

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Острозька Академія»
Навчально-науковий центр заочно-дистанційного навчання
Кафедра громадського здоров'я та фізичного виховання

Кваліфікаційна робота

на здобуття освітнього ступеня магістра

на тему:

“Сучасні вимоги до лідерства в системі охорони здоров'я: кращі світові та вітчизняні практики”

Виконала студентка 2 курсу, групи ЗМГз-21
спеціальності 229 Громадське здоров'я
освітньо-професійної програми
«ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я»
другого (магістерського) рівня вищої освіти
Семенович Іванна Дем'янівна

Керівник – кандидат наук з державного управління,
старший викладач

Вівсянник Олег Михайлович

Рецензент - доктор медичних наук, професор

Сергета Ігор Володимирович

«РОБОТА ДОПУЩЕНА ДО ЗАХИСТУ»

**Завідувач кафедри громадського здоров'я
та фізичного виховання**

_____ (підпис)

(проф. д.м.н. Гущук І.В.)

Протокол № ____ від « ____ » _____ 2025р.

м. Острог-2025

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ЛІДЕРСТВА В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	7
1.1 Еволюція концепції лідерства: від традиційних до сучасних підходів	7
1.2. Сучасні вимоги до лідерства у сфері охорони здоров'я: виклики та можливості	18
1.3 Вплив лідерства на ефективність функціонування систем охорони здоров'я	27
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ЛІДЕРСТВА В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	36
2.1 Аналіз поточного стану лідерства в закладах охорони здоров'я України та Рівненської області	36
2.2 Оцінка світових моделей лідерства в охороні здоров'я: інституційні підходи та результати впровадження	53
2.3 Ключові розриви, бар'єри та аналітична оцінка потенціалу лідерства в системі охорони здоров'я Рівненської області	70
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМКИ ВПРОВАДЖЕННЯ СУЧАСНИХ ВИМОГ ДО ЛІДЕРСТВА В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я	78
3.1 Розвиток професійної освіти та симуляційного навчання для керівників	78
3.2 Впровадження міжнародних стандартів та підходів до лідерства в практику управління закладами охорони здоров'я	85
3.3 Шляхи вдосконалення лідерських підходів у системі охорони здоров'я України	93
ВИСНОВКИ.....	102
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	104

ВСТУП

Актуальність теми: У сучасному світі, який стрімко змінюється під впливом глобалізації, технологічного прогресу та соціально-політичних викликів, система охорони здоров'я залишається потребою не лише адаптації, а й трансформації. Для України це набуває особливої актуальності, яка з 2014 року перебуває у стані збройного конфлікту, а з 2022 року — повномасштабної війни. Такі умови створюють безпрецедентний тиск на систему охорони здоров'я та вимагають рішучих, компетентних і далекоглядних дій з боку її управлінців. Саме тому тема лідерства в системі охорони здоров'я є важливою та потребує глибокого дослідження. Війна спричинила значне руйнування інфраструктури, зміну переваг у наданні медичних послуг, дефіцит кадрів і ресурсів, зростання навантаження на медичних працівників, а також — необхідність швидкого реагування на нові виклики. У таких умовах ключову роль почати прогресувати не лише професіоналізм працівників, але й ефективне медичне лідерство, здатне забезпечити стабільність, швидке ухвалення рішень, координацію між секторами, мотивацію персоналу та стратегічний розвиток галузі. Лідер у сфері охорони здоров'я сьогодні має бути не просто адміністратором, а візіонером, комунікатором, кризовим менеджером і агентом змін водночас. Особливої ваги лідерство виникає в контексті будівництва відбудови. Україна вже сьогодні має закладені підстави для відновлення ефективної, доступної, стійкої та орієнтованої на пацієнта системи охорони здоров'я. Це забезпечує не тільки технічну організаційну чину модернізації, але й формування нового управлінського мислення, заснованого на кращих світових практиках. Досвід країни, що пройшов через військові конфлікти або масштабні кризи (наприклад, Ізраїлю, Норвегії, Руанди), процес про те, що саме лідерство є рушієм реформ, інновацій та системи згуртування в цілому. Крім того, у вітчизняному контексті існує потреба не лише у впровадженні світових підходів, а й у переосмисленні власних національних практик. Україна має унікальний людський потенціал, сильну традицію медичної освіти та значний досвід систем мобілізації в умовах

кризи. Аналіз та узагальнення кращих вітчизняних практик дозволяє не просто переймати чужий досвід, а адаптувати його до реалій нашої держави. Таким чином, дослідження сучасних вимог до лідерства в системі охорони здоров'я, аналіз кращих світових і вітчизняних практик, а також розуміння ролі компетентного лідера в процесах трансформації є не лише науково обґрунтованим завданням, але й практично необхідним кроком для забезпечення сталого розвитку галузі. Успішна реалізація, підвищення якості реформування медичних послуг, збереження здоров'я нації та відновлення довіри до системи — використання цього напряму залежить від здатності лідерів ухвалювати ефективні рішення в умовах невизначеності та змін.

Мета дослідження: Метою дослідження є аналіз сучасних вимог до лідерства в системі охорони здоров'я в контексті глобальних і національних викликів, узагальнення кращих світових і вітчизняних практик управління у сфері охорони здоров'я, а також формування практичних рекомендацій щодо розвитку ефективного лідерства в Україні, зокрема в умовах війни та військової відбудови.

Об'єкт дослідження: Процес управління та лідерства в системі охорони здоров'я.

Предмет дослідження: Сучасні вимоги до лідерства в системі охорони здоров'я, з урахуванням викликів військового стану, процесу реформування та військової відбудови в Україні, а також кращі світові та вітчизняні управлінські практики.

Основними завданнями дослідження є:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до визначення поняття «лідерство» в охороні здоров'я та його сучасні моделі.
2. Визначити ключові компетенції ефективного лідера у сфері охорони здоров'я.
3. Дослідити вплив війни на управління та лідерство в українській системі охорони здоров'я.

4. Вивчити кращі світові практики лідерства в системі охорони здоров'я, зокрема в країнах, що пережили кризові ситуації.

5. Проаналізувати успішні приклади вітчизняного лідерства в галузі охорони здоров'я на різних рівнях.

6. Запропонувати рекомендації щодо розвитку лідерських якостей у керівників медичних закладів України в умовах трансформації та відновлення галузі.

У процесі написання кваліфікаційної роботи було застосовано комплекс **методів дослідження**. Аналіз і синтез наукової літератури використовувалися для вивчення теоретичних основ лідерства та управління в галузі охорони здоров'я. Порівняльний аналіз дозволив здійснити зіставлення світових і українських моделей лідерства. Метод системного підходу застосовувався для комплексного дослідження лідерства як багатокомпонентного соціального явища. Для аналізу офіційних документів, звітів МОЗ, ВООЗ, стратегій розвитку галузі охорони здоров'я використовувався контент-аналіз. Метод узагальнення слугував для формулювання висновків і практичних рекомендацій за результатами дослідження.

Наукова новизна одержаних результатів

У кваліфікаційній роботі здобуто нові результати, що в сукупності розв'язують важливу наукову проблему — формування сучасної моделі лідерства в системі охорони здоров'я України в умовах воєнного стану, трансформаційних викликів та необхідності гармонізації з міжнародними стандартами. Наукова новизна роботи полягає в тому, що:

вперше одержано авторську структурно-функціональну модель розвитку лідерських підходів у сфері охорони здоров'я, яка інтегрує принципи адаптивного управління, цифрової трансформації, емоційного інтелекту та пацієнтоцентризму;

удосконалено класифікацію стилів лідерства у сфері охорони здоров'я з урахуванням сучасних управлінських викликів, таких як війна, кадровий

дефіцит, комунікаційна нестабільність, що дозволяє точніше адаптувати управлінські стратегії в медичних закладах;

набуло подальшого розвитку обґрунтування доцільності використання міжнародних інструментів оцінки управлінської ефективності, зокрема системи стандартів ISO 9000 та Implementation Leadership Scale (ILS), для впровадження сучасної культури лідерства в українських медичних установах;

удосконалено науково-практичний підхід до формування управлінських компетенцій керівників медичних закладів на основі симуляційного навчання, цифрової аналітики, коучингу та наставництва;

Кваліфікаційна робота складається з трьох розділів, кожен із яких логічно взаємопов'язаний та спрямований на розкриття основної наукової проблеми — удосконалення лідерських підходів у системі охорони здоров'я України відповідно до сучасних глобальних викликів і міжнародних стандартів. У першому розділі розглянуто теоретичні основи лідерства в системі охорони здоров'я. Містить узагальнення теоретичних підходів до визначення лідерства, аналіз основних моделей управління в медичній сфері, класифікацію стилів лідерства, що застосовуються у світовій практиці, а також характеристику ключових лідерських компетенцій у галузі охорони здоров'я. У другому розділі проведено аналіз сучасного стану лідерства в системі охорони здоров'я України та світі. Розділ присвячений оцінці актуальних управлінських тенденцій в українській медичній сфері, виявленню типових проблем та бар'єрів, що стримують розвиток ефективного лідерства, а також порівнянню української моделі з практиками провідних країн (Німеччина, Польща, Канада, США). Особливу увагу приділено впливу війни на лідерські процеси. У третьому розділі запропоновано напрямки впровадження сучасних вимог до лідерства в охороні здоров'я.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ЛІДЕРСТВА В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Еволюція концепції лідерства: від традиційних до сучасних підходів

За оксфордським англійським словником [1933] можна відстежити слово "лідер" в англійській мові приблизно до 1300 року, проте слово "лідерство" вперше з'явилося близько 1800 року і застосовувалося до політичного впливу[1]. Історично поняття лідерства є не таким давнім, загалом лідерство у класичному розумінні почало з'являтися із появою мануфактур, підприємств та з розвитком ринку товарів та послуг. Люди почали розуміти що таке лідерство та як воно повинно проявлятися у різних галузях коли почало відбуватися заміщення концепції монополій, ринком із здоровою конкуренцією. Проте досліджуватись та вдосконалюватись це поняття почало значно пізніше. Одним з найвідоміших британських досліджень лідерства була праця Фредеріка Тейлора 1911 року. Цей чоловік вважається батьком наукового менеджменту. У праці «Управління магазинами» він вперше використав поняття що пізніше були сформульовані як теорія рис. Тейлор писав: «Звісно, очевидно, що характер організацій, що є основним для управління більш варіативними типами бізнесу, повинен значною мірою проявлятися – від простих виробничих підприємств до великих машинобудівних заводів, які займаються різноманітним бізнесом і мають складну організацію. Саме ця велика різниця у типі необхідної організації часто призводить до того, що управлінці, які були надзвичайно успішними в одній галузі, зазнають поразки в іншій, будучи керівниками майстерень, що вимагають значної деталізації»[2]. Загалом Тейлор вважав що ефективний лідер повинен мати 9 основних рис: розумом, освітою, спеціальними або технічними знаннями; ручною спритністю або силою, тактовністю, енергією, сміливістю, чесністю, судженням або здоровим глуздом і хорошим здоров'ям[2]. Довго теорія рис

вважалася основною для концепції лідерства, її досліджували, удосконалювали та активно впроваджували. Наприклад Ч. Бьорд у 1940 році на основі ряду досліджень розробив список із 79 рис необхідних для того щоб стати ефективним управлінцем. Трохи раніше, у 1926 та 1929 роках Ордвей Тід та Генрі Меткалф У своїх працях присвячених управлінню персоналом складають власний список рис необхідних для ефективного лідерства, сюди увійшли: хороша фізична конституція, характер, творча уява, здоровий глузд, мужність, почуття гумору, здатність розуміти людей, широкий інтерес до людей, готовність до співпраці, організаторські здібності, нервова енергія та технічні знання. Пізніше вони зауважили, що ці риси не є єдиним критерієм для оцінки хорошого лідера, а також доповнили, що: «групи кваліфікації також різняться залежно від рівня інтелекту та культурної групи, яку потрібно очолити. Відмінності слід також відзначити залежно від характеру, раси, покоління та місця, де впроваджується дане лідерство»[1]. Першим науковцем, хто висловився проти теорії рис був Ральф Стугділл, який у 1974 році заявив: «Фактори, які були пов'язані з лідерством, можна було б, мабуть, класифікувати за загальними заголовками ємності, досягнення, відповідальності, участі та статусу... Докази свідчать про те, що лідерство - це відношення, яке існує між людьми в соціальній ситуації, і що особи, які є лідерами в одній ситуації, не обов'язково можуть бути лідерами в інших ситуаціях... Автори творять висновок, що ці результати надають «нищівні докази» проти концепції дії вимірюваних рис у визначені соціальної взаємодії»[3]. Таким чином Стугділл намагався показати, що не лише загальні риси є необхідними для справжнього лідера. Він відкрито заявляв що ідеальний управлінець з усіма необхідними рисами, за тих чи інших ситуацій оже бути абсолютно неефективним, тоді як у таких ситуаціях людина, що не відповідає критеріям еталонного лідера за теорією рис, може бути значно ефективнішою й поміркованішою.

Таким чином ми підійшли до теорії, що розвивалась практично паралельно з теорією рис. Грунтуючись на переконаннях більшості світових релігій, які говорять, що людина може бути добра або зла, було виведено теорію лідерства

Х-У. У даному випадку ми не говоримо про філософське протистояння добра та зла, що описано у роботах багатьох філософів-класиків, проте тут ми говоримо про теорію контрастів, що описує людську поведінку в обставинах різного роду та складності та керівництво людьми при такій проблематиці. Уперше таку теорію безпосередньо, хоча і не прямо, описано у 1954 році Моррісом Вітелесом, і хоча у своїх працях він ще дотримувався теорії рис, проте автор писав про протистояння двох, на його думку основоположних, стилів лідерства – демократичних та дозвільних і авторитарних та авторитарних [1]. Таким чином Вітелес розпочав нову еру людських відносин ще задовго до того, як у 1960 році Дуглас Макгрегор запропонував саму теорію Х-У. По суті це дві теорії лідерства, що є протилежними одна одній проте можуть впроваджуватись як одночасно так зовсім незалежно, одна без одної, другий варіант був більш розповсюджений у ті часи на підприємствах, а саме широко використовували принципи теорії Х. Вона є авторитарною, основними її принципами Макгрегор виділяє те, що середньостатистична людина вроджено має неприязнь до роботи й обов'язково буде її уникати за можливості, також за цією теорією вважається, що лідер повинен примушувати людей до роботи, контролювати їх працю, погрожувати покаранням, щоб змушувати людей докладати зусиль до роботи, а також вважалося, що людина схильна до того, щоб її направляли, аби уникнути відповідальності[4]. Теорія ж У є демократичною та стверджує, що людські витрати фізичних та розумових зусиль на роботу є природними, а людина не має такої константи, як неприязнь до роботи й відповідно за певних умов робота може бути джерелом задоволення, також принципами теорії є те що, примус та загроза покарання не є ефективними засобами для стимуляції людських зусиль, відданість роботі та її цілям є питанням належної винагороди, середньостатистична людина шукає відповідальності задля задоволення власних амбіцій та те що інтелектуальні властивості населення використовуються лише частково через авторитарність керування[4]. Дуже добре використання принципів цих теорій описано у статті, випущеній ще задовго до її заснування. У 1932 році гарвардський науковець Фріц Рітлісбергер подав до друку статтю,

яка починалася так: «Я вважаю, що керівники повинні прагнути розвинути «експериментальне ставлення» до проблем людських відносин. "Ритуалістичного ставлення", Я вважаю це поширеним явищем, особливо в деяких областях, серед керівників. Ритуаліст вимагає універсальної формули поводження з людьми.». Автор стверджує: "Щоб бути справедливим, ви повинні ставитися до всіх однаково — посміхайтесь — поплескуйте їх по спині. Або можна використовувати інший тип керування, який тримає усіх на місці за протилежною тактикою, проте потрібно все ще ставитися до всіх однаково. На мою думку, три речі характеризують таке ставлення: (1) готовність прийняти нові ідеї і бажання перевірити їх на досвіді, (2) логіка безперервності і (3) логіка відносин» [1].

Теорія Х-У є основною у дослідженнях лідерства з точки зору людських відносин, проте це не єдиний напрямок, який досліджувався у межах сфери людських відносин. Зокрема свої дослідження у сфері лідерства 1932 року розпочав Ренсіс Лейкерт, який протягом довгого часу вивчав теорію рис та розробляв власний концепт ефективного управлінця. Він запропонував 4 Системи лідерства серед яких були існуючі – нижчі системи, наприклад 1 і 2 та запропонована ним, як еталонна, необхідна для впровадження, система 4. Лейкерт вважав, що теорія рис та відбирання менеджерів лише за їх рисами та найкращою продуктивністю в якійсь конкретній ситуації є застарілими концептами. Тому і була створена концепція системи 4, що по суті є ієрархією й складається із взаємопов'язаних між собою робочих груп із високим рівнем лояльності серед членів окремих груп та серед колективу загалом. Фактично лідер у одній групі був підлеглим у іншій, вищій за ієрархією групи, таким чином створювалась система відносин у межах підприємства, що була покликана зробити його роботу ефективнішою, а систему управління в межах підприємства структурувати до максимально продуктивного рівня. Система 4 може бути визначена через опис поведінки лідера, який використовує цю систему. Лідер Системи 4:

1. Є підтримуючим, доступним, дружнім, легким у спілкуванні, зацікавленим у добробуті підлеглих.[5]

2. Формує підлеглих у згуртовані, високоефективні, кооперативні команди для розв'язання проблем, пов'язані між собою особами, які мають перекриваюче членство. Тобто, керівник в одній групі є підлеглим у групі вищого рівня. Підлегли не налаштовуються один проти одного в агресивних, конкурентних відносинах.[5]

3. Допомагає підлеглим у їхній роботі, забезпечуючи їх усіма необхідними ресурсами (простір, матеріали, бюджет, навчання). Підлегли отримують інформацію про загальні плани, щоб вони могли ефективніше планувати свою роботу.[5]

4. Має високі вимоги до продуктивності, очікує високоякісної роботи від себе та інших.[5]

Також була популярною, хоча і не без широкої критики, пропозиція Роберта Блейка, що працював разом із Джейн С. Маутон, вони запропонували «Решітку менеджера», яку описали у статті 1975 року. На Блейка суттєво вплинув Лейкерт, після чого він теж почав вивчати сферу людських відносин. Сітка складається із двох шкал 9 на 9, кожен квадрат сітки визначає рівень турботи. Горизонтальна шкала визначає турботу про виробництво, де 1 – низький рівень, а 9 – високий рівень, а вертикальна шкала визначає турботу про людей. Відповідно у різних точках перетину цих осей виникають різні стилі керівництва. Основні стилі, що виокремлюються на Сітці, розташовані у її кутах і центрі: 9,1(нижній правий кут) – високий акцент на виробництво, низька турбота про людей (авторитарний стиль). 1,9(лівий верхній кут) – високий акцент на людях, низька турбота про виробництво (лояльний стиль). 1,1(лівий нижній кут) – низький акцент на обох сферах, мінімальна залученість у процеси (пасивний стиль). 5,5(центр сітки) – середній рівень турботи про обидві сфери, баланс між вимогами та підтримкою (компромісний стиль). 9,9(верхній правий кут) – високий рівень турботи про виробництво і людей, акцент на взаємодії та спільному вирішенні проблем (співпраця). на Сітці представлено 81 комбінацію

турбот. Поруч із 9,1 знаходяться 8,2 і 7,3. І 1,9 має поруч 2,8 і 3,7. Уздовж діагоналі між 1,1 і 9,9 знаходяться 3,3, 4,4, 6,6, 7,7 і так далі. Але основна увага автора зосереджена на теоріях у кутах і в центрі Сітки, які є найяскравішими стилями, що найчастіше зустрічались у тодішньому суспільстві [6].

Таблиця 1.1

Еволюція теорій лідерства

Епоха / Теорія	Основні характеристики / Представники
Епоха особистості	Орієнтація на великі постаті та вроджені риси. Представники: Ф. Тейлор, Ч. Бьорд.
Епоха впливу	Фокус на владі та впливі в парадигмі "лідер–послідовник". Представники: Пфедфер, Френч.
Епоха поведінки	Оцінка поведінкових проявів лідера. Представники: МакГрегор, Блейк і Маутон.
Епоха ситуацій	Лідерство залежить від обставин. Представники: Басс, Гук.
Епоха контингентності	Поєднання факторів поведінки, особистості та ситуації. Представники: Фідлер, Хаус, Врум.
Епоха транзакційного лідерства	Побудова взаємодії через обмін і домовленості. Представники: Басс, Дансеро.
Епоха антилідерства	Скепсис щодо існування єдиної концепції лідерства. Представник: Мітчелл.
Епоха культури	Лідерство як елемент організаційної культури. Представники: Паскаль, Петерс, Вотерман.
Трансформаційна епоха	Лідер як візіонер, натхненник змін. Представники: Басс, Бьрнс.
Нова епоха (2020+)	Синтез трансформаційного, емоційного, цифрового та інклюзивного лідерства.

Далі були теорії ситуаційного підходу до лідерства й багато інших підходів, пропозицій та теорій. Загалом у 1990 році Девід Ван Сетерс запропонував розподіл відомих тоді теорій та уявлень про лідерство на 9 епох та десяту, новітню теорію лідерства. Пропоную коротко ознайомитись із кожною запропонованою епохою.

1. Епоха Особистості: включала перші формальні теорії лідерства і представляла початок розуміння процесу лідерства. Ця епоха поділяється на період Великих Людей та період Рис. У першому випадку дослідники зосереджували увагу на великих людях (та деяких жінках) в історії світу і припускали, що людина, яка скопіює їхні особистості та поведінку, стане сильним лідером. У період Рис були зроблені спроби усунути зв'язки з конкретними особами і просто розробити низку загальних рис, які, якщо їх прийняти, підвищать лідерський потенціал і продуктивність. Найвідоміші науковці: Бовден, Дженнінгс, Фідлер, Хаус [7].

2. Епоха Впливу: Ця епоха вдосконалила епоху особистості, визнавши, що лідерство є відносинами між окремими особами, а не характеристикою окремого лідера. Вона розглядала аспекти влади та впливу і складається з періодів Відносин Влади та Переконавання. У першому випадку робилися спроби пояснити ефективність лідера з точки зору джерела та кількості влади, якою він володів, і як вона використовувалася. У період Переконавання примус був усунутий, але лідер визнавався домінуючим фактором у парі лідер-послідовник. Найвідоміші науковці: Пфєффер, Френч, Шенк [7].

3. Епоха Поведінки: Ця епоха взяла абсолютно новий напрям, підкреслюючи те, що роблять лідери, не зважаючи на їхні риси або джерела влади. Таким чином, лідерство було визначено як множину людської поведінки та людських відносин. Це було значним прогресом у теорії лідерства не лише тому, що вона мала сильну емпіричну підтримку, але й тому, що її можна було легко впровадити практикуючим менеджерам для покращення їхньої ефективності як лідерів. Спочатку акцент робився все ж на риси лідера, проте тепер до уваги брався переважно розвиток поведінкових рис лідера. Пізніше ж у цьому періоді побутували теорії, описані вище, а саме теорія Х-У, теорія «Менеджерської решітки» та Система 4. Найвідоміші науковці: МакГрегор, Блейк і Моутон, Сківінгтон і Мурхед, Керр і Шрізгейм [7].

4. Епоха Ситуацій: Ця епоха підкреслює, що ефективність лідерства залежить від контексту або ситуації. Різні ситуації вимагають різних стилів Ця

епоха зробила значний крок уперед у розвитку теорії лідерства, визнаючи важливість факторів, які виходять за межі лідера та підлеглого. Прикладами є тип завдання, соціальний статус лідера та підлеглих, відносна владна позиція лідера та підлеглих, а також характер зовнішнього середовища. Ці ситуативні аспекти визначають типи рис, навичок, впливу та поведінки лідера, які, ймовірно, призводять до ефективного лідерства. У цей період вважалося, що лідери з'являються лише тоді, коли перебувають у потрібному місці в правильний час і за правильних обставин; їхні дії були незначними. За такого підходу конкретна особа на керівній посаді не мала значення, тому що, якби вона пішла, хтось інший просто зайняв би її місце. Найвідоміші науковці: Басс, Гук, МакКолл і Ломбардо [7].

5. Епоха Контингентності: стала кроком вперед в еволюції теорії лідерства. Вперше було визнано, що лідерство не можна знайти в жодній із чистих, одновимірних форм, обговорених раніше, натомість воно містить елементи з усіх раніше обговорених теорій. По суті, ефективне лідерство залежало або було обумовлено одним або кількома факторами поведінки, особистості, впливу та ситуації. Зазвичай підходи до лідерства цієї епохи намагалися вибрати ситуативні змінні - модератори, які найкраще виявляли, який стиль лідерства використовувати. Багато дослідників були переконані, що нарешті знайдено джерело ефективності лідера, і відповідно з'явилася хвиля контингентних теорій. Трьома найбільш відомими теоріями тієї епохи були теорія випадковостей (Фідлер, 1964; 1967), теорія шляху-цілі (Еванс, 1970; Хаус, 1971; Хаус і Мітчелл, 1974) і нормативна теорія (Врум і Єттон, 1973). ; Врум та Яго, 1988). Теорія непередбачених ситуацій Фідлера наголошувала на необхідності поставити лідерів у ситуації, які їм найбільше підходять, або навчити лідера змінювати ситуацію відповідно до його чи її власного стилю. Теорія «Шлях-ціль» Хауса розглядала інший випадок. Він менше зосереджувався на ситуації чи поведінці лідера, а більше на створенні сприятливих умов для успіху підлеглих. Нормативна модель знову відрізнялася тим, що порадила лідеру, яка поведінка

прийняття рішень буде найбільш прийнятною, залежно від ситуації та потреби в прийнятті рішення та/або якості [7].

6. Епоха Транзакційного Лідерства: Дослідження лідерства було знову пожвавлено, коли було висловлено припущення, що, можливо, лідерство полягало не лише в особистості чи ситуації, а й у більшій мірі в розподілі ролей і соціальній взаємодії. Ця думка породила транзакційну еру, яка, по суті, є епохою впливу, яку ми переглядаємо, оскільки вона стосується впливу між лідером і підлеглим. Однак на цій стадії еволюційного розвитку процес впливу був підвищений, щоб визнати взаємний вплив підлеглого та лідера, а також розвиток їхніх відносних ролей з часом. Приклади з періоду Обміну включають теорію Вертикальної Діадної Ланки (Дансеро, Граен і Хага, 1975; Дюшон, Грін і Табер, 1986), підхід Взаємного Впливу (Грін, 1975) та теорію Обміну Лідера-Підлеглий (Дінеш і Ліден, 1986; Граен, Новак і Зоммеркамп, 1982). У цих теоріях лідерство включає транзакції між лідером і підлеглими, які впливають на їхні відносини. Крім того, інший лідер може мати типи транзакцій і різні відносини з універсальними підлеглими. Аспекти виникнення лідерства також виходять звідти, після чого виникнення лідерства вимагає згоди підлеглих щодо того, хто буде лідером. У цьому контексті лідерство існує лише після того, як його визнають інші члени групи. Найвідоміші науковці: Басс, Дансеро, Грін, Дінеш і Ліден [7].

7. Епоха Анти-лідерства: Було проведено численні емпіричні дослідження, щоб перевірити різні теорії, представлені до того моменту; але, на жаль, результати були непереконливими, і виникло відчуття, що, можливо, не існує чіткої концепції під назвою лідерство. Здавалося, що так багато змінних у рівнянні лідерства було пояснено, що вони взагалі нічого не пояснювали. Оскільки нинішня парадигма лідерства вважалася непрацюючою, виникла ера «антилідерства». У період неоднозначності стверджувалося, що, можливо, лідерство є лише «перцептивним феноменом у свідомості спостерігача». Найвідомішим науковцем цієї епохи є Мітчелл [7].

8. Епоха Культури: Цинізм антилідерської ери був остаточно витіснений в культурну еру, коли було запропоновано, що лідерство — це, мабуть, не феномен окремої людини, діади чи навіть невеликої групи, а скоріше воно всемогутнє в культурі. всієї організації. Там також уперше фокус лідерства змінився зі збільшення кількості виконаної роботи (продуктивність, ефективність) на підвищення якості (через очікування, цінності). Цей макропогляд на лідерство включає рамки 7-S (Паскаль і Атос, 1981), атрибути "У пошуках досконалості" (Петерс і Вотерман, 1982), а також Теорію Z (Оучі, 1981; Оучі і Джаггер, 1978). Ця епоха була природним продовженням періоду заміни лідера, оскільки припускала, що якщо лідер може створити сильну культуру в організації, працівники керуватимуть самі. Однак, коли культура сформована, вона створює наступне покоління лідерів. Формальне лідерство потрібне лише тоді, коли існуюча культура змінюється і необхідно створити нову [7].

9. Трансформаційна Епоха: Ця епоха представляє останню та найбільш багатообіцяючу фазу в еволюційному розвитку теорії лідерства. Його різке покращення порівняно з попередніми епохами полягає в тому, що воно базується на внутрішній мотивації, а не на зовнішній. Крім того, порівняно з транзакційною епохою, лідери повинні бути проактивними, а не реактивними у своєму мисленні; радикальний, а не консервативний; більш інноваційний і креативний; і більш відкриті до нових ідей, таким повинен бути лідер згідно з уявленнями цієї епохи. Тут лідерство впливає на створення ентузіастичного підґрунтя з боку підлеглих, а не на неохоче підкорення або байдужу відповідність поставленим вимогам. також стверджують, що трансформаційне лідерство є необхідним під час організаційного переходу, створюючи бачення потенційних можливостей та вселяючи працівникам відданість змінам. У цьому епосі виділено два періоди: Період Харизми та Період Самореалізованого Пророцтва. Основна тема Періоду Харизми виникає в тому, що лідерство має бути візіонерським; воно повинно трансформувати тих, хто має таке бачення, і надавати їм нове та сильніше відчуття мети і значення. Період самоздійснюваного пророцтва (SFP) стосується трансформації індивідуальних

самоконцепцій і покращує попередні теорії, розглядаючи трансформацію як таку ж, що відбувається від лідера до підлеглого, як і від підлеглого до лідера. Іншими словами, керівник SFP може бути активований з нижчого або вищого рівнів в організації. Крім того, цей процес працює не лише в діадичних ситуаціях, а й у групових та організаційних контекстах [7].

У 2021 році Сіхаме Бенміра та Мойосоу Агбула з Великобританії запропонували поділ теорій лідерства на чотири основні епохи: епоха рис, поведінкова епоха, ситуаційна епоха та нову епоху лідерства. Загалом тези перших трьох епох у даній статті відповідають описаним вище. Епоха рис на їх думку спочатку ґрунтувалася на еталонних лідерах, як от Юлій Цезар, Махатма Ганді чи Наполеон Бонапарт, пізніше дослідники визнали, що лідерами не лише народжуються, але й стають і почали описувати набір рис, які повинні бути у ефективного управлінця, цей список багато разів змінювався й доповнювався у ході досліджень. Поведінкова теорія робить наголос на тому, що необхідних рис можна набути, як можна навчитися певним формам поведінки, ця ера зосереджується на поведінці лідера у різних ситуаціях, а не на його рисах. Саме тут автори виділяють, як еталонний концепт ери «Менеджерську сітку» Роберта Блейка. Ситуаційною ерою автори вважають період, коли лідерство почали прив'язувати до конкретних ситуацій, середовищ та підлеглих. Тут сказано про стилі лідерства та їх підлаштування до різного контексту ситуацій. Найбільше у цій статті нас цікавить бачення автором нової теорії лідерства. Новітніми теоріями лідерства автори пропонують сучасний погляд на транзакційну та трансформаційну теорії. Першу автори висвітлюють, як теорію з певним авторитарним підґрунтям, де лідерство ґрунтується на принципі винагороди та покарання, проте із впровадженням глибокої комунікації між лідером та підлеглим для встановлення атмосфери взаєморозуміння та справедливості всередині команди. Трансформаційне лідерство – це менеджмент шляхом поглибленої комунікації між управлінцем та командою, у якому лідер заохочує, надихає та мотивує працівників, але крім того і дослухається до їх порад,

зауважень та побажань, фактично скеровуючи підлеглих у правильний напрямок роботи [8].

Проаналізувавши, запропонуємо власне твердження поняття Лідерства в охороні здоров'я. Отже, на нашу думку лідерство в охороні здоров'я – це, насамперед, здатність бачити систему не лише як механізм управління, а як простір довіри, підтримки та змін. Це не просто адміністрування чи розподіл ресурсів, а уміння об'єднувати людей навколо спільної мети – збереження і покращення здоров'я населення. У сучасних умовах лідерство у цій сфері вимагає не авторитарності, а глибокої людяності, гнучкості мислення, стратегічного бачення, відкритості до нових ідей, здатності мотивувати команду і приймати рішення в умовах невизначеності та високої відповідальності. Це лідерство, яке базується на емпатії, етичних принципах, емоційному інтелекті, готовності не лише впроваджувати зміни, але й бути прикладом, діяти на випередження, брати на себе ініціативу. Справжній лідер у медицині не керує «згори», а працює поруч із командою, підтримує, слухає, формує спільну культуру якості й постійного розвитку. Це лідерство, яке поєднує тверді управлінські навички з глибоким розумінням людської природи, вміє трансформувати кризи в точки зростання і надихає інших не на виконання, а на співтворення змін.

1.2. Сучасні вимоги до лідерства у сфері охорони здоров'я: виклики та можливості

Сфера охорони здоров'я є специфічною системою у якій впровадити класичні практики лідерства доволі важко через велику кількість факторів. У першу чергу велику роль відіграє складність системи управління та велика кількість спеціалізованих ланок, які повинні мати певну автономію в межах одного підприємства. У даному випадку ми говоримо не про окремі приватні стоматологічні кабінети чи приватні кабінети конкретних спеціалістів, як складові системи охорони здоров'я, ми говоримо саме про лікарні та великі

приватні клініки. Лікарня це складна система підпорядковуваних одиниць, спеціалізованих структурних частин та розгалуженої мережі персоналу, що має багато сходин, підпорядкування. Крім того пацієнтів не можна назвати звичайними споживачами послуг, це унікальна категорія клієнтів підприємства, які часто отримують різного роду інформацію про своє лікування на різних ланках організації. Їх лояльність чи навпаки обуреність стосовно роботи лікарні залежать від багатьох факторів, особливо від ефективності лікування, що є більш делікатним питанням, через вразливість пацієнта, як клієнта підприємства. І лікарню загалом не можна назвати підприємством у класичному розумінні, навіть якщо мова йде про приватну організацію. По-перше, це стосується нетиповості послуг, адже у даному випадку мова йде не про звичайне забезпечення пропозиції продукції у відповідь на попит серед споживачів, чи забезпечення звичайних, необхідних клієнту послуг, як от перевезення, доставка товару, чи забезпечення програми навчання, тут ми говоримо про покращення якості людського життя, а у багатьох випадках і про його безпосереднє збереження. По-друге, це стосується персоналу та зв'язків між персоналом. Середньостатистичного лікаря не доречно класифікувати як класичного працівника підприємства, через його безпосередню роботу з клієнтом, безпосередній контроль над пацієнтом, рівень відповідальності та довіри. Так, лікарня, як підприємство пропонує медичні послуги, проте ліки виписує не організація, а конкретний лікар, аналізи теж назначає лікар, пацієнт іде не до організації, а до вузького спеціаліста і відповідальність за неправильно поставлений діагноз чи лікарську помилку також лягає на лікаря, а не на організацію і в разі некваліфікованості медика родичі можуть подати в суд на нього, але не на лікарню. Відповідно кожен лікар повинен мати власну волю в межах лікарні, цей аспект зумовлює нетиповість відносин керівника та лікаря порівняно з відносинами таких сторін на інших підприємствах. До того ж і самі лідери у даному випадку є нетиповими, адже управлінець, що головує відділенням лікарні чи лікарнею безпосередньо, сам є практикуючим медиком і окрім обов'язків лідера, виконує роботу прямого колеги інших працівників

лікарні. Ці фактори створюють багато складнощів та викликів для керівного складу лікарень, як лідерів організації.

Це виклики загального спектру, які обговорюються вже давно, така проблематика була завжди і поки є незмінною. Медична галузь значно відстає у розвитку системи лідерства і це також обговорюється вже доволі давно, проте як і розвиток, проблематика системи охорони здоров'я для впровадження ефективного управління не стоїть на місці. У 2019 році, ще до пандемії Covid-19 було проведено масштабне дослідження стосовно глобальних викликів для управління охороною здоров'я. Основні виклики та проблематику було поділено на три рівні: 1) Макро рівень. Наймасштабніший у контексті проблем та викликів, сюди увійшла проблематика найбільших масштабів, а саме демографічні проблеми, суспільні виклики, політика, правова база, тощо. 2) Мезо рівень. Сюди увійшла проблематика пов'язана із викликами організації роботи медичних установ, а саме інфраструктура, ресурси, процеси управління, специфіка пацієнтів. 3) Мікро рівень. Це проблематика пов'язана з індивідуально окремими управліннями системи охорони здоров'я. Проблематика першого рівня є доволі глобальною і включає в себе багато важливих аспектів. Зокрема, як тоді так і сьогодні є проблема із постійним зростанням чисельності населення світу, старіння населення, молодіння багатьох захворювань та зміни епідеміологічного аспекту, а саме зміна генетичного фонду існуючих захворювань, їх мутації та розвиток нових захворювань, якими сьогодні є наприклад ковід чи новий для світових терен метапневмовірус. З кожним роком навантаження на лікарні все більше, а із розвитком науки та діджиталізації пацієнти стають все більш обізнаними й із ними стає все важче працювати, адже кожен намагається самостійно трактувати свою ситуацію, що без належної кваліфікації переважно неможливо. Проте системи охорони здоров'я по всьому світі фрагментовані, та не мають безпосередньої взаємодії, із розвитком науки відбувається все більше звуження спеціалізації кваліфікованих лікарів, а це призводить до все більшої сепарації системи охорони здоров'я. Все більша кількість інновацій також призводить до необхідності розвитку системи

управління лікарнями, ці аспекти потребують лідерів, що здатні підлаштовуватись та управляти змінами. Також важливою складовою є політична складова, адже дуже багато реформ мають більш економічний характер, а саме спрямовані на економію коштів держави, що часто веде до скорочень у лікувальних установах, спричиняє зменшення кількості персоналу, відповідно зниження ефективності взаємодії між персоналом, та погіршення умов для управління персоналом. Це спонукає працівників медичної галузі до побудови нових бізнес-моделей, відкриття власних клінік, кабінетів, лабораторій, тощо. Це спричиняє рух пацієнтів між різними організаціями що ще більше ускладнює менеджмент таких підприємств. На організаційному рівні ми можемо побачити проблематику із розгалуженістю системи закладів охорони здоров'я та відсутністю чіткої координації між ланками закладів. Сюди підключається проблематика глобальної кризи людських ресурсів що значно кидає виклик системам охорони здоров'я світу. Також управлінці дуже часто стикаються із марнуванням ресурсів та неефективністю надання первинної медичної допомоги через це, що спричинено операційною неефективністю персоналу, проте за часту впровадити систему економного виробництва, ефективного використання та ефективної взаємодії неможливо, адже управлінці переважно є клініцистами, а не менеджерами, а також кадровий склад, що адмініструє лікарні є доволі мінливим та текучим. Також важливими факторами на цьому рівні є відсутність ефективності розподілу та прозорості погані лікарняні процеси, які перешкоджають розробці ефективних систем профілактики та контролю госпітальних інфекцій (ВГІ), а також реформи оплати, такі як фінансування на основі вартості та плати за послуги, які заохочують обсяг необхідної виконаної роботи. Також проблематичним є те, що розподіл управлінських повноважень в установах охорони здоров'я за часту не є чітко визначеним. На мікро рівні ми бачимо проблематику пов'язану з відсутністю чітких ролей в управлінців у межах системи охорони здоров'я, переважно лідерами установ у межах цих організацій є гібридними менеджерами, тобто вони виконують як клінічну роботу так і управлінську, що

у багатьох випадках веде до неефективного управління установами. Звісно логічно припустити, що такий підхід повинен сприяти ефективному управлінню лікарнями, адже клініцисти добре знають систему охорони здоров'я та організації лікарні, що не завжди є зрозумілою звичайним менеджерам, проте на привеликий жаль не враховується факт неготовності таких лідерів до змін, необхідних у межах зміни світових тенденцій [9].

Covid-19 показав усьому світу велику прогалину в адмініструванні закладів охорони здоров'я. Неефективність їх адміністрування та відсутність комунікацій, як всередині лікарень, так і між ними стали зрозумілими у перші місяці пандемії. Тоді світ сколихнула страшна загроза і ми змушені були до неї адаптуватись. Тоді стало зрозумілим, що використання старих підходів до лідерства, як от орієнтація на лідера, лінійне мислення лідера, неготовність використовувати інноваційні підходи менеджменту для керування медичними установами, створили глобальну проблему. Стало загалом зрозуміло, що в межах лікарні не може побутувати і одного стиля лідерства на всіх рівнях. Співпраця, складне системне мислення та інноваційне мислення є частиною філософії лідерства комплексності, яка розглядає лідерство як безперервний процес. Таким чином для управління медичною установою на різних рівнях запропоновано: транзакційний, трансформаційний і проривний стилі керівництва. На нижчих щаблях керівництва запропоновано впровадження транзакційного стилю лідерства. Воно може дуже ефективно себе показати на медсестринському рівні. Позитивний взаємозв'язок між трансформаційним лідерством медсестер і поліпшенням результатів лікування пацієнтів, задоволеністю пацієнтів і зниженням небажаних подій і ускладнень у пацієнтів показує взаємозв'язок, імовірно, опосередкований впливом на продуктивність персоналу. Дослідження показали, що з таким стилем лідерства на медсестринському рівні можна досягнути значного покращення лікування пацієнтів. Таке опосередковане управління через стимуляцію медсестер до продуктивної праці шляхом методик транзакційного лідерства може мати широкий позитивний вплив на роботу лікарні, адже існує пропорційний вплив між керівництвом шляхом заохочення

медсестринського складу та кількістю помилок при прийомі ліків, кількістю сплутаних аналізів та темпами виздоровлення пацієнта. Також є зв'язок між участю медсестер у прийнятті рішень та результатами лікування пацієнтів, адже це додає відповідальності у роботу медичної сестри, а також може бути важливим фактором при обранні методик ефективного догляду за пацієнтом. Крім того у дослідженнях відображено важливість співвідношення між достатнім забезпеченням лікарень людськими та матеріальними ресурсами, і низькою плинністю кадрів та рівням смертності пацієнтів і швидкістю їх виздоровлення. Як ми бачимо медсестринський рівень організації закладу охорони здоров'я є надзвичайно важливим для ефективного його функціонування і ефективне лідерство на цьому рівні має велике значення для ефективного лікування пацієнтів. Піднімемось трохи вище до рівня відділень та лікарів. Тут запропоновано використати методики проривного лідерства. Проривне лідерство це форма лідерства, яка поєднує в собі повагу до точки зору інших, відкритість лідера до думки підлеглих, досягнення спільного, узгодженого бачення, а також рольове моделювання функцій установи. Відповідно запропоновано використовувати такий стиль лідерства, як для керівників відділень, так і для адміністрації лікарні. Адже, відкритість для диспуту серед лікарів, урахування їх точки зору та чітке моделювання функціональних обов'язків серед вищого рівня персоналу лікарні показує позитивні результати на ефективність використання ресурсів установи, ефективність та оперативність у діагностиці захворювань пацієнта, а також високий рівень співпраці, задля забезпечення швидшого одужання пацієнтів. Таким чином між робочими ланками установи охорони здоров'я формується більш чіткий рівень підпорядкування, краща схильність до виконання доручень та ефективного використання ресурсів, а також підвищується ефективність роботи установи загалом. Також серед верхівки лікарні пропонується впровадити практики трансформаційного лідерства. Медична установа це місце де кожен працівник несе відповідальність за ефективність її роботи та за благополуччя пацієнтів, відповідно створення культури лідерства в установі, за

якої лідерство буде частково розподілено для всіх, що сприятиме розширенню можливостей кожного члена команди, розвитку індивідуалізму та інклюзивізації прийняття рішень, буде ефективним рішенням для розвитку адміністрування установи [10].

Важливими досі залишаються багато аспектів, як от розвиток інновативних методик діагностики та лікування. Сьогодні вже можливо досліджувати схильність людей до хвороби Альцгеймера, все більше розповсюджується протипухлинна таргетна терапія, а для лікування інсулін-залежного цукрового діабету впроваджують методики із застосуванням стовбурових клітин, кваліфікований управлінець закладу охорони здоров'я повинен встигати за цими тенденціями розвитку діагностики, профілактики та лікування захворювань. Важливо, щоб лідер медичної установи знав про новинки у діагностиці та профілактиці найрозповсюдженіших захворювань та загалом про новинки у медицині та підтримував рівень знань серед персоналу клініки. Відповідно станом на сьогодні підбір персоналу для найму та навчання персоналу в межах клініки є важливішими ніж будь коли. Відповідно кваліфікований лідер повинен ділитись із колегами власним досвідом, черпати найновітнішу інформацію у сфері медицини з доступних джерел та слідкувати за рівнем навчання молодого персоналу лікарні. Окрім того із все більшим розвитком методик діагностики та профілактики різних захворювань, на плечі лікарень лягає відповідальність за впровадження практик профілактичної медицини понад практиками безпосереднього лікування. Отже і це є викликом для лідерів закладів охорони здоров'я сучасності, адже вони як керівники повинні пропонувати заходи щодо діагностики та профілактики найпоширеніших захворювань, кооперуватись із державними структурами та пропонувати програми для розповсюдження профілактичної медицини серед населення. Ці нюанси ще більше загострюються на основі того, що на фоні зростаючих потреб, фінансування закладів охорони здоров'я все більше зменшується разом із забезпеченням людськими ресурсами, що зумовлює зменшення ефективності координації у межах установи та робить її роботу менш

ефективною. Місія лідера за цих умов не лише зберегти продуктивність, але й підвищити її, покращити наявний спектр послуг, та покращити життя людей його громади своїми діями. Це вимагає нових підходів та практик лідерства у межах установи [11].

У наших реаліях звичайні виклики, що постали перед лідерами системи охорони здоров'я по всьому світу, не є найбільшою проблемою управлінців закладів охорони здоров'я. З 2022 року ми живемо в умовах, коли лідерство отримало набагато страшніші виклики у всіх сферах, а у медицині особливо. Війна внесла свої корективи у всі сфери та поставила перед лідерами нові виклики. Для початку варто сказати про загострення уже існуючих проблем, адже лідерство в системі охорони здоров'я України ще до війни відставало від світових тенденцій. І хоча деякі практики організації наших медичних установ є значно ефективнішими ніж багато організаційних моментів, наприклад європейських лікувальних установ, проте у впровадженні методик ефективного лідерства у систему охорони здоров'я ми явно сильно поступалися більшості розвинутих країн світу. У нашій державі сьогодні значно загострилась проблема нестачі кваліфікованого медичного персоналу, що зумовлено, як сумнівними рішеннями відповідних міністерств, щодо перевірки кваліфікації учнів для вступу до медичних ЗВО, так і значним розвитком корупції у цих структурах в умовах війни. Крім того ця проблема погіршилась через нестачу людського ресурсу, спричиненою мобілізацією чоловіків медиків, небажанням молоді до навчання на молодший медичний персонал та великою кількістю людей що виїхали закордон. Також нікуди не зник і дефіцит медичних ресурсів у вигляді застарілого обладнання у лікарнях та, наприклад дефіцит багатьох препаратів, а особливо тих що призначені для діагностування захворювань. 2. Також варто зазначити проблематику великої кількості руйнувань на нашій території. Багато медичних установ, лабораторій та дослідницьких центрів було знищено чи пошкоджено. Це призвело до значного скорочення можливостей української системи охорони здоров'я та до збільшення навантаження на установи, що далі функціонують у державі. 3. На початку воєнних дій існувала значна проблема,

пов'язана із логістичною складовою надання медичних послуг. Перебої у постачанні медекаментів, обладнання, аналізів, тощо значно ускладнили надання необхідної медичної допомоги пацієнтам. Зараз ця проблема не є такою вираженою, проте доставити медикаменти нашим бійцям та медичним установам, що знаходяться близько до гарячих точок все одно буває непросто. 4. Цим пунктом хотілося б ще більше звернути увагу на нестачу медичного персоналу та шалене навантаження на наявних працівників. Багато медиків були змушені покинути робочі місця через обстріли, багато людей втекло закордон і значна кількість була мобілізована до війська. Відповідно навантаження на працівників сфери значно збільшилось, особливо зважаючи на те що у лікарнях постійно збільшується кількість пацієнтів, як військових так і цивільних, що постраждали від війни. На жаль, кількість медичних спеціалістів неможливо поповнити у короткі строки через складність та довготривалість навчання, крім того через однозначно некоректні рішення відповідних відомств, що були прийняті після початку повномасштабного вторгнення стосовно специфіки відбору молоді для підготовки спеціалістів, велика частка вступників медичних університетів або недовчаються до 6 курсу, або після випуску не йдуть працювати у медичні установи. Також погіршенню якості людських ресурсів, значно сприяє високий рівень корумпованості медичних ЗВО та низький рівень кваліфікації їх персоналу. 5. Доступ до медичних послуг став значно обмеженіший, особливо у регіонах, наближених до лінії фронту. Це спричинило збільшення кількості захворювань хронічного характеру та захворювань на пізніх стадіях прогресії. Відповідно це спричиняє більше навантаження на функціонуючі лікарні, особливо через те що такі хворі потребують значно більше часу, ресурсів та людських зусиль для лікування. 6. Останнім пунктом виділимо соціально-економічний вплив війни на громадян держави. Переміщення населення в безпечніші регіони, значна інфляція, здорожчання багатьох медичних послуг та фінансові труднощі громадян значно ускладнили доступ людей до медичних послуг, починаючи від ліків і закінчуючи процедурами радикальних втручань. Це створює багато проблем для галузі, наприклад таке

саме поширення хронічних захворювань, пізнє виявлення багатьох проблем, на глобальнішому рівні прогресування та мутація вірусів та мікроорганізмів через відсутність можливості дозволити собі раннє лікування чи профілактику захворювань. Ця проблематика вимагає від управлінців системи охорони здоров'я України переходу на новий рівень, як лідерів та як кваліфікованих спеціалістів.[12]

Станом на сьогодні ми система охорони здоров'я України переживає дуже тяжкі часи, як і вся наша держава загалом. Тому лідери потребують нових рішень, стилів управління, стратегій та підходів до адміністрування медичних установ. Нашій системі лідерства потрібні зміни та сучасні рішення, як от впровадження стратегії стійкості та інклюзивних методик лідерства.

1.3 Вплив лідерства на ефективність функціонування систем охорони здоров'я

Лідерство є важливим аспектом для функціонування будь яких установ та систем. Саме з поганого лідера починається крах і саме неефективне управління призводить до збоїв у роботі, застосування застарілих методик та низької ефективності функціонування тих чи інших одиниць. Це стосується і системи охорони здоров'я, де особливо важливою є організація роботи колективу, адже кожна одиниця системи ґрунтується на багатьох рівнях підпорядкування та на співпраці персоналу всіх рівнів між собою. Особливо важливим це питання є через характер послуг що надаються організаціями системи охорони здоров'я, адже від правильного менеджменту закладами охорони здоров'я та усією системою загалом залежить оперативність та якість наданої населенню медичної допомоги. Залежно від стратегії лідерства обраної управлінцем у тій чи іншій ситуації та за умови конкретних змін та викликів залежить те наскільки швидко та якісно та якій кількості людей покращать рівень життя. Також це зумовлює вплив системи лідерства на рівень довіри людей до медичних установ. Яскравим прикладом цього явища станом на сьогодні є те, що через неефективну

організацію роботи як навчальних закладів у сфері охорони здоров'я так і безпосередньо медичних установ в Україні дуже низьким є рівень довіри до лікарів та лікарень, адже пацієнти дуже часто не отримують належну допомогу вчасно або отримують допомогу низького рівня, а також обурюються тривалістю діагностування та надання відповідної допомоги, що часто спричинено не лише некваліфікованістю персоналу чи неефективною роботою лікарів, а за часту й неефективною системою організації закладу. За останній аспект відповідальність несуть саме лідери системи охорони здоров'я, адже координування дій підпорядкованого персоналу лежить саме на їх плечах.



Рис.1.1. Вплив лідера на команду та результати функціонування системи охорони здоров'я.

*авторське бачення

Специфіка лідерства у системі охорони здоров'я полягає в тому, що потрібно вміти коригувати дії розгалуженої команди. Командні організації передають центральний контроль від одного лідера до команди. Команди складаються з взаємозалежних членів, яким необхідно координувати свою діяльність для досягнення спільних цілей. Тут варто розуміти важливість особистої автономії кожної ланки системи охорони здоров'я, та кожного щаблю конкретного закладу охорони здоров'я, а також чітку підзвітність та відповідне визначання ролей кожного працівника. Розуміння цих аспектів та чітка їх

регуляція це те, що приведе до продуктивності команди в цілому. Проте щоб схема роботи установи була справді продуктивною та успішною, хороший лідер повинен підтримувати та заохочувати участь окремих людей у роботі команди, прийнятті рішень та загалом важливість прийняття рішень на нижчих рівнях. Потрібно розуміти що розподілене лідерство є важливою складовою роботи будь якої команди, кожен повинен мати чітку роль та певну автономію в межах команди, що забезпечить швидші та ефективніші відповіді на складні питання. Загалом можна виділити 9 типів ролей членів команди, що розподіляються задля її ефективності: людина ідей (творча та вдумлива людина, якій часто бракує навичок спілкування), голова (координує роботу команди), критик (дає об'єктивну оцінку роботи команди), виконавець (працелюбний член команди, який втілює ідеї в життя), завершувач (працює над деталями), людина «мережа» (джерело інформації для групи), водій(підтримує темп виконання проекту, отримує задоволення від дії), миротворець(допомагає в дипломатії та врегульовує стосунки в межах команди), експерт(надає експертні знання). Формування команди та командної роботи за таким принципом може значно оптимізувати роботу команди та зробити її значно ефективнішою. Також для лідерів важливими навичками є таймменеджмент, організаторські навички, вміння налагоджувати зв'язки, а найголовніша для лідера навичка це вміння спілкуватись, адже спілкування прибирає усі бар'єри всередині команди, а також відкриває багато шляхів. Також дуже важливою для лідера є готовність до зворотнього зв'язку, така риса робить значний крок уперед для ефективності команди, адже дозволяє покращити умови командної роботи та охопити широкий спектр бачень ситуації задля її вирішення, а також дозволяє ефективно коригувати помилки при ухваленні рішень та здійснювати широкий аналіз для їх уникнення. Також вважається що лідер повинен вміти правильно доносити інформацію до підлеглих, його мова повинна підлягати таким принципам: вона повинна бути стимулююча, конгруентна (інформація повинна доноситись впевнено, надихаючим способом), дискусивна (для використання підлеглими

навичок активного слухання), вона повинна підкреслювати важливість інших та їх внеску [13].

Різного роду стилі лідерства та підходи до управління можуть по різному впливати на ефективність закладу охорони здоров'я та на роботу підлеглого персоналу. Кожен стиль та підхід до менеджменту закладу охорони здоров'я має свої позитивні та негативні сторони й характеризується різного роду принципами ведення комунікації, розставляння пріоритетів у роботі, мотивації персоналу, різними принципами командної роботи, тощо. Звертаючись до іноземних досліджень ми можемо виділити дев'ять основних стилів лідерства, що побутують у світових закладах охорони здоров'я, й можемо прослідкувати вплив їх використання на заклади охорони здоров'я та ефективність їх роботи. Загалом це трансформаційне лідерство, транзакційне лідерство, лідерство служіння, розподілене лідерство, автократичне лідерство, демократичне лідерство, лідерство *Laissez-faire*, адаптивне лідерство, ситуативне лідерство. Тепер перейдемо до впливу кожного стилю лідерства окремо. Трансформаційне лідерство характеризується інновативністю та далекоглядністю, воно має широкий вплив на систему охорони здоров'я за рахунок покращення мотивації персоналу та сприяння практикам спільного бачення та спільного прийняття рішень. Трансформаційні лідери спонукають людей до інновативного мислення, до прийняття участі у командній роботі та у організації роботи закладу охорони здоров'я. Переважно установи де побутує трансформаційне лідерство мають високий рівень задоволеності роботою серед персоналу та задоволеності пацієнтів наданими послугами. Такі заклади швидше реагують на нові відкриття швидше оновлюють обладнання та техніки для діагностування та лікування захворювань різного генезу. Проте, часто увага до інновацій стає надмірною, як і зосередженість на далекоглядних цілях, це може спричинити зменшення уваги до повсякденних операцій та деталей, це може спричинити погіршення роботи нижчих ланок системи охорони здоров'я, некоректність виконання буденних процесів та халатність стосовно звичних, повсякденних деталей. Також надмірні вимоги та очікування серед трансформаційних лідерів часто призводять до

стресу серед персоналу, зниження ефективності його роботи, та спричиняючи виснаження персоналу, що негативно впливатиме на ефективність роботи медичної установи. Транзакційне лідерство передбачає чіткі винагороди чи наслідки для персоналу за виконану чи невиконану роботу. Такий стиль лідерства сприяє стабільності у закладі охорони здоров'я. Загалом транзакційне лідерство є ефективним стилем лідерства для системи охорони здоров'я, адже в його основі лежить чіткий стимул людей до виконання їх обов'язків, це сприяє ефективності у досягненні цілей та чітко визначених стандартів закладу. Проте основною проблемою цього стилю лідерства є його бюрократичність та часта жорсткість, це може перешкоджати творчості персоналу, його участі у прийнятті рішень, та адаптивності. Також такий стиль лідерства часто спричиняє невдоволення серед підлеглих а також знижує рівень внутрішньої мотивації людей. Лідерство служіння це той тип лідерства за якого атмосфера у закладі максимально сприятлива для персоналу, адже його основою є створення сприятливого командного робочого середовища, завдяки більшого залучення у роботу та у процес прийняття рішень. Цей підхід допомагає зміцнити відносини між персоналом закладу охорони здоров'я, а також покращує зв'язок між ланками системи охорони здоров'я. Важливим аспектом також є покращення догляду за пацієнтами за рахунок високого рівня задоволеності персоналу, значного рівня мотивації та заохочування людей до роботи. Але часто такий стиль лідерства призводить до зниження корпоративної дисципліни, також негативним аспектом є нечітке підпорядкування персоналу, а також значна затримка у прийнятті рішень. Розподілене лідерство передбачає високий рівень автономії кадрів, принципи цього стилю полягають в управлінні за рахунок різноманітності досвіду, тобто ключовим аспектом розподіленого лідерства є спільне прийняття рішень із сприянням залучення більш наділеної можливостями частини персоналу системи охорони здоров'я при паралельному підвищенні рівня відповідальності кожної залученої ланки системи. Такий підхід може значно підвищити адаптивність закладу охорони здоров'я, а також сприяти високому рівню інновативності за рахунок залучення досвіду спеціалістів

різного штибу до процесу управління. Основна проблематика такого стилю лідерства полягає у необхідності побудови чіткої системи комунікації та координації в межах закладу, у протилежному випадку такий стиль управління призведе до плутанини та відсутності напрямку розвитку установи. Авторитарне лідерство раніше було основним стилем менеджменту систем чи окремих установ. Цей стиль лідерства є безумовно ефективним у непередбачуваних та невідкладних ситуаціях, адже створює можливості для миттєвого прийняття рішень та реалізації чіткого плану та команд. При такому стилі лідерства чітко виділеною є ієрархічна структура закладу охорони здоров'я, що дає можливість для швидких та ефективних дій. Такий стиль лідерства при постійному його використанні переважно призводить до зникнення мотивації персоналу, а також до відсутності інклюзивності та спільної корпоративної культури. Короткострокове використання цього стилю лідерства може спричинити значне підвищення ефективності роботи закладу охорони здоров'я, проте довгостроково впроваджене авторитарне лідерство призводить до підвищення рівня незадоволеності персоналу, зниження продуктивності праці та погіршення роботи установи загалом. Демократичне лідерство передбачає широку комунікацію між управлінцем та підлеглими, також його перевагою є значна свобода дій серед персоналу й можливість висловити своє бачення й думку. Цей тип лідерства сприяє підвищенню задоволеності серед персоналу, а також сприяє підвищенню ефективності роботи підлеглих. Також впровадження цього стилю лідерства сприяє високому рівню задоволеності пацієнтів, зокрема за рахунок кращого відношення до них персоналу та великій кількості уваги. Головним недоліком такого стилю лідерства є значна тривалість прийняття рішень, відсутність чіткої ієрархії, і хоча такий стиль лідерства сприяє інноваційності у вирішенні проблем, проте у екстрених ситуаціях демократичне лідерство не здатне на швидке реагування та ефективне вирішення поставлених завдань. Лідерство *Laissez-faire* полягає у тому, що лідер повинен лише координувати дії працівників, проте не повинен безпосередньо втручатись у те що вони роблять та у зону їх компетенції. Відповідно цей стиль лідерства надає

значну автономію кожному медичному працівнику, відповідно він заохочує впровадження нових підходів, інноваційності прийняття рішень та творчого вирішення проблем. Проте з часом такий стиль лідерства може призвести до відсутності координації в команді, хаосу та неефективності у роботі закладу охорони здоров'я. У багатьох ситуаціях, що вимагають координації та підпорядкування, цей вид лідерства сприяє неефективності, низькій продуктивності працівників та зниженню працездатності команди. Адаптивне лідерство передбачає ефективне диригування роботи медичних працівників у відповідь на мінливі навколишні умови. Адаптивні лідери пропагують стійкість та культуру постійного навчання. Такий стиль лідерства допомагає адаптуватись до мінливих ландшафтів навколишнього середовища в межах системи охорони здоров'я. Основною проблемою цієї тактики лідерства є її виснажливість для працівників, а також багато проблем може виникнути на рівні комунікацій між ланками управління установою. Ситуативне лідерство передбачає гнучкість управління у ситуаціях різного штибу. Тобто ситуативні лідери повинні вміти обирати стиль лідерства, який доречний у даній, конкретній ситуації. Це стиль, який передбачає гнучкість та адаптивність, це підвищує ефективність роботи та оперативність організації, за рахунок адаптації стилю керування під конкретні контекстуальні фактори та готовність команди до роботи [14, 15, 16].

Специфіка української системи охорони здоров'я створює певні перешкоди для впровадження світового досвіду в неї, проте багато принципів описаних у цій роботі все ж можна впровадити чи застосувати стосовно нашої системи охорони здоров'я. Перш за все, що стосується менеджменту, ефективне керівництво медичними організаціями є ключовим фактором забезпечення високої якості послуг охорони здоров'я. Роль керівника в цій сфері здійснюється у встановленні стратегічних цілей, організації роботи персоналу та забезпечення стійкого розвитку закладу. Оцінка ефективності управління здійснюється на основі досягнення цільових показників, які відображають рівень надання медичних послуг, задоволення потреб і конкурентоспроможність організації. Лідерські якості керівника, такі як здатність до комунікації, мотивації персоналу,

вирішення конфліктів організації та колективу, мають визначальне значення для досягнення поставлених завдань. Важливою умовою є забезпечення позитивного мікроклімату в колективі, що сприяє продуктивній роботі та інноваціям. При цьому застосування демократичного стилю управління дозволяє керівнику вилікувати думку співробітників, залучити їх до прийнятих рішень, підвищити мотивацію та зменшити плідність кадрів. Водночас, керівник має вміти швидко прийняти рішення у кризових ситуаціях, зберігаючи контроль та чіткість дій. Таким чином, лідер медичної організації лише забезпечує адміністративне управління, але й створює основу для стійкого розвитку закладу, орієнтуючись на потреби потреби та персоналу, що в підсумку завершує ефективність та якість системи охорони здоров'я в цілому. Ситуативне лідерство в управлінських закладах охорони здоров'я є важливою стратегією, яка дозволяє керівникам адаптувати свій підхід залежно від необхідної команди та ситуаційного контексту. Цей стиль управління базується на гнучкості та вмінні визначати параметри, які відповідають поточним умовам, що забезпечують ефективність роботи організації. Лідери, які вибирають ситуативний підхід, мають оцінювати рівень підготовки співробітників, їх компетенцію та мотивацію, а також брати до уваги зовнішні фактори, такі як час, ресурси та складність завдань. Правильна оцінка положення дозволяє звернути найбільш відповідний стиль управління: директивний для екстрених випадків, коучинговий для розвитку персоналу або делегуючий для досвідчених працівників. Однак цей підхід вимагає від керівника високої ситуаційної обізнаності, вміння швидко приймати рішення та ефективно комунікувати. Недоліком може бути ризик плутанини, якщо керівник змінює стиль без належного пояснення або коли персонал не готовий до таких змін. У закладах охорони здоров'я ситуативне лідерство дозволяє балансувати між вимогами організації та потребами персоналу, сприяючи підвищенню якості медичних послуг, швидкому регулюванню змін у зовнішньому середовищі та забезпечуючи стійкий розвиток. Такий підхід до адаптивності організації, зміцнює командну роботу та дозволяє ефективно вирішувати як рутинні завдання, так і кризові ситуації. У цьому дослідженні також представлено

основні світові моделі управління, які можуть бути орієнтованими на побудову ефективної системи управління в закладах охорони здоров'я України. Японська модель акцентує увагу на демократичному стилі керівництва, самомотивації та командній взаємодії, що сприяє створенню гармонійного робочого середовища. Американська модель орієнтована на досягнення результатів, що приносять матеріальні вигоди, із чітким дотриманням законодавства, що робить її більш прагматичною та цільовою. Європейська модель цінує персонал як ключовий ресурс, застосовуючи колегіальний стиль управління та підкреслюючи важливість взаємодії між керівниками та працівниками. Українська модель, що перебуває у формуванні стадії, обґрунтовується на принципах демократичного лідерства, зокрема орієнтації на задоволення потреб співробітників, залучення їх до процесу прийняття рішень та встановлення доброзичливих відносин у колективі. Застосування цих моделей або їх елементів дозволяє розробити інноваційний підхід до управління, який відповідає умовам сучасної України. У сфері охорони здоров'я, де ключовими є гуманістичні принципи та забезпечення високої якості медичних послуг, адаптація кращих практик світових моделей управління може стати основним фактором успішного розвитку системи охорони здоров'я [17].

Загалом від лідера закладу охорони здоров'я та його стилю лідерства залежить дуже багато факторів всередині системи. В залежності від того наскільки легко й швидко лідер може адаптуватись до змін зовнішнього середовища та від того наскільки ефективно він може керувати роботою та мотивацією персоналу залежить продуктивність закладу охорони здоров'я. Для того щоб пацієнти були задоволені наданими послугами, а самі послуги були на високому рівні, лідер повинен вміти балансувати між задоволеністю і вмотивованістю персоналу, ефективності його роботи та інновативності методик вирішення проблем. Для цього потрібно розуміти існуючі стилі лідерства, схеми менеджменту та моделі управління, що дозволить як забезпечувати продуктивність установи у звичайних, буденних умовах так і ефективно реагувати на надзвичайні умови навколишнього середовища.

РОЗДІЛ 2.

АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ЛІДЕРСТВА В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

2.1 Аналіз поточного стану лідерства в закладах охорони здоров'я України та Рівненської області

У ХХІ столітті система охорони здоров'я постає не лише як сукупність лікувальних закладів, а як складна соціальна інституція, що потребує динамічного управління, стратегічного бачення та чітко скоординованого лідерства. В умовах глибоких суспільних змін, численних реформ та викликів — від пандемії до повномасштабної війни — постає об'єктивна потреба в переосмисленні ролі керівника медичного закладу. Сьогодні від лідера очікується не лише адміністрування, а здатність бути агентом змін, гарантом професійного розвитку команди та ініціатором внутрішніх трансформацій, що відповідають сучасним потребам суспільства. Проте українська практика часто демонструє протилежну картину: значна частина управлінців медичної галузі продовжують діяти в межах бюрократичної логіки, зосереджуючись на рутинному виконанні нормативів і уникненні відповідальності, а не на стратегічному розвитку. Недостатність управлінської автономії, низький рівень підготовки менеджерів, обмежені ресурси для професійного зростання та відсутність системної підтримки лідерства створюють хибне коло, що гальмує модернізацію системи охорони здоров'я. У цих умовах спостерігається розрив між суспільним запитом на якісні, адаптивні послуги та реальними можливостями керівників задовольнити ці очікування. Саме тому надзвичайно важливо здійснити глибокий аналіз сучасного стану лідерства в українській системі охорони здоров'я. Нас цікавить не лише зовнішня картина — статистика управлінських посад чи кадрові розпорядження — а насамперед внутрішня структура лідерських підходів, управлінські стратегії, рівень їх відповідності до

світових стандартів, а також чинники, що обмежують розвиток лідерства як такого. Виявлення цих аспектів дозволить краще зрозуміти причини відставання нашої системи від глобальних трендів, а також сформулювати обґрунтоване бачення щодо шляхів її вдосконалення.

У зв'язку з введенням воєнного стану в Україні, офіційні бази даних Міністерства охорони здоров'я, зокрема ті, що стосуються кадрового складу керівників медичних установ, їхньої управлінської кваліфікації, участі в програмах підвищення кваліфікації, а також структурної автономії та відповідальності, на сьогодні є частково або повністю недоступними для публічного використання. Це значно ускладнює можливість проведення системного та репрезентативного аналізу кадрового потенціалу в системі охорони здоров'я. З огляду на це, для дослідження сучасного стану лідерства було здійснено цілеспрямований аналіз 100 найбільших закладів охорони здоров'я України — зокрема таких як Львівська обласна клінічна лікарня, Дніпропетровська обласна лікарня імені І.І. Мечникова, Київська міська клінічна лікарня №10, а також сформовано окрему вибірку за усіма комунальними закладами охорони здоров'я Рівненської області. Метою дослідження стало виявлення гендерного розподілу керівних посад, визначення загальних структурних і вікових характеристик управлінців, а також оцінка доступності можливостей для підвищення кваліфікації. У цьому контексті буде проведено огляд наявних цілеспрямованих освітніх програм з управління у сфері охорони здоров'я, курсів післядипломного навчання та професійного зростання, доступних в українських ЗВО, державних академіях та через незалежні платформи. Отримані результати дозволяють не лише виявити ключові дисбаланси у сфері управління медичними закладами, а й визначити актуальні потреби та виклики, що стоять перед формуванням сучасного, ефективного та професійного лідерства в системі охорони здоров'я України.

Проведемо оцінку функціонального стану управління в медичних установах — як основи для розуміння того, в яких умовах реалізуються сучасні

вимоги до лідерства у сфері охорони здоров'я. Важливо проаналізувати, наскільки реальним є впровадження управлінської автономії, закріпленої на нормативному рівні, якими інструментами наділені керівники закладів для здійснення ефективного стратегічного управління, а також які обмеження — фінансові, адміністративні чи системні — стоять перед ними в умовах воєнного стану. Такий аналіз дозволяє виявити не лише формальні рамки управління, але й реальні можливості керівництва закладів у прийнятті самостійних рішень, реагуванні на виклики та формуванні сталого розвитку своїх установ. Функціональний стан управління в закладах охорони здоров'я України істотно залежить від нормативно-правової бази, яка визначає повноваження, автономність та відповідальність керівників медичних установ. У контексті медичної реформи та переходу більшості закладів у статус комунальних некомерційних підприємств (КНП), передбачено розширення адміністративної самостійності керівників: зокрема, можливість самостійно формувати штатний розпис, укладати трудові договори, розпоряджатися власними коштами в межах фінансового плану, а також ініціювати внутрішні організаційні зміни. Однак, незважаючи на задекларовану автономію, в реальній практиці значна частина керівників стикається з адміністративними обмеженнями, що походять як з боку засновників (органів місцевого самоврядування), так і з боку державних фінансових інструментів, зокрема НСЗУ. Документально-організаційна база управління в установах часто обмежується стандартним переліком внутрішніх положень (наприклад, про підрозділи, фінансовий план, порядок преміювання), які формуються відповідно до типових зразків, без врахування стратегічного планування чи елементів ризик-менеджменту. Додатково, в умовах воєнного стану, низка рішень централізується, що звужує повноцінну управлінську автономію керівників. Аналізуючи функціональний статус закладів, важливо також звернути увагу на рівень фінансування, фінансова модель функціонування закладів охорони здоров'я в Україні після впровадження реформи базується переважно на контрахуванні з Національною службою здоров'я України

(НСЗУ), яка виконує функцію єдиного національного закупівельника медичних послуг. У більшості випадків це джерело забезпечує 80–90% загального бюджету закладу, що створює жорстку залежність від змісту, обсягу та своєчасності виконання договорів з НСЗУ. У цьому контексті виявляється парадокс: попри формальну автономію, керівництво КНП є обмеженим у фінансових маневрах і змушене діяти в рамках централізованої логіки розподілу коштів. З іншого боку, лише незначна частина закладів успішно розвиває альтернативні джерела фінансування, серед яких — благодійні внески, грантові кошти, співпраця з місцевими бюджетами, платні послуги та проекти державно-приватного партнерства. Водночас рівень фінансової відкритості залишається нерівномірним. Хоча законодавство зобов'язує комунальні некомерційні підприємства оприлюднювати фінансові звіти, бюджети та результати господарської діяльності, на практиці ці вимоги часто ігноруються або виконуються формально. Дослідження Рахункової палати та аналітичних центрів вказують, що лише частина закладів публікує повну інформацію про надходження і витрати, тоді як інші — обмежуються загальними показниками або взагалі не дотримуються вимог публічності. Такий стан речей не лише знижує рівень прозорості та підзвітності, а й ускладнює можливість громадського контролю за ефективністю використання бюджетних коштів. У результаті фінансовий аспект управління перетворюється з інструмента розвитку на джерело адміністративного тиску, а керівники закладів нерідко змушені балансувати між формальним дотриманням контрактних зобов'язань та реальними потребами пацієнтів і працівників [18, 19, 20, 21, 22, 23, 24].

Наступним пунктом нашого аналізу стане визначення основних моделей управління, що переважають у вітчизняній практиці. Розуміння типових управлінських підходів дозволяє не лише окреслити системні особливості функціонування закладів охорони здоров'я, а й виявити внутрішні бар'єри для впровадження сучасних інструментів стратегічного менеджменту. Особливу увагу ми приділимо прикладам тих установ, які вже запровадили елементи

стратегічного планування та корпоративного управління, адже саме такі кейси дозволяють зрозуміти потенціал для реформування управлінських практик у сфері охорони здоров'я. Вітчизняна практика управління закладами охорони здоров'я демонструє поступовий, але фрагментарний перехід від адміністративно-командної моделі до елементів корпоративного та стратегічного управління. За даними досліджень аналітичних центрів, таких як USAID HRS та Transparency International Ukraine, більшість керівників комунальних некомерційних підприємств у сфері охорони здоров'я досі керуються традиційною вертикаллю рішень, у якій пріоритет надається інструкціям органів управління (засновників), виконанню фінансових показників та дотриманню типових управлінських процедур. Така модель управління характеризується обмеженим стратегічним мисленням, мінімальним залученням середньої ланки до прийняття рішень, слабкою аналітикою результатів діяльності та низьким рівнем адаптивності до змін. Натомість в окремих медичних установах — переважно великих міських або обласних лікарнях — простежуються ознаки стратегічної моделі управління, зокрема запровадження стратегій розвитку, внутрішніх систем моніторингу, делегування відповідальності, залучення зовнішніх експертів та партнерів. Також в окремих закладах спостерігаються елементи корпоративного підходу — формування наглядових рад, впровадження KPI-систем для керівного складу, орієнтація на ефективність управління ресурсами. Проте такі практики лишаються винятком, а не правилом, і здебільшого залежать від особистої управлінської ініціативи керівника, ніж від сформованої інституційної моделі. Таким чином, домінуючою залишається гібридна модель управління, що поєднує риси бюрократичного підходу з окремими інструментами сучасного менеджменту, але не забезпечує повноцінної інституційної трансформації на рівні системи. Проте в окремих медичних установах України все ж спостерігається впровадження стратегічного та корпоративного підходів до управління. Зокрема, Київська міська клінічна лікарня №10 розробила та затвердила стратегічний план розвитку на 2024–2026

роки, який включає стратегічні напрями та цілі розвитку, а також очікувані результати. Львівська обласна клінічна лікарня також демонструє кроки до впровадження стратегічного управління. У 2024 році заклад був переданий у державну власність для створення на його базі університетської клініки Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. Цей крок спрямований на поєднання науково-педагогічної та лікувально-консультативної діяльності, що сприятиме покращенню якості медичної освіти та надання медичної допомоги. Щодо впровадження елементів корпоративного управління, Дніпропетровська обласна клінічна лікарня імені І.І. Мечникова є прикладом закладу, який активно розвиває свою організаційну структуру. Хоча конкретні деталі щодо наглядових рад або КРІ-систем не були знайдені, лікарня активно впроваджує сучасні методи лікування та організації медичної допомоги, що свідчить про прагнення до модернізації управлінських процесів [23, 24, 25, 26, 27, 28].

Після розгляду загального функціонального стану управління в закладах охорони здоров'я та типових моделей, що переважають у вітчизняній практиці, доцільно перейти до аналізу кадрового складу з позиції гендерної рівності. Враховуючи, що сфера охорони здоров'я традиційно вважається фемінізованою за структурою зайнятості, особливо серед медичного персоналу, питання рівного доступу жінок до керівних посад набуває особливої ваги. Гендерна структура управлінців може відображати як реальний стан інституційної відкритості системи до інклюзивного лідерства, так і приховані бар'єри — соціальні, адміністративні чи культурні. У межах даного аналізу ми порівнюємо офіційні заяви Міністерства охорони здоров'я щодо частки жінок на керівних посадах із реальними показниками по медичних закладах Рівненської області та вибіркою зі 100 найбільших медичних установ країни, щоб виявити реальні тенденції та потенційні дисбаланси у формуванні управлінського корпусу системи охорони здоров'я.

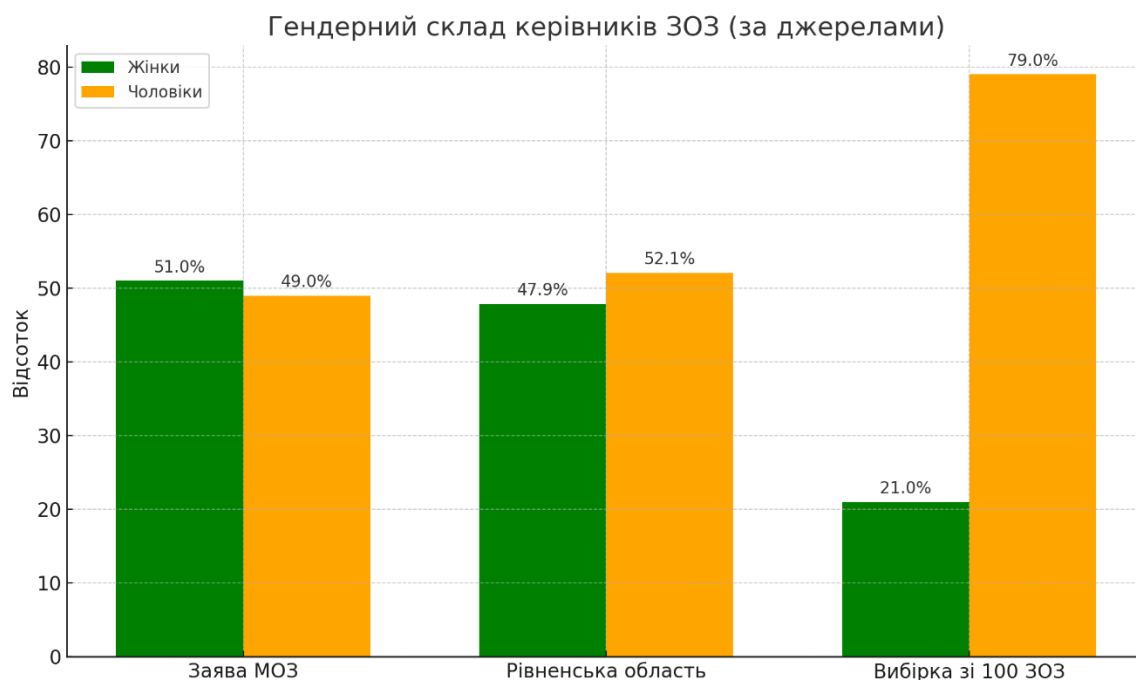


Рис.2.1. Гендерний склад керівників ЗОЗ*

*побудовано автором за джерелами [21-26].

Позиція Міністерства охорони здоров'я України щодо забезпечення гендерного балансу в системі охорони здоров'я відображає формальну прихильність до принципів рівності та інклюзивності. Зокрема, за даними МОЗ, станом на 2021 рік жінки обіймали 51% керівних посад у медичних установах країни, включаючи посади директорів, головних лікарів та керівників підрозділів. У своїх публічних заявах міністерство неодноразово підкреслювало, що рівний доступ до управлінських посад є одним із маркерів зрілості системи охорони здоров'я та важливою умовою сталого розвитку [21-26]. Це особливо акцентується в контексті реалізації гендерної політики відповідно до міжнародних зобов'язань України, зокрема Стратегії державної гендерної політики та принципів Європейської хартії рівності. МОЗ також заявляло про намір підтримувати жінок у лідерських ролях через освітні програми, участь у проєктах міжнародного технічного співробітництва та створення внутрішніх механізмів моніторингу дотримання принципів рівності. Проте офіційна статистика, оприлюднена міністерством, не завжди деталізується за рівнями управління чи типами закладів, що створює труднощі в оцінці фактичної рівності

саме у вищому менеджменті медичних установ. Важливо проаналізувати стан в Рівненській області.

Таблиця 2.1

Кількість керівників у медичних установах Рівненської області
за рівнями медичної допомоги

Рівень	2020	2021	2022	2023	2024
Первинна	39	39	39	36	38
Вторинна	35	35	34	33	34
Третинна	18	18	18	18	18

*побудовано автором за даними Рівненської ОДА

Протягом аналізованого п’ятирічного періоду кількість керівників у медичних установах усіх рівнів залишалася відносно стабільною. На первинному рівні спостерігається незначне зниження у 2023 (до 36), після чого показник знову зростає до 38. На вторинному рівні відзначається поступове скорочення з 35 до 33 осіб, з частковим відновленням до 34 у 2024. Третинний рівень демонструє повну стабільність — по 18 керівників щороку. Це свідчить про централізовану та менш змінну структуру управління на найвищому рівні медичної допомоги.

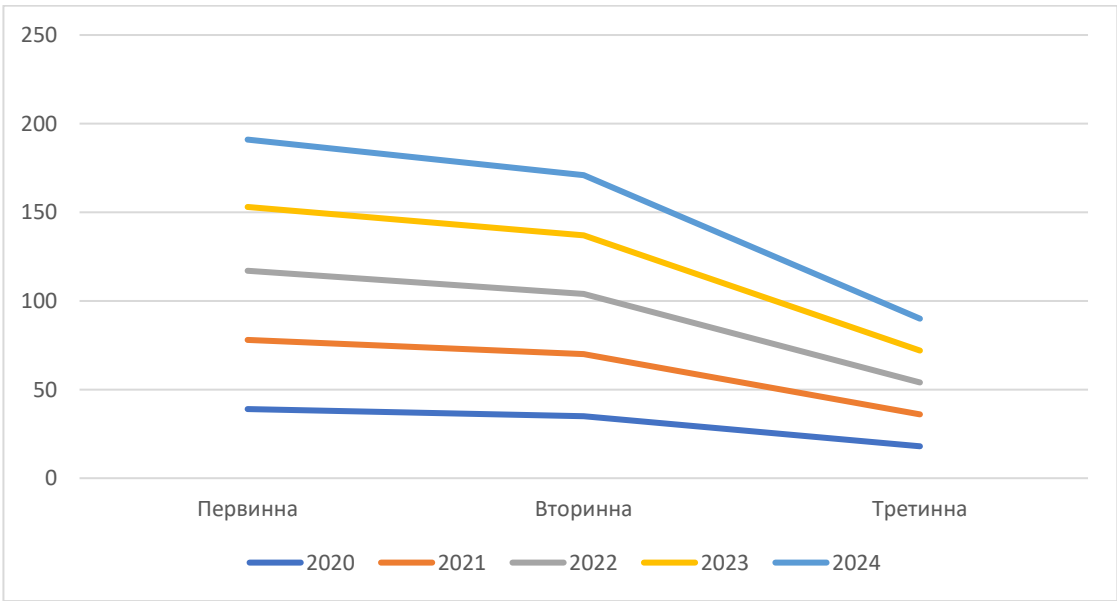


Рис.2.2. Динаміка кількості керівників у медичних установах Рівненської області

На відміну від узагальнених та нерозмежованих за рівнем управління даних, які наводить Міністерство охорони здоров'я (51% жінок на керівних посадах у сфері охорони здоров'я), результати аналізу по Рівненській області, що базуються на повному переліку всіх комунальних медичних закладів регіону, дозволяють сформувати більш деталізовану та репрезентативну оцінку.

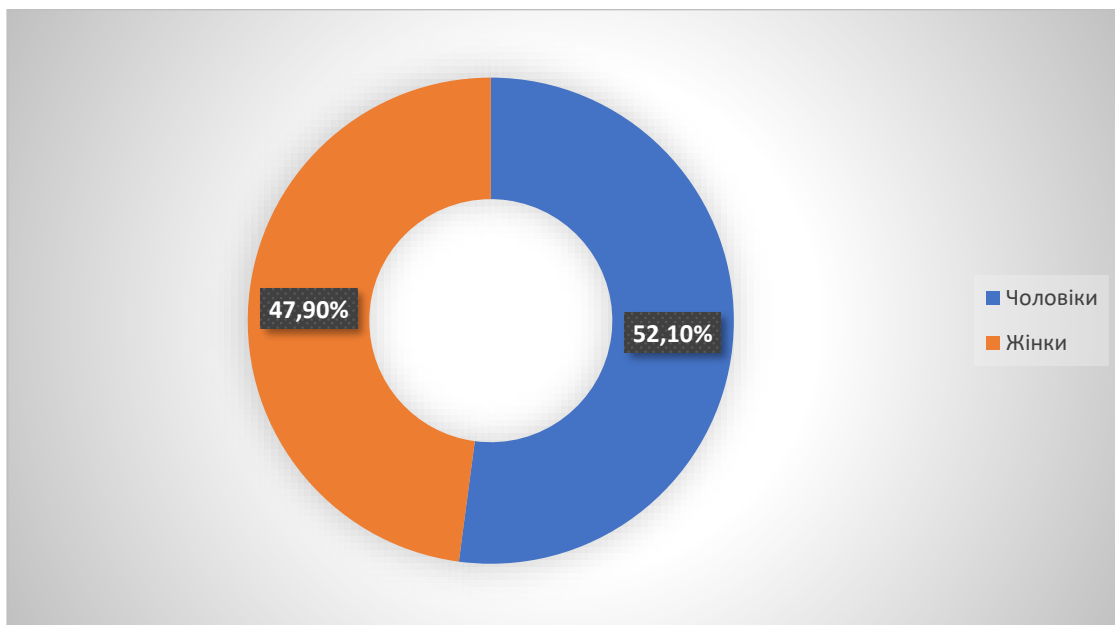


Рис.2.3. Гендерний розподіл керівників медичних закладів Рівненської області, 2024 р.

*побудовано автором на базі 100 досліджених медичних закладів України, 2024р.

Завдяки відкритим регіональним реєстрам та доступу до інформації про керівників 96 закладів охорони здоров'я Рівненщини вдалося встановити, що жінки очолюють 47.9% медичних установ, а чоловіки — 52.1%. Ці показники є загалом близькими до заявлених міністерством, однак вони демонструють неповну відповідність офіційним цифрам. Водночас важливо підкреслити, що дані МОЗ не розрізняють рівні управління (наприклад, головлікар, заступник керівника або керівник структурного підрозділу), тоді як регіональна статистика Рівненщини дозволяє говорити саме про топ менеджмент медичних установ. Така деталізація дає змогу більш точно оцінювати гендерні тенденції в управлінні, викривати потенційні бар'єри в доступі до вищих управлінських посад та формувати практичні рекомендації на основі реальної ситуації, а не

лише декларативної політики. Особливу увагу у межах гендерного аналізу варто приділити структурі управління у найбільших та стратегічно важливих закладах охорони здоров'я країни.

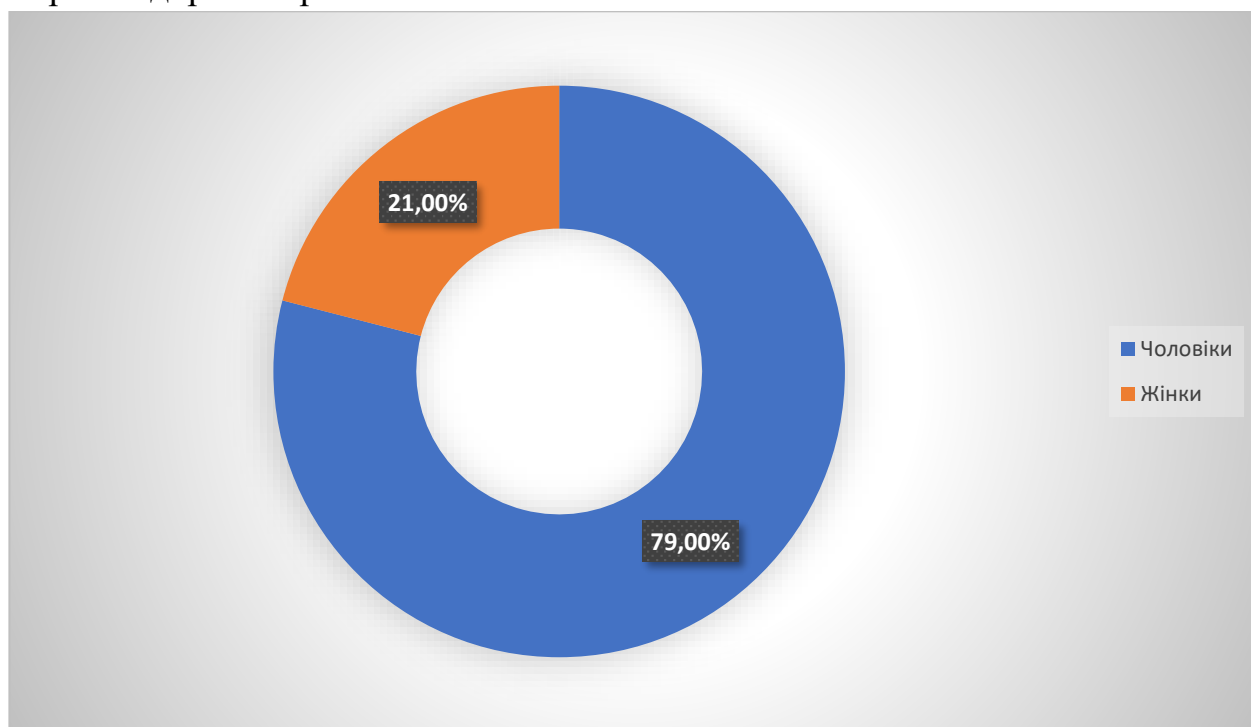


Рис.2.4. Гендерний розподіл керівників медичних закладів України, 2024 р.*

* побудовано автором на базі 100 досліджених медичних закладів України, 2024р.

Аналіз вибірки зі 100 найбільших медичних установ України, який було проведено вручну на основі відкритих джерел та офіційних сайтів лікарень, продемонстрував значний гендерний дисбаланс у складі топ менеджменту: лише 21% керівних посад у цій категорії займають жінки, тоді як 79% — чоловіки.

Для аналізу були включені такі ключові заклади, як Дніпропетровська обласна клінічна лікарня імені І.І. Мечникова, Львівська обласна клінічна лікарня, Київська міська клінічна лікарня №10, Харківська обласна клінічна лікарня та багато інших установ обласного чи міського підпорядкування, що мають великі обсяги фінансування, високий рівень спеціалізації та розвинену інфраструктуру. На відміну від загального фону по країні, де жінки становлять приблизно половину керівників закладів охорони здоров'я, ситуація у провідних медичних центрах демонструє виразний вертикальний розрив. Такий дисбаланс, ймовірно, є результатом сукупної дії кількох факторів. По-перше, великі заклади

часто мають вищий рівень політичної, медійної та адміністративної видимості, що призводить до неформального змагання за їх керівництво і, відповідно, сильнішого впливу неофіційних соціальних мереж — у яких чоловіки досі мають більшу представленість. По-друге, керівництво закладами такого масштабу зазвичай вимагає поєднання медичної, управлінської та навіть політичної компетентності, а соціальні стереотипи щодо «твердої руки» та «сильного керівника» на практиці досі тяжіють до кандидатур чоловіків. Нарешті, варто зважати на наявність певного системного упередження, яке проявляється в тому, що жінки хоча й присутні в управлінні, але значно частіше очолюють менші установи — амбулаторії, поліклініки, заклади первинного рівня, тоді як чоловіки — великі обласні та клінічні лікарні вторинного й третинного рівнів. Таким чином, ситуація у найбільших ЗОЗ України вказує на нерівномірний доступ жінок до керівних посад залежно від масштабу, ресурсоемності та стратегічної ваги медичних установ [29, 30].

У контексті попереднього аналізу характеристик лідерського складу в системі охорони здоров'я, зокрема з урахуванням гендерного аспекту, доцільним є подальший розгляд інституційних можливостей для розвитку управлінського потенціалу. Адже ефективне лідерство в медичній галузі значною мірою визначається не лише особистими якостями керівника, а й рівнем його професійної підготовки та доступом до якісної управлінської освіти. Саме тому наявність формалізованих освітніх програм — як на бакалаврському, так і на магістерському рівні — зосереджених на менеджменті в охороні здоров'я, є важливою умовою для формування кваліфікованих лідерів, здатних впроваджувати сучасні підходи до організації та розвитку медичних закладів. У контексті ми здійснимо огляд доступних освітніх можливостей для фахівців, що прагнуть розвивати управлінську кар'єру у сфері охорони здоров'я, з акцентом на географію, рівень підготовки та зміст освітніх програм.

Таблиця 2.1

Перелік ЗВО, що пропонують програми з менеджменту
в охороні здоров'я

Назва ЗВО	Назва програми	Бакалавр	Магістр	Спеціальність	Місто
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця	Менеджмент у сфері охорони здоров'я	Так	Так	073 Менеджмент	Київ
Європейський університет	Менеджмент організацій охорони здоров'я	Так		073 Менеджмент	Київ
Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського	Менеджмент в охороні здоров'я	Так	Так	073 Менеджмент	Тернопіль
Національний фармацевтичний університет	Менеджмент	Так		073 Менеджмент	Харків
Східноукраїнський економіко-правовий університет імені В. Даля	Менеджмент в галузі охорони здоров'я	Так		073 Менеджмент	Луганськ
Західноукраїнський національний університет	Менеджмент закладів охорони здоров'я	Так		073 Менеджмент	Тернопіль
Університет «КРОК»	Управління закладом охорони здоров'я	Так		073 Менеджмент	Київ
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика	Менеджмент у сфері охорони здоров'я / Публічне управління та адміністрування		Так	073 / 281	Київ
Дніпровський державний медичний університет	Менеджмент	Так		073 Менеджмент	Дніпро

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького	Менеджмент	Так	Так	073 Менеджмент	Львів
Київський національний економічний університет імені Вадима Гетьмана	МБА у галузі охорони здоров'я		Так	073 Менеджмент	Київ
Харківський національний медичний університет	Управління у сфері охорони здоров'я		Так	073 Менеджмент	Харків
Національний технічний університет «Дніпровська політехніка»	Менеджмент в охороні здоров'я		Так	073 Менеджмент	Дніпро
Донецький національний медичний університет	Публічне управління та адміністрування в охороні здоров'я		Так	281 Публічне управління та адміністрування	Краматорськ
Сумський державний університет	Менеджмент в охороні здоров'я		Так	073 Менеджмент	Суми
Одеський національний медичний університет	Менеджмент в охороні здоров'я		Так	073 Менеджмент	Одеса

* побудовано за дослідженням автора

Варто зазначити, що аналіз системи професійної підготовки управлінських кадрів у сфері охорони здоров'я неможливий без врахування наявних освітніх можливостей. Таблиця, подана вище, демонструє, що в Україні існує достатньо широкий вибір як бакалаврських, так і магістерських програм з менеджменту в галузі охорони здоров'я. Програми представлені як у медичних університетах, так і у класичних та економічних ЗВО, що свідчить про зростаюче усвідомлення важливості управлінських компетенцій у медичному секторі. Втім, попри кількісну наявність таких можливостей, оцінити рівень їх реального

використання нині неможливо. Через обмеження у відкритому доступі до баз даних Міністерства охорони здоров'я (зокрема щодо кадрового складу управлінців, їхньої освітньої кваліфікації та проходження підвищення кваліфікації), ми позбавлені змоги провести об'єктивну оцінку попиту на ці програми серед чинних лідерів галузі. У довгостроковій перспективі розвиток таких освітніх ініціатив, за умов належної координації з боку держави, може забезпечити формування професійного корпусу керівників, здатних ефективно реалізовувати політику охорони здоров'я в умовах викликів і трансформацій. Зокрема, у період децентралізації та реформування системи громадського здоров'я, значення фахового управління на місцевому рівні стрімко зростає. Лідери, які мають системне управлінське мислення, аналітичні навички, розуміння фінансових інструментів та вміють будувати міжсекторальні партнерства, є ключовою умовою для впровадження реальних змін, а не лише декларативних реформ. Окрім того, такі програми — це не лише можливість для здобуття нових знань, а й майданчик для формування професійного середовища, нетворкінгу та обміну досвідом між управлінцями різного рівня. У підсумку це може призвести до формування нової управлінської культури в медичній сфері — гнучкої, відкритої до інновацій та відповідальної перед суспільством. Саме тому розвиток та підтримка таких освітніх можливостей повинні розглядатися не як другорядний компонент кадрової політики, а як один із пріоритетних напрямів у процесі розбудови стійкої та ефективної системи охорони здоров'я в Україні [31].

Поряд із базовою професійною підготовкою, що забезпечується у межах бакалаврських і магістерських програм з менеджменту в охороні здоров'я, важливою складовою розвитку управлінського потенціалу є система післядипломного навчання. Сфера охорони здоров'я постійно перебуває в динаміці реформ, змін законодавчої бази, цифровізації процесів, посилення вимог до ефективності управління. За таких умов, навіть найсильніша академічна підготовка потребує регулярного оновлення знань і практичних

навичок. Саме тому програми підвищення кваліфікації відіграють ключову роль у забезпеченні адаптивності та професійної зрілості лідерів медичних установ, дозволяючи їм відповідати сучасним викликам системи охорони здоров'я.

Таблиця 2.2

Програми підвищення кваліфікації для керівників
у сфері охорони здоров'я

Назва програми	Організатор / Провайдер	Формат	Тривалість / БПР	Посилання
Національна сертифікація керівників закладів охорони здоров'я — 2025	Вища школа безперервного професійного розвитку (БПР)	Онлайн	90 год / 45 балів	https://medplatforma.com.ua/news/68920-pidvishchuyte-kvalifikatsiyu-za-programoyu-uspishniy-upravlinets-zakladu-okhoroni-zdorovya-2024-45-baliv-bpr
Лідерство та управління в охороні здоров'я в умовах сучасних викликів	Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика	Очне	78 год / 50 балів	https://ucfm.com.ua/learning_process/liderstvo-ta-upravlinnya-v-okhoroni-zdorovya-v-umovah-suchasnih-viklikiv-78-godin-dvotizhneviy-50-baliv-bpr.htm
Сучасні інструменти управління закладом охорони здоров'я	НМУ імені О. О. Богомольця / Бізнес-школа УКУ	Змішаний	4 модулі	https://nmuofficial.com/news/unmu-vpershe-startovala-sertyifikatna-programa-dlya-upravlintsiv-zakladamy-okhorony-zdorov-ya/
Leaders for Health	Світовий банк / Швейцарська агенція розвитку / Асоціація міст України	Очне	5 модулів по 3 дні	https://auc.org.ua/novyna/navchalna-programa-leaders-health-dlya-upravlinciv-medychnoyi-galuzi
Курси підвищення кваліфікації для керівників медзакладів	Вища школа керівника медзакладу	Онлайн	Варіативно	https://medplatforma.com.ua/news/3409-9-program-pdvishchennya-kvalifikats-dlya-kervnika-medzakladu

* побудовано автором за власними дослідженнями

Представлена таблиця свідчить про наявність в Україні досить активного освітнього середовища у сфері підвищення кваліфікації управлінців охорони здоров'я. Програми пропонуються як державними закладами (зокрема, НУОЗ України імені П. Л. Шупика та НМУ імені О. О. Богомольця), так і приватними ініціативами, а також міжнародними проєктами, що підкреслює багатогранність джерел професійного розвитку. Тематика програм охоплює стратегічне управління, лідерство в умовах змін, організацію роботи закладів охорони здоров'я, правові та фінансові аспекти, а також впровадження інноваційних підходів до управління. Важливо відзначити, що багато з них реалізуються у зручному онлайн або змішаному форматі, що суттєво підвищує їх доступність для фахівців з різних регіонів країни. Проте, попри кількісну наявність таких програм, викликає занепокоєння відсутність єдиної системи моніторингу їх ефективності та охоплення. Наразі немає централізованого державного реєстру, який би дозволяв відстежувати, які саме курси проходять керівники медичних установ, з якою періодичністю, хто є їх організаторами, які компетентності формуються та чи відповідає зміст програм сучасним викликам системи охорони здоров'я. Більше того, відсутній системний зворотний зв'язок від учасників програм або механізми верифікації реального впровадження отриманих знань на практиці. У багатьох випадках підвищення кваліфікації залишається формальністю, необхідною лише для накопичення балів безперервного професійного розвитку (БПР), а не реальним інструментом зміни управлінських підходів. Додатково ускладнює ситуацію фрагментарність підходів до планування навчання: відсутність персоналізованих траєкторій розвитку, слабкий зв'язок з кадровими стратегіями закладів, а також відсутність механізмів обов'язковості проходження програм для керівників, які обіймають відповідальні адміністративні посади. У результаті, держава фактично не має інструментів для оцінки впливу цих програм на якість управління в системі охорони здоров'я. У довгостроковій перспективі такі програми мають потенціал стати не просто інструментом формального підвищення кваліфікації, а важливим

елементом стратегії інституційного розвитку системи охорони здоров'я. В умовах децентралізації, зростання автономії закладів охорони здоров'я та посилення конкуренції між ними, управлінська спроможність керівників стає ключовим чинником успіху. Регулярне професійне оновлення знань і навичок дозволяє управлінцям бути не лише виконавцями, а й ініціаторами змін, здатними розробляти стратегії розвитку закладів, оптимізувати ресурси, впроваджувати сучасні інструменти управління, працювати з громадою та партнерами. Крім того, участь у таких програмах сприяє формуванню професійного середовища, в якому керівники можуть обмінюватися досвідом, вивчати кращі практики та співпрацювати у вирішенні спільних проблем. Це створює умови для горизонтального зростання якості управління по всій країні, незалежно від регіону чи статусу закладу. Програми можуть і повинні виконувати не лише освітню, а й трансформаційну функцію — розвивати нову управлінську культуру, засновану на прозорості, доказовості, підзвітності та ефективності. Для реалізації цього потенціалу необхідно, щоб державна політика не лише визнавала важливість таких програм, а й інтегрувала їх у систему кадрового управління, створюючи стимули для безперервного розвитку та механізми оцінки впливу навчання на результати діяльності медичних закладів [32, 33, 34, 35, 36].

Аналіз наявних освітніх можливостей для керівників закладів охорони здоров'я в Україні засвідчує поступове формування цілісної інфраструктури професійного розвитку управлінців у медичній сфері. Освітні програми бакалаврського та магістерського рівнів, що реалізуються у межах спеціальності 073 «Менеджмент» та 281 «Публічне управління та адміністрування», охоплюють ключові компетенції, необхідні для ефективного керівництва медичними установами. Географія таких програм свідчить про доступність відповідної освіти не лише у столичних, а й у регіональних закладах вищої освіти, що є позитивним сигналом у контексті децентралізації. Разом із тим, базової освіти недостатньо для належного реагування на динамічні зміни в

системі охорони здоров'я. Саме тому програми підвищення кваліфікації стають необхідною умовою підтримки професійної спроможності управлінців. Наявність спеціалізованих курсів, сертифікаційних програм та міжнародних навчальних ініціатив свідчить про зацікавленість як державного, так і недержавного сектору у розвитку управлінської культури. Однак, на сьогодні відсутні системні механізми моніторингу участі керівників у таких програмах, а також способи оцінки впливу цього навчання на якість управлінських рішень. Таким чином, незважаючи на позитивну динаміку у сфері освітнього забезпечення керівників системи охорони здоров'я, необхідним є формування комплексної державної політики у сфері безперервного професійного розвитку. Вона має включати створення реєстрів навчання, впровадження стандартів компетенцій, інституційне стимулювання до навчання, а також інтеграцію найкращих освітніх практик у кадрову стратегію системи охорони здоров'я. Лише за таких умов освітні можливості стануть не формальністю, а реальним механізмом управлінської трансформації й посилення спроможності медичних закладів у довгостроковій перспективі.

2.2 Оцінка світових моделей лідерства в охороні здоров'я: інституційні підходи та результати впровадження

У глобалізованому світі, де охорона здоров'я дедалі частіше стикається з кризовими викликами — пандеміями, старінням населення, хронічними хворобами, нестачею медичних кадрів, — роль лідерства в забезпеченні ефективного функціонування системи стає критично важливою. Сучасне управління у сфері охорони здоров'я вже не обмежується адміністративними процедурами чи реагуванням на поточні потреби. Воно потребує стратегічного бачення, здатності адаптуватися до змін, налагоджувати партнерства, діяти рішуче й водночас етично — а отже, воно потребує лідерів, а не лише менеджерів. У зв'язку з цим дедалі більшої уваги набуває вивчення та

впровадження ефективних моделей лідерства, перевірених міжнародною практикою. Досвід інших країн, які вже пройшли етапи трансформації своїх систем охорони здоров'я, є цінним джерелом для аналізу: він дозволяє не лише ідентифікувати успішні інституційні підходи, а й критично оцінити виклики та недоліки, з якими стикалися ці системи у процесі реформ. Вивчення світового досвіду — це не лише спроба знайти готові рецепти, а й можливість уникнути типових помилок, передбачити наслідки управлінських рішень та сформулювати гнучку й адаптивну модель розвитку, що враховуватиме як універсальні принципи, так і специфіку національного контексту. У сучасному управлінні охороною здоров'я ключовим є не запозичення форм, а осмислене вивчення змісту — глибинних ідей, механізмів мотивації, моделей прийняття рішень, балансу централізації та автономії, взаємодії між секторами. Тому аналіз світових моделей лідерства у сфері охорони здоров'я є необхідним кроком для тих систем, що прагнуть не лише виживати у складних умовах, а й стати ефективними, людськими, сталими та готовими до майбутніх викликів.

На шляху до вдосконалення управлінських практик у системі охорони здоров'я України особливого значення набуває виявлення тих елементів, які суттєво відрізняють нашу модель від більш зрілих, результативних підходів, що впроваджуються в інших країнах. Для цього доцільним є застосування GAP-аналізу — інструменту, який дозволяє порівнювати наявний стан із бажаним або еталонним рівнем, прогалини (розриви) та змінювати напрями розвитку. У контексті лідерства в охороні здоров'я це означає не тільки опис відмінностей, а й глибше розуміння причин, через які ті чи інші системні рішення в Україні залишаються малоефективними або фрагментарними. Такий підхід дає змогу побачити не окремі вражаючі приклади з міжнародного досвіду, а системні патерни, які можна адаптувати до українських реалій за наявності наявних ресурсів, обмежень і потреб. Зіставлення ключових характеристик національної моделі з підходами, що довели свою ефективність у світовій практиці, служить

базою для критичного, але конструктивного осмислення можливостей реформування управлінського середовища в охороні здоров'я.

Таблиця 2.3

GAP-аналіз світових і українських моделей лідерства в охороні здоров'я

Критерій порівняння	Поточна ситуація в Україні	Провідні міжнародні практики
Наявність чіткої стратегії лідерства в охороні здоров'я	Фрагментарна або відсутня на національному рівні	Визначена на рівні національних стратегій і програм
Система підготовки та розвитку управлінських компетенцій	Обмежена; не є обов'язковою та скоординованою	Інституційно закріплена, підтримується через лідерські академії
Інституційна підтримка та наставництво для лідерів	Майже відсутня системна підтримка та інституційні треки зростання	Наявність менторських програм, лідерських треків, профспільнот
Механізми оцінки якості управлінських рішень	Переважно відсутні; оцінка носить формальний характер	Регулярна оцінка результативності з використанням KPI та індикаторів
Рівень автономії керівників та гнучкість управлінських структур	Обмежена автономія, зарегульованість управлінських рішень	Гнучкі управлінські структури, делеговані повноваження
Наявність лідерської культури у медичному середовищі	Лідерство часто зведене до адміністративного контролю	Формується культура служіння, етичного лідерства та змін
Міжсекторальна взаємодія та партнерство	Спорадична, неструктурована взаємодія між секторами	Інтегроване управління з освітою, соціальною сферою, місцевою владою
Залучення лідерів до формування політик	Формальне залучення, без реального впливу	Активне залучення до прийняття рішень через експертні ради
Прозорість і підзвітність управлінських дій	Низький рівень підзвітності; відсутність відкритих звітів	Високий рівень прозорості, оприлюднення звітів та аудиту
Цифрова підтримка прийняття рішень (e-health tools)	Фрагментарне застосування, відсутність системного аналізу	Використання цифрових панелей, data-driven рішень, eHealth-платформ

Одним із фундаментальних елементів ефективної системи управління охороною здоров'я є наявність чітко сформованої та стратегічно закріпленої

політики лідерства. Без загального бачення розвитку лідерського потенціалу — як на рівні інституцій, так і на рівні окремих керівників — управлінські процеси залишаються розпорошеними, неузгодженими та чутливими до політичної кон'юнктури. У провідних країнах світу стратегії розвитку лідерства розглядаються як невід'ємна частина загальної національної політики охорони здоров'я. Наприклад, у Великій Британії функціонує NHS Leadership Strategy, підтримувана NHS Leadership Academy, що задає стандарти, визначає ключові компетенції та формує довгострокову візію ролі лідерів у системі. Аналогічно в Канаді концепція лідерства інтегрована до загальнонаціональної моделі LEADS in a Caring Environment, яка не лише окреслює поведінкові індикатори ефективного лідерства, але й безпосередньо пов'язана з механізмами підготовки, оцінювання та кар'єрного просування управлінців. У цих країнах лідерство не є абстрактною управлінською якістю, а чітко окресленим функціоналом, закріпленим у документах стратегічного планування, програмах розвитку людських ресурсів і стандартах якості. Стратегічне бачення лідерства формалізується у вигляді національних рамок компетентностей, програм безперервного розвитку та кадрових дорожніх карт, які дозволяють вибудовувати кар'єрні траєкторії лідерів системи охорони здоров'я. Так, наприклад, у Великій Британії Framework for Leadership and Improvement вбудований у загальну систему управління NHS і передбачає довгострокову підготовку лідерів не лише до поточних управлінських ролей, а й до стратегічного мислення в умовах змін. У Канаді стратегічні документи провінційного рівня передбачають окремі підрозділи щодо розвитку управлінського потенціалу в охороні здоров'я, що інтегрується з кадровим плануванням та прогнозуванням потреб системи. Подібні підходи дозволяють не лише прогнозувати, скільки управлінців буде потрібно через 3–5 років, а й визначити, які саме компетентності вони повинні мати, які моделі прийняття рішень будуть актуальними, та яким має бути механізм їхньої підготовки. Це також дає змогу пов'язувати політику лідерства з іншими стратегічними

векторами — такими як цифровізація, міжсекторальна інтеграція чи зміна фінансування, — і забезпечити цілісність системного розвитку. Такі підходи сприяють послідовності реформ, створюють умови для інституційного зростання і дозволяють будувати горизонтальні зв’язки між лідерами на різних рівнях — від первинної ланки до міністерств. У країнах із розвиненою системою управління охороною здоров’я лідерство не виникає випадково або лише в кризових умовах — воно формується як частина інституційної екосистеми. Існують чітко визначені «лідерські траєкторії» — механізми, що дозволяють молодим управлінцям або клініцистам із потенціалом поступово зростати, набуваючи необхідного досвіду, менторської підтримки та стратегічного бачення.

Таблиця 2.5

Кількість лікарів та медсестер на 1000 осіб населення, 2024р.

Країна	Лікарі на 1000 осіб	Медсестри на 1000 осіб
Німеччина	4,98	13,95
Італія	4,25	6,73
Польща	3,3	5,1
Україна	3,0	7,0

*побудовано автором на основі [68-70].

Наприклад, у Великій Британії Leadership Academy не лише навчає, а й формує мережу професійного обміну між керівниками різного рівня: через спільноти практики, платформи зворотного зв’язку, індивідуальні коучингові програми та доступ до стратегічних груп. У Швеції та Нідерландах функціонують аналогічні механізми, які дозволяють лідерам зі сфери охорони здоров’я комунікувати між собою, узгоджувати управлінські підходи, координувати міжрегіональні ініціативи та брати участь у розробці політик. На противагу цьому, в Україні стратегія лідерства в охороні здоров’я залишається переважно неформалізованою. Важливим аспектом є заробітна плата медичних працівників.

Таблиця 2.6

Середня річна заробітна плата менеджерів
у сфері охорони здоров’я, 2024р.

Країна	Середня річна зарплата (брутто)	Еквівалент у USD, за курсом Центральних банків
Німеччина	€85,000	\$92,000
Італія	€59,600	\$64,500
Польща	124,000 PLN	\$31,000
Велика Британія	£37,517	\$47,000
Україна	375,000 UAH	\$9,800

*побудовано автором на основі [81, 82].

Отже з таблиці 2.6 бачимо що існує значна різниця в оплаті праці менеджерів у сфері охорони здоров’я між Україною та країнами Європи. Низький рівень зарплат в Україні може сприяти трудовій міграції та дефіциту кваліфікованих управлінських кадрів у системі охорони здоров’я. Підвищення рівня оплати праці та створення сприятливих умов для професійного розвитку можуть допомогти утримати талановитих фахівців в Україні.

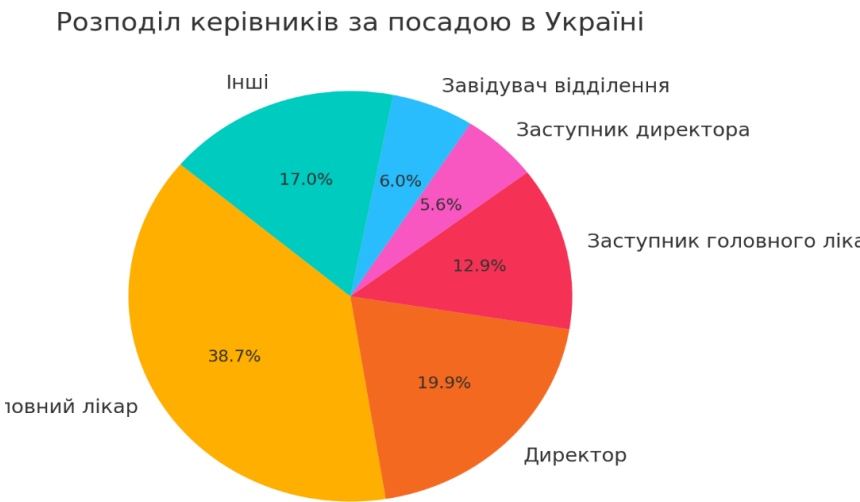


Рис. 2.5. Розподіл керівників закладів охорони здоров’я за посадами в Україні

*побудовано автором на основі [82]

З рис. 2.5., бачимо, що найбільшу частку становлять головні лікарі — 38,7%, що свідчить про їхню ключову роль в управлінні медичними установами. На другому місці — директори з часткою 19,9%, що також вказує на поширеність моделі організаційного управління. Посади заступників головного лікаря займають 12,9% керівного складу, тоді як заступники директорів — лише 5,6%. Це може свідчити про перевагу централізованої структури управління, де більшість повноважень зосереджено в руках основного керівника. Завідувачі відділень складають 6%, що, ймовірно, відображає меншу кількість профільних структур у закладах первинного рівня. Досить суттєву частку — 17% — становлять посадовці, які класифіковані як "інші", що може включати адміністраторів, керівників проєктів, менеджерів реформ тощо. Такий розподіл підтверджує, що в системі охорони здоров'я України домінують посади з традиційною медичною вертикаллю управління, однак наявність "інших" посад свідчить про повільну трансформацію моделі управління в напрямку міждисциплінарного менеджменту.



Рис. 2.6. Стаж менеджерів закладів охорони здоров'я України, 2024р.

*побудовано автором за даними [82]

З даного рис. бачимо, що більшість керівників мають стаж до 5 років (47%), що свідчить про відносно молодий управлінський склад. Лише 6,3% мають понад 20 років досвіду, що може впливати на стабільність та ефективність управління.



Рис. 2.7. Порівняльний аналіз стажу менеджерів закладів охорони здоров'я у різних країнах, 2024р.

Рис. 2.7. демонструє розподіл управлінського стажу серед менеджерів охорони здоров'я в Україні, країнах Європи, Великій Британії та США. Найбільша частка молодих керівників (зі стажем до 1 року) спостерігається в Європі — понад 45%, що свідчить про високу плинність кадрів. В Україні найбільша частка керівників має досвід 1–5 років (33,4%), а лише 6,3% — понад 20 років. Натомість у Великій Британії частка досвідчених менеджерів із 20+ роками стажу є найвищою (25%), що вказує на більшу стабільність управлінського складу. США демонструють помірний розподіл досвіду з акцентом на стаж 1–5 років (33%). Ці дані підкреслюють потребу в розвитку довгострокових стратегій утримання та підвищення кваліфікації управлінців, зокрема в Україні, де значна частина керівників має обмежений досвід.

Попри існування окремих ініціатив, спрямованих на розвиток управлінських компетенцій, вони не об'єднані єдиною концептуальною рамкою й не інтегровані до загальнодержавної політики кадрового розвитку. Відсутні базові документи, які б визначали стратегічні пріоритети у формуванні лідерського потенціалу: зокрема, рамки компетентностей, цільові показники, прогнозні моделі потреб у керівниках, підходи до їх відбору, навчання та оцінки.

Усе це робить процес підготовки лідерів реактивним — таким, що реагує на кадровий дефіцит постфактум, а не запобігає йому через планування. Станом на сьогодні в Україні немає єдиної відповідальної інституції, яка б координувала політику розвитку лідерства в охороні здоров'я на національному рівні. Існуючі освітні програми здебільшого виникають у межах проєктів технічної допомоги або є комерційними ініціативами, що не завжди відповідають довгостроковим пріоритетам системи. В результаті держава втрачає контроль над управлінським вектором розвитку, а кадрова політика в охороні здоров'я залишається залежною від персональних рішень та змін у політичному керівництві, що знижує її сталість і прогнозованість. Відповідно, впровадження національної стратегії лідерства є важливим кроком для перетворення управління охороною здоров'я з формального адміністрування на цілеспрямоване, орієнтоване на результат лідерство. Така стратегія має стати не лише документом, а механізмом, що з'єднує освітню, кадрову та управлінську політики у єдину систему розвитку лідерських спроможностей. Її наявність дозволить забезпечити цілісність управлінської культури, сталість реформ і якісне лідерство в охороні здоров'я на всіх рівнях [37, 38, 39, 40].

Наступним ключовим елементом ефективного лідерства в системі охорони здоров'я є системна, доступна та результативна підготовка управлінських кадрів. У сучасних моделях охорони здоров'я розуміння управління давно вийшло за межі адміністрування: лідеру необхідно володіти стратегічним мисленням, навичками антикризового управління, знанням у сфері фінансів, цифрових технологій, комунікацій, а також мати високу емоційну та соціальну компетентність. Такі комплексні вимоги вимагають відповідної структури професійної підготовки, яка не може будуватись хаотично чи епізодично. У країнах із розвиненою системою охорони здоров'я підготовка управлінців є інституціоналізованим процесом, часто — обов'язковим для всіх, хто претендує на керівні посади. Наприклад, у Великій Британії навчання за програмами Edward Jenner Programme, Mary Seacole Programme та Nye Bevan Programme, що реалізуються через NHS Leadership Academy, передбачає чітку градацію

управлінських рівнів: від новачка до керівника національного масштабу. Ці програми поєднують онлайн-модулі, практичні завдання, менторство, саморефлексію та оцінювання прогресу, що дозволяє формувати не лише знання, а й внутрішню управлінську позицію. Вони є частиною офіційної траєкторії лідерського зростання в системі охорони здоров'я. У Канаді на базі рамки LEADS in a Caring Environment створено структуру сертифікаційних програм, яка передбачає багаторівневий розвиток: початкові навички лідерства — для клініцистів, які прагнуть перейти до управлінської роботи; поглиблене навчання — для чинних керівників закладів; та стратегічне управління — для лідерів регіонального чи національного рівня. Програми реалізуються у партнерстві з провінційними міністерствами охорони здоров'я, що забезпечує їх відповідність реальним потребам системи. У США управлінська підготовка має ще більш інтегрований характер. Багато медичних університетів пропонують подвійні програми (MD–MBA, MPH–MBA), де клініцисти паралельно опановують управлінські науки. Водночас великі госпітальні мережі, такі як Kaiser Permanente, Cleveland Clinic чи Mass General Brigham, мають власні академії лідерства, які безперервно готують управлінців для внутрішнього ринку кадрів. Там використовується модель «управлінського циклу розвитку», що включає наставництво, навчання на основі кейсів, ротацію посад і аналітичну оцінку результативності. Спільним у цих підходах є системність, масштабованість, прив'язка до національних або інституційних цілей та безперервний характер підготовки. Професійне зростання лідера в охороні здоров'я розглядається як тривалий процес, що починається на етапі освіти, супроводжується протягом кар'єри та підтримується інституційно й фінансово. На цьому тлі ситуація в Україні виглядає розпорошеною. Програми управлінської підготовки існують, однак мають епізодичний, фрагментарний характер і часто не є результатом системного планування, а наслідком ситуативної потреби або зовнішнього фінансування. Вони не інтегровані в єдину політику розвитку людських ресурсів у сфері охорони здоров'я. Основна підготовка керівників медичних закладів зводиться або до клінічного досвіду, або до окремих курсів підвищення

кваліфікації, що не завжди охоплюють управлінські компетенції повною мірою. Призначення на керівні посади відбувається часто без вимог до обов'язкового навчання у сфері управління, що призводить до випадковості в кадрових рішеннях і знижує ефективність прийняття управлінських рішень на місцях. Варто зазначити, що навіть ті програми, які пропонуються — наприклад, окремі модулі при Національному університеті охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, ініціативи Києво-Могилянської школи охорони здоров'я або навчання в межах проєктів міжнародної технічної допомоги — зазвичай не є обов'язковими, не стандартизовані, не мають наступності та не формують єдиної траєкторії розвитку управлінця. Такі курси часто залежать від грантової підтримки, а тому — нестійкі в довгостроковій перспективі. Крім того, відсутність централізованої бази даних про тих, хто проходить ці навчання, робить неможливою оцінку охоплення та ефективності таких програм на національному рівні. У результаті керівники медичних закладів часто змушені орієнтуватися на власний досвід або здобувати управлінські навички шляхом «проб і помилок» уже після призначення на посаду. Така модель є неефективною, особливо в умовах високої динаміки реформ, коли від управлінця очікується гнучкість, проактивність, стратегічне бачення та здатність діяти в умовах невизначеності. Без належного інституційного супроводу формування управлінських компетенцій перетворюється на індивідуальну ініціативу, що не може забезпечити стабільність і спадкоємність у розвитку системи. Таким чином, розвиток системи професійної управлінської підготовки в охороні здоров'я має стати одним із стратегічних пріоритетів. Йдеться не лише про створення навчальних програм, а про формування повноцінної екосистеми розвитку компетенцій: з обов'язковими етапами, адаптованими до рівня відповідальності; механізмами сертифікації; постійним оновленням змісту відповідно до викликів часу; та системою контролю якості. Лише така система здатна забезпечити ефективне, прогнозоване та відповідальне управління в охороні здоров'я — на всіх рівнях [41-48].

Однією з важливих ознак зрілої системи лідерства є наявність інституційних механізмів підтримки управлінців на всіх етапах їхнього професійного зростання. Лідери в охороні здоров'я діють у надскладному середовищі — між клінічними викликами, адміністративним тиском і очікуванням результатів з боку суспільства. У таких умовах наставництво, підтримка з боку професійних спільнот і доступ до ресурсів розвитку мають вирішальне значення не лише для індивідуального успіху, а й для стійкості системи загалом. Лідер без підтримки — це ізольований індивід, у той час як лідер у системі підтримки — це інструмент трансформації. Міжнародна практика свідчить про широке використання програм наставництва та інституційних треків професійного розвитку для управлінців. У Великій Британії, наприклад, NHS Leadership Academy реалізує не лише навчальні програми, а й цілісну екосистему підтримки, у якій кожен учасник має доступ до персонального ментора або коуча. Підхід побудований на визнанні того, що управлінські виклики є не лише технічними, а й глибоко міжособистісними, пов'язаними з відповідальністю, емоційним тиском, потребою приймати непопулярні рішення. Тому підтримка лідерів відбувається не лише на етапі навчання, а й протягом усієї кар'єри — через регулярні супервізії, професійні групи зворотного зв'язку, онлайн-форуми та конференції для управлінців. У Канаді менторство інтегроване до всієї логіки професійного розвитку в межах моделі LEADS in a Caring Environment. Тут функціонують регіональні програми, які зобов'язують новопризначених керівників працювати з сертифікованими менторами протягом перших 6–12 місяців. Особливістю канадського підходу є те, що менторство розглядається як компетенція: ментори проходять спеціальну підготовку, а їхня діяльність вважається частиною професійного внеску в систему охорони здоров'я. Крім того, в Канаді активно розвиваються міжорганізаційні спільноти лідерів — через онлайн-мережі, віртуальні колаборативи та регіональні «лідерські клуби». У країнах Північної Європи — зокрема, у Швеції, Данії та Норвегії — інституційна підтримка лідерів у медичній сфері часто здійснюється через тісну співпрацю з університетами та муніципалітетами. Там функціонують

лідерські лабораторії та центри практичного навчання, де майбутні й діючі керівники отримують постійну менторську супровід, проводять спільні сесії розбору кейсів, обговорюють сценарії реагування на управлінські кризи. Управлінський розвиток, як правило, розглядається як командна дисципліна, що вимагає соціального навчання, взаємопідтримки та колективного осмислення. У США великі мережі охорони здоров'я, як-от Kaiser Permanente або Mayo Clinic, мають внутрішні школи лідерства, які обов'язково передбачають супровід через менторські програми. Там діють окремі програми для лідерів різного рівня — молодших, середніх і старших, — кожна з яких включає як наставництво, так і підтримку «peer-to-peer» через мережі колег. Це дозволяє формувати не лише формальні знання, а й професійну ідентичність, засновану на цінностях спільноти. На цьому фоні ситуація в Україні характеризується майже повною відсутністю формалізованої інституційної підтримки для лідерів у сфері охорони здоров'я. Наставництво, як структурна частина розвитку управлінця, практично не застосовується: більшість керівників залишаються наодинці зі складними управлінськими завданнями, без належного супроводу з боку системи. Відсутні національні або регіональні платформи, які б дозволяли створити професійні спільноти управлінців, що взаємодіють, обмінюються досвідом і підтримують одне одного в умовах реформ. Лідерство часто зводиться до виконання адміністративних функцій, а нові керівники змушені проходити шлях адаптації без допомоги з боку досвідчених колег. Це створює ризики не лише помилок, але й професійного вигорання, втрати мотивації та зниження ефективності в критично важливі моменти [49-52].

Оцінка управлінських рішень — це не лише інструмент контролю, а передусім механізм зворотного зв'язку, навчання та підвищення ефективності системи. У зрілих системах охорони здоров'я якість управлінських дій розглядається як об'єкт постійного вимірювання та вдосконалення. Це дозволяє не лише виявляти помилки, а й аналізувати причини їх виникнення, оцінювати відповідність дій стратегічним цілям, рівень залученості пацієнтів і персоналу, раціональність використання ресурсів. Такі механізми є необхідними для

підзвітності, прозорості та формування довіри як усередині колективу, так і з боку суспільства. У багатьох країнах, зокрема в Канаді, Нідерландах, Австралії та Скандинавських державах, функціонують спеціальні індикаторні системи, що дозволяють оцінювати управлінські процеси комплексно — не лише з позиції досягнення цілей, а й з урахуванням прозорості, етичності та сталості рішень. Наприклад, у Канаді управлінці зобов'язані регулярно подавати звіти за такими критеріями, як ефективність впроваджених змін, задоволеність персоналу, рівень залучення громадськості та результативність у сфері охорони праці. Ці звіти публікуються та доступні для аналізу не лише вищому керівництву, а й місцевим громадам, що формує високу культуру підзвітності. У Нідерландах діє механізм публічного бенчмаркінгу між лікарнями: управлінські рішення порівнюються за низкою якісних і кількісних показників, а результати доступні як для пацієнтів, так і для інших керівників системи. Публічність результатів спонукає до підвищення якості управління та заохочує до здорової конкуренції. Водночас у Швеції регулярно публікуються регіональні звіти щодо ефективності роботи лікарень, де ключові управлінські показники — як-от впровадження інновацій, реагування на інфекційні виклики чи ефективність закупівель — прив'язані до роботи конкретних керівників. В Австралії активно впроваджуються моделі KPI-оцінки керівників медичних закладів, де щорічно здійснюється публічне оцінювання досягнень, які охоплюють як фінансову дисципліну, так і якість клінічного результату, цифрову трансформацію, лідерство в команді та рівень довіри серед пацієнтів. Усі ці показники регулярно оновлюються, мають верифіковану базу даних, і на їхній основі ухвалюються рішення щодо продовження контрактів чи додаткового навчання керівників. Такі практики демонструють, що оцінка якості управлінських рішень нерозривно пов'язана з підзвітністю, а сама система управління охороною здоров'я функціонує ефективно лише тоді, коли лідери не лише приймають рішення, а й несуть відповідальність за їхні результати перед колективами, громадою, державою та пацієнтами. В Україні ж механізми оцінки управлінської діяльності, по суті, не сформовані. Наявні підходи мають здебільшого формальний або

адміністративний характер і не дозволяють виявити реальну результативність лідерських рішень. Звітування, яке практикується, часто фокусується на виконанні наказів і дотриманні регламентів, а не на досягненні стратегічних цілей чи впливі на якість медичних послуг. Відсутність єдиної системи індикаторів, КРІ або підходів до зовнішнього аудиту управлінських дій призводить до неможливості здійснення об'єктивної оцінки, що, своєю чергою, унеможлиблює розвиток культури відповідальності.[53,54,55,56,57,58,59,60]

Один із ключових векторів сучасного лідерства в охороні здоров'я — це здатність до міжсекторальної співпраці, що охоплює взаємодію не лише з іншими медичними закладами, а й із секторами освіти, соціального захисту, місцевого самоврядування, громадянського суспільства та приватного бізнесу. Така співпраця дозволяє переосмислити роль лідера — з адміністратора в координатора змін, який бачить проблеми населення у ширшому соціальному, демографічному й економічному контексті. Замість ізольованих управлінських рішень формується логіка взаємопов'язаних дій, що підвищує ефективність як профілактики, так і реагування на системні виклики. У країнах з розвиненою моделлю public health governance — таких як Швеція, Канада, Фінляндія чи Нова Зеландія — міжсекторальна взаємодія є інституціональною нормою. Наприклад, у Швеції реалізовано модель Health in All Policies (HiAP), яка передбачає, що всі органи влади, незалежно від сфери, мають враховувати вплив своїх рішень на здоров'я населення. Це означає постійний діалог між системою охорони здоров'я, освітніми установами, транспортною сферою, міським плануванням і навіть екологічною політикою. У Канаді лідери у сфері охорони здоров'я залучаються до міжвідомчих робочих груп, де разом із представниками інших міністерств формують рішення, орієнтовані на спільне досягнення результатів, наприклад, у боротьбі з неінфекційними захворюваннями, бідністю чи психічним здоров'ям. В Україні міжсекторальна взаємодія в охороні здоров'я носить переважно декларативний і несистемний характер. Хоча у стратегічних документах часто згадується необхідність «співпраці з іншими секторами», на практиці вона обмежується поодинокими проєктами або формальними

міжвідомчими листуваннями. Лідери закладів охорони здоров'я рідко мають інструменти чи мандат для ініціації системної міжсекторальної взаємодії. Брак спільних платформ, міжгалузевих аналітичних центрів, публічно доступних даних або погоджених індикаторів ефективності співпраці не дозволяє реалізовувати потенціал комплексного підходу до охорони здоров'я. Як наслідок — втрачається ефект синергії, а ресурси використовуються неефективно. Інтеграція міжсекторального підходу у щоденну практику управління — це не лише питання координації, а й стратегічна риса сучасного лідерства. Саме лідер має бути ініціатором таких партнерств, здатним бачити за межі власної установи й залучати до реалізації спільних цілей інші органи влади, громади, освітян, НУО та бізнес. Україна має створити передумови для цього — шляхом закріплення таких практик у нормативно-правовій базі, запуску регіональних платформ міжсекторальної взаємодії та інтеграції відповідних навичок до управлінських програм підготовки [61-68].

Ефективна система охорони здоров'я передбачає не лише впровадження політик, а й активну участь практичних лідерів у процесі їхнього формування. У сучасному розумінні політика у сфері охорони здоров'я має бути не лише нормативною чи адміністративною, а консенсусною, тобто такою, що формується за участі тих, хто щодня працює в системі: керівників закладів, клініцистів, представників місцевого самоврядування та громадськості. Таке залучення лідерів із "першої лінії" дозволяє уникнути розриву між стратегічним рівнем і реальністю на місцях, підвищує якість управлінських рішень, знижує спротив змінам і зміцнює довіру до реформи. У багатьох країнах — зокрема, у Великій Британії, Нідерландах, Норвегії, Німеччині — участь лідерів охорони здоров'я у виробленні політик закріплена інституційно. Наприклад, у Великій Британії створено Clinical Leadership Groups та Strategic Advisory Panels, до складу яких входять представники практичної медицини, управлінці та керівники регіональних служб охорони здоров'я. Вони мають право подавати свої ініціативи, брати участь у формуванні стратегічних документів і оцінювати політики до їхнього впровадження. У Нідерландах частиною процесу політик є public consultation mechanisms, де лідери медичних установ можуть надавати зворотний зв'язок щодо запропонованих

реформ ще на етапі проектування. У Норвегії керівники закладів охорони здоров'я регулярно залучаються до експертних платформ при МОЗ, а їхня участь є умовою для легітимності змін на рівні нормативних актів. В Україні ж лідери медичних установ рідко беруть участь у розробці політик. Більшість нормативних документів готуються без відкритого обговорення, без залучення представників практичної охорони здоров'я або з обмеженим залученням формальних дорадчих органів. Участь фахової спільноти зазвичай ініціюється знизу — у вигляді петицій, листів або громадських звернень — і не має сталих механізмів інтеграції до процесу формування політики. Це призводить до того, що навіть раціональні рішення стикаються з нерозумінням або спротивом на рівні впровадження, оскільки не враховують контекст, ресурси або реальну спроможність закладів. Формування дієвих механізмів участі лідерів у виробленні політик в Україні є не лише питанням справедливості, а й стратегічною необхідністю. Інституціоналізація таких механізмів — через створення постійних дорадчих рад, регіональних фокус-груп, професійних платформ зворотного зв'язку та механізмів попереднього аналізу проєктів рішень — може значно підвищити якість політичного процесу, посилити відповідальність управлінців і створити широку підтримку впроваджуваних реформ [68-74].

Проведений аналіз світових моделей лідерства в охороні здоров'я дозволяє зробити висновок, що ефективне управління у цій сфері вимагає не стільки окремих освітніх або організаційних ініціатив, скільки цілісної інституційної культури, в основі якої — стратегічне бачення, системність і підзвітність. Практики провідних країн демонструють, що лідерство в охороні здоров'я може і повинно бути структурованим: із чіткими рамками компетенцій, обов'язковими програмами підготовки, механізмами наставництва, індикаторами результативності та інституційними каналами впливу на формування політик. Окрім того, вирішальне значення мають міжсекторальна співпраця, доступ до ресурсів підтримки та вбудованість управлінця в систему професійного обміну. Натомість в Україні система лідерства в охороні здоров'я залишається переважно інтуїтивною, фрагментарною та персоніфікованою, що істотно знижує її ефективність і стійкість. Виявлені у GAP-аналізі розриви вказують на необхідність не просто адаптації

окремих елементів міжнародного досвіду, а побудови власної національної моделі лідерства — інституційно підтриманої, нормативно врегульованої та орієнтованої на результат. Тільки за умови такого комплексного підходу лідерство зможе стати реальним інструментом трансформації системи охорони здоров'я в Україні, а не декларативною функцією в межах адміністративної ролі.

2.3 Ключові розриви, бар'єри та аналітична оцінка потенціалу лідерства в системі охорони здоров'я Рівненської області

Проведемо SWOT-аналіз та бар'єрну аналітику, що дозволять оцінити лідерство в охороні здоров'я як комплексне явище — з точки зору управлінських, нормативних, освітніх і культурних вимірів. Це також дасть змогу визначити ті сфери, у яких найбільш доцільним буде фокус подальших реформ, з урахуванням реального стану системи та міжнародного досвіду.

Таблиця 2.7

SWOT-аналіз лідерства в охороні здоров'я України

Сильні сторони (Strengths)	Слабкі сторони (Weaknesses)	Можливості (Opportunities)	Загрози (Threats)
Наявність ініціатив з підвищення кваліфікації для керівників	Відсутність єдиної національної стратегії розвитку лідерства	Адаптація перевірених міжнародних моделей до українського контексту	Політична нестабільність та часта зміна управлінських пріоритетів
Підвищений суспільний і професійний інтерес до теми лідерства	Фрагментарна система підготовки та відсутність обов'язковості управлінського навчання	Запровадження цифрових інструментів підтримки управління	Обмежене фінансування реформи управління в охороні здоров'я
Наявність кадрового потенціалу серед клініцистів з управлінськими задатками	Низький рівень інституційної підтримки для керівників	Формування міжсекторальних партнерств на місцевому рівні	Високий рівень вигорання серед керівників
Активна участь України в міжнародних програмах розвитку охорони здоров'я	Відсутність системи оцінки ефективності управлінських рішень	Інституціоналізація лідерських спільнот та платформ обміну досвідом	Спротив системним змінам з боку окремих адміністративних структур

Проведений SWOT-аналіз дозволяє комплексно оцінити наявні умови для розвитку лідерства в системі охорони здоров'я України та виявити структурні залежності, що визначають потенціал і обмеження системи. Сильні сторони свідчать про те, що, попри загальну фрагментарність управлінської моделі, в Україні вже сформувалися окремі позитивні передумови для розвитку лідерства. Це, зокрема, наявність освітніх ініціатив у сфері підвищення кваліфікації, поступове формування кола зацікавлених професіоналів, відкритість до міжнародної співпраці, а також кадровий потенціал — особливо серед клініцистів, які проявляють лідерські якості. Ці фактори можуть стати платформою для запуску глибших інституційних змін. Разом із тим, слабкі сторони висвітлюють ключові вразливості: відсутність єдиного стратегічного бачення розвитку управлінського корпусу, слабо розвинена система навчання управлінців, відсутність наставництва, супроводу та оцінки якості управлінських рішень. Ці недоліки створюють умови, в яких навіть найкращі лідерські наміри реалізуються неефективно, або ж стикаються з надмірним адміністративним навантаженням та відсутністю системної підтримки. Зовнішній контекст також формує як виклики, так і можливості. Серед можливостей — імплементація перевірених міжнародних моделей, посилення цифрових інструментів управління, розвиток міжсекторальної співпраці, а також потенціал для створення мережових структур професійного обміну між лідерами. Ці можливості є реальними лише за умов визнання цінності лідерства на політичному рівні та створення нормативного простору для його розвитку. Загрози, у свою чергу, окреслюють критичні ризики: від політичної волатильності та обмеженого фінансування — до кадрового вигорання й інституційного спротиву будь-яким змінам. Якщо ці загрози залишити поза увагою, вони здатні не лише уповільнити розвиток лідерства, а й дискредитувати саму ідею системних управлінських змін. SWOT-аналіз у цьому контексті не лише фіксує стан справ, а й окреслює аналітичне поле, в якому слід діяти. Наступним логічним кроком є деталізація ключових бар'єрів, що стоять на шляху розвитку лідерського потенціалу, з одночасною оцінкою пріоритетності

подолання кожного з них. Це дозволить не лише описати проблему, а й визначити її вагу у загальному контексті управлінської трансформації.

Таблиця 2.8

Бар'єрний аналіз з матрицею пріоритетності

Бар'єр	Характер бар'єра	Імовірність подолання	Вплив на систему
Відсутність національної стратегії лідерства в охороні здоров'я	Нормативний	Середня	Високий
Недостатня інтеграція управлінського навчання у систему професійного розвитку	Інституційний	Висока	Високий
Відсутність системи наставництва для керівників медичних закладів	Інституційний	Висока	Середній
Слабкий механізм залучення управлінців до формування політик	Нормативний	Середня	Високий
Відсутність індикаторів оцінки управлінської ефективності	Інституційний	Середня	Високий
Формальна міжсекторальна взаємодія без реальних повноважень	Культурний / Інституційний	Низька	Середній
Фінансова обмеженість на підтримку управлінських ініціатив	Ресурсний	Низька	Високий

Ці бар'єри впливають не ізольовано, а у взаємозв'язку — посилюючи слабкі сторони, нівелюючи сильні й знижуючи ефективність наявних ініціатив. Саме тому їх аналіз у взаємозалежній структурі є критично важливим для формування реалістичної дорожньої карти подальших змін, яку буде розроблено в практичному розділі цієї роботи.

Перші три бар'єри — відсутність національної стратегії лідерства в охороні здоров'я, недостатня інтеграція управлінського навчання у систему

професійного розвитку та відсутність системи наставництва — мають спільний знаменник: інституційна та концептуальна незрілість управлінського підходу в українській системі охорони здоров'я. Насамперед, брак національної стратегії знижує керованість і сталість будь-яких змін у сфері лідерства. Це означає, що наразі відсутнє уніфіковане бачення того, якими мають бути сучасні керівники медичних установ, як формуються їхні компетенції, як відбувається оцінювання ефективності та розвиток упродовж кар'єри. У результаті ініціативи різних установ (наприклад, окремих ЗВО, партнерських проєктів або МОЗ) залишаються несинхронізованими і часто дублюють одна одну, не утворюючи системного ефекту. Друга перешкода — недостатня інтеграція управлінського навчання у професійну освіту медиків — призводить до того, що лікарі та середній персонал, які потенційно можуть стати ефективними управлінцями, не мають для цього відповідної підготовки ні під час навчання, ні після працевлаштування. Більшість керівників приходять до адміністративних посад без попередньої управлінської підготовки, що зумовлює рішення "методом проб і помилок" і підвищує ризики неефективного управління в умовах реформ. При цьому можливості формального навчання часто є не обов'язковими або не пов'язаними з подальшим кар'єрним зростанням, що демотивує потенційних лідерів. Третій бар'єр — відсутність системи наставництва — лише поглиблює розрив між досвідом і новими кадрами. У ситуаціях, коли новопризначений керівник має справу з нормативною невизначеністю, дефіцитом ресурсів та інституційною інерцією, відсутність супроводу з боку досвідченого управлінця унеможлиблює не лише ефективну адаптацію, а й довготривале утримання в системі мотивованих лідерів. Це створює ефект "обнулення" при кожній зміні керівництва: цінний досвід не передається, а кожне нове управління починається «з чистого аркуша». На нашу думку, ці три бар'єри становлять фундаментальний рівень проблеми, і саме тому мають бути визначені як пріоритетні у процесі трансформації лідерських практик в Україні. Йдеться не стільки про складність подолання, скільки про необхідність політичного усвідомлення, що лідерство — це не надбудова, а базова інфраструктура системи охорони здоров'я.

Упровадження національної стратегії не потребує значних матеріальних витрат, але створює «архітектуру» для узгоджених дій усіх зацікавлених сторін. Так само і обов'язкова управлінська підготовка — особливо в рамках післядипломної освіти — може бути реалізована через вже наявні заклади та партнерські програми, якщо буде сформований відповідний запит з боку держави. Щодо наставництва — ми вважаємо, що саме створення системної культури управлінської підтримки здатне вирішити одразу кілька проблем: знизити рівень вигорання, підвищити якість адаптації молодих лідерів та зберегти цінний досвід управлінців, які вже успішно працюють. Такий підхід можна реалізовувати поетапно, починаючи з пілотних регіонів або на базі закладів вищої акредитації. Усі три бар'єри — з огляду на їхній високий або середній потенціал подолання та вплив на ефективність всієї системи — мають розглядатись як точки стратегічного входу в реформу лідерства, які формуватимуть каркас для всіх наступних змін.

Наступна група бар'єрів виявляє інституційну ізоляцію управлінців у системі охорони здоров'я та обмеженість їхньої участі в ключових процесах прийняття рішень. На нашу думку, ці три бар'єри формують критичну зону розриву між стратегічним управлінням і реальністю на рівні закладів охорони здоров'я. Найнебезпечнішим із них є відсутність механізмів залучення управлінців до формування політик, адже вона створює розрив між «верхом» і «низом» системи, між тими, хто продукує рішення, і тими, хто має їх реалізовувати. Без відчуття причетності керівники не відчувають і відповідальності, а це підриває саму суть сучасного лідерства — як процесу, заснованого на партнерстві, довірі й двосторонньому русі ідей. Ми переконані, що формування постійних консультативних платформ, на яких лідери могли б брати участь у розробці політик, — це не «опція», а базова умова ефективного функціонування системи в умовах реформ. Другий бар'єр — брак індикаторів управлінської ефективності — виглядає менш драматично, але має руйнівні наслідки для будь-яких спроб упровадження сучасних принципів менеджменту. Якщо ми не знаємо, що саме вимірюємо, — ми не можемо ані навчити, ані

вдосконалити управлінську діяльність. У нашому баченні, розробка базового набору КРІ для керівників медичних закладів — із врахуванням специфіки різних рівнів надання допомоги — є технічно реалізованим завданням, яке могло б стати основою для прозорих кар'єрних рішень, обґрунтованого надання автономії та визначення потреб у навчанні. Цей бар'єр — середньої складності, але з високим впливом на культуру управління, тому має бути серед першочергових. Щодо формальної міжсекторальної взаємодії — ми вважаємо, що проблема полягає не в небажанні співпрацювати, а у відсутності інституційно закріплених форматів та стимулів для цього. У багатьох країнах така взаємодія забезпечується через міжвідомчі бюджети, спільні звітності, або навіть перехресне представництво в органах управління. В Україні ж міжсекторальна співпраця часто не має жодного реального змісту — бо за нею не стоять повноваження, відповідальність чи спільний інтерес. Ми переконані, що ключем до вирішення цього бар'єра є створення локальних платформ співпраці на рівні громад, а також нормативне зобов'язання координувати соціальні, освітні, медичні та адміністративні сервіси задля покращення здоров'я населення. Без цього лідер охорони здоров'я буде діяти в ізоляції, навіть маючи найкращі наміри.

Останній бар'єр — фінансова обмеженість у сфері розвитку управлінських ініціатив — має, без перебільшення, системний і хронічний характер. Упродовж багатьох років в Україні фінансування галузі охорони здоров'я було зосереджене переважно на забезпеченні базових клінічних потреб: лікувально-діагностичного процесу, заробітної плати медичного персоналу, підтримці інфраструктури. Водночас інвестиції у розвиток людського капіталу управлінців — керівників медичних закладів, керівників регіональних структур, лідерів змін — традиційно залишалися поза бюджетними пріоритетами. Лідерство сприймалося як функція, що або вже є притаманною людині від природи, або така, що розвивається «на ходу», без потреби у спеціальній підтримці. У такій парадигмі будь-які ініціативи, пов'язані з розбудовою лідерських компетенцій — створення програм підготовки, запуск шкіл лідерства, підтримка наставництва чи формування

спільнот практики — фактично не отримують державного фінансування. Спроби впровадження змін здебільшого реалізуються через короткострокові донорські проєкти, гранти або завдяки ініціативі окремих регіонів чи керівників, що, однак, не гарантує сталість, рівність доступу та стратегічну інтеграцію таких зусиль в інституційну структуру системи охорони здоров'я. Як наслідок, навіть за наявності окремих прогресивних прикладів, відсутність фінансового фундаменту позбавляє ці ініціативи тривалого ефекту та масштабованості. На нашу думку, цей бар'єр є одним із найстійкіших, але водночас — не остаточним. Сучасні світові практики демонструють, що розвиток управлінських навичок — це інвестиція з відкладеним, але вимірюваним ефектом, яка прямо впливає на ефективність використання ресурсів, якість рішень, задоволеність персоналу і пацієнтів. Навіть у межах обмеженого бюджету можливо впроваджувати маловитратні, але стратегічно ефективні інструменти: модульні програми підвищення кваліфікації, онлайн-платформи обміну досвідом, міжрегіональні школи лідерства. У середньостроковій перспективі важливо закріпити розвиток лідерства як бюджетну програму в межах загальнодержавної стратегії кадрового забезпечення, із чіткими індикаторами, обґрунтованими витратами й регулярним моніторингом результатів. Це дозволить перевести лідерство з розряду «волонтерських» або проєктних зусиль у статус постійної, підтримуваної державою функції системи охорони здоров'я.

Проведений аналіз дозволив системно окреслити найбільш суттєві розриви, бар'єри та стримувальні чинники, що ускладнюють становлення ефективного лідерства в системі охорони здоров'я України. Попри наявність окремих позитивних зрушень — таких як зростання інтересу до управлінських компетенцій, участь у міжнародних проєктах, поступове формування внутрішнього кадрового потенціалу — загальна ситуація залишається фрагментарною, непідкріпленою інституційно та фінансово. Виявлені бар'єри свідчать не лише про технічні проблеми, а про глибинну відсутність системного бачення ролі лідерства в управлінні змінами. SWOT-аналіз показав, що сильні сторони й зовнішні можливості здатні стати точками росту, але лише за умови

усунення ключових слабких сторін і нейтралізації загроз. Бар'єрний аналіз, у свою чергу, деталізував ці слабкості, вказавши на пріоритетність вирішення таких питань, як: нестача стратегії, відсутність системи підготовки та супроводу керівників, відсутність індикаторів оцінки ефективності, формальність міжсекторальної взаємодії та системна недофінансованість лідерських програм. Ці фактори формують взаємопов'язане поле обмежень, у якому сучасний лідер в українській медицині змушений діяти інтуїтивно, ізольовано та без достатньої підтримки. У цілому, підрозділ підтверджує, що ефективне лідерство в охороні здоров'я неможливе без створення чіткої інституційної основи.

РОЗДІЛ 3.

НАПРЯМКИ ВПРОВАДЖЕННЯ СУЧАСНИХ ВИМОГ ДО ЛІДЕРСТВА В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

3.1 Розвиток професійної освіти та симуляційного навчання для керівників

Сьогодні керівники закладів охорони здоров'я опинилися в ситуації постійних трансформацій — від впровадження медичної реформи до реагування на пандемію COVID-19. Ці виклики вимагають не лише адміністративної компетентності, а й здатності до стратегічного, кризового управління та створення ефективних команд. Попри спроби надати медичним установам більшу автономію, дослідження показують, що керівники часто залишаються залежними від неефективних управлінських практик та нестачі ресурсів. Більше того, лідери не завжди мають належну підтримку чи навчання, необхідні для впровадження змін та побудови довіри серед персоналу. У цьому підрозділі буде здійснено аналіз сучасного стану управлінського лідерства в українських медичних закладах на основі новітніх досліджень, з чіткого визначення основних проблем та основних напрямків розвитку.

Українські дослідники мають різне бачення того, яким має бути лідер у системі охорони здоров'я: хтось є консервативним у цьому питанні й вважає, що лідер має бути максимально авторитарним, інші ж прагнуть до європейської системи формування лідерських якостей. Автори наступної статті намагаються проаналізувати, як формується сучасний український лідер у медицині. У своїй роботі вони акцентують увагу на важливості поєднання професійної підготовки, психологічної готовності до управлінських рішень та здатності адаптуватися до змін, з причин реформ у медичній сфері. Акцентовано увагу на важливості компетентнісного підходу у підготовці фахівців з управління охороною здоров'я, що є надзвичайно актуальним у контексті трансформації системи охорони здоров'я в Україні. Зазначається, що ефективне управління у сфері охорони

здоров'я потребує не лише базових медичних знань, а й розвитку широкого спектру управлінських, комунікативних та аналітичних навичок. Важливими елементами, на які звертають увагу автори, є формування стратегічного мислення, здатності до прийняття рішень в умовах невизначеності, а також лідерських якостей, які дозволяють керівникам охорони здоров'я не лише реалізовувати політику, а й активно формувати її. Ключовим є те, що автори визнають роль міждисциплінарного підходу в навчанні управлінців — поєднання медичних знань з економікою, правом, соціологією менеджменту створює комплексну основу для прийняття ефективних рішень. Це особливо важливо з огляду на зростаючу складність системи охорони здоров'я, де керівники повинні орієнтуватися на фінансування, правове регулювання, етику та соціальні аспекти медицини. Також варто відзначити, що тут підкреслено необхідні адаптації освіти до глобальних викликів, таких як пандемії, цифровізація та демографічні зміни, що вимагають гнучкості та інноваційного мислення від майбутніх фахівців. На нашу думку, критично важливим в наступному підході є акцент на розвиток практичних навичок через симуляційні модулі, постановки та рішення реальних ключів. Освіта у сфері управління охороною здоров'я не повинна залишатися теоретичною — вона має забезпечити готовність до реального функціонування в складних системах, де кожне управлінське рішення має значні дослідження для здоров'я населення. Лідерська компетентність керівника трактується не лише як набір теоретичних знань і технічних навичок, а як сукупність адаптивних здібностей, особистих якостей і професійного досвіду, що дозволяє ефективно реагувати на виклики, динамічні зміни середовища й складність управлінської діяльності. Наприклад, наголошується, що сучасне лідерство має бути спрямоване на мотивацію та розвиток персоналу, створення довіри, організаційну адаптивність, а також забезпечення безперервного вдосконалення системи охорони здоров'я. Із ключових висновків є необхідність розвитку не тільки декларативних, а саме практичних знань, які формуються в процесі реального досвіду, практичного вирішення проблем і деяких участі в одній організаційній трансформації.

Підкреслюється, що традиційна система підготовки управлінців поступається місцем сучасним підходам, заснованим на коучингу, наставництві, колегіальній взаємодії та навчанні «на місці», що дозволяє формувати прогресивні й адаптивні моделі лідерської поведінки. Важливе місце займає розвиток емоційного інтелекту як чинника, що підвищує якість взаємодії, покращує командну динаміку та покращує ефективне вирішення кризових ситуацій. Особлива увага приділяється контекстуалізації управлінських компетенцій: наголошується, що ефективний керівник повинен не тільки володіти певними знаннями й навичками, але й вміти адаптувати їх до конкретних умов, середовища й потреб організації. Це дозволяє зробити висновок про цілість і багатовимірність сучасної парадигми лідерства в охороні здоров'я, що базується на поєднанні професійних компетенцій, особистих якостей, глибокого самопізнання й здатності до соціальної взаємодії. Окремо варто підкреслити роль магістерських програм, які не лише передають знання, а й створюють простір для формування зрілих лідерів через активну участь у складних професійних викликах. Таким чином, розвиток лідерства в охороні здоров'я стає як тривалий, поетапний і глибоко інтегрований процес, що вимагає стратегічного підходу, гнучкості, постійного самовдосконалення та врахування інституційного й соціального контексту. [75]

Проблематика некваліфікованої підготовки кадрів висвітлюється у багатьох дослідженнях щодо української системи лідерства медичної галузі. Так само широко висвітлюються потенційні шляхи розвитку цього аспекту вітчизняних реалій. Засадничі підходи до формування української системи охорони здоров'я, закріплені у вітчизняному законодавстві, демонструють складну й багатокомпонентну модель управління, в яку ключову роль перетворюють лише профільні структури, як-от Міністерство охорони здоров'я, а й ціла низка державних установ загального спрямування – від Верховної Ради до судової гілки влади. Такий широкий спектр управлінських суб'єктів, з одного боку, демонструє важливість і комплексність сфери охорони здоров'я, з іншого — породжує ризики дублювання повноважень, незручності рішень і

фрагментарності змін. Історичне успадкування семашківської централізованої моделі охорони здоров'я, що спиралося на жорстке вертикальне адміністрування та бюджетне фінансування, призвело до інституційної інерції та неефективного використання ресурсів, що залишилося характерним для української медицини впродовж десятиліття. Запізнілий старт реформи у 2017 році, хоч і ознаменував важливий етап переходу до автономізації закладів та диверсифікації джерел фінансування, однак, залучив брак стратегічного бачення, неповноту правового забезпечення та нестачу фахових управлінських кадрів. Відтак постає нагальна потреба у професіоналізації управління у сфері охорони здоров'я в країні на прикладі із розвиненою медичною системою — через впровадження спеціалізованого менеджменту, що забезпечує знання в галузях медицини, економіки та адміністративного управління. Такий підхід здатен не тільки розвантажити лікарень від адміністративної роботи, а й забезпечити ефективне використання ресурсів і підвищити якість медичних послуг, що є критичним місцем у контексті реформи галузі. Продовжуючи аналіз проблематики управління в охороні здоров'я, варто нарахувати, що при офіційному визнанні потреби у фаховому менеджменті, його ефективне впровадження на практиці досягається з цілою низькою бар'єром. До них належать не тільки брак профільної освіти та управлінських навичок у незамінних керівників медичних закладів, а й небажання змінити звичні підходи, обмеженість ресурсної бази та порушення розвиненої корпоративної культури. Ці фактори посилюють кризові явища в галузі та обмежують навіть реалізацію добре задуманої реформи. Водночас позитивним сигналом є формалізація кваліфікаційних вимог до керівників медичних закладів, відповідно до яких вони повинні мати освіту в галузі управління, публічного адміністрування або суміжних соціальних і гуманітарних наук. Це стало поштовхом до створення спеціалізованих освітніх програм, що інтегрують знання з медицини, менеджменту та економіки. Деякі українські ЗВО вже сьогодні пропонують магістерські програми з підготовки управлінців у сфері охорони здоров'я, які передбачають опанування сучасних управлінських інструментів, розробку стратегій, критичне мислення, вміння

працювати з даними та ефективно організовувати роботу колективу. Такий підхід, у разі його системного впровадження, може стати основою для формування нової генерації керівників, спроможних лише адмініструвати, а й ініціювати структурні трансформації в системі охорони здоров'я. [76]

Аналіз сучасних підходів до управління в охороні здоров'я демонструє зростаючу увагу науковців до проблеми ефективного менеджменту як важливого чинника соціального й економічного розвитку держави. В умовах постійних змін на національному та глобальному рівнях особливого значення набувається здатність керівників медичних установ адаптуватися до нових викликів і впроваджувати результативні управлінські стратегії. Ефективне керівництво в закладах охорони здоров'я як основа надання якісних медичних послуг та, ширше, як засіб зміцнення суспільного добробуту. Реформування системи охорони здоров'я в Україні, орієнтоване на пацієнтоцентризм, потребує управлінців нового покоління — компетентних, гнучких, здатних працювати в складних умовах і орієнтуватися на досягнення конкретного результату. Вивчення міжнародного досвіду, зокрема моделей управління в Японії, США та країнах Європи, дозволяє сформувати конструктивні підходи до вдосконалення української управлінської системи в медичній сфері. У контексті формування цільної моделі управління охороною здоров'я особливої ваги виникає розуміння самої природи медичної діяльності як соціально значущої, науково обґрунтованої та орієнтованої на постійне вдосконалення. Ефективність роботи медичного закладу, незалежно від форми власності, значною мірою залежить від професійних і лідерських якостей керівника, здатного забезпечити не лише якість надання медичних послуг, а й розвиток установи відповідно до сучасних викликів. Компетентний управління має поєднувати організаційні, міжособистісні та технологічні аспекти управління, водночас дотримуючись принципів раціональності, справедливості, продуктивності та комплексності, що є визначальними в системі охорони здоров'я відповідно до міжнародних стандартів ВООЗ. У цьому контексті реалізація Цілі сталого розвитку №3 ООН

— «забезпечення здорового способу життя та сприяння добробуту для всіх у будь-якому віці» — набуває практичного змісту через роботу ефективного менеджера, орієнтованого на пацієнта. Саме такий підхід сприяє зміцненню довіри до системи охорони здоров'я, формуванню позитивного мікроклімату в колективі та досягненню соціально значущих результатів, які становлять якість життя населення і стабільність суспільного розвитку. З урахуванням зростаючих вимог до якості управління у сфері охорони здоров'я, дедалі більшої актуальності набуває розвиток лідерських якостей, які дозволяють керівникові не лише ефективно реалізовувати управлінські функції, а й формувати згуртовану команду, орієнтовану на спільну мету. Серед ключових характеристик сучасного лідера виокремлюються: аналітичний інтелект, емоційна зрілість, відкритість до нового, здатність до компромісу та комунікабельність. Саме такі якості, за висновками провідних дослідників, як-от Вріс та Осовська, створюють основу для конструктивної взаємодії в медичних колективах та підвищують ефективність управління. Лідер, який здатен мотивувати, делікатно коригувати дії персоналу та підтримувати доброзичливий стиль спілкування, формує атмосферу довіри й відповідальності, що є критично важливим у сфері, де діяльність персоналу впливає на людське життя. У цьому контексті доречно розглянути українську модель менеджменту, яка ніні не перебуває в стані становлення, проте вже орієнтується на принципи демократичного лідерства. Такий підхід, що передбачає повагу до автономії працівників, відкритість до діалогу, справедливість і залучення персоналу до ухвалення управлінських рішень, відповідає викликам сучасної медицини. Особливо ефективним демократичним лідером є в умовах реформування системи охорони здоров'я, коли адаптивність, командна взаємодія та емоційний зв'язок між керівником і персоналом стають ключовими факторами стабільності та розвитку медичних установ.[77]

Насамперед варто відзначити недостатній рівень управлінської компетентності більшості керівників медичних закладів, що обумовлений як

відсутність профільної освіти у сфері менеджменту та публічного адміністрування, так і обмеженими можливостями для підвищення кваліфікації. Другою ключовою проблемою збереження є консервативний, часто авторитарний стиль керівництва, який не відповідає сучасним вимогам демократичного управління та ускладнює командну взаємодію, мотивацію персоналу й розвиток інноваційних підходів. Без цього, також низький рівень впровадження принципів пацієнтоцентризму, слабка комунікація між керівництвом і працівниками, а також недостатній розвиток лідерських якостей, зокрема особливого інтелекту, здатності до стратегічного мислення та ефективної взаємодії з командою. Ці фактори, у поєднанні з фрагментарною реформою, нерівномірним впровадженням нових підходів та відсутністю сталої управлінської культури, значною мірою сприяють розвитку сучасної, ефективної та людської системи охорони здоров'я в Україні. Проте ми вважаємо, що цей розвиток має бути динамічним та орієнтуватися на приклади іноземних колег для забезпечення значно вищої якості надання медичних послуг та комунікацій і менеджменту у сфері української медичної системи. Таким чином, ефективні моделі лідерства, які реалізуються в країнах Європи, США та Японії, демонструють доцільність інтеграції демократичного стилю управління, орієнтації на командну роботу, розвиток лідерських якостей і постійне навчання керівного складу. Вони акцентують увагу на важливості не лише професійної компетентності, а й гнучкості, відкритості до інновацій, вмінні працювати з людьми та розуміти потреби як своїй, так і персоналу. Такий підхід дозволяє ефективніше реагувати на сучасні виклики в охороні здоров'я, завершити довіру до медичних установ і формує сприятливе середовище для розвитку як установ, так і медичних працівників. Успішне запозичення та адаптація цих практик в українських реаліях може стати потужним стимулом до модернізації управлінської культури в медичній галузі та реального підвищення якості медичних послуг.

3.2 Впровадження міжнародних стандартів та підходів до лідерства в практику управління закладами охорони здоров'я

Як ми бачимо, система лідерства в Україні має достатньо багато недоліків, до яких додаються корупційні склади, небажання до змін та вкрай повне впровадження новітніх практик та системи реформ. Україна значно відстала у запровадженні сучасних підходів, особливо до лідерства в системі охорони здоров'я. Протест у цьому є і позитив, який не дозволяє уможливити аналіз позитивних та негативних практик, відповідно, помилок різних шляхів розвитку цієї галузі іншими країнами, що пішли вперед на кілька етапів у дослідженнях та розвитку цієї сфери. Такий аналітичний підхід відкриває перед Україною унікальну можливість не повторювати чужі помилки, а формувати власну модель ефективного лідерства, спираючись на кращі міжнародні зразки. У підрозділах будуть представлені ключові міжнародні стандарти та практика лідерства, які довели свою ефективність у розвинених країнах, а також проаналізовано доцільність та шляхи їх впровадження в українську систему управління закладами охорони здоров'я. Акцент буде зроблено на принципах прозорості, відповідальності, пацієнтцентризму та командної взаємодії, які мають стати основою для побудови сучасної та стійкої системи медичного лідерства в Україні.

Розвинуті світові держави вже достатньо давно почали шукати способи та методологію для створення ефективної системи лідерства, зокрема у медичній галузі. Ще у 2014 році каліфорнійські науковці запропонували систему ефективного збору та аналізу даних щодо лідерства, яка допомагає оцінити підходи та розробити рекомендації для конкретної структури. Результати дослідження, спеціальної розробки та валідації шкали стратегічного лідерства у впровадження доказової практики (Implementation Leadership Scale, ILS), демонструють значний потенціал підходу до цього як інструменту підвищення ефективності управління в медичних організаціях. ILS обґрунтовується на чотирьох ключових факторах: проактивне, підтримувальне, обізнане та

наполегливе лідерство — кожен, з якого охоплює конкретні поведінкові аспекти, які сприяють впровадження інноваційних підходів на практику. Перевагою цього інструменту є його стійкість (лише 12 пунктів) і простота застосування, що дозволяє ефективно використовувати його як в дослідницьких цілях, так і в реальних умовах охорони здоров'я без значного навантаження на респондентів. Надійність, валідність і можливість використання шкали як діагностичного та навчального інструменту виробити її цінним ресурсом для оцінки та розвитку лідерських якостей у керівників медичних закладів. Упровадження ILS в українській системі охорони здоров'я є виключно доцільним, зважаючи на актуальні виклики, що стоять перед галуззю — брак компетентного лідерства, інертність до змін, низький рівень впровадження доказових підходів. Цей інструмент дозволяє об'єктивно і системно оцінювати управлінську ефективність, виявляти слабкі місця у стилі лідерства, а головне — служити основою для формування індивідуальних стратегій розвитку керівників, що відповідають потребам сучасної української медичної галузі та світовим стандартам лідерства. Продовжуючи аналіз, варто детальніше усвідомити методологію та принципи використання Implementation Leadership Scale (ILS), розробленої для оцінки лідерства у впровадженні доказової практики (EBP). ILS є коротким опитувальником, що складається з 12 пунктів, об'єднаних у чотири підшкали: проактивне, обізнане, підтримуюче та напівлегливе лідерство. Шкіра з підшкалу містить по три точки, що дозволяє швидко та ефективно оцінити рівень лідерської підтримки впровадження ЕБП на рівнях організації. Методологія розробки ILS включала кілька етапів: генерацію пунктів на основі літератури та експертного досвіду, експлораторний факторний аналіз (EFA) та конфірмаційний факторний аналіз (CFA) для підтвердження структури шкали. У дослідженні взяли участь 459 клініцистів з 93 амбулаторних програм психічного здоров'я в Південній Каліфорнії. Дані були випадково розподілені для проведення EFA та CFA, що забезпечило надійність і валідність шкали. Результати показали високу внутрішню придатність та підтвердили, що ILS є ефективним інструментом для оцінки лідерства у впровадженні ЕБП. Практичне

застосування ILS її використання як діагностичного інструменту включає виявлення сильних і слабких сторінок лідерства в організації. Завдяки своїй стилістиці, шкала може бути легко інтегрована в регулярні оцінки персоналу без значного навантаження. Крім того, результативні оцінки можуть служити основою для розробки індивідуальних програм розвитку лідерських навичок, спрямованих на покращення впровадження доказових практик. Таким чином, впровадження ILS в українській системі охорони здоров'я може сприяти підвищенню ефективності управління та якості надання медичних послуг. [78]

Вітчизняні науковці вважають, що у розвинутих сусідів ми повинні запозичити широку стандартизацію процесів та педантичну регламентацію системи управління, яка є основою ефективного функціонування сучасної охорони здоров'я. Саме завдяки впровадженню чітких стандартів, процедур та вимог до якості, розвиненої країни забезпечується висока стабільність, передбачуваність і висока ефективність надання медичних послуг. У цьому контексті важливо дослідити шляхи гармонізації української нормативної бази міжнародними стандартами, а також представити реальні механізми впровадження принципів управління якістю, що вже довели свою результативність у світовій медичній практиці. Міжнародні стандарти якості послуг, зокрема система ISO 9000, формують універсальну управлінську основу, що дозволяє організаціям забезпечити стабільну якість, підвищити ефективність операцій та зміцнити довіру з боку споживачів. ISO 9000 — це серія міжнародних стандартів, що встановлюються до системи управління якістю, зокрема у сфері охорони здоров'я. Вона базується на принципах орієнтації на споживача, лідерства, процесного підходу, доказового рішення та постійного вдосконалення. Стандарти ISO 9000 створюють універсальну основу для забезпечення стабільної якості послуг, прозорості управлінських процесів та підвищення ефективності роботи медичних установ. Ці стандарти стали результатом багаторічної глобальної співпраці, і сьогодні їх застосування охоплює всі ключові сектори, виключно з охороною здоров'я. Хоча вони не регламентують клінічні аспекти медичної допомоги, їхня роль у стандартизації

внутрішніх процесів, аудиті, управлінні якістю та створенні сприятливого середовища для надання медичних послуг на стабільно високому рівні. У сфері охорони здоров'я такі стандарти не дозволяють запровадити системний підхід до менеджменту, сприяють прозорості, оптимізації роботи персоналу та чітко формулюють вимоги до результатів діяльності медичних установ. Для України, яка перебуває у стані глибоких реформ і прагне до інтеграції, впровадження стандартів ISO в медичних європейських закладах є не лише доцільним, а й необхідним кроком. Це дозволить гармонізувати управлінські процеси з міжнародними практиками, зменшити хаотичність управління, підвищити якість медичних послуг і створити передумови для формування нової культури відповідального, проактивного та якісного лідерства в системі охорони здоров'я. Удосконалення якості медичних і фармацевтичних послуг неможливо без чіткої стандартизації системи, яка забезпечує лише контроль, а й поступовий розвиток та оцінку ефективності наданої допомоги. Стандарти в охороні здоров'я регламентують діяльність усіх учасників системи, визначаючи вимоги до діагностики, лікування, реабілітації та матеріально-технічного забезпечення. Застосування здійснюється на різних рівнях — міжнародному, національному, галузевому, регіональному та локальному — що дозволяє адаптувати вимоги до особливостей конкретної країни чи установи, не втрачаючи при цьому загального вектора якості. В українському контексті стандартизація є одним із провідних інструментів управління якістю, і поряд із ліцензуванням, акредитацією та сертифікацією виконує нормативну роль для регулювання медичних процесів. Наявність таких документів, як стандарти медичної допомоги, клінічні та реабілітаційні протоколи, формуляри лікарських засобів і перелік мінімального обладнання, є надзвичайно важливою умовою для впровадження сучасного управлінського підходу. З точки зору лідерства в системі охорони здоров'я, застосування цих стандартів дозволяє забезпечити прозорість, передбачуваність рішень і контроль за результатами, що є критично помітними в реформованій системі. Дотримання галузевих і міжнародних стандартів — це також шлях до реалізації конституційного права громадян на

якісну медичну допомогу, а впровадження в практику керівництва стандартів та протоколів — важливий інструмент стратегічного управління та підвищення відповідальності лідерів медичних установ. Інтеграція норм міжнародного медичного права в національне законодавство України здійснюється через кілька ключових механізмів — через рішення міжнародних організацій, опосередковано через міжнародні угоди, на рівні концепцій і принципів, а також через інституційні рекомендації. Завдяки цьому, зокрема, серія стандартів ISO 9000 була офіційно визнана на державному рівні та адаптована в положеннях Державних стандартів України, що діють і в системі охорони здоров'я. Така адаптація є частиною ширшої державної програми гармонізації законодавства України із нормами Європейського Союзу, де охорона здоров'я визначена як один із пріоритетних напрямків. Стандарти ISO 9000 забезпечують цільну систему управління якістю, яка охоплює лише клінічні аспекти, а й усі допоміжні управлінські процеси: від управління ресурсами до мінімізації ризиків. Особливі значення в цьому контексті мають регіональні й локальні стандарти, які деталізують та адаптують національні вимоги до умов окремих територій та закладів. Це дозволяє створити гнучку й ефективну модель управління, яка компенсує національну стратегічну лінію з реальними можливостями на місцях. Усе це відкриває шлях до побудови сталої системи якості в медичних закладах, орієнтованої не тільки на відповідність нормативам, а й на реальне підвищення якості послуг, прозорість процедур, пацієнтоцентризм і стратегічне лідерство, що відповідає сучасним глобальним вимогам. [79]

Як ми бачимо, світова політика щодо ефективності системи лідерства пішла набагато вперед від нашого сучасного рівня, проте тепер ми маємо можливість для порівняння та аналізу ефективних підходів. Пропонуємо ознайомитись із конкретними прикладами наших європейських сусідів, які вже пройшли складний шлях реформування публічного управління та сформували дієві моделі професійного розвитку лідерів державної служби. Досвід країн ЄС, зокрема Німеччини та Польщі, демонструє, чим системна підготовка

управлінців, акцент на безперервному навчанні, розвитку етичного лідерства та міжнародної співпраці можуть забезпечити якісні зміни в управлінській культурі публічного сектора. Такий досвід є цінним орієнтиром для формування сучасної та ефективної системи лідерства в українському медичному управлінні. Системи підвищення кваліфікації державних службовців у Німеччині та Польщі демонструють стратегічний, тривалий підхід до формування професійного лідерства в публічному управлінні, що цілком може бути адаптованим і до українських реалій. У Німеччині центральна роль у підготовці лідерів публічного сектору займається Федеральною академією державного управління, де навчання орієнтовано не стільки на передачу знань, скільки на розвиток способу мислення, поведінки та стратегічного бачення. Пріоритет на практичних заняттях, етапуванні та проблемно-пошуковому навчанні, що сприяє формуванню навичок ухвалення рішень, стратегічного аналізу та ефективної комунікації. Програми побудовані за модульним принципом, що забезпечує гнучкість та адаптивність до потреб конкретної громади чи управлінського рівня. У Польщі, після адміністративної реформи 1990-х років, система професійного розвитку держслужбовців була закріплена на законодавчому рівні, зокрема Конституцією та законами про цивільну службу. Визначено чіткі типи навчання — від загального до спеціального — і забезпечують розвиток індивідуальних програм професійного зростання. Обидві моделі наголошуються на постійній освіті як обов'язковий складовий кар'єрного просування, а лідерство розглядається як навичка, що формується через практику, навчання та саморозвиток. Такий досвід підтверджує, що сталий розвиток лідерського потенціалу неможливий без системної, організованої та підтриманої державної освіти, інтегрованої в структуру публічного управління. Продовжуючи розгляд досвіду Польщі у формуванні ефективного корпусу державних управлінців, варто звернути увагу на спеціальну політику навчання, спрямовану на розвиток лідерських компетенцій та професійне зростання держслужбовців. Центральними документами, які регламентують цю політику, стали «Навчальна

політика державної служби» та «Директиви щодо її впровадження», які поєднують теоретичні основи з практичними інструкціями щодо побудови внутрішньої системи професійного розвитку. Особливий акцент зроблено на підготовці управлінців-лідерів — осіб, здатних виступати сектором як «агенти змін» в умовах євроінтеграційних процесів та впровадження сучасної менеджерської моделі в публічному просторі. Для реалізації цього завдання було організовано низку міжнародних програм і навчальних курсів за участю органів влади Польщі та партнерських установ з Великої Британії, Данії, Іспанії та Греції. Тематика цих програм охоплювала широкий спектр сучасних управлінських питань: від доступу до публічної інформації та якості обслуговування громадян до етики, протидії корупції, лідерства та управління інноваціями. Використання інтерактивних форм навчання — дискусій, тренінгів, аналізу ситуацій — дозволило сформувати новий тип публічного управлінця, орієнтований на цінність, ефективність і відповідальність. Такий комплексний підхід не лише сприяв професійному вдосконаленню, а й заклав основу для формування сталих спільнот управлінської практики, які й далі об'єднують лідерів публічного сектору в межах постійного діалогу та внутрішнього навчання. Отже, досвід Німеччини та Польщі у формуванні системи підготовки та розвитку державних службовців демонструє високу ефективність комплексного, інституційно підтриманого підходу до лідерства в публічному управлінні. Основними елементами таких моделей є постійне професійне навчання, акцент на розвиток м'яких навичок, зокрема стратегічного мислення, етичної поведінки та здатності до управління змінами, а також інтерактивні методи навчання, індивідуальні програми розвитку і тісна міжнародна співпраця. Перспективи впровадження подібних підходів в українську систему лідерства, зокрема у сфері охорони здоров'я, є реальними та актуальними в умовах тривалого та зростання суспільного запиту на якісне реформування медичного управління. Найперспективнішими напрямками інтеграції є запровадження модульних програм для керівників медичних закладів, розвиток національного

інституту підвищення кваліфікації медичних управлінців, створення платформи для обміну досвідом і спільнот практиків, а також реалізація спільних навчальних ініціатив з європейськими партнерами. Такий підхід дозволяє не тільки підвищити ефективність кадрової політики в медичній галузі, а й сформувати нову генерацію лідерів, здатних мислити стратегічно, діяти етично та управляти змінами в складному соціальному контексті.[80]

Аналіз міжнародного досвіду у сфері формування ефективного лідерства в охороні здоров'я засвідчує, що ключовим чинником успішних змін є наявність системного, стандартизованого підходу до підготовки управлінців, орієнтованого не лише на знання, а й на розвиток компетенцій стратегічного мислення, етичної відповідальності та здатності впроваджувати зміни. Важливими інструментами такого підходу є моделі професійного навчання, що застосовуються в Німеччині та Польщі, а також міжнародні інструменти оцінки якості управління та лідерства, зокрема ISO 9000 та ILS (Implementation Leadership Scale). Стандарти ISO 9000, впроваджені як державні в Україні, забезпечують чітке управління процесами, контроль якості та орієнтацію на результат, що є основою для побудови ефективної системи медичного лідерства. Водночас ILS як інструмент оцінки лідерських якостей, зосереджених на впровадженні доказової практики, може бути використаний не тільки для діагностики, а й для розробки персоналізованих програм підвищення кваліфікації керівників медичних закладів. Протест це лише ті підходи, які ми висловили вище й це далеко не все, що можна впровадити в нашу систему лідерства станом на сьогодні. Крім того, для поглиблення цих підходів доцільно також впровадити управлінський коучинг, систему оцінки лідерської ефективності за KPI, інститути наставництва та механізми залучення громадськості до оцінки управлінських рішень. Таке поєднання світових стандартів, інструментів вимірювання та кращих освітніх практик дає Україні реальний шанс сформувати нову культуру лідерства в охороні здоров'я — відкриту, гнучку, результативну та орієнтовану на потреби суспільства.

3.3 Шляхи вдосконалення лідерських підходів у системі охорони здоров'я України

Одним із найгостріших викликів залишається залежність лідерських рішень від політичної кон'юнктури. У системі охорони здоров'я України постійно змінюється керівництво — міністрів, очільників ключових агентств, координаторів реформ. Це фактично до хаотичного управління, втрати інституційної пам'яті та довготривалих стратегій. Кожна нова команда намагається реалізувати власну візію, часто без згоди з попередніми напрацюваннями, що веде до зупинки чи навіть скасування вже розпочатих процесів. Другою, не менш серйозною проблемою є розмитість ролей та повноважень лідерів на різних рівнях управління. Керівники медичних закладів часто не мають достатньої автономії для прийняття стратегічно важливих рішень. Їхні повноваження обмежені нормативними колізіями, втручанням вищих інстанцій або контролюючих структур. Це формує середовище, де відповідальність за результат покладається на керівника, але інструментів впливу на процеси в ньому фактично немає. Третя проблема — потужна централізація та відсутність сучасної командної культури. Більшість лідерів, особливо в регіонах, працюють у парадигмі вертикального адміністрування, де рішення приймаються одноосібно, а делегування повноважень або спільне стратегування — радше виняток, ніж правило. Такий підхід гальмує розвиток ініціативності, відповідальності та професійного зростання серед команд, а також — і якість управління загалом. У поєднанні ці проблеми створюють системну інерцію, коли навіть найкращі ідеї буксуються в середовищі, не готовому до змін, відповідає й конструктивному діалогу. Ще одним суттєвим бар'єром на шляху до ефективного лідерства у сфері охорони здоров'я України є недостатній розвиток комунікаційних навичок та емоційного інтелекту у керівників. Багато лідерів медичних закладів не володіють базовими навичками ефективної комунікації, що призводить до конфліктів у колективах, недовіри між персоналом і керівництвом, а також до погіршення сприйняття управлінських

рішень. Ігнорування важливості психологічного клімату в колективі, емоційного фону працівників та вміння вислухати і підтримати — серйозно підриває довіру до лідера та знижує мотивацію команди. Водночас сучасне лідерство неможливо без здатності будувати відкриті, підтримуючі, неієрархічні взаємини, де працівники відчують себе почутими і випусками. Ще критичною проблемою є ігнорування даних та аналітики у процесі прийняття управлінських рішень. У багатьох медичних установах рішення приймаються інтуїтивно або за звичкою, без системного аналізу результатів діяльності, без урахування статистики, фінансових показників чи результатів пацієнтського досвіду. Це не знижує лише ефективність управління, а й створює ризики для стратегії розвитку закладу. Керівники повинні вміти працювати з аналітичними інструментами, впроваджувати цифрові рішення та керувати на основі реальних, перевірених даних, а не припущених. Також вкрай актуальною є проблема мотивації до постійного професійного розвитку та самоосвіти серед частини управлінців. Часто керівники не бачать потреби у вдосконаленні своїх управлінських навичок, ігнорують сучасні тенденції у сфері менеджменту, змінюють законодавство чи новітні підходи до організації роботи медичних закладів. Така стагнація знань і підходів є особливо небезпечною в час реформ, коли потрібна висока адаптивність, стратегічне мислення та відкритість до нового. Зрештою, серйозною проблемою лишається недовіра до концепції пацієнтоцентризму.

Проблеми

Рішення

Залежність від політичної кон'юнктури

Інституціоналізація стратегічного управління та спадковості реформ

Розмитість ролей лідерів

Розширення автономії керівників, чітке розмежування повноважень

Централізація та вертикальне адміністрування

Запровадження моделі розподіленого лідерства

Низький рівень комунікаційних навичок

Програми розвитку емоційного інтелекту та комунікації

Ігнорування аналітики у прийнятті рішень	Впровадження цифрових рішень для управлінської аналітики
Відсутність мотивації до саморозвитку	Національні програми безперервного навчання управлінців
Недовіра до пацієнтоцентризму	Інституційне впровадження стандартів якості та ISO 9000
Призначення на керівні посади без конкурсу	Створення кадрового резерву та конкурсне просування

Рис. 3.1. Напрями вирішення наявних проблем в Україні.

Хоча офіційно цей принцип задекларований як один із базових у новій системі охорони здоров'я, на практиці він часто ігнорується. Управлінці продовжують мислити категорії «заклад — персонал — фінансування», а не «пацієнт — якість — результат». Через це пріоритетно зміщуються в бік формального виконання планів, а не реального підвищення якості медичної допомоги, що їх чергою негативно впливає на довіру населення до медичних установ і системи охорони здоров'я загалом. Отже, що на нашу думку може стати фундаментальними кроками для забезпечення ефективного лідерства в сучасній системі охорони здоров'я України. Впровадження стандартів ISO 9000 в систему лідерства охорони здоров'я України може бути статистичним фундаментальним кроком до побудови прозорого, структурованого та орієнтованого на результат управління. Ці стандарти створюють єдину методологічну базу для організації управлінських процесів, дозволяючи формалізувати ключові процедури, стандартизувати обов'язки керівників і забезпечити постійний моніторинг ефективності. У контексті лідерства це означає чітко прописані функції управлінців, їхню відповідальність, критерії успішності, а також механізми зворотного зв'язку. Лідери, які діють за логікою ISO 9000, зобов'язані не тільки реагувати на проблеми, а й запобігати їм, впроваджувати цикл постійного вдосконалення (PDCA), аналізувати ризики й можливості, вести облік результатів. Такий підхід перетворює інтуїтивне управління на вимірювання й

кероване середовище, де рішення приймаються на основі даних і процедур, а не суб'єктивних суджень. У межах медичної галузі це дає можливість створити прозору систему управлінської відповідальності, яка однаково ефективно працює в державних, комунальних та приватних закладах. Для ефективної реалізації цієї методики варто розробити адаптовані до медицини на основі ISO 9001, а також обов'язково забезпечити навчання керівників закладів охорони здоров'я у сфері управління якістю.

Впровадження ILS (Implementation Leadership Scale) у лідера практикуючих медичних закладів України могло стати потужним інструментом оцінки й розвитку управлінського потенціалу на основі чітких, поведінкових критеріїв. Ця шкала дозволяє виміряти чотири ключові компоненти лідерства: проактивність, підтримку, обізнаність та наполегливість — якість, критично важливу для впровадження змін, зокрема доказових підходів у медицині. Застосування ILS може відбуватися на різних рівнях: від самостійної самооцінки керівників до зовнішнього оцінювання управлінської ефективності в межах акредитації, аудитів або внутрішнього контролю. Важливо, щоб результати оцінки не залишалися формальністю, а ставили відправною точкою для побудови персоналізованих програм розвитку лідерів — через менторство, тренінги, кар'єрне планування. Використання ILS також сприяє формуванню культури рефлексії та відповідальності, що дозволяє побачити прогалини не лише в знаннях, а й у стилі поведінки керівника. У межах української реформи охорони здоров'я ILS може стати мостом між управлінськими цілями та реальними змінами в роботі установ — через конкретні лідерські дії, які підтримують якісне впровадження інновацій, клінічних практик і нових стандартів.

Впровадження обов'язкових програм розвитку емоційного інтелекту та комунікацій для керівників медичних закладів могло б суттєво трансформувати якість управлінського середовища в українській системі охорони здоров'я. У сучасному світі лідерство — це не лише про контроль і виконання рішень, а передусім про вміння будувати довіру, ефективно комунікувати, вирішувати

конфлікти та створювати емоційно здорову атмосферу в колективі. Програми розвитку EQ (emotional intelligence) мають охоплювати такі аспекти, як саморефлексія, саморегуляція, емпатія, активне слухання, ведення переговорів та зворотний зв'язок. Вони можуть реалізовуватися в формі короткотермінових курсів, тренінгів або інтерактивних онлайн-модулів, включень до обов'язкових програм підвищення кваліфікації. Застосування таких програм особливо важливо для керівників, які працюють у стресових умовах (як-от в умовах воєнного стану, чи кадрового дефіциту), однак сама емоційна грамотність дозволяє їм зберегти ефективність, мотивувати команду та зменшити плинність кадрів. На макрорівні це сприятиме формуванню нової управлінської культури, в основі якої — повага, підтримка, чесна комунікація та персональна відповідальність.

Розгортання цифрових рішень для управлінського аналізу є одним із найперспективніших напрямків модернізації лідерства в охороні здоров'я України, особливо з огляду на отримання ухвалення рішень на основі доказів та реальних показників ефективності. Впровадження системи електронної аналітики — таких як табло, KPI-індикатори, цифрові карти ризиків чи інтегровані панелі управління — дозволяє керівникам медичних закладів оперативно отримувати дані про фінансову стійкість, якість надання послуг, плинність кадрів, завантаженість відділень тощо. Ці системи можуть базуватися на вже наявній інформації з eHealth або бути розроблені для участі аналітичних підрозділів МОЗ та НСЗУ. Цифрові інструменти не тільки спрощують контроль за ефективністю, а й підвищують прозорість, дисципліну прийнятих рішень та здатність вчасно реагувати на відхилення від запланованих результатів. Устроковий перспективний такий підхід формує нову управлінську парадигму: від ручного управління — до прогностного та стратегічного менеджменту, де лідер має можливість не просто керувати закладом, а керувати процесом змін на основі чітко визначених, вимірюваних і контрольованих цілей.

Розвиток кадрового резерву та впровадження системи конкурсного просування на керівні посади є одним із ключових механізмів формування

сталого й ефективного лідерства в системі охорони здоров'я. Наразі призначень керівників медичних закладів часто здійснюється на основі політичної доцільності, особистих зв'язків або ситуативних рішень, що нівелює принципи професійного зростання. Впровадження прозорої моделі кадрового резерву забезпечує створення переліку обраних управлінців, які передбачають спеціалізовані програми підготовки, менторську підтримку, оцінювання управлінських компетенцій та проходження стадій у закладах різного рівня. Конкурси на керівні посади повинні супроводжуватися публічними презентаціями управлінських планів та оцінюванням незалежними експертами. Такий підхід дозволяє не лише підготувати найбільш підготовлених кандидатів, а й мотивує молодих фахівців розвивати управлінські навички, знаючи, що їхня професійність матиме реальні перспективи кар'єрного зростання. У підсумку це сприятиме появі лідерів нового типу — стратегічних, етичних, підзвітних і налаштованих на реальні зміни у своїх медичних закладах.

Інституалізація лідерської етики через впровадження офіційних кодексів поведінки для керівників у системі охорони здоров'я є кроком до зміцнення довіри, підзвітності та моральної легітимності лідерства. В умовах, коли публічна недовіра до медичних установ і управлінських рішень часто зумовлена непрозорістю дій керівників, етичні кодекси можуть обслуговувати не лише декларацію намірів, а й практичним інструментом регулювання поведінки, який відповідає суспільним очікуванням. Такий кодекс має визначати не лише базові принципи — чесність, відкритість, непередбаченість, — а й конкретизувати поведінкові норми в ситуаціях конфлікту інтересів, використання публічних ресурсів, взаємодії з персоналом і пацієнтами. Важливо, щоб етичні стандарти не залишалися формальністю, а були підкріплені механізмами зворотного зв'язку (наприклад, етичні комітети, конфіденційні канали для повідомлень, регулярні опитування персоналу) та системою відповідальності. Кодекси також можуть бути інтегровані в процеси атестації, призначення на посади, оцінки діяльності. У перспективі це дозволяє не лише підвищити моральну якість управлінських рішень, а й поступово сформувати культуру чесного, відкритого

та орієнтованого на суспільне благо лідерства — що є критичним погіршенням у реформованій системі охорони здоров'я.

Запровадження моделі «розподіленого лідерства» (distributed leadership) у сфері охорони здоров'я є перспективною методикою, яка здатна підвищити ефективність управління та посилити залученість персоналу до прийняття рішень. На відміну від традиційної вертикальної моделі, де всі стратегічні та операційні рішення зосереджені в руках одного керівника, розподілене лідерство забезпечує делегування повноважень і відповідальності ключовим фахівцям на різних рівнях — старшим медичним сестрам, керівникам відділень, координаторам напрямів. Такий підхід сприяє формуванню управлінських команд, де кожен учасник несе реальну відповідальність за свій напрям, а керівник медичного закладу виконує роль фасилітатора змін і координатора зусиль. Це лише зменшує навантаження на центральну фігуру лідера, а й стимулює розвиток лідерських якостей серед персоналу, завершує швидкість прийняття рішень і адаптивність закладу до змін. У контексті української системи охорони здоров'я розподілене лідерство може бути особливо ефективним в умовах дефіциту управлінських кадрів та надзвичайної централізації, дозволяючи поступово формувати горизонтальні структури взаємодії, засновані на довірі, компетентності і спільну відповідальність за результат.

Використання симуляційного навчання та кейс-методів у підготовці керівників медичних установ є перспективною методикою, яка дозволяє не лише передавати знання, а й розвивати практичні управлінські навички, критичне мислення та здатність до дій у складних і кризових умовах. Особливо ефективними є симуляційні сесії, що моделюють реальні управлінські виклики — наприклад, раптову зміну фінансування, спалах інфекції, кризу довіри в колективі, конфлікт із пацієнтами чи аудит з боку НСЗУ. такі сценарії можуть бути змодельовані в формі рольових ігор, ситуаційного аналізу або стратегічного мозкового штурму з чіткими рамками часу й обмеженими ресурсами, максимально наближеними до реального функціонування медичних закладів. На нашу думку, найефективнішим підходом стане впровадження цієї методики на

кількох рівнях одночасно. По-перше, варто інтегрувати обов'язковий або мабуть доцільніший вибіркоковий курс «Медичний менеджмент та лідерство» в межах підготовки студентів спеціальностей «Медицина», «Громадське здоров'я» та «Менеджмент». Цей курс має базуватися саме на ключових методах і симуляціях, а не на традиційних лекціях. По-друге, варто створити окрему магістерську програму «Менеджмент медичних установ» у провідних ЗВО, орієнтовану на підготовку управлінців системи охорони здоров'я — з міждисциплінарною структурою, що сприяє економіці, управлінню, праву, комунікації, клінічній базі та лідерській практиці. І по-третє, необхідно запровадити національну програму курсів підвищення кваліфікації для дієвих керівників, де симуляції управлінських ситуацій стануть основним методом навчання — через моделі «crisis room», «decision lab» або «learning by-doing». Ефективність такого підходу підтверджується міжнародним досвідом — саме симуляції повинні краще закріпити алгоритми поведінки, навчити діяти під тиском, ухвалити складні рішення в разі невизначеності та координувати команду в умовах дефіциту ресурсів. У довгостроковій перспективі систематичного впровадження такої методики формує покоління управлінців, які не бояться брати відповідальність, швидко адаптуються до змін і здатні мислити стратегічно в найскладніших умовах.

У підсумку, сформульовані в цій частині рекомендації, окреслюють комплексну стратегію розвитку лідерства в системі охорони здоров'я України, що приймає не точкові рішення, а системні зміни управлінського підходу. Ми запропонували низку інструментів і методик: впровадження міжнародних стандартів управління якістю ISO 9000, використання шкали ILS для оцінки та розвитку лідерських компетенцій, запровадження програми розвитку емоційного інтелекту, розгортання цифрових платформ для управлінської аналітики, формування прозорості системи кадрового резерву та конкурсного просування, інституалізація етичного лідерства через кодекси поведінки, застосування моделі розподіленого лідерства, а також інтеграцію симуляційного навчання й кейс-методів на всіх рівнях підготовки управлінців. Ця стратегія

базується на принципах відкритості, ефективності, підзвітності, а також розвитку лідерського потенціалу не лише у вузькому колективі керівників, а у більшому колективі фахівців, які беруть участь в управлінських процесах. На нашу думку, за умов розумного й системного підходу з боку держави — виключно з політичною волею, інституційною підтримкою, достатнім фінансуванням і довготривалим баченням — українська система охорони здоров'я має реальні перспективи формувати нову управлінську культуру. Так, що буде здатна не лише реагувати на виклики, а й ініціювати якісні зміни, формувати довіру суспільства та забезпечити гідний рівень медичної допомоги в умовах сучасного світу.

ВИСНОВКИ

Лідерство у сфері охорони здоров'я в сучасних умовах стало ключовим фактором стабільності, розвитку та адаптації медичної системи до нових викликів. Особливо це стосується України, яка перебуває в умовах війни та готується до військової відбудови. Саме компетентний керівник забезпечено ефективне функціонування закладів охорони здоров'я в умовах стресу, нестачі ресурсів і постійної загрози. Сучасні вимоги до лідера в охороні здоров'я виходять далеко за межі управлінських функцій. Це людина, яка повинна вміти об'єднувати колектив, приймати рішення в умовах невизначеності, впроваджувати інновації, бути етичним прикладом та мислити стратегічно. В українському контексті ці якості набувають особливої ваги через постійну потребу в кризовому менеджменті. Порівняння світових і вітчизняних практик лідерства показало, що в Україні є потужний людський потенціал та ефективні приклади управління на різних рівнях, однак залишається потреба в системному підході до формування лідерських компетенцій: починаючи з навчання та підвищуючи кваліфікацію, закінчуючи інституційною підтримкою та професійним середовищем.

В умовах воєнного стану й післявоєнної трансформації системи охорони здоров'я саме лідери стануть рушіями змін. Від їхньої готовності брати на себе відповідальність, ухвалювати складні рішення та вести за собою людей залежить, якою буде українська медицина в майбутньому — стійкою, ефективною та орієнтованою на потреби населення.

1. Стан управлінського лідерства в українській системі охорони здоров'я характеризується інституційною інерцією, фрагментарністю реформ, дефіцитом підготовлених управлінців, авторитарними стилями керівництва та слабкою адаптивністю до змін. Це гальмує розвиток системи охорони здоров'я та знижує якість управлінських рішень.

2. Міжнародний досвід, зокрема країн ЄС, США, Японії, Канади, Нідерландів, Австралії, засвідчує ефективність інтегрованих моделей розвитку

лідерства, що базуються на поєднанні професійної підготовки, етичного лідерства, розвитку емоційного інтелекту та цифрових інструментів управління.

3. Впровадження стандартів ISO 9000 та шкали стратегічного лідерства ILS (Implementation Leadership Scale) є доцільним і реалістичним кроком для систематизації управлінських процесів, підвищення прозорості, формування нової культури лідерства, що орієнтується на пацієнта, інноваційність та відповідальність.

4. Сучасні моделі підготовки управлінців у сфері охорони здоров'я, що базуються на симуляційних навчаннях, міждисциплінарних підходах та системній освіті (як у Польщі й Німеччині), можуть бути ефективно адаптовані в Україні через магістерські програми, курси підвищення кваліфікації та створення управлінських тренінгових платформ.

5. Потенціал розвитку лідерства в системі охорони здоров'я України є значним, однак його реалізація потребує системного підходу, включаючи: впровадження прозорої системи кадрового резерву; розвиток етичного кодексу лідера; запровадження розподіленого лідерства; використання цифрової аналітики та KPI у щоденній практиці; обов'язкову емоційно-комунікаційну підготовку управлінців.

6. Ефективне лідерство у сфері охорони здоров'я в Україні можливе за умов політичної волі, інституційної стабільності, фінансового забезпечення та довгострокової стратегії реформ, орієнтованої на створення людяної, стійкої та інноваційної моделі управління в галузі охорони здоров'я.

Отже, успішне впровадження рекомендованих змін потребує політичної волі, фінансової підтримки, міжсекторальної співпраці та інституційного супроводу. Такий підхід сприятиме побудові сталої, прозорої та ефективної моделі лідерства в охороні здоров'я України, яка відповідатиме потребам сучасного суспільства та глобальним вимогам у сфері медичних послуг.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Greenwood, R. G. (1996). Leadership theory: A historical look at its evolution. *Journal of Leadership Studies*, 3(1), 3–16. <https://doi.org/10.1177/107179199600300102>
2. Taylor, F. W. (1911). *Shop management*. New York: Harper & Brothers. (Original work published 1903 in ASME Proceedings)
3. Kerr, S., Schriesheim, C. A., Murphy, C. J., & Stogdill, R. M. (1974). Toward a contingency theory of leadership based upon the consideration and initiating structure literature. *Organizational Behavior and Human Performance*, 12(1), 62–82. [https://doi.org/10.1016/0030-5073\(74\)90037-3](https://doi.org/10.1016/0030-5073(74)90037-3)
4. McGregor, D. (n.d.). *The Human Side of Enterprise*. Retrieved from https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7496611/mod_folder/content/0/SEB_LYO_McGregor_Thinker.pdf
5. Hersey, P., & Blanchard, K. H. (1972). System 4: A resource for improving public administration. *Public Administration Review*, 32(6), 603–612. <https://www.jstor.org/stable/975744>
6. Blake, R. R., & Mouton, J. S. (n.d.). An overview of the Grid. Retrieved from <https://assets.td.org/m/7483aa803f5f39f3/original/An-Overview-of-the-Grid.pdf>
7. Van Seters, D. A., & Field, R. H. G. (1990). The evolution of leadership theory. *Journal of Organizational Change Management*, 3(3), 29–45. <https://doi.org/10.1108/09534819010142139>
8. Benmira, S., & Agboola, M. (2021). Evolution of leadership theory. *BMJ Leader*, 5(1), 3–5. <https://doi.org/10.1136/leader-2020-000296>
9. Figueroa, C. A., Harrison, R., Chauhan, A., & Meyer, L. (2019). Priorities and challenges for health leadership and workforce management globally: A rapid review. *BMC Health Services Research*, 19, Article 239. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4080-7>
10. Ilyas, S. A. (2021). Complexity in healthcare: Emerging challenges for healthcare leadership roles. *International Journal of Creative Research Thoughts (IJCRT)*, 9(9), 530–538. <https://ijcrt.org/papers/IJCRT2109388.pdf>

11. Vozár, M. (2024). The Role of Spiritual Values in Social Work – The Context of Sustainability. *Clinical Social Work and Health Intervention*, 15(1), 85–90.
12. Гонєвіч, К., Буркл, Ф., Джус, М., & Хоррам-Манеш, А. (2023). Криза в системі охорони здоров'я України: стійкі стратегії навігації конфліктом і відновлення стійкого майбутнього. *Sustainability*, 15(15), 11602. <https://doi.org/10.3390/su151511602>
13. Khalaf, K., El-Kishawi, R., Moufti, M. A., & Al Kawas, S. (2020). Introducing a competency-based dental curriculum in a public university in the United Arab Emirates: A pilot study. *BMC Medical Education*, 20(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02288-x>
14. Kivunuka, F., Nanyonjo, R. K., Sack-Dankoski, N., Muwanguzi, P. A., & Kvist, T. (2021). Стили керівництва медсестринством та їх вплив на показники якості відділень інтенсивної терапії: інтегративний огляд. *Журнал медсестринського менеджменту*, 29(2), 133–142.
15. Bwalya, A. (2023). Стили керівництва. *Глобальний науковий журнал*, 11(8).
16. Kumar, R., & Sharma, P. (2024). Leadership Styles and Their Impact on Organizational Performance: A Study of Indian SMEs. *International Journal of Scientific Research and Analysis*, 11(4), 45–52. <https://ijsra.net/sites/default/files/IJSRA-2024-0271.pdf>
17. Kovalenko, O., & Melnyk, V. (2024). Transformational Leadership in the Context of Organizational Change: Evidence from Ukrainian Enterprises. *Health Economics and Management Review*, 3(1), 15–22. <https://armgpublishing.com/journals/hem/volume-3-issue-1/article-2/>
18. Кабінет Міністрів України. (2017). Про затвердження Порядку перетворення закладів охорони здоров'я у комунальні некомерційні підприємства: Постанова № 1077. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1077-2017-п>
19. Міністерство охорони здоров'я України. (2020). Методичні рекомендації щодо організації роботи керівника КНП. Retrieved from https://moz.gov.ua/uploads/1/25215-metodychni_rekomendacii_dlja_kerivnykiv_knp.pdf

20. Проєкт USAID "Підтримка реформи охорони здоров'я". (2021). Автономізація медичних закладів: досвід, виклики та уроки. Retrieved from <https://www.healthreform.in.ua/autonomy>
21. Рахункова палата України. (2022). Звіт про результати аудиту ефективності використання бюджетних коштів, виділених закладам охорони здоров'я в умовах контрактування з НСЗУ. Retrieved from https://rp.gov.ua/upload/files/Activity/Collegium/2022/11-1_2022/Zvit_11-1_2022.pdf
22. Transparency International Ukraine. (2021). Фінансова прозорість лікарень: аналітичний звіт. Retrieved from <https://ti.ukraine.org/research/final-report-hospital-transparency/>
23. USAID Health Reform Support. (2021). Фінансова автономія медичних закладів: аналітична записка. Retrieved from <https://www.healthreform.in.ua/uploads/files/1637073093-usaid-avtonomiya.pdf>
24. Центр громадського моніторингу та контролю. (2020). Як працює публічна звітність лікарень? Аналіз дотримання вимог Закону України «Про доступ до публічної інформації». Retrieved from <https://control.org.ua/yak-pratsiuie-publichna-zvitnist-likaren/>
25. VoxUkraine. (2020). Справжня автономія? Як змінилися лікарні після реформування у КНП. Retrieved from <https://voxukraine.org/avtonomizatsiya-likaren-shho-zminylosya-pislya-reformy/>
26. Київська міська клінічна лікарня №10. (2024). Стратегічний план розвитку на 2024–2026 роки. Київська міська клінічна лікарня №10. Retrieved from [https://kyivaudit.gov.ua/vr/ka/company.nsf/0/77E3BB6AE02A03D3C225876F0026773E/\\$file/стратегічний%20план.pdf](https://kyivaudit.gov.ua/vr/ka/company.nsf/0/77E3BB6AE02A03D3C225876F0026773E/$file/стратегічний%20план.pdf)
27. Львівська обласна військова адміністрація. (2024, серпень 6). Львівська обласна клінічна лікарня з комунальної переходить у державну власність: на базі закладу створять університетську лікарню. Retrieved from <https://loda.gov.ua/news/111735>
28. Дніпропетровська обласна рада. (2023, квітень 10). Протокол №12 від 10.04.2023 року. Retrieved from <https://oblrada.dp.gov.ua/wp-content/uploads/2023/04/ПРОТОКОЛ-№-12-от-10.04.23-року.doc>

29. Міністерство охорони здоров'я України. (2021, 8 березня). Прагнемо до гендерної рівності у сфері охорони здоров'я. <https://moz.gov.ua/uk/pragnemo-do-gendernoi-rivnosti-u-sferi-ohoroni-zdorovja>
30. Центр соціальних даних. (2017). Жінки та чоловіки на керівних посадах в Україні: відкриті дані ЄДРПОУ. <https://socialdata.org.ua/edrrou-gender/>
31. Єдина державна електронна база з питань освіти. (2025). *Вступ 2025: електронний кабінет вступника*. <https://vstup.edbo.gov.ua/>
32. Вища школа безперервного професійного розвитку. (2024). Успішний управлінець закладу охорони здоров'я – 2025. MedPlatforma. <https://medplatforma.com.ua/article/15696-navchalna-programa-uspishniy-upravlinets-zakladu-okhoroni-zdorovya-2023>
33. Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика. (2024). Лідерство та управління в охороні здоров'я в умовах сучасних викликів. UCFM. https://ucfm.com.ua/learning_process/liderstvo-ta-upravlinnya-v-okhoroni-zdorovya-v-umovah-suchasnih-viklikiv-78-godin-dvotizhneviy-50-baliv-bpr.htm
34. Національний медичний університет імені О. О. Богомольця. (2024). У НМУ стартувала сертифікатна програма для управлінців закладами охорони здоров'я. <https://nmuofficial.com/news/u-nmu-vpershe-startovala-sertyfikatna-programa-dlya-upravlintsiv-zakladamy-okhorony-zdorov-ya/>
35. Асоціація міст України. (2023). Навчальна програма «Leaders for Health» для управлінців медичної галузі. <https://auc.org.ua/novyna/navchalna-programa-leaders-health-dlya-upravlinciv-medychnoyi-galuzi>
36. MedPlatforma. (2023). 9 програм підвищення кваліфікації для керівника медзакладу. <https://medplatforma.com.ua/news/3409-9-program-pdvishchennya-kvalfkats-dlya-kervnika-medzakladu>
37. NHS Leadership Academy. (2011). Leadership Framework. NHS Institute for Innovation and Improvement. Отримано з <https://www.leadershipacademy.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/11/Leadership-Framework.pdf>

38. Canadian College of Health Leaders. (n.d.). The LEADS Framework. Отримано з <https://cchl-ccls.ca/pld-leads/the-leads-framework/>
39. Canadian College of Health Leaders. (n.d.). The LEADS Framework. Retrieved May 21, 2025, from <https://cchl-ccls.ca/pld-leads/the-leads-framework/>
40. LEADS Global. (n.d.). The LEADS Framework. Retrieved May 21, 2025, from <https://www.leadsglobal.ca/leads-framework/>
41. NHS Leadership Academy. (n.d.). The Edward Jenner Programme. Отримано з <https://www.leadershipacademy.nhs.uk/programmes/the-edward-jenner-programme/>
42. NHS Leadership Academy. (n.d.). The Mary Seacole Programme. Отримано з <https://www.healthcareers.nhs.uk/career-planning/career-planning/developing-your-health-career/nhs-leadership-academy>
43. NHS Leadership Academy. (n.d.). The Nye Bevan Programme. Отримано з <https://www.leadershipacademy.nhs.uk/programmes/nye-bevan-programme/>
44. Canadian College of Health Leaders. (n.d.). The LEADS Framework. Отримано з <https://cchl-ccls.ca/pld-leads/the-leads-framework/>
45. Canadian College of Health Leaders. (n.d.). LEADS Leadership Foundations Online Program. Отримано з <https://cchl-ccls.ca/programs/leads-leadership-foundations-online-program/>
46. Kaiser Permanente International. (n.d.). Programs for Health Care Leaders. Отримано з <https://international.kaiserpermanente.org/programs/>
47. Kaiser Permanente Nurse Scholars Academy. (n.d.). Leadership Development. Отримано з <https://nursescholars.kaiserpermanente.org/program/leadership-development/>
48. Kaiser Permanente. (n.d.). Administrative Fellowship Program. Отримано з <https://adminfellowship.kp.org/program/>
49. NHS Leadership Academy. (n.d.). Coaching and Mentoring. Отримано з <https://www.leadershipacademy.nhs.uk/programmes/coaching-and-mentoring/>
50. Canadian College of Health Leaders. (n.d.). National Mentorship Program. Отримано з <https://cchl-ccls.ca/tools-and-services/national-mentorship-program-2/>

51. The Healthcare Leadership Academy. (n.d.). Healthcare Leadership and Mentoring Program. Отримано з <https://www.vardensledarskapsakademi.se/en/leadership-and-mentoring-programme/>
52. Kaiser Permanente Nurse Scholars Academy. (n.d.). Developing a Culture of Mentoring. Отримано з <https://nursingncal.kaiserpermanente.org/developing-a-culture-of-mentoring/>
53. Canadian Institute for Health Information. (2013). A Performance Measurement Framework for the Canadian Health System. https://secure.cihi.ca/free_products/HSP_Framework_Technical_Report_EN.pdf
54. Health Canada. (n.d.). Accountability, Performance and Financial Reporting. <https://www.canada.ca/en/health-canada/corporate/about-health-canada/accountability-performance-financial-reporting.html>
55. van de Bovenkamp, H. M., & Zuiderent-Jerak, T. (2015). Accountability in healthcare in the Netherlands: A scoping review. *Health Policy*, 119(3), 313–320. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.12.006>
56. van Ineveld, M., van de Bovenkamp, H., & Bal, R. (2014). To what degree is the governance of Dutch hospitals orientated towards quality improvement? *Health Policy*, 116(2-3), 181–188. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.11.004>
57. Queensland Health. (2024). Performance and Accountability Framework. https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0033/1159917/Performance-and-Accountability-Framework.pdf
58. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2017). National Model Clinical Governance Framework. <https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/clinical-governance/national-model-clinical-governance-framework>
59. Public Health Agency of Sweden. (n.d.). Public Health Reporting. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/the-public-health-agency-of-sweden/public-health-reporting/>
60. Anell, A., Glenngård, A. H., & Merkur, S. (2023). Sweden: Health system review 2023. European Observatory on Health Systems and Policies. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/sweden-health-system-review-2023>

61. Public Health Agency of Sweden. (2018). Towards a good and equitable health: National public health policy report. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/bb50d995b033431f9574d61992280e61/towards-good-equitable-health.pdf>
62. Nilunger, L., Lehto, J., & Östlin, P. (2006). Window of opportunity for intersectoral health policy in Sweden—open, half-open or half-shut? *Health Promotion International*, 21(1), 16–25. <https://doi.org/10.1093/heapro/dai025>
63. Public Health Agency of Canada. (2023). Overview: The Intersectoral Action Fund. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/funding-opportunities/grant-contribution-funding-opportunities/call-for-applications-intersectoral-action-fund/overview.html>
64. National Collaborating Centre for Determinants of Health. (2015). Intersectoral collaboration to address health equity: A curated list. <https://nccdh.ca/resources/entry/intersectoral-collaboration-to-address-health-equity-a-curated-list>
65. World Health Organization. (2024). New WHO collaborating centre in Finland to focus on health in all policies and social determinants of health. <https://www.who.int/europe/news/item/30-05-2024-new-who-collaborating-centre-in-finland-to-focus-on-health-in-all-policies-and-social-determinants-of-health>
66. National Institute for Health and Welfare. (n.d.). Intersectoral collaboration. <https://thl.fi/en/topics/management-of-health-and-wellbeing-promotion/management-of-wellbeing/practices/health-in-all-policies/introduction/intersectoral-collaboration>
67. Gauld, R. (2014). Steps towards more integrated care in New Zealand: a general practice perspective. *International Journal of Integrated Care*, 14, e002. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6172663/>
68. Ministry of Health. (2005). Intersectoral Community Action for Health (ICAH) Evaluation: An Overview. <https://thehub.sia.govt.nz/assets/Intersectoral-Community-Action-for-Health-ICAH-Evaluation-An-Overview.pdf>
69. NHS England. (2021). Clinical leadership – a framework for action. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/08/clinical-leadership-framework.pdf>

70. UK Research and Innovation. (n.d.). Strategy Advisory Panels (SAP). <https://www.ukri.org/who-we-are/bbsrc/board-and-panel-membership/strategy-advisory-panels/>
71. OECD. (2022). Towards an Integrated Health Information System in the Netherlands. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2022/02/towards-an-integrated-health-information-system-in-the-netherlands_72e82a0a/a1568975-en.pdf
72. van de Bovenkamp, H. M., & Zuiderent-Jerak, T. (2015). Accountability in healthcare in the Netherlands: A scoping review. *Health Policy*, 119(3), 313–320. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.12.006>
73. Norwegian Ministry of Health and Care Services. (2024). Norway: Health system summary 2024. <https://ticaret.gov.tr/data/5b8a43355c7495406a227616/Norway-%20Health%20system%20summary%202024.pdf>
74. Donor Tracker. (2024, November 4). Expert committee recommends renewed, strategic approach for Norway's global health engagement. https://donortracker.org/policy_updates?policy=expert-committee-recommends-a-renewed-and-strategic-approach-to-norway-s-global-health-engagement
75. Петрашик, Ю. М., Трущенко, Л. В., & Повражек, І. В. (2024). Особливості формування лідерських якостей фахівців у сфері охорони здоров'я та менеджерів охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*, (2), 82–89. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2024.2.14792>
76. Автор(и) невідомі. (2021). Особливості організаційної побудови системи управління санаторно-курортним закладом. *Маркетинг і інфраструктура*, (58), 82–89. http://market-infr.od.ua/journals/2021/58_2021/14.pdf
77. Shvindina, H., Veckalne, R., Balahurovska, I., & Khrin, N. (2022). Development features and directions of modern management: In the case of Ukrainian health care institutions. *Health Economics and Management Review*, 1, 19–24. <https://doi.org/10.21272/hem.2022.1-02>
78. Aarons, G. A., Ehrhart, M. G., & Farahnak, L. R. (2014). The implementation leadership scale (ILS): Development of a brief measure of unit level

implementation leadership. Implementation Science, 9, Article 45.
<https://doi.org/10.1186/1748-5908-9-45>

79. Автор(и) невідомі. (2023). Implementation of international quality standards in the healthcare sector: Challenges and prospects. Three Seas Economic Journal, 5(2), 70–76. <https://doi.org/10.30525/2661-5150/2023-2-12>

80. Хомич, О. (2023). Зарубіжний досвід розвитку лідерства для України (на прикладі Німеччини та Польщі). Аспекти публічного управління, 11(4), 82–89. <https://aspects.org.ua/index.php/journal/article/view/822/800>

81. Healthcare Manager Salaries. Glassdoor [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.glassdoor.com/Salaries>

82. Міністерство охорони здоров'я України. Офіційний вебсайт [Електронний ресурс] // МОЗ України. – Режим доступу: <https://moz.gov.ua/>