

Міністерство освіти і науки України
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
Навчально-науковий інститут «Українська інженерно-педагогічна
академія»
Кафедра педагогіки, методики та менеджменту освіти

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

магістра

на тему

«Управління комунікативними процесами у закладі охорони
здоров'я (на прикладі ТОВ «МЦ ПЛЕЯДА»)»
(тема кваліфікаційної роботи)

Виконав: здобувач освіти 2 курсу,
групи ЗЗОЗ-24мг
спеціальності: 073 Менеджмент
(код і найменування спеціальності)

_____ / Руслан ПАНЧУК
(підпис) (ім'я та прізвище)

Керівник _____ / Валентина БУРБИГА
(підпис) (ім'я та прізвище)

Рецензент _____ / _____ Тетяна
ОБИДЄННОВА
(підпис) (ім'я та прізвище)

«До захисту допущено»

В.о. завідувачки кафедри _____ / Наталія
БРЮХАНОВА
(підпис) (ім'я та прізвище)

Нормоконтроль _____ / Влада МАРКОВА
(підпис) (ім'я та прізвище)

Секретар ЕК _____ / Валентина БУРБИГА
(підпис) (ім'я та прізвище)

Харків – 2025 рік

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. В.Н.КАРАЗІНА**

Інститут: Навчально-науковий інститут «Українська інженерно-педагогічна академія»

Кафедра: педагогіки, методики та менеджменту освіти

Спеціальність: 073 «Менеджмент»

Освітньо-професійна програма: «Менеджмент закладів охорони здоров'я»

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри
д.пед.н., проф.
Наталія БРЮХАНОВА

_____ (підпис)

« ___ » _____ 2025 р.

ЗАВДАННЯ

**на кваліфікаційну роботу (дипломну роботу)
другого (магістерського) рівня вищої освіти
здобувачу Руслану ПАНЧУКУ**

1. Тема: «Управління комунікативними процесами у закладі охорони здоров'я (на прикладі ТОВ «МЦ ПЛЕЯДА»)» затверджена наказом по академії № _____ від « ___ » _____ 2025 р.

2. Термін здачі закінченої роботи: « ___ » _____ 2025 р.

3. Вихідні дані до роботи: Закони України, Постанови Верховної Ради, Постанови Кабінету Міністрів, теоретичні та практичні розробки вітчизняних та зарубіжних авторів за темою роботи, періодичні видання, статистичні дані.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) Розділ 1. Комунікативні процеси як основа ефективного менеджменту.. Розділ 2. Характеристика системи комунікацій як основи менеджменту в закладі охорони здоров'я. Розділ 3. Оптимізація елементів сучасної системи управлінських комунікацій закладу охорони

здоров'я

5. Перелік графічного (ілюстративного) матеріалу 5 рис., 3 табл., 6 додатків, презентаційний матеріал

6. Консультант:

Розділ	Консультант	Підпис, дата		Оцінка (бали)
		Завдання видав	Завдання прийняв	
-	Не передбачено	-	-	-

7. Дата видачі завдання: «01» жовтня 2025 р.

Керівник: _____ Валентина БУРБИГА
(підпис)

Завдання прийняв до виконання: _____ Руслан ПАНЧУК
(підпис)

**КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН-ГРАФІК
виконання кваліфікаційної роботи
(дипломної роботи)**

№ з/п	Назва етапів роботи та питань, які мають бути розроблені відповідно до завдання	Термін виконання	Позначки керівника про виконання завдань
1	Систематизація матеріалів про діяльність об'єкту дослідження	04.10.2025	
2	Вивчення теоретичного матеріалу, написання першого розділу роботи	16.10.2025	
3	Аналіз діяльності об'єкту дослідження, написання другого розділу	30.10.2025	
4	Розробка та написання рекомендаційної частини роботи	15.11.2025	
5	Завершення висновків, формування анотації, впорядкування списку літератури	25.11.2025	
6	Оформлення дипломної роботи та представлення її на кафедрі	30.11.2025	

Здобувач _____ Руслан ПАНЧУК
(підпис)

Нормоконтроль: _____ Влада МАРКОВА
(підпис)

АНОТАЦІЯ

Тема: «Управління комунікативними процесами у закладі охорони здоров'я (на прикладі ТОВ «МЦ ПЛЕЯДА»)».

Робота містить 105 с., 9 рис., 6 табл., 62 джерела.

Об'єкт дослідження: управління комунікативними процесами у закладах охорони здоров'я.

Предмет дослідження: удосконалення комунікативних процесів як складових системи управління роботою в ТОВ «МЦ ПЛЕЯДА».

Мета дослідження: провести аналіз теоретичних засад комунікативного механізму як елементу системи управління діяльністю в закладах охорони здоров'я, проаналізувати стан та вплив комунікативної системи на якість роботи ТОВ «МЦ ПЛЕЯДА та удосконалити її зміст в контексті оптимізації розвитку системи управління закладом.

Завдання дослідження: провести аналіз теоретичних засад впливу комунікативних процесів на систему управління в закладах охорони здоров'я; проаналізувати результативність системи управління та стан комунікативних процесів в ТОВ «МЦ ПЛЕЯДА; удосконалити зміст та складові комунікативних процесів закладу, зорієнтувати їх зміст на розвиток системи управління ТОВ «МЦ ПЛЕЯДА».

Методи дослідження: *теоретичні*: аналіз наукових робіт з проблематики управління комунікаціями, в т.ч. в закладах охорони здоров'я; статистичний аналіз, порівняльний аналіз, синтез, узагальнення дозволили провести систематизацію теоретичного та практичного матеріалу з досліджуваної проблеми в динаміці;

емпіричні: спостереження, метод експертних оцінок, вивчення практичного досвіду роботи колективів закладів охорони здоров'я з управління комунікативними процесами як елементом системи управління організацією.

Наукова новизна дослідження: отримали подальший розвиток процеси дослідження та оптимізації змісту комунікацій в закладах охорони здоров'я як елементи системи управління на основі евристичного та проектного підходу.

Практичне значення полягає у тому, що розроблений механізм дослідження потреб середовища в змісті комунікативних процесів та оновлені елементи механізму оптимізації комунікативних процесів були втілені в роботу ТОВ «МЦ ПЛЕЯДА».

Ключові слова: заклад охорони здоров'я, система управління, інформація, комунікативні процеси, механізм, інформаційний потік, документація, система оцінки інформації.

ANNOTATION

Topic: "Management of communication processes in the health care institution (on the example of LLC "MC PLEYADA)".

The work contains 105 pages, 9 figures, 6 tables, 62 sources.

Object of research: management of communication processes in health care facilities.

Subject of research: improvement of communication processes as components of the work management system in LLC "MC PLEYADA.

The purpose of the study: to analyze the theoretical foundations of the communication mechanism as an element of the management system in health care facilities, to analyze the state and impact of the communication system on the quality of the LLC "MC PLEYADA.

Objectives of the study: to analyze the theoretical foundations of the impact of communicative processes on the management system in health care facilities; to analyze the effectiveness of the management system and the state of communication processes in LLC "MC PLEYADA; to improve the content and components of the communicative processes of the institution, to orient their content on the development of the management system of LLC "MC PLEYADA

Research methods: theoretical: analysis of scientific papers on communications management, including in health care facilities; statistical analysis, comparative analysis, synthesis, generalization allowed to systematize theoretical and practical material on the studied problem in dynamics;

empirical: observations, method of expert assessments, study of practical experience of health care teams in the management of communication processes as an element of the management system of the organization.

Scientific novelty of the research: the processes of research and optimization of the content of communications in health care institutions as elements of the management system based on the heuristic and project approach have been further developed.

The practical significance lies in the fact that the developed mechanism for studying the needs of the environment in the content of communicative processes and updated elements of the mechanism for optimizing communicative processes were implemented in the work of LLC "MC PLEYADA.

Key words: health care institution, management system, information, communication processes, mechanism, information flow, documentation, information evaluation system.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1. КОМУНІКАТИВНІ ПРОЦЕСИ ЯК ОСНОВА ЕФЕКТИВНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ.....	10
1.1. Визначення та класифікація комунікацій та їх елементів	10
1.2. Комунікативні процеси в організації.....	22
Висновки до розділу 1.....	47
РОЗДІЛ 2. ХАРАКТЕРИСТИКА СИСТЕМИ КОМУНІКАЦІЙ ЯК ОСНОВИ МЕНЕДЖМЕНТУ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	49
2.1. Оцінка організації діяльності ТОВ «МЦ ПЛЕЯДА»	49
Висновки до розділу 2	65
РОЗДІЛ 3. ОПТИМІЗАЦІЯ ЕЛЕМЕНТІВ СУЧАСНОЇ СИСТЕМИ УПРАВЛІНСЬКИХ КОМУНІКАЦІЙ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	67
3.1. Заходи поточної оптимізації електронних складових комунікаційної системи лікарні	67
3.2. Огляд теоретичних аспектів формування сучасної програми комунікації в умовах невизначеності.....	71
Висновки до розділу 3.....	92
ВИСНОВКИ.....	95
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	101

ВСТУП

Комунікації становлять фундаментальний процес, без якого неможливо уявити розвиток сучасного суспільства та здійснення будь-яких видів діяльності. Усі сфери — від виробничої до соціокультурної, від управління до дозвілля — функціонують на основі комунікативних процесів, які забезпечують взаємодію між окремими індивідами, колективами, організаціями та громадами. Саме в межах комунікації відбувається передання інформації в різних формах і форматах; якість цього процесу — від точності формулювання до коректності інтерпретації — визначає подальші реакції учасників взаємодії та ефективність прийнятих рішень.

В умовах глобалізації, коли світ поступово перетворюється на єдиний інформаційний простір, значно зростають вимоги до організації комунікативних процесів. Швидкий розвиток цифрових технологій, що забезпечують можливість спілкування на відстані та виконання професійних функцій незалежно від географічного місця перебування, істотно змінює характер сучасних комунікацій. Вони стають більш технічними, автоматизованими, інтегрованими з різноманітними цифровими пристроями та інтелектуальними системами.

Автоматизація та цифровізація поступово витісняють традиційні паперові носії інформації, які вимагали фізичної передачі. Натомість дані циркулюють у електронному середовищі через мережеві канали, зберігаються у хмарних сервісах, що значно зменшує потребу у спеціальних засобах для їх оброблення й архівування. Багато країн переходять на електронний формат офіційної документації та звітності, що докорінно змінює комунікативні процеси в організаціях, їх наповнення, структуру та типові алгоритми взаємодії.

Фахівці, які досліджують питання ефективності комунікацій, звертають особливу увагу на класифікацію не лише видів комунікації та інформації, а й характеристик джерела та отримувача, особливо коли мова йде про міжособистісний вимір. Комунікація у цьому разі набуває суб'єктивного характеру: її результативність залежить від здатності джерела інформації чітко формулювати думку, структурувати повідомлення та виділяти ключові елементи,

а також від уміння адресата правильно інтерпретувати, осмислити, запам'ятати й у подальшому застосувати отриману інформацію.

Практичний досвід свідчить, що вже через 30–60 хвилин значна частина отриманої інформації втрачається, за винятком випадків, коли її сприймає надзвичайно цілеспрямована людина або особа, що має високу комунікативну мобільність, наприклад унаслідок частих подорожей. Саме тому сучасні комунікативні системи включають механізми фіксації, збереження й оперативного відтворення інформації. Це підтверджує важливість обраної проблематики, особливо в умовах суспільних і управлінських криз, коли виникають комунікативні збої або конфлікти у структурах, які формально мають зіставні показники, але фактично перебувають у стані спаду, зафіксованого в динаміці.

Таким чином, досліджувана тема є актуальною та має вагоме практичне значення, оскільки ефективні комунікативні процеси є ключовою умовою стабільного розвитку організацій, забезпечення їх адаптивності, підвищення результативності управлінської діяльності та зменшення ризиків соціальних і професійних конфліктів у сучасному мінливому середовищі.

Актуальність проблеми, її сучасність та недостатня розробленість зумовили вибір теми дослідження: *«Управління комунікативними процесами у закладі охорони здоров'я (на прикладі ТОВ «МЦ ПЛЕЯДА»)»*.

Об'єкт дослідження: управління комунікативними процесами у закладах охорони здоров'я.

Предмет дослідження: удосконалення комунікативних процесів як складових системи управління роботою в ТОВ «МЦ ПЛЕЯДА».

Мета дослідження: провести аналіз теоретичних засад комунікативного механізму як елементу системи управління діяльністю в закладах охорони здоров'я, проаналізувати стан та вплив комунікативної системи на якість роботи ТОВ «МЦ ПЛЕЯДА» та удосконалити її зміст в контексті оптимізації розвитку системи управління закладом.

Завдання дослідження:

провести аналіз теоретичних засад впливу комунікативних процесів на систему управління в закладах охорони здоров'я;

проаналізувати результативність системи управління та стан комунікативних процесів в ТОВ «МЦ ПЛЕЯДА»;

удосконалити зміст та складові комунікативних процесів закладу, зорієнтувати їх зміст на розвиток системи управління ТОВ «МЦ ПЛЕЯДА».

Методи дослідження: *теоретичні:* аналіз наукових робіт з проблематики управління комунікаціями, в т.ч. в закладах охорони здоров'я; статистичний аналіз, порівняльний аналіз, синтез, узагальнення дозволили провести систематизацію теоретичного та практичного матеріалу з досліджуваної проблеми в динаміці;

емпіричні: спостереження, метод експертних оцінок, вивчення практичного досвіду роботи колективів закладів охорони здоров'я з управління комунікативними процесами як елементом системи управління організацією.

Наукова новизна дослідження: отримали подальший розвиток процеси дослідження та оптимізації змісту комунікацій в закладах охорони здоров'я як елементи системи управління на основі евристичного та проектного підходу.

Практичне значення полягає у тому, що розроблений механізм дослідження потреб середовища в змісті комунікативних процесів та оновлені елементи механізму оптимізації комунікативних процесів були втілені в роботу ТОВ «МЦ ПЛЕЯДА».

Структура та обсяг роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, загальних висновків та висновків до розділів, списку використаних джерел (62 найменування), додатків. Містить 6 рисунків, 6 таблиць, 6 додатків. Загальний обсяг роботи становить 103 сторінки.

РОЗДІЛ 1

КОМУНІКАТИВНІ ПРОЦЕСИ ЯК ОСНОВА ЕФЕКТИВНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ

1.1 Визначення та класифікація комунікацій та їх елементів

Для виконання будь-якої спільної діяльності за участю кількох осіб необхідною умовою є їхня здатність порозумітися, узгодити дії, подолати можливі протиріччя та досягти бажаного результату. Таке узгодження забезпечується через комунікацію.

Проблематика комунікацій перебуває у полі зору представників різних наук: психологів, філософів, менеджерів, маркетингологів тощо. Кожна з наукових шкіл акцентує увагу на окремих аспектах цього багатовимірного явища, що зумовлює множинність підходів та певну фрагментарність його осмислення. Аналіз сучасних досліджень і публікацій засвідчує, що питання управління комунікаційними процесами, визначення ролі комунікацій у системі управління підприємством розглядаються у працях багатьох вітчизняних та зарубіжних учених: Д. Аакера, Дж. Бернета, Б. Берлесона, Г. Стейнера, Лейхіффа Дж. Л., Мільнера Б. З., А. Войчака, Т. Примака, Г. Почепцова, О. Фисун, Н. Григор'євої, М. Плотнікова, В. Різуна, В. Рєви та ін. У сфері менеджменту на специфіку теоретичних та методичних засад комунікації звертали увагу В.М. Бебик, В.Г. Жигалов, А.Б. Зверинцев, Т.М. Орлова, а систематизацію положень комунікаційного менеджменту на підприємствах здійснював Н.О. Шпак.

Водночас більшість зазначених авторів зосереджуються переважно на теоретичних аспектах комунікацій або аналізують їх у контексті функціонування підприємства загалом, не заглиблюючись у вивчення глибинних причин поведінки учасників комунікацій та механізмів несприйняття комунікативних процесів. Залишаються недостатньо розкритими проблеми організації комунікаційних процесів на підприємствах, зокрема організаційно-методичні засади комунікацій в умовах українських реалій [8]. Недостатньо опрацьованими є також аспекти управління комунікаціями підприємства, особливо ті, що

стосуються діагностики їх стану та результативності [2]. З огляду на стрімкий розвиток інформаційно-комунікаційних технологій, надзвичайно актуальним є оновлення методичних підходів та інструментарію управління комунікаціями відповідно до темпів змін у всіх сферах життєдіяльності людини.

Комунікація розглядається як процес обміну смисловою інформацією між людьми (окремими індивідами або групами) за допомогою знаків і символів, у ході якого інформація цілеспрямовано передається та вибірково сприймається згідно з певними правилами, незалежно від того, призводить цей процес до взаєморозуміння чи ні [18]. У цьому дослідженні під комунікацією розуміємо, насамперед, обмін інформацією між особами та організаційними структурами.

Існує значна кількість трактувань терміна «комунікація», які залежать, зокрема, від галузевого підходу, що породжує й різночитання у термінології та ускладнює узгодження позицій у практичній площині.

Лінгвістичний підхід розглядає комунікацію як одночасно процес і результат обміну інформацією, роблячи наголос на мовній складовій, використанні термінів та правильному розумінні тексту через аналіз значень окремих слів.

Філософський підхід трактує комунікацію як універсальну реальність соціального існування, вираження здатності людини до співіснування, що є необхідною умовою її життя. Таке бачення підкреслює соціальну природу людини, але мало конкретизує практичні механізми здійснення комунікативних процесів.

Психологічний підхід зосереджується на вербальних і невербальних стосунках, обміні інформацією, поведінці, спробах досягти порозуміння, формуванні зв'язків та взаємозалежностей між людьми. Він розкриває емоційний вимір комунікації, однак меншою мірою описує техніку і механізми її реалізації в організаційній практиці.

Соціальний підхід визначає комунікацію як зумовлений ситуацією та соціально-психологічними характеристиками комунікаторів процес встановлення і підтримання контактів між членами певної соціальної групи або суспільства загалом, на основі духовної, професійної чи іншої спільності учасників. На наш

погляд, це визначення є найбільш наближеним до трудових процесів і може ефективно застосовуватись при формуванні комунікаційних процесів в організації.

Економічний підхід розглядає комунікацію як засіб співробітництва та взаємодії, інструмент досягнення цілей працівників, організації та суспільства, виходячи з того, що сучасний бізнес характеризується колективним характером праці, складністю виробництва та широким використанням ресурсів. Таке трактування пояснює призначення комунікацій, однак не деталізує механізмів їх практичної реалізації.

Маркетинговий підхід визначає комунікацію як комплекс заходів, спрямованих на встановлення двостороннього зв'язку між підприємствами споживчої кооперації та іншими суб'єктами ринку за допомогою відповідних інструментів, з метою посилення ефективності діяльності та підвищення її впливу на ринку. Він акцентує увагу на взаємних інтересах сторін, проте не завжди придатний для прямого перенесення в управлінську практику, оскільки передбачає пошук компромісів, що в межах виробничих процесів може бути обмеженим або навіть небажаним.

Управлінська практика й досвід досліджень засвідчують, що керівники витрачають значну частину робочого часу саме на комунікації [2; 4 та ін.]. У цьому контексті доцільно навести деякі визначення, які не прив'язуються до конкретної галузі, а прагнуть узагальнено пояснити сутність комунікації та її значущість у сфері виробництва та управління.

Комунікації визначають як обмін інформацією, на основі якої керівник отримує необхідні дані для прийняття рішень і доведення їх змісту до працівників організації. Інше поширене визначення підкреслює, що комунікація – це обмін інформацією між учасниками управлінської взаємодії, який є одним із ключових психологічних компонентів управлінського процесу та невід'ємною складовою його основних етапів: планування, організації, контролю [2]. Саме тому, що обмін інформацією інтегрований у всі основні види управлінської діяльності, комунікації виступають зв'язувальним процесом професійної діяльності в будь-якій сфері.

Отже, метою комунікації є не лише передача інформації, а її розуміння, осмислення й подальше використання у практичній діяльності. Факт обміну повідомленнями сам по собі не гарантує ефективності спілкування. Показовою є ситуація спілкування іноземців без перекладача, коли процес говоріння формально відбувається, але взаєморозуміння відсутнє, а отже – продуктивна комунікація не реалізується.

Рівень організованості та ефективності комунікаційного процесу на підприємстві значною мірою залежить від досвіду керівника, його теоретичної підготовки та практичних здібностей, які дозволяють добирати оптимальні методи комунікації, раціонально організовувати процес передавання, засвоєння та використання інформації. Якщо позбавити організацію ефективних комунікацій, управління перестає бути керованим, а діяльність набуває хаотичного, неспрямованого характеру. У такому стані реалізація виробничих процесів фактично унеможлиблюється: операції виконуються повільно, з великою кількістю помилок або не виконуються взагалі.

Особливої ваги питання управління комунікаціями набувають за умов упровадження інновацій у комунікативні процеси. Керівництво підприємства має чітко усвідомлювати інформаційні потреби та можливості співробітників, рівень володіння основними технологіями комунікацій як з боку менеджерів, так і з боку виконавців [2].

Для правильного розуміння комунікативних процесів необхідно чітко визначити, що саме мається на увазі під інформацією. Інформація – це сукупність повідомлень, які відображають характеристики явищ, подій, виробничо-господарської діяльності [1]. З метою кращого розуміння її змісту та можливостей застосування фахівці пропонують класифікувати інформацію за різними ознаками.

До основних видів інформації, що можуть і повинні використовуватися в управлінській діяльності, відносять:

1. Статистичну інформацію – офіційно задокументовану державну інформацію, яка відображає кількісні характеристики масових явищ і процесів в економічній, соціальній, культурній та інших сферах суспільного життя.

2. Інформацію про об'єкт (товар, роботу, послугу тощо) – відомості та/або дані, що розкривають кількісні, якісні та інші характеристики відповідного об'єкта.

3. Податкову інформацію – сукупність відомостей і даних, що створюються або отримуються суб'єктами інформаційних відносин у процесі поточної діяльності та є необхідними для виконання завдань і функцій контролюючих органів у порядку, визначеному Податковим кодексом України [44, 45].

4. Правову інформацію – сукупність документованих або публічно оголошених відомостей про право, його систему, джерела, реалізацію, юридичні факти, правовідносини, правопорядок, правопорушення та боротьбу з ними, а також заходи щодо профілактики правопорушень. Її джерелами є Конституція України [43], норми й принципи міжнародного права, кодекси, інші законодавчі й підзаконні акти, що регулюють відповідний вид діяльності [46].

5. Інформацію про фізичну особу – сукупність документованих або публічно оголошених відомостей про особу (освіта, стан здоров'я, адреса, дата і місце народження тощо).

6. Інформацію довідково-енциклопедичного характеру – систематизовані, документовані (наприклад, звітність окремих організацій, регіонів) або публічно оголошені відомості про суспільне, державне життя та довкілля. В сучасних умовах така інформація потребує ретельної перевірки й підтвердження, оскільки навіть дані, оприлюднені в ЗМІ, можуть бути псевдодостовірними.

7. Соціологічну інформацію – документовані або публічно оголошені відомості про ставлення громадян і соціальних груп до суспільних подій, процесів і явищ. Через залежність від вибірки респондентів, специфіки формулювання запитань і якості дослідження такі дані не можуть бути безпосередньою основою точних розрахунків і прогнозів.

8. Інформацію про стан довкілля – дані про стан складових навколишнього середовища та їхніх компонентів, включаючи генетично модифіковані організми, а також інформацію про взаємодію між цими

елементами. Такі дані здобуваються шляхом досліджень, що зумовлює певне відставання у часі порівняно зі швидкістю реальних змін.

Як видно, навіть ці основні види інформації істотно різняться за змістом, призначенням і можливістю їх використання для прийняття рішень, що потребує диференційованого підходу до їх аналізу та інтерпретації. Враховуючи багатовимірність поняття «інформація», доцільно розглядати її з різних позицій і будувати максимально повну класифікацію.

Інформацію пропонується класифікувати, зокрема, за такими ознаками.

За повнотою охоплення явища:

- *повна* – всебічно і в достатньому обсязі розкриває сутність явища;
- *часткова* – відображає лише окремі аспекти явища без формування цілісного уявлення про нього;
- *надлишкова* – містить значну кількість зайвих даних, які не є необхідними в конкретній ситуації.

За періодом дії:

- *разова* – використовується одноразово в специфічних умовах;
- *періодична* – формується і застосовується систематично, залежно від потреб;
- *довгострокова* – залишається актуальною протягом тривалого часу.

За змістом:

- *планово-економічна* – містить дані про заплановані обсяги виробництва, реалізації, ціни, собівартість, структуру витрат тощо;
- *фінансова* – характеризує рух грошових коштів, залучення інвестицій, структуру видатків, платоспроможність, фінансову стійкість;
- *облікова* – відображає дані податкового та управлінського обліку;
- *бухгалтерська* – включає відомості, необхідні для ведення бухгалтерського обліку;
- *технологічна* – розкриває зміст технологій виконання основних і супровідних виробничо-господарських операцій;
- *довідкова* – містить загальнодоступні відомості, що полегшують здійснення різних видів діяльності;

- *адміністративна* – висвітлює дані про права, обов'язки, відповідальність, правила та процедури в організації.

За рівнем достовірності:

- *достовірна* – об'єктивно й правдиво відображає відповідне явище;
- *недостовірна* – має сумнівне походження, суб'єктивно забарвлена та потребує додаткової перевірки.

Окремі дослідники пропонують й інші класифікаційні підходи, однак на практиці найчастіше використовуються наведені вище.

Оскільки комунікація є процесом передачі та сприйняття інформації, а сама інформація є багатовидовою, постає потреба в класифікації й комунікативних процесів.

За сферою охоплення виділяють:

1. Зовнішні комунікації (між організацією та зовнішнім середовищем) – інформаційна взаємодія з засобами масової інформації, споживачами, постачальниками, іншими контрагентами, органами державного регулювання, політичною системою тощо. Вони включають офіційні та ділові заходи, співпрацю з державними й громадськими організаціями, участь у спонсорських, соціальних, благодійних програмах. У межах таких комунікацій використовуються різні інструменти: програми маркетингу й реклами, офіційна звітність, документообіг, дослідження ринку спеціалізованими організаціями. Внутрішньою реакцією на зовнішні інформаційні потоки є проведення нарад, обговорень, підготовка службових записок, звітів, відео- й аудіоматеріалів тощо. Від якості побудови зовнішніх комунікацій залежать ринкова позиція підприємства, стабільність його відносин із партнерами, імідж, репутація, лояльність клієнтів, рівень поінформованості про бренд.

2. Внутрішні комунікації (між рівнями управління та підрозділами) – інформаційні потоки, які циркулюють у межах організації у вигляді повідомлень, обговорень, телефонних переговорів, внутрішнього документообігу. Вони часто є відповіддю на вплив зовнішнього середовища. Їхня мета – створення сприятливого робочого середовища, формування відчуття приналежності до колективу, підвищення лояльності персоналу. До внутрішніх комунікацій

належать корпоративні заходи та тимбілдинг, використання внутрішніх каналів (CRM, внутрішні сайти, розсилки), робочі зустрічі, збори, конференції, аналітика щодо персоналу, участь співробітників у навчальних та розвивальних тренінгах тощо.

Якість внутрішніх комунікацій значною мірою визначається професійним рівнем керівників, топ-менеджменту, фахівців з HR і PR. Внутрішні комунікації, у свою чергу, поділяються на:

- потоки «згори донизу» – передавання керівниками підлеглим планових завдань, інструкцій, інформації про зміни регламентів, умов праці тощо;
- потоки «знизу догори» – звітна інформація про виконання завдань, проблеми, порушення, потреби та пропозиції співробітників;
- комунікації між підрозділами – обмін документами, звітами, запитами, проведення спільних нарад;
- комунікації між керівником і робочою групою – двосторонній обмін інформацією в межах структурного підрозділу, що включає як формальні, так і неформальні повідомлення, у тому числі мотиваційного та організаційного характеру.

3. Міжособистісні комунікації – взаємодія між окремими працівниками або двома особами, що може мати як формальний, так і неформальний характер.

За способом виникнення комунікації поділяють на:

1. Формальні (офіційні) – зумовлені організаційною структурою, регламентами та потребою досягнення цілей організації; включають взаємодію між підрозділами, організацією та органами влади (звіти, запити тощо).
2. Неформальні – виникають на основі особистих стосунків між членами колективу, часто в межах неформальних груп.

За способом передавання інформації виділяють:

1. Вертикальні комунікації – здійснюються між різними рівнями управління (інституційним, управлінським, технічним) у двох напрямках. Вони забезпечують доведення завдань, делегування повноважень і зворотний зв'язок щодо можливостей та результатів їх виконання. Дослідження показують, що до

керівників доходить лише незначна частка інформації, яка передається знизу догори, що створює додаткові ризики для управління.

2. Горизонтальні комунікації – виникають між працівниками, що перебувають на одному ієрархічному рівні, та забезпечують координацію діяльності.

3. Діагональні комунікації – взаємодія між працівниками різних рівнів управління, коли інформація передається поза межами лінійної ієрархії, наприклад між керівником одного підрозділу та спеціалістом іншого.

За способом здійснення:

1. Вербальні (словесні) комунікації – усні розмови, виступи, усні повідомлення, які передаються мовленням.

2. Невербальні (несловесні) комунікації – спілкування через жести, міміку, позу, погляд, інтонацію. Уважне спостереження за невербальною поведінкою співрозмовника дає змогу оцінити рівень його щирості, справжні наміри, ступінь емоційного комфорту. Особливо важливим є знання невербальних сигналів у міжкультурному спілкуванні.

Поряд із поширеними класифікаціями в літературі зустрічаються й інші підходи. Зокрема, Ф.І. Хміль виділяє за формою реалізації такі види комунікацій [11]:

1. Дигітальні (digital) комунікації – передання відомостей за допомогою формалізованих символів (шрифту, цифр, формул). Вони відзначаються високою точністю кодування, особливо у сфері математичних чи хімічних виразів, і умовною «стерильністю», тобто мінімальним емоційним забарвленням. Водночас їх суттєвим недоліком є ризик помилок кодування або інтерпретації, зокрема при неправильному перекладі, технічних збоїв тощо.

2. Аналогові комунікації – усі види передання інформації, які не мають чіткої знакової форми: жести, дотики, зображення, символічні об'єкти (квіти, емодзі тощо). Вони менш точні, ніж дигітальні, але, як вважає автор, є зрозумілішими, оскільки передають не лише зміст, а й емоційний стан, настрій. Аналогові канали особливо ефективні у міжособистісних взаєминах.

На наш погляд, обидва види комунікацій можуть мати суттєві недоліки з погляду інтерпретації, оскільки значення символів, жестів і навіть окремих слів може істотно відрізнятись в різних культурних та регіональних контекстах. Оптимальним є комплексне використання дигітальних та аналогових форм, що дозволяє поєднати точність передання змісту з адекватним відображенням емоцій і намірів. Узагальнену схему такого поєднання доцільно подати графічно (рис. 1.1).

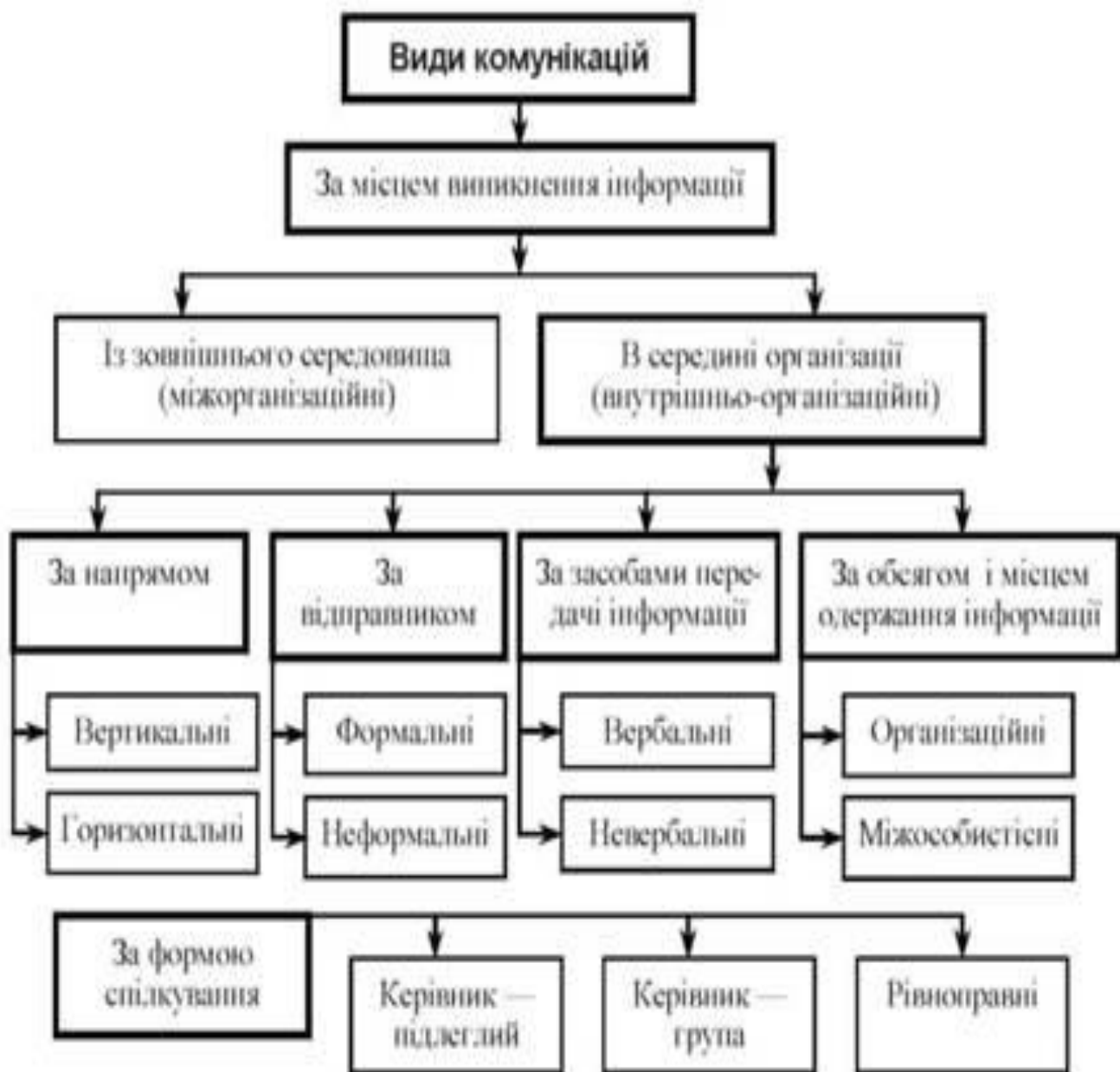


Рис. 1.1 Види комунікацій [6]

Наведений зміст чітко демонструє, що комунікативний процес є багаторівневим і доволі складним явищем, для ефективного функціонування якого необхідно дотримуватися певних вимог до його складових. Основні

елементи комунікаційного процесу формують цілісну систему, у межах якої відбувається передавання, сприйняття та інтерпретація інформації. Розглянемо ці компоненти детальніше.

Ключові елементи комунікативного процесу:

Відправник (джерело інформації).

Це особа, група осіб, структурний підрозділ або організація, яка генерує ідею, формує зміст повідомлення, збирає необхідні дані та ініціює процес передавання інформації. Ефективність комунікацій значною мірою залежить від здатності відправника точно сформулювати зміст, коректно його закодувати та обрати оптимальний спосіб подання.

Повідомлення.

Під повідомленням розуміють інформаційну ідею, виражену у певній символічній формі — словесній, графічній, цифровій, невербальній тощо. Саме повідомлення є центральним змістовим елементом комунікаційного процесу, від якості його структурування залежить можливість досягнення взаєморозуміння.

Канал комунікації.

Канал — це засіб, за допомогою якого інформація передається від відправника до отримувача. Це можуть бути усні розмови, електронні листи, телефонні дзвінки, відеозв'язок, документація, інформаційні системи тощо. Вибір каналу визначає швидкість, доступність і точність доставлення інформації, а також ступінь можливих комунікативних спотворень.

Отримувач (споживач інформації).

Отримувачем є особа, група, підрозділ або організація, яким адресовано повідомлення. Важливою характеристикою є здатність отримувача декодувати інформацію, тобто правильно її зрозуміти відповідно до намірів відправника. Ефективність комунікації визначається тим, наскільки зміст, сприйнятий отримувачем, збігається з початковим змістом повідомлення.

Зворотний зв'язок.

Зворотний зв'язок — це реакція отримувача на повідомлення, що надходить до відправника. Він є критично важливим елементом комунікаційного процесу, оскільки дозволяє визначити, чи була інформація правильно сприйнята, чи

досягла вона своєї мети і чи є необхідність у корекції змісту або форми її подання. Зворотний зв'язок може бути вербальним і невербальним, прямим і опосередкованим.

Схематично це виглядає досить просто (рис.1.2).

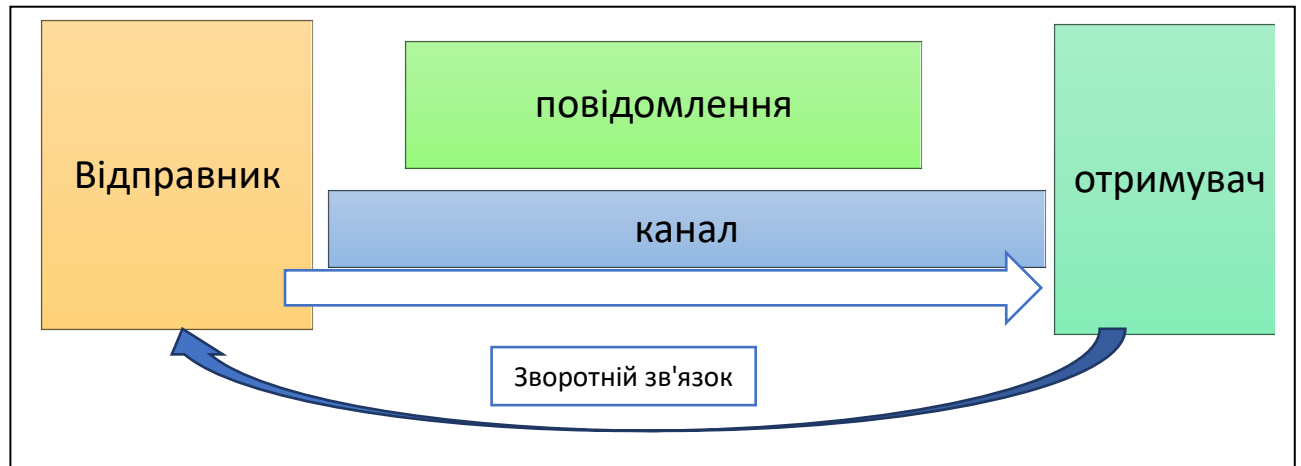


Рис. 1.2 Система елементів комунікативних процесів

Комунікаційний процес проходить через низку взаємопов'язаних етапів, кожен з яких забезпечує послідовне формування, передавання та осмислення інформації. Першим етапом є виникнення або вибір ідеї, тобто зародження задуму, який має бути переданий іншій стороні. Далі відбувається кодування, під час якого ідея трансформується у конкретне повідомлення за допомогою слів, жестів, інтонації чи інших символів. Наступний етап — вибір каналу передавання, тобто визначення найбільш ефективного способу донесення інформації (електронний або телефонний зв'язок, відеоповідомлення, усна форма тощо). Після цього здійснюється передавання повідомлення, у ході якого інформація переходить від відправника до адресата.

Одним із критично важливих етапів є декодування, коли отримувач розшифровує повідомлення та перетворює його символи на власні думки й уявлення. Завершальною фазою комунікаційного процесу виступають оцінювання та уточнення інформації, що доповнюється механізмом зворотного зв'язку: на цьому етапі комунікаційні ролі змінюються, і отримувач стає відправником, що дозволяє перевірити правильність сприйняття повідомлення та скоригувати його за потреби.

Комунікативна діяльність у суспільстві реалізується у трьох основних формах. Спілкування виступає діалогом рівноправних партнерів, які обмінюються думками та досвідом. Управління розглядається як цілеспрямований інформаційний вплив комунікатора на адресата, що має забезпечити організацію, координацію та спрямування дій у потрібному напрямі. Третьою формою є наслідування, яке передбачає запозичення зразків поведінки, способів взаємодії, стилів спілкування, а також елементів культури — мови, традицій, професійних умінь. У реальних умовах ці форми рідко існують окремо: саме їх поєднання забезпечує оптимальний результат. Наслідування дозволяє зберігати та передавати культурний і професійний досвід, спілкування дає можливість зрозуміти його зміст, а управління спрямовує цей процес, запобігаючи суттєвим помилкам у практичній діяльності.

1.2 Комунікативні процеси в організації

Комунікації можуть здійснюватися одночасно різними методами — у письмовій та усній формах, за допомогою невербальних сигналів, включно з жестами, мімікою, позою, а також через різноманітні канали, зокрема електронні засоби зв'язку. Кожен метод і канал має притаманні йому переваги та обмеження, що визначає доцільність і специфіку його використання у тій чи іншій ситуації.

Ефективність комунікацій у системі управління безпосередньо впливає на якість управлінських рішень, оскільки комунікаційні процеси пронизують усю управлінську діяльність організації. Основною метою комунікації є досягнення розуміння та осмислення переданої інформації. Сам факт обміну відомостями не гарантує результативності взаємодії, адже ефективність спілкування залежить від того, чи був зміст повідомлення коректно інтерпретований.

Рівень ефективності комунікаційного процесу значною мірою визначається досвідом керівника, його знаннями, здатністю обирати оптимальні методи комунікації та організовувати процес передавання, сприйняття та використання інформації. Відсутність злагоджених комунікацій дезорганізовує управління: діяльність підприємства стає хаотичною, несистемною та некерованою. У

контексті впровадження інноваційно-комунікативних процесів особливо важливо враховувати інформаційні потреби персоналу, їх можливості та рівень володіння сучасними технологіями управлінських комунікацій.

Формування ефективного комунікаційного процесу передбачає побудову власної моделі комунікацій з урахуванням специфіки діяльності конкретної організації. Узагальнений варіант такого процесу відображено на рис. 1.3.

Комунікаційний процес передбачає наявність відправника, одержувача та самого процесу обміну інформацією [14]. Відправник, який прагне донести певну ідею або повідомлення, повинен перетворити її у форму, придатну до передачі та сприйняття: у слова, символи, математичні позначення, зображення тощо. Цей етап традиційно визначають як кодування або шифрування інформації.

Після кодування повідомлення передається одним або кількома каналами спілкування — поштою (традиційною чи електронною), телефонним зв'язком, Інтернетом та іншими. Вибір каналу залежить від способу кодування: усне повідомлення можна передати при безпосередній зустрічі, телефоном, за допомогою відео- чи аудіозапису, але воно не може бути коректно передане звичайною поштою.

Отримавши повідомлення, адресат здійснює його декодування — інтерпретує символи, прагнучи відтворити початковий зміст інформації. Від точності цього процесу залежить адекватність сприйняття намірів і сенсів, закладених відправником. Значна частина непорозумінь у комунікації виникає саме на цьому етапі, особливо в міжкультурних контактах. Відомо, що однакові жести в різних культурах можуть мати кардинально протилежні значення. Наприклад, жест, утворений великим і вказівним пальцем у вигляді літери «О», у США означає схвалення, у Південній Африці — образу, а в Тунісі та низці арабських країн — погрозу «я тебе вб'ю» [37].

Після розшифровки повідомлення одержувач переходить до етапу зворотного зв'язку, тобто повідомляє відправника про результати сприйняття інформації. Зворотний зв'язок — ключовий елемент комунікаційного процесу, оскільки дозволяє визначити, чи було повідомлення правильно інтерпретоване, та дає можливість скоригувати або відновити комунікацію у разі непорозумінь.

Важливо враховувати, що навіть відсутність відповіді є формою зворотного зв'язку, однак її зміст, як правило, залишається нечітким, а наслідки — непередбачуваними, що може спричинити помилки, втрати інформації та погіршення взаємодії.

Комунікація ніколи не є процесом, що відбувається виключно між відправником і одержувачем повідомлення. На практиці вона завжди супроводжується численними чинниками, які знижують «чистоту» передавання інформації та призводять до її часткового або суттєвого спотворення. Такі чинники визначають як комунікаційні перешкоди або шуми. До них належать технічні характеристики телефонних і радіосистем, рівень володіння іноземними мовами, навички письмового викладу, дефекти мовлення чи слуху та інші бар'єри, які можуть виникати на будь-якому етапі комунікаційного процесу і істотно зменшувати його ефективність. У результаті погіршується і загальна результативність управління персоналом організації.

Для забезпечення ефективної комунікації важливо, щоб символи, якими кодується повідомлення, мали для адресата те саме значення, що й для відправника. Лише за цієї умови можна очікувати коректного розуміння змісту повідомлення. Відтак у структурі комунікацій традиційно виокремлюють три ключові аспекти [47]. Технічний аспект охоплює процеси передавання інформації від одного суб'єкта або технічного засобу до іншого відповідними комунікаційними каналами. Семантичний аспект стосується передавання і приймання повідомлення таким чином, щоб одержувач зміг правильно розтлумачити його зміст. Прагматичний аспект пов'язаний із впливом прийнятої інформації на поведінку одержувачів, а також з оцінкою того, наскільки ефективно ця інформація використовується на практиці.

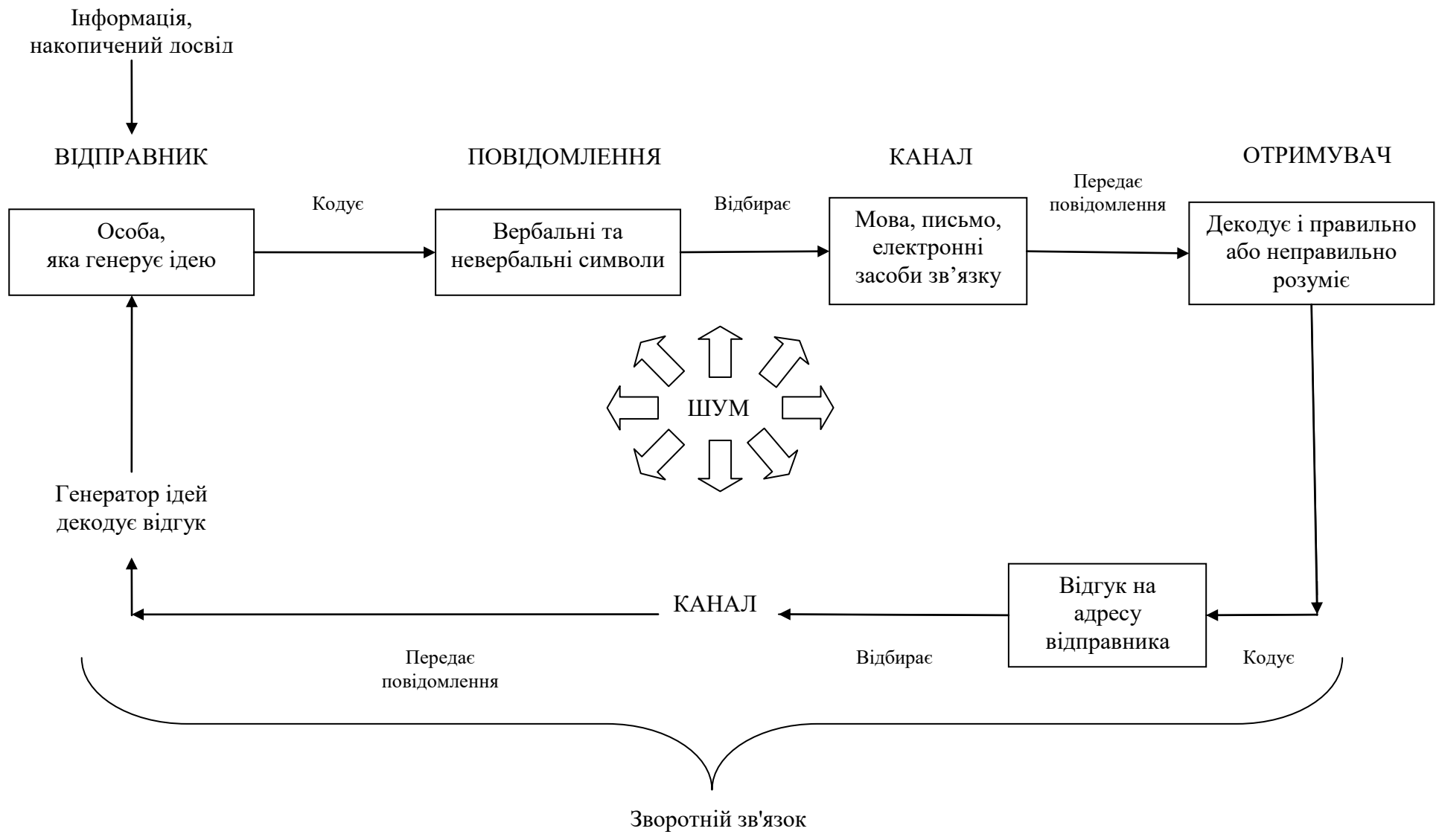


Рис. 1.3. Схема комунікаційного процесу

Американські дослідники М. Х. Мескон, М. Альберт і Ф. Хедоурі пропонують розмежовувати комунікації за двома великими групами — зовнішніми та внутрішніми [11]. Зовнішні комунікації охоплюють інформаційну взаємодію організації із зовнішнім середовищем, зокрема зі засобами масової інформації, споживачами, постачальниками, партнерами, державними регуляторами, політичними та громадськими структурами. Форми такої взаємодії можуть бути різними: для просування товарів і послуг застосовуються програми маркетингу та реклами; для виконання вимог державного регулювання — офіційні документи; для дослідження ринку — спеціалізовані аналітичні служби тощо.

Внутрішні комунікації формуються в межах самої організації й проявляються у вигляді службових повідомлень, обговорень, нарад, телефонних переговорів та інших форм ділового спілкування. Здебільшого такі комунікації є реакцією на зміни у зовнішньому середовищі, тому їх вважають вторинними. Вони охоплюють інформаційний обмін між підрозділами, взаємодію «керівник — підлеглий», комунікації всередині окремих структурних одиниць, між рівнями управління та неформальні контакти, які виникають стихійно і ґрунтуються на міжособистісних стосунках

Також за іншими класифікаційними ознаками виділяють такі види комунікацій [11, 14, 17, 47]. Формальні комунікації визначаються організаційною структурою підприємства чи установи. Вони жорстко регламентовані, здійснюються через офіційні канали управління, а їх зміст та напрямок залежать від рівнів управлінської ієрархії. Чим більшою є кількість рівнів управління, тим вищою стає ймовірність спотворення чи часткової втрати інформації, оскільки кожний структурний підрозділ має можливість відфільтрувати, коригувати або інтерпретувати комунікаційні повідомлення відповідно до власних завдань.

Неформальні комунікації виникають на основі міжособистісних стосунків між працівниками — друзями, знайомими або членами неформальних груп. Значну їхню частину становлять чутки та плітки, що поширюються стихійно. За даними зарубіжних дослідників, неформальні канали забезпечують працівників приблизно 66% інформації, причому до 80% з

неї має виробничий характер. Це свідчить про важливість неформальної сфери як додаткового каналу циркуляції інформації в організації.

Вертикальні комунікації бувають висхідними (від підлеглих до керівників) і низхідними (від керівників до підлеглих). Вони забезпечують рух управлінської інформації між рівнями ієрархії, підтримують виконання регламентів, контроль, зворотний зв'язок та координацію роботи персоналу.

Горизонтальні комунікації функціонують між структурними підрозділами, що перебувають на одному рівні управління. Їх головне призначення — забезпечення координації взаємодії, узгодження дій і оперативне вирішення питань, що потребують колективного підходу.

Міжособистісні комунікації охоплюють вербальне спілкування між окремими працівниками у межах будь-якого з видів комунікацій. Вони мають найбільш гнучкий, оперативний та психологічно забарвлений характер.

Охарактеризувати специфіку діяльності менеджера можна на основі загальних теоретичних положень. По-перше, професійна діяльність менеджера належить до суб'єкт-суб'єктного типу («людина — людина»). Основним її змістом є спілкування, адже менеджеру необхідно встановлювати й підтримувати робочі контакти з людьми, впливати на них, спрямовувати їх до досягнення цілей організації. При цьому суб'єкт і об'єкт управлінської дії є засадничо рівними за рівнем складності особистостями, що актуалізує вимоги до комунікативних умінь менеджера.

По-друге, діяльність менеджера є поліфункціональною. У процесі роботи він реалізує широкий спектр загальних і спеціальних управлінських функцій — від прогнозування та планування до організації, управління, мотивації, контролю і прийняття рішень. Значну роль відіграють також завдання, пов'язані з впливом на особистість працівника. Цей вплив становить окрему функцію управління і реалізується через організаційно-економічні та соціально-психологічні методи.

По-третє, робота менеджера має творчий характер. Це зумовлено різноманіттям управлінських задач, варіативністю шляхів їхнього розв'язання, динамічністю виробничих ситуацій. Усі компоненти діяльності менеджера

реалізуються в умовах неперервного міжособистісного спілкування, що вимагає високого рівня гнучкості та адаптивності.

Комунікативну компетентність менеджерів доцільно розглядати як структурний елемент їхньої професійної компетентності. Це багатокomпонентне утворення, що охоплює сукупність знань, умінь, навичок і якостей, необхідних для міжособистісної, міжкультурної та ділової комунікації відповідно до культурних і соціальних норм поведінки. До складових соціокультурної компетентності включають також компетентність у сфері емоцій, сприйняття та соціальної взаємодії [49, 51].

Компонент «знання» передбачає володіння сукупністю прийомів та засобів усної й письмової передачі інформації, уміння працювати з мовними засобами, а також широкою загально-гуманітарною обізнаністю. Уміння передбачають здатність застосовувати знання в реальній комунікації, добирати адекватний стиль вербальної та невербальної поведінки, користуватися культурно зумовленими моделями і сценаріями спілкування. Поведінковий компонент відображає зовнішні прояви — стереотипи дій, зразки поведінки, сформовані на основі власного досвіду або наслідування [18].

Професійна діяльність будь-якого фахівця, включаючи менеджера, в умовах динамічного суспільного розвитку потребує неперервної освіти та постійного підвищення професійної компетентності. У науковій літературі професійну компетентність розуміють як інтегральну характеристику особистості, що визначає її здатність розв'язувати професійні проблеми та типові задачі, притаманні конкретним умовам діяльності, із застосуванням системи знань, практичного досвіду, цінностей та здібностей. Вона охоплює не лише наявний потенціал людини та здатність його реалізувати, але й сприяє формуванню нових професійних якостей, що забезпечують успішність у діяльності [28].

Професійна компетентність є ключовим складником професіоналізму особистості, що включає гностичну (когнітивну) характеристику, регулятивну здатність застосовувати знання для розв'язання задач, рефлексивно-статусний компонент (авторитет професіонала), нормативну характеристику

(повноваження, коло компетенції) і комунікативну складову, оскільки будь-яка професійна діяльність здійснюється в умовах взаємодії.

Сучасний фахівець — це висококваліфікований професіонал, який поєднує широку ерудицію зі спеціалізованими знаннями, володіє навичками стратегічного мислення, уміє встановлювати взаємодію з громадськістю, соціальними групами чи окремими особами, тобто має сформовану культуру комунікативної діяльності. Не випадково у праці Handbook of Communicative Competence наголошується, що рівень комунікативної компетентності значною мірою визначає здатність людини досягати власних цілей у соціальному та професійному житті [58].

Комунікативна компетентність — це інтегральна властивість особистості, що поєднує комунікативні здібності, уміння й навички міжособистісної взаємодії, знання закономірностей комунікацій та правил їх застосування. Її наявність забезпечує здатність фахівця ефективно вступати в різні види комунікативних контактів — як вербальних, так і невербальних, усних і письмових — з метою вирішення професійних задач, ведення переговорів, підтримки контактів та передавання інформації.

До комплексу комунікативних знань і вмінь, що формують комунікативну компетентність фахівця, дослідники відносять: знання норм і правил різних типів спілкування; високий рівень мовленнєвого розвитку; розуміння невербальних засобів комунікації; уміння встановлювати контакт з людьми з урахуванням їхніх соціокультурних характеристик; здатність поведінково адаптуватися до ситуації; уміння впливати на співрозмовника; здатність оцінювати його потенціал як партнера чи конкурента; уміння формувати у співрозмовника позитивне сприйняття власної особистості.

Структура комунікативної компетентності може бути представлена у вигляді низки взаємопов'язаних аспектів, що забезпечують здатність фахівця ефективно вступати у професійні комунікаційні взаємодії [18]. Першим компонентом є мотиваційний аспект, який відображає готовність особистості до прояву комунікативної компетентності. Він виявляється у бажанні налагоджувати контакти з оточенням, а також у розумінні необхідності

комунікативних зв'язків із колегами та діловими партнерами для ефективного виконання професійних завдань.

Другим аспектом є когнітивний, що охоплює володіння знаннями щодо змісту комунікативної компетентності. До нього належать знання про вербальні та невербальні засоби спілкування, про структуру й функції професійної комунікації, а також достатній рівень професійної ерудиції. Когнітивний компонент включає обізнаність із комунікативними стратегіями, методами психологічного впливу, правилами і прийомами риторики, полеміки, техніками рефлексивного слухання.

Поведінковий аспект репрезентує досвід прояву комунікативної компетентності в різноманітних професійних ситуаціях, як стандартних, так і нестандартних. Він пов'язаний із формуванням умінь практично застосовувати набуті знання безпосередньо у процесі ділового спілкування. Значну роль відіграє здатність до варіативності поведінки, вміння обирати адекватні моделі комунікації та гнучко реагувати на зміну ситуації.

Ціннісно-смысловий аспект визначає ставлення особистості до змісту комунікативної компетентності та до об'єктів її застосування. Він передбачає готовність реалізовувати компетентність відповідно до професійних норм, приймати комунікацію як невід'ємну частину фахової діяльності.

Емоційно-вольовий аспект, що охоплює емоційно-вольову регуляцію процесу комунікації, забезпечує здатність впливати на увагу слухачів, керувати власними емоційними реакціями у процесі взаємодії, а також зберігати конструктивність і самоконтроль у складних комунікативних умовах [18].

До ключових складових комунікативної компетентності дослідники зараховують високий рівень володіння мовними засобами, знання риторичних правил, норм і законів спілкування, які забезпечують ефективну поведінку у ділових і професійних ситуаціях. Реалізація комунікативної компетентності пов'язана також із розвитком особистісних якостей фахівця — емоційно-вольових, креативних, перцептивних; з умінням застосовувати техніку спілкування та розуміти психологічні особливості людини.

У структурі комунікативної компетентності, крім зазначених аспектів, виділяють також лінгвістичний, соціолінгвістичний і прагматичний

компоненти. Лінгвістичні компетенції охоплюють знання лексики, фонології, синтаксису та інших аспектів мовної системи. Соціолінгвістичні — відображають здатність використовувати мовні засоби відповідно до соціокультурних норм спілкування, зважаючи на статус, роль та культурне тло комунікантів. Прагматичні компетенції пов'язані зі здатністю вибудовувати комунікативну поведінку залежно від поставлених цілей і конкретної ситуації.

Учасники комунікаційного процесу завжди переслідують певні комунікативні цілі. Для їх досягнення вони вдаються до різноманітних прийомів, які на різних рівнях деталізації позначають як комунікативні стратегії, комунікативні тактики і комунікативні наміри. Комунікативна мета визначається як стратегічний результат, на досягнення якого спрямований акт спілкування, і реалізується у взаємодії з системою інших цілей діяльності [18, 38].

Комунікативна стратегія становить частину комунікативної поведінки, що включає комплекс вербальних і невербальних засобів, спрямованих на досягнення поставленої мети. Вона визначає загальні рамки поведінки і може передбачати варіативні дії, зокрема тимчасові відступи від цілі, якщо цього вимагає ситуація.

Комунікативна тактика — це сукупність практичних кроків, що здійснюються у реальному процесі мовленнєвої взаємодії. Тактика є нижчим рівнем деталізації порівняно зі стратегією, оскільки співвідноситься не з глобальною комунікативною метою, а з окремими комунікативними намірами.

Комунікативний намір (завдання) розглядається як тактичний хід, що слугує практичним засобом руху до досягнення відповідної комунікативної мети [18, 38, 58]. Взаємозв'язок між елементами стратегії й тактики у комунікативному процесі умовно представлено на рис. 1.4.

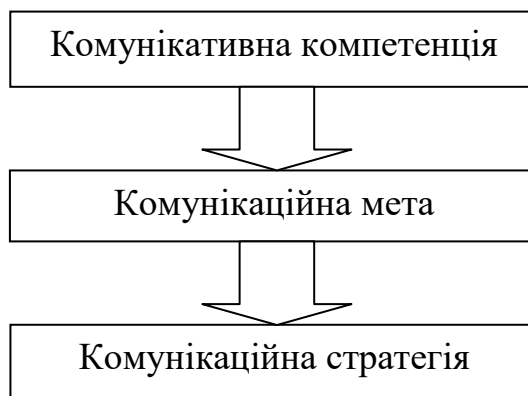


Рис. 1.4 Стратегія у комунікаційному процесі

Сучасний фахівець має володіти розвинутими комунікативними навичками, що передбачають уміння вибудовувати ефективну комунікативну стратегію, застосовувати різноманітні тактичні прийоми взаємодії та адекватно представляти себе чи організацію в комунікативному процесі. Ефективність у цьому контексті означає відповідність обраних вербальних і невербальних засобів поставленим цілям, комунікативним намірам і перспективам, а також здатність забезпечити узгоджену взаємодію усіх компонентів комунікативної стратегії та доцільність кожного тактичного ходу.

Критеріями сформованості комунікативної компетентності зазвичай вважають правильність мовлення, що проявляється у володінні мовними нормами сучасної мовної практики; точність висловлювань, яка забезпечує їхню зрозумілість і відповідність об'єктивній дійсності; логічність мовлення, що виявляється у здатності будувати смислово зв'язні висловлення та добирати адекватні мовні конструкції; доречність мовлення, яка передбачає використання мовних засобів відповідно до умов, мети і ситуації спілкування; виразність мовлення, тобто вміння оформлювати думку яскраво й естетично; а також знання й дотримання етикетних і ділових норм комунікації [38]. Усі ці складові особливо важливі в умовах міжнародної взаємодії, переговорів із закордонними партнерами, тобто в контексті крос-культурної комунікації, де неточність або невдалий вибір засобів спілкування може призвести до непорозуміння.

Вибір оптимальних організаційних комунікацій залежить від характеру діяльності, структури, масштабів і технічних можливостей організації. Комунікації можуть ускладнюватися неповним або викривленим сприйняттям інформації, бар'єрами невербального характеру (погляд, міміка, жести), слабким зворотним зв'язком, а також іншими перешкодами. Для мінімізації таких проблем необхідно не лише чітко пояснювати й аргументувати свої ідеї, а й контролювати невербальні прояви, уважно ставитися до співробітників, враховувати соціально-психологічний клімат колективу та систематично підтримувати якісний зворотний зв'язок.

Реалізації комунікацій також можуть заважати деформація повідомлень на будь-якому етапі їх передачі (особливо при використанні різних цифрових пристроїв), інформаційні перевантаження, коли частина інформації губиться, громізка структура управління, що спричиняє «застрягання» даних у певних підрозділах. Стрімке ускладнення виробничих і збутових процесів, а також динамічний розвиток інформаційно-комп'ютерних технологій зумовлюють потребу переходу до нових управлінських підходів, зокрема до сучасних комунікаційних методів і каналів [5]. Інформаційно-комунікаційні технології стають ключовим інструментом створення, збереження, обробки та поширення інформації, особливо в межах стратегічного розвитку організації, де важливу роль відіграють інтегровані маркетингові комунікації.

Комунікативні стратегії розвитку розглядають як цілісну систему заходів, орієнтованих на потенційних споживачів продукції та спрямованих на донесення до них релевантної інформації. Їх основою є комунікація з позиції ринку, тобто багатогранний процес взаємодії та обміну інформацією між суб'єктами ринкового середовища. У сучасних умовах ключову роль у побудові таких стратегій відіграють інтегровані маркетингові комунікації, які охоплюють комплекс заходів, спрямованих на розуміння клієнта, виявлення його потреб та формування соціально відповідальної взаємодії.

Реклама і PR-технології становлять центральні інструменти інтегрованих маркетингових комунікацій, застосовувані на всіх етапах реалізації комунікаційної політики — від планування до стимулювання збуту та просування продукту. Сучасні комунікативні стратегії передбачають

використання широкого спектра каналів і засобів комунікації, що дозволяє формувати багатовекторні інформаційні потоки. У підсумку ці потоки знову зливаються в єдину систему, яка відображає кінцевий результат діяльності організації.

Отже, комунікативні стратегії включають два ключові процеси — вплив на цільові аудиторії з метою формування певного уявлення про організацію чи її продукт, а також одержання зворотної інформації щодо реакції цих аудиторій. Ефективність комунікації визначається якістю взаємодії цих двох складових. Жодне підприємство не здатне одночасно орієнтуватися на всі сегменти ринку, тому комунікаційна діяльність має бути спрямована на найбільш релевантні аудиторії. Таким чином, зміст комунікації прямо залежить від того, на кого вона спрямована і які інформаційні потреби має цільовий сегмент.

Другим важливим компонентом комунікативних стратегій є технологічний аспект. Технології забезпечують можливість донесення інформації до реципієнтів та визначають швидкість, інтенсивність і гнучкість комунікаційних процесів. З поширенням цифрових інструментів комунікативні стратегії набули особливої ефективності та стали невід'ємною частиною сучасного управління.

Комунікативні стратегії дозволяють комплексно вирішувати кілька ключових завдань: формувати узгоджену систему комунікаційних повідомлень, що не суперечать одне одному; забезпечувати максимальну ефективність комунікацій за допомогою оптимального поєднання різних інструментів взаємодії. Важливим напрямом є і кадрові комунікативні стратегії, оскільки ефективні комунікації забезпечують формування організаційної культури, інтеграцію корпоративних цінностей, професійний розвиток співробітників та їхню активну участь у створенні додаткової цінності.

Усі комунікації мають три основні проблеми: технічну, пов'язану з точністю передачі символів; семантичну, що стосується адекватності вибору символів для точного відображення змісту; та проблему ефективності, яка визначає вплив повідомлення на поведінку реципієнта. Діагностикою таких проблем займається фасилітатор — фахівець, який, залишаючись поза

внутрішньою структурою організації, здатен об'єктивно виявити причини труднощів у спілкуванні, окреслити зміст конфліктних зон та запропонувати шляхи їх усунення. Хоча діяльність фасилітаторів ще не надто поширена в Україні, вона активно розвивається на ринку консалтингових послуг і поступово набуває популярності.

З метою своєчасного усунення та запобігання проблемам у здійсненні комунікативних процесів необхідно чітко усвідомлювати можливі напрями виправлення ситуації та удосконалення системи взаємодії. Поліпшення комунікаційної системи передбачає комплекс організаційних, психологічних та технологічних заходів, спрямованих на оптимізацію потоків інформації, підвищення якості її передавання та точності інтерпретації.

Однією з ключових передумов успішного вдосконалення комунікацій є управлінське регулювання, що включає оптимізацію інформаційних потоків між підрозділами, службами та окремими працівниками, а також упорядкування процедур обміну даними. Важливо, щоб менеджери всіх рівнів чітко розуміли як власні інформаційні потреби, так і потреби керівників, колег та підлеглих. Нерозуміння цих потреб призводить до двох однаково руйнівних наслідків — інформаційного перевантаження або, навпаки, гострого дефіциту даних, що унеможлиблює ухвалення обґрунтованих управлінських рішень. Менеджер має вміти оцінювати якість і достатність інформації, визначати оптимальний її обсяг, відокремлювати суттєве від другорядного, а також концентрувати увагу на точних і корисних повідомленнях.

Управлінське регулювання також передбачає організацію регулярних зустрічей — як коротких індивідуальних, так і колективних — що дає змогу своєчасно узгоджувати дії, коригувати планові показники й уточнювати зміст рішень. Важливо, щоб менеджер систематично планував, організовував і контролював рух інформаційних потоків, оскільки саме це створює підґрунтя для формування ефективної системи комунікативних зв'язків. До таких функцій належать обговорення нових планів і стратегій, пояснення цілей та завдань, перевірка ходу виконання робіт і результуюча оцінка діяльності підрозділів. Організаційне регулювання комунікацій має насамперед сприяти

пришвидженню обміну інформацією на всіх рівнях, а також оптимізації її обсягів.

Суттєвим обмеженням ефективної взаємодії є прагнення окремих керівників монополізувати інформацію, використовуючи її як інструмент влади або контролю. Небажання проводити зустрічі з колективом, уникання комунікацій чи відсутність часу на інформування підлеглих нерідко призводить до ситуації, коли працівники не мають актуальних даних про стан справ, а сам керівник — про реальні процеси в організації. У таких випадках виникає гостра потреба в накопиченні, збереженні та належному кодуванні інформації, що дозволяє забезпечити її доступність для тих, хто має відповідні повноваження, незалежно від кадрових змін чи відсутності попередників.

Ефективне функціонування будь-якої організації, особливо в умовах змін, неможливе без своєчасного та достатнього інформування працівників. Наявність точної інформації дозволяє співробітникам на нижчих рівнях управління оперативно ухвалювати рішення без зайвого залучення керівництва, що, у свою чергу, дає змогу керівникам зосереджуватися на стратегічних питаннях розвитку.

Зворотний зв'язок є фундаментальним елементом інформаційно-контрольної системи організації. Дослідження підтверджують, що двосторонній обмін інформацією, навіть якщо він відбувається повільніше, є значно ефективнішим за односторонній, оскільки краще знижує напруження, підвищує точність комунікації та зміцнює впевненість у правильності розуміння повідомлень. Для того, щоб зворотний зв'язок був дієвим, він має бути максимально конкретним, безпосереднім, адекватним інформаційним можливостям співрозмовника, а також однозначним у змістовому плані.

Одним із дієвих способів аналізу якості зворотного зв'язку є опитування працівників, яке дозволяє визначити, наскільки чітко вони розуміють поставлені перед ними цілі, чи мають доступ до необхідної інформації, чи відомі їм канали для вирішення проблем у разі затримки або браку відомостей, чи готове керівництво приймати їхні пропозиції та наскільки працівники поінформовані про можливі зміни у структурі або змісті комунікаційних потоків.

Важливим інструментом удосконалення комунікацій є системи збору пропозицій, які створюються з метою полегшення надходження зворотної інформації «знизу вгору» та запобігання ігноруванню ідей на шляху до керівництва. В ідеальній системі управління кожний працівник має можливість вільно генерувати пропозиції щодо будь-яких аспектів діяльності організації. Такий підхід не лише покращує якість управління, а й сприяє формуванню атмосфери відкритості, підвищує ентузіазм персоналу та забезпечує ефективну інтеграцію колективної думки у систему прийняття рішень.

У сучасних умовах кризи, високої нестабільності та швидких змін у зовнішньому середовищі особливо важливим стає формування організаційного клімату, який заохочує відкритість, обмін думками та ініціативність персоналу. Залучення працівників до процесу генерування пропозицій щодо вдосконалення внутрішньої взаємодії, інформаційних потоків і організаційних процедур є необхідною умовою ефективного функціонування установи, оскільки саме працівники нижчої та середньої ланок краще за інших бачать практичні проблеми та можливості їх вирішення. Попри наявність традиційних організаційних бар'єрів — від поділу на автономні підрозділи до формальних регламентів — керівництво має бути зацікавленим у систематичному отриманні та опрацюванні таких ініціатив.

Поряд із формальними механізмами комунікації, такими як «скриньки для пропозицій», система «діалог» та інші інструменти ділового спілкування, дедалі більшого значення набувають неформальні канали комунікації, які дають можливість оперативно передавати інформацію управлінцям. Значна частина керівників недооцінює потенціал неофіційних способів взаємодії, що призводить до втрати важливих ідей та управлінських рішень. Традиційно працівник, ініціюючи пропозицію, мав дотримуватися чіткої адміністративної послідовності — від підготовки службової записки до її поступового просування управлінською ієрархією аж до топ-менеджменту. Процедура була надзвичайно повільною, хоч і формально впорядкованою.

Однак за останні десятиліття відбулися принципові зміни в підходах до ділового спілкування: інформативність, швидкість реагування та відсутність зайвої ієрархічності стали ключовими вимогами ефективної комунікації. Для

того щоб організація могла вчасно реагувати на зміни, ідея або пропозиція повинна доходити до центру прийняття рішень значно швидше, інакше її першими реалізують конкуренти. Саме тому сучасні системи комунікації орієнтовані на створення сприятливого робочого середовища, яке мінімізує такі бар'єри, як суб'єктивна фільтрація інформації.

Для забезпечення дієвої комунікації кожен керівник має реалізовувати низку ключових підходів:

1. Забезпечення психологічної безпеки персоналу. Працівник повинен мати змогу відкрито повідомляти керівництву як про позитивні, так і про негативні події, не остерігаючись покарання за ненавмисні помилки. Така довіра підвищує мотивацію, сприяє формуванню атмосфери взаємоповаги та стимулює залучення персоналу до процесу ухвалення рішень. Водночас навмисне викривлення інформації має отримувати відповідну реакцію, адже підриває загальну дисципліну та етичний клімат.

2. Постійне вдосконалення колективу та розвиток професійних компетентностей. Підтримуючи працівників у підвищенні кваліфікації та вирішенні індивідуальних проблем, керівник одночасно сприяє зміцненню організаційної стійкості в цілому. Розвиток навичок комунікації — активного слухання, грамотного письма, уміння чітко висловлюватися — є одним із факторів загальної ефективності інформаційних процесів.

Стрімкий розвиток інформаційно-комунікаційних технологій суттєво трансформував способи обміну інформацією всередині організацій. З появою мобільних пристроїв, високошвидкісного інтернету, хмарних сервісів працівники можуть підтримувати взаємодію незалежно від місця перебування. Формати дистанційних нарад, онлайн-консультацій і цифрових каналів обміну даними стали особливо поширеними в період карантинних обмежень і нині сприймаються як стандартні умови комунікації.

Сучасні технології дозволяють підтримувати професійний контакт не лише в будь-якому місці, а й у зручний час. Якщо раніше ділове спілкування було обмежене робочими годинами, то з появою автовідповідачів, голосової пошти, електронної комунікації та онлайн-платформ стало можливим оперативне реагування на питання навіть поза межами стандартного робочого

дня. Це радикально змінило очікування щодо темпів комунікації та швидкості прийняття рішень.

Сучасні цифрові технології кардинально змінили характер професійної взаємодії, забезпечивши можливість підтримувати контакт не лише в будь-якому місці, а й у будь-який зручний час. Якщо раніше ділове спілкування було обмежене рамками стандартного робочого графіку, то поява автовідповідачів, голосової пошти, електронної пошти, мобільних застосунків і різноманітних онлайн-платформ створила умови для оперативного реагування на питання поза межами звичних годин ділової активності. Відповідно змінилися й очікування щодо швидкості передачі інформації, темпів комунікацій і оперативності прийняття управлінських рішень.

Поширення мікропроцесорних засобів комунікації — e-mail, голосової пошти, факсимільного зв'язку, а згодом і систем швидкої доставки повідомлень — перетворило бізнес на цілодобову діяльність. Працівник отримав змогу залишити або одержати повідомлення в будь-який час доби, перебуваючи практично в будь-якій точці світу за наявності доступу до телефонного чи інтернет-зв'язку. Сучасні технології дозволяють багаторазово відтворювати повідомлення, переадресовувати його іншим особам, архівувати чи аналізувати під час ухвалення подальших управлінських рішень.

Крім того, значно розширилися можливості використання Інтернет-середовища як простору для рекламних носіїв: рекламні оголошення тепер можна розміщувати на платформах різного типу, орієнтуючись на специфіку аудиторій, їхні інтереси, канали комунікації та цифрову поведінку.

Попри те, що багато компаній активно забезпечують працівників смартфонами, портативними комп'ютерами та іншими мобільними пристроями, це не завжди спрямовано на спрощення їхньої роботи. Соціологічні опитування свідчать, що використання таких засобів нерідко підвищує обсяг фактичної зайнятості: працівники, які отримали доступ до мобільних інструментів, працюють у середньому на 20–25 % більше, частково витрачаючи на роботу особистий час і виконуючи завдання в позаробочі години.

Водночас технічні інновації надають переваги тим організаціям, які здатні відмовитися від застарілих управлінських практик і швидко інтегрувати цифрові рішення у свою операційну діяльність. Незважаючи на вартість і складність деяких інформаційних систем, сучасні технології впроваджуються значно швидше, ніж у попередні десятиліття, а регулярні оновлення програмного забезпечення забезпечують їхню актуальність та ефективність. Електронні дошки оголошень, інтерактивні інформаційні ресурси та цифрові бази даних забезпечують доступ до актуальних відомостей про ринок, конкурентів і бізнес-пропозиції, що дозволяє організаціям оперативно реагувати на зміни та ухвалювати виважені рішення.

Використання комп'ютерних і телекомунікаційних технологій є однією з ключових умов підвищення гнучкості та швидкості роботи будь-якої організації. Чим швидше інформація циркулює між учасниками комунікаційного процесу та обробляється в інформаційних системах, тим більш конкурентоспроможною стає організація. Проте, як зазначалося, на шляху передачі інформації між відправником і отримувачем виникає низка перешкод, що можуть ускладнювати розуміння змісту повідомлення і знижувати ефективність комунікацій.

До найпоширеніших типів комунікаційних бар'єрів належать:

1. Змістовні бар'єри, пов'язані з труднощами інтерпретації змісту повідомлення. Їх поділяють на:

– *фонетичні*, що виникають у разі дефектів мовлення, використання іншомовних елементів, надмірної кількості слів-паразитів, порушень дикції чи темпу мовлення;

– *семантичні*, пов'язані з різним розумінням одних і тих самих термінів, використанням професійного сленгу чи жаргонізмів;

– *стилістичні*, що виникають при невідповідності стилю викладу змістові повідомлення або його сприйняттю отримувачем;

– *логічні*, що зумовлені різними логічними моделями чи способами аргументації.

2. Індивідуальні бар'єри, пов'язані з особистими характеристиками комунікантів: станом здоров'я, рівнем уваги, здатністю до слухання чи

формулювання думок, психоемоційним станом, очікуваннями щодо змісту повідомлення.

3. Соціально-культурні бар'єри, що виникають в умовах різниці у рівні соціального інтелекту, включаючи:

– *етичні розбіжності* (відмінність норм поведінки між керівником і підлеглим);

– *рольові бар'єри*, коли зміст повідомлення інтерпретується через позицію статусної ролі;

– *бар'єри авторитетності*, за яких комунікатор сприймається недостатньо компетентним;

– *бар'єри світосприйняття*, зумовлені різними поглядами на життєві явища.

4. Міжособистісні бар'єри, пов'язані з психологічним кліматом у колективі, системою цінностей, наявністю негативних установок або відсутністю інтересу до змісту комунікації.

5. Організаційні бар'єри, які охоплюють проблеми просторової віддаленості учасників комунікації, надмірної спеціалізації функцій, різниці у владних повноваженнях, конкуренції за володіння інформацією, а також низьку ефективність зворотного зв'язку чи недосконалу структуру управління.

6. Економічні, географічні та часові бар'єри, пов'язані з обмеженістю ресурсів, різницею у часових поясах, відстанню та впливом часу на швидкість отримання і обробки інформації.

7. Бар'єри, пов'язані з каналами передачі інформації, що можуть проявлятися у перевантаженні комунікаційних каналів, конфліктах між різними способами доставки інформації або невдалому виборі каналу комунікації.

Окрема складність полягає в тому, що кожна особистість по-своєму інтерпретує процес комунікацій, що потребує від керівників і учасників взаємодії враховувати особливості сприйняття інформації конкретними людьми чи групами. Узагальнена типологія таких особливостей наведена у таблиці 1.1, що дозволяє обирати оптимальну тактику поведінки та забезпечувати очікуваний результат комунікації з мінімальними витратами часу й сил.

Таблиця 1.1

Типи співрозмовників та оптимальна поведінка

Тип співрозмовників	Особливості поведінки з ним під час бесіди
Позитивна людина	Помірно вести з ним дискусію
Непідступна людина	При можливості визнавати його знання і досвід
Незацікавлена людина	Розпитувати, залучати до бесіди
Важлива птаха	Використовувати дискусію типу «Так, але...», не критикувати
Людина, яка все знає	Намагатись висловлювати певну позицію відповідно до того, що він говорить
Говірка людина	Намагатись зупиняти і обмежувати
Конфліктна людина	Зберігати спокій, залишатись в межах професійної бесіди, намагатись спокійно спростувати нелогічні висновки
Обережна людина	Задавати легкі запитання, поступово втягувати в бесіду

Ефективність комунікацій значною мірою залежить від уміння правильно обирати стиль спілкування, який відповідає конкретній ситуації та цілям управлінського впливу. Успішні керівники здатні аналізувати обставини, передбачати реакції співрозмовників і гнучко змінювати власний комунікаційний стиль з метою досягнення оптимального результату. У науковій літературі наводиться багато різновидів комунікаційних стилів, однак здебільшого вони групуються навколо чотирьох базових: стилю обвинувачення, директивного стилю, стилю переконання та стилю, орієнтованого на вирішення проблем [6].

Стиль обвинувачення передбачає акцентування уваги на пошуку винних і допущених помилок, що формує негативно забарвлений тон спілкування.

Типові висловлювання, спрямовані на фіксацію провини, викликають оборонну реакцію, напруження й опір, тому такий стиль у більшості випадків є неефективним. Він може бути доцільним лише тоді, коли наявні незаперечні докази порушення або коли інші методи впливу виявилися безрезультатними.

Директивний стиль ґрунтується на односторонній комунікації та передбачає чітке інструктування співробітників щодо виконання завдань без обговорення або надання зворотного зв'язку. У цьому випадку керівник виступає єдиним джерелом рішень, а комунікація зводиться до коротких розпоряджень, що забезпечує швидкість реагування та дисципліну, особливо в умовах обмеженого часу чи необхідності негайного відновлення порядку. Водночас надмірне використання директивного стилю може знижувати мотивацію персоналу.

Стиль переконання базується на наданні інформації, яка повинна бути осмислена співрозмовником, та стимулюванні його до добровільного прийняття рішення. Керівник не наказує, а формує у працівників розуміння логіки дій і внутрішнє бажання їх виконувати. Така модель спілкування значно підвищує ймовірність позитивного ставлення до запропонованих рішень, сприяє зміцненню відповідальності та ініціативності, формує партнерські відносини між керівником і виконавцем.

Стиль вирішення проблем спрямований на пошук взаємоприйнятних рішень через відкритий діалог і взаємодію. Він передбачає двостороннє обговорення, спільний аналіз ідей та готовність учасників до компромісу. Цей стиль є найбільш конструктивним у ситуаціях, коли необхідно узгодити позиції різних сторін, змінити групову поведінку або досягти довготермінових організаційних змін. Однак він може виявитися менш ефективним у випадках відсутності готовності до співпраці чи дефіциту часу.

Порівняльний аналіз дозволяє побачити, що стиль обвинувачення та стиль вирішення проблем репрезентують протилежні моделі взаємодії: перший руйнує довіру, тоді як другий її формує. Директивний стиль протиставляється стилю переконання: один використовує владний ресурс, другий — внутрішню мотивацію співрозмовника. Також суттєво різняться роль зворотного зв'язку: якщо обвинувачувальний і директивний стилі практично не передбачають

реакції одержувача, то стилі переконання і вирішення проблем базуються на активній участі адресата та взаємодії.

Узагальнюючи, можна зазначити, що вибір комунікаційного стилю повинен визначатися не лише управлінськими завданнями, а й особливостями ситуації, характером учасників взаємодії, рівнем довіри та структурою влади в організації. Гнучке поєднання різних стилів дозволяє керівникові забезпечити ефективний інформаційний обмін, підвищити мотивацію персоналу та зміцнити корпоративний клімат.

Вибір комунікаційного стилю значною мірою має залежати не лише від ситуації, а й від того, як його сприймає співрозмовник. У цьому контексті важливим є врахування індивідуальних установок особистості щодо спілкування. Наукові дослідження С. Л. Братченка дали змогу емпірично виокремити шість таких установок: діалогічну, авторитарну, маніпулятивну, альтерцентристську, конформістську та індіферентну. Кожна з них відображає специфіку ставлення індивіда до комунікації, визначає домінуючу мотивацію під час взаємодії та впливає на те, який стиль спілкування буде найбільш ефективним у відносинах із ним [14].

Діалогічна установка передбачає орієнтацію на рівноправне та змістовне спілкування, співробітництво, спільний пошук рішень, взаєморозуміння й підтримку. У такому разі ефективні стилі, засновані на переконанні або колективному вирішенні проблем. Авторитарна спрямованість, навпаки, характеризується егоцентризмом, прагненням домінувати, вимогою бути зрозумілим без готовності брати до уваги позицію іншого; у цьому випадку доречними можуть бути більш директивні форми комунікації. Маніпулятивна установка є витонченою формою егоцентризму, де головною є орієнтація на власну вигоду, приховане використання партнера та небажання бути відкритим. Спілкування з такими індивідами потребує особливої обережності, прозорості прийняття рішень і мінімізації ризику спотворення інформації.

Альтерцентристська спрямованість характеризується добровільною відмовою від рівноправності, надмірною орієнтацією на інтереси іншого, що може вимагати від керівника підтримувального, балансуєчого стилю комунікації. Конформістська установка виражає орієнтацію на сильнішого

співрозмовника та формальне прийняття його позиції без реального внутрішнього залучення або прагнення до творчості. З огляду на це, для досягнення ефективної взаємодії необхідно застосовувати методи активізації та мотивування. Індиферентна спрямованість характеризується байдужістю до комунікації, мінімальним інтересом до проблем співрозмовника та орієнтацією на суто ділові взаємини, що потребує раціонального, стислого та чіткого стилю спілкування.

На тлі зростаючої складності організаційних комунікацій та посилення вимог до їх ефективності одним із найбільш перспективних інноваційних напрямів удосконалення внутрішньої комунікаційної системи є впровадження ERP-систем (Enterprise Resource Planning). ERP-система розглядається як стратегія інтеграції ключових сфер діяльності підприємства — виробництва, управління трудовими ресурсами, фінансового менеджменту, управління активами — і спрямована на постійне балансування та оптимізацію наявних ресурсів. Її функціонування забезпечується спеціалізованим інтегрованим програмним забезпеченням, яке створює єдину модель даних і стандартизовані процеси для всіх підрозділів організації [10].

Починаючи з 1990-х років ERP-системи стали фактично обов'язковим елементом інфраструктури більшості великих корпорацій. Сучасні ERP-рішення застосовуються у промисловості, торгівлі, телекомунікаціях, енергетиці, банківському секторі, державному управлінні, освіті та медицині, що значно розширює можливості їх інтеграції та адаптації. Поширення веб-технологій сприяло тому, що майже всі провідні ERP-платформи сьогодні мають вебдоступ, мобільні модулі й інструменти хмарної взаємодії, що дозволяє забезпечувати комунікацію та координацію діяльності незалежно від місця перебування працівника.

Разом із тим впровадження ERP-технологій супроводжується низкою проблем, серед яких найчастіше згадуються недостатня технологічна інфраструктура, слабка або непослідовна підтримка керівництва, опір змінам з боку персоналу, брак якісного інформаційного забезпечення та приховані витрати, що виникають під час експлуатації системи [11]. Ці фактори можуть

суттєво знижувати ефективність комунікацій та ускладнювати досягнення очікуваних результатів модернізації.

Отже, ефективна комунікація в організації передбачає одночасне врахування психологічних особливостей співробітників, їхніх установок на спілкування та застосування сучасних технологічних рішень, які підсилюють швидкість, точність і доступність інформаційних потоків. Гнучкість у виборі стилю взаємодії та здатність адаптуватися до специфіки співрозмовника є таким само важливим чинником успіху, як і цифрова трансформація комунікаційної інфраструктури.

Висновки до розділу 1

На сучасному етапі розвитку підприємств інформаційні технології відіграють ключову роль у забезпеченні ефективності управління комунікаційними процесами. Одним із фундаментальних аспектів цього процесу є раціоналізація організаційних зв'язків і приведення управлінської структури у відповідність до реальних виробничих умов. Побудова результативної системи комунікацій потребує ретельної організації та регулювання інформаційних потоків, оскільки саме комунікація й інформація визначають динаміку соціальних та економічних процесів.

Добре спроектована та якісно реалізована система комунікацій забезпечує підприємству можливість ефективного обміну інформацією між менеджерами та працівниками, сприяючи досягненню стратегічних і оперативних цілей організації. За таких умов комунікації з усіма ключовими групами – споживачами, постачальниками та власними співробітниками – виступають не менш важливим ресурсом бізнесу, ніж фінансові чи часові можливості. Система внутрішніх і зовнішніх комунікацій повинна забезпечувати достатній обсяг, своєчасність та релевантність інформації, необхідної для прийняття управлінських рішень.

Ефективність роботи комунікаційної системи багато в чому залежить від наявності відповідних ресурсів, технологічної бази та організаційно-управлінських взаємодій. Від якості цих складових безпосередньо залежить

рівень загальної управлінської ефективності підприємства та результативність його діяльності [2].

Форма кожної комунікації, стиль її реалізації та інструменти взаємодії значною мірою визначаються індивідуальними особливостями комунікатора та характеристиками аудиторії, якій адресовано повідомлення. Успішність обміну інформацією передбачає врахування типу особистості відправника й одержувача, їхніх очікувань, професійних компетенцій та психологічних установок.

Водночас сучасні комунікації ставлять перед організаціями нові вимоги щодо цифрової грамотності персоналу. Швидкий розвиток технологій та постійне оновлення гаджетів з розширеними технічними й комунікаційними можливостями зумовлюють необхідність володіння працівниками актуальними цифровими навичками. Технологічна компетентність стає не лише передумовою якісної комунікації, а й фактором конкурентоспроможності організації в умовах цифрової економіки.

РОЗДІЛ 2

ХАРАКТЕРИСТИКА СИСТЕМИ КОМУНІКАЦІЙ ЯК ОСНОВИ МЕНЕДЖМЕНТУ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1 Оцінка організації діяльності ТОВ «МЦ ПЛЕЯДА»

Базою нашого магістерського дослідження стало приватне ТОВ «МЦ ПЛЕЯДА». Аналіз соціально-демографічної та медико-статистичної інформації, оприлюдненої Міністерством охорони здоров'я України, засвідчує наявність низки загрозливих тенденцій у сфері громадського здоров'я. Для сучасного стану здоров'я населення характерні високі показники смертності, особливо серед чоловіків працездатного віку, що в поєднанні з низьким рівнем народжуваності формують стійкий негативний природний приріст населення у більшості регіонів країни. Хоча смертність дітей першого року життя демонструє тенденцію до зниження, її рівень залишається удвічі вищим порівняно з країнами Європейського Союзу. Середня очікувана тривалість життя в Україні становить лише 71,7 року — майже на десятиліття менше, ніж у країнах ЄС.

Ситуацію ускладнює стрімке зростання захворюваності, поширеності та смертності від хронічних неепідемічних захворювань (ХНЕЗ). Найбільше соціально-медичне значення мають хвороби системи кровообігу (ХСК) та злоякісні новоутворення (ЗН). За даними 2014 року, стандартизовані показники смертності осіб до 64 років від ХСК в Україні у 4,4 раза перевищують відповідні показники країн ЄС (167,6 проти 38,0 на 100 тис. населення), а від злоякісних новоутворень — у 1,3 раза (90,0 проти 66,4 на 100 тис. населення). На тлі зростання значущості ХНЕЗ, які формують понад 85% загального тягаря хвороб, продовжує загострюватися проблема соціально вагомих інфекційних захворювань — туберкульозу та ВІЛ/СНІДу. Так, стандартизовані коефіцієнти смертності від туберкульозу в Україні перевищують аналогічні показники країн ЄС у 17,7 раза (11,3 проти 0,64 на 100 тис. населення у 2017 р.) [56].

Невирішеною залишається і проблема доступності медичної допомоги. Її структура включає три ключові компоненти: справедливість доступу

(отримання послуг за потребою, а не за фінансовою спроможністю), належну якість медичних послуг та фінансовий захист населення [119]. За результатами вибіркового обстежень Держкомстату (2015 р.), майже третина домогосподарств (29,3%) повідомила, що хоча б один член сім'ї не зміг отримати необхідну медичну допомогу чи придбати медикаменти протягом попередніх 12 місяців.

Серед тих, хто потребував, але не отримав медичну допомогу, 52% не змогли відвідати лікаря, 45% — отримати стаціонарне лікування. Пацієнти, які перебували у стаціонарі, у 93% випадків були змушені забезпечувати себе медикаментами, у 80% — харчуванням, у 65% — постільною білизною. Основною причиною недоступності медичної допомоги респонденти вказували надмірно високу вартість: 87,8% — відвідування лікаря, 97,1% — проведення обстежень, 98,4% — процедур, 98,7% — лікування у стаціонарі. Аналогічні результати підтверджує соціологічне опитування Київського міжнародного інституту соціології: 39% українців віком старше 18 років протягом року відмовилися від візиту до лікаря первинної ланки через фінансові труднощі; найбільш вразливими виявилися жінки (46%), особи віком 60+ (50%) та респонденти з доходом 1500 грн на члена сім'ї (48%) [81].

Населення також висловлює значні претензії до якості медичних послуг. Якість медичної допомоги визначається як ступінь відповідності сучасному рівню медичної науки, стандартам технологій та потребам пацієнтів, проте фактичний стан української медицини не відповідає цим критеріям [35, 116]. Зберігаються диспропорції у структурі надання медичної допомоги, кадровий дефіцит і недостатній рівень кваліфікації medical management-персоналу, а також надзвичайно низька оплата праці [70, 86]. Національна система охорони здоров'я характеризується недостатнім фінансуванням, неефективним використанням ресурсів та низьким рівнем виконання державних гарантій [120].

Порівняльний аналіз фінансування охорони здоров'я у світі підтверджує критичність української ситуації. У 2013 р. обсяг фінансування медичної галузі становив: у Великобританії — 9% ВВП, Бразилії — 10%, Німеччині та Канаді — 11%, США — 17% ВВП [2]. В Україні протягом 1997–2017 рр. частка витрат на охорону здоров'я не перевищувала 4,2% ВВП [93], а законопроект № 6327

на 2018 р. передбачав її подальше зниження до 2,4%. За умов скорочення державних видатків зростає фінансове навантаження на домогосподарства (рис. 2.1).

У бюджеті України на 2017 рік на охорону здоров'я було передбачено 55,7 млрд грн. За умови пропорційного розподілу цієї суми на всі заклади охорони здоров'я це не забезпечує навіть мінімальних потреб: більшість ЗОЗ вимушені працювати із застарілим обладнанням, приміщеннями і технологіями, а пацієнти — власним коштом забезпечувати себе лікарськими засобами [80].

Додатковим обтяжувальним фактором є поєднання недофінансування з неефективним управлінням та корупційними ризиками, що суттєво погіршує доступність та якість медичних послуг. Державні кошти залишаються основою фінансування системи охорони здоров'я, проте їх обсяг є недостатнім для підвищення технологічного рівня галузі, мотивації працівників та забезпечення належних стандартів медичної допомоги, у тому числі лікарського забезпечення населення [17, 53].

Постійне зростання вартості медичного обладнання, технологій і матеріалів зумовлює потребу суттєвого збільшення обсягів державного фінансування охорони здоров'я або ж докорінного реформування галузі з активним залученням альтернативних інвестиційних механізмів, серед яких ключову роль відіграють інструменти державно-приватного партнерства (ДПП) [166, 189]. Реформування системи має бути спрямоване на усунення найбільш чутливих її дисфункцій. Оскільки першопричиною більшості проблем виступає хронічний дефіцит коштів, першочерговим завданням є пошук нових фінансових джерел та підвищення ефективності використання наявних ресурсів. На думку експертів, подальше скорочення обсягів державного фінансування є практично неминучим, а тому єдиним реалістичним шляхом є підвищення ефективності функціонування системи охорони здоров'я [77].

За умов недостатнього бюджетного забезпечення та відсутності системних структурних змін в Україні сформувалася малоефективна модель охорони здоров'я, яка не здатна повною мірою відповідати сучасним вимогам і подолати накопичені проблеми. Серед найвагоміших негативних чинників —

низький рівень матеріально-технічної оснащеності закладів, недостатній рівень оплати праці медичного персоналу, кадрові диспропорції, а також тривала відсутність системи обов'язкового медичного страхування (ОМС).

Наростання суспільного невдоволення якістю медичної допомоги та доступністю послуг актуалізує потребу у кардинальному підсиленні економічних механізмів державного управління. Комплексність сучасних викликів значною мірою виходить за межі компетенцій та фінансових можливостей державного сектору, що зумовило формування інституту державно-приватного партнерства як дієвого інструменту модернізації медичної галузі [35, 98].

Перспективи української охорони здоров'я значною мірою визначатимуться тим, які моделі забезпечення населення якісними послугами будуть обрані як основа для реформ. Переважна більшість сучасних концепцій орієнтується саме на механізми ДПП у поєднанні з ОМС. У країнах із розвиненими системами охорони здоров'я обов'язкове медичне страхування є невід'ємним елементом проектів державно-приватного партнерства та забезпечує фінансову стійкість медичних установ, які функціонують у партнерській моделі [33, 77].

Досвід держав, що активно впровадили ДПП у сфері охорони здоров'я, свідчить про значні позитивні результати. Механізми партнерства дозволили:

- оптимізувати бюджетні витрати;
- систематизувати ринок приватних медичних послуг з урахуванням потреб регіонів;
- залучити значні інвестиції у модернізацію існуючої інфраструктури та створення мережі нових закладів охорони здоров'я;
- запровадити інноваційні медичні технології;
- залучити висококваліфікований персонал;
- підвищити якість, доступність та стандарти сервісу [14, 18].

При цьому впровадження платних послуг у державних і комунальних закладах охорони здоров'я не повинно призводити до комерціалізації медицини чи створювати надмірне фінансове навантаження на населення. У низці європейських країн (Великобританія, Нідерланди, Німеччина, Австрія)

розподіл здійснюється не за видами медичної допомоги (безоплатна/платна), а за джерелами її фінансування — бюджет, ОМС, добровільне медичне страхування (ДМС) [97, 106]. За такої моделі все населення отримує допомогу за єдиними стандартами, але з різних фінансових ресурсів.

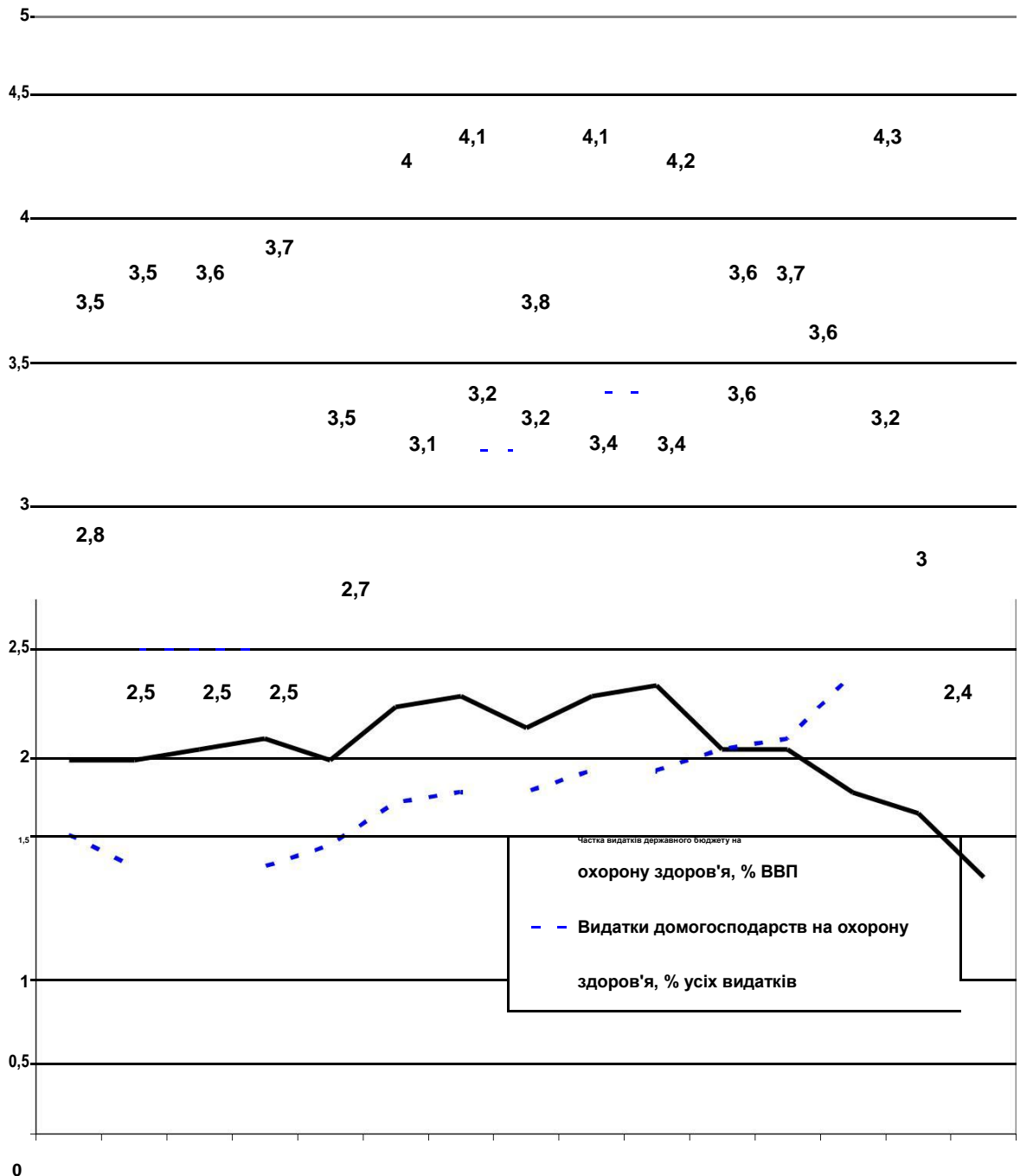


Рис. 2.1. Динаміка витрат на охорону здоров'я з боку держави та домогосподарств

Концепція державно-приватного партнерства розглядається як сучасна альтернатива традиційній приватизації державного чи комунального майна. Йдеться насамперед про об'єкти, що мають стратегічне, економічне або соціально-політичне значення і не підлягають приватизації. Саме їх функціонування є критично важливим для забезпечення національної безпеки та життєдіяльності населення [71].

ДПП покликане виконувати функції стимулювання інноваційного та інвестиційного розвитку, модернізації інфраструктури охорони здоров'я, підвищення ефективності використання ресурсів та формування високих стандартів медичних послуг [50, 56]. Концептуальне бачення механізмів ДПП, запропоноване І. А. Косачем (2016), відображено на рисунку 2.2.

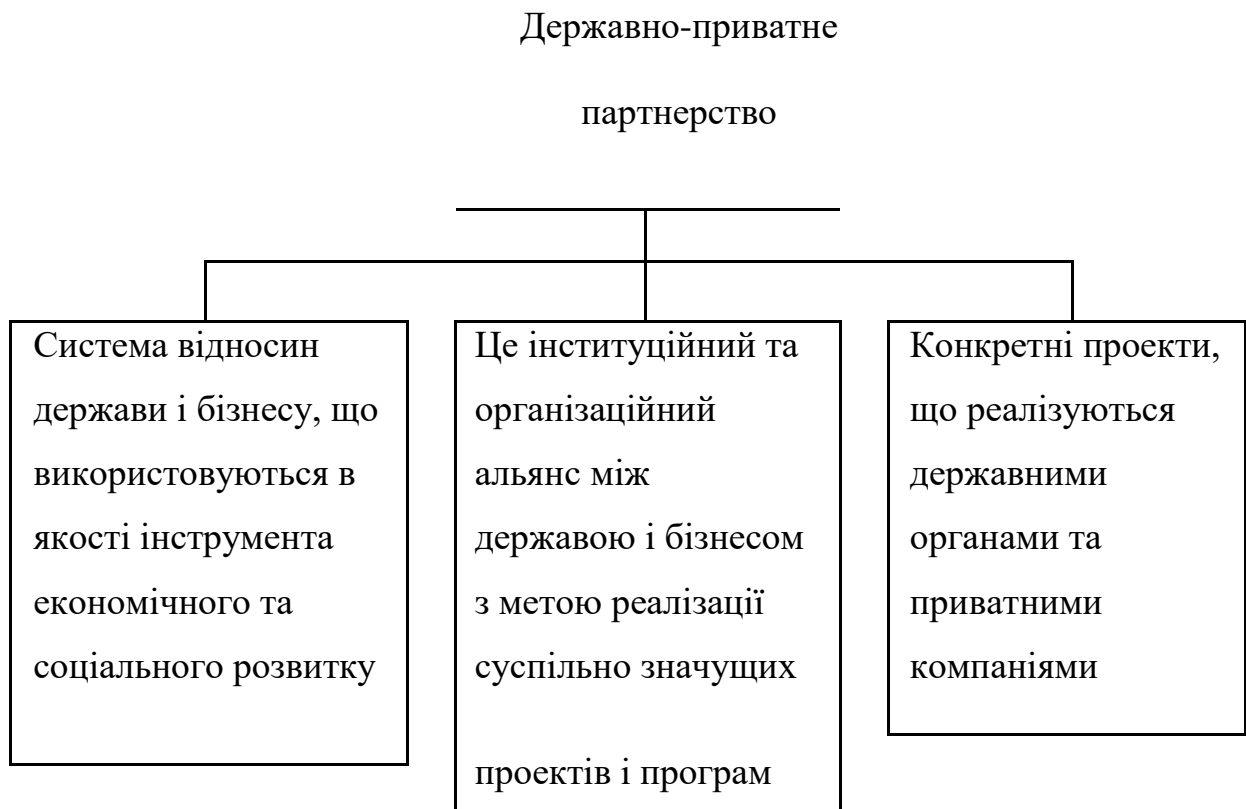


Рис. 2.2. Основні підходи до визначення державно-приватного парт-нерства

З організаційно-економічних позицій державно-приватне партнерство (ДПП) являє собою сформовану систему інститутів і механізмів, що враховує регіональну, муніципальну, галузеву та відомчу специфіку та спрямована на забезпечення взаємодії між державними й приватними суб'єктами на засадах рівноправного партнерства. Таке співробітництво вибудовується у формі договору (угоди,

контракту), що визначає взаємні зобов'язання сторін, принципи розподілу ризиків та умови спільної діяльності суб'єктів ринкових відносин.

За такого підходу приватний сектор отримує стимул інвестувати та має можливість розраховувати на визначений рівень прибутковості, що робить партнерські проєкти привабливими з точки зору комерційної ефективності. Приватні компанії готові інтегрувати у такі проєкти сучасні технології, інноваційні рішення, управлінські методики та професійний досвід. У свою чергу держава отримує доступ до додаткових джерел фінансування, можливість розв'язувати інфраструктурні проблеми та забезпечувати ефективне використання бюджетних і позабюджетних ресурсів. Важливо й те, що через механізми ДПП створюються умови для стабілізації соціально-економічної ситуації та підвищення рівня соціальної безпеки [82].

У секторі охорони здоров'я України запровадження інструментів ДПП перебуває на початковій стадії, проте за останнє десятиріччя здійснено перші системні кроки у цьому напрямі. Зокрема, у 2011 році була схвалена Концепція загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір», де наголошено на важливості ефективної взаємодії державного та приватного секторів. Необхідність розвитку державно-приватного партнерства прямо визначена й у Програмі економічних реформ на 2012–2014 роки [65].

На сьогодні в Україні створено нормативно-правову базу для регулювання відносин у сфері ДПП, у тому числі в галузі охорони здоров'я. Прийнято низку ключових законодавчих актів, зокрема Закон України від 1 липня 2010 року № 2404-VI «Про державно-приватне партнерство» (зі змінами, внесеними Законами № 5007-VI від 21.06.2012 та від 16.10.2012), а також Закон України від 24.11.2015 № 817-VIII «Про внесення змін до деяких законів України щодо усунення регуляторних бар'єрів для розвитку державно-приватного партнерства та стимулювання інвестицій в Україні» [68, 69] та інші нормативні документи.

Запровадження ДПП у сфері охорони здоров'я можливе через укладення контрактів (договорів) на реалізацію відповідних проєктів, у межах яких як рівноправні партнери виступають державні або комунальні органи влади та приватні підприємства. Такі проєкти передбачають укладення специфічних контрактних

форм із чітко визначеними умовами участі державної (комунальної) сторони, обсягами її зобов'язань та прав, а також механізмами розподілу ризиків між учасниками.

Прийняті законодавчі акти закріпили нові підходи до співробітництва держави, органів місцевого самоврядування та приватного бізнесу у сфері реалізації інфраструктурних проєктів, що мають важливе значення для економічного розвитку країни, забезпечення належного рівня життєдіяльності населення та підвищення якості життя громадян. У цілому чинне законодавство у сфері ДПП є вагомим позитивним кроком для України.

Згідно із Законом України «Про державно-приватне партнерство» № 2404-VI від 01.07.2010 р., ДПП визначається як співробітництво між державою, територіальними громадами (в особі відповідних державних органів та органів місцевого самоврядування) і приватними партнерами — юридичними особами (крім державних та комунальних підприємств) або фізичними особами-підприємцями. Таке співробітництво здійснюється на договірних засадах згідно із законодавством України та відповідає визначеним законом ознакам державно-приватного партнерства [68].

Відповідно до Закону України № 2404-VI, ключовими характеристиками ДПП є:

- забезпечення вищих техніко-економічних показників ефективності діяльності порівняно з тим, якщо б її здійснював державний партнер без залучення приватного сектору;
- довгостроковість співробітництва — від 5 до 50 років;
- передача приватному партнеру частини ризиків, пов'язаних із реалізацією проєкту;
- здійснення приватних інвестицій у об'єкти партнерства з джерел, не заборонених чинним законодавством [68].

У статті 4 Закону України «Про державно-приватне партнерство» визначено, що охорона здоров'я належить до потенційних сфер застосування механізмів державно-приватного партнерства, у яких можуть реалізовуватися спільні проєкти та інвестиційні ініціативи. Під час упровадження таких проєктів передбачається

виконання однієї або кількох ключових функцій, зокрема: проектування, фінансування, будівництво, реконструкція чи модернізація, експлуатація, пошук ресурсів, обслуговування, а також інших операцій, пов'язаних із виконанням договірних зобов'язань у межах партнерства.

Стаття 5 Закону встановлює, що в рамках державно-приватного партнерства можуть укладатися договори про концесію, договори про спільну діяльність та інші види договорів. Тобто ДПП в Україні має чітко виражений договірний характер і може бути повноцінно реалізоване в секторі охорони здоров'я [15]. Прийняття цього Закону активізувало фахову й суспільну увагу до інноваційних підходів у реалізації соціально значущих проєктів, створило правові передумови для ініціювання таких проєктів приватними партнерами, а також сприяло покращенню регуляторного середовища.

Розвиток механізмів державно-приватного партнерства набуває особливої актуальності в умовах бюджетних обмежень і кризових економічних тенденцій. Саме ДПП може стати одним із ключових драйверів реформування економіки та модернізації суспільно важливих секторів, у тому числі сфери охорони здоров'я [48, 65]. Водночас ухвалений Закон та інші нормативно-правові акти, що регламентують співпрацю публічного і приватного секторів у реалізації інфраструктурних проєктів, поки що не сформували цілісної, внутрішньо узгодженої моделі організації такого співробітництва. Складність ситуації зумовлена тим, що механізм ДПП в Україні все ще перебуває у стадії становлення, залишається недостатньо зрозумілим як за ідеологічними засадами, так і за економічною, соціальною та правовою сутністю.

Серед потенційних учасників партнерства — органів державної влади, місцевого самоврядування, приватного бізнесу та населення — відсутнє чітке й спільне уявлення про сутність ДПП та його переваги для розвитку соціально значущих сфер [70]. Як зазначають Н. Г. Гойда та Н. В. Курділь (2012), попри створення початкової нормативної бази, Україна лише на початку складного процесу інституціональних змін у відносинах між державою та бізнесом в охороні здоров'я. Цей процес потребує подальшого удосконалення законодавства та його адаптації до міжнародних норм і принципів, які передбачають чітку, узгоджену

взаємодію всіх гілок влади та формування сприятливого адміністративного середовища для розвитку партнерства [34].

Погляд академіка НАН України О. І. Амоші (2015) також свідчить про недостатню зрілість державної інноваційної політики: в Україні досі не сформовано послідовне ставлення до інноваційної діяльності, а чинні механізми управління інноваціями не забезпечують належних стимулів для взаємодії виробників і споживачів знань, а також для активізації інвестицій у високотехнологічні сфери [4]. На думку Т. В. Семигіної (2012), побудова суспільної моделі охорони здоров'я та розвиток ДПП, у межах якого держава відіграє провідну роль у стратегічному управлінні та регулюванні системи охорони здоров'я, є ключовими умовами адаптації України до сучасних європейських стандартів [207].

Л. А. Кравченко, досліджуючи напрями використання ДПП для реалізації інноваційного потенціалу, виокремила форми та переваги партнерства, а також запропонувала заходи державної політики, спрямовані на стимулювання його розвитку [111]. Д. Куц (2013) наголошує, що найбільш поширеною формою ДПП в Україні є концесія, що відповідає світовим тенденціям. Концесійна модель передбачає тимчасову (але довгострокову) передачу об'єкта у користування приватному партнеру за умови виконання визначених договором зобов'язань [117].

В Україні вже існують окремі успішні приклади налагодження державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я, зокрема створення Міжнародної клініки відновного лікування у Трускавці, а також Українського центру томотерапії у Кропивницькому. Перспективними напрямами подальшої співпраці держави та бізнесу є проєктування, будівництво, реконструкція й модернізація інфраструктури медичних закладів; управління медичними установами; надання клінічних послуг; виробництво інноваційних фармацевтичних препаратів і медичної техніки; технічне обслуговування обладнання та розвиток медичних інформаційних систем [186].

Попри наявність правової бази, конкретних проєктів, що реалізуються із застосуванням механізмів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я, в Україні поки що небагато. У зв'язку з цим дослідження потенціалу розвитку державно-приватного партнерства, аналіз його форм, моделей та

можливостей імплементації в національну систему охорони здоров'я з урахуванням зарубіжного досвіду набуває особливої актуальності [16].

Разом з тим у суспільстві існує занепокоєння, що ДПП може стати прихованим етапом приватизації державних підприємств і закладів соціальної сфери, що потенційно спричинить різке зростання вартості соціальних, у тому числі медичних, послуг. Представники бізнесу, зі свого боку, висловлюють побоювання щодо посилення втручання держави у сферу приватної економічної діяльності. Існує думка, що держава, отримавши доступ до капіталу та сучасних технологій, може використати адміністративний ресурс у спосіб, який порушить конкурентні умови, зокрема шляхом збільшення податкового навантаження чи запровадження нових митних платежів – що становить ризик для інтересів приватного сектора.

Однак, як зазначає О. І. Амоша (2015), для державних підприємств та закладів соціальної інфраструктури державно-приватне партнерство може бути надзвичайно вигідним, оскільки дозволяє реалізовувати програми соціально-економічної модернізації з мінімальними втратами для публічного сектора [4].

Особливістю сфери охорони здоров'я є те, що більшість її об'єктів не підлягають приватизації. Проте наявні видатки державного бюджету не забезпечують необхідного рівня фінансування для надання якісної медичної допомоги. Саме тому одним із шляхів усунення цієї суперечності є застосування механізмів ДПП, які розглядаються як альтернатива приватизації стратегічно важливих соціальних об'єктів державної власності [78].

На думку Н. В. Курділь та О. Г. Луценко (2014), система контрактів у межах ДПП є ефективним інструментом регулювання спектра медичних послуг та забезпечення їх належної якості [116]. Вибір переліку послуг інтегрується у загальну концепцію розвитку національної системи охорони здоров'я, враховуючи потреби населення. Міжнародний досвід свідчить, що контрактні механізми ефективно функціонують як у системах із жорстким державним регулюванням (Скандинавська модель), так і в умовах ліберальної економіки (західноєвропейська модель). Це створює підґрунтя для планування контрактних технологій у сфері охорони здоров'я України [15, 25].

З метою вдосконалення механізму ДПП, розширення гарантій для приватних інвесторів та узгодження законодавчих актів, 24 листопада 2015 року Верховна Рада ухвалила Закон «Про внесення змін до деяких законів України щодо усунення регуляторних бар'єрів для розвитку державно-приватного партнерства та стимулювання інвестицій в Україні». Закон, який набув чинності 24 травня 2016 року, вніс зміни до Закону «Про концесії», Закону «Про державно-приватне партнерство», Закону «Про управління об'єктами державної власності», Закону «Про міжнародне приватне право» та інших документів [61]. Зокрема:

- розширено перелік сфер, у яких може застосовуватись ДПП, додавши «надання соціальних послуг та управління соціальною установою» (зміни до статті 4);
- уточнено перелік об'єктів ДПП, до яких належать існуючі або відтворювані (реконструйовані, модернізовані, технічно переоснащені) об'єкти державної чи комунальної власності (стаття 7);
- урегульовано порядок взаємодії декількох приватних партнерів із державним партнером (стаття 1).

Таким чином, державно-приватне партнерство офіційно може реалізовуватися у соціальних закладах, зокрема закладах охорони здоров'я. Об'єктами партнерства є як існуючі, так і відновлювані державні або комунальні об'єкти, а відносини між приватними партнерами та державою визначаються положеннями договорів, укладених у межах ДПП.

Світовий досвід доводить, що ефективне ДПП базується на чітких принципах співпраці між публічним та приватним сектором [25]. При цьому цілі й інтереси партнерів є різними, що потребує узгодження на етапі проєктування та виконання спільних програм. Далі у табл. 2.1 зазвичай узагальнюють ключові принципи партнерства та мотиваційні чинники сторін.

Цілі держави і бізнесу при використанні механізму ДПП

№	Цілі держави	Цілі бізнесу
1	Підвищення рівня життя населення, сприяння розвитку «людського капіталу»	Розширення простору для вільного руху капіталу, його проникнення у ті сфери, які раніше були для нього недоступними
2	Усунення структурних обмежень економічного зростання	Залучення бюджетних коштів для здійснення проекту
3	Сприяння підвищенню конкурентоспроможності компаній, зміцнення їх позицій на внутрішньому і зовнішньому ринках	Розширення можливостей для отримання кредитів під проект від українських і зарубіжних фінансових організацій за рахунок отримання державних гарантій
4	Соціально-економічний розвиток регіонів	Полегшення роботи з органами влади та управління за рахунок участі держави у проекті, у тому числі отримання ліцензій, дозвільної документації, висновків наглядових органів
5	Раціональна інтеграція України у світову економіку	Підвищення статусу проекту за рахунок участі держави. Створення позитивного іміджу компанії

Зацікавленість держави у реалізації проектів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я зумовлена низкою стратегічних потреб. Насамперед це можливість залучення інвестицій у реструктуризацію та модернізацію об'єктів галузі, яка тривалий час функціонує в умовах хронічного недофінансування та відсутності гарантій збільшення бюджетних надходжень. Значна частина інфраструктури — поліклініки, лікарні, допоміжні служби — була зведена 30–50 років тому, понад третина потребує капітального ремонту, а більш як половина медичного обладнання є морально застарілою і підлягає заміні [109].

Держава також зацікавлена у підвищенні інвестиційної й інноваційної активності галузі, рівномірному розподілі бюджетного навантаження протягом усього життєвого циклу проекту, звільненні від необхідності самостійно виконувати капітальні ремонти, вводити об'єкти в експлуатацію, забезпечувати їх сучасним

обладнанням, здійснювати добір і професійну підготовку персоналу. Важливим мотивом є можливість передати частину проєктних ризиків приватному партнеру, обрати компетентного професійного учасника та досягти економії бюджетних ресурсів завдяки підвищенню ефективності управління.

Приватний сектор має власну мотивацію щодо участі у ДПП, головною з яких є отримання прибутку. Його зацікавленість визначається гарантією стабільного попиту на послуги, можливістю виходу на нові ринки, доступом до державних активів на пільгових умовах, частковим перекладенням ризиків на державного партнера, а також можливістю формувати гарантований дохід. Зважаючи на різну природу інтересів сторін, проєкти ДПП повинні бути ретельно продуманими: домінування державних інтересів може демотивувати бізнес, тоді як надмірна орієнтація на приватні цілі здатна підірвати соціальну функцію проєкту та порушити суспільні інтереси.

Важливим завданням на етапі ініціювання ДПП є формування чіткої мотивації приватних інвесторів, визначення механізмів контролю результативності, а також розроблення моделі окупності проєкту. Основним напрямом розвитку ДПП у сфері охорони здоров'я є модернізація та розбудова інфраструктури галузі на основі довгострокової співпраці між державою та бізнесом. У межах такої взаємодії приватний партнер бере участь не лише у створенні або реконструкції об'єкта, а й у його технічному обслуговуванні, експлуатації та забезпеченні підвищення якості й доступності медичних послуг.

Однією з перспективних моделей ДПП є реконструкція приватним партнером державного або комунального медичного закладу з подальшим правом експлуатації та обслуговування інфраструктури протягом періоду, достатнього для повернення інвестицій. Для держави така модель особливо цінна за умов дефіциту ресурсів для самостійної модернізації об'єктів охорони здоров'я. Значною її перевагою є те, що оплата медичних послуг, як платних, так і наданих у межах системи обов'язкового медичного страхування, здійснюється державою.

Реалізація механізмів ДПП потребує врахування національних і регіональних особливостей: законодавчої бази, адміністративної структури, інвестиційного клімату. У ХХІ столітті формування ефективної системи партнерства між владою,

бізнесом та некомерційним сектором стає одним із ключових чинників розвитку системи охорони здоров'я України. Модернізація державного сектора охорони здоров'я — як у частині фінансування, так і в частині управління — є неможливою без участі приватного капіталу.

Попри це, низка важливих питань залишається відкритою та потребує ґрунтовного дослідження, особливо з огляду на досвід попередніх реформ. Зокрема, у Програмі економічних реформ на 2010–2014 роки головною метою визначалося поліпшення здоров'я населення та забезпечення рівного доступу громадян до якісних медичних послуг. Однак реформування, здійснене відповідно до Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» № 3612-VI від 07.07.2011 р. [62], не врахувало пропозиції низки дослідників щодо впровадження механізмів обов'язкового медичного страхування. У результаті система після реформування залишилася такою, де пацієнт сплачує за лікування з власної кишені [106].

Отже, зміна способів і джерел фінансування охорони здоров'я — ключовий аспект упровадження ДПП — потребує комплексного аналізу, узгодження з економічними реаліями та створення прозорих, збалансованих і соціально орієнтованих механізмів співпраці між державою і приватним сектором.

Висновки до розділу 1

Проведений аналіз дає підстави стверджувати, що інститут державно-приватного партнерства є загальновизнаною світовою практикою. Як юридично закріплена форма взаємодії держави та приватного сектору щодо використання об'єктів державної й муніципальної власності (через закони, угоди, статuti тощо), ця форма співпраці продемонструвала позитивну динаміку та ефективність, перевірену багаторічним зарубіжним досвідом.

У системі охорони здоров'я державно-приватне партнерство розглядається як договірні відносини між державою і приватними партнерами, спрямовані на довгострокову взаємовигідну співпрацю, що забезпечує досягнення економічних і

соціальних результатів. З огляду на те, що держава у нинішніх умовах не здатна в повному обсязі виконати конституційний обов'язок щодо створення доступної та ефективної системи медичного обслуговування, актуальність ДПП в Україні постійно зростає. У наявній економічній і політичній ситуації саме механізми державно-приватного партнерства можуть стати реальним інструментом виведення сфери охорони здоров'я з кризи.

Сучасний етап розвитку галузі потребує впровадження науково обґрунтованих функціонально-організаційних моделей закладів охорони здоров'я, які працювали б на принципах ДПП, забезпечували реалізацію інвестиційної, інноваційної та інфраструктурної політики й були орієнтовані на підвищення доступності та якості медичної допомоги.

Оцінювання діяльності ТОВ «МЦ ПЛЕЯДА» дозволило сформулювати низку важливих висновків. Комунікативні процеси у закладі реалізуються за традиційною схемою, характерною для багатьох медичних організацій, однак ця схема є застарілою і не враховує сучасних викликів, пов'язаних із організацією комунікацій та технічним забезпеченням їх здійснення. У результаті комунікації формально функціонують, проте їх ефективність є недостатньою.

До ключових проблем належать: недостатнє забезпечення персоналу сучасними засобами комунікації; відсутність системної підготовки працівників щодо користування новими технічними інструментами; значне дублювання інформаційних потоків (електронний та паперовий документообіг); нестача оновлених інформаційних каналів та моделей комунікації, які відповідають реформованим підходам до надання медичних послуг. Усе це вимагає впорядкування комунікаційної інфраструктури, цифровізації процесів, модернізації інструментів управління інформаційними потоками та впровадження інноваційних підходів до організації внутрішніх і зовнішніх комунікацій.

РОЗДІЛ 3

ОПТИМІЗАЦІЯ ЕЛЕМЕНТІВ СУЧАСНОЇ СИСТЕМИ УПРАВЛІНСЬКИХ КОМУНІКАЦІЙ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1 Заходи поточної оптимізації електронних складових комунікаційної системи лікарні

Встановлені недоліки комунікаційної системи ТОВ «МЦ ПЛЕЯДА» засвідчили, що головний канал взаємодії закладу з громадськістю — офіційний вебсайт — потребує суттєвого оновлення, змістового наповнення та технічної оптимізації. Оскільки у структурі закладу досі не передбачалося окремої посади, відповідальної за розвиток та підтримку інформаційних ресурсів, а фахівець від головної компанії виконує лише технічні функції з усунення збоїв у роботі сайту, заклад вимушений тимчасово взяти на себе додаткові витрати для залучення співробітника, який дозволить вивести інформаційно-комунікаційний компонент на сучасний, конкурентоспроможний рівень.

Оптимальним є прийняття на посаду молодшого медичного працівника (в межах чинних нормативних обмежень), який має відповідну підготовку. Розширення посадових обов'язків за рахунок виконання функцій діловода дасть змогу легітимно встановити підвищену оплату праці, пов'язану з інтенсивністю та специфікою роботи. Якщо законодавство на момент оформлення дозволить формувати штат без обмежень — доцільно укласти трудовий контракт із чітким визначенням обов'язків, очікуваних результатів, строків їх досягнення та критеріїв оцінки. Контракт або посадова інструкція мають містити також показники мінімальної ефективності; у разі їх невиконання передбачатиметься дострокове припинення трудових відносин у триденний термін. Це дозволить уникнути конфліктів і забезпечить прозоре тлумачення обсягу роботи та її результатів.

До функціональних обов'язків цього працівника доцільно включити три ключові блоки:

1. Оновлення структури та змісту сайту лікарні — розробка інформативних розділів, корекція наповнення, усунення дублювання інформації, вдосконалення навігації.

2. Забезпечення актуальної інформаційної наповненості сайту — підготовка матеріалів, регулярне оновлення відомостей про фахівців, послуги, графіки, маршрути, новини.

3. Інформаційна присутність закладу в онлайн-середовищі — ведення блогу, адміністрування сторінок у соціальних мережах, відповідь на звернення громадян, формування позитивного іміджу закладу.

Третій блок природно стимулюватиме розвиток перших двох.

Першочерговим завданням нового працівника має стати вдосконалення інформаційної системи сайту. Зокрема, необхідно створити структуровану таблицю закріплених адрес за кожною ділянкою з зазначенням номерів ділянок, повного переліку обслуговуваних адрес та прізвищ відповідальних лікарів. Такий підхід суттєво зменшить кількість телефонних звернень до реєстратури з повторюваними запитаннями («яка у нас ділянка?»; «хто наш лікар?»), що вивільнить час операторів для роботи з пацієнтами, які не користуються інтернетом.

Серед регулярних завдань працівника — проведення коротких онлайн-опитувань задля виявлення поширених проблем, з якими стикаються батьки та інші відвідувачі лікарні. Відповідальна особа повинна оперативно, у межах робочого часу, реагувати на звернення, отримані через форму зворотного зв'язку та соцмережі. Звітність має вестися у вигляді фіксації тематики звернень; повторення одного питання понад п'ять разів має бути підставою для доповіді головному лікарю з метою ухвалення управлінського рішення.

Для підвищення якості наповнення сайту працівник повинен щонайменше раз на день проходити «шлях пацієнта», тобто користуватися сайтом, наче реальний відвідувач, включно зі спробою запису до лікаря, пошуком інформації, використанням електронних сервісів. Бажано також періодично проходити цей шлях у спеціальних умовах, наприклад, у інвалідному візку, що дозволить зрозуміти реальні бар'єри доступності та удосконалити ресурси лікарні.

Важливою частиною роботи має стати навчання медичних працівників базовим навичкам користування хмарними технологіями, внесення інформації до власних профілів, оновлення службових відомостей. Такий підхід сприятиме підвищенню цифрової грамотності персоналу та покращить якість комунікацій між лікарем і пацієнтом. Наявність детальної інформації про лікаря на сайті також позитивно впливає на психологічний комфорт пацієнтів: «знайомство» з лікарем до візиту зменшує напруження, усуває підсвідомі бар'єри та сприяє довірі.

Як було зазначено у висновках щодо недоліків комунікаційної системи ТОВ «МЦ ПЛЕЯДА», ключовий канал взаємодії закладу з громадськістю — офіційний вебсайт — потребує суттєвого оновлення, розширення інформативності та оптимізації. Оскільки у штатному розписі відсутня окрема посада, відповідальна за інформаційне супроводження, а спеціаліст, якого виділяє головна компанія, забезпечує лише технічне усунення збоїв роботи сайту, заклад вимушений тимчасово взяти на себе додаткові видатки на працівника, здатного вивести цей сегмент комунікацій на сучасний рівень.

Доцільно ввести до штату співробітника на посаді молодшого медичного працівника, одночасно поклавши на нього функції діловода — це дозволить обґрунтовано встановити підвищену оплату праці за інтенсивність і розширене коло обов'язків. Якщо на момент оформлення законодавство дозволить формувати штат без таких обмежень, доцільно укласти трудовий контракт із чітко прописаними правами й обов'язками сторін. Незалежно від форми оформлення (контракт або посадова інструкція), необхідно передбачити перелік функцій, очікувані результати, терміни їх досягнення, критерії оцінювання та конкретні показники, недотримання яких є підставою для дострокового розірвання договору. Це мінімізує можливі конфлікти та неоднозначність трактувань у процесі роботи.

До функціональних обов'язків запропонованого працівника слід включити такі блоки:

- удосконалення структури та змісту сайту закладу;
- систематичне наповнення ресурсу актуальною та повною інформацією;

- ведення блогу лікарні, адміністрування сторінок у соціальних мережах, здійснення комунікації з користувачами онлайн — фактично виконання функцій оператора з елементами менеджерської відповідальності.

Реалізація третьої функції має стимулювати покращення перших двох.

Першочерговим завданням працівника стане вдосконалення інформаційної архітектури сайту. Необхідно, зокрема, доповнити сторінки амбулаторій таблицями з актуальними даними про дільниці: адреси, що обслуговуються, прізвища лікарів та їх закріплення. Така інформація значно скоротить кількість дзвінків до реєстратури з типовими питаннями щодо дільниці та лікуючого лікаря, що, своєю чергою, розвантажить працівників та покращить якість обслуговування тих, хто не користується електронними сервісами.

Працівник також має регулярно проводити короткі онлайн-опитування для виявлення основних проблем, із якими стикаються пацієнти у процесі відвідування закладу. Він повинен оперативно реагувати на звернення у формі зворотного зв'язку або в соціальних мережах, фіксуючи тематику запитів. У разі надходження більше п'яти звернень з однакової проблематики інформація обов'язково передається головному лікарю для прийняття управлінського рішення.

Для підвищення достовірності та релевантності контенту сайту доцільно передбачити щоденну практику тестування інтерфейсу з позиції користувача: працівник має імітувати шлях пацієнта, включно з використанням електронних сервісів, записом на прийом, а також тестувати доступність сайту для людей з обмеженими можливостями, зокрема через проходження маршруту в інвалідному візку.

Додатково він має здійснювати навчання медичного персоналу роботі з хмарними технологіями, допомагати лікарям оновлювати власні профілі, розміщувати інформацію та інші матеріали. Наявність детальних профілів лікарів сприятиме зниженню психологічної напруги пацієнтів, адже заочно отримана інформація про лікаря зменшує рівень тривожності під час візиту.

У зв'язку з цим необхідно створити окрему сторінку «Наші лікарі» за аналогією зі сторінкою сімейних лікарів. Інформація має включати не лише професійні характеристики, а й, за бажанням лікаря, наукові здобутки та

персональні дані. Обов'язковими є відображення графіка роботи, часу перерв, а також періодів, коли лікар здійснює онлайн-консультації, що особливо актуально у період пандемічних загроз.

Додатково сайт має бути доповнений:

- описами умов проведення досліджень (аналізів, процедур), включно з вимогами до пацієнта, особливостями підготовки та застереженнями;
- інформацією про строки виконання досліджень і можливі формати отримання результатів;
- переліком додаткових послуг та попередженнями про неприпустимість нав'язування платежів у «благодійні фонди» без підтвердження їх цільового призначення;
- довідковими матеріалами щодо самоконтролю здоров'я та збереження здорового способу життя (фізичні навантаження для різних вікових груп, харчові рекомендації, калорійність та БЖУ, поради для підлітків тощо);
- інформацією про рухливі ігри та заняття для дітей як альтернатива гаджетам;
- контактами «гарячих ліній»;
- поясненнями щодо базових медичних процедур, обстежень, мінімально необхідного часу прийому лікаря, стандартів дослідження змивів тощо.

У системі організації робочого часу лікарів доцільним є запровадження розподілу на «очні» та «онлайн» прийоми. Очний прийом є необхідним для первинного огляду та роботи з пацієнтами, які не мають доступу до цифрових технологій. Онлайн-прийоми дозволять значно зменшити кількість відвідувачів у приміщенні закладу, знизити ризики поширення інфекцій, полегшити доступ до медичної консультації для людей з ослабленим імунітетом або тимчасовими обмеженнями мобільності. Організація онлайн-прийому має бути аналогічною традиційній: із записом на конкретну годину та фіксацією у графіку лікаря.

Для впровадження такої моделі старша медична сестра та заступник головного лікаря з економічних питань повинні провести аудит наявності технічних засобів у лікарів, перевірити їх уміння користуватися відповідними платформами та за потреби організувати навчання. У випадку клінічно складних консультацій або

ризикованих ситуацій дозволяється вести запис розмови для забезпечення коректності комунікації та підтвердження рекомендацій.

Заклад повинен протягом року здійснити модернізацію процесу прийому пацієнтів, оновлення матеріально-технічної бази, підвищення кваліфікації персоналу та навчання лікарів роботі в умовах цифровізованої медицини.

3.2 Огляд теоретичних аспектів формування сучасної програми комунікації в умовах невизначеності

Проблематика оцінювання результативності та звітності комунікаційних програм посідає центральне місце в діяльності фахівців із паблік рілейшнз, адже будь-які комунікаційні зусилля повинні мати практичний і вимірюваний вплив на ситуацію. В охороні здоров'я, зокрема в контексті формування позитивного ставлення населення до реформування галузі, це питання набуває особливої актуальності. Саме тому після реалізації запланованих комунікаційних заходів необхідно застосовувати спеціальні дослідницькі методи, що дозволять оцінити ступінь досягнення поставлених цілей і документально підтвердити здобуті результати.

Першим етапом є визначення мети дослідження та бажаних результатів, що формує критерій (еталон), відносно якого і здійснюватиметься оцінювання. Важливо розрізняти оцінку процесу комунікацій та оцінку впливу. Перша, переважно кількісна й поверхнева, охоплює підрахунок публікацій, кількість круглих столів, пресконференцій, а також контент-аналіз матеріалів. Друга – вимірює глибинні зміни: наскільки змінилося ставлення до реформ серед представників цільових груп, наприклад, керівників адміністративних територій чи медичних працівників певного закладу.

Хоча вивчення медіаповідомлень є важливим, воно повинно розглядатися лише як перший щабель оцінювання. Воно дозволяє простежити факт висвітлення інформації, проте не дає змоги з'ясувати, чи охоплено цільову аудиторію і як саме вона сприйняла повідомлення. Тому під час аналізу ефективності комунікаційних кампаній доцільно комбінувати різні методи дослідження та застосовувати їх

послідовно. Серед основних методів – контент-аналіз медіаповідомлень, просторовий аналіз (вивчення поширення інформації), аналіз результативності комунікаційних заходів (круглих столів, семінарів), соціологічні опитування, фокус-групові дискусії.

Під час оцінювання необхідно чітко ідентифікувати цільові групи, на які спрямовано вплив, а також канали комунікації. Оцінювання не повинно бути відірване від реального ходу реформи. Воно має враховувати заплановані та реалізовані заходи реформування, їхній зв'язок із стратегічними завданнями галузі, а також конкретний позитивний або негативний їх вплив на якість та доступність медичної допомоги.

Для проведення достовірного оцінювання слід визначити конкретні цілі, а також узгодити критерії, за якими оцінюватимуться результати. Цілі мають бути реалістичними, вимірюваними й узгодженими зі стратегією реформування системи охорони здоров'я. Важливо передбачати оцінювання результативності ще на етапі планування комунікаційних програм та здійснювати його протягом усіх етапів їх реалізації. Це забезпечить можливість коригувати інструменти впливу, обирати ефективні канали комунікації, оптимізувати частоту подачі інформації й уточнювати цільові групи.

У загальному вигляді ключовими питаннями, які підлягають оцінці під час дослідження ефективності комунікаційних програм, є такі:

- чи була подана інформація зрозумілою та позитивно сприйнятою представниками цільових груп;
- чи вдалося охопити всі визначені цільові аудиторії;
- чи була досягнута поставлена мета;
- яким чином непередбачувані обставини вплинули на реалізацію комунікаційних заходів;
- чи було виконано заплановані дії в межах виділених фінансових ресурсів;
- які елементи комунікаційної стратегії можна було б зробити ефективнішими;
- які кроки варто передбачити для підвищення дієвості комунікаційної діяльності в майбутньому.

Таким чином, оцінювання ефективності комунікаційних програм в охороні здоров'я є комплексним процесом, що потребує системності, використання різноманітних методів і постійного взаємозв'язку з реальними змінами у функціонуванні системи охорони здоров'я.

Методичні підходи до оцінки ефективності комунікаційних програм в охороні здоров'я.

Проблематика оцінювання результативності комунікаційних програм традиційно перебуває у центрі уваги фахівців із публік релейшнз. Ефективна комунікаційна діяльність повинна забезпечувати помітний і вимірюваний позитивний вплив на ситуацію, спрямовуючи її у потрібному напрямку. Тому після виконання запланованих заходів проводяться спеціальні дослідницькі процедури, що дозволяють оцінити рівень досягнення цілей та документально підтвердити отримані результати.

Дослідники, які здійснюють оцінювання ефективності комунікацій з громадськістю в охороні здоров'я – зокрема щодо формування позитивного ставлення населення до реформування системи охорони здоров'я, – повинні володіти методологічними принципами, методами та етапами оцінювання.

Першочерговим кроком є чітке визначення мети дослідження та бажаного результату. Це дає змогу встановити критерії, на підставі яких оцінюватимуться досягнення. Важливо розрізняти оцінювання:

- процесу комунікації, яке характеризується кількісними, поверхневими показниками (кількість публікацій, круглих столів, пресконференцій, контент-аналіз матеріалів),
- впливу комунікацій, тобто реальних змін у ставленні або поведінці цільових груп (наприклад, зміна ставлення працівників чи управлінців до реформи охорони здоров'я).

Аналіз медіаповідомлень є лише першим рівнем оцінювання: він демонструє факт подання інформації, але не дає відповіді на ключові питання – чи ознайомила з нею цільова аудиторія та як вона її сприйняла. Тому комплексна оцінка потребує використання декількох методів: контент-аналізу, просторового аналізу поширення інформації, оцінки успішності окремих комунікаційних заходів, соціологічних

опитувань, фокус-групових досліджень тощо. Обов'язковим є чітке визначення цільових груп та комунікаційних каналів.

Комунікаційні заходи не можна оцінювати ізольовано – їх слід співвідносити з реальним ходом реформи, її завданнями, змінами у доступності та якості медичної допомоги. Лише така інтегрована оцінка дозволяє робити коректні управлінські висновки.

Оцінювання ефективності має бути закладене ще на етапі планування комунікаційної програми та здійснюватись протягом усього періоду впровадження, що дозволяє оперативно коригувати методи впливу, вибір каналів, інтенсивність подачі інформації та роботу з окремими цільовими групами.

Етапи та рівні оцінки ефективності комунікаційних програм.

У загальному вигляді виокремлюють три основні етапи оцінювання:

1. Вимірювання масштабів поширення інформації через різні канали комунікації.

2. Оцінка рівня розуміння та запам'ятовування інформації цільовими групами.

3. Оцінка змін у ставленні та поведінці, зокрема у контексті ставлення населення, медичних працівників та управлінців до реформ охорони здоров'я.

Такі етапи відображають стандартну логіку оцінювання: від фіксації факту інформування – до оцінки глибини сприйняття – і до вимірювання реальних змін у поведінкових моделях. Саме поведінкові зміни є ключовим інтегральним результатом ефективної комунікаційної програми.

Успіх комунікацій визначається підтримкою реформи з боку трьох груп: населення, медичних працівників та осіб, що ухвалюють управлінські рішення. Підтвердження ефективності програми є складним процесом, який має бути безперервним: регулярні заміри до, під час та після комунікаційної кампанії дають змогу порівнювати результати, коригувати підходи та оптимізувати подальшу діяльність.

Для якісної інтерпретації результатів потрібні спеціалісти, що володіють комплексними знаннями з соціології, психології, комунікацій, державного управління та аналізу соціальних процесів.

Модель управління комунікаціями на рівні закладу охорони здоров'я.

Відповідно до поставлених завдань нами розроблено модель управління комунікаціями на рівні закладу охорони здоров'я. Модель складається з трьох ключових компонентів:

1. Суб'єкт управління,
2. Об'єкт управління,
3. Блок наукового регулювання.

Суб'єкт управління

Головним суб'єктом управління комунікаціями виступає головний лікар, який реалізує відповідну діяльність через своїх заступників. Центральним підрозділом, відповідальним за організацію комунікаційної діяльності, є інформаційно-аналітичний відділ. Він акумулює, аналізує та систематизує інформацію, планує комунікаційні заходи та веде їх облік.

На рівні структурних підрозділів суб'єктом управління виступає завідувач, який організовує комунікаційну роботу серед пацієнтів, їхніх родин, населення та інших відповідних цільових груп. Медичні працівники залучаються до реалізації комунікаційних заходів залежно від їх масштабу, формату та цілей.

До суб'єктів управління також віднесені представники ЗМІ та неурядових організацій, що працюють у сфері охорони здоров'я. Їхня участь є принципово важливою, оскільки вони забезпечують прозоре інформування громадськості та підвищують рівень довіри.

Об'єкт управління

Об'єктом управління є процес комунікацій у закладі охорони здоров'я, спрямований на взаємодію з:

- пацієнтами та їхніми родинами,
- населенням у цілому,
- управлінцями різних рівнів,
- керівниками підприємств та організацій, які перебувають у зоні відповідальності закладу.

Результативність комунікацій оцінюється за критеріями управлінських рішень, що були прийняті за підсумками комунікацій, та змінами у поведінці

населення – зокрема переходом до здоров'язберезувальних практик. Показники підтверджуються соціологічними дослідженнями та динамікою стану здоров'я населення.

Блок наукового регулювання

Цей елемент моделі забезпечує суб'єкт та об'єкт управління науково обґрунтованою інформацією, методами та рекомендаціями з питань комунікацій. Через механізми наукового супроводу та навчання медичних працівників із сучасних методів комунікації блок формує компетентнісне підґрунтя для якісної комунікаційної діяльності.

Розроблена модель управління комунікаціями на рівні закладу охорони здоров'я є комплексною та включає взаємопов'язані елементи: суб'єкт управління, об'єкт управління та блок наукового регулювання. Їх інтегроване застосування забезпечує умови для ефективної організації комунікаційної діяльності, підвищує її результативність та сприяє формуванню здоров'язберігаючої поведінки населення.

Формування компетенцій медичних працівників у сфері комунікаційної діяльності в системі післядипломної освіти.

У сучасних умовах реформування системи охорони здоров'я одним із ключових чинників підвищення якості медичної допомоги є професійна комунікаційна компетентність медичних працівників. Формування такої компетентності нерозривно пов'язане з системою післядипломної освіти, у межах якої лікарі та середні медичні працівники здійснюють безперервне підвищення кваліфікації.

Післядипломна підготовка лікарів охоплює курси спеціалізації, передатестаційної підготовки та тематичного удосконалення, що у межах концепції безперервного професійного розвитку органічно доповнюють один одного. Аналогічно, середні медичні працівники, відповідно до чинних нормативних вимог, проходять навчання не рідше одного разу на п'ять років. З огляду на значення комунікативної діяльності у медичній практиці, нами запропоновано включити до програми тематичного удосконалення окремі курси з комунікацій в охороні здоров'я для медичних сестер, фельдшерів та лікарів усіх спеціальностей. Особливо актуальним є попереднє навчання фахівців, які працюють у сфері організації

охорони здоров'я, лікарів загальної практики — сімейних лікарів, а також лікарів центрів здоров'я.

Компетенції з комунікацій для середніх медичних працівників.

Формування комунікаційної компетентності середніх медичних працівників передбачає засвоєння знань щодо:

- завдань і функцій комунікаційної діяльності;
- форм та методів комунікаційного впливу;
- специфіки комунікацій із різними цільовими групами;
- основ деонтології;
- правил збереження конфіденційності;
- специфічного змісту інформації відповідно до предмета професійної діяльності.

Необхідні компетенції середнього медичного персоналу включають:

- навчання населення основам здорового способу життя;
- навички догляду за новонародженими, особами з інвалідністю, тяжкохворими та пацієнтами із гострими станами;
- володіння алгоритмами дій при виникненні загрозливих для життя станів;
- навчання населення основам домашньої санітарії та гігієни.

Основні компетенції включають:

- уміння формувати у населення відповідальне ставлення до власного здоров'я;
- стимулювання прихильності до профілактики, своєчасного звернення за медичною допомогою та дотримання рекомендацій;
- розвиток навичок ведення конструктивного діалогу з пацієнтом.

Бажані компетенції:

- здатність ефективно взаємодіяти зі ЗМІ, журналістами, представниками громадських організацій та іншими цільовими аудиторіями.

Засоби формування компетентності: участь у курсах тематичного удосконалення, самостійне опрацювання літератури з психології, соціальної комунікації, а також постійна практична діяльність.

Компетенції з комунікацій для лікарів стаціонару.

Лікарі стаціонарної медичної допомоги мають опанувати комунікативні стратегії, що забезпечують ефективну взаємодію з пацієнтами та їх родинами на всіх етапах лікування. Це включає:

- здатність формувати прихильність до лікування та відповідальне ставлення до власного здоров'я;
- уміння мотивувати пацієнтів до дотримання рекомендацій після виписки;
- навички якісного інформування щодо медичних втручань і отримання інформованої згоди;
- комунікацію з родичами, зокрема у складних клінічних ситуаціях;
- забезпечення конфіденційності персональної інформації.

Бажані компетенції: здатність до конструктивного спілкування з журналістами та представниками громадських організацій.

Шляхи формування компетентностей: тематичне удосконалення, опрацювання фахової літератури, практичне відпрацювання комунікаційних алгоритмів у професійній діяльності.

Компетенції організаторів охорони здоров'я в сфері комунікацій.

Для управлінців медичної галузі комунікаційна діяльність має стратегічне значення, оскільки від неї залежить ефективність взаємодії між суб'єктами системи охорони здоров'я, а також рівень довіри населення до закладу.

Організатори охорони здоров'я повинні володіти знаннями про:

- методи адвокації та відстоювання інтересів закладу перед органами влади;
- принципи комунікації з медичним персоналом, пацієнтами та їхніми родинами;
- особливості психологічної взаємодії з керівниками підприємств та установ;
- правила ведення переговорів з організаціями-партнерами;
- методи представлення закладу охорони здоров'я у органах місцевого самоврядування, судових структурах та арбітражних органах;
- технології формування цільових груп комунікаційного впливу;
- специфіку індивідуальної, групової та масової комунікації;
- норми етики та конфіденційності.

Комплексне набуття таких компетенцій можливе через участь у спеціалізованих курсах, самоосвітню діяльність та практичний досвід управління комунікаційними процесами.

Формування компетенцій медичних працівників з комунікаційної діяльності в процесі післядипломної освіти.

Формування комунікативних компетенцій медичних працівників у системі охорони здоров'я є ключовою умовою модернізації галузі та забезпечення ефективної взаємодії між закладами охорони здоров'я, пацієнтами, професійними спільнотами та суспільством у цілому. Післядипломна освіта створює необхідне інституційне підґрунтя для системного розвитку таких компетенцій, забезпечуючи багаторівневу можливість удосконалення знань і навичок медичних працівників.

У рамках чинної системи післядипломної освіти лікарі проходять підвищення кваліфікації на курсах спеціалізації, передатестаційної підготовки та тематичного удосконалення. В умовах переходу до безперервної освіти особливої ваги набуває тематичне удосконалення, яке має передувати передатестаційним курсам. Середні медичні працівники також зобов'язані підвищувати кваліфікацію не рідше одного разу на п'ять років, що створює можливість інтегрувати до освітніх програм навчальні модулі з медичної комунікації.

Запропоновано впровадити курси з комунікацій у сфері охорони здоров'я для всіх категорій медичних працівників: медичних сестер, фельдшерів, сімейних лікарів, лікарів амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги, а також організаторів охорони здоров'я. Особлива увага має бути приділена фахівцям, які працюють з населенням безпосередньо та здійснюють комунікаційний вплив на рівні первинної ланки, — організаторам охорони здоров'я, лікарям загальної практики та працівникам центрів здоров'я.

Компетенції середніх медичних працівників.

Основою професійної комунікативної компетентності середнього медичного персоналу є знання функцій, завдань та методів комунікацій у взаємодії з різними групами населення, володіння принципами деонтології та правилами збереження конфіденційності. Ключові компетенції включають:

- здатність навчати населення здоровому способу життя;
- організацію догляду за новонародженими, інвалідами, хронічно та гостро хворими;
- орієнтацію у тактиці дій при виникненні ургентних станів;
- навчання населення санітарно-гігієнічним правилам.

Досягнення цих компетенцій можливе шляхом проходження курсів тематичного удосконалення та практичної діяльності в умовах реальної клінічної практики.

Компетенції сімейних лікарів і лікарів амбулаторної допомоги.

Сімейні лікарі мають володіти ширшим спектром комунікативних умінь, зокрема — здатністю формувати у населення відповідальне ставлення до власного здоров'я, мотивувати до профілактики захворювань та своєчасного звернення за медичною допомогою. Бажаними є навички ефективної взаємодії з журналістами, громадськими організаціями та іншими цільовими групами.

Формування компетенцій забезпечується тематичними курсами, самоосвітою та вивченням психології міжособистісних відносин.

Компетенції лікарів стаціонарної допомоги.

Для лікарів стаціонару пріоритетними є навички роботи з пацієнтами, які перебувають у складних медичних та психологічних станах. Необхідні компетенції передбачають:

- формування прихильності до лікування та відповідального ставлення до здоров'я;
- здійснення повноцінного інформування щодо медичних втручань та отримання інформованої згоди;
- комунікацію з родичами пацієнтів;
- дотримання принципів конфіденційності.

Розвиток цих здібностей можливий через тематичні курси, спеціальну літературу та практичний досвід.

Компетенції організаторів охорони здоров'я.

Організатори охорони здоров'я повинні володіти комплексом інституційних та управлінських комунікативних умінь. До їхніх ключових компетенцій належать:

- ведення переговорів та адвокації управлінських рішень;
- представлення закладу перед органами місцевої влади, судовими органами та приватним сектором;
- формування корпоративної культури закладу охорони здоров'я;
- врегулювання конфліктів і забезпечення трудової дисципліни;
- комунікація з медичними працівниками, пацієнтами та громадами.

Важливою є здатність до стратегічних переговорів, розвитку ДПП, забезпечення конкурентоспроможності медичного закладу. Досягнення компетенцій забезпечується тематичними курсами, самоосвітою та аналізом сучасної управлінської літератури.

Тренінги та коучинг як інструменти формування комунікативної компетентності

Тренінг вважається найбільш ефективним інструментом формування комунікативної компетентності. Він створює умови для:

- моделювання професійних ситуацій;
- аналізу власної поведінки;
- роботи в умовах конфлікту та стресу;
- прийняття нестандартних рішень;
- розвитку командної взаємодії.

Коучинг — ще один дієвий метод, що сприяє формуванню лідерських якостей, емоційної зрілості та управлінської усвідомленості. Він підтримує розвиток організаційної культури, підвищує ефективність управління ресурсами, сприяє адаптації до змін, попередженню «вигорання» та розвитку кар'єрного потенціалу.

Розрізняють такі види коучингу:

- управлінський коучинг для менеджерів середньої та вищої ланок;
- особистісний коучинг;
- організаційний (груповий) коучинг;
- самокоучинг.

У системі післядипломної освіти лікарі підвищують кваліфікацію на курсах спеціалізації, передатестаційної підготовки та тематичного удосконалення. У межах концепції безперервної медичної освіти курсам передатестаційної підготовки мають

передувати цикли тематичного удосконалення. Водночас середні медичні працівники, відповідно до чинних нормативних вимог, також зобов'язані проходити навчання не рідше одного разу на п'ять років. У цьому контексті доцільним є впровадження окремих програм тематичного удосконалення з питань комунікацій в охороні здоров'я для медичних сестер, фельдшерів та лікарів усіх спеціальностей.

Передусім зазначені курси мають бути доступними для організаторів охорони здоров'я, лікарів загальної практики – сімейної медицини та лікарів центрів здоров'я, оскільки саме ці фахівці здійснюють найбільш інтенсивну та різнопланову комунікацію з населенням.

Компетентності середніх медичних працівників

До базових компетентностей середнього медичного персоналу у сфері комунікацій належать:

- знання завдань, функцій та основних форм комунікаційної діяльності;
- уміння адаптувати комунікацію до різних цільових груп;
- знання предмета комунікації, норм деонтології та правил

конфіденційності.

Окремими практичними компетенціями є:

- навчання населення здоровому способу життя;
- навички догляду за новонародженими, інвалідами, тяжкохворими та особами з гострими патологічними станами;
- уміння інформувати про алгоритми дій при загрозливих для життя станах;
- навчання основам домашньої санітарії та гігієни.

Здобуття цих компетенцій забезпечується проходженням курсів тематичного удосконалення та практичною діяльністю на посаді.

Компетентності лікарів загальної практики – сімейних лікарів та лікарів амбулаторного прийому

Ця група фахівців повинна володіти знаннями щодо завдань та функцій комунікацій, методів комунікаційного впливу, деонтологічних норм та конфіденційності медичної інформації.

Необхідні компетенції включають:

- формування у населення відповідального ставлення до власного здоров'я;
- розвиток прихильності до профілактики та раннього звернення по медичну допомогу.

Бажаними компетенціями є:

- вміння ефективно взаємодіяти із представниками ЗМІ, громадських організацій та іншими цільовими групами.

Досягнення цих компетентностей забезпечується проходженням тематичних курсів, практичною діяльністю та самостійним вивченням літератури з психології і комунікації.

Компетентності лікарів стаціонарної допомоги

Фахівці, які працюють у стаціонарах, повинні:

- формувати прихильність пацієнтів до лікування та диспансерного нагляду;
- навчати пацієнтів дотриманню призначень та профілактичних заходів;
- володіти навичками інформування щодо сутності медичних втручань та отримання інформованої згоди;
- забезпечувати конструктивну комунікацію з родичами пацієнтів;
- суворо дотримуватися вимог конфіденційності.

Бажаними компетенціями є вміння комунікації з медіа та представниками громадськості. Формування компетентностей забезпечується тематичними курсами, практикою і самоосвітою.

Компетентності організаторів охорони здоров'я

Організатори охорони здоров'я повинні володіти:

- методами адвокації управлінських рішень щодо ресурсного забезпечення закладу;
- формами комунікацій з персоналом, пацієнтами, їх родичами та зовнішніми партнерами;
- психологією ділових переговорів;
- методами формування цільових груп комунікаційного впливу;
- особливостями індивідуальної, групової та масової комунікації;

- правилами деонтології та захисту конфіденційної інформації.

Необхідні компетенції включають:

- ведення ділових переговорів із використанням норм ділового етикету;
- ефективну адвокацію управлінських рішень;
- представлення інтересів закладу у взаємодії з органами влади та партнерами;
- управління персоналом, роботу з конфліктами та розвиток корпоративної культури.

Бажані компетенції — уміння проводити переговори щодо конкурентоспроможності закладу, розвитку ДПП та стратегічного планування.

Методи формування компетентностей: тренінги та коучинг

Тренінг розвитку комунікативної компетентності є ключовим інструментом практичного формування комунікативних умінь. Він:

- поєднує елементи ділових ігор;
- моделює реальні ситуації взаємодії;
- створює умови для імпровізації та прийняття рішень;
- сприяє аналізу поведінкових реакцій.

Тренінг змінює як учасників, так і тренера, оскільки базується на спільній творчій взаємодії.

Етапи тренінгу:

1. Оголошення теми та мотивація ($\approx 10\%$).
2. Рефлексивне спостереження — аналіз типових реакцій учасників ($\approx 40\%$).
3. Інтеграція в систему понять — аналіз помилок та обговорення (20–30%).
4. Активне експериментування — імпровізація учасників (10–20%).
5. Дебрифінг — підбиття підсумків, рекомендації, відповіді на запитання ($\approx 10\%$).

Тренер повинен контролювати ключові соціальні навички: пози, дистанцію, міміку, контакт очей, інтонацію, темп мовлення, обсяг висловлювань, дотримання теми та розуміння соціальних сигналів.

Труднощі тренінгової роботи та шляхи їх подолання:

- неминучість конфлікту інтересів у груповій взаємодії;
- потреба індивідуальної роботи з топ-менеджерами;
- особливості української лінгвокультури (висока контекстність, персоніфікація комунікації, значущість емоційного компоненту);
- поширеність аргументів *ad hominem* у діловому та масовому спілкуванні.

Коучинг як метод формування комунікативної компетентності

Коучинг є сучасною технологією управління та розвитку персоналу. Він:

- розвиває усвідомленість і відповідальність;
- формує здатність до саморегуляції;
- підвищує ефективність командної взаємодії;
- запобігає професійному вигоранню;
- сприяє розвитку організаційної культури.

Види коучингу:

- управлінський — для менеджерів середньої та вищої ланки;
- особистісний — для розвитку індивідуальних комунікативних здібностей;
- організаційний (груповий) — для формування високопродуктивних команд;
- самокоучинг — індивідуальна робота з використанням сучасних психотехнік.

Оцінювання результатів формування комунікативної компетентності

Оцінка результатів тренінгів та коучингу має інтегруватися до системи атестації персоналу. Це забезпечує:

- мотивацію до розвитку;
- підвищення відповідальності за професійне зростання;
- можливість порівняння динаміки компетентностей у різні періоди.

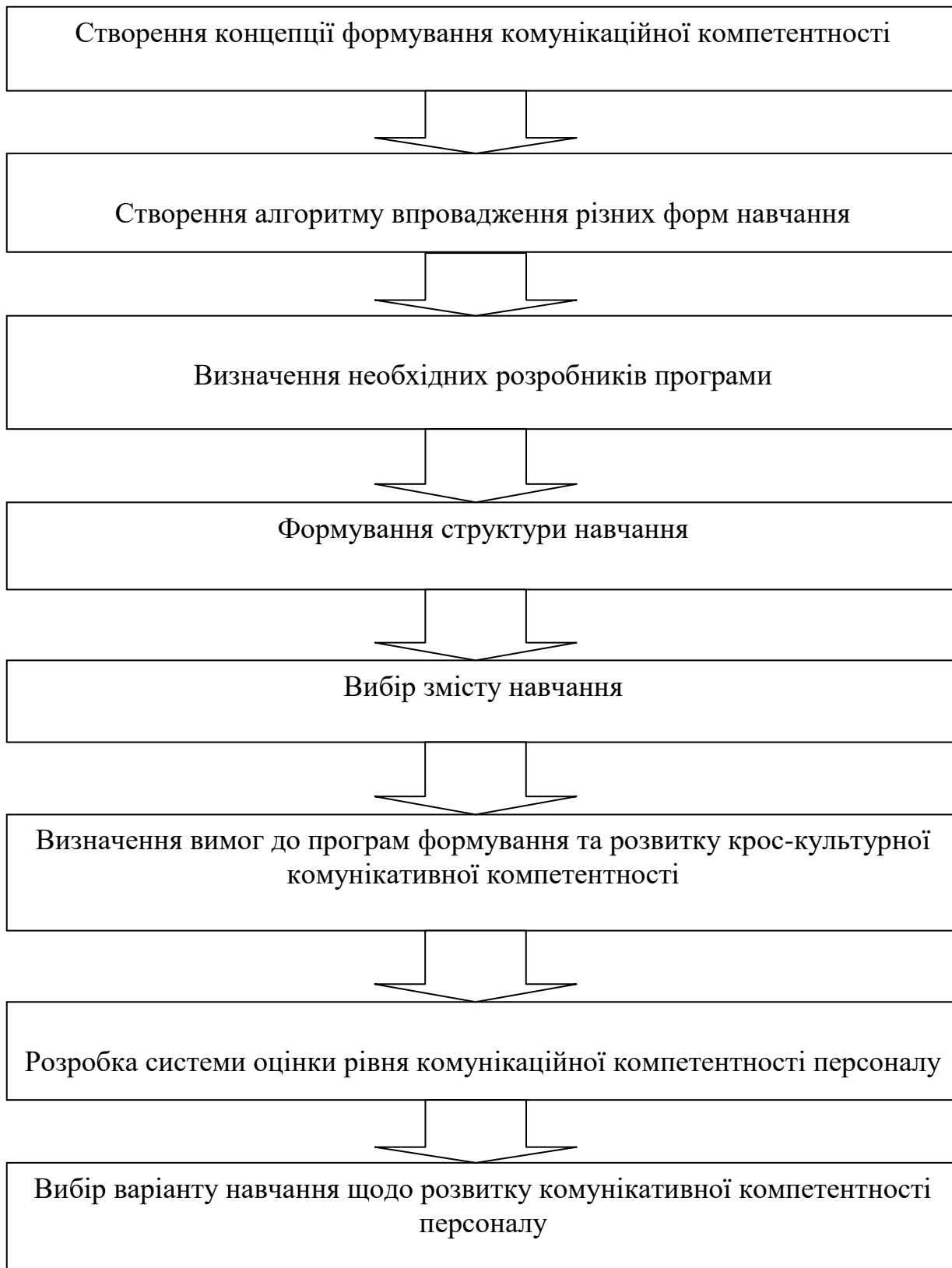


Рис. 3.1 Етапи формування комунікативної компетентності персоналу організації

Запровадження системи формування та розвитку комунікативної компетентності персоналу медичного закладу забезпечує низку вагомих переваг для організації. Передусім ідеться про оптимізацію часових витрат, що проявляється у скороченні тривалості організаційних комунікаційних процесів. Зменшується час, необхідний для підготовки та проведення нарад, переговорів, а також зростає оперативність реагування на запити пацієнтів і швидкість надання послуг.

Не менш важливим результатом є якісне поліпшення організаційної культури, що відображається у зниженні рівня конфліктності, меншій кількості скарг та кращому взаєморозумінні між співробітниками. Значна увага приділяється також підвищенню лояльності персоналу, яка зростає завдяки підвищенню задоволеності працею, зміцненню самоповаги та впевненості у власних професійних можливостях. Водночас покращення комунікативних навичок сприяє зростанню особистої ефективності медичних працівників, оскільки вони здобувають здатність точніше формулювати думки, ефективніше взаємодіяти з пацієнтами та колегами, а також ухвалювати більш обґрунтовані рішення у складних ситуаціях.

У контексті реформування системи охорони здоров'я однією з ключових передумов ефективної комунікаційної політики є ідентифікація цільових груп впливу та визначення їхньої пріоритетності. Оскільки реформа стосується однієї з найбільш соціально значущих для держави сфер, логічним є твердження, що громадськістю у широкому її розумінні виступає все населення країни — як громадяни, так і особи без громадянства, які перебувають на території держави. Таким чином, інформаційно-просвітницькі комунікації щодо змісту, напрямів і очікуваних результатів реформи мають бути спрямовані на охоплення максимально широкого кола людей.

При плануванні комунікацій надзвичайно важливо враховувати три основні ситуаційні чинники, що визначають трансформацію людей у активну громадськість, спроможну впливати на темпи та якість реформаційних процесів.

1. Усвідомлення проблеми — ступінь, у якій громадяни відчують майбутні зміни в системі охорони здоров'я на місцевому та регіональному рівнях, та, відповідно, потребують структурованої інформації щодо сутності реформи.

2. Усвідомлення обмежень, що зумовлює прагнення знайти шляхи подолання труднощів, пов'язаних із реалізацією конституційних прав на доступну медичну допомогу. У таких умовах зростає попит на інформацію про механізми, інструменти й можливості, що надає реформа.

3. Рівень залученості — відчуття людиною особистої причетності до процесів реформування та розуміння того, як результати реформи вплинуть на її здоров'я та можливість отримувати якісні послуги. Чим сильніше це усвідомлення, тим активніше люди будуть взаємодіяти з інформаційними матеріалами та шукати додаткові роз'яснення.

Однією з умов успішності комунікаційних кампаній є сегментація громадськості, тобто поділ її на окремі цільові групи, взаємодія з якими є ефективнішою, оскільки кожна група має специфічні інтереси, потреби та рівень впливу на процес реформування. На основі адаптації наукових PR-підходів до умов реформи охорони здоров'я виділено шість ключових груп громадськості:

1. Працівники засобів масової інформації, у тому числі національні, регіональні, місцеві, спеціалізовані та галузеві медіа, а також Інтернет-ресурси; це журналісти друкованих видань, радіо, телебачення та цифрових платформ.

2. Органи влади, що ухвалюють рішення — представники законодавчої та виконавчої гілок влади всіх рівнів, а також органи місцевого самоврядування.

3. Професійні групи медичних працівників, які охоплюють лікарів, середній та молодший медичний персонал, а також немедичних працівників, зайнятих у системі. Окрему увагу приділено організаторам охорони здоров'я, оскільки їхня позиція щодо реформи суттєво впливає на ставлення до змін у медичному середовищі та серед населення.

4. Місцева громада, включно з представниками локальних медіа, лідерами суспільних груп, керівниками політичних, релігійних, культурних, громадських та бізнесових організацій.

5. Пацієнти медичних закладів — особливо ті, хто має хронічні захворювання, належить до декретованих груп, проходить регулярні профілактичні огляди або має дітей.

6. Групи особливого інтересу — професійні асоціації медичних працівників, недержавні медичні організації, студентська спільнота медичних університетів, профспілки та організації пацієнтів.

Узгоджене врахування особливостей цих груп у процесі розроблення та реалізації комунікаційних стратегій дозволяє підвищити адресність, ефективність та довіру до реформи, а також забезпечити реальну підтримку змін з боку суспільства.

Важливою перевагою впровадження системи формування та розвитку комунікативної компетентності персоналу є оптимізація організаційних процесів, зокрема істотне скорочення витрат часу на комунікаційні взаємодії. Це проявляється у зменшенні тривалості нарад, скороченні часу на підготовку та проведення переговорів, а також у прискоренні надання медичних послуг. Паралельно з цим покращується організаційна культура: знижується рівень конфліктності, скорочується кількість скарг, зростає взаєморозуміння між співробітниками. Розвиток комунікативних умінь сприяє підвищенню лояльності персоналу через зростання задоволення роботою, формування стійкої професійної самооцінки та впевненості у власних силах. У підсумку підвищується й загальна ефективність діяльності працівників, що безпосередньо пов'язано з розвитком їхніх комунікативних компетентностей.

Одним із ключових завдань комунікаційної політики при реформуванні системи охорони здоров'я є визначення та пріоритизація цільових груп комунікаційного впливу. Оскільки йдеться про реформу однієї з найсоціально значиміших систем держави, логічно, що до громадськості в широкому розумінні належать усі жителі країни, незалежно від громадянського статусу. Відповідно, комунікаційні заходи, спрямовані на підготовку та супровід реформи, повинні охоплювати всі соціальні верстви населення.

Для того щоб комунікації стали ефективними, їх організатори мають враховувати низку ситуаційних чинників, які перетворюють населення на активну громадськість — групи, здатні як підтримати, так і ускладнити хід реформи.

До ключових чинників належать:

1. Визнання проблеми — усвідомлення населенням необхідності змін у системі охорони здоров'я та інтерес до інформації про їх зміст і наслідки для доступності та якості медичної допомоги.

2. Усвідомлення обмежень — розуміння громадянами власної вразливості щодо забезпечення конституційних прав на медичну допомогу та прагнення знайти шляхи вирішення існуючих проблем або підтримати реформу.

3. Рівень залученості — відчуття особистої включеності громадян у ситуацію, що визначає їхню готовність активно шукати інформацію, обговорювати зміни та впливати на рішення, які стосуються охорони здоров'я.

Успішність комунікаційних кампаній значною мірою залежить від правильного розподілу громадськості на окремі сегменти. Такий підхід дозволяє виділити однорідні групи, які мають специфічні потреби, інтереси та різний потенціал впливу на хід реформи. Після сегментації важливо визначити ті групи, які потребують першочергової уваги — так звані пріоритетні або ключові аудиторії.

З урахуванням адаптації наукових PR-підходів до умов реформи системи охорони здоров'я, виділено такі основні групи громадськості:

1. Працівники засобів масової інформації — загальнонаціональні, регіональні та місцеві медіа, а також спеціалізовані видання; представники преси, радіо, телебачення й Інтернет-ресурсів.

2. Органи влади як суб'єкти прийняття рішень — представники законодавчої і виконавчої влади всіх рівнів та органи місцевого самоврядування.

3. Професійні групи медичних працівників — лікарі, середній і молодший медичний персонал, інші фахівці закладів охорони здоров'я різних типів. Окремо виокремлюються організатори охорони здоров'я як носії ключового впливу на колективи та громади.

4. Місцева громада — її лідери, активісти, керівники релігійних, культурних, ділових і громадських організацій, а також місцеві засоби інформації.

5. Пацієнти — особи з хронічними захворюваннями, представники декретованих груп, батьки дітей, а також ті, хто регулярно проходить профілактичні огляди.

6. Групи особливого інтересу — фахові медичні асоціації, недержавні організації, студентство медичних ЗВО, активні представники профспілок та громадських об'єднань пацієнтів.

Сегментація та визначення пріоритетних груп мають враховувати специфіку кожної з них, їхню здатність впливати на хід реформи, рівень поінформованості та ставлення до змін. Розмежування може здійснюватися за кількома підходами: виділенням головних, другорядних і маргінальних груп; традиційних та потенційних груп; прихильників, опонентів та байдужих. Для кожної з цих категорій потрібні диференційовані комунікаційні стратегії й інструменти впливу.

Вибір найбільш значущих на певному етапі реформування груп громадськості здійснюється за принципами ситуаційного підходу. Пріоритетними є ті групи, від позиції яких у конкретний момент залежить темп, спрямованість і результативність реформи. Для надійного визначення пріоритетних аудиторій рекомендовано використовувати наукові дослідження, а не інтуїтивні припущення.

Під час проведення комплексної комунікаційної роботи важливо системно оновлювати перелік груп громадськості, які хоч і не є пріоритетними, однак можуть потенційно вплинути на хід реформи, забезпечуючи їх достовірною та своєчасною інформацією. Це дозволяє запобігати формуванню негативних настроїв та знижує ризик небажаних реакцій.

Суттєвими перевагами впровадження системи формування та розвитку комунікативної компетентності персоналу є також скорочення витрат часу, пов'язаних з організацією внутрішніх комунікаційних процесів. Це проявляється у зменшенні тривалості нарад, оптимізації підготовчих процедур перед проведенням переговорів, а також у загальному прискоренні надання послуг. Відповідно, комунікаційна діяльність стає менш ресурсозатратною та більш продуктивною.

Підвищення загальної якості організаційної культури є ще одним результатом удосконалення комунікативних механізмів. Йдеться про зниження рівня конфліктності у колективі, скорочення кількості скарг, усунення типових комунікаційних бар'єрів та поліпшення взаєморозуміння між співробітниками. Усе це сприяє зміцненню довіри, внутрішньокolleктивної згуртованості та формуванню сприятливого соціально-психологічного клімату.

Позитивний вплив має і зростання рівня лояльності персоналу, яке безпосередньо пов'язане зі збільшенням задоволеності трудовою діяльністю, підвищенням самоповаги, впевненості у власних професійних можливостях та у відчутті особистої значущості в організації. У свою чергу, розвиток комунікативних навичок сприяє підвищенню індивідуальної продуктивності працівників, що відображається у загальних результатах роботи медичного закладу.

У контексті масштабного реформування національної системи охорони здоров'я особливої ваги набуває визначення цільових груп комунікаційного впливу та їх пріоритизація. У зв'язку з тим, що реформа охорони здоров'я торкається кожного мешканця країни незалежно від статусу громадянства, ключовим постає завдання охопити комунікаційною діяльністю все населення. Комунікації мають забезпечити розуміння суті змін, їх можливих наслідків, переваг та ризиків.

Для формування ефективних комунікаційних стратегій важливо враховувати три ситуаційні чинники, які визначають перетворення населення на активну громадськість, здатну впливати на перебіг реформи.

Першим таким чинником є усвідомлення проблеми — відчуття реальних змін та їх значення на місцевому й регіональному рівнях, що формує потребу у додатковій та достовірній інформації щодо впливу реформи на доступність і якість медичної допомоги.

Другим чинником виступає усвідомлення обмежень. Чим більшою є напруга, пов'язана з потенційним порушенням або ускладненням реалізації конституційного права на медичну допомогу, тим активніше населення шукатиме інформацію про зміни, намагатиметься зрозуміти їх зміст та знайти шляхи подолання проблемної ситуації.

Третій чинник — рівень особистої залученості. Якщо люди очікують, що результати реформи безпосередньо вплинуть на їхнє здоров'я та можливості отримання медичних послуг, вони активно взаємодіють з інформаційним простором, формують позиції, обговорюють складні питання та беруть участь у відповідних комунікаційних процесах.

З огляду на це вирішального значення набуває сегментація громадськості, яка дозволяє адресно працювати з однорідними групами, враховуючи їх специфічні

інформаційні потреби, типові бар'єри сприйняття та рівень впливу на перебіг реформ.

Для потреб комунікаційної кампанії щодо інформування про реформу охорони здоров'я виділені такі групи населення:

1. Працівники ЗМІ — національні, регіональні, місцеві, а також спеціалізовані видання та окремо Інтернет-ресурси, які мають потужний вплив на формування громадської думки.

2. Органи влади — представники законодавчої та виконавчої влади всіх рівнів, а також органів місцевого самоврядування, які беруть участь у прийнятті рішень щодо реалізації реформи.

3. Професійні групи — різні категорії медичних працівників, для яких реформа є безпосереднім професійним контекстом; окремо виділяються організатори охорони здоров'я, що мають найбільший управлінський і комунікаційний вплив.

4. Місцеві громади — їх представники, лідери думок, керівники соціально значущих організацій.

5. Пацієнти та їхні родини — як активні учасники системи медичної допомоги та найбільш зацікавлені сторони реформи.

6. Групи особливого інтересу — професійні медичні асоціації, громадські об'єднання, студентське середовище, профспілкові організації тощо.

Сегментація дає змогу визначити найбільш пріоритетні групи, залежно від конкретного етапу реформи та комунікаційної стратегії. При цьому враховується потенційний вплив групи, її ресурси, здатність до мобілізації та можливість підтримувати або, навпаки, нівелювати позитивний ефект від реформаторських заходів.

Важливим інструментом деталізації є розподіл груп за роллю у процесі змін: на головні, другорядні та маргінальні; традиційні та майбутні; прихильників, опонентів та байдужих. Таке багатовимірне групування дозволяє точніше визначити інформаційні потреби, обирати відповідні канали комунікації та коригувати інтенсивність впливу.

З огляду на вищезазначене особливої уваги потребує створення ресурсного центру з комунікацій у сфері охорони здоров'я — спеціалізованої інституції, покликаної забезпечувати комплексну інформаційну підтримку реформ на всіх рівнях управління. Необхідність його створення обумовлена недостатнім рівнем обізнаності населення щодо питань здоров'я, профілактики, базових прав пацієнтів та ключових напрямів трансформації системи медичної допомоги.

Основними завданнями такого центру повинні стати: наукове прогнозування інформаційних потреб населення; своєчасне інформування всіх груп громадськості; формування цілісної системи комунікацій охорони здоров'я; забезпечення аналітичного супроводу реалізації реформ; організація комунікаційних кампаній на центральному, регіональному та місцевому рівнях.

Ефективність роботи ресурсного центру передбачає використання сучасних технологій комунікацій, інструментів індивідуального та масового інформування, регулярне проведення соціологічних досліджень, аналіз інформаційних потреб різних груп, прогнозування реакцій населення та підготовку адаптованого контенту з урахуванням можливих ризиків.

Для забезпечення повного інформаційного циклу необхідне постійне надходження даних із різних рівнів управління, їх аналіз, експертна оцінка та формування рішень, які надалі визначатимуть інформаційну політику. Результатом такої діяльності є створення системи комунікацій, що здатна оперативно реагувати на суспільні запити та підтримувати ефективне реформування галузі.

Висновки до розділу 3

Запропоновані у дослідженні заходи мають як тактичний, так і стратегічний характер. Тактичні кроки спрямовані на вирішення актуальних проблем комунікації в організації, підвищення якості взаємодії між лікарями та пацієнтами і покращення загального інформаційного забезпечення діяльності медичного закладу. Залучення спеціаліста, відповідального за оновлення сайту та допомогу медичним працівникам у використанні цифрових технологій, дозволить суттєво скоротити кількість

дублюючих звернень, оптимізувати інформаційні потоки та знизити навантаження на реєстратуру.

Запропоноване реформування підходів до організації прийому пацієнтів, зокрема розмежування часу на очні та онлайн-консультації, створює додаткові можливості для зменшення ризиків захворюваності, раціонального розподілу потоку пацієнтів та підвищення комфортності взаємодії. Інформаційне наповнення сайту щодо підготовки пацієнтів до процедур, досліджень та обстежень сприятиме зниженню ймовірності непорозумінь та ускладнень, що підвищить якість медичного обслуговування.

Стратегічний рівень передбачає комплексний підхід до підвищення комунікативної компетентності всіх категорій медичних працівників. Запровадження структурованої системи навчання, диференційованої за професійними групами, створить умови для підвищення кваліфікації та поглиблення навичок взаємодії з пацієнтами, колегами й іншими суб'єктами медичної сфери. Такий підхід забезпечить довгострокову ефективність комунікаційної діяльності закладу.

У сукупності обидва напрями дозволяють не лише оптимізувати поточні комунікаційні процеси, але й сформувати стабільну систему циркуляції інформації, що сприятиме зростанню якості роботи медичного закладу у цілому. Комунікаційний менеджмент стає ключовою складовою, яка поєднує всі елементи організаційного середовища — працівників, пацієнтів, управлінські структури, зовнішніх партнерів — та забезпечує ефективний обмін інформацією на всіх рівнях.

У результаті створюються умови для підвищення якості медичних послуг, покращення організаційної культури, зміцнення довіри населення та формування нових стандартів комунікацій у сфері охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ

Скорочення витрат часу, пов'язаних із внутрішніми організаційними комунікаціями, є одним із ключових ефектів упровадження сучасних підходів до управління інформаційними потоками. Воно проявляється у зменшенні часових затрат на проведення нарад, підготовку та організацію переговорів, а також у підвищенні оперативності надання послуг. Водночас удосконалення комунікацій сприяє зміцненню організаційної культури, що виявляється у зниженні рівня конфліктності, зменшенні кількості скарг та підвищенні рівня взаєморозуміння серед персоналу.

Підвищення якості комунікативної взаємодії позитивно впливає і на трудову поведінку працівників: зростає їхня лояльність до організації, підвищується задоволення роботою, посилюється самоповага й упевненість у власних професійних компетенціях. У такий спосіб вдосконалення комунікативних навичок стає чинником зростання персональної ефективності працівників та загальної результативності діяльності закладу охорони здоров'я.

У контексті реформування системи охорони здоров'я особливо важливо визначити коло цільових груп комунікаційного впливу та встановити їхню пріоритетність. Оскільки реформа стосується всієї системи надання медичної допомоги, логічно розглядати громадськість у широкому розумінні – як усіх громадян і постійних мешканців країни. Саме вони мають бути охоплені комунікаційними заходами як на етапі підготовки реформи, так і в процесі її реалізації.

Функціональна ефективність комунікацій залежить від врахування трьох ключових ситуаційних чинників, які визначають ступінь перетворення населення на активну громадськість, від реакції якої значною мірою залежатимуть зміст, темп та результативність реформи.

Першим таким чинником є усвідомлення проблеми, тобто розуміння населенням сутності змін у системі охорони здоров'я та їхнього потенційного впливу на місцевому й регіональному рівнях. Чим виразніше окреслена проблема, тим більшою є потреба людей в отриманні достовірної та зрозумілої інформації.

Другим чинником виступає усвідомлення обмежень, тобто рівень відчуття населенням власної залежності від державних рішень щодо забезпечення конституційних прав на отримання доступної медичної допомоги. Люди, які відчують такі обмеження, активно шукають інформацію, прагнуть зрозуміти деталі реформи та виробляють власні стратегії дій.

Третій чинник — ступінь залученості, тобто рівень переконаності людей, що реформа істотно вплине на їхній доступ до медичних послуг. Високий рівень залученості підвищує готовність до пошуку інформації, участі в обговореннях та підтримки комунікаційних ініціатив.

З огляду на зазначені чинники, комунікаційний процес має передбачати чітку сегментацію громадськості, що дозволяє ефективно адаптувати форми і засоби впливу до потреб окремих груп. Сегментація спрощує визначення пріоритетних груп для цілеспрямованого впливу та формування інформаційних стратегій.

У межах адаптованого до українських умов підходу PR-сегментації виділено такі основні групи громадськості:

1. Працівники засобів масової інформації, поділені на загальнонаціональні, регіональні, місцеві, спеціалізовані та галузеві ЗМІ, а також окремо – на пресу, радіо, телебачення та Інтернет-ресурси.

2. Органи влади, тобто представники законодавчої та виконавчої гілок влади всіх рівнів, включно з органами місцевого самоврядування, які ухвалюють рішення щодо організації медичної допомоги.

3. Професійні групи медичних працівників, що включають лікарів, середній та молодший медичний персонал, а також немедичних працівників, які працюють у системі охорони здоров'я. Особливе місце в цій групі займають організатори охорони здоров'я — саме вони мають найбільший вплив на хід реформи і на формування позиції громади.

4. Місцева громада, у тому числі місцеві ЗМІ, лідери громадської думки та представники політичних, громадських, культурних і релігійних організацій.

5. Пацієнти, зокрема особи з хронічними захворюваннями, декретовані групи населення, батьки дітей, а також громадяни, які регулярно проходять профілактичні огляди.

6. Групи особливого інтересу, що включають представників професійних медичних асоціацій, громадські об'єднання пацієнтів, керівників профспілок, студентів медичних ВНЗ тощо.

Сегментація та пріоритизація цих груп має враховувати їхній потенційний вплив на реформу та специфіку їхнього інформаційного сприйняття. Так, окремі групи можуть бути виокремлені як головні (тобто ті, що здатні суттєво вплинути на реформу), другорядні або маргінальні у конкретний проміжок часу. Інший критерій ґрунтується на поділі громадськості на традиційні групи (які постійно взаємодіють із системою охорони здоров'я) та майбутні — ті, що можуть стати активними споживачами медичних послуг у перспективі.

У практичному вимірі важливим є також поділ на прихильників, опонентів та байдужих. Така типологія дозволяє сформувані диференційовані комунікаційні стратегії, спрямовані як на посилення підтримки, так і на нейтралізацію негативних впливів або залучення пасивних груп.

Під час реалізації комунікаційних кампаній необхідно постійно оновлювати інформацію про внутрішні та зовнішні групи громадськості, навіть ті, які не є пріоритетними у даний момент, але мають потенціал впливати на хід реформи.

Таким чином, сегментація громадськості та визначення пріоритетних груп є критичними елементами стратегічного управління комунікаціями у процесі реформування охорони здоров'я. Вони забезпечують точне спрямування інформаційних потоків, підвищують результативність комунікаційного впливу та сприяють формуванню конструктивного діалогу між усіма учасниками реформи.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аналіз господарської діяльності. Навчальний посібник / За заг. ред. І. В. Сіменко, Т. Д. Косової. – Київ : Центр учбової літератури, 2013. – 384 с.
2. Аналітика, експертиза, прогнозування: Монографія / Макаренко Є. А. та ін. – Київ : Наша культура і наука, 2003. – 326 с.
3. Бабчинська О. І. Комунікаційний процес в управлінні: основні положення / О. І. Бабчинська. Електронний ресурс. – URL: http://www.economy.nauka.com.ua/pdf/9_2018/51.pdf (дата звернення 02.10.2020).
4. Бебик В. М. Інформаційно-комунікаційний менеджмент у глобальному суспільстві: психологія, технології, техніка публік рилейшнз : монографія / В. М. Бебик. – Київ : МАУП, 2005– 440 с.
5. Богатирьова Р. В. Детермінанти здоров'я та національна безпека / Р. В. Богатирьова; за ред. Ю. І. Кундієва. – Київ : ВД «Авіцена», 2011. – 448 с.
6. Болтянська Л. О. Економіка підприємства: навч. посібник для студ. вищ. навч. закл./ Л. О. Болтянська, Л. О. Андрєєва, О. І. Лисак. - Херсон: Олді-плюс, 2015. - 668 с.
7. Бонч-Бруєвич Г. Ф. Організація та обробка електронної інформації: навч. посібник/ Г. Ф. Бонч-Бруєвич, Т. І. Носенко. - Київ: [б. в.], 2013. - 92 с.
8. Галузинський Г. П. Сучасні технологічні засоби обробки інформації : навч. посіб. / Г. П. Галузинський, І. В. Гордієнко. – Київ : КНЕУ, 2010. – 224 с.
9. Горовий В. Соціальні інформаційні комунікації, їх наповнення і ресурс / наук. ред. Л. А. Дубровіна. – Київ : 2010. – 360 с.
10. Готра О. З. Європейський стандарт комп'ютерної грамотності. Ч.2. Сучасні технології обробки, аналізу та представлення інформації. Використання програм підготовки презентацій для представлення даних / О. З. Готра, Л. Б. Лотоцька, О. З. Ткачук ; за ред. О. З. Готри. – Львів : ЛНМУ ім. Данила Галицького, 2007. – 94 с.
11. Готра О. З. Європейський стандарт комп'ютерної грамотності. Ч.3. Інформація і комунікація. Пошук та передача інформації. Використання технології

баз даних для обробки та аналізу інформації. / О. З. Готра, Л. Б. Лотоцька, І. С. Собчук ; за ред. О. З. Готри. – Львів : ЛНМУ ім. Данила Галицького, 2007. – 94 с.

12. Дегтяр О. А. Статистика: навч. посібник для студ. вищих навч. закладів/ О. А. Дегтяр, О. М. Непомнящий. - Харків: Водний спектр Джі-Ем-Пі, 2017. - 232 с.

13. Дегтярєва Г. С. Теоретичні та методичні основи розвитку комунікативної компетентності майбутніх фахівців сфери обслуговування: навч.-метод. посібник/ Г. С. Дегтярєва, Л. А. Руденко. - Київ: Пед. думка, 2010. - 192 с.

14. Дмитренко М. Й. Ділове спілкування як феномен соціальної дійсності: Автореф. дис... канд. філософ. наук: 09.00.03 / Харк. ун-т повітр. сил. – Харків, 2005. – 19 с.

15. Дорошук Г. А. Антикризове управління підприємством: теорія та практика: навч. посібник для вищих навч. закладів економ. і менеджер. спец./ Г. А. Дорошук, Н. М. Дащенко. - Львів: Новий Світ-2000, 2010. - 332 с.

16. Економічний аналіз і моделювання господарської діяльності підприємства: навч. посібник для студ. вищ. навч. закл./ М. В. Румянцев [та ін.]. - Донецьк: Ноулідж, 2014. - 298 с.

17. Ібрагімова І. Інформаційне суспільство та взаємодія влади з громадськістю: вимоги ефективності / І. Ібрагімова // Вісн. НАДУ. – 2004. – №1. – С. 36–42.

18. Інтеграція і різноманітність: нові тенденції політики України у сфері засобів масової інформації та нових комунікаційних послуг: Інформаційна доповідь: Спеціальне видання до 7-ої Європейської міністерської конференції з питань політики у сфері засобів масової інформації / Губерський Л. В. та ін. – Київ, 2005. – 120 с.

19. Інформатизація на регіональному рівні як засіб удосконалення управління системою охорони здоров'я / С. В. Калинчук та ін. // Телемедицина досвід та перспективи : III міжн. конференція, 27 бер. 2007 р., м. Донецьк ; Укр. журн. телемедицини та мед. телематики. – 2007. – Т. 5, №2. – С. 27–33.

20. Інформатизація охорони здоров'я та розвиток телемедичних технологій : монографія / за ред. З. М. Митника. – Київ, 2010. – 252 с.

21. Калинчук С. В. Інформаційні технології в роботі лікувально-профілактичних закладів / С. В. Калинчук, М. Р. Баязітов // Досягнення біології та медицини. – 2007. – №1. – С. 82–87
22. Карамушка Л. М. Психологія освітнього менеджменту : навч. посіб. / Л. М. Карамушка. – Київ : Либідь, 2004. – 424 с.
23. Квіт С. Масові комунікації: Підручник.— Київ : Вид. Дім - Києво-Могилянська академія, 2008. – 206 с.
24. Колбіна Т. В. Основи міжкультурної комунікації для студентів-економістів: навч. посібник/ Т. В. Колбіна; Харків. нац. екон. ун-т. - Харків: ВД "ІНЖЕК", 2008. - 152 с.
25. Комунікації в менеджменті. Електронний ресурс. – URL: https://arm.naiu.kiev.ua/books/osnovu_menedjmentu/files/Tema_4.pdf (дата звернення 03.10.2020)
26. Конституція України. Від 28.06.1996 р. № 254к/96-ВР. Електронний документ. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр#Text> (дата звернення 18.10.2020)
27. Корнєв М. Н., Фомічова В. М. Психологія масової поведінки / Ін-т після-дипломної освіти Київ. нац. ун-ту ім. Тараса Шевченка.— Київ , 2000. – 65 с.
28. Костенко Н., Іванов В. Досвід контент-аналізу: Моделі та практики: Монографія. Київ : Центр вільної преси, 2003. – 200 с.
29. Кривенко Є. М. Міжнародні підходи до комунікацій в охороні здоров'я / Є. М. Кривенко // Міжнар. наук.-практ. конф. «Актуальні питання формування здорового способу життя та використання оздоровчих технологій», Херсон, 30–31 травня 2013 р. : тези доп. – С. 96–98.
30. Кривенко Є. М. Розвиток інформаційного забезпечення сфери охорони здоров'я / Є. М. Кривенко, Д. Д. Дячук, М. А. Знаменська // Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» на 2002–2011 рр. : монографія ; за ред. Р. О. Моїсеєнко, Г. О. Слабкого. – 274 с.
31. Кривенко Є. М. Розвиток інформатизації охорони здоров'я / Є. М. Кривенко, О. В. Чернишевич // Інновації в медицині : матеріали Всеукраїнської

наук.-практ. конф. з міжнар. участю «Інноваційна система управління охороною здоров'я : галузь, регіон, лікарня», Київ, 29–30 вересня 2011 р. : тези доп. – С. 51–52.

32. Мазур В.С. Нові підходи і форми менеджменту, як особливого типу управління / В. С. Мазур // Пріоритети економічного розвитку України: історія та сьогодення. – Вінниця, 2016. – С. 178-183.

33. Малахов В. А. Етика спілкування: навч. посібник для вищих навч. закладів/ В. А. Малахов. - Київ: Либідь, 2006. - 400 с.

34. Орбан-Лембрик Л. Е. Психологія професійної комунікації: навч. посібник/ Л. Е. Орбан-Лембрик. - Чернівці: Книги-XXI, 2010. - 528 с.

35. Осовська Г. В. Комунікації в менеджменті : практикум / Г. В.Осовська. – Київ : Кондор, 2003. – 218 с.

36. Осташко В.Г. Інформаційна технологія створення та функціонування міжрегіональної телемедичної мережі: автореф. дис.....к.мед.н./В.Г.Осташко - Київ, 2014, - 23с.

37. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи : спеціалізоване видання] / В. М. Князевич, В. В. Лазоришинець, І. В. Яковенко та ін. – Київ-Тернопіль, 2009. – 440 с.

38. Пересада А. С. Формування комунікаційного процесу в організації / А. С. Пересада // Управління розвитком. – 2012 – № 13 – С. 40-45.

39. Петькун С. М. Комунікація у процесі управління підприємством / «Економіка. Менеджмент. Бізнес» №3 (17), – 2016. – С. 24-31

40. Податковий кодекс України. Від 02.12.2010 р. № 2755-VI. Електронний документ. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2755-17#Text> (дата звернення 18.10.2020)

41. Примак Т. О. Маркетингові комунікації в системі управління підприємством : підручник / Т.О.Примак. – Київ : Експерт, 2010. – 366 с.

42. Проблемы ERP и пути их решения [Электронный ресурс] // Галактика ERP (Enterprise Resource Planning). – URL: <http://www.galaktika.ru/erp/problemu-erp-i-puti-ix-resheniya.html>. (дата звернення 18.10.2020)

43. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики. Постанова КМУ від 02.03.2016 № 285. Електронний

документ. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/285-2016-п#Text> (дата звернення 18.10.2020)

44. Прохорова В. В. Потенціал підприємства: формування і оцінка: навч. посібник/ В. В. Прохорова, В. І. Чобіток. - Харків: НТМТ, 2013. - 212 с

45. Прус Л. Р. Комунікаційний менеджмент / Л. Р. Прус // Вісник Хмельницького національного університету. Економічні науки. – 2009. – № 1. – С. 38-41.

46. Різун В. В. Теорія масової комунікації: Підручник. – Київ : Просвіта, 2008. – 260 с.

47. Савицька Г.В. Економічний аналіз діяльності підприємства. Навчальний посібник. – 2-ге вид., випр. і доп. – Київ : Знання, 2010. – 662 с.

48. Сагач Г. М. Ділова риторика: мистецтво риторичної комунікації: навч.посібник / Г. М. Сагач. – Київ : Зоря, 2003. – 255 с.

49. Сайт дитячої поліклініки № 16. <https://16detpol.city.kharkov.ua/>

50. Сакалюк О. О. Організація ефективної комунікації в сучасних закладах освіти// "Наука і освіта", № 6, 2014. – С. 197-200.

51. Семигіна Т. Інформаційне забезпечення діяльності соціальних служб і організацій//Соціальна робота в Україні: перші кроки/за ред. В. Полтавця. – Київ : КМ Academia, 2000. – С,173-196

52. Семигіна Т. Інформаційно-консультативні центри в системі соціального захисту населення// Соціальна політика і соціальна робота. – 2000. – №1. – С.77-82

53. Середа А. Оподаткування приватної медичної практики: вибір форми оподаткування, ПДВ, прибуток, статутні документи. Електронний ресурс. – URL: <https://uteka.ua/ua/publication/commerce-12-nalogi-i-otchetnost-10-nalogooblozhenie-chastnoj-medicinskoj-praktiki-vybor-formy-nalogooblozheniya-nds-pribyl-ustavnye-dokumenty> (дата звернення 18.10.2020)

54. Скібіцька Л. І. Менеджмент : навчальний посібник / Л.І. Скібіцька, О. М. Скібіцький. – Київ : Центр учбової літератури, 2007. – 416 с.

55. Скловська Є. Г. Аналіз діяльності підприємства: навч. посібник/ Є. Г. Скловська. - Київ: НТУУ "КПІ", 2011. - 260 с.

56. Стахів М. О. Український комунікативний етикет: навч.-метод. посібник/ М. О. Стахів. - Київ: Знання, 2008. - 246 с.

57. Стратегія запровадження інформаційно-комунікаційних технологій у сфері охорони здоров'я в Україні : посібник / О. Коваленко та ін. : під заг. ред. А. Малагардіса, В. Рудого ; Європ. Союз ; Викон. проекту GVG/СІІ/ЕРОS. – Київ : [б. и.], 2006. – 76 с.

58. Хміль Ф. І. Ділове спілкування: навч. посіб. / Ф. І. Хміль – Київ : Академвидав, 2004. – 278 с.

59. Череп А. В. Стратегічне планування і управління: навч. посібник/ А. В. Череп, А. В. Сучков. - Київ: Кондор, 2011. - 334 с.

60. Шваб Л. І. Економіка підприємства: підручник для студ. вищ. навч. закл./ Л. І. Шваб. - Київ: Каравела, 2011. - 416 с.

61. Шеломенцев В. М. Етикет і сучасна культура спілкування / В. М. Шеломенцев. – Київ : Лібре, 2003. – 415 с.

62. Шпак Н. О. Комунікаційний менеджмент : сутність та розвиток / Н. О. Шпак // Економіка та держава. – 2010. – № 2. – С. 30-33.