти задоволеності персоналу стосувалися заробітної плати, навантаження, умов праці, поваги та співпраці, додаткових вихідних дні, гнучких графіків роботи, недостатньої кількості персоналу, навчання та тренінгів.

Виявлений рівень високого професійного вигорання серед усіх категорій працівників потребує значних системних інтервенцій.

Загальний рівень психологічної безпеки хоча і знаходиться на середньому рівні, однак, окремі групи працівників, такі як: середній та молодший медичний персонал, немедичний персонал, працівники зі стажем роботи більше 10 років оцінюють свою психологічну безпеку як низьку. У подальшому ці результати потребують створення програм та заходів щодо покращення психологічної безпеки у зазначених категоріях працівників.

КНП КОР «КООД» має позитивний індекс лояльності персоналу, що свідчить про високий рівень прихильності персоналу до організації, позитивне сприйняття умов роботи та готовність рекомендувати заклад як надійного роботодавця. У сфері охорони здоров'я це має особливе значення, оскільки лояльність медичних працівників безпосередньо впливає на якість медичної допомоги, стабільність кадрового складу та організаційну культуру.

Результати соціологічного дослідження стали важливим інструментом для керівництва КНП КОР «КООД», оскільки дозволили виявити ключові HR-ризик: ризик вигорання у критичних відділеннях, недостатній рівень психологічної безпеки та нерівномірне навантаження.

Проведена оцінка рівня залученості, вигорання, психологічної безпеки та лояльності працівників КНП КОР «КООД» за допомогою анонімного анкетування дала змогу всебічно оцінити стан персоналу та визначити ключові управлінські пріоритети. Дослідження виявило як сильні сторони кадрового потенціалу, так і проблемні напрями, що потребують системного втручання. Отримані результати стали науковим і практичним підґрунтям для подальшої розробки людиноцентричної стратегії та рекомендацій щодо покращення умов праці, підтримки благополуччя персоналу та підвищення якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я України.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Впровадження програми людиноцентричного підходу в управлінні людськими ресурсами у закладах охорони здоров'я України на основі міжнародного досвіду.

Загальні принципи програми:

1. Психологічна безпека та довіра.
2. Справедлива культура.
3. Організаційна надійність.
4. Добробут та профілактика вигорання.
5. Повага, гідність і участь працівника в ухваленні рішень.
6. Участь персоналу та спільне прийняття рішень
7. Професійний розвиток та навчання.
8. УЛР-аналітика та управління даними.

Ключові складові програми представлені у таблиці.

Програм впровадження людиноцентричного підходу в управлінні людськими ресурсами у закладах охорони здоров'я України

№	Заходи	Зміст	Очікувані результати
1. Психологічна безпека			
1	Впровадження стандарту "Психологічно безпечні команди"	Тренінги керівників за моделлю Емі Адмонсон. Створення правил командної безпеки	Зниження страху помилок, відкриті комунікації
2	Система "Безпечного повідомлення про інциденти"	Анонімний цифровий канал (аналог NHS Learn from Patient Safety Events)	Ріст кількості повідомлень → нижчі ризики
3	Навчання лідерів "Співчутливе лідерство"	Підхід NHS: лідерство через підтримку, емпатію, діалог.	Підвищення довіри до керівників
4	Програма "Право висловлюватися"	Введення уповноваженої особи з психологічної безпеки	Протидія токсичним моделям, мобінгу

2. Справедлива культура			
1	Розподіл поведінки на «Human error» - ненавмисне; «At-risk behavior» - ризикована поведінка, що стала нормою; «Reckless behavior»- свідоме і грубе порушення.	Введення протоколу реагування	Зменшення надмірних покарань, справедливість.
2	Комісія з аналізу інцидентів без персональних звинувачень	Аналіз першопричин (Mayo Clinic, AHRQ)	Зосередження на процесах, а не особах
3	Перегляд політик дисциплінарних дій	Відмова від каральної парадигми	Безпечніша культура для персоналу
4	Навчання для керівників "Дерево рішень справедливої культури"	Офіційні алгоритми оцінки поведінки	Рівні стандарти для всіх співробітників
3. Організаційна надійність			
1	Тренінги HRO для персоналу	Принципи 5 HRO-компонентів	Низький рівень інцидентів
2	Створення команд операційної чутливості	Щоденні «тусовки», як у Cleveland Clinic	Виявлення проблем “на ранніх стадіях”
3	Симуляційне навчання	Робота в команді в кризових ситуаціях	Краща готовність до ускладнень
4	Делегування експертам	У критичних рішеннях головний голос - той, хто має кваліфікацію експерта	Зниження ймовірності помилок управління

4. Добробут та профілактика вигорання			
1	Програма "Добробут працівників 2.0"	-Зміна організаційної культури -Підтримувальне лідерство -Оптимізація робочого середовища -Командна підтримка -Професійний розвиток і значущість роботи -Well-being інтервенції	-Політики орієнтовані на людей, а не на процеси -Зменшення вигорання -Можливості навчання -Індивідуальні траєкторії розвитку -Формування відчуття сенсу
2	Гнучкі графіки	-Впровадження системи «Балансування-зсуву» -Вирівнювання навантаження -Управління втомою -Передбачувані графіки -Урахування побажань -Правила справедливості	-Справедливий розподіл навантаження -Зменшення перевтоми -Підвищення якості медичних послуг -Підвищення задоволеності та утримання кадрів
3	Ресурсна кімната для персоналу	Приміщення для відновлення (модель Mayo Clinic Recharge Room)	Покращення емоційного стану
4	Психологічна служба та 24/7 лінія підтримки	Конфіденційна допомога, кризові інтервенції	Рання профілактика професійного виснаження
5. Участь персоналу та спільне прийняття рішень			
1	Комітети участі персоналу «Спільне управління»	Практика Magnet Hospitals	Відчуття впливу та автономії
2	Залучення працівників до розробки політик	Опитування, фокус-групи	Вища прийнятність рішень
3	Програма "Відкриті двері для ідей"	Пропозиції щодо покращень	Інновації персоналу
6. Професійний розвиток та навчання			
1	Індивідуальні траєкторії розвитку	Плани особистого розвитку	Плановий ріст компетентностей

2	Академія клінічних навичок	Внутрішні тренінги, курси	Підвищення якості медичних послуг
3	Навчання лідерів	Проходження навчання з менеджменту охорони здоров'я	Професійне управління людьми
4	Програма наставництва	Підхід «Старший-молодший»	Адаптація молодих кадрів
7. Нематеріальна мотивація та визнання			
1	Система «Нагороди за визнання»	За моделлю "Mayo Clinic Recognition Program"	Підвищення задоволеності
2	“День команди”- відзначення досягнень	Публічне визнання	Зростання залученості
3	Програма “Значення в роботі”	Робота з цінностями та сенсом	Зміцнення внутрішньої мотивації
4	Прозорі критерії преміювання	Відкрита система оцінювання	Зменшення відчуття несправедливості
5	Програма «Корпоративна культура»	Організація неформальних заходів (змагання, зустрічі, святкування, екскурсії)	Створення комфортного психологічного клімату на роботі
8. УЛР-аналітика та управління даними			
1	Програми з «Опитування персоналу» по залученню, професійному виснаженню та психологічній безпеці	-Опитування за адаптованими методиками -Дашборд ключових індикаторів	Ухвалення рішень на основі даних
2	Аналіз навантаження	За прикладом «Workload Analysis Tool NHS»	Баланс між якістю та ресурсами
3	Щорічний аудит корпоративної культури	За методологією «Deloitte Human Sustainability»	Планування змін на рівні закладу
4	Моніторинг плинності та причин звільнень	Вихідні співбесіди + аналітика	Утримання персоналу

Запропонована програма інтегрує кращі міжнародні практики. Вона дозволяє закладу охорони здоров'я перейти від традиційної моделі управління персоналом до людиноцентричної системи, яка у свою чергу підвищить мотивацію та задоволеність персоналу, призведе до зниження вигорання та дефіциту кадрів, покращить якість та безпеку медичної допомоги, сформує позитивну організаційну культуру та підвищить рейтинг та конкурентоспроможність закладу.

Адаптація світових людиноцентричних практик можлива в Україні навіть за умов обмежених ресурсів. Більшість рішень: не потребують великих фінансових інвестицій, ґрунтуються на управлінських навичках, культурі та лідерстві, можуть бути впроваджені у будь-якому медичному закладі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Журавель В.І. Основи менеджменту в системі охорони здоров'я : навч. посіб. – К. : [б. в.], [рік]. (galicianvisnyk.tntu.edu.ua)
2. Парій В.Д. Менеджмент у сфері охорони здоров'я : навчальний посібник. – К. : ВСВ «Медицина», [рік]. (nmuofficial.com)
3. Борщ В.І. Управління закладами охорони здоров'я : монографія. – Одеса : ОНМедУ, 2020. – 380 с. (resource.odmu.edu.ua)
4. Вежновець Т.А. Соціально-психологічне моделювання кадрового менеджменту у сфері охорони здоров'я : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.02.03. – К., 2017. – 44 с.
5. Матукова Г.І. Кадрова політика закладів охорони здоров'я в умовах реформування системи галузі // [Назва журналу]. – 2020. – № [...]. – С. [...]. (ir.librarynmu.com)
6. Калач Ю.Ф. Управління персоналом у медичній галузі: сучасні підходи : навч. посіб. – [б. м.] : [б. в.], [рік]. (krs.chmnu.edu.ua)
7. Вежновець Т. А. Дослідження задоволеності працею та синдром вигорання у медичних працівників / Т. А. Вежновець // ScienceRise. Medical science. - 2017. - № 2. - С. 36-40. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/texcsm_2017_2
8. Вежновець ТА, Парій ВД, Вишнівецький ІІ, Москаленко МВ. [Factors associated with job satisfaction of human resources in healthcare]. Wiad Lek. 2017;70(3 pt 1):443-448. Ukrainian. PMID: 28711885.
9. Вознюк, В. Ю., & Вежновець, Т. А. (2023). Моделі прогнозування ризику незадоволеності лікарів загальної практики -сімейних лікарів роботою в центрах первинної медико-санітарної допомоги. Клінічна та профілактична медицина, (7), 94-102. <https://doi.org/10.31612/2616-4868.7.2023.13>

10. Богдан Д., Бойко А., Василькова А., Вежновець Т., Звінчук О., Латипов А., Миронюк І. та ін. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні : ситуаційний аналіз. – К. : Проєкт USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я», 2019. – 133 с. (skeptical.in.ua)
11. Сабєцька Т. Аналіз кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я України // Економіка та суспільство. – 2022. – № 35. – С. 145–152. ([Економіка и общество](#))
12. Волосовець О.П., та ін. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я України у роки пандемії COVID-19 та війни // Clinical and Preventive Medicine. – 2025. – № 1(39). – С. 117–131.
13. Журавель Т.В., Парій В.Д., Матукова Г.І. Організаційна культура медичних закладів в умовах реформування системи охорони здоров'я : навч.-метод. посіб. – К. : [б. в.], [рік].
14. Калач Ю.Ф., Матукова Г.І. Мотивація персоналу закладів охорони здоров'я в умовах трансформації системи фінансування // [Назва журналу]. – 2021. – № [...]. – С. [...].
15. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII // База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2168-19> (дата звернення: 22.11.2025).
16. Деякі питання договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій : Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 410-2018-п // База даних «Законодавство України». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/410-2018-%D0%BF> (дата звернення: 22.11.2025).
17. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 411-2018-п // База даних «Законодавство України». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/411-2018-%D0%BF> (дата звернення: 22.11.2025).

18. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги :
Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 504 // Офіційний вісник України. – 2018. – № [...]. – Ст. [...].
19. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році : Постанова Кабінету Міністрів України від 22.12.2023 № 1394-2023-п.
20. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році : Постанова Кабінету Міністрів України від 24.12.2024 № 1503-2024-п.
21. Про затвердження Методичних рекомендацій щодо профілактики психоемоційного вигорання медичних працівників : Наказ МОЗ України від 04.06.2025 № 923.
22. Про затвердження Змін до Порядку проведення попередніх, періодичних та позачергових психіатричних оглядів: Наказ МОЗ України від 15.10.2024 № 1759.
23. Електронна система охорони здоров'я (eHealth) : офіційний веб-ресурс МОЗ України. – Розд. «Електронна система охорони здоров'я». URL: <https://moz.gov.ua/elektronna-sistema-ohoroni-zdorov-ya>.
24. Taylor F.W. The Principles of Scientific Management. – New York : Harper & Brothers, 1911.
25. Fayol H. General and Industrial Management. – London : Pitman Publishing, 1949.
26. Weber M. The Theory of Social and Economic Organization. – New York : Free Press, 1947.
27. Mayo E. The Human Problems of an Industrial Civilization. – New York : Macmillan, 1933.
28. Barnard C. The Functions of the Executive. – Cambridge, MA : Harvard University Press, 1938.

29. Drucker P.F. The Practice of Management. – New York : Harper & Row, 1954.
30. Beer M., Spector B., Lawrence P.R., Mills D.Q., Walton R.E. Human Resource Management: A General Manager's Perspective. – New York : Free Press, 1984.
31. Fombrun C., Tichy N., Devanna M. Strategic Human Resource Management. – New York : Wiley, 1984.
32. Guest D.E. Human resource management and industrial relations // Journal of Management Studies. – 1987. – Vol. 24, No. 5. – P. 503–521.
33. Maslow A.H. Motivation and Personality. – New York : Harper & Row, 1954.
34. Alderfer C.P. Existence, relatedness, and growth: Human needs in organizational settings. – New York : Free Press, 1972.
35. Herzberg F. Work and the Nature of Man. – Cleveland : World Publishing, 1966.
36. McClelland D.C. The Achieving Society. – Princeton : Van Nostrand, 1961.
37. Vroom V.H. Work and Motivation. – New York : Wiley, 1964.
38. Adams J.S. Inequity in social exchange // Advances in Experimental Social Psychology. – 1965. – Vol. 2. – P. 267–299.
39. Locke E.A. Toward a theory of task motivation and incentives // Organizational Behavior and Human Performance. – 1968. – Vol. 3, No. 2. – P. 157–189.
40. Deci E.L., Ryan R.M. Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior. – New York : Plenum Press, 1985.
41. Seligman M. Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-Being. – New York : Free Press, 2011.
42. Fredrickson B.L. Positivity. – New York : Crown Publishers, 2009.
43. Csikszentmihalyi M. Flow: The Psychology of Optimal Experience. – New York : Harper Perennial, 1990.

- 44.Schultz T.W. Investment in human capital // American Economic Review. – 1961. – Vol. 51, No. 1. – P. 1–17.
- 45.Becker G.S. Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education. – Chicago : University of Chicago Press, 1964.
- 46.Mincer J. Schooling, Experience, and Earnings. – New York : Columbia University Press, 1974.
- 47.Heckman J.J. Policies to foster human capital // Research in Economics. – 2000. – Vol. 54. – P. 3–56.
- 48.Maslach C., Jackson S.E. The measurement of experienced burnout // Journal of Occupational Behaviour. – 1981. – Vol. 2, No. 2. – P. 99–113.
- 49.Maslach C., Jackson S.E., Leiter M.P. Maslach Burnout Inventory Manual. – 3rd ed. – Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press, 1996.
- 50.Kristensen T.S., Borritz M., Villadsen E., Christensen K.B. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout // Work & Stress. – 2005. – Vol. 19, No. 3. – P. 192–207.
- 51.Edmondson A. Psychological safety and learning behavior in work teams // Administrative Science Quarterly. – 1999. – Vol. 44, No. 2. – P. 350–383.
- 52.Edmondson A. The Fearless Organization: Creating Psychological Safety in the Workplace for Learning, Innovation, and Growth. – Hoboken, NJ : Wiley, 2018.
- 53.WHO. Wellbeing measures in primary health care: The WHO-5 Well-Being Index. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 1998.
- 54.Harter J.K., Schmidt F.L., Hayes T.L. Business-unit-level relationship between employee satisfaction, employee engagement, and business outcomes: A meta-analysis // Journal of Applied Psychology. – 2002. – Vol. 87, No. 2. – P. 268–279.
- 55.Schaufeli W.B., Bakker A.B., Salanova M. The measurement of work engagement with a short questionnaire: A cross-national study // Educational

- and Psychological Measurement. – 2006. – Vol. 66, No. 4. – P. 701–716.
(Utrecht Work Engagement Scale – UWES).
- 56.Aon Hewitt. 2012 Trends in Global Employee Engagement. – Aon Corporation, 2012.
- 57.Reichheld F. The one number you need to grow // Harvard Business Review. – 2003. – Vol. 81, No. 12. – P. 46–54.
- 58.IBM Smarter Workforce Institute, Workhuman. The Employee Experience Index. – 2017.
- 59.Cameron K.S., Quinn R.E. Diagnosing and Changing Organizational Culture: Based on the Competing Values Framework. – San Francisco : Jossey-Bass, 1999.
- 60.U.S. Surgeon General. Framework for Workplace Mental Health & Well-Being. – Washington, DC : U.S. Department of Health and Human Services, 2022.
- 61.Deloitte. 2023 Global Human Capital Trends: New fundamentals for a boundaryless world. – Deloitte Insights, 2023.
- 62.OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. – Paris : OECD Publishing, 2023.
- 63.WHO. Framework on Integrated People-Centred Health Services. – Geneva : World Health Organization, 2016.
- 64.NHS England. We are the NHS: People Plan 2020/21 – action for us all. – London : NHS England, 2020.
- 65.NHS Leadership Academy. Leadership for compassionate care: resources and programmes. – NHS, 2021.
- 66.Mayo Clinic. Annual Report. – Rochester, MN : Mayo Clinic, різні роки.
- 67.Cleveland Clinic. Office of Caregiver Experience: Annual Outcomes Report. – Cleveland Clinic, різні роки.
- 68.Kaiser Permanente. Total Health: A Framework for Workforce Well-Being. – Kaiser Permanente, 2021.

АНКЕТА ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ІНДЕКСУ ЗАДОВОЛЕНOSTІ ПЕРСОНАЛУ (ESI)

Частина 1. Загальна інформація

1. Ваш підрозділ / відділення:
 - ☐ Хірургія
 - ☐ Хіміотерапія
 - ☐ Радіологія / радіотерапія
 - ☐ Діагностика
 - ☐ Поліклініка
 - ☐ Адміністративні служби
 - ☐ Інше (вказати): _____
2. Ваша посада:
 - ☐ Лікар
 - ☐ Медична сестра
 - ☐ Молодший медичний персонал
 - ☐ Адміністративний персонал
 - ☐ Інше: _____
3. Стаж роботи у цьому закладі:
 - ☐ До 1 року
 - ☐ 1–3 роки
 - ☐ 3–10 років
 - ☐ Понад 10 років

Частина 2. Основний блок запитань ESI

Оцініть, будь ласка, твердження за шкалою від 1 до 5, де: 1 — повністю не згоден / дуже незадоволений, 5 — повністю згоден / дуже задоволений

1. Умови праці

1. Я задоволений(на) загальними умовами праці у закладі.
2. Моє робоче місце обладнане всім необхідним для якісної роботи.
3. Я почуваюся фізично безпечно під час виконання роботи.

2. Організація роботи і навантаження

4. Обсяг моєї роботи є розумним і реалістичним.
5. Розподіл навантаження у нашому відділенні є справедливим.

6. Мій графік роботи є зручним та передбачуваним.

3. Взаємовідносини в колективі

7. У моєму підрозділі панує атмосфера взаємоповаги.

8. Я відчуваю підтримку від колег.

9. Конфлікти вирішуються конструктивно.

4. Взаємодія з керівництвом

10. Мій безпосередній керівник ставиться до мене справедливо.

11. Я отримую регулярний і корисний зворотний зв'язок.

12. Керівництво демонструє повагу до персоналу.

5. Мотивація і визнання

13. Я задоволений(на) рівнем матеріальної винагороди.

14. Я отримую достатньо нематеріального визнання (подяка, повага, підтримка).

15. Я відчуваю, що мою роботу цінують.

6. Розвиток та навчання

16. У мене є можливості для професійного росту.

17. Заклад підтримує навчання і БПР.

18. Я маю доступ до необхідних тренінгів / семінарів / інструктажів.

7. Психологічний стан та благополуччя

19. Я не відчуваю надмірного стресу на роботі.

20. Я відчуваю психологічну безпеку у колективі (можу висловлювати свої думки без страху).

21. Моя робота приносить мені відчуття сенсу та важливості.

Частина 3. Загальний рівень задоволеності (для розрахунку ESI)

Будь ласка, оцініть:

22. Наскільки загалом Ви задоволені роботою в цьому закладі?

(1 — зовсім не задоволений, 10 — повністю задоволений)

Частина 4. Відкрите запитання

23.Що, на Вашу думку, необхідно покращити в нашому закладі, щоб підвищити задоволеність персоналу?

Анкета для оцінки професійного вигорання медичних працівників
(Адаптовано на основі Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) та Copenhagen Burnout Inventory)

Мета: визначити рівень вигорання персоналу за трьома шкалами:

- емоційне виснаження,
- деперсоналізація (цинізм),
- редукція професійних досягнень.

Шкала оцінки:

- 1 — ніколи
- 2 — дуже рідко
- 3 — рідко
- 4 — часто
- 5 — дуже часто

Блок 1. Емоційне виснаження

1. Я відчуваю емоційне виснаження від роботи.
2. На роботі я почуваюся втомленим(ою) ще зранку.
3. Я відчуваю, що робота “висмоктує з мене сили”.
4. Я відчуваю себе виснаженим(ою) наприкінці робочого дня.
5. Часто відчуваю, що не можу більше працювати в такому ритмі.
6. Робочий день здається надто довгим.

Блок 2. Деперсоналізація / цинізм

7. Я часто ставлюся до пацієнтів більш холодно, ніж хотілося б.
8. Я намагаюсь дистанціюватися від пацієнтів емоційно.
9. Я відчуваю, що втрачаю співчуття до пацієнтів.
10. Мені іноді здається, що пацієнти докучають мені.
11. Я ловлю себе на думці, що ставлюся до людей як до “об’єктів роботи”.

Блок 3. Редукція професійних досягнень

12.Я відчуваю, що моя робота приносить менше задоволення, ніж раніше.

13.Я сумніваюсь у власній компетентності.

14.Мені здається, що я досягаю менше, ніж мав(ла) б.

15.Я відчуваю, що мій внесок у роботу недостатній.

16.Мені важко зберігати професійний ентузіазм.

АНКЕТА ДЛЯ ОЦІНКИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ БЕЗПЕКИ

(Amy Edmondson Psychological Safety Scale, адаптовано для закладів охорони здоров'я)

Мета: оцінити рівень психологічної безпеки в команді.

Шкала оцінки:

- 1 — категорично не згоден
- 2 — не згоден
- 3 — частково згоден
- 4 — згоден
- 5 — повністю згоден

Питання психологічної безпеки

1. У нашому підрозділі я можу висловлювати свої думки без страху негативних наслідків.
2. Якщо я зроблю помилку, це не буде приводом для осуду чи покарання.
3. У нашій команді безпечно задавати “складні” або незручні питання.
4. Мої колеги приймають мої ідеї та пропозиції.
5. Я можу вільно висловлювати незгоду з рішенням керівництва.
6. Ніхто не принижує чи не знецінює колег у нашому підрозділі.
7. Я можу покладатися на колег під час складних професійних ситуацій.
8. У нашій команді заохочується співпраця, а не “звинувачення”.
9. Я відчуваю себе включеним(ою) у прийняття рішень, що стосуються нашої роботи.
10. Якщо у мене виникають труднощі, я можу звернутися по допомогу без страху.