

**ДЕРЖАВНА СЛУЖБА СТАТИСТИКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ СТАТИСТИКИ, ОБЛІКУ ТА АУДИТУ
КАФЕДРА МЕНЕДЖМЕНТУ ТА МАРКЕТИНГУ
ДЕРЖАВНИЙ ТОРГОВЕЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ЦЕНТР
ІНДУСТРІАЛЬНИХ ПРОБЛЕМ РОЗВИТКУ НАН УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. І. І. МЕЧНИКОВА
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАРПАТСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. ВАСИЛЯ СТЕФАНИКА
КИЇВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ЖЕШУВСЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ (ПОЛЬЩА)
МОЛДОВСЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ КООПЕРАЦІЇ ТА ТОРГІВЛІ
(МОЛДОВА)
ХРИСТИЯНСЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. ДИМИТРІЯ КАНТЕМІРА (РУМУНІЯ)**

**«БІЗНЕС-АНАЛІТИКА В УПРАВЛІННІ
ЗОВНІШНЬОЕКОНОМІЧНОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ»**

**МАТЕРІАЛИ
ХІІІ МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

КИЇВ – Інтерсервіс – 2026

УДК 339.9:005.5(100)(082)
Б 59

Бізнес-аналітика в управлінні зовнішньоекономічною діяльністю: матеріали XIII Міжнародної науково-практичної конференції. Київ: Інтерсервіс, 2026. 591 с.

ISBN 978-966-999-601-5

Матеріали XIII Міжнародної науково-практичної конференції містять праці, в яких викладено наукові результати аналітичного обґрунтування проблематики здійснення управління в сфері зовнішньоекономічної діяльності. Для наукових, науково-педагогічних працівників, аспірантів, докторантів та студентів економічних спеціальностей.

Рекомендовано до друку
Вченою радою Національної академії статистики, обліку та аудиту
(протокол № 12 від 15.04.2026 р.)

Адреса оргкомітету конференції:
Україна, 04107, м. Київ, вул. Підгірна, 1
тел. (044) 489-47-90
e-mail: nasoaconference@gmail.com

*Відповідальність за зміст представлених матеріалів несуть автори.
Організаційний комітет залишає за собою право на їх літературне редагування
та відмову від друкування тез у разі невідповідності оформлення.*

ISBN 978-966-999-601-5

© Національна академія статистики, обліку та аудиту, 2026
© National Academy of Statistics, Accounting and Audit, 2026

Редакційна колегія

Голова редакційної колегії:

Осауленко О. Г. – академік НАН України, доктор наук з державного управління, професор, ректор Національної академії статистики, обліку та аудиту

Заступник голови:

Лазоренко Л. В. – доктор економічних наук, професор, завідувач кафедри менеджменту та маркетингу Національної академії статистики, обліку та аудиту

Члени редакційної колегії:

Мельник В. М. – перший проректор Національної академії статистики, обліку та аудиту, доктор економічних наук, професор;

Хаустова В. Є. – директор Науково-дослідного центру індустріальних проблем розвитку НАН України (м. Харків), доктор економічних наук, професор;

Ломачинська І. А. – проректор з науково-педагогічної роботи Одеського національного університету ім. І.І. Мечникова, доктор економічних наук, професор;

Слатвінська М. О. – завідувач кафедри фінансів Одеського національного економічного університету, доктор економічних наук, професор;

Баєва О. В. – завідувач кафедри громадського здоров'я Київського медичного університету, доктор біологічних наук, професор;

Щур Р. І. – професор кафедри фінансів Карпатського національного університету ім. Василя Стефаника, доктор економічних наук, професор;

Чуніхіна Т. С. – доцент кафедри маркетингу Державного торговельно-економічного університету, кандидат економічних наук, доцент;

Восієк Малгожата – заступник керівника Інституту економіки та фінансів, доктор філософії в галузі економіки, Жешувський університет, Польща;

Капріан Юлія – доктор наук, доцент, Молдовський університет кооперації та торгівлі, Молдова;

Цірлеа Маріана Родіка – доктор економічних наук, доцент, Християнський університет ім. Димитрія Кантеміра, Румунія.

Відповідальний секретар редакційної колегії:

Мотузка О. М. – кандидат економічних наук, доцент, доцент кафедри менеджменту та маркетингу Національної академії статистики, обліку та аудиту, завідувач редакційно-видавничого відділу

ЗМІСТ

СЕКЦІЯ 1

СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ МЕНЕДЖМЕНТУ ЗОВНІШНЬОЕКОНОМІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Adamiec K., Skiba W., Strzelecka W. Tendencje w Rozwoju Gospodarki Niemiec w Latach 2015-2024	19
Cieciura Ł., Lotycz B. Gospodarka Niemiec jako motor wzrostu gospodarczego Unii Europejskiej w latach 2013–2023	24
Kaczmaryk A., Wójcik W., Wielgosz K. Finanse Publiczne i Konkurencyjność Zewnętrzna Malty w Latach 2014-2024	29
Majka A., Puchalska K. Zmiany w Strukturze Handlu Zagranicznego Polski w Latach 2022-2025	33
Mazgaj B., Ofiara R., Oliwa S. Wzrost Gospodarczy Jako Czynniki Rozwoju Działalności Zagranicznej Gospodarki Niemiec w Latach 2014-2024	37
Puchalska K. Współczesne Oblicza Protekcjonizmu Handlowego	42
Soroka A. M., Derevinska A. S. Time Management as a Tool For Professional Self-Development of Specialists in the Field of Foreign Economic Activity	47
Watras N., Ziemiańska G. Wzrost Gospodarczy i Stabilność Makroekonomiczna Malty w Latach 2014-2024	49
Базильчук Т. Г. Механізми управління інноваційним розвитком у системі міжнародного менеджменту	54
Базильчук Ю. Інноваційна діяльність підприємств у системі міжнародного бізнесу в умовах цифрової трансформації	58
Гусейнлі А. Інноваційно-інвестиційна політика підприємства як інструмент забезпечення стійкості бізнесу в умовах глобальних криз	62

Ісаєв Д. Корпоративна культура як фактор ефективності міжнародного менеджменту	65
Катіхіна Д. О. Цифрова бізнес-аналітика як інструмент підвищення ефективності зовнішньоекономічної діяльності підприємств	68
Князєв С. І. Фінансові та нефінансові алгоритми забезпечення реалізації спільних міжнародних наукових проєктів в Національній академії наук України	70
Кривецький І. І. Адаптація туристичної галузі та сервісної економіки до кризових процесів в управлінні зовнішньоекономічною діяльністю	74
Кузнецова Г. В. Інноваційні підходи до управління зовнішньоекономічною діяльністю підприємств	76
Ліпський Ю. В. Виставки як інструмент маркетингових комунікацій підприємств АПК	78
Лісагор М. Психологічні чинники ефективності управління транснаціональними командами в міжнародному бізнесі	81
Мельнічук Л. В., Малетич О. І. Сучасні підходи до управління зовнішньоекономічною діяльністю підприємств	85
Мельнічук Л. В., Табунець А. А. Сучасні тенденції розвитку менеджменту ЗЕД	86
Міщенко М. І. Інтеграція психологічних та соціально-економічних чинників у системі логістичного менеджменту промислового підприємства	89
Нікітін М. О. Мотивація персоналу як інструмент підвищення ефективності міжнародного менеджменту	94
Пархоменко В. В. Аналітичне забезпечення управління зовнішньоекономічною діяльністю підприємств України в умовах воєнної трансформації та європейської інтеграції	97
Пащенко М. І. Кластеризація областей України за рівнем регіональної зовнішньоторговельної активності	101

Понюк В. В.	
Аналіз інструментарію стратегічного контролінгу в корпоративних групах	104
Свірідова К. Є.	
Ефективність митного контролю у запобіганні контрабанді та порушенням правил переміщення товарів	108
Таралов К. Р. о.	
Управління діяльністю міжнародних компаній в умовах глобальної економічної невизначеності	111
Третиниченко С. Р.	
Управління розвитком персоналу в міжнародних компаніях в умовах глобалізації	114
Швецов Ю. О.	
Сучасні підходи до управління ризиками в міжнародному бізнесі	117
Шуляр Н. М.	
Оцінювання ефективності маркетингової діяльності на зовнішніх ринках засобами бізнес-аналітики	121

СЕКЦІЯ 2

МАРКЕТИНГОВІ СТРАТЕГІЇ В УМОВАХ ДІДЖИТАЛІЗАЦІЇ СУСПІЛЬСТВА

Bieszczak B., Klasło K., Pyrek R.	
Analysis of Algorithms Tracking User Movement on the Internet and Their Impact on Content Personalization and Purchasing Decisions	126
Dybka S.	
Risk Determinants in E-business Activities	130
Kawa M., Kawa M.	
Strategie marketingowe w kontekście cyfryzacji Sektora finansowego	135
Mazurkiewicz A.	
Zastosowanie sztucznej inteligencji na rynku nieruchomości	140
Szepieniec A.	
Marketing bankowy w erze digitalizacji	144
Szopiński W.	
Znaczenie badań marketingowych w gospodarce cyfrowej	149

Бабенко А. О. Вплив цифровізації на поведінку споживачів	153
Боляк М. В. Кластерний аналіз підприємницької активності регіонів України	155
Бухарєва А. О. Маркетингові стратегії в умовах діджиталізації суспільства	159
Васильченко В. В. Автоматизація маркетингу на основі аналітики клієнтської поведінки: переваги та виклики	162
Вдовіна Ю. О. Кластеризація регіонів України за рівнем інноваційної активності та медичними індикаторами	165
Дутка О. В. Цифрове середовище як простір формування цінності бренду	168
Залюбовська С. С., Білоус Г. П. Ризик невизначеності обраної маркетингової стратегії в сучасних умовах господарювання	170
Ігнатенко А. В. Використання штучного інтелекту в оптимізації міжнародних маркетингових стратегій підприємства	174
Карраско Ластра С. Н. Інноваційні та цифрові технології в маркетингу і рекламному бізнесі	177
Кирилова В. О. Аналітика Customer Journey як інструмент підвищення ефективності маркетингових стратегій	180
Лісова А. Д., Плахотнікова Л. О. Маркетингова діяльність міжнародних підприємств	184
Мартюшева В. А. Цифрова аналітика поведінки іноземних споживачів у системі управління маркетингом зовнішньоекономічної діяльності	187
Матвєєва Н. М. Інтелектуалізація електронної комерції на основі технологій Big Data та штучного інтелекту	190
Олішевко О. Ю. Персоналізація маркетингових комунікацій на основі Big Data в Digital-маркетингу	193

Остропільська В. А. Соціальні мережі як інструмент сучасних маркетингових комунікацій	195
Підчибій А. В. Цифровий слід користувача: які дані про нас знають компанії та як вони їх використовують	198
Плахотнікова Л. О. Сучасні тенденції розвитку маркетингу та реклами	200
Пушкар І. М. Економічна ефективність впровадження омніканальної стратегії в малому бізнесі в умовах діджиталізації	204
Пушко С. С. Вплив аналізу клієнтських даних на основі соціальних медіа для стратегічного позиціонування бренду	206
Рогів Ю. П. Теоретико-методологічні основи брендингу у сфері E-commerce	208
Семко Є. О., Воскресенська О. Є., Маркетинг покоління Z: нові правила комунікації	210
Тереняк Л. В. Оцінка готовності бізнесу до цифровізації	213
Харченко П. С. Цифрова трансформація організації – стратегія розвитку бізнесу	216
Шептуха О. М. Стратегія покращення видимості сайту у відповідях сучасних AI-систем та голосових асистентів	218
Чепура С. О. RFM-аналіз як інструмент сегментації клієнтів у сфері електронної комерції	220
Чещева М. С. Формування бренду освітніх послуг в умовах цифровізації маркетингу	223
Чістякова С. А. Еволюція підходів до визначення сутності маркетингового аналізу в сучасних умовах	226
Чуніхіна Т. С. Цифрова трансформація логістики та її вплив на маркетингову ефективність підприємства	230

Якіна Н. О.

Інструменти для аналітики клієнтських даних: використання в Україні 234

Яремчук Р. О.

Управлінські конфлікти в ІТ індустрії 237

СЕКЦІЯ 3

ІНФОРМАЦІЙНО-АНАЛІТИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ЗОВНІШНЬОЕКОНОМІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Jankowska D., Majka A.

Test Kruskala-Wallis jako Alternatywa Jednoczynnikowej Analizy Wariancji 241

Kolmakova O. M., Kuznetsova G. V.

The Role of Statistical Information in Making Management Decisions
in the Field of Foreign Economic Activity 246

Гаджун І. О.

Моделювання мотиваційного механізму в системі Е-урядування регіону
на основі інформаційно-аналітичних інструментів 249

Жук Т. А.

Customer Journey Analytics як інструмент підвищення ефективності
Digital-маркетингу 255

Заровська В. Д., Плахотнікова Л. О.

Розвиток бренду підприємства на міжнародному ринку 259

Коваленко В. Ю.

Роль аналітики клієнтських даних у формуванні
маркетингових стратегій в умовах діджиталізації 263

Краснощок В. В.

Маркетингова діяльність підприємств АПК України
в умовах логістичної кризи: виклики та стратегії адаптації 265

Кривенко Є. М.

Цифрові інструменти організації та проведення опитувань
у сфері охорони здоров'я та освіти 270

Кузнецова Г. В.

Цифровізація як ключова тенденція розвитку
менеджменту зовнішньоекономічної діяльності 273

Кутішевський А. А. Застосування методів штучного інтелекту для прогнозування показників зовнішньоекономічної діяльності	275
Малишко С. О. Визначення впливу корпоративізації на соціально-економічний розвиток територій	277
Марченко О. В. Інтеграція українських торговельних мереж в екосистему світового рітейлу: передумови, бар'єри та маркетингові стратегії	280
Нетребя І. О. Digital-маркетинг як інструмент просування бізнесу	286
Онипко Є. М. Персоналізація маркетингових комунікацій у глобальному цифровому середовищі	288
Остапенко В. В. Оцінювання потенціалу територій у контексті інновацій, людського капіталу та ресурсів	291
Покин'яборода В. О. Аналітичні підходи до вибору зовнішніх ринків збуту для українських компаній	294
Полякова О. Ю., Гольцяєва Л. А. Диверсифікація експорту як напрям зовнішньоекономічної політики: просторовий аспект	296
Попова Л. С. Цифрові маркетингові стратегії як основа конкурентоспроможності підприємства в умовах діджиталізації суспільства	301
Рябець О. О. Штучний інтелект у персоналізації маркетингових комунікацій	303
Ставицький О. В. Кореляція між архітектурною складністю та швидкістю збіжності нейронних мереж у задачах бізнес-аналітики	307
Ясінська К. О. Важливість бізнес-аналітики у світі технологій	310
Ященко Л. О. Трансформація товарної структури та динаміки зовнішньої торгівлі України з Великобританією в умовах воєнної економіки	313

СЕКЦІЯ 4

ПРИКЛАДНІ АСПЕКТИ УПРАВЛІННЯ В РЕАЛЬНОМУ, ФІНАНСОВОМУ ТА ІНФРАСТРУКТУРНОМУ СЕРЕДОВИЩІ

Kobylynska T. V., Vitiuk O. V. Transformation of Fasn Into Fasn: Experience and Implementation Perspectives in Ukraine	317
Kolmakova O. M., Kuznetsova G. V. Overview of Modern Analytical Management Tools in the Real, Financial, and Infrastructure Environments	320
Leonov O., Leonova T. Conceptual Foundations of Supply Chain Management Development in the Context Of Network Competition	323
Leszczyńska M. Spółdzielczy Model Biznesowy Mondragon Corporation Jako Alternatywa Dla Agresywnego Kapitału Prywatnego	326
Motuzka O., Grod M. Problems of Statistical Accounting of Water Resources in the European Union	331
Nesterowicz R. Wpływ Kryzysów Gospodarczych Na Strategie Finansowe Przedsiębiorstw	333
Puchalska K. Współczesne Oblicza Protekcjonizmu Handlowego	337
Wantuch W., Lechwar M. Rola Specjalnych Stref Ekonomicznych w Gospodarce Regionalnej i Lokalnej	342
Wilk I. Znaczenie Analizy Danych W Podejmowaniu Decyzji Przez Przedsiębiorstwa	347
Wosiek M. Gospodarka Współdzielenia a Rozwój Alternatywnego Finansowania w Kontekście Problemu Luki Finansowania	351
Zhovtiak H. Development of the Potential of Construction Enterprises in the Conditions of Digitalization	357
Żurek J. Stabilność Finansów Publicznych A Realizacja Zadań Państwa	359

Бєлікова Н. В., Ісмаїлов А. Індустріальні парки як інструмент державної підтримки інноваційного розвитку: проблематика та реалії України	364
Білоус А. П. Державне сприяння розвитку корпоративної культури в сучасних умовах України	368
Вакуленко В. М. Інфраструктурні проєкти публічно-приватного партнерства як інструмент територіального відновлення та розвитку	371
Висоцкая І. В. Етапи та процес планування стратегій для публічних установ	373
Волощук А. В. Кластерне моделювання наукового простору України: пошук структурних закономірностей	375
Гаврисевич А. С. Взаємодія держави та бізнесу: національні особливості та європейські підходи	378
Горбач В. О. Аналітика клієнтських даних як стратегічний інструмент управління клієнтським досвідом і забезпечення довгострокової конкурентоспроможності бізнесу	380
Гуцалюк О. М., Бондар Ю. А. Інструменти корпоративного тайм-менеджменту в цифровізації управлінських процесів	383
Живцов В. О. Мотиваційні та компетентнісні детермінанти ефективності логістичного управління	386
Завадських Г. М. Світові тренди КСВ: глобальна трансформація та український досвід стійкості	390
Захожай В. Б. Бізнес-аналітика та цифрова статистика туристично-готельного комплексу України	393
Клименко В. В. Публічне управління системою соціального захисту населення в умовах воєнного стану та повоєнного відновлення	396

Ковальова І. О. Економічний аналіз як інструмент підвищення ефективності діяльності підприємства	401
Лазоренко Л. В. Вплив корпоративної культури на діяльність підприємства	402
Легкий О. М. Економіко-екологічні проблеми використання земельних, водних та біологічних ресурсів	405
Ліщинський М. П., Огородник Я. В. Роль соціально-психологічних методів у менеджменті організації	408
Маслій В. В. Прогнозування прямих іноземних інвестицій як інструмент забезпечення стабільності фінансової системи	411
Мельнічук Л. В., Басюк-Батрак В. І. Адаптаційні стратегії підприємств у нестабільному ринковому середовищі: від виживання до сталого розвитку	415
Мисливець В. А. Економічна сутність антикризового управління	418
Оніщенко А. О. Стилі керівництва в системі управління	420
Орлов О. О. Суть та функції управління персоналом	423
Парій Л. В., Ващенко Б. С. Використання цифрових технологій в рамках ціннісно-орієнтованого підходу в управлінні логістичною діяльністю	426
Парій Л. В., Коваль Б. О. Корпоративна культура та соціальна відповідальність бізнесу в системі забезпечення ринкової стійкості	429
Парій Л. В., Коротєєва О. М. Управління грошовим капіталом як фактор забезпечення фінансової стійкості підприємства в умовах кризи	432
Парій Л. В., Супруненко В. Г. Формування фінансової стратегії українських компаній на засадах міжнародних стандартів: балансування ризиків та можливостей	434
Паславська Р.-А. Р. Рейтингування областей України за рівнем комфортності життя методами таксономічного аналізу	436

Пилипенко О. І., Черушева Г. Б. Умови формування лідерських якостей економіста	439
Полторак В. В. Оцінка ефективності використання біоресурсів на прикладі провідних аграрних підприємств України	442
Попович Т. О. Удосконалення публічного управління розвитком соціальної інфраструктури на місцевому рівні в сучасних умовах України	445
Пузей Д. О. Роль прогнозової аналітики клієнтських даних у формуванні стратегій лояльності в E-commerce	447
Ременяк А. Р., Шевчук М. С., Шевчук Р. С. Аналіз цифрової трансформації територіальних громад в Україні	449
Руденко М. М. Сутність та роль корпоративної культури в системі управління	453
Савчук Б. Ю. Державна підтримка розвитку корпоративної соціальної відповідальності бізнесу в Україні	455
Садовнича А. І. Економічний аналіз як інструмент підвищення конкурентоспроможності підприємства	457
Семигуліна І. Б., Ярошенко І. В. Тенденції «зеленої» економіки та перспективи формування системи управління підтримкою проєктів «зеленої» металургії для відновлення регіонів і територій України	459
Сорока А. М., Аршукова В. М. Тайм-менеджмент як інструмент підвищення ефективності використання робочого часу в організації	463
Тимошенко О. Особливості маркетингу у публічних установах та організаціях	466
Халімон Т. М., Довбиус М. С. Соціально-психологічні передумови організації управлінської діяльності	468
Хаустова В. Є., Трушкіна Н. В., Калашнікова К. Ю. Ідентифікація елементів критичної інфраструктури муніципалітетів: досвід країн Балтії	471

Циба А. М.

Інтеграція облікових, аналітичних і контрольних підсистем управління підприємством 475

Шкорина І. І.

Маркетинг логістичних послуг в глобальному економічному просторі: сучасні тенденції та стратегічні орієнтири 478

Яриш Р. І.

Особливості мотивації персоналу в сучасних умовах 484

СЕКЦІЯ 5

МЕНЕДЖМЕНТ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Augustyn K.

Wpływ klifu patentowego i leków bionastępczych na finansowanie NFZ 486

Баєва О. В.

Стратегічне управління в медичних закладах: вплив на досягнення цілей та ефективність надання медичної допомоги 491

Бідула Є. О.

Атрибути мотивації медичного персоналу в умовах трансформації системи охорони здоров'я 494

Бондарчук Ю. В.

Практики етико-правової та соціальної відповідальності менеджменту медичних закладів 496

Гаврилишин Б. С.

Планування як функція управління в системі охорони здоров'я 498

Гичка Т. І.

Підприємницькі стратегії в конкурентному середовищі медичного бізнесу 500

Іващенко С. П.

Оптимізація бізнес-процесів медичного закладу шляхом впровадження CRM-систем в ТОВ «IDC» 502

Ісламов А. Р.

Особливості мотивації медичного персоналу 504

Коваленко О. О. Штучний інтелект та бізнес-аналітика в управлінні закладом охорони здоров'я	506
Коваленко О. О., Гришков М. М., Ждан Я. Ф. Менеджмент медичних установ: Студентоцентрована парадигма управління якістю освіти та практики	509
Коваленко О. О., Зеленцова С. М., Тимчик О. В. Менеджмент в управлінні внутрішньо лікарняними інфекціями (ВЛІ)	513
Козлова Т. В. Особливості добору персоналу в медичних закладах	515
Колмакова О. М., Белянцев К. О. Цифрове забезпечення стратегічного управління персоналом фармацевтичних підприємств	517
Кривенко Є. М., Басва О. В. Інформаційні системи в управлінні закладом охорони здоров'я: сучасні технології та практичні аспекти впровадження	520
Кривенко Є. М., Коваленко О. О. Штучний інтелект та бізнес-аналітика в управлінні закладом охорони здоров'я	523
Литвінова О. В. Сутність та роль інформаційних процесів у забезпеченні якості надання медичних послуг	526
Маланчук О. Я. Конкуренція в системі охорони здоров'я та її вплив на управління медичними закладами	529
Мирончук А. М. Менеджмент у роботі лікаря	532
Міщенко К. О. Роль мотивації персоналу в системі менеджменту медичних закладів	534
Пелих Л. С. Особливості антикризового управління медичних закладів	536
Полякова В. М. Сучасні концепції реабілітації в хірургії та трансплантології: менеджеріальний аспект	538
Потапенко Е. А. Суть та особливості корпоративної культури в медичних закладах	540

Сас О.

Управління якістю медичної допомоги 546

Шульга М. В.

Діагностика рівня сформованості організаційної культури
в медичних лікувальних закладах 548

СЕКЦІЯ 6

ГУМАНІТАРНІ ТА ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ УПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ

Барабась Д. О., Шелест Т. С.

Чинники, що впливають на процеси прийняття
управлінських рішень за умов воєнного часу 551

Гринчак Н. А.

Емоційний інтелект як чинник ефективного лідерства
в міжнародному менеджменті 555

Дяченко Л. А.

Перспективи розвитку підприємницької діяльності молоді в умовах війни 558

Єсіна В. О.

Працевлаштування осіб з інвалідністю в Україні:
правові та управлінські аспекти 561

Захарчук О. Г.

Комунікація в невизначеності: як частота, прозорість
і тон повідомлень впливають на плинність і продуктивність 564

Кротюк О. В.

Конституційність санкції у вигляді стягнення активів в дохід держави:
проблемні аспекти 567

Огай М. Ю.

Аналіз матеріального виміру резильєнтності домогосподарств України
в контексті повоєнного відтворення людського капіталу 571

Попович Т. О.

Психологічне вигорання керівників у системі публічного управління
в умовах війни та шляхи його подолання 575

Савенко Т. Д., Горюнова М. М., Гаврисевич А. С.

Місце контролю в організації навчального процесу
з іноземної мови для іноземних студентів

581

Цикура А. Є.

Ціна імпульсу: статистичний аналіз спонтанних покупок молоді

584

Черушева Г. Б., Пархоменко В. В.

Факторний аналіз соціально-психологічного клімату
в системі управління людськими ресурсами

588

СЕКЦІЯ 5

МЕНЕДЖМЕНТ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

K. Augustyn,

Inżynier,

Studentka Wydziału Biotechnologii;

Kolegium Nauk Medycznych,

Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów (Polska)

WPLYW KLIFU PATENTOWEGO I LEKÓW BIONASTĘPCZYCH NA FINANSOWANIE NFZ

Współczesna medycyna znajduje się w fazie intensywnej transformacji, w której tradycyjne leki chemiczne są coraz częściej zastępowane przez złożone cząsteczki biologiczne. Proces ich powstawania jest nierozzerwalnie związany z rygorystycznym systemem ochrony własności intelektualnej. Patenty stanowią fundament innowacji farmaceutycznej, oferując producentom okresową wyłączność rynkową, niezbędną do zrekompensowania gigantycznych nakładów na badania i rozwój (R&D) [1]. Bez tego mechanizmu motywacja do poszukiwania nowych terapii w obszarach takich jak onkologia czy immunologia byłaby drastycznie ograniczona przez wysokie ryzyko finansowe. Kluczowym momentem w cyklu życia produktu leczniczego jest jednak wygaśnięcie ochrony, znane jako „klif patentowy” (ang. *patent cliff*) [1]. Zjawisko to inicjuje gwałtowną zmianę dynamiki rynkowej: monopol innowatora zostaje przerwany, co otwiera drogę do konkurencji. W obszarze leków małowartościowych standardem są leki generyczne, które muszą cechować się identycznym składem i działaniem co pierwowzór [2]. Sytuacja jest jednak znacznie bardziej złożona w przypadku leków biologicznych. Ich odpowiednikami są leki bionastępcze (ang. *biosimilars*), które ze względu na skomplikowaną strukturę białkową są „podobne, ale nie identyczne” z lekiem referencyjnym. Wprowadzenie tych leków stworzyło od 2013 roku realny potencjał konkurencji rynkowej i nadzieję na zwiększony dostęp do terapii przy niższych kosztach [3].

W tym procesie kluczową rolę odgrywają biotechnolodzy. Dzięki ich wiedzy możliwe jest odtworzenie skomplikowanej biosyntezy w żywych komórkach, co pozwala na produkcję leków biologicznych stosowanych w najcięższych schorzeniach, takich jak nowotwory czy udary [4]. Choć leki te stanowią ilościowo mniejszą część rynku, generują one ponad 20% całkowitych światowych wydatków na leki [4]. W Polsce, mimo dostępności tych technologii, wciąż widoczne są nierówności w dostępie do leczenia w porównaniu z Europą Zachodnią. Barięrami są często restrykcyjne kryteria programów lekowych, a szansą na poprawę sytuacji byłoby przeniesienie części stabilnych terapii biologicznych do refundacji aptecznej [5].

Celem niniejszego opracowania jest przegląd literatury przedmiotu oraz przeprowadzenie analizy dokumentacyjnej wpływu klifu patentowego na budżet NFZ. Praca koncentruje się na wykazaniu, jak wdrożenie leków bionastępczych generuje oszczędności pozwalające na finansowanie nowych innowacji medycznych.

Z perspektywy ekonomii zdrowia, klif patentowy to dla Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) potężne narzędzie optymalizacji budżetu. Potencjał leków biopodobnych dla systemów ochrony zdrowia jest ogromny – konkurencja cenowa pozwala na drastyczne obniżenie kosztów terapii jednostkowej, co uwalnia środki na finansowanie nowych innowacji [6]. Aby w pełni wykorzystać ten mechanizm, konieczna jest edukacja i zrozumienie, że leki biologiczne bionastępcze przechodzą te same rygorystyczne badania co oryginały, gwarantując pacjentom bezpieczeństwo i skuteczność przy jednoczesnym zachowaniu stabilności finansowej publicznego płatnika [7].

Analiza finansowa polskiego systemu ochrony zdrowia w latach 2022–2026 ukazuje narastającą presję budżetową, w której innowacja medyczna staje się głównym generatorem kosztów. Programy lekowe, zdefiniowane jako świadczenia gwarantowane obejmujące terapie innowacyjnymi substancjami czynnymi niedostępnymi w standardowej refundacji [8], stanowią specyficzny obszar, w którym zjawisko *patent cliff* determinuje zdolność państwa do finansowania nowoczesnego leczenia. Zgodnie z Narodowym Rachunkiem Zdrowia za 2024 r., wydatki bieżące na ochronę zdrowia osiągnęły poziom 293,6 mld zł, co stanowi 8,0% PKB [9]. Choć jest to wzrost o ponad 20% względem roku poprzedniego, Polska wciąż znajduje się poniżej średniej krajów OECD (9–11% PKB), co wymusza na płatniku (NFZ) niezwykle precyzyjne zarządzanie dostępnymi środkami. Kluczowym trendem jest progresywna "publicyzacja" kosztów. Udział wydatków publicznych w systemie wzrósł do poziomu 77,8%, co przy jednoczesnym wzroście wartości refundacji leków na receptę do poziomu 13,3 mld zł w 2024 r. [9], pokazuje, że budżet państwa staje się głównym gwarantem bezpieczeństwa lekowego obywateli. To właśnie w programach lekowych, gdzie stosuje się zaawansowane cząsteczki biologiczne opracowane przez biotechnologów, najwyraźniej uwidacznia się tzw. zasada Pareto w farmacji. Zjawisko to polega na tym, że leki biologiczne i innowacyjne stanowią zaledwie niewielki odsetek wolumenu wszystkich opakowań leków wydawanych w Polsce, jednak odpowiadają za dominujący, nieproporcjonalnie wysoki procent całkowitych wydatków NFZ na refundację. Dynamika wzrostu kosztów w tym segmencie jest alarmująca – w ciągu ostatnich pięciu lat wydatki na programy lekowe wzrosły czterokrotnie [10].

- Wzrost kosztu jednostkowego: średni roczny koszt leczenia jednego pacjenta w programie lekowym wzrósł z 35 tys. zł do 42 tys. zł (dane na 2026 r.) [10, 11];

- Choroby rzadkie: W przypadku terapii rzadkich i ultrarzadkich, koszty te są wielokrotnie wyższe, co przy ograniczonej liczbie pacjentów drastycznie obciąża budżet.

Leki biologiczne odpowiadają obecnie za ponad 20% globalnych wydatków na leki, mimo że stosuje się je u relatywnie małej grupy pacjentów cierpiących na nowotwory czy choroby autoimmunizacyjne [4]. Sytuacja ta sprawia, że NFZ jest

zmuszony szukać oszczędności właśnie w tym obszarze poprzez wykorzystanie mechanizmu *patent cliff*. Równolegle do programów szpitalnych, gigantyczne obciążenie generuje refundacja apteczna. W okresie od grudnia 2024 do listopada 2025r. jej wartość wyniosła 15,5 mld zł (wobec 13,5 mld zł rok wcześniej) [11]. Największym wyzwaniem strukturalnym jest udział tzw. leków darmowych (grupy 65+, dzieci, kobiety w ciąży), który w ciągu dwóch lat wzrósł z 33% do aż 62% całkowitych kosztów refundacji aptecznej [11]. Seniorzy 65+ są odbiorcami 95% leków z listy refundacyjnej, co w 2025 r. kosztowało budżet 7,3 mld zł [11].

W sytuacji wzrostu kwoty refundacji przy jednoczesnym braku istotnego wzrostu liczby pacjentów (stabilizacja na poziomie 23 mln osób), Ministerstwo Zdrowia wskazuje na konieczność usunięcia nieefektywności z systemu [11]. Narzędziem do osiągnięcia tego celu jest klif patentowy. Od 1 stycznia 2026 r. na listę refundacyjną trafiło 10 pierwszych odpowiedników leków oryginalnych [10]. Wprowadzenie odpowiedników pozwala na redukcję ceny leku oryginalnego o 30% do nawet 80% w celu utrzymania się w grupie limitowej [10]. Dzięki "uwolnieniu" środków z terapii, których patenty wygasły, NFZ mógł objąć refundacją 24 zupełnie nowe terapie (w tym 9 onkologicznych i 8 w chorobach rzadkich) w 2026 roku [10]. Specjaliści podkreślają, że bez "balansu między innowacją a generyzacją", system nie byłby w stanie udźwignąć kosztów rosnącej biotechnologii przy jednoczesnym zachowaniu bezpłatnych list leków dla seniorów i dzieci [10, 11]. Klif patentowy nie jest zatem jedynie końcem monopolu firmy farmaceutycznej, ale fundamentem, na którym NFZ buduje możliwość finansowania kolejnych, jeszcze droższych przełomów medycznych, zapewniając ich powszechność i skuteczność identyczną z pierwowzorami [10].

Kluczowym wskaźnikiem efektywności zjawiska *patent cliff* jest dynamika pojawiania się na rynku leków bionastępczych. Od czasu zatwierdzenia pierwszego bionastępcy w Unii Europejskiej w 2006 roku, rynek ten przeszedł fundamentalną transformację, stając się filarem nowoczesnej polityki lekowej i głównym generatorem oszczędności dla systemów publicznych. Rozwój portfolio leków bionastępczych w Europie wykazuje tendencję wykładniczą. Według najnowszego raportu Komisji Europejskiej, o ile w 2016 roku na 28 rynkach europejskich dostępnych było jedynie 30 takich produktów, o tyle w 2020 roku liczba ta wzrosła do 91, osiągając w 2024 roku poziom co najmniej 134 zatwierdzonych produktów bionastępczych [12].

Sytuacja w Polsce odzwierciedla ten ogólnoeuropejski trend, choć z pewnym opóźnieniem względem liderów unijnych. Z danych porównawczych wynika, że w 2013 roku Polska dysponowała zaledwie kilkoma częsteczkami bionastępczymi, podczas gdy w 2024 roku na polskim rynku dostępnych jest już 35 leków bionastępczych [12]. Dla porównania, w tym samym okresie Niemcy dysponowały 81 takimi produktami, a Francja 65, co pokazuje, że Polska plasuje się obecnie w środkowej części zestawienia europejskiego [12].

Wzrost znaczenia bionastępców widać wyraźnie w statystykach sprzedaży. Ogólny udział leków bionastępczych w całkowitym wolumenie sprzedaży leków biologicznych w Europie wzrósł z poziomu poniżej 5% w 2015 roku do 41% w 2024 roku [12]. Raport AUGMENT wskazuje, że mimo tego wzrostu, w wielu krajach

wykorzystanie bionastępców w niektórych grupach terapeutycznych wciąż pozostaje poniżej optymalnego poziomu, co sugeruje istnienie niewykorzystanego potencjału oszczędności [12].

Z punktu widzenia ekonomii zdrowia, najważniejszym parametrem jest zdolność leków bionastępczych do obniżania bariery wejścia do nowoczesnych terapii. Szacuje się, że faktyczne wykorzystanie bionastępców w 27 krajach Europy przyniosło do 2024 roku oszczędności przekraczające 13 miliardów euro [12]. Wejście bionastępców na rynek doprowadziło do znaczącej poprawy relatywnej przystępności cenowej substancji biologicznych w stosunku do PKB w większości analizowanych krajów europejskich [12]. Raport końcowy projektu AUGMENT (2025) podkreśla, że budowanie potencjału dla absorpcji leków bionastępczych wymaga podejścia wieloaspektowego. Zwrócono uwagę, że kluczowe dla dalszego rozwoju rynku jest wdrażanie polityk zachęt dla lekarzy (np. kwoty przepisywania leków biopodobnych) oraz edukacja pacjentów w celu zwiększenia zaufania do zamienników biologicznych [12]. Dla Polski oznacza to konieczność optymalizacji systemów przetargowych, aby nie tylko zwiększać liczbę dostępnych produktów, ale przede wszystkim ich realne wykorzystanie w praktyce klinicznej, co jest jedyną drogą do zniwelowania różnic w dostępie do leczenia względem Europy Zachodniej [12].

Kluczowym dowodem na skuteczność ekonomiczną zjawiska *patent cliff* w polskim systemie ochrony zdrowia jest analiza cenowa leków biologicznych przed i po wejściu konkurencji bionastępczej. Najbardziej reprezentatywnym przykładem tej transformacji jest adalimumab – przeciwciało monoklonalne stosowane w leczeniu m.in. reumatoidalnego zapalenia stawów oraz choroby Leśniowskiego-Crohna. Analizując oficjalne obwieszczenia Ministra Zdrowia, można zaobserwować spadek kosztów nabycia tej substancji przez podmioty lecznicze:

- Stan na luty 2017 r.: Według rozporządzenia/obwieszczenia z dnia 23 lutego 2017 r., lek oryginalny (Humira) kosztował 4 155,84 zł za jedno opakowanie. W tamtym okresie, ze względu na wysoką cenę, dostęp do terapii był limitowany surowymi kryteriami administracyjnymi;

- Stan na styczeń 2026 r.: Po wygaśnięciu ochrony patentowej i wprowadzeniu na listy refundacyjne odpowiedników bionastępczych, cena leku bionastępczego (np. Yuflyma) spadła do poziomu 1 036,80 zł.

Oznacza to spadek ceny o ponad 75% w skali niespełna dekady. Jest to przykład spadku ceny wywołanej przełamaniem monopolu. Zjawisko to ma bezpośrednie przełożenie na strukturę wydatków NFZ. Mechanizm refundacji nowoczesnych terapii w Polsce opiera się na tzw. Programach Lekowych [13]. Dzięki temu, że jednostkowy koszt dawki adalimumabu spadł czterokrotnie, NFZ mógł podjąć dwie kluczowe decyzje ekonomiczne:

- 1) Przy tym samym budżecie można obecnie objąć leczeniem czterokrotnie większą grupę chorych niż w 2017 roku;

- 2) Oszczędności wygenerowane na cząsteczkach, które "spadły z klifu", pozwalają na finansowanie zupełnie nowych, innowacyjnych cząsteczek w innych obszarach onkologii i immunologii, zgodnie z wykazem publikowanym przez Ministerstwo Zdrowia [13].

Pomimo sukcesów w obniżaniu cen jednostkowych, polski system ochrony zdrowia wciąż boryka się z problemem ograniczonej dostępności nowoczesnych terapii w porównaniu do innych krajów UE. Jak wskazuje PZPPF, pacjenci w Polsce mają dostęp do znacznie węższego katalogu leków biologicznych niż ich sąsiedzi z Europy Zachodniej [14]. Głównym wyzwaniem pozostają restrykcyjne kryteria programów lekowych, które sprawiają, że leczenie biologiczne jest często traktowane jako ostateczność, a nie standard. Rozwiązaniem ekonomicznym byłoby przeniesienie stabilnych terapii biologicznych do refundacji aptecznej, co zwiększyłoby egalitarność opieki zdrowotnej [14].

Klif patentowy oraz wprowadzenie leków bionastępczych stanowią kluczowy mechanizm optymalizacji budżetu NFZ, pozwalający na redukcję kosztów jednostkowych terapii nawet o 80%. Dzięki drastycznym oszczędnościom na cząsteczkach, które utraciły ochronę rynkową, płatnik publiczny zyskuje środki na finansowanie najnowocześniejszych przełomów medycznych w onkologii i chorobach rzadkich. Efektywne wykorzystanie tego zjawiska jest niezbędne do zniwelowania barier w dostępie do leczenia i zapewnienia stabilności polskiego systemu ochrony zdrowia.

Lista wykorzystanych źródeł

1. Potkay, C., Gutierrez, G. D., Ferrante, G. B., Staines, D., Uitto, O. D., & Romeo, E. T. (2025). *Patents and intellectual property in drug discovery*. Reference Module in Chemistry, Molecular Sciences and Chemical Engineering. Elsevier.
2. U.S. Food & Drug Administration (FDA). *Generic Drug Facts: Generic Drugs Work the Same as Brand-Name Drugs*. fda.gov.
3. Pentek, M., Zrubka, Z., & Gulacsi, L. (2017). *Economic Impact of Biosimilars in Immune-Mediated Inflammatory Diseases*. *Current Pharmaceutical Design*, 23(44), 6770–6778.
4. Świerczyński, M. (red.), Lenarczyk, P. (2016). *Biologiczne produkty lecznicze. Aspekty prawne*. Wolters Kluwer, Warszawa.
5. Obarska, I. (2022). *Nierówności w dostępie do leczenia biologicznego w chorobach autoimmunizacyjnych w Europie. Refundacja apteczna szansą na poprawę efektywności leczenia w Polsce*. PZPPF, Warszawa.
6. Raport (2016). *Potencjał leków biopodobnych dla systemów ochrony zdrowia*. producencilekow.pl.
7. Materiały edukacyjne. *Leki Biologiczne*. producencilekow.pl.
8. Ministerstwo Zdrowia. *Programy lekowe – informacje ogólne*. gov.pl.
9. GUS. *Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2022-2024*. stat.gov.pl.
10. Ministerstwo Zdrowia. *Komunikat: Nowa lista leków refundowanych od 1 stycznia 2026 r. – Dane o wydatkach i nowych terapiach*. gov.pl (marzec 2026).
11. Rynek Zdrowia. *Koszty refundacji leków coraz droższe, a korzystających z niej nie przybywa*. rynekzdrowia.pl (styczeń 2026).
12. Komisja Europejska: Europejska Agencja Wykonawcza ds. Zdrowia i Cyfryki, Vogler, S., Walter, M., Knoll, V. i Habimana, K., *Budowanie potencjału w celu wsparcia absorpcji leków biopodobnych w podejściu wieloaspektywnym* –

AUGMENT biopodobne – Raport z badania końcowego, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, 2025, <https://data.europa.eu/doi/10.2925/2261232>

13. Ministerstwo Zdrowia, *Programy lekowe*, dostęp online: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/programy-lekowe> (dostęp: marzec 2026).

14. PZPPF. *PZPPF utworzyło sekcję „Leki Biologiczne dla Polski”*. <https://www.google.com/search?q=chpl.com.pl> (dostęp: marzec 2026).

О. В. Басва,
*доктор біологічних наук, професор,
завідувач кафедри громадського здоров'я та мікробіології;
ПВНЗ «Київський медичний університет», м. Київ*

СТРАТЕГІЧНЕ УПРАВЛІННЯ В МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ: ВПЛИВ НА ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛЕЙ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Стратегічне управління – це систематичний процес, в основу якого покладено фундаментальні принципи, які формують довгострокові цілі та досягнення візій організацією [1, с. 298]. У керівників закладів охорони здоров'я виникають труднощі щодо розробки та впровадження стратегічних ініціатив для досягнення основних цілей закладу, особливо в умовах реформування системи охорони здоров'я та низки невизначеностей, які надають непередбачувані наслідки воєнного стану. Повномасштабне вторгнення у лютому 2022 року негативно позначилося на виробничому потенціалі: завдало руйнівного впливу на фізичну інфраструктуру; вплинуло на демографічну структуру, внаслідок збільшення частки смертей працездатного населення та значних міграційних процесів, підірвало людський капітал та спричинило зниження інвестицій. В останні чотири роки система охорони здоров'я України функціонує в умовах екстремального тиску: численні пошкодження закладів охорони здоров'я; погіршення доступу до медичної допомоги, особливо в прифронтових регіонах країни [2, с.31]. Спостерігається збільшення кількості осіб з серцево-судинною та онкологічною патологією, з кожним місяцем збільшується чисельність людей з ампутаціями та іншими травмами, спричиненими військовою агресією, проте доступність медичної допомоги з протезування та ортопедії вкрай недостатня. Другою проблемою, викликаною війною, постає зростання потреби у психологічній допомозі як серед військових, так і серед мирного населення [3]. Вищезазначені проблеми, які повстали перед сучасною системою охороною здоров'я України, потребують перед кожним закладом охорони здоров'я постійного проведення аналізу швидкозмінного стану зовнішнього середовища та корегування стратегічних планів.

Стратегічне управління не є новітнім методом управління в сфері охорони здоров'я, проте частіше використовується на рівні державного управління у вигляді концепцій або прийнятих державою нормативно-правових актів.

Наприклад, у 2024 році в Україні набув чинності Закон «Про подолання туберкульозу», а міські громади розробляють, затверджують та впроваджують стратегічні багаторічні цільові Програми протидії захворюванню на туберкульоз. Ситуація з впровадженням в систему управління медичним закладом стратегічного менеджменту значно гірша.

Основна проблемою стратегічного менеджменту в сфері охорони здоров'я полягає у визначенні бажаного майбутнього стану для складного середовища сильно залежить від зовнішніх та внутрішніх непередбачуваних факторів та ризиків, властивих охороні здоров'я [4, с.52]. Зовнішні фактори включають нові нормативно-правові акти, прийняті у зв'язку з реформуванням системи охорони здоров'я та євроінтеграційними процесами, форс мажори, пов'язані з військовою російською агресією, спалахи захворювань або епідемії та пандемії, міжнародні біоетичні меморандуми про конфіденційність інформації або прийняття та затвердження нових клінічних протоколів. Внутрішні фактори включають інноваційні медичні та біотехнологічні технології, людські ресурси, фінанси, інфраструктуру та корпоративні рішення.

Формування стратегічного мислення та гнучкості може бути складним завданням для керівників закладів охорони здоров'я з базовою медичною освітою. Керівництво медичного закладу має забезпечити зв'язок між організаційною структурою та обраною стратегією розвитку. Структури включають мережі та взаємозв'язки або інтерфейси всередині організаційних секторів, а також інтерфейси із зовнішніми організаціями та партнерами. Ці інтерфейси існують між виконавчою політикою, місцевими організаціями та постачальниками послуг першої лінії. Ці рівні забезпечують стабільність, проникність, контроль, прозорість цілей та обмін знаннями [5, с.191]. Сила полягає в критичному зв'язку цих мереж з корпоративним порядком денним, який протікає через організацію.

Для формування ефективного стратегічного менеджменту в медичних закладах, стратегічні плани мають бути логічними, поетапними але гнучкими, відповідати систематичному процесу та загальній системі реформування системи охорони здоров'я в країні. Стратегія також вимагає сили, що походить від організаційних структур та здатності використовувати зв'язки між вузлами мережі багатoproфільного лікувально-профілактичного закладу з метою впорядкування для колективної роботи в процесі прийняття рішень.

Таким чином, стратегічне управління медичним закладом можна пояснити як складний, але прорахований план, який залежить від численних внутрішніх та зовнішніх факторів. Рухомі частини медичного закладу працюють разом для досягнення спільної стратегічної мети. Ризик невиконання або недосягнення мети може мати несприятливі наслідки та нести потенційну шкоду процесу надання медичної допомоги, а також її якості. Стратегія медичного закладу має бути систематичною, мати чіткий напрямок, бути гнучкою до змін та узгоджуватися з пріоритетами як закладу, так і суспільства в цілому.

Список використаних джерел

1. Thompson, A. A., Strickland, A. J., & Thompson, J. Strategic management. 1999. New York, NY.
2. Фінансування системи охорони здоров'я в Україні: реформа, стійкість і відновлення. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ. 2024. Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO URL: <http://apps.who.int/iris>
3. Захаров О. Криза охорони здоров'я в Україні: виклики, руйнування та парадоксальна статистика. Humanitarian Media Hub. 2025. URL: <https://hmh.news/tag/vooz/>
4. Willie, M. M. Strategies for enhancing training and development in healthcare management. *Advances in Human Resource Management Research*. 2025. №3(1). P. 44-59.
5. Price C. , Green W. & Suhomlinova O. Twenty-five years of national health IT: exploring strategy, structure, and systems in the English NHS. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2018. № 26(3). P. 188-197.

Є. О. Бідула,
*здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти,
ОП «Менеджмент медичних закладів»;
науковий керівник:*
О. В. Баєва,
*доктор біологічних наук, професор,
завідувач кафедри громадського здоров'я;
ПВНЗ «Київський медичний університет», м. Київ*

АТРИБУТИ МОТИВАЦІЇ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ В УМОВАХ ТРАНСФОРМАЦІЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Надання медичної допомоги є трудомістким процесом, який безпосередньо впливає на ефективність роботи лікарів та середнього медичного персоналу. Підвищення продуктивності праці зумовлене позитивно мотивованими працівниками. Кожна людина має унікальні потреби та бажання, які потребують задоволення. Соціальні, культурні та професійні фактори впливають на поведінку працівників, тому мотивація медичних працівників відображається в їхній поведінці на робочому місці та впливає на якість надання медичної допомоги, результати та ефективність діяльності закладів охорони здоров'я.

Низький рівень мотивації медичних працівників до роботи є критичним викликом для системи охорони здоров'я країн. Опитування міністерств охорони здоров'я багатьох країн показало, що низька мотивація вважається другою за важливістю проблемою медичних працівників після дефіциту медичного персоналу [1].

Для будь-якої організації охорони здоров'я вкрай важливо знати про благополуччя своїх працівників, щоб вони могли надавати високоякісну допомогу пацієнтам закладу. Фактично, персоналу лікарень важко задовольнити потреби своїх пацієнтів, якщо їхні особисті потреби не задоволені.

Розуміння атрибутів, що сприяють мотивації, може допомогти адміністраціям лікарень краще керувати своєю організацією щодо якості роботи працівників, ефективності, плинності кадрів та продуктивності.

Управління персоналом на сьогодні є однією з найбільш важливих функцій менеджменту медичних закладів, що здатна підвищувати їх ефективність. Будучи цілеспрямованою та систематичною функцією менеджменту медичного закладу, управління персоналом безпосередньо спрямоване на лікарів та середній медичний персонал, відповідно до вимог національної системи охорони здоров'я та конкретного медичного закладу. Серед критеріїв, що характеризують ефективну систему управління персоналом можна виділити наступні: орієнтація на стратегію управління, стимулювання праці персоналу, активна участь в системі управління, узгодженість дій та їх відпрацювання, надійність моделей і процедур праці [2, с. 139].

У процесі оптимізації управління персоналом насамперед керівник медичного закладу повинен приділяти увагу системі мотивації персоналу. До

мотивації персоналу можна віднести цілу низку складових, а саме мотивацію трудової діяльності, тобто спонукання персоналу до ефективної трудової діяльності, що забезпечує необхідні винагороди і задовольняє наявні потреби, мотивацію стабільної та продуктивної зайнятості, мотивацію розвитку медичного персоналу, формування його особистого бренду поряд із зростанням бренду закладу охорони здоров'я.

Найважливішим критерієм мотивації є тип впливу, який може бути як прямим, так і непрямим. До прямого типу мотивації медичних працівників відносяться: пряма матеріальна мотивація (система оплати праці, премії, фінансові винагороди, грошові заохочення); непрямі матеріальна мотивація або соціальний пакет; нематеріальна мотивація [3, с. 13].

Непряма мотивація не передбачає вплив на певного працівника, але проведені заходи повинні стимулювати його інтерес до праці та давати почуття задоволення від виконаної роботи.

Окрім прямого і непрямого типу мотивації в медичному закладі для оптимізації роботи медичного персоналу можуть застосовуватись інші типи, а саме: соціальна мотивація – працівник знає, що він частина колективу чи команди, і тому від нього також залежить результат, здоров'я пацієнта; психологічна мотивація – на кожного працівника впливає атмосфера, яка панує в колективі та є одним із головних стимулів надання медичної допомоги; кар'єрна та освітня мотивація.

Застосування всіх вищезазначених типів мотивації медичного персоналу є складовою кадрового менеджменту закладу охорони здоров'я.

Мотивація медичного персоналу в сучасному складному середовищі вимагає не лише підвищення заробітної плати. Для підтримання морального духу та продуктивності праці важливе значення має збалансоване поєднання фінансових та нефінансових стимулів, включаючи емоційну підтримку, визнання, професійне зростання та належні умови праці [4, с. 129]. Лідерство відіграє ключову роль у формуванні культури підтримки та профілактиці професійного вигорання, особливо в умовах війни або високого хронічного стресу. Хоча універсальної моделі, яка підходить для всіх випадків, не існує, найефективнішими стратегіями мотивації є ті, що є адаптивними, враховують контекст і ґрунтуються як на теорії, так і на практиці. Триваюча трансформація системи охорони здоров'я в Україні дає можливість впроваджувати на рівні медичного закладу інтегровані моделі.

Список використаних джерел

1. Mathauer I, Imhoff I. Health Worker Motivation in Africa: the Role of Non-Financial Incentives and Human Resource Management Tools. Human Resources for Health. 2006. № 4(24) DOI: 10.1186/1478-4491-4-24
2. Климчук А. О. Мотивація персоналу як складова ефективного управління підприємством. Вісник соціально-економічних досліджень. 2016. Вип.1, № 60. С.135-141
3. Особливості мотиваційної діяльності медичних працівників охорони

здоров'я, шляхи оптимізації: методичні рекомендації / Укл. В.В. Чорна, Н.Д. Корольова, О.А. Серебреннікова, Н.І. Гуменюк, В.М. Махнюк, М.В. Матвійчук та ін. Вінниця : ТВОРИ, 2022. 44 с.

4. Романенко С. В., Марчук І. А., Жарлінська Р. Г. Стратегії покращення мотивації медичного персоналу в державних медичних установах. Інвестиції: практика та досвід. 2025. № 5. С. 125–132.

Ю. В. Бондарчук,

*здобувач другого (магістрант) рівня вищої освіти,
ОПП «Менеджмент медичних закладів»;*

науковий керівник:

О. В. Басва,

*доктор біологічних наук, професор,
завідувач кафедри громадського здоров'я та мікробіології;
ПВНЗ «Київський медичний університет», м. Київ*

ПРАКТИКИ ЕТИКО-ПРАВОВОЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ МЕНЕДЖМЕНТУ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

Медична етика розглядає стандарти поведінки та моральні принципи, що визначають, як фахівці мають діяти у різних ситуаціях [5, с. 6]. Для менеджменту медичних закладів важливо усвідомлювати, що такі заклади є соціальними підприємствами з економічним виміром, а керівники виступають моральними агентами, які несуть відповідальність за наслідки невиконання чи зловживань щодо пацієнтів та персоналу [1, с. 73]. Основоположними етичними принципами є автономія, благодіяння, ненашкодження, справедливість і правдивість, що забезпечують пацієнтоцентричний підхід та високу якість медичної допомоги. Їх доповнюють чесноти – вірність довірі, співчуття, обачність, справедливість, інтегритет і самозречення, на яких ґрунтується етичне лідерство [5, с. 6].

Етична культура в системі управління потребує формування етичних комітетів, постійного навчання персоналу та ефективних механізмів вирішення конфліктів інтересів. Рішення Ради національної безпеки і оборони України від 20.08.2021 р. визначає необхідність впровадження індикаторів якості первинної медичної допомоги та системи моніторингу надання послуг, що повинно супроводжуватися дотриманням етичних та деонтологічних норм [5, с. 3]. Таким чином, медична етика є фундаментом для прийняття управлінських рішень та визначає цінності, на яких будується взаємодія між керівником, персоналом і пацієнтами.

Діяльність медичних закладів регулюється Конституцією України, Основами законодавства України про охорону здоров'я та іншими нормативними актами.

Правовий статус медичних працівників передбачає можливість притягнення до дисциплінарної, цивільно-правової, адміністративної та

кримінальної відповідальності. Наукові дослідження підкреслюють, що дисциплінарна відповідальність настає за порушення трудового законодавства, цивільно-правова – за порушення майнових і немайнових прав пацієнтів, адміністративна – за правопорушення, передбачені Кодексом України про адміністративні правопорушення, а кримінальна – за злочини проти життя та здоров'я людини [3, с. 146].

Кодекси етичної поведінки персоналу закладів охорони здоров'я формують внутрішні стандарти чесності, професіоналізму, підконтрольності та підзвітності [4]. Працівники мають діяти на підставі Конституції та законів України, сумлінно виконувати посадові обов'язки, забезпечувати раціональне використання ресурсів, дотримуватись високої культури спілкування та захищати конфіденційні дані [4]. Важливим є запобігання корупції та дотримання ліцензійних і акредитаційних вимог для закладів охорони здоров'я.

Крім того, нормативно-правове поле містить рішення щодо впровадження індикаторів якості, модернізації системи інтернатури та ліцензування, що сприяє підвищенню якості медичної допомоги та посилює відповідальність керівників за прийняття управлінських рішень [5, с. 3].

Соціальна відповідальність медичних закладів спрямована на забезпечення балансу між економічними результатами та суспільними очікуваннями. Вона включає ініціативи, які покращують якість надання медичних послуг та взаємодію з громадою: доступність і справедливі тарифи, етичну поведінку, гарантування безпеки, екологічну стійкість, прозорість і співпрацю з громадськістю [2, с. 1]. Соціальна відповідальність є органічною складовою діяльності медичних закладів і повинна відображатися в їхній місії та стратегії.

Основні аспекти етики в медицині – компетентність, конфіденційність, повага до пацієнтів, інформована згода, викорінення неетичної поведінки та відповідальність – мають бути інтегровані в систему соціальної відповідальності [2, с. 1]. Аналіз думок керівників та медичних працівників засвідчує, що навіть несвідомі дії персоналу часто відповідають принципам соціальної відповідальності; підвищення рівня знань менеджерів щодо сучасних інструментів соціальної відповідальності сприятиме підвищенню ефективності та іміджу закладів охорони здоров'я [2, с. 1].

Менеджмент медичних установ має реалізовувати соціальні програми, підтримувати громаду у кризових ситуаціях, розвивати партнерство з благодійними організаціями та волонтерами, впроваджувати енергоощадні та екологічні рішення, а також забезпечувати прозорість фінансової діяльності. Залучення пацієнтів і громадськості до оцінювання якості послуг та прийняття управлінських рішень підвищує рівень довіри і допомагає формувати позитивну репутацію закладу.

Список використаних джерел

1. Кічула М. Я., Паласюк Б. М., Кічула В. М. Пацієнтоорієнтоване лідерство в управлінні лікарнею: етична відповідальність і стратегічні ролі

медичних працівників. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2025. № 1. С. 73–77.

2. Ліпич Л. Соціальна відповідальність працівників закладів охорони здоров'я в контексті сталого розвитку. *Академічні візії*. 2024. С. 1–9.

3. Шевців М. Загальні аспекти юридичної відповідальності медичних працівників за законодавством України. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Право»*. 2024, Вип. 85(1). С. 146–152.

4. Кодекс етичної поведінки працівників КНП «Гніванський центр первинної медико-санітарної допомоги». Затверджено головним лікарем КНП «Гніванський ЦПМСД», 2019. URL: <https://gnivan.cpmsd.org.ua/kodeks-etichnoi-povedinki-vchiteliv-15-45-42-13-09-019/#:~:text=5>

5. Сорока, І. С. Етико-деонтологічні аспекти в управлінні якістю роботи закладів охорони здоров'я = Ethical and deontological aspects in quality management of healthcare institutions: магістерська робота ; спец. 073 "Менеджмент". Миколаїв : НУК, 2021. 70 с.

Б. С. Гаврилишин,
здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти,
ОП «Менеджмент медичних закладів»;
ПВНЗ «Київський медичний університет», м. Київ

ПЛАНУВАННЯ ЯК ФУНКЦІЯ УПРАВЛІННЯ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Планування охорони здоров'я вимагає базового розуміння функціонування системи охорони здоров'я в певній країні. У будь-якій системі охорони здоров'я є три важливі елементи, які є тісно взаємозалежними, а саме: громада, система надання медичних послуг та середовище, в якому функціонують перші два елементи.

Планування – це систематичний процес визначення та уточнення бажаних майбутніх цілей, окреслення відповідних напрямків дій та визначення ресурсів, необхідних для їх досягнення.

Планування в системі охорони здоров'я повинно бути спрямоване на покращення стану здоров'я певної групи населення, забезпечуючи при цьому рівність та справедливість доступу, а також реагування системи охорони здоров'я на потреби громади. План охорони здоров'я повинен досягати цієї мети шляхом надання ефективних та результативних медичних послуг, враховуючи наявні ресурси та наявні засоби та методи медичного обслуговування [1, с.141].

До них належать: перетворення «нової» заяви про політику охорони здоров'я на план дій; перетворення «генерального плану», такого як національний план, на районний план; перепланування на основі вже існуючого плану з метою перегляду існуючих проблем та потреб у сфері охорони здоров'я та надання послуг, які є більш ефективними та результативними; виникнення

нової проблеми зі здоров'ям, наприклад, СНІДу та вірусу Еболи, або повторна поява/відродження відомої проблеми зі здоров'ям, наприклад, туберкульозу та малярії, що може вимагати спеціальної стратегії або програми; дотримання необхідних стандартів та досягнення поставлених цілей; економія наявних ресурсів фінансових та людських ресурсів; забезпечення скоординованих зусиль та дій.

Планування в системі охорони здоров'я має передбачати: регіональні плани охорони здоров'я, розраховані на один рік. Такі плани називаються річними планами. Іноді район може мати плани, які виходять за межі одного року та охоплюють 2-3 роки. Також мають формуватися оперативні плани та перспективні бюджети, також відомі як середньострокові плани. Інший тип горизонту планування – це коли план охоплює період, що перевищує 3 роки, скажімо, до 5 років. Це називається довгостроковим планом.

Основними членами команди регіону з планування охорони здоров'я можуть бути: районний спеціаліст з планування та/або його технічний представник; члени Департаменту охорони здоров'я районної або міської адміністрації; представники громади та користувачі медичних послуг: пацієнти, юридичні особи, страхові компанії; представники закладу охорони здоров'я регіону.

Планування на основі доказової медицини підкреслює важливість використання місцевих даних або інформації, доступної в районі. Команда планування охорони здоров'я району повинна аналізувати та використовувати існуючі дані в процесі планування, наприклад, дані з Інформаційної системи управління охороною здоров'я.

Планування Програм з охорони здоров'я на регіональному рівні має передбачати процеси делегування планування та впровадження. Керівники та/або особи, відповідальні за районні медичні заклади (диспансер, медичний центр та лікарня) повинні бути ключовими гравцями в процесі планування та відповідати за виконання своїх планів охорони здоров'я та бюджетів [2, с.187].

Регіональні програми з зменшення захворюваності в регіоні мають формуватися та впроваджуватись у тісній співпраці з громадами, щоб надати останнім механізми для участі у визначенні пріоритетів. Слід запровадити різноманітні механізми зворотного зв'язку, щоб забезпечити, що система охорони здоров'я в цілому реагує на потреби громади, пацієнтів та клієнтів.

Список використаних джерел

1. Алькема В., Діденко В. Планування стратегічного управління організаціями, закладами охорони здоров'я в сучасних умовах. Вчені записки Університету «КРОК», 2024. №1(73), 139–146. DOI: 10.31732/2663-2209-2024-73-139-146

2. Криничко Л.Р. Державне управління системою охорони здоров'я в умовах реформування: проблеми теорії та методології: монографія. Житомир: Вид. О.О. Євенок, 2020. 320 с

Т. І. Гичка,
*здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти,
ОП «Менеджмент медичних закладів»;
ПВНЗ «Київський медичний університет», м. Київ*

ПІДПРИЄМНИЦЬКІ СТРАТЕГІЇ В КОНКУРЕНТНОМУ СЕРЕДОВИЩІ МЕДИЧНОГО БІЗНЕСУ

У новому конкурентному середовищі медичного бізнесу підприємницькі стратегії стають дедалі важливішими як для нових, так і для вже існуючих підприємств. Наприклад, через зростання динаміки навколишнього середовища та посилення глобальної конкуренції, підприємства, незалежно від їхнього віку чи розміру, змушені розробляти більше підприємницьких стратегій, щоб конкурувати та виживати. Вважається, що ці підприємницькі стратегії пов'язані з кращою продуктивністю та ефективністю діяльності медичного закладу. Вони спрямовані на виявлення можливостей та їх розвиток в напрямку конкурентних переваг. Саме тут перетинаються галузі підприємництва та стратегічного управління в медичному бізнесі.

Обидві академічні галузі зосереджені на процесі адаптації до змін та використання новітніх можливостей. Незважаючи на цю спільну спрямованість, вони розвивалися значною мірою незалежно одна від одної. Нещодавно вчені закликали до інтеграції двох галузей підприємництва та бізнесу [1, С. 32].

Потреба в інтеграції виникає, оскільки стратеги, з одного боку, потрібно використовувати ресурси для реалізації можливостей (здебільшого за невизначених умов), а підприємці, з іншого боку, повинні включати стратегічну перспективу у своє планування та дії.

У часи зростаючої невизначеності та швидкості змін виникають як нові загрози, так і нові можливості. Виявлення та використання цих можливостей є суттю підприємництва, тоді як сутність стратегічного управління полягає в тому, як ці можливості можна перетворити на стійкі конкурентні переваги.

Обидва напрями займаються створенням цінності, визнаючи це основною організаційною метою. Підприємницькі дії та стратегічні дії можуть сприяти створенню цінності незалежно, але вони можуть зробити ще більший внесок, коли вони інтегровані. Дійсно, пошук підприємницьких можливостей в сфері охорони здоров'я є водночас і стратегічною поведінкою з метою створення цінності. Центральним інтересом дослідників у стратегічному менеджменті є пояснення відмінностей між підприємствами у створенні ними вартості – інтерес, який дедалі більше поділяють і дослідники в галузі підприємництва в сфері охорони здоров'я.

Окрім «класичних» змінних, що описують підприємництво, таких як характеристики та мотивації підприємців, багато авторів надають перевагу більшому акценту на організаційних та стратегічних змінних [2, С. 432].

Інтеграція різних поглядів є ключем до більш плідних досліджень у підприємстві, і зокрема називають стратегічний менеджмент найперспективнішою галуззю для інтеграції в дослідження підприємства.

Позитивні результати такої інтеграції можна спостерігати в реальному бізнес-житті, де підприємницькі медичні та стоматологічні практики більш схильні до впровадження стратегічного управління, ніж більш стабільні заклади охорони здоров'я державної та комунальної форм власності, які за своєю природою є більш консервативними.

Підприємництво та стратегічний менеджмент зробили свій унікальний та цінний внесок у теорію менеджменту. Хоча їхні фокуси відрізняються, обидва неминуче взаємопов'язані та часто доповнюють один одного, проте ці дві галузі насправді навіть нероздільні, утворюючи дві сторони однієї медалі, оскільки результати досліджень однієї не можна повністю зрозуміти без іншої.

Список використаних джерел

1. Meyer, G. D., Neck, H. M., & Meeks, M. D. The Entrepreneurship-Strategic Management Interface. In M. A. Hitt, R. D. Ireland, S. M. Camp & D. L. Sexton (Eds.), *Strategic entrepreneurship: Creating a new mindset* Oxford: Blackwell. 2002. P. 19- 44.
2. Entrialgo, M., Fernández, E., & Vázquez, C. J. Linking entrepreneurship and strategic management: evidence from Spanish SMEs. *Technovation*, 2000. № 20(8), 427-436.

С. П. Іващенко,
*здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти,
ОП «Менеджмент медичних закладів»;
науковий керівник:*
О. В. Баєва,
*доктор біологічних наук, професор,
завідувач кафедри громадського здоров'я;
ПВНЗ Київський медичний університет, м. Київ*

ОПТИМІЗАЦІЯ БІЗНЕС-ПРОЦЕСІВ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ ШЛЯХОМ ВПРОВАДЖЕННЯ CRM-СИСТЕМ В ТОВ «IDC»

У сучасних умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні приватні медичні заклади стикаються з унікальним викликом: необхідністю балансувати між етичними імперативами надання якісної допомоги та економічними реаліями прибуткового бізнесу. Для клініки ТОВ «IDC», яка має значну базу пацієнтів, але потерпає від низького рівня внутрішнього менеджменту, впровадження CRM-системи (Customer Relationship Management) стає не просто технічним оновленням, а фундаментальним стратегічним інструментом. CRM-система дозволяє трансформувати «сирі» дані про візити у дієві управлінські рішення, оптимізуючи кожен етап «шляху пацієнта».

Синергія МІС та CRM передбачає побудову єдиного цифрового контуру.

Важливо розрізняти функції медичної інформаційної системи (МІС) та CRM, хоча їх синергія є критичною для управління ефективністю.

- МІС фокусується на організації клінічного процесу: веденні електронних медичних карток, обліку маніпуляцій та взаємодії з eHealth.

- CRM спрямована на збільшення продажів, маркетингову аналітику та персоніфіковану комунікацію з пацієнтами.

Для ТОВ «IDC» оптимальним рішенням є впровадження комплексної системи «2 в 1» (наприклад, таких як Doctor Eleks, ІМЕД або Medcenter+), що дозволяє автоматизувати як клінічні, так і адміністративні бізнес-процеси. Це усуває проблему «хаосу в документації», що була визначена як слабка сторона закладу.

Оптимізація комунікацій та управління пацієнтотоком є одним із найбільш відчутних результатів впровадження CRM є автоматизація взаємодії з клієнтами. Зокрема, вона передбачає:

- Зниження рівня нез'явлень (No-show Rate). Високий показник «No-show» призводить до простою дороговартісного обладнання та професійного часу лікарів. Використання CRM для автоматичних СМС-нагадувань та сповіщень у месенджерах дозволяє знизити цей показник нижче 5%, що запобігає втратам доходу.

- Персоніфікацію та повторні візити до клініки. CRM дозволяє сегментувати базу пацієнтів за віком, історією лікування та вподобаннями. Для стоматології це можливість автоматично нагадувати пацієнтам про необхідність

професійної гігієни через 6 місяців, що безпосередньо впливає на показник LTV (Life Time Value) – пожиттєву цінність клієнта.

- Аналітику та підвищення якості менеджменту в стоматологічній клініці.

Слабка ланка ТОВ «IDC» – внутрішній менеджмент – долається через вбудовані інструменти звітності CRM-систем. *Зокрема:*

- Контроль завантаженості кабінетів: Система в реальному часі показує «вузькі місця» у розкладі, дозволяючи адміністраторам оперативно заповнювати вільні часові слоти.

- Моніторинг NPS (Net Promoter Score): CRM автоматизує збір відгуків після прийому. Показник NPS вище 45 вважається ознакою сильної лояльності пацієнтів. Оскільки професіоналізм лікарів IDC є сильною стороною, цифровізація відгуків дозволить використовувати цей ресурс для залучення нових пацієнтів через механізм «соціального доказу».

Відповідність стандартам ISO 9001:2015 через автоматизацію передбачає впровадження CRM є кроком до сертифікації за стандартом ISO 9001:2015, що було запропоновано у SWOT-аналізі як можливість для розвитку. Стандарт вимагає процесного підходу та орієнтації на замовника. *Автоматизація через CRM забезпечує:*

1. Чіткий розподіл відповідальності: кожна дія (запис, дзвінок, оплата) фіксується в системі за конкретним працівником.

2. Зменшення адміністративних помилок: чітке документування знижує ризики втрати даних.

3. Прийняття рішень на основі фактів: аналітика CRM замінює суб'єктивні відчуття керівництва об'єктивними цифрами.

Таким чином, впровадження CRM-системи у ТОВ «IDC» дозволить перетворити існуючу значну базу пацієнтів на активний ресурс росту прибутковості. Оптимізація бізнес-процесів через цифровізацію комунікацій, автоматизацію звітності та впровадження стандартів обслуговування нівелює слабкі сторони менеджменту та створює фундамент для сталого розвитку в умовах високої конкуренції. Успіх клініки у 2025–2026 роках залежав від здатності керівництва ТОВ «IDC» інтегрувати високий професіоналізм лікарів у системну цифрову модель управління.

Список використаних джерел

1. ДСТУ ISO 9001:2015 (ISO 9001:2015, IDT). Системи управління якістю. Вимоги. Київ : ДП «УкрНДНЦ», 2016. 22 с.

2. Kotenko S., Kobushko Ia., Heiets I., Rusanov O. KPI Model Impact on Employee Motivation and Competitiveness of Private Healthcare Facilities. *Health Economics and Management Review*, 2021. № 2. P. 31-42.

3. Стратегічне управління ефективністю бізнесу приватних медичних закладів: Комплексний аналіз результативності. *Науковий огляд*, 2024.

4. Clinic KPI Benchmarks for 2026: Key Metrics to Track. OmniMD Blog, 2025.

5. Що вибрати для клініки: CRM чи MIC. Аналітичний огляд IMED, 2023.

А. Р. Ісламов,
*здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти,
ОПП «Менеджмент медичних закладів»;
ПВНЗ Київський медичний університет, м. Київ*

ОСОБЛИВОСТІ МОТИВАЦІЇ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ

Мотивація – сукупність внутрішніх і зовнішніх рушійних сил, що спонукають до діяльності, задають межі і форми діяльності і спрямовують цю діяльність на досягнення певних цілей [1, с. 316].

У менеджменті це психологічне явище використовують для виявлення важелів впливу на поведінку працівників, тобто з метою здійснення їх мотивування.

Мотивування – вид управлінської діяльності, спрямований на спонукання себе та інших працівників організації до діяльності, що забезпечує досягнення визначених цілей.

Жодна дія людини не відбувається без мотивації. Тому для успішного керування поведінкою людей у процесі їх трудової діяльності дуже важливо встановити, чому саме люди працюють, що викликає у них бажання і потребу працювати, чому одним робота приносить задоволення, а інші ставляться до неї байдуже.

Американський учений Д. Аткінсон одним із перших запропонував загальну теорію мотивації. Він зазначав, що силу прагнення людини досягти поставленої мети можна відобразити такою формулою:

$$M = P_{ду} \cdot V_{дц} \cdot Z_{дц}, \quad (1)$$

де M – сила мотивації (прагнення); $P_{ду}$ – сила мотиву досягнення успіхів як особистісної диспозиції; $V_{дц}$ – суб'єктивно оцінювана ймовірність досягнення поставленої мети (цілі); $Z_{дц}$ – значення досягнення даної мети (цілі) для людини [2 с.10].

Вплив мотивації на поведінку людини залежить від багатьох чинників. Мотивація може бути сильною і слабкою, може змінюватися під впливом діяльності людини, що й зумовлює зміну її поведінки у процесі роботи. Старанність, наполегливість у досягненні цілей формуються сильними мотиваційними чинниками, а наслідком слабкої мотивації є лише таке виконання роботи, яке не спричинить покарання. Отже, мотивація визначає пріоритети ділової активності, посилює бажану поведінку людини.

Сутність мотивації розкривають за допомогою категорій «мотив», «потреба», «стимул», «винагорода».

Мотив – спонукальна причина дій і вчинків людей.

Від того, якими мотивами людина керується у своїй трудовій діяльності, залежить її ставлення до роботи і кінцевий результат. Мотив формується «всередині» людини і зумовлений багатьма чинниками. Одні й ті самі мотиви у

різних людей можуть спричиняти неоднакові дії і, навпаки, ідентичні дії можуть спричинятися різними мотивами.

Для кожної людини мотиви є суб'єктивними; вони формуються у процесі виховання, навчання, усвідомлюються внаслідок прийняття індивідом домінуючих у суспільстві цінностей, що впливає на визначення цілі й спонукає людину до дії.

Мотиви можуть належати до матеріальної або моральної сфер, відображаючи ставлення працівника до змісту трудового процесу тощо. Співвідношення різних мотивів, що обумовлюють поведінку людини, утворюють її мотиваційну структуру. У кожної людини мотиваційна структура індивідуальна і залежить від багатьох чинників: рівня добробуту, соціального статусу, кваліфікації, посади, ціннісних орієнтирів тощо. За одних обставин домінуючими є одні мотиви, а за інших – протилежні [1,с.112].

Особливостями мотивації медичного персоналу є:

1. Соціальна значущість праці – медичні працівники часто мотивовані бажанням допомагати людям, рятувати життя та покращувати здоров'я пацієнтів.

2. Високий рівень відповідальності – рішення медиків безпосередньо впливають на життя і здоров'я людей, що формує особливу професійну мотивацію.

3. Переважання внутрішньої мотивації – важливими є професійне покликання, моральне задоволення від результатів роботи, гуманістичні цінності.

4. Необхідність постійного професійного розвитку – медицина швидко розвивається, тому мотивація часто пов'язана з навчанням, підвищенням кваліфікації та науковою діяльністю.

5. Високий рівень емоційного навантаження – робота з хворими людьми, стресові ситуації, чергування та невідкладні стани впливають на систему мотивації.

6. Важливість нематеріального стимулювання – визнання, повага колег і пацієнтів, професійний статус та можливість кар'єрного росту.

Список використаних джерел

1. Хміль Ф. І. Управління персоналом: підручник. Київ: Академвидав, 2016. 488 с.

2. Розвиток мотивації персоналу підприємства: Автореф. дис. канд. екон. наук: 08.06.01 К.Г. Наумік; Харк. держ. екон. ун-т. Харків, 2013. 19 с.

О. О. Коваленко,
*здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти,
ОП «Менеджмент медичних закладів»;
ПВНЗ «Київський медичний університет», м. Київ*

ШТУЧНИЙ ІНТЕЛЕКТ ТА БІЗНЕС-АНАЛІТИКА В УПРАВЛІННІ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Цифрова трансформація медичного менеджменту дедалі більше базується на використанні інструментів штучного інтелекту (ШІ) та бізнес-аналітики (Business Intelligence, BI). Якщо класичні медичні інформаційні системи забезпечують накопичення й обробку даних, то ШІ та BI формують інструментарій для поглибленого аналізу, прогнозування та підтримки управлінських рішень.

Бізнес-аналітика (BI) у медичному менеджменті

Бізнес-аналітика в системі охорони здоров'я забезпечує перехід від інтуїтивного до доказового управління на основі агрегованих даних [1]. Використання сховищ даних (Data Warehouse) та ETL-процедур дозволяє інтегрувати клінічну, фінансову та адміністративну інформацію в єдину систему підтримки прийняття рішень (ETL (Extract, Transform, Load – витягнення, перетворення, завантаження) – фундаментальний процес інтеграції даних, який збирає інформацію з різних джерел, очищує та структурує її, а потім завантажує у центральне сховище (Data Warehouse) для аналітики. Він забезпечує перетворення «сирих» даних на якісну інформацію, придатну для прийняття бізнес-рішень) [2]. Популярними інструментами є Informatica, Microsoft SSIS, Apache Airflow, Talend тощо).

Згідно з дослідженнями, впровадження BI-платформ у лікарнях сприяє зниженню операційних витрат на 10–15% завдяки оптимізації ресурсів та прозорості фінансових потоків [3, с. 203]. Аналітичні панелі (Dashboards) забезпечують моніторинг ключових індикаторів ефективності (KPI) у режимі реального часу.

BI-системи формують аналітичний контур управління закладом охорони здоров'я, забезпечуючи трансформацію первинних клінічних та адміністративних даних у структуровану управлінську інформацію. На відміну від операційних інформаційних систем (HIS, EHR), BI орієнтована на стратегічний та тактичний рівні прийняття рішень.

Інструменти, такі як Microsoft Power BI та Tableau, застосовуються для інтерактивної візуалізації медичних та економічних показників. Їх інтеграція з електронними медичними записами створює основу для формування клініко-економічного аналізу діяльності ЗОЗ [1, с. 37].

Функціональні можливості BI в ЗОЗ

Моніторинг ключових показників ефективності:

- середня тривалість госпіталізації;
- коефіцієнт зайнятості ліжкового фонду;

- рівень повторних госпіталізацій;
- фінансові показники (собівартість випадку лікування, витрати на пацієнта).

Фінансова аналітика:

- аналіз структури доходів за пакетами медичних послуг;
- контроль дебіторської заборгованості;
- оцінка рентабельності відділень.

Клінічна аналітика:

- дотримання клінічних протоколів;
- частота ускладнень;
- фармакоекономічний аналіз.

Операційна аналітика:

- аналіз навантаження на персонал;
- оптимізація розкладу операційних;
- виявлення «вузьких місць» у маршруті пацієнта.

ВІ-платформи забезпечують формування інтерактивних дашбордів, багатовимірну агрегацію даних. Вони інтегруються з базами даних через SQL-запити та API, що відповідають стандартам інтероперабельності (зокрема, HL7 FHIR).

У медичних організаціях широко застосовуються такі інструменти, як Microsoft Power BI, Tableau та Qlik Sense. Вони дозволяють:

- автоматизувати управлінську звітність;
- візуалізувати клінічні та фінансові показники;
- інтегрувати дані з HIS, EHR, LIS та бухгалтерських систем;
- формувати прогностичні панелі управління.

Ефективне впровадження ВІ передбачає створення:

- централізованої бази агрегованої інформації (Data Warehouse);
- ETL-процесів для очищення та нормалізації даних;
- єдиної системи ідентифікації пацієнтів та медичних випадків;
- політики управління якістю даних (Data Governance).

Без належної структури даних аналітичні висновки можуть бути статистично некоректними або управлінськи нерелевантними.

Штучний інтелект (ШІ) в управлінні закладом охорони здоров'я

ШІ є наступним етапом розвитку аналітичної інфраструктури. Якщо ВІ відповідає на питання «що відбулося?» і «чому це сталося?», то ШІ дозволяє прогнозувати «що відбудеться?» та «яке рішення є оптимальним?». Штучний інтелект є логічним продовженням розвитку аналітичних систем. Алгоритми машинного навчання дозволяють переходити від описової до предиктивної та прескриптивної аналітики [4, с. 92].

Основні напрями застосування ШІ

1. Предиктивна аналітика. Алгоритми машинного навчання використовуються для:

- прогнозування госпіталізацій;
- оцінки ризику ускладнень;

- прогнозування навантаження на відділення;
 - оптимізації ліжкового фонду.
2. Оптимізація ресурсів. ШІ-моделі дозволяють:
- формувати оптимальні графіки роботи персоналу;
 - прогнозувати потребу в медикаментах;
 - оптимізувати маршрути пацієнтів;
 - зменшувати час очікування у відділеннях невідкладної допомоги.

Такі системи можуть інтегруватися з HIS та EHR через стандарти, розроблені Health Level Seven International.

3. Обробка природної мови (NLP). Технології NLP застосовуються для:

- аналізу лікарських записів;
- автоматичного кодування діагнозів;
- витягання структурованих даних з неструктурованих текстів.

Це дозволяє підвищити якість статистичної звітності та скоротити адміністративне навантаження на лікарів.

4. Підтримка управлінських рішень. Системи на основі ШІ здатні:

- моделювати сценарії розвитку закладу («ЯКЩО-ТО» аналіз);
- оцінювати наслідки зміни фінансування;
- прогнозувати вплив епідеміологічних факторів на навантаження.

Інтеграція ВІ та ШІ формує багаторівневу систему аналітики:

- Descriptive analytics (описова) – що відбулося;
- Diagnostic analytics – чому це сталося;
- Predictive analytics – що відбудеться;
- Prescriptive analytics – яке рішення оптимальне.

Таким чином, сучасний заклад охорони здоров'я переходить від реактивної моделі управління до проактивної, заснованої на даних (data-driven management).

Обмеження та ризики впровадження

Попри значні переваги, використання ВІ та ШІ супроводжується викликами:

- низька якість первинних даних;
- фрагментація інформаційних систем;
- кіберзагрози;
- ризик алгоритмічної упередженості (bias);
- потреба у висококваліфікованих аналітиках та data-science фахівцях.

Ефективність застосування ШІ напряду залежить від наявності стандартизованих даних, достатнього обсягу навчальних вибірок та чіткої нормативної бази. Також, в аналітичних звітах ВООЗ наголошується, що впровадження ШІ має супроводжуватися системами управління ризиками, аудитом алгоритмів та дотриманням принципів етичності [5].

ВІ забезпечує систематизацію та візуалізацію управлінської інформації, тоді як ШІ дозволяє здійснювати глибоку аналітику, прогнозування та оптимізацію процесів. Їх інтегроване використання створює основу для стратегічного розвитку закладу охорони здоров'я, підвищення економічної ефективності та якості медичної допомоги.

Список використаних джерел

1. Provost F., Fawcett T. Data Science for Business. O'Reilly Media, 2013. 414 p.
2. ETL. URL: <https://uk.wikipedia.org/wiki/ETL>.
3. LaValle S., Lesser E., Shockley R., Hopkins M., Kruschwitz N. Big Data, Analytics and the Path From Insights to Value. MIT Sloan Management Review. 2011. Vol. 52(2). P. 21–32.
4. Russell S., Norvig P. Artificial Intelligence: A Modern Approach. 4th ed. Hoboken : Pearson, 2021. 1136 p.
5. World Health Organization. Ethics and governance of artificial intelligence for health. Geneva : WHO, 2021. 164 p.

О. О. Коваленко,

*кандидат наук з державного управління,
доцент кафедри громадського здоров'я та мікробіології;*

М. М. Гришков,

*асистент кафедри фармакології та фармакотерапії,
директор Директорату з питань освіти;*

Я. Ф. Ждан,

*здобувач вищої освіти,
входить до реєстру*

*Експертів Національного агентства із забезпечення якості вищої освіти;
ПВНЗ «Київський медичний університет», м. Київ*

МЕНЕДЖМЕНТ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ: СТУДЕНТОЦЕНТРОВАНА ПАРАДИГМА УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ ОСВІТИ ТА ПРАКТИКИ

Сучасний менеджмент у медичній сфері переживає докорінну зміну парадигми (paradigm shift), де якість надання медичної допомоги безпосередньо залежить від якості підготовки майбутніх фахівців через реалізацію студентоцентрованого підходу [1]. Управління якістю (Quality Management) у медичних закладах освіти перестає бути лише механічним виконанням ліцензійних вимог і перетворюється на динамічний, системний процес взаємодії між адміністрацією, клінічними базами та студентами як активними стейкхолдерами [2].

Студентоцентрованість як стратегія менеджменту (SCL)

Студентоцентроване навчання (Student-Centred Learning – SCL) вимагає від керівництва медичних установ переходу від моделі «передачі знань» до моделі «розвитку компетентностей» [3].

• *Гнучкість освітніх траєкторій:* менеджмент має забезпечувати умови для вибору студентами дисциплін, що стимулює їхню внутрішню мотивацію [4].

• *Партнерська модель*: студенти розглядаються як «співавтори» (co-creators) освітнього процесу, що мають право впливати на дизайн навчальних планів [5].

• *Інноваційне середовище*: керівництво повинно інвестувати в симуляційні технології та цифрові платформи, оскільки їх інтеграція покращує рівень клінічних навичок [6].

Інструменти впливу студентів на політику медичної установи

Ефективний менеджмент якості базується на функціонуванні «закритих циклів зворотного зв'язку» (closed feedback loops), де відгуки студентів призводять до конкретних управлінських змін [7] (табл. 1).

Таблиця 1

Інструменти впливу студентів на політику медичної установи

Інструмент впливу	Механізм впровадження та наслідки
Анкетування (Feedback)	Регулярне оцінювання курсів; результати мають публікуватися та обговорюватися з адміністрацією [8].
Представництво в Радах	Участь студентів (не менше 10%) у Вчених радах для прийняття стратегічних рішень [9].
Студентське самоврядування	Автономне управління бюджетами на студентські ініціативи та захист прав [10].
Зовнішня експертиза	Залучення студентів до акредитаційних груп як рівноправних партнерів у перевірці якості [11].

Міжнародний досвід менеджменту якості в медицині

Дослідження досвіду Сербії показує, що просте дотримання стандартів акредитації («compliance mindset») є недостатнім; необхідна внутрішня культура безперервного вдосконалення [2]. У Німеччині (Дрезден) управління якістю включає моніторинг клінічної практики через об'єктивні структуровані іспити (OSCE), де студенти отримують детальний фідбек [12]. В Ізраїлі акцент робиться на інтеграції дослідницької діяльності в навчальний процес та ранньому залученні студентів до клінічного менеджменту [13].

Настанови НАЗЯВО 2025 наголошують, що менеджмент ЗВО має не просто збирати анкети, а демонструвати студентам реальні зміни в програмах на основі їхніх зауважень [8]. Також важливою є роль технологій у сучасному освітньому менеджменті, що дозволяє вирівнювати якість освіти між регіонами [14].

Висновок. Сучасний менеджмент медичних установ та ЗВО остаточно відійшов від авторитарної моделі управління до моделі партнерства. Студентоцентрованість (SCL) сьогодні – це не лише педагогічний прийом, а стратегічний інструмент управління якістю, який дозволяє адаптувати підготовку фахівців до реальних потреб ринку охорони здоров'я [1, 6].

Студенти перестали бути пасивними споживачами освітніх послуг. Через інструменти зворотного зв'язку, представництво у вчених радах та участь у зовнішніх акредитаціях (зокрема за стандартами ESG та вимогами НАЗЯВО), вони безпосередньо впливають на формування освітньої політики та клінічної практики [8, 10]. Це створює систему «закритих циклів», де кожна скарга чи пропозиція має призводити до конкретного управлінського рішення.

Досвід таких країн, як Сербія та Німеччина, демонструє, що формальне дотримання стандартів акредитації (комплаєнс) є лише базовим рівнем. Ефективний менеджмент медичної установи передбачає формування внутрішньої культури якості, де прагнення до вдосконалення є природною потребою всіх учасників процесу – від ректора до студента-першокурсника [2, 12].

Цифровізація, впровадження симуляційних центрів та телемедичних технологій є критичними факторами успіху. Менеджмент, який інвестує в інноваційні методи навчання та оцінювання (наприклад, OSCE), забезпечує об'єктивність результатів та високу конкурентоспроможність своїх випускників на міжнародному рівні [14].

Для забезпечення високої якості вищої медичної освіти в Україні менеджмент закладів має зосередитися на:

- Інституціоналізації впливу студентів: наданні органам самоврядування реальних важелів впливу на зміст освітніх програм.
- Прозорості: публікації результатів моніторингу якості та звітів про вжиті заходи.
- Безперервному розвитку: інтеграції наукових досліджень у навчальний процес, що є світовим стандартом менеджменту в медицині [13].

Таким чином, студентоцентрований менеджмент є єдиним дієвим механізмом підготовки компетентного лікаря, здатного до ефективної роботи в сучасній динамічній системі охорони здоров'я.

Список використаних джерел

1. Студентоцентрований менеджмент якості вищої освіти: інструменти впливу студентів на освітню політику закладу вищої освіти. *Науковий журнал*. 2026. № 2(60). С. 498–509. DOI: 10.52058/2786-4952-2026-2(60)-498-509.
2. Quality Management in Higher Medical Education: A Focus on Serbia / M. K. Milic et al. *Zenodo*. 2024. URL: <https://zenodo.org/record/349>
3. Overview on Student-Centred Learning in Higher Education in Europe / EHEA. URL: https://ehea.info/media.ehea.info/file/Student_centred_learning/63/2/Overview-on-Student-Centred-Learning-in-Higher-Education-in-Europe_679632.pdf

4. Менеджмент у сфері охорони здоров'я : навч. посіб. / за ред. В. М. Пашкова. Тернопіль, 2022. URL: <https://api.dspace.wunu.edu.ua/api/core/bitstreams/166de920-cf47-4b04-bd94-f851df026d15/content>
5. Стандарти і рекомендації щодо забезпечення якості в Європейському просторі вищої освіти (ESG). Київ : ТОВ «ЦС», 2015. 32 с.
6. Joudeh A., Peterson N., Karlsson M. Quality Management in Medical Education between Theory and Application: Paradigm Shift or Falsification? *ResearchGate*. 2022. DOI: 10.13140/RG.2.2.35949.67821.
7. Management of Higher Medical Education: A Systematic Review. *Journal of Education and Teaching (JET)*. URL: <https://jet.or.id/index.php/jet/article/view/422>
8. Забезпечення якості вищої освіти в Україні: навч.-метод. посіб. / А. Бутенко та ін. Київ : НАЗЯВО, 2025. 76 с.
9. Innovative Approaches to Quality in Medical Institutions. *Art of Medicine*. 2024. URL: <https://art-of-medicine.ifnmu.edu.ua/index.php/aom/article/view/782>
10. Bologna with Student Eyes 2024. Brussels : European Students' Union, 2024. 112 p. URL: <https://www.esu-online.org/publications/>
11. Quality Management in Higher Medical Education / Electronic archive of Zhytomyr State University. URL: <https://eprints.zu.edu.ua/29933/1/6.pdf>
12. Quality Management of Medical Education at the Faculty of Medicine, University of Technology Dresden, Germany. *ResearchGate*. URL: <https://www.researchgate.net/publication/23807623>
13. Global Standards in Quality Management. *Rambam Maimonides Medical Journal (RMMJ)*. URL: <https://www.rmmj.org.il/userimages/1403/1/PublishFiles/1436Article.pdf>
14. The Role of Technology in Medical Education Management. *BRAJETS*. 2023. URL: <https://brajets.com/brajets/article/view/1456>

О. О. Коваленко,
*кандидат наук державного управління,
доцент кафедри громадського здоров'я та мікробіології;*
С. М. Зеленцова,
*кандидат історичних наук, доцент,
завуч кафедри громадського здоров'я та мікробіології;*
О. В. Тимчик,
*кандидат біологічних наук, доцент,
доцент кафедри громадського здоров'я та мікробіології;
ПВНЗ «Київський медичний університет», м. Київ*

МЕНЕДЖМЕНТ В УПРАВЛІННІ ВНУТРІШНЬО ЛІКАРНЯНИМИ ІНФЕКЦІЯМИ (ВЛІ)

Управління ВЛІ в сучасній системі охорони здоров'я України базується на поєднанні адміністративного контролю, доказової медицини та стандартів якості.

Системний підхід та нормативне регулювання

Основою менеджменту ВЛІ в Україні є наказ МОЗ №1614 [1], який радикально змінив підхід від "пасивного збору статистики" до активного управління ризиками через створення Відділів інфекційного контролю (ВІК). Згідно з цим документом, менеджмент закладу зобов'язаний впроваджувати стандартні операційні процедури (СОП), зразки яких розробляються для кожної маніпуляції [2].

Менеджмент медсестринства та безпека середовища

Сучасна Концепція розвитку медсестринства [3] визначає медичну сестру як ключового менеджера з безпеки пацієнта. Основними функціями у цьому напрямку є:

- *Операційне управління:* контроль за дотриманням алгоритмів дезінфекції та стерилізації.
- *Управління ресурсами:* планування потреби у засобах індивідуального захисту (ЗІЗ) та антисептиках.
- *Проектний менеджмент:* впровадження ініціатив на кшталт проекту "Чиста лікарня – безпечна для пацієнта" [4], що дозволяє стандартизувати гігієнічні процеси на рівні цілого закладу.

Функції контролю та моніторингу

Менеджмент ВЛІ неможливий без ефективного зворотного зв'язку. До основних інструментів контролю належать:

- *Епідеміологічний нагляд:* виявлення та реєстрація інфекцій не для покарання, а для аналізу причин.
- *Аудит гігієни рук:* вимірювання комплаєнсу (відповідності) персоналу вимогам ВООЗ.
- *Фармацевтичний менеджмент:* впровадження програм адміністрування антибіотиків для стримування резистентності.

Сучасне управління ВЛІ в Україні трансформувалося з формального статистичного обліку в активну управлінську стратегію. Згідно з наказом МОЗ №1614, ключовим елементом стає не пошук винних, а створення системи, яка унеможливує помилку. Створення Відділів інфекційного контролю (ВІК) – це перехід до професійного менеджменту ризиків на рівні кожного відділення.

Ефективність менеджменту прямо залежить від якості розробки та впровадження Стандартних операційних процедур (СОП). Стандартизація всіх маніпуляцій – від гігієни рук до догляду за центральним венозним катетером – мінімізує вплив людського фактора та забезпечує стабільну якість медичної допомоги.

Згідно з Концепцією розвитку медсестринства, медична сестра стає основним менеджером інфекційної безпеки «біля ліжка хворого». Саме на середню ланку лягає функція операційного контролю, навчання персоналу та впровадження інноваційних технологій (наприклад, системи «Чиста лікарня»), що робить медсестру повноцінним суб'єктом управління якістю.

Менеджмент ВЛІ має чітке економічне обґрунтування. Інвестиції в якісні дезінфектанти, сучасне стерилізаційне обладнання та безперебійне постачання ЗІЗ є значно меншими, ніж витрати на подолання наслідків інфікування: закупівлю антибіотиків резерву, компенсацію позовів та оплату додаткових ліжко-днів.

Найвищий рівень менеджменту ВЛІ досягається через формування культури безпеки. *Це передбачає:*

- Відкритість у звітуванні про інциденти.
- Постійний аудит з миттєвим зворотним зв'язком (Audit & Feedback).
- Впровадження програм адміністрування антимікробних препаратів (Antimicrobial Stewardship) для збереження ефективності лікування в майбутньому.

Список використаних джерел

1. Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг населенню: Наказ МОЗ України від 03.08.2021 № 1614. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1318-21>
2. Зразки локальних протоколів та СОПів. Дніпровський центр ПМСД. URL: <https://nurse.dniprophc.com.ua/wp-content/uploads/2021/05/Zrazki.pdf>
3. Концепція розвитку медсестринства в Україні на 2021-2030 рр. МОЗ України. URL: <https://clinic.gov.ua/wp-content/uploads/Концепція-Медсестринство-28-12-2025.pdf>
4. Чиста лікарня – безпечна для пацієнта: чи можливо це в Україні? *Український медичний часопис (UMJ)*. 2018. URL: <https://umj.com.ua/uk/publikatsia-115378-chista-likarnya-bezpechna-dlya-patsiyenta-chi-mozhливо-tse-v-ukrayini>

5. Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the Facility Level. Geneva : World Health Organization, 2019. 58 p. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550550>

6. Менеджмент у сфері охорони здоров'я : навч. посіб. / за ред. В. М. Пашкова. Тернопіль, 2022. URL: <https://api.dspace.wunu.edu.ua/api/core/bitstreams/166de920-cf47-4b04-bd94-f851df026d15/content>

7. Pittet D., Allegranzi B., Boyce J. The World Health Organization Guidelines on Hand Hygiene in Health Care and Their Consensus Recommendations. Geneva : World Health Organization, 2009. 270 p.

Т. В. Козлова,
здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти,
ОПП «Менеджмент медичних закладів»;
ПВНЗ Київський медичний університет, м. Київ

ОСОБЛИВОСТІ ДОБОРУ ПЕРСОНАЛУ В МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ

Стабільне функціонування організації в ринковому просторі безпосередньо пов'язане з ефективним використанням різноманітних ресурсів і в першу чергу ресурсів праці. Якість трудових ресурсів підприємства тим вища, чим більша частка працівників, що забезпечують високу продуктивність праці, тобто персоналу високої кваліфікації. Тому в сучасних умовах зростає значущість та рівень вимог до підбору персоналу. Якість проведення підбору персоналу забезпечує ефективне функціонування підприємства та є основою для майбутнього розвитку.

Підбір персоналу – це система заходів, що здійснюються організацією для залучення працівників, які володіють необхідними професійними навичками та моральними якостями і здатні виконувати необхідні посадові обов'язки [1, с. 145].

Керівництво підприємств проводить підбір тоді, коли виникає або усвідомлюється потреба у працівниках певної професії і кваліфікації. На визначення потреб організації в робочій силі впливають зовнішні й внутрішні чинники (рис 1. [1, с. 174].

До зовнішніх чинників належить реалізація тактичних і стратегічних завдань. Під реалізацією тактичних і стратегічних виробничих завдань організації розуміють плани з нарощення випуску продукції, проведення структурних змін, удосконалення технології тощо, для яких необхідні додаткові людські ресурси.

Під внутрішніми факторами розвитку робочої сили розуміють звільнення за власним бажанням, вихід працівника на пенсію, перебування у відпустці по догляду за дитиною, захворювання та ін. Відділ управління персоналом зобов'язаний відслідковувати цю динаміку й завчасно прогнозувати її розвиток.

Головне завдання менеджера з персоналу – забезпечити наявність людей потрібної кваліфікації у потрібний час на потрібному робочому місці. Підбір нового персоналу для підприємства в кінцевому результаті зводиться до певного алгоритму дій і від якості підібраних кандидатів на вакантні посади, залежать запланований результат роботи підприємства [2, с. 98].

Для забезпечення ефективного пошуку співробітників необхідно дотримуватися принципів та особливостей підбору персоналу. Якщо при підборі персоналу допустити помилку – може постраждати робота всієї компанії.

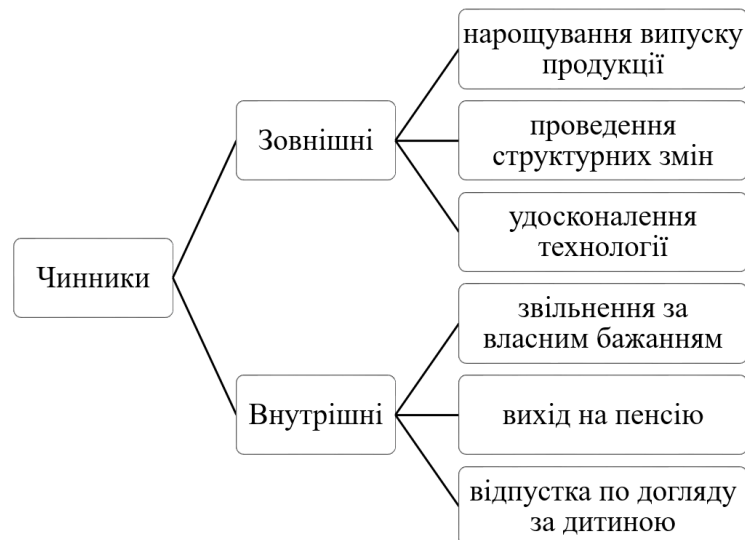


Рис. 1. Основні чинники, які впливають на потребу організації в робочій силі

Особливостями добору персоналу в медичних закладах є:

1. Високі кваліфікаційні вимоги – кандидати повинні мати відповідну медичну освіту, сертифікати, ліцензії та підтверджений досвід роботи.
2. Перевірка професійної компетентності – часто проводяться співбесіди з фахівцями, тестування знань, оцінювання практичних навичок.
3. Високий рівень відповідальності – робота пов'язана зі здоров'ям і життям пацієнтів, тому особлива увага приділяється професійній етиці та відповідальності.
4. Психологічна придатність – важливі стресостійкість, емпатія, комунікабельність, здатність працювати з пацієнтами та їх родичами.
5. Дотримання медичної етики та деонтології – персонал повинен дотримуватися норм конфіденційності та професійної поведінки.
6. Необхідність постійного підвищення кваліфікації – медичні працівники повинні регулярно проходити навчання, курси та атестації.
7. Перевірка стану здоров'я кандидата – медичний персонал сам повинен відповідати певним вимогам щодо стану здоров'я.
8. Командна робота – важливо оцінювати здатність працювати в мультидисциплінарній команді (лікарі, медсестри, адміністративний персонал).

Список використаних джерел

1. Крушельницька О. В. Управління персоналом: навч. посіб. Київ: «Кондор», 2015. 308 с.
2. Осовська Г.В. Управління трудовими ресурсами: навч. посібник Київ: Кондор, 2017. 224 с.

О. М. Колмакова,

*кандидат економічних наук, доцент,
доцент кафедри економіки та маркетингу;*

К. О. Белянцев,

*здобувач третього (освітньо-наукового) рівня вищої освіти,
кафедра менеджменту і публічного адміністрування;
Харківський національний університет
міського господарства імені О.М. Бекетова, Харків*

ЦИФРОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СТРАТЕГІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ

Сучасний розвиток фармацевтичної галузі характеризується високим рівнем конкуренції, швидким впровадженням інновацій та жорсткими регуляторними вимогами. У таких умовах стратегічне управління персоналом стає ключовим фактором забезпечення ефективності діяльності фармацевтичних підприємств. Персонал фармацевтичних компаній є важливим стратегічним ресурсом, від професійності та компетентності якого залежить якість лікарських засобів, інноваційний розвиток і конкурентоспроможність підприємства.

Цифровізація економіки суттєво трансформує підходи до управління персоналом. Використання цифрових технологій створює нові можливості для стратегічного планування, аналізу, розвитку та мотивації персоналу фармацевтичних підприємств. У цьому контексті цифрове забезпечення стратегічного управління персоналом стає важливим елементом підвищення ефективності діяльності фармацевтичних організацій.

Важливу роль у цьому процесі відіграє активне використання HR-аналітики та цифрових інструментів, які дозволяють здійснювати обґрунтований моніторинг стану персоналу, прогнозувати кадрові ризики та підвищувати якість управлінських рішень.

Зосередження уваги на довгостроковому розвитку людського капіталу, зокрема через інвестиції в навчання, розвиток лідерських якостей та добробут співробітників, вважається ключовим фактором забезпечення стійкої конкурентоспроможності компаній у динамічному ринковому середовищі.

Аналіз стратегій управління людськими ресурсами у фармацевтичних корпораціях показує, що HR-стратегії в цій галузі мають чітко стратегічний характер і формуються у тісному зв'язку з інноваційною діяльністю, суворими

нормативними вимогами та високими етичними стандартами ведення бізнесу (рис. 1).

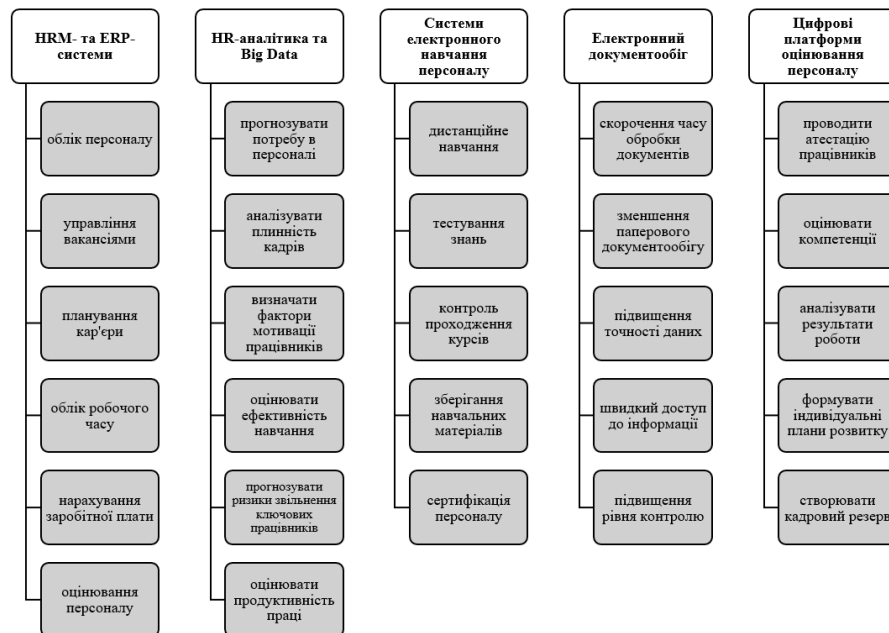


Рис. 1. Основні цифрові інструменти стратегічного управління персоналом
Джерело: розроблено автором на основі [1-12]

Особливості фармацевтичної галузі, зокрема тривалі цикли досліджень і розробок, високий рівень наукової інтенсивності продукції та значні ризики, вимагають довгострокового планування людських ресурсів і цілеспрямованого розвитку наукового та управлінського потенціалу. У цьому контексті ключовими пріоритетами стратегічного управління людськими ресурсами є підбір, утримання та розвиток висококваліфікованих фахівців у сферах досліджень, клінічних випробувань, виробництва та регуляторної підтримки, а також ефективне управління знаннями як критично важливим нематеріальним активом організації. Важливу роль відіграє забезпечення сталого розвитку людського капіталу шляхом створення сприятливого організаційного середовища, запобігання професійному вигоранню та підтримки безперервного навчання персоналу.

Активне використання HR-аналітики дозволяє фармацевтичним корпораціям відстежувати ключові кадрові показники, своєчасно виявляти кадрові ризики, такі як плинність критично важливих фахівців або зниження залученості персоналу, та приймати обґрунтовані управлінські рішення, спрямовані на підтримку довгострокової конкурентоспроможності та інноваційної стійкості підприємств (рис. 2).



Рис. 2. Особливості стратегічного управління персоналом в провідних фармацевтичних корпоративних об'єднаннях світу

Джерело: розроблено автором на основі [1-12]

Цифрове забезпечення стратегічного управління персоналом є важливою складовою розвитку сучасних фармацевтичних підприємств. Використання HRM-систем, HR-аналітики, електронного навчання та електронного документообігу дозволяє підвищити ефективність кадрової політики та якість управлінських рішень.

Цифровізація управління персоналом сприяє оптимізації використання трудового потенціалу підприємства, підвищенню рівня професійної підготовки працівників і забезпеченню відповідності міжнародним стандартам якості.

Подальший розвиток цифрових технологій створює нові можливості для стратегічного управління персоналом фармацевтичних підприємств і є важливим фактором їхнього сталого розвитку.

Список використаних джерел

1. Novartis Careers. URL: <https://www.novartis.com/careers>
2. Novartis About Us. URL: <https://www.novartis.com/about>
3. Roche Careers. URL: <https://www.roche.com/careers.htm>
4. Roche About Us. URL: <https://www.roche.com/about.htm>
5. Pfizer Careers. URL: <https://www.pfizer.com/careers>
6. Pfizer About Us. URL: <https://www.pfizer.com/about>
7. Sanofi Careers. URL: <https://www.sanofi.com/en/careers>
8. Sanofi About Us. URL: <https://www.sanofi.com>

9. Johnson & Johnson Careers. URL: <https://www.careers.jnj.com>
10. Johnson & Johnson About Us. URL: <https://www.jnj.com/about-jnj>
11. AstraZeneca Careers. URL: <https://careers.astrazeneca.com>
12. AstraZeneca Our Company. URL: <https://www.astrazeneca.com>

Є. М. Кривенко,
кандидат медичних наук,
доцент кафедри громадського здоров'я та мікробіології;
О. В. Баєва,
доктор біологічних наук, професор,
завідувач кафедри громадського здоров'я та мікробіології;
ПВНЗ «Київський медичний університет», м. Київ

ІНФОРМАЦІЙНІ СИСТЕМИ В УПРАВЛІННІ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ

Цифрова трансформація системи охорони здоров'я є стратегічним напрямом розвитку галузі як на глобальному, так і на національному рівні. В умовах зростання навантаження на заклади охорони здоров'я (ЗОЗ), дефіциту ресурсів та необхідності забезпечення прозорості управлінських процесів інформаційні технології (ІТ) стають ключовим інструментом підвищення ефективності медичного менеджменту.

Згідно з аналітичними матеріалами World Health Organization, цифрові системи сприяють підвищенню доступності медичної допомоги, якості клінічних рішень та оптимізації використання фінансових ресурсів [1, с. 12]. Концепція eHealth передбачає інтеграцію електронних сервісів, телемедицини, систем підтримки клінічних рішень і аналітичних платформ у єдиний інформаційний простір.

Електронні медичні записи (EHR/EMR)

Базовим компонентом цифрової інфраструктури є електронні медичні записи (Electronic Health Record, EHR). Вони забезпечують централізоване зберігання клінічної інформації, доступ до історії хвороби, результатів лабораторних досліджень та інструментальних обстежень.

EHR сприяють зменшенню кількості медичних помилок, підвищують швидкість прийняття рішень і забезпечують міждисциплінарну взаємодію фахівців [2, с. 45]. Водночас актуальними залишаються проблеми інтеоперабельності, стандартизації даних і кібербезпеки.

Госпітальні інформаційні системи (HIS)

Hospital Information System (HIS) – це комплексна система управління адміністративними та клінічними процесами в ЗОЗ. Вона охоплює реєстратуру, фінансовий облік, кадрові ресурси, аптечні та складські модулі.

HIS дозволяє здійснювати управління потоками пацієнтів, планування ліжкового фонду та моніторинг витрат [3, с. 28]. Використання аналітичних інструментів у межах HIS забезпечує формування управлінської звітності та стратегічне планування розвитку закладу.

Лабораторні та радіологічні інформаційні системи (LIS, PACS)

Лабораторні інформаційні системи (LIS) автоматизують процеси обробки замовлень, контролю якості та передачі результатів досліджень. Інтеграція LIS з EHR мінімізує часові затрати й виключає дублювання інформації [4, с. 67].

Системи PACS (Picture Archiving and Communication System) забезпечують зберігання та обмін медичними зображеннями (рентген, КТ, МРТ). Їх впровадження сприяє формуванню єдиного діагностичного простору та підвищує оперативність прийняття клінічних рішень.

Системи підтримки клінічних рішень (CDSS)

Clinical Decision Support Systems (CDSS) використовують алгоритми, клінічні протоколи та інструменти штучного інтелекту для допомоги лікарю у виборі оптимальної тактики лікування.

CDSS зменшують ризик фармакологічних помилок, сприяють дотриманню стандартів доказової медицини та покращують клінічні результати лікування [2, с. 93]. У поєднанні з великими масивами даних (Big Data) такі системи стають основою предиктивної аналітики.

Інтероперабельність та стандартизація

Ключовою умовою ефективного функціонування інформаційних систем є дотримання міжнародних стандартів обміну даними. Стандарт Health Level Seven International (HL7) забезпечує уніфіковану структуру передачі клінічної інформації, а міжнародна класифікація хвороб (ICD) дозволяє стандартизувати діагностичні коди.

Інтероперабельність сприяє безперервності медичної допомоги та формуванню національних реєстрів пацієнтів [1, с. 41].

Аналітика та штучний інтелект у медичному менеджменті

Сучасні ВІ-платформи дозволяють керівництву ЗОЗ аналізувати ключові показники діяльності: фінансові витрати, середню тривалість госпіталізації, навантаження на персонал.

Алгоритми штучного інтелекту застосовуються для прогнозування заповненості ліжок, оптимізації маршрутів пацієнтів та моделювання сценаріїв управління ресурсами [5, с. 118].

Такі технології підвищують адаптивність системи охорони здоров'я в умовах кризових ситуацій.

Особливості впровадження ІТ у ЗОЗ

Процес цифрової трансформації потребує комплексного підходу, що включає:

- аудит існуючих процесів;
- оцінку технічної інфраструктури;
- підготовку персоналу;
- забезпечення інформаційної безпеки.

В Україні розвиток eHealth здійснюється в межах державної стратегії цифровізації, що передбачає інтеграцію медичних інформаційних систем у єдиний електронний простір [4, с. 12].

Інформаційні системи є фундаментальним елементом сучасного управління закладом охорони здоров'я. Їх впровадження сприяє підвищенню ефективності використання ресурсів, покращенню якості медичних послуг та забезпеченню прозорості управлінських процесів.

Подальший розвиток цифрових технологій у сфері охорони здоров'я має ґрунтуватися на принципах інтероперабельності, кібербезпеки та доказової медицини. Інтеграція аналітики та штучного інтелекту відкриває нові можливості для стратегічного управління та прогнозування діяльності ЗОЗ.

Список використаних джерел

1. World Health Organization. Global strategy on digital health 2020–2025. Geneva : WHO, 2021. 74 p.
2. Shortliffe E. H., Cimino J. J. Biomedical Informatics: Computer Applications in Health Care and Biomedicine. 4th ed. London : Springer, 2014. 965 p.
3. Wager K. A., Lee F. W., Glaser J. P. Health Care Information Systems: A Practical Approach for Health Care Management. 4th ed. San Francisco : Jossey-Bass, 2017. 624 p.
4. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Система охорони здоров'я України: сучасні виклики та перспективи розвитку. Київ : Сфера, 2018. 240 с.
5. Reddy S., Allan S., Coghlan S., Cooper P. A governance model for the application of AI in health care. Journal of the American Medical Informatics Association. 2020. Vol. 27(3). P. 491–497.

Є. М. Кривенко,
кандидат медичних наук,
доцент кафедри громадського здоров'я та мікробіології;
О. О. Коваленко,
здобувач другого (магістр) рівня вищої освіти,
ОПП «Менеджмент медичних закладів»;
ПВНЗ «Київський медичний університет», м. Київ

ШТУЧНИЙ ІНТЕЛЕКТ ТА БІЗНЕС-АНАЛІТИКА В УПРАВЛІННІ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Цифрова трансформація медичного менеджменту дедалі більше базується на використанні інструментів штучного інтелекту (ШІ) та бізнес-аналітики (Business Intelligence, BI). Якщо класичні медичні інформаційні системи забезпечують накопичення й обробку даних, то ШІ та BI формують інструментарій для поглибленого аналізу, прогнозування та підтримки управлінських рішень.

Бізнес-аналітика (BI) у медичному менеджменті

Бізнес-аналітика в системі охорони здоров'я забезпечує перехід від інтуїтивного до доказового управління на основі агрегованих даних [1]. Використання сховищ даних (Data Warehouse) та ETL-процедур дозволяє інтегрувати клінічну, фінансову та адміністративну інформацію в єдину систему підтримки прийняття рішень (ETL (Extract, Transform, Load – витягнення, перетворення, завантаження) – фундаментальний процес інтеграції даних, який збирає інформацію з різних джерел, очищує та структурує її, а потім завантажує у центральне сховище (Data Warehouse) для аналітики. Він забезпечує перетворення «сирих» даних на якісну інформацію, придатну для прийняття бізнес-рішень) [2]. Популярними інструментами є Informatica, Microsoft SSIS, Apache Airflow, Talend тощо.

Згідно з дослідженнями, впровадження BI-платформ у лікарнях сприяє зниженню операційних витрат на 10–15% завдяки оптимізації ресурсів та прозорості фінансових потоків [3, с. 203]. Аналітичні панелі (Dashboards) забезпечують моніторинг ключових індикаторів ефективності (KPI) у режимі реального часу.

BI-системи формують аналітичний контур управління закладом охорони здоров'я, забезпечуючи трансформацію первинних клінічних та адміністративних даних у структуровану управлінську інформацію. На відміну від операційних інформаційних систем (HIS, EHR), BI орієнтована на стратегічний та тактичний рівні прийняття рішень.

Інструменти, такі як Microsoft Power BI та Tableau, застосовуються для інтерактивної візуалізації медичних та економічних показників. Їх інтеграція з електронними медичними записами створює основу для формування клініко-економічного аналізу діяльності ЗОЗ [1, с. 37].

Функціональні можливості BI в ЗОЗ

Моніторинг ключових показників ефективності:

- середня тривалість госпіталізації;
- коефіцієнт зайнятості ліжкового фонду;
- рівень повторних госпіталізацій;
- фінансові показники (собівартість випадку лікування, витрати на пацієнта).

Фінансова аналітика:

- аналіз структури доходів за пакетами медичних послуг;
- контроль дебіторської заборгованості;
- оцінка рентабельності відділень.

Клінічна аналітика:

- дотримання клінічних протоколів;
- частота ускладнень;
- фармакоекономічний аналіз.

Операційна аналітика:

- аналіз навантаження на персонал;
- оптимізація розкладу операційних;
- виявлення «вузьких місць» у маршруті пацієнта.

ВІ-платформи забезпечують формування інтерактивних дашбордів, багатовимірну агрегацію даних. Вони інтегруються з базами даних через SQL-запити та API, що відповідають стандартам інтероперабельності (зокрема, HL7 FHIR).

У медичних організаціях широко застосовуються такі інструменти, як Microsoft Power BI, Tableau та Qlik Sense. Вони дозволяють:

- автоматизувати управлінську звітність;
- візуалізувати клінічні та фінансові показники;
- інтегрувати дані з HIS, EHR, LIS та бухгалтерських систем;
- формувати прогностичні панелі управління.

Ефективне впровадження ВІ передбачає створення:

- централізованої бази агрегованої інформації (Data Warehouse);
- ETL-процесів для очищення та нормалізації даних;
- єдиної системи ідентифікації пацієнтів та медичних випадків;
- політики управління якістю даних (Data Governance).

Без належної структури даних аналітичні висновки можуть бути статистично некоректними або управлінськи нерелевантними.

Штучний інтелект (ШІ) в управлінні закладом охорони здоров'я

ШІ є наступним етапом розвитку аналітичної інфраструктури. Якщо ВІ відповідає на питання «що відбулося?» і «чому це сталося?», то ШІ дозволяє прогнозувати «що відбудеться?» та «яке рішення є оптимальним?». Штучний інтелект є логічним продовженням розвитку аналітичних систем. Алгоритми машинного навчання дозволяють переходити від описової до предиктивної та прескриптивної аналітики [4, с. 92].

Основні напрями застосування ШІ

1. Предиктивна аналітика. Алгоритми машинного навчання використовуються для:

- прогнозування госпіталізацій;
- оцінки ризику ускладнень;
- прогнозування навантаження на відділення;
- оптимізації ліжкового фонду.

2. Оптимізація ресурсів. ШІ-моделі дозволяють:

- формувати оптимальні графіки роботи персоналу;
- прогнозувати потребу в медикаментах;
- оптимізувати маршрути пацієнтів;
- зменшувати час очікування у відділеннях невідкладної допомоги.

Такі системи можуть інтегруватися з HIS та EHR через стандарти, розроблені Health Level Seven International.

3. Обробка природної мови (NLP). Технології NLP застосовуються для:

- аналізу лікарських записів;
- автоматичного кодування діагнозів;
- витягання структурованих даних з неструктурованих текстів.

Це дозволяє підвищити якість статистичної звітності та скоротити адміністративне навантаження на лікарів.

4. Підтримка управлінських рішень. Системи на основі ШІ здатні:

- моделювати сценарії розвитку закладу («ЯКЩО-ТО» аналіз);
- оцінювати наслідки зміни фінансування;
- прогнозувати вплив епідеміологічних факторів на навантаження.

Інтеграція BI та ШІ формує багаторівневу систему аналітики:

- Descriptive analytics (описова) – що відбулося;
- Diagnostic analytics – чому це сталося;
- Predictive analytics – що відбудеться;
- Prescriptive analytics – яке рішення оптимальне.

Таким чином, сучасний заклад охорони здоров'я переходить від реактивної моделі управління до проактивної, заснованої на даних (data-driven management).

Обмеження та ризики впровадження

Попри значні переваги, використання BI та ШІ супроводжується викликами:

- низька якість первинних даних;
- фрагментація інформаційних систем;
- кіберзагрози;
- ризик алгоритмічної упередженості (bias);
- потреба у висококваліфікованих аналітиках та data-science фахівцях.

Ефективність застосування ШІ напряду залежить від наявності стандартизованих даних, достатнього обсягу навчальних вибірок та чіткої нормативної бази. Також, в аналітичних звітах ВООЗ наголошується, що впровадження ШІ має супроводжуватися системами управління ризиками, аудитом алгоритмів та дотриманням принципів етичності [5].

ВІ забезпечує систематизацію та візуалізацію управлінської інформації, тоді як ШІ дозволяє здійснювати глибоку аналітику, прогнозування та оптимізацію процесів. Їх інтегроване використання створює основу для стратегічного розвитку закладу охорони здоров'я, підвищення економічної ефективності та якості медичної допомоги.

Список використаних джерел

1. Provost F., Fawcett T. Data Science for Business. O'Reilly Media, 2013. 414 p.
2. ETL. URL: <https://uk.wikipedia.org/wiki/ETL>.
3. LaValle S., Lesser E., Shockley R., Hopkins M., Kruschwitz N. Big Data, Analytics and the Path From Insights to Value. MIT Sloan Management Review. 2011. Vol. 52(2). P. 21–32.
4. Russell S., Norvig P. Artificial Intelligence: A Modern Approach. 4th ed. Hoboken : Pearson, 2021. 1136 p.
5. World Health Organization. Ethics and governance of artificial intelligence for health. Geneva : WHO, 2021. 164 p.

О. В. Литвінова,

*здобувач другого (магістр) рівня вищої освіти,
ОПП «Менеджмент медичних закладів»;
ПВНЗ «Київський медичний університет», м. Київ*

СУТНІСТЬ ТА РОЛЬ ІНФОРМАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

У сучасних умовах глобалізації та стрімкого технологічного прогресу інформація стає одним із найцінніших ресурсів у системі охорони здоров'я. Перехід від паперового діловодства до цифрових екосистем – це не просто зміна формату збереження даних, а фундаментальна перебудова моделі надання медичної допомоги. Якість медичних послуг сьогодні безпосередньо залежить від швидкості, точності та повноти інформаційних процесів, які супроводжують пацієнта на всіх етапах: від первинного звернення до повної реабілітації [1].

Попри очевидні переваги цифровізації, медична галузь стикається з проблемою інформаційної асиметрії, ризиками витоку персональних даних та складністю інтеграції розрізнених програмних рішень у єдину архітектуру. Це вимагає впровадження системного підходу в управлінні та детального вивчення міжнародного досвіду для мінімізації помилок при побудові національних стратегій e-Health [2].

Сутність та роль інформаційних процесів у медицині

Інформаційні процеси в охороні здоров'я – це сукупність дій із медичними даними (збирання, зберігання, обробка та передача), які є фундаментом для прийняття клінічних та управлінських рішень. Ключові аспекти ролі інформації:

- *Підтримка прийняття рішень*: надання лікарю повного доступу до електронної медичної карти (ЕМК) пацієнта в режимі реального часу зменшує ризик медичних помилок [3] та дозволяє застосовувати системи підтримки клінічних рішень (CDSS).

- *Зменшення інформаційної асиметрії*: цифровізація дозволяє пацієнту краще розуміти свій стан та якість послуг через особисті кабінети та доступ до результатів досліджень, долаючи проблему, коли пацієнт не може оцінити необхідність процедур [4].

- *Системне управління*: через інформаційно-аналітичні відділи та медичну статистику здійснюється моніторинг ефективності роботи закладу, що дозволяє реалізувати модель «управління на основі даних» (data-driven governance) [5].

Міжнародний досвід цифровізації (на прикладі Казахстану та ЄС)

Міжнародний досвід (зокрема кейс Казахстану з ініціативою E-health [6] та європейські стратегії [7]) демонструє перехід до єдиної цифрової екосистеми:

- *Стратегічні цілі*: повна відмова від паперового документообігу на користь електронних медичних карток, рецептів та направлень. Це відповідає глобальній стратегії ВООЗ щодо цифрової охорони здоров'я [8].

- *Інтероперабельність*: активне впровадження стандарту SNOMED International забезпечує уніфіковану клінічну термінологію. Це дозволяє різним системам (наприклад, Damumed у Казахстані або різним МІС в Україні) «розуміти» одна одну [9].

- *Телемедицина*: перетворення дистанційних консультацій на стандартну практику, що особливо важливо для моніторингу хронічних захворювань у віддалених регіонах та в умовах обмеженого доступу до фахівців [10; 11].

Інструменти забезпечення якості медичних інформаційних систем

Медичні інформаційні системи (МІС) є головним інструментом комунікативно-інформаційного супроводу. Відповідно до стандартів якості та системного підходу в управлінні [12; 5], вони забезпечують:

- *Автоматизацію планування*: відстеження наявності та використання ліків.

- *Прозорість*: інтеграція державних установ, аптек та страхових компаній у єдиний простір для контролю цільового використання коштів [13; 14].

- *Ефективність*: оптимізація ресурсного аспекту (кадри, фінанси, інформація).

Проблеми та виклики

Незважаючи на значні переваги, існують системні бар'єри:

1. *Загрози витоку персональних даних*: медична інформація є найбільш чутливою, що вимагає жорсткого дотримання протоколів безпеки (GDPR у ЄС або КСЗІ в Україні) [4].

2. *Складність інтеграції*: наявність багатьох розрізнених систем, що не мають можливості для безперешкодного обміну даними.

3. *Цифрова грамотність*: високі вимоги до компетенцій персоналу. Без належної підготовки навіть найсучасніші МІС стають неефективними [15].

Інформаційні процеси є ключовим чинником підвищення якості, безпеки та прозорості медичного обслуговування. Впровадження цифрових інструментів дозволяє нівелювати ризики «людського фактору» та долати інформаційний бар'єр між фахівцем і пацієнтом. Системний підхід до управління інформаційними потоками є запорукою людиноцентричної медицини.

Список використаних джерел

1. World Bank. Digital-in-Health: Unlocking the Value for Everyone. Washington, D.C. : World Bank, 2023. 178 p.
2. Бурик З. М. Публічне управління в секторі охорони здоров'я: механізми електронізації. *Інвестиції: практика та досвід*. 2024. № 20. С. 233–239.
3. Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкцій щодо їх заповнення: Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110.
4. Малій Б. Нормативно-правові засади обробки персональних даних в Україні: правовий та галузевий аспекти. *Український політико-правовий дискурс*. 2025.
5. Самофалов Д. О. Публічне управління та адміністрування медичних інформаційних систем як основний інструмент ІКТ в охороні здоров'я України. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Державне управління*. 2021. Т. 32 (71), № 3. С. 48–54.
6. E-health в Казахстані: цифрова трансформація охорони здоров'я: презентація. 2023.
7. European Commission. Digital Health and Care Strategy for Europe: Official EU Documents. 2021.
8. World Health Organization. Global strategy on digital health 2020–2025. Geneva : WHO, 2021. 60 p.
9. McKinsey & Company. The Future of Digital Health in Emerging Markets: McKinsey Global Reports. 2022.
10. Запорожан Л. П. та ін. Необхідність розвитку української телемедицини за сучасних умов. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2020. № 2. С. 65–71.
11. Про затвердження Положення про кабінет телемедицини: Наказ МОЗ України від 19.10.2015 № 681.
12. Організація діяльності закладів охорони здоров'я. Тема № 7 : Системний підхід в управлінні : контрольна робота.
13. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 411.
14. Звіт про результати аудиту ефективності використання коштів на функціонування ЕСОЗ. Рахункова палата України. 2023.
15. Грищук М. І., Висоцький А. А. Smart-технології в професійній діяльності майбутнього медика: цифрова грамотність, цифрова компетентність. *Академічні візії*. 2023. Вип. 18.

О. Я. Маланчук,
*здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти,
ОПП «Менеджмент медичних закладів»;
науковий керівник:*

О. В. Басва,
*доктор біологічних наук, професор,
завідувач кафедри громадського здоров'я та мікробіології;
ПВНЗ «Київський медичний університет», м. Київ*

КОНКУРЕНЦІЯ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ЇЇ ВПЛИВ НА УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМИ ЗАКЛАДАМИ

Сучасна система охорони здоров'я України перебуває у стані глибокої трансформації, що пов'язано з реформуванням механізмів фінансування, організації та управління медичною допомогою. Прийняття Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» започаткувало нову модель фінансування галузі, орієнтовану на конкуренцію між закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності. У таких умовах конкуренція стає не лише економічною категорією, а й управлінським чинником, що впливає на стратегічні рішення керівників медичних закладів, систему мотивації персоналу та організацію медичного процесу.

Проблематика конкуренції в системі охорони здоров'я розглядається у працях українських та зарубіжних учених у контексті економіки охорони здоров'я, публічного управління та менеджменту організацій. Так, Є. Давиденко підкреслює, що впровадження конкуренції у системі охорони здоров'я часто розглядається як ефективний інструмент підвищення продуктивності закладів та покращення загального стану здоров'я населення [1, с. 119].

У свою чергу, А. Войцеховський визначає конкуренцію в охороні здоров'я як стан і процес взаємодії між суб'єктами виробництва та споживання медичних послуг у межах специфічної цивілізованої форми суперництва серед медичних працівників, спрямованого на максимальне задоволення потреб пацієнта [2, с. 68]. М. Нечаєв та Л. Лантух підкреслюють, що основним рушієм ринкових відносин є конкуренція, а її невід'ємним елементом виступає продукт або послуга. Велика кількість надавачів стимулює організації впроваджувати інноваційні технології для створення продуктів, здатних задовольнити споживчі потреби, що сприяє прогресивному розвитку економіки. Ринкова конкуренція проявляється у прагненні суб'єктів ринку здобути переваги над іншими організаціями, надаючи споживачам альтернативний вибір, і система охорони здоров'я не є винятком [3, с. 417].

З оглядом на вище окреслене, можемо сформулювати власне визначення, зокрема, конкуренція в системі охорони здоров'я являє собою процес суперництва між закладами охорони здоров'я за пацієнта, фінансові ресурси та кадровий потенціал з метою підвищення якості та ефективності медичних послуг. На відміну від класичних ринків, конкуренція в медичній сфері має

специфічні риси, серед яких: соціальна спрямованість; значна роль державного регулювання; інформаційна асиметрія між пацієнтом і надавачем послуг; етичні обмеження комерціалізації тощо.

Варто наголосити, що конкуренція в системі охорони здоров'я має як позитивні наслідки, так і потенційні ризики. Її переваги полягають у стимулюванні підвищення якості медичних послуг, раціональному використанні ресурсів, розвитку стратегічного управління та фінансової відповідальності закладів. Умови контрахтування послуг із Національною службою здоров'я України сприяють орієнтації на результат, посиленню прозорості діяльності та вдосконаленню системи управління персоналом. Водночас конкуренція може зумовлювати посилення нерівності доступу до медичної допомоги, концентрацію ресурсів у великих закладах та ризик надмірної комерціалізації медичної діяльності. Тому її розвиток потребує належного державного регулювання та збереження соціальної спрямованості системи охорони здоров'я.

Так, з урахуванням сутності конкуренції в системі охорони здоров'я, можемо окреслити її вплив на управління медичними закладами. Зокрема, конкуренція в системі охорони здоров'я істотно трансформує підходи до управління медичними закладами, зумовлюючи перехід від адміністративно-бюрократичної моделі до стратегічно орієнтованого менеджменту. При цьому О. Міклашевська відзначає важливість системного підходу до організації управління, який забезпечує взаємозв'язок усіх складових діяльності закладу та ефективне використання ресурсів [5, с. 454]. В умовах фінансування за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» та укладення договорів із Національною службою здоров'я України керівники закладів змушені впроваджувати системне планування, аналіз конкурентних переваг і довгострокове прогнозування розвитку установи. Не менш важливим є й те, що конкурентне середовище посилює значення фінансового менеджменту, оскільки обсяг надходжень безпосередньо залежить від кількості та якості наданих послуг. Дане актуалізує питання бюджетування, оптимізації витрат, ефективного використання ресурсів та внутрішнього контролю. Водночас підвищується роль управління якістю медичної допомоги, впровадження стандартів лікування, цифрових технологій та систем моніторингу результатів діяльності. Змін зазнає й кадрова політика: посилюється потреба у кваліфікованих фахівцях, удосконалюються системи мотивації та професійного розвитку.

Практичним прикладом впливу конкурентного середовища на управління медичним закладом є діяльність КНП Шумської міської ради «Шумська міська лікарня». Функціонуючи в умовах реформування системи фінансування охорони здоров'я медичних послуг, заклад змушений адаптувати управлінські процеси до нових економічних і організаційних вимог. Зазначене проявляється у впровадженні стратегічного планування розвитку лікарні, підвищенні ефективності використання наявних ресурсів, удосконаленні системи фінансового контролю та посиленні уваги до якості медичного обслуговування населення. Так, діяльність лікарні демонструє практичну реалізацію

управлінських трансформацій, зумовлених реформами галузі та ринковими механізмами фінансування.

Отже, конкуренція в системі охорони здоров'я є важливим чинником модернізації галузі та підвищення ефективності управління медичними закладами. Вона трансформує традиційні адміністративні моделі управління у напрямі стратегічного менеджменту, фінансової відповідальності та орієнтації на потреби пацієнта. Разом із тим конкуренція повинна поєднуватися з належним державним регулюванням та соціальними гарантіями, що забезпечують рівний доступ до якісної медичної допомоги. Подальший розвиток системи охорони здоров'я потребує збалансованого поєднання ринкових механізмів та принципів соціальної справедливості.

Список використаних джерел

1. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 01.01.2026 р. № 2168-VIII. *Відомості Верховної Ради*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
2. Давиденко Є. Вплив конкуренції на ефективність системи охорони здоров'я. *Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні*. 2024. С. 116-119.
3. Войцеховський А. Конкуренція в сфері охорони здоров'я. *Збірник наукових праць Західноукраїнського національного університету*. 2022. С. 68-69.
4. Нечаєв М. П., Лантух Л. О. Теоретичні основи управління конкурентоспроможністю медичних установ. *Збірник наукових праць Національного фармацевтичного університету*. 2022. С. 417-419.
5. Міклашевська О. Системний підхід як ключовий механізм підвищення результативності управління закладом охорони здоров'я в умовах конкуренції. *Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні*. 2025. С. 453- 456.

А. М. Мирончук,
*здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти,
ОПП «Менеджмент медичних закладів»;*

науковий керівник:
О. О. Коваленко,
*кандидат наук з державного управління,
доцент кафедри громадського здоров'я та мікробіології;
ПВНЗ «Київський медичний університет», м. Київ*

МЕНЕДЖМЕНТ У РОБОТІ ЛІКАРЯ

Менеджмент – це не додаткове навантаження, а інструмент підвищення якості лікування та професійного вигорання.

Проведений аналіз підтверджує, що сучасний лікар – це багатофункціональний фахівець. Синергія медичних знань та менеджерських навичок дозволяє не лише покращити економічні показники закладу, а й підвищити рівень задоволеності пацієнтів [1, 2].

Роль лікаря як менеджера та синергія функцій

Сучасна медична практика, особливо в університетських клініках, вимагає від фахівця поєднання трьох ролей: лікаря, педагога та менеджера [1].

- *Лікарська функція:* базується на професійній медичній освіті та наданні допомоги.

- *Педагогічна функція:* передбачає навчання магістрів та інтернів.

- *Менеджерська функція:* необхідна для реалізації стратегії розвитку медичного закладу та ефективної взаємодії в команді.

Синергія навичок для успішної роботи лікар має розвивати «м'які навички» (soft skills), зокрема емоційний інтелект, який є критичним як для спілкування з пацієнтом (емпатія), так і для управління колективом [1, 9].

Ключові компетентності ефективного лікаря-управлінця

Згідно з аналізом світових медичних асоціацій та освітніх ресурсів, до переліку необхідних навичок входять [1, 8]:

- *Комунікація та міжособистісні навички:* вміння слухати пацієнта та колег.

- *Лідерство та робота в команді:* здатність брати відповідальність та діяти злагоджено у складних умовах.

- *Критичне мислення та вирішення проблем:* використання системного підходу для прийняття рішень.

- *Стрес-менеджмент та стійкість:* збереження спокою в умовах невизначеності.

- *Організованість та етика:* сувора прихильність до професійних стандартів.

Управління результативністю медичного закладу

Успіх медичного закладу в умовах змін залежить від впровадження сучасної системи управління [2].

- *Зміна стилю управління*: перехід від автократичного до ліберального та партнерського стилю [2, 4].

- *Цифровізація*: використання новітніх технологій для покращення комфорту пацієнтів та продуктивності персоналу [5, 7].

- *Орієнтація на пацієнта*: якісне обслуговування безпосередньо впливає на результативність закладу [2].

Типові помилки керівника в медицині

Для забезпечення високої результативності варто уникати наступних помилок [2, 4]:

- Використання застарілих управлінських стереотипів.
- Брак гнучкої адаптації до мінливого середовища (законодавчі зміни, конкуренція).
- Неєфективний розподіл фінансових та кадрових ресурсів.

Механізм функціональної синергії

Для імплементації менеджменту в лікарську практику пропонуються такі заходи [1, 6]:

- *Узгодження стратегій*: чіткий розподіл обов'язків між клінікою та кафедрою.

- *Фінансово-економічна політика*: прозорість грошових потоків та використання маркетингу.

- *Мультидисциплінарний підхід*: створення систем комунікацій між різними рівнями фахівців.

- *Визначення пріоритетів*: фокусування на найбільш затребуваних напрямках (онкологія, кардіологія тощо).

Успішна робота в умовах змін вимагає відходу від застарілих авторитарних методів на користь партнерства, розвитку емоційного інтелекту та впровадження цифрових технологій [4, 9].

Список використаних джерел

1. Рудінська О. В., Кусік Н. Л., Жмай О. В. Імплементація синергії функцій менеджера та лікаря в управлінській діяльності на прикладі клінік Одеського національного медичного університету. *Економіка та суспільство*. 2023. Вип. 55. DOI: 10.32782/2524-0072/2023-55-104

2. Грицко Р. Ю., Квасній Л. Г., Грицко О. М. Управління результативністю роботи медичного закладу в умовах змін. *Актуальні проблеми розвитку економіки регіону*. 2023. Вип. 19. Т. 2. С. 160–168. DOI: 10.15330/apred.2.19.160-168

3. Алькема В.Г., Сумець О.М., Кириченко О.С. Менеджмент закладу охорони здоров'я: навчальний посібник. Кн.1. Київ: Університет «КРОК», 2023. 244 с. URL: https://library.krok.edu.ua/media/library/category/navchalni-posibniki/alkema_0036.pdf

4. Типи менеджерів в медицині. MedExpert. URL: <https://medexpert.ua/articles/tipi-menedzheriv-v-medicini/>

5. Медичний менеджмент. MedPlatforma. Журнал «Управління закладом охорони здоров'я». URL: <https://emed.expertus.com.ua>

6. Менеджмент в охороні здоров'я: посібник / Б. М. Паласюк та ін. ; Терноп. нац. мед. ун-т ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України. Тернопіль : ТНМУ, 2024. 258 с. URL: <https://surl.li/khnhnd>

7. Паласюк, Б. М. Впровадження освітньо-професійної програми «Менеджмент в охороні здоров'я» в Тернопільському національному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України і її методичні аспекти. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2024, (3), 59–63. DOI: 10.11603/1681-2786.2024.3.14949.

8. 7 skills you need to effectively manage teams. *Harvard Business School Online*. URL: <https://surl.li/qcyjgo>

9. Жмай О. В. Формування емоційного інтелекту як необхідна складова процесу розвитку менеджерів. 2018. DOI: 10.18524/2413-9998.2018.2(39).144919.

К. О. Міщенко,
здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти,
ОПП «Менеджмент медичних закладів»;
ПВНЗ «Київський медичний університет», м. Київ

РОЛЬ МОТИВАЦІЇ ПЕРСОНАЛУ В СИСТЕМІ МЕНЕДЖМЕНТУ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

Специфіка сучасного управління в медицині полягає в тому, що інтелектуальний капітал є головним ресурсом, який визначає не лише якість лікування, а й фінансову стабільність закладу. В умовах війни та обмеженого фінансування, традиційні важелі менеджменту часто втрачають ефективність. Саме тому побудова гнучкої мотиваційної системи стає не просто функцією відділу кадрів, а стратегічним пріоритетом керівника закладу [3, с. 531].

На відміну від промислового сектору, мотивація медика має глибоке етичне та психологічне коріння. Як зазначають І. М. Козлова та Н. А. Ковнір, війна спровокувала масштабне виснаження ресурсів, що змушує менеджмент шукати нові формати підтримки [1]. Тільки матеріальних виплат сьогодні замало – працівник потребує визнання, безпеки та відчуття причетності до спільної місії. Проблема демотивації часто пов'язана не з відсутністю коштів, а з непрозорістю їх розподілу та браком зворотного зв'язку [3, с. 534].

Ми розглядаємо мотиваційний механізм як динамічну систему, що базується на трьох рівнях:

1. Гігієнічний рівень. Це стабільна оплата праці та соціальний захист. Недотримання цього рівня автоматично призводить до відтоку кадрів.

2. Розвиваючий рівень. Створення умов для безперервного професійного навчання. Дослідження І. В. Маляренко та С. О. Кубіцького доводять, що інвестиції в освіту персоналу підвищують його лояльність до закладу [2, с. 47].

3. Ціннісний рівень. Включення працівників у процес прийняття рішень (партисипативний менеджмент). Коли лікар впливає на розвиток свого відділення, його внутрішня мотивація стає самовідновлюваною [3, с. 537].

Наукова новизна нашого підходу полягає у доведенні того, що в умовах кризи «нематеріальні» чинники стають «матеріальними». Мотивований фахівець працює ефективніше, робить менше помилок, що в кінцевому результаті економить бюджетні ресурси закладу та підвищує його рейтинг серед пацієнтів [4, с. 3]. Таким чином, менеджмент медичного закладу має трансформуватися з моделі «адміністрування» в модель «підтримки та натхнення» [5, с. 210].

Практична значущість роботи полягає в можливості адаптувати запропоновані рекомендації для розробки внутрішніх положень про мотивацію у медичних закладах різного профілю, що дозволить зберегти кадровий потенціал України в цей складний час.

Список використаних джерел

1. Козлова І. М., Ковнір Н. А. Мотивація медичних працівників в умовах війни: виклики та перспективи. *Наукові праці Міжрегіональної академії управління персоналом. Економічні науки*. 2024. Вип. 4 (76). DOI: 10.32689/2523-4536/76-12
2. Малярєнко І. В., Кубіцький С. О. Розробка рекомендацій щодо підвищення кваліфікації та мотивації медичного персоналу. *Scientia*. Kraków, 2025. С. 85–89.
3. Якубенко Д. Оцінка елементів мотиваційного механізму управління персоналом у медичних закладах. *Economic Analysis*. 2025. Vol. 35. No. 3. С. 530–537.
4. Леміш К. М., Суслик А. В., Швачко В. А. Система мотивації персоналу як чинник підвищення ефективності діяльності підприємства. *Економіка та суспільство*. 2025. Вип. 78. DOI: 10.32782/2524-0072/2025-78-28
5. Шубалий О. М. та ін. Управління персоналом: підручник. 2-ге вид. Луцьк : ЛНТУ, 2023. 414 с.

Л. С. Пелих,
*здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти,
ОПП «Менеджмент медичних закладів»;
ПВНЗ Київський медичний університет, м. Київ*

ОСОБЛИВОСТІ АНТИКРИЗОВОГО УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

В сучасних умовах глобалізації, технічного прогресу та економічної нестабільності компанії стають все більш вразливими до кризових ситуацій, які можуть виникати як через внутрішні, так і через зовнішні чинники.

Історія світової економіки свідчить, що кризові ситуації не тільки ставлять під загрозу стабільність, але й можуть слугувати каталізаторами для позитивних змін, особливо у сфері бізнесу.

Одна з основних небезпек кризи полягає у її здатності піддавати випробуванню реалізацію існуючих систем та стратегій. Існуючі моделі можуть виявитися неефективними в нових умовах, викликаючи ризик стагнації або навіть регресу.

В той же час традиційною точкою зору є наступна: виникнення криз в діяльності суб'єктів міжнародного бізнесу не слід розглядати як негативне явище, тому що воно закономірне і виявляється у процесі їхнього зростання і розвитку [1, с. 48].

Поняття "антикризове управління" активно включилося в науковий обіг у другій половині XX століття. Зазначити одну конкретну особу чи точку входження важко, оскільки цей термін виник як результат поєднання різноманітних досліджень і розробок в галузі економіки, менеджменту та кризового управління.

Сучасна наукова література розглядає антикризове управління як комплексний підхід до аналізу, управління та уникнення кризових ситуацій в організаціях. Його зміст став більш стратегічно орієнтованим, враховуючи не тільки реагування на проблеми, але і активне формування стійкості до негативних впливів.

Виходячи з наукових підходів різних авторів щодо визначення сутності «антикризовий менеджмент», які наведені вище, можна дати більш повне визначення:

Антикризовий менеджмент – це ключова складова управління сучасним підприємством, особливо в умовах нестабільності зовнішнього середовища та внутрішніх викликів. Він являє собою систему заходів, методів та інструментів, спрямованих на подолання кризових явищ, відновлення стабільності організаційної системи та забезпечення її довгострокового розвитку.

При цьому, головне завдання антикризового менеджменту полягає у своєчасному виявленні кризових сигналів, оперативному опрацюванні можливих варіантів дій та обранні найефективнішого з них для подальшої

реалізації в межах підприємства, що дозволяє уникнути накопичення критичних проблем [2, с. 83].

Є.С. Кузнецов визначає в широкому розумінні сутність антикризового менеджменту, як «управління під час кризи, а також попередження настання кризових явищ» та в більш вузькому розумінні, як «застосування певних форм і методів в рамках процедури банкрутства» [3, с. 148].

Основною метою антикризового менеджменту є забезпечення гарних результатів – запланованих чи випадкових – за допомогою здорової організації, що досягається шляхом використання оточення на основі добре поставленого управління людьми і комунікаціями [4, с. 144].

Особливостями антикризового менеджменту у медичних закладах є:

- пріоритет життя і здоров'я пацієнтів;
- високий рівень ризиків;
- необхідність швидких управлінських рішень;
- тісна взаємодія з державними службами;
- особлива роль медичного персоналу.

Ефективний антикризовий менеджмент медичних закладів передбачає:

- розробку планів реагування на надзвичайні ситуації;
- створення резервів медикаментів і обладнання;
- регулярні тренування персоналу;
- систему моніторингу ризиків.

Список використаних джерел

1. Скібіцька Л.І., Антикризовий менеджмент: навч. посібник Київ: Центр учбової літератури, 2014. 584 с.
2. Сутність антикризового управління та принципи його здійснення Є. С. Кузнецов *Ефективна економіка*. 2021. № 10. С. 85-92
3. Ареф'єва, О., Пілецька, С., Лістрова, М. Формування конкурентної стратегії підприємства в системі антикризового управління *Економіка та суспільство*. 2022. № 4. С. 146-154
4. Батракова Т. І., Щусь Л. В. Фінансова криза: причини, аналіз, шляхи виходу *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2016 Вип. 10. Ч. 1. С. 143–146.

В. М. Полякова,
здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти,
ОПП «Менеджмент медичних закладів»;
ПВНЗ «Київський медичний університет», м. Київ

СУЧАСНІ КОНЦЕПЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ: МЕНЕДЖЕРІАЛЬНИЙ АСПЕКТ

В сучасній хірургії та трансплантології реабілітація перестала бути етапом, що настає «після операції». Сьогодні це цілісний управлінський процес, який починається ще на етапі діагностики. Ефективність реабілітації безпосередньо залежить від менеджменту медичного закладу: координації мультидисциплінарних команд, впровадження протоколів ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) та використання цифрових інструментів моніторингу [1; 2].

Концепція ERAS як фундамент хірургічного менеджменту

Концепція «швидкого відновлення» (ERAS) – це системний підхід, що мінімізує стресову відповідь організму на хірургічне втручання. Менеджмент цього процесу включає:

- *Доопераційний етап (Prehabilitation)*: інформаційна підтримка пацієнта, корекція нутритивного статусу та фізична підготовка. Це зменшує інформаційну асиметрію між лікарем і пацієнтом [3].
- *Інтраопераційний етап*: використання малоінвазивних методів, оптимізація анестезії та водного балансу.
- *Післяопераційний етап*: рання мобілізація (в перший же день після втручання) та відмова від рутинного використання дренажів.

Особливості реабілітаційного менеджменту в трансплантології

Трансплантація органів потребує специфічних управлінських рішень через високу складність супроводу:

- *Управління імуносупресією*: постійний моніторинг концентрації препаратів у крові пацієнта. Тут ключову роль відіграють медичні інформаційні системи (MIS), що забезпечують швидку передачу лабораторних даних лікарю [2; 4].
- *Інфекційний контроль*: організація «чистих зон» та менеджмент безпечного середовища для пацієнта з пересадженим органом.
- *Психологічна адаптація*: менеджмент закладу має забезпечити залучення психологів до реабілітаційної команди для роботи з пацієнтом та його родиною.

Цифровізація та телемедицина у процесі відновлення

Згідно з сучасними тенденціями цифровізації, роль інформаційних процесів у реабілітації зростає [5]:

- *Дистанційний моніторинг (Remote Patient Monitoring)*: використання датчиків та мобільних застосунків для відстеження стану пацієнта після виписки. Це дозволяє реалізувати модель «дані слідують за пацієнтом» [6].

- *Телереабілітація*: проведення занять із лікувальної фізкультури та консультацій через відеозв'язок, що особливо актуально для пацієнтів із віддалених регіонів [7].

- *Електронна взаємодія*: реєстрація всіх етапів реабілітації в ЕСОЗ дозволяє забезпечити наступність між стаціонарною та амбулаторною ланками [8].

Виклики для менеджера медичного закладу

Ефективна реабілітація стикається з низкою бар'єрів:

1. *Кадровий дефіцит*: необхідність у вузькоспеціалізованих фізичних терапевтах та ерготерапевтах.

2. *Фінансова стійкість*: висока вартість сучасного реабілітаційного обладнання та необхідність інтеграції витрат у тарифи НСЗУ [9].

3. *Кібербезпека*: захист чутливих даних пацієнтів при використанні хмарних платформ для реабілітації [3; 10].

Сучасна реабілітація в хірургії та трансплантології – це високотехнологічний менеджеріальний процес. Його успіх базується на синергії медичної експертизи, дотриманні міжнародних протоколів ERAS та впровадженні надійних інформаційних систем. Тільки системний підхід до управління реабілітаційним циклом забезпечує високу якість життя пацієнтів та економічну ефективність роботи медичного закладу.

Список використаних джерел

1. World Bank. Digital-in-Health: Unlocking the Value for Everyone. Washington, D.C. : World Bank, 2023. 178 p.

2. ERAS Society Guidelines (2022-2024). Міжнародні протоколи відновлення в хірургії. ERAS Society. URL: <https://erassociety.org/guidelines/>.

3. Малій Б. Нормативно-правові засади обробки персональних даних в Україні: правовий та галузевий аспекти. *Український політико-правовий дискурс*. 2025.

4. Грищук М. І., Висоцький А. А. Smart-технології в професійній діяльності майбутнього медика. *Академічні візії*. 2023. Вип. 18.

5. World Health Organization. Global strategy on digital health 2020–2025. Geneva : WHO, 2021. 60 p.

6. McKinsey & Company. The Future of Digital Health in Emerging Markets. McKinsey Global Reports. 2022.

7. Запорожан Л. П. та ін. Необхідність розвитку української телемедицини за сучасних умов. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2020. № 2.

8. Бурик З. М. Публічне управління в секторі охорони здоров'я: механізми електронізації. *Інвестиції: практика та досвід*. 2024. № 20.

9. Рахункова палата України. Звіт про результати аудиту ефективності використання коштів на функціонування ЕСОЗ. 2023.

10. Davenport T., Kalakota R. The Potential of AI in Healthcare. *Harvard Business Review*. 2019.

Е. А. Потапенко,
*здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти,
ОПП «Менеджмент медичних закладів»;
ПВНЗ Київський медичний університет, м. Київ*

СУТЬ ТА ОСОБЛИВОСТІ КОРПОРАТИВНОЇ КУЛЬТУРИ В МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ

Корпоративна культура в медичних закладах представляє собою комплекс цінностей, норм поведінки та традицій, які формують внутрішнє середовище організації, забезпечуючи ефективну взаємодію між працівниками та пацієнтами. Відтак у сучасних умовах реформування системи охорони здоров'я, коли конкуренція між закладами зростає, така культура набуває особливого значення, адже сприяє не лише підвищенню якості послуг, але й зміцненню командного духу, а також адаптації до зовнішніх викликів, таких як пандемії чи економічні трансформації. Дослідники наголошують, що в медичній сфері корпоративна культура часто поєднує елементи ієрархії з клановими аспектами, де домінує орієнтація на стабільність і турботу, хоча в приватних установах дедалі частіше проявляються ринкові та інноваційні риси [1].

У медичних організаціях корпоративна культура виконує низку функцій, серед яких інтеграційна, мотиваційна та адаптивна, і саме через них забезпечується єдність колективу навколо спільної мети – збереження здоров'я пацієнтів. Коли працівники розділяють базові принципи, як от етичну відповідальність чи командну співпрацю, це призводить до зниження конфліктів і підвищення ефективності процесів. Наприклад, в умовах реформування галузі, коли вводяться нові стандарти якості, корпоративна культура стає інструментом для впровадження змін, дозволяючи персоналу адаптуватися без значних втрат продуктивності. З одного боку, вона формується під впливом керівництва, яке встановлює правила та приклади поведінки; з іншого – розвивається органічно через щоденні взаємодії, де емоційний клімат грає ключову роль. Особливо важливо, що в медичних закладах культура впливає на пацієнтоорієнтованість, адже саме через неї пацієнти відчують довіру та комфорт, що безпосередньо корелює з результатами лікування [2]. Таким чином, формування культури вимагає системного підходу, включаючи навчання, оцінку та коригування, аби уникнути дисбалансу між формальними нормами та реальною практикою.

Теоретично корпоративна культура в медицині охоплює кілька взаємопов'язаних рівнів – від зовнішніх артефактів (фірмовий стиль, спецодяг, оформлення приміщень) до глибинних базових уявлень про місію організації, роль лікаря у суспільстві та ставлення до пацієнта як суб'єкта, а не об'єкта медичної допомоги. Саме таке багаторівневе розуміння дозволяє менеджерам охорони здоров'я формувати комплексні стратегії культурних змін. Серед структурних елементів корпоративної культури медичного закладу виділяють декілька основних складових. Місія та стратегічні цінності організації становлять її ідеологічне ядро, навколо якого будується увесь управлінський

процес. Поруч із ними не менш важливу роль відіграють етичні норми медичної практики, корпоративна символіка, ритуали та традиції колективу, а також система стимулювання й визнання заслуг персоналу. Перераховані елементи тісно переплетені між собою і лише у взаємодії утворюють цілісне культурне середовище [4].

Функціональне призначення корпоративної культури у медичній сфері реалізується одночасно у декількох площинах. Насамперед вона виконує інтегруючу функцію, об'єднуючи фахівців різного профілю навколо спільних цілей. Культура слугує регулятором поведінки, встановлюючи неписані, але дієві норми взаємодії, а також виконує адаптаційну функцію, допомагаючи новим співробітникам швидше включатися у робочі процеси та засвоювати ціннісні орієнтири колективу. У довгостроковій перспективі сформована культура стає конкурентною перевагою закладу на ринку медичних послуг [3].

Медична сфера вирізняється низкою специфічних рис, що суттєво впливають на характер корпоративної культури. Насамперед, йдеться про особливий морально-етичний контекст діяльності: лікарі та середній медичний персонал щоденно стикаються з болем, стресом і граничними ситуаціями. Саме культурне середовище значною мірою визначає, наскільки ефективно команда справляється з подібними викликами [1]. Водночас специфіка медицини вимагає чіткого балансу між дотриманням стандартів безпеки та збереженням людяності у стосунках із пацієнтами.

Ще однією характерною особливістю є висока ієрархічність медичних організацій, що традиційно зумовлена клінічними протоколами і системою відповідальності за результати лікування. Подібна ієрархія, з одного боку, забезпечує впорядкованість процесів, а з іншого – може гальмувати ініціативність персоналу та обмежувати горизонтальну комунікацію [3]. Саме тому сучасні дослідники у галузі управління охороною здоров'я наголошують на важливості формування культури психологічної безпеки, у якій кожен член команди може вільно висловлювати думки й повідомляти про можливі ризики без страху покарання.

Окремого розгляду заслуговує питання впливу корпоративної культури на якість медичного обслуговування. Аналіз, проведений Ольховською А., свідчить про наявність прямого зв'язку між рівнем культурної зрілості організації та показниками задоволеності пацієнтів, кількістю скарг і частотою медичних помилок [3]. Заклади, у яких сформовано культуру відкритості й безперервного навчання, демонструють значно вищі стандарти клінічної практики порівняно з тими, де домінує суто адміністративний підхід до управління.

Особливості корпоративної культури в медичних закладах України виявляються в її адаптації до національних реалій, де поєднуються державні регуляції з приватними ініціативами (табл. 1). У державних лікарнях часто переважає ієрархічний тип культури, орієнтований на контроль та стабільність, тоді як приватні клініки схильються до кланового чи ринкового підходу, де акцент на команді та конкуренції. Дослідження показують, що в українських медичних організаціях домінує ієрархічна модель, за якою йдуть кланова,

ринкова та адхократична, що відображає вплив бюрократичної спадщини радянської системи, але з поступовим зрушенням до гнучкості в постреструктурний період [3]. Як приклад, під час пандемії COVID-19 корпоративна культура допомагала закладам мобілізувати ресурси, посилюючи солідарність серед персоналу, хоча й виявила проблеми з мотивацією через перевантаження. Крім того, в медичній сфері культура включає етичні норми, такі як конфіденційність та емпатія, які стають основою для запобігання вигоранню працівників. Якщо ж культура слабка, це призводить до плинності кадрів і зниження якості послуг, тому керівники мусять активно її розвивати через тренінги та комунікацію. Врешті, особливості залежать від розміру закладу: у великих лікарнях культура більш формалізована, тоді як у малих клініках – персоналізована, з акцентом на індивідуальні стосунки.

Таблиця 1

**Типи корпоративної культури в медичних закладах
(за моделлю К. Камерона та Р. Квінна)**

Тип культури	Характеристики	Переваги в медичній сфері	Недоліки
Ієрархічна	Строгий контроль, формальні процедури, стабільність.	Забезпечує дотримання стандартів якості та безпеки.	Обмежує ініціативу, сповільнює інновації.
Кланова	Орієнтація на команду, лояльність, наставництво.	Підвищує мотивацію персоналу через підтримку.	Може ігнорувати зовнішні зміни ринку.
Ринкова	Фокус на конкуренції, результатах, клієнтоорієнтованості.	Сприяє покращенню послуг для пацієнтів.	Збільшує стрес через тиск на ефективність.
Адхократична	Інновації, гнучкість, креативність.	Дозволяє швидку адаптацію до нових технологій.	Ризик хаосу без чітких правил.

Джерело: створено автором

Клініка «Оберіг» є одним із найбільш показових прикладів свідомого культурного будівництва у вітчизняній охороні здоров'я [5]. Організація послідовно впроваджує модель пацієнтоорієнтованої культури, в основі якої лежить принцип поваги до гідності та автономії людини: пацієнт розглядається не як реципієнт медичних послуг, а як повноправний партнер у прийнятті рішень щодо власного лікування. Такий підхід, відомий у міжнародній практиці як *shared decision-making*, реалізується передусім через культуру спілкування – лікарі клініки зобов'язані у доступній формі роз'яснювати пацієнтам суть діагнозу, можливі варіанти лікування та очікувані результати.

На рівні внутрішньокорпоративних практик «Оберіг» вирізняється кількома конкретними інструментами. У закладі діє структурована система зворотного зв'язку від пацієнтів: після кожного візиту автоматично надсилається коротке опитування, результати якого щомісячно аналізуються на нарадах керівництва, регулярно проводяться тренінги з медичної комунікації та

емоційного інтелекту для персоналу різних рівнів – від лікарів до адміністраторів рецепції. Важливо, що навчання має практичний характер: програми включають розігрування ситуаційних сценаріїв і розбір реальних складних випадків із взаємодії з пацієнтами [1].

Мережа клінік «Медіком» вибудовує корпоративну культуру на засадах доказової медицини та колективної відповідальності за клінічний результат [7]. Центральним елементом культурної моделі є мультидисциплінарна команда: у закладі практикуються регулярні спільні консилиуми за складними клінічними випадками, де лікарі різних спеціальностей у рівноправному режимі обговорюють тактику лікування. Подібний формат роботи не лише підвищує якість діагностики, а й формує культуру взаємної поваги та горизонтальної взаємодії, що є нетиповим для традиційно ієрархічної медичної сфери.

Прозорість як культурна норма виявляється у «Медіком» через систему ключових показників ефективності, доступних кожному співробітнику. Лікарі та керівники підрозділів мають змогу бачити власні результати у порівнянні із середніми показниками по мережі, що стимулює здорову конкуренцію і водночас виключає атмосферу «зіркової хвороби» чи надмірної закритості. Відповідальність за результат у такій моделі носить не персональний, а командний характер – помилка одного фахівця є приводом для загальної рефлексії, а не пошуку «крайнього» [7].

Важливою складовою корпоративної культури «Медіком» є ставлення до безперервного навчання як до норми, а не виключення. Клініка підтримує участь лікарів у міжнародних конгресах і наукових конференціях, а набуті знання кожен фахівець зобов'язаний транслювати колегам у форматі внутрішніх семінарів. Такий механізм перетворює зовнішню освіту на колективний актив організації. Показово, що мережа використовує NPS-опитування (Net Promoter Score) після кожного візиту пацієнта, а динаміка показника регулярно обговорюється на нарадах, що робить голос пацієнта невід'ємним елементом управлінського процесу.

Клініка «Борис» до свого входження до складу мережі «Добробут» у 2019 році асоціювалася з культурою клінічної досконалості та інноваційного підходу до лікування [6]. Колектив закладу сформувався навколо спільного прагнення запроваджувати передові медичні протоколи і бачення пацієнта як рівноправного учасника терапевтичного процесу. Саме таке культурне підґрунтя зробило клініку привабливою для поглинання, адже «Добробут» цілеспрямовано формував мережу закладів із сильними корпоративними ідентичностями.

Злиття двох організаційних культур стало справжнім управлінським кейсом для вітчизняної охорони здоров'я. Мережа «Добробут» несла власну розвинену корпоративну культуру, побудовану на принципах доступності якісної медицини, уніфікації стандартів і цифровізації клієнтського досвіду. Перед менеджментом постало завдання, знайоме кожному управлінцю з досвідом M&A-угод: зберегти найкраще з культури поглинутого закладу, водночас інтегруючи його у власну систему цінностей. Відповідно до наявних даних, для вирішення задачі мережа задіяла комплекс інструментів – від

спільних корпоративних заходів і уніфікації дрескоду до впровадження єдиної цифрової платформи управління якістю [4].

На сьогодні «Добробут» є найбільшою приватною медичною мережею України, і підтримання культурної єдності на такому масштабі є самостійним стратегічним завданням. У закладі функціонує корпоративна академія, що забезпечує не лише клінічне навчання, а й трансляцію цінностей організації через наставництво, ротацію персоналу між клініками мережі та єдині стандарти зустрічі й супроводу пацієнта. Культура безпеки реалізується через стандартизовані протоколи звітування про несприятливі події у всіх філіях, що формує єдиний культурний простір незалежно від географії [6].

Зіставлення трьох розглянутих моделей дозволяє виявити як спільні риси, притаманні зрілій корпоративній культурі медичного закладу, так і принципові відмінності у акцентах і механізмах реалізації. Систематизований порівняльний аналіз за ключовими параметрами наведено у таблиці 2.

Таблиця 2

**Порівняльна характеристика корпоративних культур
провідних українських медичних клінік**

Параметр порівняння	Клініка «Оберіг»	Мережа «Медіком»	Мережа «Добробут» (кл. «Борис»)
Ключова цінність	Людська гідність і партнерство з пацієнтом	Доказова медицина і командна відповідальність	Доступність і масштабованість якісної допомоги
Модель управління	Пацієнтоорієнтована з розвинутою горизонталлю	Мультидисциплінарні команди, прозорі KPI	Централізована мережева модель, єдині стандарти
Навчання персоналу	Регулярні тренінги з комунікації та етики	Клінічні розбори, участь у міжнар. конгресах	Корпоративна академія, наставництво
Зворотний зв'язок від пацієнтів	Структуровані анкети, онлайн-рейтинги	NPS-опитування після кожного візиту	Цифрові платформи оцінювання, гаряча лінія
Культурна символіка	Фірмовий стиль, гасло «Лікувати — значить поважати»	Єдиний дрескод, фірмові протоколи зустрічі пацієнта	Брендована уніформа мережі, корпоративний кодекс
Культура безпеки	Відкрите повідомлення про інциденти без покарання	Щотижневі мультидисциплінарні конференції з розбором випадків	Стандартизовані протоколи безпеки у всіх філіях
Сильна сторона	Висока лояльність персоналу та репутація в преміум-сегменті	Науковий підхід, низька частота медичних помилок	Географічне охоплення, уніфікація якості
Виклик / зона розвитку	Масштабування культури при зростанні мережі	Збереження командного духу у разі розширення	Інтеграція корпоративних культур поглинених клінік

Джерело: створено автором

Відмінності між моделями зосереджені переважно у площині управлінської архітектури. «Оберіг» зберігає більш децентралізовану модель, де культурні стандарти відтворюються через сильну корпоративну ідентичність і лідерів думки всередині колективу. «Медіком» робить ставку на прозорі вимірювальні системи, що трансформують культурні цінності у конкретні поведінкові індикатори. «Добробут», своєю чергою, вирішує завдання культурної уніфікації у масштабах великої мережі через централізовані механізми – корпоративну академію, стандартизовані протоколи та єдину цифрову платформу. Вирішальну роль у трансформації культури відіграє поведінка керівництва: лідери закладу своїм прикладом задають тон усій організації, і тому жодна декларація цінностей не матиме ефекту, якщо дії менеджерів суперечать проголошуваним принципам. Не менш важливими є системи навчання та розвитку персоналу, де корпоративні цінності транслуються через конкретні компетенції й сценарії поведінки. Доповнюють загальну картину системи визнання заслуг і матеріального стимулювання, побудовані таким чином, щоб винагороджувати поведінку, яка відповідає культурним нормам організації.

Отже, корпоративна культура у сфері охорони здоров'я є не другорядним фактором, а стратегічним ресурсом, безпосередньо пов'язаним із клінічними результатами і конкурентоспроможністю організації. Ефективна культура медичного закладу неодмінно поєднує пацієнтоцентричність, культуру безпеки та постійного навчання – відсутність хоча б одного із цих складників суттєво знижує загальну культурну зрілість. Масштабування культури є самостійним управлінським завданням: зі зростанням організації стихійна культура поступається місцем культурі, що цілеспрямовано підтримується через системи навчання, комунікації та оцінювання.

Список використаних джерел

1. Науменко Г. Формування здорової корпоративної культури в медичній організації. Сучасні проблеми фармацевтичної галузі. 2020. № 1. С. 1–7. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/230>
2. Юрочко Т. Формування корпоративної культури медичного закладу. Актуальні проблеми державного управління. 2021. № 84. С. 51–54. URL: <http://uran.oridu.odessa.ua/article/view/246245>
3. Ольховська А. Корпоративна культура закладу охорони здоров'я як складова управління якістю медичного обслуговування. 2024. URL: <https://ekmair.ukma.edu.ua/bitstreams/33ffd689-b971-4a02-a209-2002263054e5/download>
4. Сілко Т. Особливості формування корпоративної культури в закладі охорони здоров'я. Матеріали конференцій МЦНД. 2025. URL: <https://archives.mcnd.org.ua/index.php/conference-proceeding/article/view/1127>
5. Клініка «Оберіг». Корпоративна культура. 2022. URL: <https://oberig.ua/>
6. Клініка «Борис». Новини. 2019. URL: <https://dobrobut.com/ua/archive-news/c-medicinskaa-set-dobrobut-priobrela-kliniku-boris>

7. Клініка «Медіком». Про клініку. 2025. URL: <https://medikom.ua/>

О. Сас,
*здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти,
ОП «Менеджмент медичних закладів»;
ПВНЗ «Київський медичний університет», м. Київ*

УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Забезпечення високої якості медичної допомоги широко визнається необхідністю, якщо країни хочуть досягти значущого прогресу у загальному медичному забезпеченні населення. Оцінки свідчать, що низька якість медичної допомоги щороку спричиняє від 5,7 до 8,4 мільйона смертей у країнах з низьким і середнім рівнем доходу [1]. У період досягнення Цілей тисячоліття (2000–15) глобальна та національна політика була зосереджена переважно на покращенні охоплення життєво необхідних медичних послуг. Однак за останнє десятиліття якість медичної допомоги піднялася на перший план у всіх сферах доходу [2]. Щоб визначити потенційні втручання та політики для покращення якості медичної допомоги, потрібна міцна база доказів щодо її детермінантів. Хоча було проведено величезну кількість контрольованих досліджень впливу медичних технологій, медичної освіти та клінічних аудитів на якість догляду та результати для пацієнтів, значно менше досліджень оцінюють ширші організаційні фактори, які потенційно впливають на якість догляду. Одним із таких факторів є управління лікарнями, яке давно визнається пресою та політиками важливим, але отримує обмежену увагу з боку емпіричних дослідників.

Управління по-різному описують як контроль, моніторинг або організація людей, процесів і систем для досягнення конкретних цілей бо постійний розвиток потенціалу організації для трансформації людських і фінансових ресурсів та інших ресурсів у покращення послуг і кращого здоров'я. Очевидно, що управління є багатовимірним, що означає, що немає єдиного індикатора управління. Це створює значний виклик для вимірювання. Крім того, те, що вважається «хорошим менеджментом», часто може включати як об'єктивні, так і більш суб'єктивні елементи, які, наприклад, відображають сприйняту якість управлінських дій та різноманітні вподобання щодо різних стилів управління.

Лікарні відрізняються від інших організацій тим, що може послабити зв'язок між управлінськими практиками та ефективністю. По-перше, не завжди існує чітке розділення між управлінською та клінічною ролями в лікарнях і цілком можливо, що надмірні управлінські завдання скорочують час клініцистів на клінічну допомогу. По-друге, лікарні часто стикаються з конкурентними вимогами щодо надання якісної допомоги та фінансової стабільності. Якщо управлінські практики більше орієнтовані на друге, надання послуг і якість догляду можуть постраждати. По-третє, характер стимулів, з якими стикаються

менеджери державних або некомерційних лікарень, а також відсутність надійного, рутинного вимірювання якості медичної допомоги, можуть змушувати менеджерів зосереджуватися на бюрократичних завданнях, які майже не приносять користі пацієнтам.

Структурна якість базувалася на тому, чи мав медичний працівник ліки, обладнання, персонал і рекомендації, і вимірювався через опитування медичних закладів або через систему рутинної інформації ланцюга постачання.

Клінічна якість стосувалася дотримання лікарями рекомендацій щодо догляду, таких як протоколи профілактики та контролю інфекцій, рекомендації з ведення випадків або лікування гострого інфаркту міокарда. Помітним винятком також вимірювалося дотримання пацієнтами лікування та те, чи можуть вони правильно пояснити своє лікування. Автори використовували стандартизовані пацієнти, пряме спостереження, клінічні записи та клінічні історії хвороби для вимірювання клінічної якості [1].

Результати для здоров'я включали загальні індикатори смертності, ті, що вимірювали смертність від гострого інфаркту міокарда, або ті, що вимірювали смертність або захворюваність від інших станів, що цікавлять. Результати здоров'я вимірювалися за допомогою рутинно зібраних даних із вторинних джерел, таких як інформаційна система лікарень або національне опитування, або первинні джерела даних, такі як огляд записів або опитування.

Список використаних джерел

1. Всесвітня організація охорони здоров'я. Якісні медичні послуги. 2020. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
2. Всесвітня організація охорони здоров'я. Глобальна стратегія ВООЗ щодо орієнтованих на людей та інтегрованих медичних послуг: Проміжний звіт. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я, 2015.

М. В. Шульга,
*здобувач третього (освітньо-наукового) рівня вищої освіти;
ПЗВО «Східноєвропейський університет імені Рауфа Аблязова», м. Черкаси*

ДІАГНОСТИКА РІВНЯ СФОРМОВАНOSTІ ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ КУЛЬТУРИ В МЕДИЧНИХ ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ

Сучасна система охорони здоров'я перебуває в умовах постійних змін, що пов'язані з реформуванням галузі, підвищенням вимог до якості медичних послуг та необхідністю ефективного управління людськими ресурсами. У цих умовах особливого значення набуває формування та розвиток організаційної культури медичних лікувальних закладів, яка визначає цінності, норми поведінки, стиль управління та характер взаємодії між медичним персоналом і пацієнтами.

Організаційна культура є важливим фактором забезпечення ефективності діяльності медичних закладів, оскільки вона сприяє підвищенню професійної відповідальності працівників, формуванню позитивного психологічного клімату, покращенню комунікації в колективі та підвищенню якості медичної допомоги. Водночас ефективне управління організаційною культурою потребує її системного аналізу та оцінювання.

У цьому контексті особливої актуальності набуває діагностика рівня сформованості організаційної культури в медичних лікувальних закладах. Така діагностика дозволяє визначити стан ціннісних орієнтацій колективу, рівень дотримання етичних норм, характер взаємодії між працівниками та керівництвом, а також виявити проблемні аспекти, що потребують управлінського втручання. Результати діагностики можуть слугувати основою для розроблення ефективних управлінських рішень, спрямованих на розвиток організаційної культури та підвищення ефективності діяльності медичних лікувальних закладів.

Організаційна культура медичного лікувального закладу формується під впливом багатьох факторів, серед яких важливе місце займають професійні цінності медичного персоналу, стиль управління керівництва, рівень внутрішньої комунікації, система мотивації та дотримання етичних норм професійної діяльності. Для ефективного управління цими процесами необхідно здійснювати регулярну діагностику стану організаційної культури.

Діагностика організаційної культури є комплексним процесом дослідження внутрішнього середовища організації з метою визначення рівня сформованості її основних елементів. До таких елементів належать спільні цінності, норми поведінки, традиції, управлінські практики, комунікаційні процеси та соціально-психологічний клімат у колективі.

У медичних лікувальних закладах діагностика організаційної культури має свої особливості, зумовлені специфікою медичної діяльності. Медична професія передбачає високий рівень відповідальності, дотримання етичних стандартів, командну взаємодію між фахівцями різних спеціальностей та орієнтацію на

потреби пацієнтів. Тому оцінювання організаційної культури повинно враховувати як управлінські, так і професійно-етичні аспекти діяльності медичного персоналу.

Основними методами діагностики організаційної культури в медичних закладах є соціологічні опитування, анкетування працівників, інтерв'ювання, спостереження, аналіз внутрішніх документів та експертні оцінки. За допомогою цих методів можна визначити рівень задоволеності працівників умовами праці, характер взаємин у колективі, ступінь довіри до керівництва, а також рівень дотримання професійних і етичних стандартів.

Важливим елементом діагностики є оцінювання ціннісних орієнтацій медичного персоналу, які відображають ставлення працівників до професійних обов'язків, пацієнтів та організації загалом. Високий рівень сформованості організаційної культури характеризується домінуванням таких цінностей, як професіоналізм, відповідальність, взаємоповага, командна робота та орієнтація на якість медичних послуг.

Не менш важливим аспектом є оцінювання системи внутрішніх комунікацій. Ефективна організаційна культура передбачає відкритий обмін інформацією між керівництвом і персоналом, чіткість управлінських рішень та налагодженість взаємодії між різними підрозділами закладу. Недостатній рівень комунікації може призводити до виникнення конфліктів, зниження мотивації персоналу та погіршення якості медичної допомоги.

Значну роль у формуванні організаційної культури відіграє стиль управління керівництва. Керівники медичних закладів виступають носіями основних цінностей організації та формують поведінкові стандарти для персоналу. Демократичний стиль управління, підтримка ініціативи працівників, справедливе оцінювання результатів праці та професійний розвиток персоналу сприяють формуванню позитивної організаційної культури.

Важливим компонентом діагностики є також оцінювання соціально-психологічного клімату колективу, який характеризує рівень довіри між працівниками, взаємопідтримку, ступінь конфліктності та загальну атмосферу в організації. Позитивний психологічний клімат сприяє підвищенню ефективності командної роботи та покращенню якості медичного обслуговування пацієнтів.

Результати діагностики організаційної культури дозволяють виявити як сильні сторони діяльності медичного закладу, так і проблемні аспекти, що потребують управлінського вдосконалення. На основі отриманих даних керівництво може розробити програми розвитку організаційної культури, спрямовані на підвищення професійної мотивації персоналу, покращення комунікації та формування єдиних цінностей організації.

Таким чином, діагностика рівня сформованості організаційної культури є важливим інструментом управління медичними лікувальними закладами. Вона дозволяє комплексно оцінити стан внутрішнього середовища організації, визначити рівень сформованості цінностей, норм поведінки та управлінських практик, а також виявити проблеми, що перешкоджають ефективному функціонуванню медичного колективу.

Застосування сучасних методів діагностики сприяє підвищенню ефективності управлінських рішень, розвитку позитивного психологічного клімату в колективі та формуванню культури професіоналізму й відповідальності. Це, у свою чергу, позитивно впливає на якість медичних послуг, рівень задоволеності пацієнтів та загальну ефективність діяльності закладів охорони здоров'я.

Отже, систематичне проведення діагностики організаційної культури має стати важливою складовою сучасної системи управління медичними лікувальними закладами та необхідною умовою їх сталого розвитку.

Список використаних джерел

1. Гуцалюк О.М., Бондар Ю.А., Приходько І.П., Семенко В.О. Аналіз стану кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я України у період реформування. *Вісник Східноєвропейського університету економіки і менеджменту*. 2024. № 2 (32). С. 6-19. DOI: 10.58253/2078-1628-2024-2(32)-001
2. Гуцалюк О.М., Бондар Ю.А., Бойко О.В. Оцінка конкурентоспроможності медичної галузі та її освітніх закладів в контексті економічної взаємодії. *Економічний вісник Донбасу*. 2024. № 1-2 (75-76). С. 123-131. DOI: 10.12958/1817-3772-2024-1-2(75-76)-123-131
3. Hutsaliuk O.M., Bondar Ju., Boiko O., Bakum I. Approaches to the strategic management of the development of medical treatment facilities. *Intellectualization of logistics and Supply Chain Management*. 2024. Vol. 27. Pp. 7-18. DOI: 10.46783/smart-scm/2024-27-1

СЕКЦІЯ 6

ГУМАНІТАРНІ ТА ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ УПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ

Д. О. Барабась,

*кандидат економічних наук, доцент,
доцент кафедри менеджменту;*

Т. С. Шелест,

*здобувач першого (бакалаврського) рівня вищої освіти,
факультет економіки та управління;
Київський національний економічний
університет ім. Вадима Гетьмана, м. Київ*

ЧИННИКИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ПРОЦЕСИ ПРИЙНЯТТЯ УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ ЗА УМОВ ВОЄННОГО ЧАСУ

Процес вироблення управлінських рішень у сучасних умовах характеризується підвищеною складністю, невизначеністю та багатофакторністю. Якщо у докризових умовах ключовими детермінантами управлінського вибору виступали переважно економічні, фінансові та галузеві чинники, то у період 2022–2024 років для вітчизняних підприємств визначальним фактором стала військова агресія проти України. Вона суттєво трансформувала середовище функціонування бізнесу, змінила пріоритети стратегічного управління та підвищила рівень ризиків у процесі прийняття управлінських рішень.

У науковій літературі фактори впливу на управлінські рішення розглядаються як сукупність зовнішніх і внутрішніх умов, що формують рамки управлінського вибору, визначають спектр альтернатив та впливають на очікувані результати [1]. Ризики при цьому трактуються як імовірність відхилення фактичних результатів від запланованих унаслідок дії невизначених або неконтрольованих чинників. У сучасних умовах менеджмент має поєднувати аналіз факторів впливу з ідентифікацією, оцінюванням та мінімізацією ризиків, особливо з урахуванням воєнних викликів.

Практика діяльності українських підприємств демонструє, що воєнний стан безпосередньо впливає на зміст управлінських рішень. Так, компанія «Нова Пошта» була змушена адаптувати операційні та інвестиційні рішення до умов руйнування інфраструктури, зростання витрат на паливо, перебоїв в енергопостачанні та ризиків роботи в прифронтових регіонах. Агрокомпанія «Астарта-Київ» при формуванні стратегічних рішень щодо структури посівів та експортної політики враховує ризики блокування портів, зміну логістичних маршрутів та коливання світових цін на сировину. Державне підприємство «Укрзалізниця» при прийнятті рішень щодо модернізації рухомого складу та

залучення кредитних ресурсів оцінює фінансові ризики, пов'язані зі зростанням боргового навантаження, валютними коливаннями та нестабільністю ринку капіталу.

З огляду на багатокomпонентність впливів фактори та ризики, що супроводжують процес вироблення управлінських рішень за сучасних умов, доцільно систематизувати у табличній формі.

Таблиця 1

Чинники та ризики, що впливають на процес вироблення управлінських рішень за умов воєнної економіки

Група чинників	Приклади чинників	Потенційні ризики
Воєнні	Руйнування інфраструктури, релокація бізнесу, мобілізація персоналу, перебої з енергопостачанням	Втрата активів, зрив поставок, кадровий дефіцит, колапс виробничих процесів
Макроекономічні	Інфляція, валютні коливання, нестабільність фінансових ринків	Зниження рентабельності, фінансові втрати
Фінансові	Зміна умов кредитування, обмеження ліквідності	Зростання боргового навантаження, дефіцит обігових коштів
Правові та регуляторні	Зміни податкового законодавства, валютні й митні обмеження, спеціальні режими воєнного стану	Штрафні санкції, обмеження господарської діяльності
Галузеві	Зміна конкурентного середовища, логістичні бар'єри	Втрата ринкових позицій, зниження обсягів продажу
Внутрішні	Обмеженість ресурсів, недосконалість структури управління	Нереалізованість або затримка рішень, їх хибність
Інформаційні та технологічні	Недостовірність даних, кіберзагрози, перебої IT-систем	Помилкові управлінські рішення
Соціально-репутаційні	Реакція персоналу та стейкхолдерів на управлінські дії	Зниження довіри, іміджеві втрати

Наведена у таблиці систематизація факторів впливу та ризиків дозволяє зробити висновок, що процес вироблення управлінських рішень у сучасних умовах набуває комплексного та багаторівневого характеру. Кожна група чинників не діє ізольовано, а перебуває у тісному взаємозв'язку з іншими, формуючи сукупний вплив на управлінський вибір.

Передусім особливого значення набувають воєнні фактори, які в умовах сучасної України стали системоутворюючими. Руйнування виробничої та транспортної інфраструктури, релокація підприємств, порушення традиційних логістичних ланцюгів, мобілізація персоналу та загрози безпеці активів безпосередньо впливають на стратегічні та оперативні рішення підприємств. Управлінські рішення в таких умовах мають орієнтуватися не лише на економічну ефективність, а й на забезпечення безперервності діяльності та мінімізацію втрат. Це означає, що у структурі управлінського вибору зростає

роль антикризового планування, сценарного аналізу та створення резервів стійкості.

Макроекономічна нестабільність, зокрема інфляція та валютні коливання, формують додатковий фінансовий тиск на підприємства. Підвищення вартості ресурсів, зростання операційних витрат та нестабільність фінансових ринків змушують менеджмент постійно переглядати бюджети, інвестиційні програми та цінову політику. У таких умовах ризик зниження рентабельності стає системним, а управлінські рішення повинні базуватися на глибокому фінансово-економічному аналізі та використанні прогнозних моделей [2].

Фінансові фактори тісно пов'язані з макроекономічними, однак мають власну специфіку. Зміна умов кредитування, зростання процентних ставок, валютні обмеження та дефіцит ліквідності скорочують можливості залучення інвестиційних ресурсів. Це підвищує значущість рішень щодо структури капіталу, управління борговим навантаженням та формування фінансових резервів. Помилки у фінансовому плануванні можуть призвести до зниження платоспроможності або втрати фінансової стійкості, що особливо критично для підприємств із високим рівнем зобов'язань.

Правові та регуляторні фактори формують нормативні межі управлінського вибору. В умовах воєнного стану законодавство характеризується динамічністю та запровадженням спеціальних режимів господарювання. Неврахування змін у податковій політиці, валютному й митному регулюванні чи трудовому законодавстві може спричинити штрафні санкції або обмеження діяльності підприємства [3]. Таким чином, управлінські рішення мають прийматися з урахуванням постійного моніторингу правового середовища та оцінювання регуляторних ризиків.

Галузеві чинники визначають специфіку впливу конкурентного середовища, технологічних змін та поведінки споживачів. В умовах порушень логістичних маршрутів і змін попиту підприємства змушені адаптувати виробничі програми, диверсифікувати ринки збуту та впроваджувати інноваційні підходи до організації діяльності. Невчасна реакція на галузеві зміни може призвести до втрати конкурентних позицій та зниження частки ринку.

Внутрішні фактори – ресурсні можливості, організаційна структура, рівень компетентності персоналу – визначають реальну здатність підприємства обирати оптимальні рішення та реалізовувати їх. Навіть економічно обґрунтоване рішення може залишитися нереалізованим за умови недостатності фінансових ресурсів або неефективної координації підрозділів. Особливого значення набуває людський чинник: компетентність менеджерів, їх здатність діяти в умовах стресу та невизначеності прямо впливають на якість управлінського вибору [4, с. 83].

Інформаційні та технологічні фактори зумовлюють необхідність забезпечення достовірності, повноти та своєчасності управлінської інформації. Цифровізація бізнес-процесів підвищує залежність підприємств від інформаційних систем, що створює ризики кіберзагроз та технічних збоїв.

Помилкова або неповна інформація може призвести до прийняття хибних управлінських рішень із суттєвими фінансовими наслідками.

Соціально-репутаційні чинники також набувають особливої ваги в умовах воєнної економіки. Суспільна чутливість до діяльності бізнесу, очікування соціальної відповідальності та прозорості зумовлюють необхідність врахування інтересів стейкхолдерів при прийнятті управлінських рішень. Нехтування соціальними наслідками управлінських дій може призвести до втрати довіри, погіршення іміджу підприємства та зниження лояльності клієнтів і працівників [5].

Таким чином, у сучасних умовах управлінське рішення не може розглядатися як результат ізольованого аналізу окремого чинника. Воно повинно формуватися на основі комплексної оцінки взаємодії воєнних, економічних, фінансових, правових, галузевих та внутрішніх факторів. Саме системний підхід до аналізу ризиків забезпечує підвищення обґрунтованості управлінських рішень та створює передумови для стійкого функціонування підприємств у кризових умовах сучасної економіки України.

Список використаних джерел

1. Храпкіна В. В. та ін. Довідник майбутнього управлінця: навчальний посібник. Київ : Київський університет ринкових відносин, 2018. 271 с.
2. Кривов'язюк І. Фактори впливу на процес прийняття управлінських рішень. *Collection of Scientific Papers «ΛΟΓΟΣ»*, (September 20, 2024; Paris, France), С. 42–46. DOI: 10.36074/logos-20.09.2024.006.
3. Канюк О. Фактори, що впливають на процес прийняття і реалізації управлінських рішень на підприємствах. *Геополітика України: історія і сучасність*. 2023. № 1 (30). С. 129–135. DOI: 10.24144/2078-1431.2023.1(30).129-135
4. Дашко І., Никончук Г. Вплив штучного інтелекту на процеси прийняття управлінських рішень. *Економічний простір*. 2025. № 204. С. 82–88. DOI: 10.30838/EP.204.82-88
5. Деренська Я. Використання експертного методу при обґрунтуванні управлінських рішень в умовах ризику. *Економіка та суспільство*. 2025. № 81. DOI: 10.32782/2524-0072/2025-81-109

Н. А. Гринчак,
*кандидат економічних наук, доцент,
завідувач кафедри статистики та математичних методів в економіці;
Національна академія статистики, обліку та аудиту, м. Київ*

ЕМОЦІЙНИЙ ІНТЕЛЕКТ ЯК ЧИННИК ЕФЕКТИВНОГО ЛІДЕРСТВА В МІЖНАРОДНОМУ МЕНЕДЖМЕНТІ

У сучасних умовах глобалізації та інтеграції світових ринків міжнародний менеджмент стикається з новими викликами, пов'язаними з управлінням мультикультурними командами, адаптацією до різних соціокультурних середовищ та забезпеченням ефективної комунікації між працівниками з різних країн.

Традиційні підходи до управління, які базуються переважно на когнітивних здібностях і технічних навичках міжнародного менеджера, виявляються недостатніми в умовах міжкультурної взаємодії. У зв'язку з цим зростає значення емоційного інтелекту як ключового чинника ефективного міжнародного лідерства.

Емоційний інтелект є фундаментальною категорією сучасного менеджменту, яка визначає здатність керівника ефективно функціонувати в умовах складних соціально-економічних систем. У класичному розумінні емоційний інтелект трактується як здатність розпізнавати, інтерпретувати та регулювати емоції як власні, так і інших людей, використовуючи їх для прийняття управлінських рішень [1].

Zadorozhny B. S., Petrides K. V., Cheng Y., Cuppello S. та van der Linden D. визначили, що емоційний інтелект є більш значущим предиктором лідерського статусу, ніж когнітивні здібності, що підтверджено результатами логістичної регресії ($AUC = 0,811$) та моделей машинного навчання, де показники емоційного інтелекту продемонстрували вищу прогностичну силу. Науковці довели, що соціальність як складова емоційного інтелекту відіграє ключову роль у міжособистісній взаємодії [2].

Stavrinoudis T., Kakarougkas C., Georgopoulou A. підкреслюють значення емоційного інтелекту в мультикультурному середовищі сфери послуг, та доводять, що ефективне міжнародне управління вимагає поєднання емоційного інтелекту, підтримуючого лідерства та розширення можливостей персоналу [3].

Rodrigues R., Teixeira N., Costa B., доводять, що емоційний інтелект керівників безпосередньо впливає на задоволеність працівників. Це є критично важливим для міжнародних компаній, які прагнуть утримувати таланти у глобальному середовищі [4].

Узагальнюючи сучасні наукові підходи, емоційний інтелект доцільно розглядати як інтегративну характеристику особистості, що відображає здатність індивіда усвідомлювати, розуміти, регулювати власні емоції та емоції інших людей, а також ефективно використовувати емоційну інформацію у процесі прийняття рішень і соціальної взаємодії.

Емоційний інтелект доцільно розглядати як динамічну систему взаємопов'язаних компетенцій, що функціонує на трьох рівнях:

- внутрішньоособистісному (самоусвідомлення, саморегуляція);
- міжособистісному (емпатія, соціальна взаємодія);
- управлінсько-поведінковому (прийняття рішень, лідерство, мотивація інших).

Таким чином, емоційний інтелект виступає не лише психологічною характеристикою, а й важливим соціально-економічним ресурсом, що визначає ефективність діяльності особистості, її професійний розвиток і здатність до лідерства.

У міжнародному менеджменті емоційний інтелект набуває визначального значення, оскільки керівники змушені працювати в мультикультурному середовищі, де важливу роль відіграють міжособистісні відносини, культурні відмінності та емоційна адаптивність.

Емпірично встановлено, що емоційний інтелект виступає детермінантою ефективності діяльності організацій, зумовлюючи зростання креативності, продуктивності та конкурентоспроможності, а також інтенсифікуючи інноваційні процеси. Він виступає ключовим чинником формування інноваційної поведінки. Лідери з високим рівнем емоційного інтелекту здатні краще розуміти потреби працівників і клієнтів; стимулювати творче мислення; створювати сприятливе середовище для впровадження нових ідей. Доведено, що емоційний інтелект знижує конфліктність та підвищує ефективність внутрішньоорганізаційних комунікацій.

Варто відзначити, що Soumaya Jemmali, Tarek Sadraoui та Mohamed Ali Azouzi дослідили вплив емоційного інтелекту керівників на економічне зростання через такі канали, як інновації, продуктивність, конкурентоспроможність і створення робочих місць [5].

Проведене емпіричне дослідження на основі опитування 100 керівників великих підприємств Тунісу засвідчило, що поведінкові чинники, зокрема емоційний інтелект, відіграють важливу роль у поясненні варіацій секторального ВВП. Це підтверджує актуальність інтеграції поведінкової економіки у моделі економічного зростання. Крім того, результати підтверджують, що емоційний інтелект діє як опосередкований (модеруючий) фактор, який впливає на економічне зростання через підвищення продуктивності персоналу, стимулювання інноваційної діяльності, покращення організаційної ефективності.

Зокрема, науковці визначили, що хоча емоційний інтелект сам по собі не гарантує створення вартості, він є важливою складовою людського капіталу, яка підсилює інші фактори економічного розвитку. Відповідно, підприємствам рекомендовано інвестувати в розвиток емоційних компетенцій персоналу як складову інноваційної та управлінської стратегії [5].

Отже, емоційний інтелект є ключовим фактором ефективного міжнародного менеджменту, що забезпечує здатність керівників адаптуватися до мультикультурного середовища, налагоджувати ефективну комунікацію та

приймати обґрунтовані управлінські рішення. Узагальнення досліджень свідчить, що він виступає важливішим предиктором лідерства, ніж когнітивні здібності, та визначає рівень продуктивності, інноваційності та конкурентоспроможності організацій, а також формує передумови їх сталого розвитку в глобальному середовищі. Водночас емоційний інтелект доцільно розглядати як стратегічний ресурс розвитку, який у поєднанні з організаційними та технологічними чинниками сприяє сталому розвитку та ефективності соціально-економічних систем

Список використаних джерел

1. Mayer, J.D. & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey and D. Sluyter (eds.): Emotional development and emotional intelligence: educational implications (pp. 3-31). New York: Basic Books.
2. Zadorozhny, B. S., Petrides, K. V., Cheng, Y., Cuppello, S., & van der Linden, D. (2025). Predicting Leadership Status Through Trait Emotional Intelligence and Cognitive Ability. *Behavioral Sciences*, 15(3), 345. DOI:10.3390/bs15030345
3. Stavrinoudis, T., Kakaroukas, C., & Georgopoulou, A. (2025). Emotional Intelligence, Leadership and Human Resources Empowerment in Luxury Hotels: The Case of Athens. *Businesses*, 5(4), 54. DOI: 10.3390/businesses5040054
4. Rodrigues, R., Teixeira, N., & Costa, B. (2024). The Impact of Perceived Leadership Effectiveness and Emotional Intelligence on Employee Satisfaction in the Workplace. *Merits*, 4(4), 490-501. DOI: 10.3390/merits4040035
5. Jemmali, S., Sadraoui, T. and Azouzi, M.A. (2026) CEO Emotional Intelligence Level, Creativity, Innovation And Economic Growth. *ECONOMICS – Innovative and Economic Research Journal*, 14(1), p. 413-439. DOI:10.2478/eoik-2026-0020.

Л. А. Дяченко,
*кандидат економічних наук, доцент,
доцент кафедри менеджменту та маркетингу;
Національна академія статистики, обліку та аудиту, м. Київ*

ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ПІДПРИЄМНИЦЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МОЛОДІ В УМОВАХ ВІЙНИ

Розвиток підприємницької діяльності молоді в умовах війни – питання різностороннє. Підприємницька діяльність молоді, в сучасних умовах розвитку національної економіки та ринку праці, є надзвичайно важливим джерелом їхніх доходів, засобом самореалізації в суспільстві тощо.

Досліджено, що в Україні існує низка державних програм, які сприяють розвитку підприємництва молоді та дозволять підвищити рівень конкурентоздатності національної економіки.

Зокрема, низка вітчизняних і міжнародних інституцій впроваджують в Україні фінансову підтримку молодіжних підприємницьких проєктів, а саме:, функціонує програма “Мріємо та діємо”, що впроваджується за фінансової підтримки Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) та виконується IREX у партнерстві з «Будуємо Україну Разом» (БУР), Центром «Розвиток корпоративної соціальної відповідальності» (CSR Ukraine), Making Cents International (MCI), Міжнародним республіканським інститутом (IRI) та Zinc Network тощо[1].

Слід зазначити, що Міністерство економіки України, Національний банк України, Міністерство фінансів України пропонує надання українцям грантів для започаткування власної справи, розвитку підприємництва (у т. ч. молодіжного підприємництва), що дозволить активізувати створення нових робочих місць [2].

До грантових програм, які пропонуються в Україні, відносяться такі:

- мікро-гранти для створення власного бізнесу;
- гранти на розвиток переробних підприємств;
- гранти на фінансування закладки саду (виращування фруктів тощо);
- гранти на розвиток тепличного господарства;
- гранти на реалізацію стартапу, у т.ч. у ІТ – сфері;
- гранти на навчання ІТ – спеціальностям [2].

Такими пропозиціями від держави можуть скористатися і підприємці – початківці, а також люди, які вже мають досвід у бізнесі. Заявки на гранти подаються через «Портал – Дія».

Дослідження даної наукової теми показали, що межах проєкту Future of Work ГО “Центр “Розвиток КСВ” програми «Мріємо та діємо» було проведено дослідження проблем і потреб українців в Україні, які планують започаткувати власну справу. *За результатами обговорення з експертами основних проблем і потреб, які були проведені в рамках дослідження були виявлені наступні основні проблеми:*

- брак практичного досвіду і відсутність м'яких навичок (soft skills) і компетенцій у молодих людей для започаткування бізнесу через відсутність відкритої власної справи та навчання по відповідних програмах;

- страх перед невдачею або невпевненість в успіху бізнесу через незнання як започаткувати власну справу, куди звернутись за менторською і консультаційною підтримкою;

- відсутність знань щодо підготовки (написання) бізнес-планів через незнання методології формування подібних документів або незнання куди звернутись;

- брак консультаційної та менторської підтримки щодо започаткування власної справи через відсутність діючої мережі менторів та поширення інформації про те, як можна отримати менторську підтримку;

- відсутність інформації про інституції сприяння розвитку/підтримки бізнесу на місцях через відсутність інформування про діючі інституції на регіональному рівні по існуючим каналам комунікації на рівні влади;

- невідомість майбутнього через незрозумілість, наскільки довго вони будуть на новому місці та/або як надовго затягнеться війна тощо [1].

Слід зазначити, що Міністерство фінансів України, «Фонд розвитку підприємництва» та інші вітчизняні та урядові структури, продовжують залучати кошти міжнародних організацій, у т.ч. для підтримки малого та середнього бізнесу. Така співпраця дозволить впровадити нові підходи до кредитування малого та середнього бізнесу, а також підвищити соціальні стандарти «Політики фінансів сталого розвитку» [3].

Серед напрямів власної підприємницької діяльності молоді варто зазначити наступні:

- надання послуг у сфері електронної комерції;

- створення соціальних підприємств за допомогою грантів, враховуючи потреби громад;

- послуги з ремонту електроприладів та іншої техніки;

- послуги у сфері харчування, виготовлення кондитерських виробів тощо.

Для успішного ведення власного майбутнього бізнесу молоді необхідні знання, вміння, навички, зокрема:

- 1- у сфері організації маркетингової діяльності та реклами, у сфері формування власного бренду підприємства, розробки сайту тощо;

- 2- у розумінні того, які покупці можуть потребувати запропонованих товарів або послуг, а також які CRM – варто використовувати, формуючи взаємовідносини із споживачами тощо;

- 3- у виборі бізнес-моделі діяльності комерційного підприємств та складенні бізнес – плану;

- 4- у наявності джерел початкового фінансування комерційного підприємства тощо.

У висновках варто зазначити наступне: несприятлива демографічна ситуація в Україні, яка склалася в сучасних умовах, у т.ч. порушення ланцюгів постачання товарів, зниження купівельної спроможності населення, інфляція,

безробіття та інші негативні чинники впливу створюють труднощі у розвитку молодіжного підприємництва.

До практичних заходів, які сприятимуть активізації розвитку молодіжного підприємництва та подоланню проблем, варто віднести наступні:

- пошук резервів із забезпечення фінансовими ресурсами молодих підприємців, у т.ч. внутрішньо переміщених осіб;
- впровадження навчальних програм для підтримки молодіжного підприємництва;
- розширення переліку грантових програм для усіх категорій підприємців;
- адаптація законодавства України, впровадження податкових змін, що дозволить забезпечити більш кращі можливості ведення бізнесу, у т. ч. молодіжного підприємництва;
- створення більш сприятливих умов для започаткування власного бізнесу жінками та молоддю, які вперше відкривають власну справу тощо.

Список використаних джерел

1. Офіційний сайт Національного банку України. URL: <http://www.bank.gov.ua/>
2. Офіційний сайт Міністерства розвитку економіки України. URL: <http://www.me.gov.ua/>
3. Офіційний сайт Міністерства фінансів України. URL: <http://www.mof.gov.ua/>

В. О. Єсіна,
*кандидат економічних наук, доцент,
доцент кафедри економіки та маркетингу;
Харківський національний університет міського
господарства імені О.М. Бекетова, м. Харків*

ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ В УКРАЇНІ: ПРАВОВІ ТА УПРАВЛІНСЬКІ АСПЕКТИ

Повномасштабна збройна агресія проти України зумовила глибокі соціально-економічні трансформації, що безпосередньо вплинули на структуру ринку праці та стан людського капіталу. Одним із найбільш відчутних наслідків є зростання кількості осіб працездатного віку, які внаслідок поранень, травм, хронічних захворювань або психоемоційних порушень набули статусу особи з інвалідністю. У цьому контексті питання забезпечення їхнього права на працю перестає бути виключно сферою соціальної політики та набуває стратегічного значення для економічної стабільності держави. Відповідно до чинного законодавства України коректним є використання терміну «особи з інвалідністю», що закріплено в Законі України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» [1] і відображає сучасний правовий підхід, заснований на повазі до гідності людини та принципах недискримінації.

В умовах воєнного стану інтеграція осіб з інвалідністю у трудову сферу має подвійне значення. З одного боку, держава та бізнес стикаються з дефіцитом трудових ресурсів, спричиненим мобілізаційними процесами, міграцією населення та структурними змінами економіки. З іншого боку, значна кількість громадян, які набули інвалідності, зберігають професійний потенціал і мотивацію до праці, однак потребують адаптованих умов виконання трудових функцій. За таких обставин готовність підприємств до інклюзивного працевлаштування є показником їхньої управлінської зрілості та соціально-економічної відповідальності.

Нормативно-правова база України визначає комплекс гарантій і зобов'язань роботодавців. Закон України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» [1] встановлює норматив робочих місць для працевлаштування осіб з інвалідністю та передбачає відповідальність у разі його невиконання. Одночасно Кодекс законів про працю України [2] закріплює заборону дискримінації у сфері праці, що унеможливорює відмову у прийнятті на роботу або обмеження трудових прав за ознакою інвалідності. Важливим елементом правового механізму є врахування індивідуальної програми реабілітації відповідно до Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» [3], що дозволяє організувати робочий процес із дотриманням медичних рекомендацій та вимог безпеки праці. Таким чином, законодавство формує рамкові умови, в яких поєднуються правові обов'язки, соціальні гарантії та інструменти підтримки.

Однак формальна наявність нормативів і санкцій не гарантує реальної інтеграції осіб з інвалідністю у виробничі та управлінські процеси. Практика свідчить, що ключові бар'єри мають не лише інфраструктурний, а й психологічний характер. Частина роботодавців демонструє обережність або навіть уникнення працевлаштування таких осіб через побоювання щодо зниження продуктивності, складності організації робочого процесу чи потенційних юридичних ризиків. У свою чергу, трудові колективи не завжди готові до взаємодії з працівниками, які мають функціональні обмеження, що може породжувати напруження, стигматизацію або соціальну ізоляцію. Отже, підвищення готовності підприємств повинно охоплювати як правовий, так і організаційно-психологічний вимір.

У цьому аспекті доцільно звернутися до міжнародного досвіду, який демонструє ефективність системного підходу. У Великій Британії реалізується програма Disability Confident [4], спрямована на формування впевненості роботодавців у здатності працювати з особами з інвалідністю. Вона передбачає поступове впровадження інклюзивних практик, навчання керівників та перегляд кадрових процедур з акцентом на компетентнісний підхід. Сутність такої моделі полягає в тому, що інклюзивне працевлаштування розглядається не як виняткова ситуація, а як складова стандартного управління персоналом. Керівники команд навчаються вести конструктивний діалог щодо потреб працівника, планувати навантаження, застосовувати принцип розумного пристосування та оцінювати результативність на основі об'єктивних критеріїв.

Австралійська практика [5] через національну систему JobAccess акцентує увагу на концепції workplace adjustments, тобто розумних адаптацій робочого середовища. Такий підхід передбачає створення чіткої процедури запиту та надання адаптацій, що зменшує адміністративну невизначеність і знижує рівень психологічної напруги як у роботодавця, так і в працівника. Важливим є те, що адаптації розглядаються як інвестиція у продуктивність, а не як надмірний тягар для бізнесу. Німецька модель [6], своєю чергою, поєднує обов'язкові квоти з розгалуженою системою фінансової підтримки та субсидій, що сприяє компенсуванню витрат на облаштування робочих місць і частковому покриттю витрат на оплату праці в період адаптації.

Особливої уваги заслуговує міжнародна практика supported employment [7], що передбачає індивідуалізований супровід працівника безпосередньо на робочому місці. У межах цього підходу використовується модель job coach – спеціаліста, який допомагає особі з інвалідністю опанувати професійні обов'язки, структурувати робочий процес та інтегруватися в колектив. Водночас коуч виступає посередником між працівником і керівництвом, сприяючи налагодженню ефективної комунікації та запобіганню конфліктам. Така модель демонструє високу ефективність у стабілізації зайнятості та зниженні плинності кадрів.

З огляду на зазначене, підвищення готовності українських підприємств до працевлаштування осіб з інвалідністю має ґрунтуватися на комплексі заходів. Насамперед йдеться про підвищення обізнаності керівництва щодо

психологічних і організаційних аспектів роботи з такими працівниками. Проведення систематичних семінарів і тренінгів для менеджерів дозволяє сформувати управлінську впевненість, навчити методам коректної комунікації та запобігти поширенню стереотипів. Паралельно необхідною є підготовка трудового колективу, що може реалізовуватися через фасилітовані зустрічі, інформаційні сесії та внутрішні політики недискримінації. Формування інклюзивної корпоративної культури сприяє створенню середовища, у якому кожен працівник сприймається передусім як професіонал.

Ефективним інструментом може стати залучення тренера-коуча на етапі адаптації нового працівника. Такий фахівець забезпечує «лагідне» входження у спеціальність, допомагає розподілити навантаження та виробити оптимальний режим роботи. У довгостроковій перспективі це зменшує ризик професійного вигорання, підвищує продуктивність і сприяє збереженню кадрового потенціалу підприємства. Важливо, щоб такі заходи поєднувалися з використанням державних програм підтримки, зокрема компенсації витрат на облаштування робочих місць відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 22.08.2023 № 893 [8] та інших інструментів стимулювання зайнятості.

Отже, підвищення готовності підприємств до працевлаштування осіб з інвалідністю є багатовимірним процесом, що поєднує правові вимоги, економічні стимули та психологічну підготовку колективу. Міжнародний досвід переконливо свідчить, що найвищої ефективності досягають ті роботодавці, які інтегрують інклюзію у стратегічне управління персоналом, забезпечують системне навчання керівників і впроваджують механізми підтримки працівників на етапі адаптації. У сучасних умовах для України це питання набуває не лише соціального, а й національного значення, оскільки сприяє збереженню людського потенціалу, відновленню економіки та зміцненню суспільної згуртованості.

Список використаних джерел

1. Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні: Закон України від 21.03.1991 № 875-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/875-12>
2. Кодекс законів про працю України: Закон України від 10.12.1971 № 322-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/322-08>
3. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні: Закон України від 06.10.2005 № 2961-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15>
4. Disability Confident scheme: guidance. GOV.UK. URL: <https://www.gov.uk/government/publications/disability-confident-guidance-for-levels-1-2-and-3>
5. JobAccess: Driving Disability Employment. Australian Government. URL: <https://www.jobaccess.gov.au/>
6. Integration subsidy for employers in Germany. URL: <https://verwaltung.bund.de>
7. Supported Employment Evidence Review. URL: <https://engage.dss.gov.au>

8. Деякі питання надання роботодавцям компенсації фактичних витрат за облаштування робочих місць для осіб з інвалідністю: постанова Кабінету Міністрів України від 22.08.2023 № 893. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/893-2023-п>

О. Г. Захарчук,
*здобувач третього (освітньо-наукового) рівня вищої освіти,
кафедра Бізнесу та управління персоналом;
Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича, м. Чернівці*

КОМУНІКАЦІЯ В НЕВИЗНАЧЕНОСТІ: ЯК ЧАСТОТА, ПРОЗОРИСТЬ І ТОН ПОВІДОМЛЕНЬ ВПЛИВАЮТЬ НА ПЛИННІСТЬ І ПРОДУКТИВНІСТЬ

Актуальність теми зумовлена тим, що в умовах війни та високої невизначеності саме внутрішня комунікація стає «психологічною інфраструктурою» управління: вона або знижує тривожність і підтримує керованість процесів, або запускає чутки, інформаційні розриви та втрату довіри. Для підприємницьких структур у торгівлі й послугах ця проблема є особливо чутливою через високу інтенсивність взаємодій “працівник – клієнт”, змінність навантаження та кадрові ризики (вигорання, абсентеїзм, плинність).

У кризовому та воєнному контексті якості комунікації визначається не тільки “що сказали”, а й “як часто”, “наскільки прозоро” та “яким тоном”. У цифрових медіа швидкість і масштаб поширення інформації зростають, що підвищує ціну будь-якої помилки та водночас вимагає чіткої логіки комунікування. У публічних і організаційних комунікаціях під час війни підкреслюються принципи швидкості, точності та лаконічності, а також недопущення надмірного пафосу чи недоречних емоцій у повідомленнях. Це безпосередньо проєктується на внутрішні комунікації підприємств: працівникам потрібні короткі, регулярні та зрозумілі повідомлення про зміни у процесах, правилах безпеки, графіках, пріоритетах сервісу й очікуваних результатах [2, с. 28–36].

Метою тез є обґрунтування комунікації як гуманітарно-психологічного інструменту управлінської діяльності в умовах війни через аналіз впливу трьох параметрів повідомлень (частота/ритм, прозорість, тон) на плинність і продуктивність. Для досягнення мети застосовано логіку причинно-наслідкового зв'язку: (1) параметри комунікації → (2) довіра/психологічна безпека/виснаження → (3) поведінкові наслідки (утримання, навчальна поведінка, дисципліна, якість сервісу) → (4) показники результативності (продуктивність, якість, плинність).

Перший параметр – частота (ритм/каденція) комунікації. У невизначеності працівники шукають передбачуваність, тому регулярний ритм коротких повідомлень (наприклад, щоденний/змінний бриф “що змінюється сьогодні” +

щотижневий підсумок) знижує “інформаційні провали” та тривожність. Практика кризових комунікацій вказує, що в цифровому середовищі критичними є швидкість реагування та здатність організації керувати інформаційними потоками. Для бізнесу це означає: у подієвих піках (обстріли/блекаути/збої постачання) частота зростає за принципом “оперативно й по суті”, у стабілізаційні періоди – повертається до базового ритму, щоб уникати перевтоми від повідомлень. Додатково доцільні “короткі повідомлення” у каналах швидкого доступу (месенджер/смс), бо вони підтримують інформування і контакт із мінімальними витратами часу [1, с. 331].

Другий параметр – прозорість. Прозорість у внутрішній комунікації – це зрозумілість правил, логіки рішень і критеріїв оцінки результатів, а також чесне маркування “що знаємо/чого не знаємо/коли буде оновлення”. У воєнних умовах вона потребує балансу з інформаційною безпекою, але саме прозорість допомагає зберігати довіру та моральний стан колективу [2, с. 33–34]. У HR-контексті прозорість особливо важлива там, де працівники оцінюють справедливість: у винагороді, навантаженні, графіках, правилах преміювання. Показово, що у рекомендаціях щодо мотивації наголошено на «зрозумілій та прозорій системі отримання винагороди», а також на відкритості розрахунків і прив’язці до об’єктивних даних результативності [4, с. 75–76]. Для торгівлі та послуг це може бути “прозора панель результатів” (продажі/конверсія/скарги/швидкість обробки), яка одночасно зменшує домисли й підсилює керованість поведінки.

Третій параметр – тон комунікації. Тон – це не “емоційність заради емоційності”, а стиль взаємодії, який або підтримує гідність і суб’єктність працівника, або провокує оборонні реакції. Підкреслюється, що лідер має задавати “батьорий, діловий тон” і будувати довірливі стосунки, спираючись на повагу та здатність “вселяти довіру” [1, с. 155–156]. Комунікативна компетентність лідера включає адекватний ситуації тон, ясність викладу та психоемоційну регуляцію власного стану. У кризових умовах також підкреслюється доцільність коротких текстів, у яких збалансовано факти та емоції, і наявний особистісний тон звернення [2, с. 39–40]. Для управлінця в умовах війни це означає: тон має бути одночасно людським і професійним, без приниження, без менторства та без “катастрофізації”.

Механізм впливу трьох параметрів комунікації на продуктивність і плинність доцільно пояснювати через психологічну безпеку та виснаження. Психологічна безпека персоналу пов’язана з відчуттям захищеності, передбачуваності та здатності зберігати рівновагу в загрозах [5, с. 25–26]. У командному вимірі психологічна безпека визначається як спільне переконання, що в команді безпечно брати міжособистісні ризики (ставити питання, визнавати помилки), а підтримувальна, “необорона” реакція лідера підсилює це відчуття. Важливо, що люди чутливі до “тону і якості” соціальних процесів і більш охоче співпрацюють, коли відчують повагу [6, с. 354]. Отже, тон і прозорість повідомлень прямо працюють на психологічну безпеку, а ритм комунікації – на відчуття керованості та передбачуваності.

Натомість дефіцит якісної комунікації підсилює фактори вигорання: надмірну завантаженість, страх “не встигнути”, дефіцит відпочинку, зниження мотивації. Вигорання знижує ефективність діяльності та може провокувати намір звільнення, особливо коли працівник не бачить сенсу, підтримки й справедливих правил [3, с. 52–53]. Додатково негативний вплив на продуктивність має психофізіологічне виснаження та стрес, які посилюються за несприятливих умов праці. Відтак управлінська комунікація в умовах війни повинна одночасно “керувати роботою” і “керувати станами” – не терапією, а передбачуваністю, справедливістю та повагою. [7, с. 260]

Практична імплементація підходу може бути оформлена як протокол “3 параметри → 2 стани → 2 результати”:

1. Частота: базовий ритм + кризовий ритм (оперативні оновлення) + правило “одна тема – одне коротке повідомлення” [1, с. 331].

2. Прозорість: правила, критерії, пояснення рішень, дедлайни наступного оновлення; прозорі механізми винагороди та очікувань результативності [4, с. 75–76].

3. Тон: поважний, конкретний, без звинувачень; “людина в центрі повідомлення”, але без паніки; контроль інтонації та уникнення менторського стилю [2, с. 39–40].

Контроль ефекту доцільно здійснювати через прості метрики: (а) плинність і абсентеїзм; (б) продуктивність (виручка/працівника, чек/година, швидкість обробки замовлень, % помилок/скарг); (в) “пульс” психологічної безпеки та довіри (коротке опитування 3–5 питань раз на 2–4 тижні). Це дозволяє перевести гуманітарно-психологічні аспекти управління у вимірювані управлінські рішення, не зводячи людину до “цифри”, а навпаки – підтримуючи стійкість і керованість у війні.

Висновки. В умовах війни комунікація є ключовим гуманітарно-психологічним важелем управління: її частота формує передбачуваність і знижує хаос, прозорість – підсилює справедливість і довіру, тон – підтримує психологічну безпеку та зменшує оборонні реакції. Сукупний ефект проявляється у зниженні вигорання та плинності, а також у зростанні продуктивності через кращу координацію, ясність очікувань і готовність працівників “говорити й діяти”, а не замовчувати проблеми [6, с. 353–355; 3, с. 51–53]. Подальші дослідження доцільно спрямувати на емпіричну перевірку запропонованого протоколу в підприємницьких структурах торгівлі та послуг (порівняння різних “ритмів” комунікації, рівнів прозорості політик і стилів тону керівника).

Список використаних джерел

1. Михаліцька Н. Я., Яцик М. Р. Лідерство та комунікації в організації : навч. посіб. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2024. 512 с.

2. Погоренна І. М. Антикризові комунікації відділів зв'язків із громадськістю підприємств промислово-виробничого сектору : кваліфікаційна

робота магістра зі спец. 061 «Журналістика». Запоріжжя : Національний університет «Запорізька політехніка», 2024. 79 с. URL: <https://eir.zp.edu.ua/server/api/core/bitstreams/07828d4b-d52e-4c0a-bc31-a019e4d39e09/content>

3. Водянка Л. Д., Суховерховська Д. А., Занюк А. А. Поняття емоційного вигорання та його профілактика. Інвестиції: практика та досвід. 2022. № 3. С. 49–53. DOI: 10.32702/2306-6814.2022.3.49.

4. Кифяк В. І., Тодоріко І. М. Імплементация зарубіжного досвіду мотивації праці на підприємствах України. Проблеми економіки. 2021. № 1(47). С. 72–77. DOI: 10.32983/2222-0712-2021-1-72-77.

5. Католик Г. В. Психологічна безпека персоналу як фактор ефективного управління в організаціях. Економіка та суспільство. 2024. № 68. С. 25–30. DOI: 10.32782/2524-0072/2024-68-12.

6. Edmondson A. C. Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams. Administrative Science Quarterly. 1999. Vol. 44, No. 2. P. 350–383. DOI: 10.2307/2666999.

7. Шубалий О. М. та ін. Управління персоналом : підручник. 2-ге вид., перероб. і доп. Луцьк : Луцький національний технічний університет, 2023. 414 с.

О. В. Кротюк,

кандидат юридичних наук,

доцент кафедри права та публічного управління;

Національна академія статистики, обліку та аудиту, м. Київ

КОНСТИТУЦІЙНІСТЬ САНКЦІЙ У ВИГЛЯДІ СТЫГНЕННЯ АКТИВІВ В ДОХІД ДЕРЖАВИ: ПРОБЛЕМНІ АСПЕКТИ

Правовий інститут санкцій, який передбачений законом України «Про санкції», набув законодавчих коригувань та широкого застосування з 2022 року.

Конституційний Суд України в своєму рішенні № 3-рп/2012 від 25 січня 2012 вказав на зміст принципу законності. Цей принцип передбачає застосування судами законів України, а також нормативно-правових актів відповідних органів державної влади, виданих на підставі, у межах повноважень та у спосіб, що передбачені Конституцією та законами України [1].

Пункт 1-1 статті 4 Закону України «Про санкції» передбачає, посеред іншого, такий вид санкції як стягнення в дохід держави активів, що належать фізичній або юридичній особі, а також активів, щодо яких така особа може прямо чи опосередковано (через інших фізичних або юридичних осіб) вчиняти дії, тотожні за змістом здійсненню права розпорядження ними [2].

Частиною 3 статті 5 Закону «Про санкції» встановлено, що рішення щодо застосування санкції, передбаченої пунктом 1-1 частини першої статті 4 цього Закону, ухвалюється судом у порядку, визначеному статтею 5-1 цього Закону [2].

Частиною 2 статті 5-1 Закону України «Про санкції» передбачено, що за наявності підстав та умов, зазначених у частині першій цієї статті, центральний

орган виконавчої влади, що забезпечує реалізацію державної політики у сфері стягнення в дохід держави активів осіб, щодо яких застосовано санкції, звертається до Вищого антикорупційного суду з позовною заявою про застосування до відповідної фізичної або юридичної особи санкції, передбаченої пунктом 1-1 частини першої статті 4 цього Закону, у порядку, визначеному Кодексом адміністративного судочинства України [2].

На перший погляд санаційний механізм, запроваджений законом «Про санкції», «вписується» у вимоги Конституції України. Проте якщо звернути увагу на де-які деталі, то ознаки законності санкційного механізму відносно застосування санкції, передбаченої пунктом 1-1 частини першої статті 4 Закону «Про санкції» набувають неконституційного характеру.

Перш за все доцільно звернути увагу на статтю 41 Конституції України [3]. *Ми виділимо з неї три складові:*

- ніхто не може бути протиправно позбавлений права власності. Право приватної власності є непорушним;
- примусове відчуження об'єктів права приватної власності може бути застосоване лише як виняток з мотивів суспільної необхідності, на підставі і в порядку, встановлених законом, та за умови попереднього і повного відшкодування їх вартості. Примусове відчуження таких об'єктів з наступним повним відшкодуванням їх вартості допускається лише в умовах воєнного чи надзвичайного стану;
- конфіскація майна може бути застосована виключно за рішенням суду у випадках, обсязі та порядку, встановлених законом.

Отже, загальне правило, встановлене Конституцією України, це непорушність права власності. З цього правила є лише два винятки, які передбачають примусове відчуження та конфіскацію майна.

При цьому примусове відчуження передбачає наявність попереднього чи наступного повного відшкодування їх вартості. А конфіскація застосовується виключно за рішенням суду у випадках, обсязі та порядку, встановлених законом.

Кримінальним кодексом України, а саме статтею 51 передбачено, що конфіскація є видом покарання, яке застосовується до осіб, визнаних винними у вчиненні кримінального правопорушення [4]. Частина 1, 2 статті 59 цього ж кодексу встановлює, що покарання у виді конфіскації майна полягає в примусовому безоплатному вилученні у власність держави всього або частини майна, яке є власністю засудженого. Конфіскація майна встановлюється за тяжкі та особливо тяжкі корисливі злочини, а також за злочини проти основ національної безпеки України та громадської безпеки незалежно від ступеня їх тяжкості і може бути призначена лише у випадках, спеціально передбачених в Особливій частині цього Кодексу.

В цьому контексті слід нагадати положення ст. 8 Конституції України, згідно якої в Україні визнається і діє принцип верховенства права. Конституція України має найвищу юридичну силу. Закони та інші нормативно-правові акти приймаються на основі Конституції України і повинні відповідати їй [3].

Враховуючи вищевикладене, можна дійти до висновку, що санкція, передбачена п. 1-1 статті 4 Закону «Про санкції», у вигляді стягнення в дохід держави активів, є такою, що не визначена Конституцією України як виключення з встановленого нею загального і абсолютного режиму права приватної власності.

Окрім того, «стягнення в дохід держави активів» не узгоджується з загальними положеннями закону «Про санкції». Так, згідно ч.1 ст. 1 вказаного закону визначається, що санкції по суті є спеціальними економічними та обмежувальними заходами. Проте навряд чи стягнення в дохід держави за своїм лексичним і юридичним змістом можна віднести до спеціального економічного та обмежувального заходу.

Додатково окремо слід звернути увагу на положення ч.4 ст. 7 Кодексу адміністративного судочинства України, яке прямо встановлює, що якщо суд доходить висновку, що закон чи інший правовий акт суперечить Конституції України, суд не застосовує такий закон чи інший правовий акт, а застосовує норми Конституції України як норми прямої дії [5].

Згідно інформації, викладеній на сайті Міністерства закордонних справ, починаючи з 24 лютого 2022 року, в Україні прийнято близько 80 указів Президента, якими вводяться в дію рішення Ради національної безпеки і оборони України щодо застосування санкцій. Станом на 01.09.2025 санкції України застосовано до 12193 фізичних і 8761 юридичних осіб [6].

Враховуючи викладене, потрібно звернути увагу на постанову Верховного Суду у складі колегії суддів об'єднаної палати Касаційного адміністративного суду від 24 лютого 2026 року у справі № 160/6949/20 [7].

В пункті 66 вказаної постанови об'єднана палата вказала, що погоджується з висновками Верховного Суду, викладеними у постанові від 20.12.2023 у справі №420/17886/21 і керуючись частиною третьою статті 152 Конституції України, сформулювала такий правовий висновок:

«1) відсутність спеціального закону не може бути підставою для відмови у задоволенні позову, поданого на підставі частини третьої статті 152 Конституції України, про відшкодування шкоди, завданої неконституційним актом, оскільки норми Конституції України є нормами прямої дії і не допускають звуження змісту та обсягу конституційних прав особи внаслідок бездіяльності законодавця».

Підсумовуючи цей короткий огляд правового інституту санкцій в Україні, слід визначити необхідність його узгодження перш за все з нормами Конституції України, адже існують ризики неконституційності такої санкційної діяльності держави та, як наслідок, порушення в судах питання відшкодування шкоди у вигляді вартості стягнутих в дохід держави активів з осіб, до яких така санкція була застосована.

Список використаних джерел

1. Рішення Конституційного Суду України від 25 січня 2012 року № 3-рп/2012 у справі 1-11/2012 // Офіційний веб-портал Конституційного Суду України. URL: <https://ccu.gov.ua>.
2. Про санкції : Закон України від 14 серпня 2014 р. № 1644-VII // Офіційний веб-портал Верховної Ради України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1644-18#Text>.
3. Конституція України : прийнята на 5-й сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 р. // Офіційний веб-портал Верховної Ради України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>
4. Кримінальний кодекс України : Закон України від 05.04.2001 р. № 2341-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1644-18#Text>.
5. Кодекс адміністративного судочинства України : Закон України від 06.07.2025 р. № 2747-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2747-15#Text>.
6. Сайт Міністерства закордонних справ України URL: <https://mfa.gov.ua/protidiya-agresiyi-rf/sankciyi-proti-rf>
7. Постанова Верховного Суду у складі колегії суддів об'єднаної палати Касаційного адміністративного суду від 24 лютого 2026 року у справі № 160/6949/20. // Єдиний державний реєстр судових рішень. URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/134367664>.

М. Ю. Огай,
*кандидат економічних наук,
старший науковий співробітник, докторантка,
провідний науковий співробітник відділу моделювання
соціально-економічних процесів і структур;
Інститут демографії та досліджень якості життя
імені Михайла Птухи НАН України*

АНАЛІЗ МАТЕРІАЛЬНОГО ВИМІРУ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ ДОМОГОСПОДАРСТВ УКРАЇНИ В КОНТЕКСТІ ПОВОЄННОГО ВІДТВОРЕННЯ ЛЮДСЬКОГО КАПІТАЛУ

Трансформація соціально-економічного середовища України під впливом повномасштабної агресії зумовила необхідність перегляду парадигми управління людським капіталом. В умовах екстремальної невизначеності традиційні статичні моделі менеджменту поступаються місцем концепції резильєнтності. У науковому дискурсі резильєнтність розглядається як динамічна здатність соціально-економічних систем (від мікрорівня домогосподарств до макрорівня держави) поглинати шоки, адаптуватися до деструктивних змін та відновлювати траєкторію стійкого розвитку. Особливого значення це набуває для домогосподарств із дітьми, оскільки вони є фундаментальним елементом відтворення майбутнього трудового потенціалу, проте стикаються із сукупним ефектом фінансових та соціальних викликів.

З огляду на комплексність категорії резильєнтності, яка автором визначається через матеріальний, фізіологічний, інтелектуальний та психосоціальний виміри, у межах даних тез сфокусуємо увагу саме на оцінці матеріального виміру життєстійкості домогосподарств із дітьми. Матеріальна спроможність домогосподарств є фундаментом, що забезпечує ресурсність усіх інших складових людського капіталу. Зокрема, фінансово-матеріальна спроможність є базисом виживання; дитяча бідність та житлові умови – це деструктори відтворення капіталу; інституційні бар'єри в менеджменті – є фактором обмеження доступу до ресурсів.

Психологічна стійкість особистості та її здатність до продуктивної праці тісно корелюють із рівнем економічної безпеки домогосподарства. У межах гуманітарного підходу резильєнтність працівника не може розглядатися у відриві від його ресурсного стану, оскільки дефіцит «фінансової подушки» стає прямим стресором, що виснажує адаптивний потенціал. Статистичні дані підтверджують критичність цього чинника: ще у 2021 році середньодушові витрати домогосподарств із дітьми становили лише 77% від відповідного показника бездітних сімей [1]. Поглиблення цього розриву в умовах війни свідчить про низьку адаптивну здатність бюджетів таких сімей до інфляційних шоків.

Залежність від заробітної плати у структурі доходів сімей з дітьми є критично високою. У 2021 році частка заробітної плати у структурі доходів

домогосподарств з дітьми була значно вищою (72%) порівняно з домогосподарствами без дітей (54%) [2]. Така висока залежність від заробітної плати робить ці сім'ї особливо вразливими до економічних шоків, пов'язаних з втратою роботи, що є актуальним явищем в умовах повномасштабної війни. Одночасно з цим, «фінансова подушка», як ключовий інструмент стійкості, практично відсутня: у 2023 році лише 1% домогосподарств мали заощадження, яких вистачило б на понад рік, тоді як 15% не здатні забезпечити навіть місяць споживання у разі зникнення основних джерел доходів [1]. При цьому, 18% домогосподарств з дітьми до 7 років мали поточні борги або кредити (проти 11% домогосподарств без дітей) [3].

Важливою детермінантою резильєнтності українських домогосподарств у контексті зовнішньоекономічної діяльності є трудова міграція. Вона формує стійкі потоки грошових переказів, які виконують роль фінансового амортизатора. Проте наявність зовнішніх надходжень не усуває глибинних деструкторів внутрішнього середовища домогосподарств.

З позицій психології менеджменту, ресурсна спроможність домогосподарства зайнятої особи є визначальним чинником її щоденної продуктивності. Житлова незахищеність та багатовимірна бідність дітей створюють ситуацію хронічного стресу в сім'ї, що трансформується у зниження ефективності управлінської діяльності на рівні організацій. Війна призвела до якісної зміни характеру бідності: коефіцієнт Джині зріс з 0,237 у 2021 році до 0,461 у 2023 році [1]. Сьогодні кожна п'ята дитина в Україні потерпає одночасно від трьох форм бідності – монетарної, деприваційної та за самооцінкою домогосподарством своєї споживчої спроможності. А це означає, що ці діти мають обмежений доступ до базових послуг, якісної медицини та освіти [4, 5].

Особливо гостро постає питання житлової резильєнтності. Масштабне руйнування житлового фонду, яке на початок 2026 року становить вже понад 3 мільйони одиниць житла [6], зумовило критичну трансформацію житлових стратегій населення. У 2024 році частка власного житла серед домогосподарств скоротилася з 95% до 79%, а 42% сімей вважали оплату оренди непосильною: витрати на оплату житла становили понад 30% доходу [7]. У цьому контексті програма «Відновлення» постає не просто як механізм компенсації, а як інструмент стабілізації психосоціального стану домогосподарств, що є передумовою повернення батьків до активної трудової діяльності.

Зростання ролі жінок на ринку праці в умовах війни супроводжується критичним дефіцитом часу на доглядову працю: у 2024 році вони витрачали в середньому 56 годин на тиждень на догляд за дітьми (проти 49 годин до війни) [8]. Це створює значний психологічний бар'єр для їхньої професійної самореалізації та зумовлено комплексом чинників. З одного боку – зовнішніми інфраструктурними обмеженнями (скорочення мережі дошкільної освіти на 25% [5]), з іншого – внутрішніми стереотипами щодо розподілу сімейних обов'язків та небажанням чоловіків розділяти відпустки для догляду за дитиною. Сукупний вплив цих чинників обмежує адаптивний потенціал домогосподарства

та вимагає впровадження людиноцентрованих HR-технологій підтримки батьківства.

Попри ініціативи уряду, такі як цифровізація доступу до житлового капіталу через програму пільгового кредитування «ЄОселя», впровадження проекту «ЄЯсла» та збільшення виплат при народженні до 50 000 грн [10], фрагментарність системи та низьке охоплення соціальною допомогою залишають значну частину людського капіталу поза межами ефективної підтримки. Як свідчать дані досліджень, лише 28% домогосподарств з дітьми охоплені принаймні одним видом державної допомоги через бюрократичну фрагментацію системи [4].

Узагальнюючи вищевикладене, варто зазначити, що поглиблення дитячої бідності та масштабна руйнація житлового фонду внаслідок війни виступають основними деструкторами відтворення людського капіталу в його матеріальному вимірі. Навіть за умови залучення зовнішніх фінансових ресурсів (зокрема грошових переказів мігрантів), психосоціальна вразливість домогосподарств залишається критично високою. Сукупний тиск інфраструктурних обмежень та дефіциту часу працюючих батьків вимагає якісної трансформації систем менеджменту в напрямі підтримки резильєнтності сімей, що є ключовою умовою збереження трудового потенціалу України у повоєнний період.

Таким чином, забезпечення резильєнтності людського капіталу в умовах повномасштабної війни вимагає переходу до комплексної стратегії менеджменту в частині підтримки життєстійкості працюючих осіб, що включає, зокрема:

- впровадження систем оцінки добробуту та психологічного стану працівників із метою превентивного виявлення ознак вигорання та соціальної депривації;
- створення умов для поєднання професійної діяльності з батьківством через гнучкі робочі простори та підтримку дистанційної зайнятості;
- розширення пакетів підтримки для працівників із дітьми.

Отже, психологічна стійкість особистості є похідною від інституційної стійкості домогосподарства. Резильєнтність людського капіталу України безпосередньо залежить від того, наскільки ефективно державний та приватний менеджмент зможе інтегрувати соціальні гарантії в структуру управлінської діяльності.

Список використаних джерел

1. Шишкін В. Зміни рівня та структури доходів домогосподарств України під впливом повномасштабної війни. Економіка та суспільство. 2024. Вип. № 62. URL: <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/download/4018/3948/>
2. Андрейцева І. Рівень життя населення України за умов соціально-економічної нестабільності. Економіка та суспільство. 2023. Вип. № 47. URL: <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/download/2141/2070/>

3. Socio-economic Status of Households of Ukraine (December 2023 – February 2024). (SESHS IND 10042024 FIN, SESH Household). URL: <https://knowledge.unicef.org/ukraine/resource/socio-economic-status-households-ukraine>

4. Соціально-економічний стан домогосподарств України (за результатами загальнодержавного вибіркового обстеження соціально-економічного стану домогосподарств (ОСЕСД), проведеного у грудні 2023 року – лютому 2024 року). Київ, 2024. URL: <https://www.unicef.org/ukraine/documents/social-economical-state-2023-24>

5. Ситуаційний аналіз становища дітей в Україні 2024 : резюме / ЮНІСЕФ. 2024. URL: https://www.unicef.org/ukraine/media/49201/file/UNICEF_SitAn_Summary_2024_UKR.pdf.pdf

6. Війна в Україні: в уряді розкрили жахливі масштаби руйнувань. УНІАН. 2026. 26 лютого. URL: <https://www.unian.ua/economics/finance/viyna-v-ukrajini-v-uryadi-rozkrili-zhahlivy-masshtabi-ruynuvan-13298544.html>

7. Житло та житлові умови українців: результати опитування / Cedos за підтримки Житлової ініціативи для Східної Європи (IWO) e.V. 2024. URL: <https://cedos.org.ua/en/researches/housing-and-residential-conditions-of-ukrainians-survey-results/>

8. Three years of full-scale war in Ukraine roll back decades of progress for women's rights, safety and economic opportunities / UN Women. 2025. URL: <https://www.unwomen.org/en/news-stories/press-release/2025/02/three-years-of-full-scale-war-in-ukraine-roll-back-decades-of-progress-for-womens-rights-safety-and-economic-opportunities>

9. UNICEF Ukraine – Annual Report 2024. URL: <https://open.unicef.org/download-pdf?country-name=Ukraine&year=2024>

10. 50 000 грн при народженні та 7000 грн щомісяця: уряд схвалив нову підтримку родин з дітьми. LIGA.net. 2025. URL: <https://finance.liga.net/ua/personal/novosti/50-000-hrn-pry-narodzhenni-ta-7000-hrn-shchomisiatsia-uriad-skhvalyv-novu-pidtrymku-rodyn-z-ditmy>

Т. О. Попович,
*здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти,
ОПП «Публічне управління та адміністрування»;
Національна академія статистики, обліку та аудиту, м.Київ*

ПСИХОЛОГІЧНЕ ВИГОРАННЯ КЕРІВНИКІВ У СИСТЕМІ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В УМОВАХ ВІЙНИ ТА ШЛЯХИ ЙОГО ПОДОЛАННЯ

Повномасштабна війна в Україні стала одним із найсерйозніших випробувань для функціонування держави та її управлінських інституцій. В умовах воєнного стану система публічного управління змушена діяти в надзвичайно складних обставинах, які характеризуються високим рівнем невизначеності, обмеженістю ресурсів, постійною зміною ситуації та значними ризиками для безпеки населення. Такі умови суттєво змінюють характер діяльності органів державної влади та місцевого самоврядування, а також підвищують вимоги до керівників, які відповідають за прийняття управлінських рішень.

Сучасні наукові дослідження підтверджують, що в умовах воєнних конфліктів рівень психологічного навантаження на працівників управлінської сфери значно зростає. За результатами досліджень, проведених серед українських фахівців упродовж 2022-2024 років, було встановлено, що показники емоційного виснаження серед представників професій із високою соціальною відповідальністю зросли більш ніж на 20 %. Це свідчить про те, що управлінці, які працюють у системі публічного управління, знаходяться у зоні підвищеного ризику розвитку професійного вигорання. У свою чергу, психологічне виснаження керівників може негативно впливати не лише на їхній особистий стан, але й на ефективність функціонування всієї управлінської системи.

Актуальність дослідження зумовлена тим, що в умовах війни психологічне навантаження на керівників державних органів та органів місцевого самоврядування значно зростає. Від їхньої психологічної стійкості, здатності працювати в кризових ситуаціях та приймати ефективні управлінські рішення залежить стабільність функціонування державних інституцій та ефективність реагування на сучасні виклики. У зв'язку з цим виникає потреба у поглибленому дослідженні причин виникнення професійного вигорання та пошуку ефективних шляхів його подолання.

Метою роботи є дослідження особливостей прояву психологічного вигорання керівників у системі публічного управління в умовах війни та визначення основних шляхів його подолання.

Об'єктом дослідження є управлінська діяльність керівників у системі публічного управління.

Предметом дослідження є психологічні особливості професійного вигорання керівників у системі публічного управління в умовах воєнного часу та механізми його подолання.

1. Теоретичні основи та сутність психологічного вигорання

Термін «професійне вигорання» вперше був запропонований американським психологом Гербертом Фрейденбергером у 1974 році. Він використав це поняття для опису стану емоційного та фізичного виснаження, який спостерігався у працівників соціальної сфери, що тривалий час працювали в умовах високого психологічного напруження. Дослідник звернув увагу на те, що працівники, які на початку своєї діяльності демонстрували високий рівень мотивації та відданості професії, з часом починали відчувати втому, втрату інтересу до роботи та зниження ефективності [1].

Подальший розвиток наукових досліджень цієї проблеми пов'язаний із роботами американської дослідниці Кристини Маслач, яка детально вивчала психологічні аспекти професійного вигорання. Вона запропонувала одну з найбільш відомих моделей цього явища, відповідно до якої вигорання складається з трьох основних компонентів: емоційного виснаження, деперсоналізації та зниження відчуття професійної ефективності, зображених на Таблиці 1. Саме ця модель сьогодні широко використовується у психології праці, управлінні персоналом та дослідженнях організаційної поведінки.

Таблиця 1

Основні компоненти синдрому професійного вигорання

Компонент	Характеристика	Прояви у керівника
Емоційне виснаження	Поступове виснаження психологічних та емоційних ресурсів	Постійна втома, зниження енергії
Деперсоналізація	Емоційне дистанціювання від роботи та людей	Формальне ставлення до підлеглих
Зниження професійної ефективності	Відчуття зниження власної професійної значущості	Сумніви у власній компетентності

Особливу небезпеку становить той факт, що синдром професійного вигорання розвивається поступово і часто залишається непоміченим на початкових етапах. Керівники, які працюють у сфері публічного управління, як правило, мають високий рівень відповідальності та значну кількість професійних обов'язків. Через постійну зайнятість вони нерідко ігнорують перші сигнали психологічного виснаження, сприймаючи їх як звичайну втому або тимчасове перевантаження.

Таким чином, професійне вигорання є складним психологічним явищем, яке формується під впливом тривалих стресових факторів та значного емоційного навантаження. Його прояви можуть негативно впливати як на психологічний стан керівника, так і на ефективність функціонування організацій, у яких він працює. Саме тому дослідження причин виникнення вигорання та

пошук ефективних способів його подолання є важливим напрямом сучасних наукових досліджень у сфері публічного управління.

2. Фактори психологічного вигорання керівників у період війни

Воєнний контекст формує специфічне середовище професійної діяльності, у якому керівники змушені працювати в умовах постійної невизначеності, швидкої зміни обставин та дефіциту ресурсів. Крім того, більшість управлінських рішень у таких умовах пов'язані з високим рівнем соціальної відповідальності, оскільки їхні наслідки безпосередньо впливають на безпеку та добробут громадян. Саме тому психологічне навантаження на керівників у період війни значно перевищує стандартні професійні вимоги [2].

Дослідники виділяють низку основних факторів, які найбільше сприяють виникненню синдрому професійного вигорання у керівників під час війни. До таких факторів належать професійне перевантаження, інформаційний тиск, висока соціальна відповідальність та постійна загроза особистій безпеці, зображені на Таблиці 2

Таблиця 2

Основні фактори психологічного вигорання керівників

Фактор	Характеристика	Приклади
Професійне перевантаження	Надмірна кількість управлінських завдань і відповідальності	Управління кризовими ситуаціями
Інформаційний тиск	Постійний потік новин та необхідність оперативного аналізу інформації	Моніторинг безпекової ситуації
Соціальна відповідальність	Відчуття зниження власної професійної значущості	Організація евакуації робітників
Особиста небезпека	Ризики, пов'язані з бойовими діями	Ракетні обстріли, повітряні тривоги

Таким чином, фактори психологічного вигорання керівників у період війни мають комплексний характер і пов'язані як із професійними, так і з соціально-психологічними умовами діяльності. Їхній вплив може призводити до зниження емоційної стійкості, погіршення якості управлінських рішень та загального зниження ефективності роботи управлінських структур. Саме тому важливим завданням сучасних досліджень є пошук ефективних механізмів профілактики та подолання професійного вигорання серед керівників у системі публічного управління [3].

3. Динаміка розвитку психологічного вигорання

Психологічне вигорання не виникає раптово, а формується поступово під впливом тривалого професійного стресу та надмірного психоемоційного навантаження. У більшості випадків цей процес проходить через кілька послідовних етапів, кожен з яких має свої характерні особливості та прояви. Розуміння динаміки розвитку вигорання є важливим для своєчасного виявлення перших симптомів та запобігання погіршенню психологічного стану працівників.

У наукових дослідженнях часто виділяють кілька основних стадій розвитку синдрому професійного вигорання. Зазвичай цей процес починається з високого рівня професійної мотивації та поступово переходить до стану емоційного виснаження та втрати інтересу до роботи.

Першою стадією розвитку вигорання є стадія ентузіазму. На цьому етапі людина демонструє високий рівень мотивації, активно виконує свої професійні обов'язки та прагне досягати високих результатів у роботі. Однак тривале перебування у стані високої активності без достатнього відпочинку поступово призводить до переходу на наступний етап – стадію напруження. На цьому етапі відбувається накопичення психологічної втоми, пов'язаної з постійним стресом та великою кількістю професійних обов'язків. Наступною стадією є фрустрація, яка характеризується поступовим зниженням задоволеності результатами власної діяльності. Останньою стадією є апатія, що характеризується глибоким емоційним виснаженням та значним зниженням професійної мотивації [4].

Загальну динаміку розвитку синдрому вигорання можна умовно представити у вигляді поступового зниження рівня мотивації та емоційної енергії, як на Схемі 1.

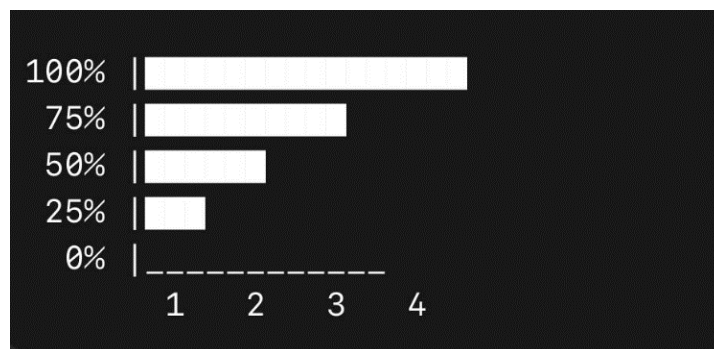


Схема 1. Рівень мотивації

(1-ентузіазм, 2-напруження, 3-фрустрація, 4-апатія)

Як видно зі схеми, на початковому етапі рівень мотивації є досить високим, проте під впливом тривалого стресу та перевантаження він поступово знижується. У результаті цього процесу працівник може перейти у стан емоційного виснаження, який суттєво впливає на якість професійної діяльності.

Таким чином, динаміка розвитку психологічного вигорання має поетапний характер і супроводжується поступовим виснаженням емоційних та психологічних ресурсів людини. Для керівників у системі публічного управління важливо приділяти особливу увагу профілактиці професійного вигорання та створенню умов для підтримки психологічної стійкості управлінців.

Цікавий факт

За даними Європейського інституту державного управління, високий рівень емоційного виснаження керівників може знижувати ефективність управлінських рішень на 20-30 %, що демонструє прямий вплив психологічного стану керівника на функціонування державних органів. Цей факт підкреслює важливість своєчасного виявлення симптомів вигорання та впровадження ефективних заходів підтримки управлінців [6].

4. Шляхи подолання психологічного вигорання

Ефективне подолання психологічного вигорання керівників у системі публічного управління в умовах війни можливе лише при системному, комплексному підході, що поєднує дії на рівні окремої особистості, організаційної структури та держави, які зображено в Таблиці 3. Кожен рівень передбачає специфічні інструменти та стратегії, які взаємодоповнюють один одного і сприяють збереженню психологічного здоров'я управлінців [5].

Таблиця 3

Методи подолання психологічного вигорання на різних рівнях

Рівень	Методи
Індивідуальний	Розвиток технік саморегуляції (дихальні вправи, медитація), формування емоційного інтелекту, психологічне консультування, фізична активність та режим відпочинку, практики управління стресом
Організаційний	Оптимізація розподілу робочого навантаження, створення підтримуючого колективного середовища, внутрішній коучинг та менторинг, регулярні командні наради з обговорення стресових ситуацій та ресурсів підтримки
Державний	Запровадження системних програм ментального здоров'я для керівників та службовців, тренінги з розвитку стресостійкості, психологічна підтримка на державному рівні

Тільки такий системний підхід дозволяє підвищити психологічну стійкість управлінців, знизити ризик емоційного виснаження та забезпечити ефективність управлінських рішень навіть у складних умовах війни [7].

Проведений аналіз показує, що психологічне вигорання керівників у системі публічного управління є однією з найсерйозніших проблем сучасного управління, особливо в умовах воєнного стану. Постійний стрес, високий рівень відповідальності та необхідність швидкого прийняття складних управлінських рішень значно підвищують психоемоційне навантаження на керівників. Це створює ризики не тільки для їхнього особистісного здоров'я, а й для ефективності роботи органів державної влади та місцевого самоврядування.

Аналіз літератури та практичних прикладів свідчить, що вигорання розвивається поетапно – від ентузіазму та високої мотивації до апатії та емоційного виснаження. На кожному етапі спостерігається зниження ефективності прийняття рішень, погіршення комунікації з колективом та зниження довіри громадян до органів влади. Цей процес демонструє, наскільки важливим є своєчасне виявлення перших симптомів вигорання та застосування профілактичних заходів.

Впровадження корекційних заходів на практиці дозволяє не лише знизити ризик вигорання, а й підвищити ефективність управлінських рішень, стабільність роботи органів влади та рівень довіри громадян.

Таким чином, можна робити висновок, що профілактика та подолання психологічного вигорання керівників є невід'ємною частиною сучасного публічного управління в умовах війни. Вона спрямована на підтримку

психологічного здоров'я управлінців, забезпечення безперервності функціонування державних інституцій та підвищення якості прийняття рішень у кризових умовах.

Робота підкреслює актуальність комплексного підходу до проблеми: поєднання особистісної саморегуляції, організаційних заходів та державних програм розвитку ментального здоров'я є ключем до підвищення психологічної стійкості керівників та зміцнення системи публічного управління в умовах війни.

Список використаних джерел

1. Maslach C., Leiter M. P. The Truth About Burnout. San Francisco : Jossey-Bass, 2016.
2. Freudenberger H. Staff Burnout. Journal of Social Issues. 1974.
3. World Health Organization. Burn-out an occupational phenomenon. Geneva, 2019.
4. Tsybullak N. Burnout dynamic among Ukrainian academic staff during the war. Scientific Reports. 2023.
5. Lefterov V. Burnout syndrome comparative study during the war in Ukraine. 2025.
6. Liashch O. Socio-psychological factors of professional burnout among SES employees. 2025.
7. Burlakova I. Psychological well-being and strategy to counter burnout. 2023.

Т. Д. Савенко,
*кандидат філологічних наук,
доцент кафедри іноземних мов;*
М. М. Горюнова,
*кандидат філологічних наук,
доцент кафедри іноземних мов;*
А. С. Гаврисевич,
*завідувач відділом по роботі з іноземними громадянами;
Національна академія статистики, обліку та аудиту, м. Київ*

МІСЦЕ КОНТРОЛЮ В ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ З ІНОЗЕМНОЇ МОВИ ДЛЯ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ

Аналіз результатів навчання студентів-інофонів іноземної мови за останні десятиліття показав, що на основному етапі навчання різко зростає роль самостійної роботи студентів. Це обумовлюється порівняно невеликою кількістю аудиторних годин, відмінностями у рівнях підготовки здобувачів, їхньою здатністю до сприйняття і вивчення чужих мов. Важливо також наголосити, що принципового значення набуває осмислення викладачем сутності його контролюючої діяльності, котра має свої цілі, етапи, форми, види та функції. З нашої точки зору, контролюючій діяльності викладача притаманні функції прогнозу, констатації та конкретизації, які тісно взаємопов'язані.

Функція прогнозу пов'язана з вибором стратегії навчання на кожному етапі як в обсязі навчального року, семестру, так і кожного навчального заняття. Це означає, що при будь-якій формі контролю (стартовий, потоковий або звітний) здійснюється прогнозування можливих варіантів навчальної діяльності на основі отриманих результатів. У контролі повинні знайти відображення основні змістовні одиниці навчання: знання, навички та вміння.

Функція констатації полягає у фіксації результатів діяльності викладача та навчальної діяльності студентів на певному етапі навчання. Результативність навчання зазвичай вимірюється через рівень сформованості мовленнєвих вмінь і навичок, які провідним компонентом реальних навчальних можливостей студентів. Не менш важливим є контроль вмінь і навичок навчальної праці. У процесі вивчення іноземної мови це проявляється в умінні працювати з книгою, зі словником, вести записи, самостійно аналізувати та узагальнювати матеріал. При зростанні ролі самостійної роботи рівень сформованості названих вмінь також підлягає фіксації.

Функція корекції пов'язана з тим, що на основі результатів контролю вносяться виправлення, уточнення та зміни у знання, навички та вміння студентів, у характер сумісної діяльності викладача і слухача, що направлена на досягнення необхідних результатів навчання. Це обумовлює необхідність системного представлення мовних та мовленнєвих явищ, що вивчаються.

Щоб контроль виконував затребувані функції, особлива увага повинна бути звернена викладачем на об'єкти контролю, а саме: знання, навички та вміння, що формуються на заняттях з іноземної мови.

У відборі об'єктів контролю слід виходити із положення, у процесі навчання іноземної мови необхідно сформувати предметну компетенцію (тобто сукупність знань, вмінь та навичок), що включає лінгвістичний, комунікативний та країнознавчий аспекти. Це означає, що на кожному етапі навчання разом з рівнем сформованості мовленнєвих навичок та вмінь контролюється рівень засвоєння лінгвістичних знань, вмінь та навичок лінгвістичного аналізу, засвоєння країнознавчої інформації в межах програмного матеріалу. Так, у НАСОА у відповідності з рекомендаціями багатофакторного плану проводиться: стартовий контроль, поточні, рубіжні або поетапні контролю, підсумкові у формі заліків та іспитів. У зв'язку з цим кафедра іноземних мов здійснює, стилістично диференційоване, комунікативно направлене навчання, а контроль враховує науковий і публіцистичні стилі мовлення та мову художньої літератури (у відповідному вигляді).

Перевірка мовленнєвих вмінь і навичок здобувачів здійснюється з урахуванням комунікативних потреб студентів у рамках функціонального стилю, що вивчається. Контроль здійснюється як в усній, так і письмовій формі у відповідності до задач кожного етапу навчання. Упродовж всього періоду контролюється і лінгвістична компетенція слухачів. Контрольні роботи включають завдання: на перевірку розуміння явищ, вибір, постановку питання чи проблеми, трансформацію та конструювання. Перевіряється також рівень сформованості країнознавчих знань (реалії, імена, назви, події).

Форма проведення та перевірки результатів контролю уніфіковані, в основу оцінювання покладений критерій ваги оцінки, що, у свою чергу, дозволяє створити об'єктивну картину знань студентів, і сприяє сприянню навичка, самоконтролю та самооцінки.

Проілюструємо на конкретному прикладі об'єкти контролю лінгвістичної та комунікативної компетенції, які мають місце при вивченні теми «Суб'єктно-предикативні відносини» (одна з перших тем основного курсу): знання понятійної бази (лінгвістичні поняття та представлення) – суб'єкт, предикат, дієслово-зв'язка, іменна частина, частина і ціле, прямий порядок слів, зворотній порядок слів тощо; знання основних мовних конструкцій для української мови; знання правил вживання конструкцій та обмежень у сфері їхнього вживання у залежності від стилю, вміння і навички лінгвістичного аналізу: вміння визначати суб'єкт і предикат речення; вміння порівняти обсяг поняття, що виражається суб'єктом і предикатом (співпадає чи не співпадає), та визначити інтенцію (тлумачення терміна або його характеристика); вміння використовувати необхідну конструкцію або дієслово (називатися – бути) у залежності від інтенції; вміння поставити суб'єкт і предикат у формі, що відповідає комунікативній меті. Наведений перелік представляє засоби і способи вираження таких комунікативних інтенцій як: дати визначення терміна; виразити характеристику й кваліфікацію предмета, явища, особи; виявити наявність або

відсутність предмета, явища, особи; показати призначення, приналежність, зміну та умовну характеристику предмета; окреслити зобов'язаність, необхідність чи можливість дії.

Контроль за визначеними параметрами здійснюється як на заняттях з вивчення даної теми, так і в контрольних роботах. У підсумкових контролях особлива увага приділяється перевірці власне комунікативних вмінь: уміння адекватно виразити комунікативну інтенцію за допомогою вивчених мовних засобів. Посилена увага до формування і контролю лінгвістичної компетенції пов'язане з тим, що студенти не тільки мають засвоїти навчальний матеріал, але усвідомити процес навчальної діяльності як студентського колективу, так і навчаючої діяльності викладача, у тому числі його контролюючої функції.

Досвід показує принципову важливість усвідомлення студентами цілей і завдань навчання іноземної мови (поурочні, кінцеві, рубіжні, по семестрові), а також вимог і форм контролю, методики його здійснення, об'єктів і критеріїв оцінки. Важливо регулярно проводити зі студентами обговорення результатів навчання, підводити підсумки кожного заняття, тижня, циклу, семестру, що дає можливість аналізувати дії і простежувати успішність кожного студента й групи у цілому, розуміти роль і місце контролю та самоконтролю; виявляти причини неуспішності певних здобувачів. У зв'язку з цим об'єктом контролю стають вміння і навички навчального зрізу, педагогічні вміння й навички.

Таким чином, контроль є засобом формування самоконтролю, що значною мірою підвищує ефективність навчання, при цьому зростає роль самостійної роботи, тобто контроль стає засобом навчання, який забезпечує реалізацію функцій прогнозу, констатації та корекції, що у свою чергу обумовлює чітке виділення параметрів контролю, уніфіковану систему фіксації результатів, системний характер контролюючих матеріалів, що забезпечує формування навичок самоконтролю. Все це сприяє підвищенню відповідальності й осмисленому ставленню до процесу навчання у цілому, є потужним мотиваційним стимулом для здобувачів на шляху до отримання майбутньої професії.

Список використаних джерел

1. Загальноєвропейські рекомендації з мовної освіти: вивчення, викладання, оцінювання // наук. ред. укр. доктор пед. наук, проф. С.Ю. Ніколаєва. Київ : Ленвіт. 2003. 273 с.
2. Савенко Т.Д., Ткаченко В.А. Система контролю як елемент управління навчальним процесом. В «Світові виміри освітніх тенденцій: науково-методичні проблеми мовної підготовки іноземних громадян». XI Міжнар. наук.-практ. конф., Матеріали. Київ, 2018. С.88-91.
3. Концепція мовної підготовки іноземців у ВНЗ України / Н.І.Ушакова, В.В.Дубічинський, О.М.Тростинська. Викладання мов у вищих навчальних закладах освіти. 2011. Вип.19. С.136-146.

А. Є. Цикура,
*учениця 11-А класу;
науковий керівник:*

С. М. Ховрак,
*учитель математики;
Кременчуцький ліцей №4 «Кремінь»,
Кременчуцької міської ради Кременчуцького району Полтавської області*

ЦІНА ІМПУЛЬСУ: СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ СПОНТАННИХ ПОКУПОК МОЛОДІ

Упродовж останніх років фінансова поведінка молодого покоління суттєво трансформувалася під впливом цифрового середовища, розширення можливостей онлайн-покупок і активного використання сучасних маркетингових інструментів. Ці чинники формують новий тип споживання, у межах якого частіше трапляються імпульсивні витрати – покупки, здійснені під впливом миттєвого емоційного пориву без попереднього аналізу доцільності чи планування [4]. Такий стиль споживання особливо поширений серед молоді, яка лише набуває досвіду фінансової самостійності та є вразливою до реклами, соціальних мереж і думки однолітків.

Попри важливість та актуальність цієї проблеми, офіційні статистичні дані майже не висвітлюють імпульсивні покупки як окремий компонент витрат, тим більше з урахуванням вікової групи молоді. Через це ускладнюється реальне оцінювання масштабів явища та його впливу [1]. У такій ситуації використання методів прикладної статистики та проведення власного збору первинної інформації стають доцільними інструментами для визначення кількісних характеристик і виявлення статистичних тенденцій. Саме цим і зумовлена актуальність досліджуваної теми.

Практичне значення дослідження полягає у можливості використання його результатів у програмах фінансової грамотності для учнівської та студентської молоді, при розробці тренінгів, навчальних курсів і просвітницьких ініціатив у сфері персонального фінансового планування. Розроблені висновки та рекомендації були впроваджені у практичну діяльність шляхом проведення тренінгу з фінансової грамотності для учнів старших класів Кременчуцького ліцею № 4 «Кремінь», що сприяє підвищенню обізнаності молоді щодо впливу імпульсивних витрат на особистий бюджет.

Імпульсивні покупки становлять інтерес не лише як психологічний або соціальний феномен [2,4], а й як об'єкт статистичного аналізу [1], адже дають змогу виявити закономірності, залежності, варіацію ознак, побудувати узагальнюючі показники та моделі. Відтак дослідження імпульсивної поведінки молоді з використанням математичного інструментарію статистики є важливим як з наукового, так і з практичного погляду – особливо у контексті формування фінансової культури й свідомого споживання.

Споживча поведінка є ключовою категорією сучасної економічної та соціальної науки[4], оскільки вона відображає процес прийняття рішень щодо вибору, придбання та використання товарів і послуг. У науковій літературі споживча поведінка визначається як сукупність дій та рішень, спрямованих на задоволення потреб за умов обмежених ресурсів [3]. Водночас дослідники наголошують, що вона поєднує економічні мотиви, психологічні установки, соціальні впливи та індивідуальний досвід [2].

Усі економічні суб'єкти, зокрема й молодь, беруть участь у процесі споживання, керуючись не лише доходом, а й психологічними, соціальними й культурними чинниками. Вивчення споживчої поведінки дозволяє зрозуміти механізми, що лежать в основі вибору товарів і послуг. Для статистичного аналізу імпульсивних покупок важливо окреслити основні характеристики споживчої поведінки, зокрема протиставлення раціонального і ірраціонального підходу до витрат, а також чинники, які спонукають до дій не за планом.

Раціональне споживання ґрунтується на зіставленні корисності та вартості товару, плануванні бюджету та свідомому виборі оптимальної альтернативи. Таке споживання передбачає логічне обґрунтування рішення та контроль власних фінансів, тоді як ірраціональне споживання характеризується прийняттям рішень під впливом емоцій, імпульсів та зовнішніх стимулів, що не узгоджуються з попереднім плануванням [3,4]. У цьому випадку людина може здійснювати непередбачені витрати, не оцінюючи їхню необхідність та довгострокові наслідки.

Особливу увагу сучасні дослідники приділяють явищу споживчих пасток, тобто ситуацій, у яких поведінка покупця спрямовується зовнішніми впливами, що знижують його здатність до раціонального вибору. До найбільш поширених пасток належать: знижки та акційні пропозиції, ефект обмеженої кількості товару, нав'язування «вигідних» покупок у маркетплейсах, соціальний тиск, а також вплив блогерів та рекламних алгоритмів у соціальних мережах. Потрапляння до таких пасток призводить до неконтрольованого збільшення витрат і формування хибних потреб [2,4].

Аналіз споживчої поведінки саме в контексті молоді є особливо важливим, оскільки у старшому шкільному віці формується основа фінансової поведінки на майбутнє. Молодь є більш чутливою до зовнішніх стимулів, активніше взаємодіє з цифровими платформами та частіше демонструє імпульсивні моделі купівлі. Дослідження цих особливостей дозволяє краще зрозуміти природу спонтанних витрат, виявити фактори ризику та обґрунтувати необхідність розвитку фінансової грамотності серед старшокласників.

Вибірка дослідження складалася зі 220 учнів Кременчуцького ліцею № 4 «Кремінь». Серед них 65% становили учні 11-х класів, тоді як 20% – учні 10-х класів та 15% – учні 9-х класів. Розподіл за статтю становив: 30% хлопців і 70% дівчат.

Для представлення вибірки в роботі додано кругові діаграми (рис.1), які ілюструють розподіл учнів за класами та статтю. Візуалізація допомагає краще

зрозуміти структуру вибірки та її репрезентативність для статистичного аналізу імпульсивних покупок молоді в різних підгрупах.

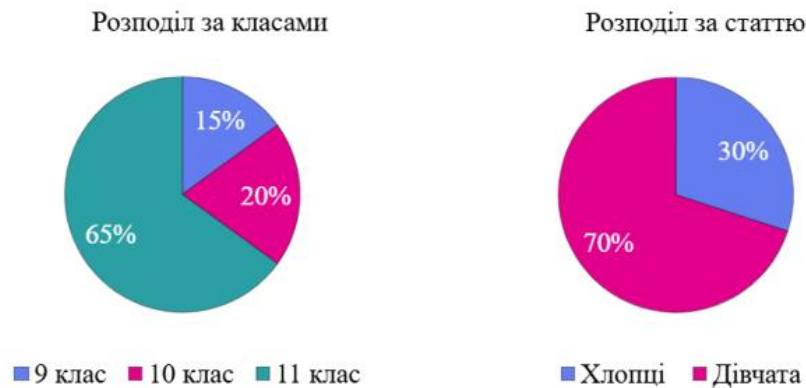


Рис. 1. Розподіл вибірки дослідження за класами та статтю

Процес збору даних базувався на проведенні опитування серед старшокласників за допомогою сервісу Google Forms. Метою було отримання кількісних та якісних даних для статистичного аналізу спонтанних покупок молоді. Для аналізу обрано 7 основних запитань (№2.2, №2.5, №2.6, №2.9, №3.1, №3.3, №3.6), які найповніше відображають особливості імпульсивної поведінки молоді. Вони охоплюють частоту спонтанних покупок, емоційне ставлення до них, рівень фінансової обізнаності та контроль власних витрат, що дає змогу комплексно оцінити спонтанність покупок.

№ 2.9 (Скільки гривень на тиждень ви приблизно витрачаєте на імпульсивні покупки?)

Таблиця 1

Розподіл відповідей респондентів на ключові запитання анкети

Варіанти відповіді	Кількість респондентів, осіб	Відсоток від загальної кількості, %
100 грн	25	11,36%
200 грн	30	13,64%
250 грн	5	2,27%
300 грн	41	18,64%
400 грн	9	4,09%
500 грн	50	22,73%
550 грн	7	3,18%
600 грн	8	3,64%
800 грн	4	1,82%
1000 грн	5	2,27%
Важко відповісти	36	16,36%
Віддаю перевагу не відповідати	0	0%

Середнє значення:

$$M = \frac{1}{184} = \sum_{i=1}^{184} x_i = \frac{100 * 25 + 200 * 30 + 250 * 5 + 300 * 41 + 400 * 9 + 500 * 50 + 550 * 7 + 600 * 8 + 800 * 4 + 1000 * 5}{184} \approx 366,85 \text{ грн}$$

Медіана:

$$M_e = 500 \text{ грн}$$

Розмах:

$$R = 1000 - 100 = 900 \text{ грн}$$

Стандартне відхилення:

$$\sigma = \sqrt{\frac{1}{184} \sum_{i=1}^{184} (x_i - M)^2} \approx 198,19 \text{ грн}$$

Для підвищення точності аналізу, респонденти, які обрали варіант «Важко відповісти» (36 осіб), були виключені з розрахунків, оскільки їхні відповіді не містять числових значень. Таким чином, статистичний аналіз проводився для 184 осіб, які надали кількісні оцінки своїх витрат. За результатами статистичного аналізу відповідей на запитання «Скільки гривень на тиждень ви приблизно витрачаєте на імпульсивні покупки?» встановлено особливості споживчих витрат старшокласників.

Дані показали, що найпоширенішими є витрати в межах 300–500 грн, що підтверджується високою часткою відповідей у цих категоріях (сукупно понад 40% вибірки). Розраховане середнє значення становить 366,85 грн, що свідчить про переважання середнього рівня тижневих імпульсивних витрат серед старшокласників. Медіана також належить до середнього діапазону значень, що підтверджує відносно рівномірний розподіл більшості реальних витрат. Показники мінімального (100 грн) та максимального (1000 грн) значень формують досить великий розмах – 900 грн, що вказує на значну різницю між індивідуальними моделями споживання. Це свідчить про те, що у вибірці співіснують ірраціональні, так і раціональні типи поведінки. Особливої уваги потребує отримане стандартне відхилення – 198,19 грн, що демонструє істотну варіативність витрат та нерівномірність фінансової поведінки. Такий високий рівень коливань є типовим для молоді, оскільки її споживчі рішення значною мірою залежать від емоційних імпульсів, доступності коштів та зовнішніх стимулів, таких як реклама, соціальні мережі, вплив однолітків.

Отримані результати дозволяють зробити висновок, що імпульсивні витрати підлітків є нестабільними, різномірними та значною мірою залежать від індивідуальних і зовнішніх чинників. Такі дані підтверджують потребу у впровадженні тренінгів з фінансової освіти серед молоді[3], зокрема через впровадження елементів фінансової грамотності до навчальних програм.

Список використаних джерел

1. Веригіна І. В., Островська О. В., Сугакова О. В. Теорія ймовірностей та математична статистика: Підручник для студентів інженерно-технічних спеціальностей. Київ : КПІ ім. Ігоря Сікорського, 2024р., 273 с.
2. Парашкевова С. М. (2023) Симптоми. Специфічні імпульсивні покупки. URL: <https://psychology.space/psypedia-post/impulsyvni-rokupky/>
3. Андерхілл П. Чому ми купуємо: наука про шопінг. Київ, 2018. 320 с.
4. Аріелі Д. Передбачувана ірраціональність. Невидимі сили, що впливають на наші рішення. Київ, 2018р.

Г. Б. Черушева,

кандидат педагогічних наук, доцент,

доцент кафедри філософії та соціально-гуманітарних дисциплін;

В. В. Пархоменко,

кандидат економічних наук, доцент,

доцент кафедри менеджменту та маркетингу;

Національна академія статистики, обліку та аудиту, м. Київ

ФАКТОРНИЙ АНАЛІЗ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО КЛІМАТУ В СИСТЕМІ УПРАВЛІННЯ ЛЮДСЬКИМИ РЕСУРСАМИ

Соціально-психологічний клімат організації доцільно розглядати як один із системоутворювальних чинників результативності управлінської діяльності. Його вплив проявляється не лише у площині міжособистісної взаємодії, а й у забезпеченні стратегічної стійкості організації в умовах динамічних соціально-економічних змін.

У межах даного дослідження здійснено спробу комплексного аналізу характеристик сприятливого мікроклімату в організації та визначення його ролі у забезпеченні функціональної дієздатності трудового колективу, що зумовлено актуальними потребами сучасного управління людськими ресурсами.

У працях вітчизняних учених (А. Дидик, Л. Карамушка, Н. Коломінський, О. Кузьмін, А. Холодницька та ін.) обґрунтовується теза про те, що психологічно комфортне середовище виступає передумовою продуктивної праці, командної згуртованості та конструктивних партнерських відносин за умови дотримання морально-етичних норм. Водночас формування сприятливого соціально-психологічного клімату створює умови для самореалізації працівників, їх професійного становлення та кар'єрного зростання.

Разом із тим, у сучасних умовах доцільно розглядати соціально-психологічний клімат не лише як наслідок управлінських впливів, а й як ресурс підвищення конкурентоспроможності організації, що актуалізує необхідність його цілеспрямованого формування та оцінювання.

Соціально-психологічний клімат забезпечує розкриття творчого потенціалу персоналу та сприяє оптимальному використанню інтелектуального

й професійного ресурсу організації. За позицією А. Холодницької, створення сприятливих умов праці безпосередньо залежить від професійної наполегливості керівника, рівня його соціально-психологічної компетентності, комунікативної культури та дотримання етичних принципів у взаємодії з працівниками [1]. Узгодженість управлінських дій і гармонійність внутрішніх процесів виступають чинниками стабільного розвитку колективу.

А. Дидик та О. Кузьмін до основних чинників формування соціально-психологічного клімату відносять: реалізацію ефективної кадрової політики; впровадження системи морально-етичних норм і цінностей; забезпечення належних умов праці; формування мотивації працівників до досягнення спільних результатів і підтримку їх професійного зростання [2].

У контексті даного дослідження вважаємо доцільним акцентувати увагу на взаємозв'язку зазначених чинників із управлінською культурою організації, оскільки саме вона визначає сталість і послідовність реалізації кадрових та мотиваційних механізмів.

Важливою складовою підтримання позитивного клімату є системна психологічна підтримка та супровід персоналу. Їх впровадження сприяє забезпеченню емоційної стабільності як окремих працівників, так і колективу в цілому, зменшенню ризиків професійного вигорання та емоційного виснаження, підвищенню якості міжособистісної і ділової взаємодії. Практика діяльності провідних компаній підтверджує доцільність створення психологічних служб або періодичного залучення фахівців для проведення тренінгів і семінарів, спрямованих на розвиток комунікативних компетентностей та формування емоційної культури. У поєднанні з іншими управлінськими заходами це створює передумови для сталого позитивного мікроклімату.

Підґрунтям формування соціально-психологічного клімату є система взаємовідносин співробітників, що визначає характер їх професійної діяльності та міжособистісної взаємодії. Загальна атмосфера в колективі значною мірою залежить від поєднання матеріальних і нематеріальних стимулів, ставлення керівництва до вирішення індивідуально-особистісних проблем працівників, а також підтримки їх професійного розвитку через освітні платформи та механізми неформальної освіти.

Особливий інтерес становить наукова позиція Н. Л. Коломінського, який на основі факторного аналізу виокремив ключові чинники формування сприятливого соціально-психологічного клімату, зокрема:

- рівень професійних здібностей, що зумовлює обґрунтованість вибору спеціальності та ступінь зацікавленості змістом праці;
- рівень компетентності персоналу як визначальний фактор успішності діяльності;
- стиль управління організацією, що впливає на підбір кваліфікованого персоналу та розподіл функціональних обов'язків;
- об'єктивність оцінювання та справедливості системи матеріального й морального стимулювання, які формують задоволеність працею, підвищують

мотивацію до виконання виробничих завдань і стимулюють професійне зростання [3].

У межах проведеного аналізу доцільно підкреслити системний характер зазначених чинників та їх взаємозумовленість. Саме інтеграція професійних, управлінських і мотиваційних компонентів забезпечує формування командного духу, задоволеності працівників результатами своєї діяльності, впевненості у власній значущості та соціальній визнаності в організації.

Соціально-психологічний клімат можна трактувати як динамічне інтегративне утворення, що визначає емоційний стан членів колективу, регулює поведінкові прояви у сфері взаємовідносин, впливає на характер ділового та міжособистісного спілкування і виступає мотиваційною основою конструктивної творчої діяльності [4, с. 174].

З огляду на це, соціально-психологічний клімат слід розглядати як важливий індикатор ефективності системи управління людськими ресурсами.

Проведений аналіз літературних джерел та узагальнення практичного досвіду організацій різного професійного спрямування дозволили виокремити характерні ознаки позитивного соціально-психологічного клімату в колективі. До них належать: комфортне робоче середовище та належні умови праці; підтримка керівництвом професійного зростання персоналу; мотивування до самореалізації та досягнення спільних цілей; забезпечення ділової та міжособистісної комунікації відповідно до морально-етичних норм і цінностей організації; психологічний супровід діяльності трудового колективу як складова управлінської політики.

Практична значущість отриманих результатів полягає у можливості їх використання під час розроблення програм управління персоналом, спрямованих на формування сприятливого соціально-психологічного клімату в організації. Запропоновані узагальнення можуть слугувати методичною основою для діагностики стану міжособистісних взаємин у колективі та визначення пріоритетних напрямів удосконалення кадрової політики. Крім того, результати дослідження доцільно застосовувати при формуванні системи психологічного супроводу діяльності персоналу з метою підвищення ефективності управлінських рішень і забезпечення стабільного розвитку організації.

Список використаних джерел

1. Оптимізація соціально-психологічного клімату в колективі в сучасних умовах. *Регулювання соціально-трудових відносин: сучасний стан та перспективи розвитку : колективна монографія* ; за ред. І. Кічко. Ніжин: ФОП Лук'яненко В. В., ТПК «Орхідея», 2017. С. 94–105. URL: <http://ir.stu.cn.ua/123456789/16453>

2. Кузьмін О. Є., Дідик А. М. Шляхи покращення соціально-психологічного мікроклімату колективу в умовах полівекторного розвитку підприємства. *Ефективна економіка*. 2013. № 10.

3. Коломінський Н. Л. Проблеми оптимізації соціально-психологічного клімату в педагогічному колективі. *Освіта та управління*. 1999. Т. 3, № 2. С. 75– 86.

4. Cherusheva G. B., Parkhomenko V. V. Theoretical and methodological principles of management psychology in organizations. *The Level of Development of Science and Technology in the XXI Century*. 2025. Part 6. Chapter 9. Karlsruhe (Germany) : ScientificWorld-NetAkhatAVLußstr 13, 2025. 297 p. ISBN 978-3-98924-116-9. DOI: 10.30890.2709-2313.2025-42-06-052159.

Наукове видання

**«БІЗНЕС-АНАЛІТИКА В УПРАВЛІННІ
ЗОВНІШНЬОЕКОНОМІЧНОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ»**

**МАТЕРІАЛИ
XIII МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**