

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

БОРИСЮК МАРІЯ ОЛЕГІВНА

Керівництво та лідерство в закладі охорони здоров'я

спеціальність 073 «Менеджмент»
освітньо-професійна програма
«Менеджмент закладів охорони здоров'я»

Кваліфікаційна робота

Виконала студентка групи МЗОЗзм-21
Борисюк Марія Олегівна

Науковий керівник:
д.е.н., професор Мельник Алла Федорівна

ТЕРНОПІЛЬ – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ КЕРІВНИЦТВА ТА ЛІДЕРСТВА В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	8
1.1. Сутність, роль та значення керівництва в системі управління закладом охорони здоров'я	8
1.2. Теоретичні підходи та моделі лідерства у сфері охорони здоров'я	16
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СИСТЕМИ КЕРІВНИЦТВА ТА ЛІДЕРСТВА В КНП «БІЛЬЧЕ-ЗОЛОТЕЦЬКА ОБЛАСНА ЛІКАРНЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІМ. Г.В. ВЕРШИГОРИ» ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ.....	23
2.1. Організаційно-структурна характеристика досліджуваного закладу охорони здоров'я	23
2.2. Оцінювання стилю керівництва в досліджуваному закладі охорони здоров'я	31
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ СТИЛІВ КЕРІВНИЦТВА ТА ЛІДЕРСТВА В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	40
3.1. Розвиток коучінгового стилю керівництва в закладі охорони здоров'я	40
3.2. Впровадження моделі сервісного лідерства в закладі охорони здоров'я	46
ВИСНОВКИ.....	54
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	58

ВСТУП

Актуальність проблеми. Сучасний етап реформування системи охорони здоров'я України характеризується значною динамікою організаційних, фінансових та управлінських змін, що зумовлює підвищення вимог до ефективності керівництва в медичних закладах. Запровадження програми медичних гарантій, розвиток електронної системи охорони здоров'я, стандартизація послуг, посилення конкуренції між надавачами медичної допомоги та зростання очікувань пацієнтів щодо якості обслуговування формують нові виклики для управлінців. У цих умовах традиційні адміністративно-командні моделі управління поступово втрачають результативність, поступаючись місцем сучасним лідерським підходам, що ґрунтуються на комунікації, партнерстві, розвитку персоналу, сервісній орієнтації та відповідальності. Це актуалізує необхідність дослідження стилів керівництва та визначення їх впливу на функціонування медичних організацій, які прагнуть забезпечити стабільну якість медичних послуг, підвищити довіру пацієнтів і сформувати ефективну команду.

Особливої важливості питання лідерства набувають у сфері медичної реабілітації, яка є складовою сучасної моделі надання медичної допомоги. Реабілітаційний процес передбачає довготривалу роботу мультидисциплінарних команд, потребує високого рівня внутрішньої координації, етичності, психологічної підтримки та сервісної взаємодії з пацієнтами. У таких умовах стиль керівництва визначає не лише організацію роботи персоналу, а й результативність міжпрофесійної взаємодії, якість прийняття рішень, атмосферу довіри та здатність медичного закладу адаптуватися до змін. Недостатня увага до розвитку лідерського потенціалу, низький рівень комунікаційної культури, елементи директивності та відсутність сервісного підходу можуть негативно позначатися на ефективності реабілітаційного процесу. Тому дослідження стилів керівництва та шляхів їх удосконалення є актуальним напрямом сучасної науки та практики менеджменту охорони здоров'я, що має важливе значення для забезпечення

сталого розвитку медичних організацій і підвищення якості надання медичних послуг.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Проблематика професійної компетентності керівників закладів охорони здоров'я, особливостей їх управлінської підготовки та розвитку лідерських якостей знайшла висвітлення у працях багатьох дослідників, серед яких М. Банчук, М. Білинська, І. Бедрик, Ю. Вороненко, Т. Курило, В. Майборода, В. Москаленко, Р. Блейк, Д. Ваттен та інші. У їхніх роботах розкрито сутність лідерства, наведено підходи до класифікації стилів керівництва, визначено критерії їх вибору залежно від типу організації та особливостей управлінської діяльності.

Різні аспекти формування управлінської еліти в організаціях, зокрема в охороні здоров'я, досліджували М. Асламова, Н. Гончарук, А. Гошко, Л. Кайдалова, Н. Кривокульська, А. Мельник, Т. Федорів, М. Шкільняк, Г. Щекін та інші науковці. Їхні праці охоплюють питання розвитку професійних, етичних і соціально-психологічних характеристик керівників, що дає змогу комплексно досліджувати моделі ефективного управління в медичній сфері. Узагальнення результатів цих досліджень підтверджує зростаючу роль лідерства як ключового чинника підвищення ефективності діяльності закладів охорони здоров'я в умовах сучасних викликів.

Метою кваліфікаційної роботи є поглиблення теоретичних засад та обґрунтування практичних рекомендацій щодо удосконалення стилів керівництва і лідерства в закладах охорони здоров'я в умовах сучасних управлінських, соціальних та організаційних викликів.

Для досягнення поставленої мети у роботі визначено та вирішено такі **завдання:**

- розкрити теоретичну сутність керівництва та лідерства в системі охорони здоров'я, охарактеризувати їх роль та функціональне значення для ефективності діяльності медичних організацій;

- проаналізувати сучасні наукові підходи та моделі лідерства, зокрема поведінкові, ситуаційні, сервісні та коучингові концепції, та визначити їх

релевантність для медичної сфери;

- здійснити комплексну характеристику організаційної, структурної та функціональної побудови закладу охорони здоров'я, визначити ключові підрозділи, їхні управлінські зв'язки та особливості взаємодії, а також виявити специфіку організації роботи та основні напрями діяльності досліджуваного закладу охорони здоров'я;

- провести оцінювання діючої системи керівництва та лідерства в досліджуваному закладі охорони здоров'я, дослідити управлінські практики керівників різних рівнів та визначити сильні й проблемні сторони їх стилів;

- обґрунтувати можливості впровадження коучингового стилю керівництва, визначити умови, механізми та очікувані результати його застосування у медичному закладі;

- розробити дорожню карту впровадження сервісного лідерства, визначити ключові етапи, інструменти та управлінські дії, що сприятимуть формуванню пацієнт-орієнтованої та етичної культури.

Для дослідження стилів керівництва та лідерських моделей у закладі охорони здоров'я в роботі використано **комплекс методів наукового пізнання**, що забезпечили всебічність і глибину аналізу. Зокрема застосовано:

- методи теоретичного узагальнення та аналізу літературних джерел – для систематизації наукових підходів до трактування сутності керівництва та лідерства, визначення їх класифікацій, функцій і моделей, а також для дослідження світового та вітчизняного досвіду управління в медичних організаціях;

- методи системного і структурно-функціонального аналізу – для визначення особливостей організаційної побудови закладу охорони здоров'я, ролі керівників різних рівнів, специфіки їх управлінських функцій та взаємозв'язку між структурними підрозділами;

- соціологічні методи (анкетування і опитування) – для оцінювання стилів керівництва директора, медичного директора та керівників структурних підрозділів, виявлення рівня задоволеності працівників і пацієнтів

управлінською поведінкою та визначення сильних і проблемних сторін у системі лідерства;

– методи порівняльного аналізу – для зіставлення ефективності різних управлінських стилів та визначення їх відповідності вимогам сучасної медичної організації;

– методи графічної візуалізації (діаграми, таблиці, схеми) – для наочного відображення результатів оцінювання стилів керівництва, узагальнення аналітичних даних і формування дорожньої карти удосконалення лідерських практик;

– методи прогнозування та моделювання – для розроблення пропозицій щодо впровадження коучингового та сервісного лідерства, визначення очікуваних результатів у контексті стратегічного розвитку закладу.

Застосування комплексу цих методів забезпечило цілісне й обґрунтоване дослідження проблеми ефективного керівництва та лідерства в закладі охорони здоров'я та дало можливість сформулювати науково виважені рекомендації щодо їх удосконалення.

Об'єктом дослідження у кваліфікаційній роботі є процес керівництва та лідерства в закладах охорони здоров'я, що охоплює управлінські взаємодії між керівниками різних рівнів і персоналом медичної організації.

Предметом дослідження є стилі керівництва, лідерські моделі та механізми їх впливу на ефективність управління, якість взаємодії персоналу та результативність діяльності закладів охорони здоров'я.

Наукова новизна дослідження полягає в узагальненні та поглибленні теоретичних підходів до керівництва й лідерства в медичних організаціях, а також у розробленні комплексної системи практичних рішень щодо впровадження коучингового та сервісного стилів управління, спрямованих на підвищення ефективності командної роботи, розвиток лідерського потенціалу керівників і формування сервісно орієнтованої управлінської культури. Дослідження також доповнено соціологічною оцінкою управлінської поведінки керівників, що дозволило виявити реальні проблемні зони та

сформувати нові підходи до удосконалення їх управлінських компетентностей.

Практичне значення результатів дослідження полягає у розробленні прикладних рекомендацій щодо удосконалення стилів керівництва та впровадження сучасних лідерських моделей у закладах охорони здоров'я, зокрема коучингового та сервісного лідерства. Запропоновані підходи можуть бути використані керівниками державних, комунальних і приватних медичних закладів для: підвищення якості управлінських процесів; зміцнення командної взаємодії; розвитку персоналу; формування пацієнт-орієнтованої сервісної культури; удосконалення внутрішньої комунікації та етичних стандартів. Отримані результати мають практичну цінність і можуть бути впроваджені в діяльність будь-яких реабілітаційних, амбулаторних та стаціонарних медичних установ.

Апробація. За результатами дослідження опубліковано 2 тез доповідей: на тему «Сучасні моделі керівництва та лідерства» у збірнику тез доповідей VI Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів» (м. Збараж, 15 травня 2025 року) [4] та на тему «Керівництво та лідерство в закладі охорони здоров'я» у збірнику тез доповідей Наукової конференції молодих вчених, аспірантів та студентів кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу «Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні» (м. Тернопіль, 27 листопада 2025 року) [5].

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ КЕРІВНИЦТВА ТА ЛІДЕРСТВА В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутність, роль та значення керівництва в системі управління закладом охорони здоров'я

Керівництво в закладі охорони здоров'я є ключовим елементом системи управління, що забезпечує узгодженість дій персоналу, досягнення стратегічних цілей та ефективне функціонування усіх підрозділів. У контексті сучасних викликів, таких як: реформування медичної системи, зростання конкуренції між медичними закладами, цифрової трансформації, потреби у високій якості медичних послуг, роль керівника лише посилюється. На відміну від інших секторів економіки, керівництво в сфері охорони здоров'я має свої специфічні риси, пов'язані з високим рівнем відповідальності, регламентованістю діяльності, етичними вимогами, життєво важливим значенням рішень та необхідністю належного реагування в умовах невизначеності (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Специфічні риси керівництва у сфері охорони здоров'я

Специфічна риса	Сутність та особливості прояву в діяльності керівника закладу охорони здоров'я
1	2
Високий рівень відповідальності	Керівник відповідає не лише за організаційні процеси, а й за якість медичних послуг, життя та безпеку пацієнтів; управлінські рішення мають клінічні наслідки.
Регламентованість діяльності	Управління здійснюється в умовах жорсткого державного регулювання: ліцензійні умови, стандарти НСЗУ, клінічні протоколи, вимоги акредитації.
Етичний вимір управління	Рішення керівника мають відповідати нормам медичної етики, деонтології, принципам справедливості, конфіденційності та поваги до прав пацієнтів.
Робота в умовах високої невизначеності та стресу	Медична сфера характеризується частими кризами, фор-мажорами, кадровими та клінічними ризиками; керівник повинен швидко реагувати на непередбачені ситуації.
Необхідність міждисциплінарної взаємодії	Керівник координує роботу лікарів, медсестер, технічного персоналу, адміністрації, що потребує високих комунікативних і лідерських навичок.
Підвищена соціальна	Діяльність закладу впливає на здоров'я громади, рівень довіри

1	2
відповідальність	населення, якість життя та соціальну стабільність регіону.
Залежність від ресурсних обмежень	Часто бракує фінансування, кадрів, обладнання; керівник повинен приймати оптимізаційні рішення та забезпечувати раціональний розподіл ресурсів.
Необхідність цифрової трансформації	Впровадження електронних медичних систем, телемедицини, цифрового документообігу вимагає управлінської гнучкості та технологічної компетентності.

Примітка. Ідентифіковано та систематизовано на основі [14; 29]

Сутність керівництва полягає у «свідомому, цілеспрямованому впливі керівника на підлеглих з метою забезпечення їх ефективної діяльності, формування необхідної поведінки та створення умов для досягнення цілей закладу охорони здоров'я» [8]. Керівництво виступає «процесом координації людських, матеріальних, фінансових і інформаційних ресурсів, забезпечує організацію роботи медичного персоналу, підтримання професійної дисципліни, дотримання клінічних протоколів і стандартів, раціональне використання ресурсів та належний рівень взаємодії всіх структурних підрозділів» [40].

Роль керівництва в медичних установах визначається комплексом функцій, що включають планування діяльності, організацію роботи, мотивацію персоналу, контроль за виконанням завдань, управління ризиками, конфліктами, кадровою політикою та зовнішніми комунікаціями (табл. 3.2). Особливістю є постійне балансування між адміністративними, економічними, клінічними та соціальними аспектами управління. Керівник закладу не лише організовує роботу медичного персоналу, але й відповідає за якість медичних послуг, дотримання прав пацієнтів, безпеку медичного середовища та формування довіри з боку громади.

Важливою характеристикою керівництва в охороні здоров'я є високий рівень регулювання управлінських процесів. Діяльність керівника обмежується законодавством, нормативно-правовими актами, ліцензійними умовами, стандартами акредитації, протоколами лікування та вимогами Національної служби здоров'я України. У зв'язку з цим керівництво повинно

поєднувати стратегічне бачення розвитку закладу з чітким дотриманням установлених правил.

Таблиця 1.2

Основні управлінські функції керівника закладу охорони здоров'я та їх зміст

Функція керівництва	Зміст та особливості реалізації в закладі охорони здоров'я
Планування	Визначення стратегічних та оперативних цілей розвитку закладу охорони здоров'я, прогнозування потреб у ресурсах, формування планів медичних послуг, узгодження планів із вимогами НСЗУ.
Організація	Створення ефективної організаційної структури, розподіл повноважень і відповідальності, налагодження взаємодії між структурними підрозділами, оптимізація робочих процесів.
Мотивація	Забезпечення професійного розвитку персоналу, формування систем матеріальної та нематеріальної мотивації, профілактика професійного вигорання, підтримка командної роботи.
Контроль	Моніторинг якості медичних послуг, контроль за дотриманням клінічних протоколів, оцінювання результативності персоналу, забезпечення медичної безпеки та відповідності стандартам.
Регулювання та координація	Оперативне реагування на відхилення в діяльності, коригування планів, управління ризиками, забезпечення узгодженості дій підрозділів та медичних бригад.
Комунікації	Побудова ефективної внутрішньої та зовнішньої комунікації, взаємодія з пацієнтами, громадськістю, НСЗУ, засновником; формування позитивного іміджу закладу.

Примітка. Ідентифіковано та систематизовано на основі [14; 29]

Керівництво виконує також важливу інтегративну функцію – «об'єднує різні категорії персоналу, зокрема лікарів, медичних сестер, молодший медичний персонал, адміністрацію, технічні служби, забезпечує формування командної взаємодії, що є критично важливою для якості медичних послуг та безпеки пацієнтів» [43]. У медичній сфері персонал часто працює в умовах стресу, високої відповідальності, дефіциту часу, що потребує від керівника не лише адміністративних, але й соціально-психологічних навичок: уміння мотивувати, підтримувати, попереджувати конфлікти, створювати сприятливий мікроклімат у колективі.

Сучасні наукові підходи до керівництва у сфері охорони здоров'я підкреслюють вирішальне значення здатності керівників до прийняття рішень у складних та нестандартних ситуаціях, управління ризиками, забезпечення

якості медичних послуг і впровадження інновацій. Керівник закладу «виступає ключовою фігурою у процесах цифрової трансформації, адже саме він визначає напрямки впровадження електронних медичних систем, оптимізації документообігу, телемедичних технологій та інших інструментів, що сприяють підвищенню ефективності роботи установи» [8].

Не менш важливою є комунікативна функція керівництва. Керівник представляє заклад у відносинах із засновником, Національною службою здоров'я України, іншими медичними установами, органами місцевого самоврядування, громадськістю та пацієнтами. Від ефективності цих комунікацій залежить імідж закладу, можливості для його розвитку, доступ до ресурсів та партнерств. У сучасних умовах особливого значення набуває відкритість, прозорість діяльності керівництва та орієнтація на потреби пацієнтів.

Значення керівництва також проявляється у впливі на процеси стратегічного розвитку закладу охорони здоров'я. Керівник має визначати «довгострокові цілі, формувати стратегічні пріоритети, забезпечувати раціональне використання ресурсів, створювати умови для підвищення кваліфікації персоналу та запровадження інструментів управління якістю» [39]. У цьому контексті роль керівника як стратегічного візіонера є однією з ключових умов конкурентоспроможності та сталого функціонування медичної установи.

Ще одним важливим аспектом є етичний вимір керівництва. Керівник має забезпечувати дотримання норм професійної етики, конфіденційності, принципів деонтології, прав пацієнтів та високих стандартів медичної діяльності. Етичні порушення у сфері охорони здоров'я суттєво підривають довіру до закладу та мають серйозні наслідки для його репутації.

У табл. 1.3 систематизовано основні напрями відповідальності керівника закладу охорони здоров'я та їх зміст.

У практиці сучасних медичних закладів керівництво функціонує як постійний процес узгодження та синхронізації великої кількості управлінських

дій. Значну частину часу керівника займає організація внутрішньої взаємодії між підрозділами, оскільки лікувальний процес є командним і базується на злагодженій роботі фахівців різних спеціальностей. У щоденному режимі здійснюються оперативні наради, засідання мультидисциплінарних груп, погодження графіків, маршрутів пацієнтів, діагностичних та лабораторних досліджень. Керівник координує ці процеси, щоб уникнути затримок, неузгодженостей, дублювання чи перевантаження персоналу.

Таблиця 1.3

Основні напрями відповідальності керівника закладу охорони здоров'я

Напрямок відповідальності	Зміст та особливості реалізації
Клінічна відповідальність	Організація надання медичної допомоги належної якості, дотримання клінічних протоколів, стандартів лікування, інфекційного контролю та безпеки пацієнтів.
Організаційна відповідальність	Формування ефективної структури закладу, розподіл повноважень, налагодження роботи підрозділів, упровадження внутрішніх регламентів.
Кадрова відповідальність	Підбір, розвиток і мотивація персоналу, формування кадрового резерву, профілактика професійного вигорання, створення позитивного мікроклімату.
Фінансово-економічна відповідальність	Раціональне використання фінансових ресурсів, контроль за витратами, забезпечення фінансової стабільності, виконання вимог і договорів з НСЗУ.
Правова відповідальність	Дотримання законодавства у сфері охорони здоров'я, трудового й фінансового законодавства, мінімізація юридичних ризиків, коректне ведення документації.
Етична та соціальна відповідальність	Дотримання принципів медичної етики і деонтології, повага до прав пацієнтів, забезпечення конфіденційності та формування довіри громади.
Стратегічна відповідальність	Формування стратегічних цілей розвитку закладу, прийняття управлінських рішень, що впливають на конкурентоспроможність і якість медичних послуг.
Комунікаційна відповідальність	Взаємодія із засновником, НСЗУ, органами влади, партнерами та громадськістю; забезпечення прозорості діяльності та внутрішніх комунікацій.

Примітка. Ідентифіковано та систематизовано на основі [36; 38; 40]

У закладах охорони здоров'я дедалі більше значення має використання управлінської інформації. Керівники постійно працюють із даними: «статистикою звернень, показниками летальності, ускладнень, госпіталізацій, тривалості перебування в стаціонарі, рівнем виконання пакетів НСЗУ» [47].

Регулярно аналізуються причини зміни показників, визначаються тенденції, проводиться порівняння з іншими періодами або закладами. На основі цих даних ухвалюються рішення щодо розподілу навантаження, зміни організації роботи відділень, потреби у додаткових кадрах або обладнанні. Таким чином, управлінська діяльність керівника ґрунтується на фактичних даних, що дозволяє забезпечити об'єктивність та ефективність управлінських рішень (табл. 1.4).

Таблиця 1.4

Ключові напрями управлінської діяльності керівника закладу охорони здоров'я в сучасних умовах

Напрямок управлінської діяльності	Характеристика та приклади реалізації в поточній практиці
Внутрішня координація підрозділів	Щоденна організація взаємодії між клінічними, діагностичними та адміністративними службами; проведення оперативних нарад, погодження графіків роботи, маршрутів пацієнтів, розподіл навантаження.
Управління інформацією та показниками діяльності	Аналіз статистики звернень, госпіталізацій, летальності, тривалості перебування; моніторинг виконання пакетів НСЗУ; ухвалення рішень на основі динаміки показників.
Організація цифрових процесів	Використання ЕСОЗ, електронних медичних записів, направлень і лікарняних; контроль коректності внесення даних; вирішення технічних збоїв і помилок.
Робота із зверненнями пацієнтів	Розгляд скарг, подяк і пропозицій; організація комісій, зустрічей із пацієнтами; ухвалення рішень для покращення сервісу та організації роботи.
Зовнішні інституційні комунікації	Взаємодія із засновником, органами влади, НСЗУ та іншими медичними закладами; підготовка звітів; участь у робочих зустрічах і акредитаційних процедурах.
Матеріально-технічне забезпечення	Контроль стану обладнання; організація ремонтів; визначення пріоритетів закупівель; участь у тендерних процедурах; логістика медикаментів.
Організація документообігу	Контроль виконання наказів, положень, протоколів; забезпечення ведення журналів, актів і звітів; дотримання вимог законодавства.
Оперативне та антикризове реагування	Прийняття рішень у випадку різкого зростання звернень, аварій, кадрових змін; організація резервних схем роботи; мобілізація персоналу.

Примітка. Ідентифіковано та систематизовано на основі [2; 36; 38]

Окремий блок управлінської роботи пов'язаний із цифровими процесами. Впровадження електронної системи охорони здоров'я, електронних медичних карток, онлайн-напрямків та електронних лікарняних

змінює спосіб організації роботи всього закладу. Керівник відповідає за контроль коректності внесення даних, оновлення інформації, дотримання вимог НСЗУ до електронної звітності. У практиці закладів «нерідко виникають ситуації, коли потрібно оперативно реагувати на технічні збої, помилки в електронній документації або недотримання протоколів заповнення, що також входить у щоденну роботу керівництва» [6]. Цифровізація підсилює роль керівника як координатора та контролера інформаційних потоків.

Управлінська діяльність керівника включає також постійну взаємодію з пацієнтами та їхніми родинами. У медичних закладах надходять звернення, скарги, пропозиції, подяки, і керівник бере участь у їх розгляді. Організуються комісії, проводяться зустрічі з пацієнтами, аналізуються причини незадоволеності або, навпаки, позитивного досвіду. Цей вид діяльності формує уявлення про потреби населення, дозволяє визначити слабкі місця в роботі та забезпечує прозорість системи управління. Взаємодія з пацієнтами є невід'ємним елементом сучасної культури закладу, де керівник виступає не лише адміністратором, а й представником медичного закладу у публічному просторі.

У межах щоденної роботи керівника значну роль відіграють зовнішні комунікації. Заклад постійно взаємодіє із засновником, місцевими органами влади, НСЗУ, іншими медичними установами, громадськими організаціями. Керівник «бере участь у робочих зустрічах, формує звіти, готує статистичні дані, подає документи для отримання ліцензій чи сертифікатів, координує участь закладу у програмах фінансування або профільних проектах» [43]. У сучасній системі охорони здоров'я зовнішні комунікації є постійним інструментом забезпечення ресурсів, підвищення конкурентоспроможності та розширення можливостей розвитку.

Діяльність керівника охоплює також організацію матеріально-технічного забезпечення закладу. У реальній практиці це включає контроль за технічним станом обладнання, своєчасністю його ремонту, відповідністю вимогам безпеки та потребам клінічних підрозділів. Керівник погоджує

закупівлі, визначає пріоритети оновлення техніки, забезпечує участь у закупівельних процедурах, вирішує питання логістики медикаментів і витратних матеріалів. Матеріальна база медичного закладу постійно потребує відновлення й модернізації, тому цей процес є безперервним і потребує активної участі керівництва.

Важливим елементом функціонування керівництва є організація внутрішнього документообігу. Заклади охорони здоров'я працюють у режимі великого обсягу документації: «накази, журнали, акти, графіки, протоколи, звіти, положення, посадові інструкції» [24]. Керівник контролює правильність їх оформлення, актуальність та відповідність нормам законодавства. У практиці це означає постійну роботу з перевіркою документів, погодження внутрішніх регламентів та координацію юридично значущих дій.

Особливістю сучасного керівництва є також необхідність швидкого реагування на ситуації підвищеної складності. У медичних закладах регулярно виникають невідкладні управлінські завдання: різке збільшення кількості пацієнтів, аварії обладнання, кадрові зміни, епідемічні спалахи. Керівник «організовує оперативні рішення, формує резервні варіанти роботи, координує взаємодію між підрозділами, забезпечує мобільність персоналу» [36]. Така динаміка формує особливий стиль управління, що поєднує структурованість і здатність до швидкої адаптації.

У цілому в сучасних закладах охорони здоров'я керівництво реалізується як гнучка, багатофункціональна та безперервна діяльність, спрямована на забезпечення стабільності, узгодженості процесів і високої результативності медичної допомоги. Управлінські рішення приймаються на основі фактів, аналітики, даних електронних систем, звернень пацієнтів та реальної роботи персоналу. Саме така система керівництва відображає реальні практики і підкреслює провідну роль керівника у функціонуванні закладу охорони здоров'я.

Отже, керівництво в закладі охорони здоров'я є комплексним багатогранним процесом, що поєднує адміністративні, управлінські,

соціально-психологічні, комунікаційні та етичні аспекти. Воно забезпечує ефективну організацію роботи персоналу, досягнення стратегічних цілей, підвищення якості медичних послуг та адаптацію закладу до сучасних викликів. Успішність функціонування медичної установи значною мірою залежить від професіоналізму, лідерських якостей та управлінської компетентності її керівника, що визначає керівництво одним із ключових чинників розвитку системи охорони здоров'я.

1.2. Теоретичні підходи та моделі лідерства у сфері охорони здоров'я

Лідерство в закладах охорони здоров'я є ключовим чинником ефективності роботи медичних колективів, оскільки визначає здатність організації реагувати на сучасні виклики, адаптуватися до змін та забезпечувати високий рівень якості медичних послуг. На відміну від багатьох інших сфер, медична діяльність передбачає значний рівень відповідальності, високі емоційні навантаження та необхідність координувати роботу багатопрофільних команд. Саме тому роль лідера у формуванні професійного середовища, підтримці персоналу, розвитку командної взаємодії та впровадженні інновацій є особливо вагомим. Лідерство забезпечує не лише управління процесами, а й створення умов, у яких працівники відчують мотивацію, довіру, підтримку та готовість долучатися до покращення роботи закладу охорони здоров'я. Важливість лідерства «посилюється в умовах реформування медичної галузі, цифровізації, зміни стандартів лікування та зростання очікувань з боку пацієнтів» [8]. Тому сучасний керівник медичного закладу має поєднувати адміністративні функції з лідерськими якостями, виступати носієм стратегічного бачення та натхненником розвитку колективу (табл. 1.5).

Теоретичні підходи до аналізу лідерства у сфері охорони здоров'я формувалися поступово, охоплюючи різні історичні періоди та концептуальні школи. Ключовою основою розвитку цих підходів стала потреба пояснити, що саме робить лідера ефективним у роботі з людьми, як він впливає на колектив,

яким чином забезпечує мотивацію персоналу, стабільність команди та якість професійної діяльності. Після розмежування понять «керівництво» і «лідерство», поданого в табл. 1.6, доцільним є розгляд найважливіших моделей, що визначають сучасне розуміння лідерської поведінки у закладах охорони здоров'я.

Таблиця 1.5

Відмінності між керівництвом та лідерством у закладі охорони здоров'я

Критерій	Керівництво	Лідерство
Основна спрямованість	Стабільність, порядок, виконання нормативів	Зміни, розвиток, інновації
Основа впливу	Формальні повноваження, посада	Авторитет, довіра, натхнення
Взаємодія з персоналом	Вертикальна, ієрархічна	Партнерська, горизонтальна, командна
Мотивація	Зовнішні стимули, контроль	Внутрішня мотивація, підтримка, розвиток
Реакція на зміни	Повільна, після регламентування	Активна, гнучка, ініціативна
Управління в кризах	Дотримання процедур	Швидке рішення, адаптивність
Формування культури	Підтримує існуючі правила	Створює нові цінності та атмосферу довіри
Очікуваний результат	Виконання планових показників	Розвиток команди, підвищення мотивації, інновації

Примітка. Сформовано автором на основі [3; 8; 24; 29; 39]

Одним із найбільш ранніх і фундаментальних підходів є концепція стильової поведінки Курта Левіна, який сформував три базові стилі лідерської взаємодії персоналом (табл. 1.6). Авторитарний стиль «передбачає жорсткий контроль, директивність та мінімальне залучення працівників до процесу ухвалення рішень» [11]. У медичній сфері цей стиль найчастіше реалізується в умовах невідкладності, коли необхідні швидкі та чіткі команди, наприклад у реанімації або під час масових госпіталізацій. Демократичний стиль «ґрунтується на участі працівників, обговоренні рішень, спільному визначенні завдань; він є оптимальним для стабільних відділень та ситуацій, де важливо врахувати різні позиції членів команди» [11]. Ліберальний стиль, що «характеризується мінімальним контролем з боку керівника, у медичних

установах використовується рідше, оскільки надмірна автономія персоналу може призводити до непослідовності в ухваленні рішень та помилок у лікувальному процесі» [11].

Таблиця 1.6

Порівняльна характеристика стилів лідерства К. Левіна

Критерій	Авторитарний стиль	Демократичний стиль	Ліберальний стиль
Ступінь участі персоналу	Персонал практично не залучається, рішення ухвалює керівник одноосібно.	Активна участь персоналу у визначенні рішень, обговорення і співпраця.	Повна свобода дій, персонал працює автономно.
Роль лідера	Керівник контролює, наказує, встановлює правила.	Керівник консультує, заохочує участь, підтримує ініціативи.	Керівник практично не втручається, лише спостерігає.
Стиль комунікації	Одностороння, директивна, вертикальна.	Двостороння, партнерська, відкрита.	Фрагментарна, нерегулярна, мінімальна.
Швидкість прийняття рішень	Висока, рішення приймаються негайно.	Середня, залежить від обговорення.	Низька, рішення відкладаються або приймаються спонтанно.
Вплив на мотивацію персоналу	Може знижувати мотивацію через високий контроль і напругу.	Підвищує мотивацію і сприяє командній взаємодії.	Може знижувати мотивацію через відсутність підтримки.
Психологічний клімат	Напружений, залежить від жорсткості керівника.	Комфортний, доброзичливий, побудований на довірі.	Хаотичний, нестабільний, можливі конфлікти.
Ефективність у медичній сфері	Ефективний у кризових та ургентних ситуаціях.	Оптимальний у стабільних умовах роботи відділень.	Рідко ефективний через відсутність координації.
Основні ризики	Емоційне вигорання персоналу, зниження ініціативи.	Потребує більше часу для ухвалення рішень.	Високий рівень дезорганізації та помилок.

Примітка. Наведено за [11; 24; 36; 38]

Значний внесок у розвиток поведінкових підходів зробив Дуглас Мак-Грегор, який запропонував теорії X та Y, що пояснюють лідерську поведінку через ставлення керівника до персоналу. Теорія X виходить з припущення, що працівники уникають відповідальності, потребують жорсткого контролю та зовнішньої мотивації. Такий підхід у медичній сфері посилює напругу й може знижувати ефективність роботи, оскільки суперечить природі клінічної

діяльності, що потребує самостійності персоналу. Теорія Y, навпаки, виходить з переконання, що працівники здатні до саморегуляції, мотивуються змістом роботи, прагнуть розвитку та можуть брати участь у прийнятті рішень. У закладах охорони здоров'я саме теорія Y вважається найбільш продуктивною, оскільки сприяє формуванню довіри, відкритих комунікацій та відповідального ставлення до пацієнта (табл. 1.7).

Таблиця 1.7

Порівняльна характеристика теорій X та Y Д. Мак-Грегора

Критерій	Теорія X	Теорія Y
Уявлення про працівника	Працівники уникають роботи, не прагнуть відповідальності, потребують постійного контролю.	Працівники відповідальні, прагнуть розвитку та зацікавлені у результатах.
Мотивація персоналу	Зовнішня мотивація: контроль, тиск, покарання.	Внутрішня мотивація: самореалізація, розвиток, визнання.
Стиль управління	Авторитарний, директивний, з мінімальною свободою персоналу.	Демократичний, партнерський, спрямований на розвиток ініціативи.
Роль керівника	Контролер, наглядач, дисциплінактор.	Наставник, мотиватор, фасилітатор.
Комунікація	Одностороння, зверху вниз.	Двостороння, відкрита, діалогова.
Участь у прийнятті рішень	Працівники майже не залучені до обговорення.	Працівники активно беруть участь у визначенні рішень.
Поведінка персоналу	Пасивна, залежна, без ініціативності.	Активна, відповідальна, самостійна.
Наслідки для закладу	Стабільність у кризах, але ризик вигорання та низька мотивація.	Покращення командної роботи, високий рівень мотивації та розвитку.
Сфера застосування	Ефективна у надзвичайних ситуаціях, де потрібна дисципліна.	Ефективна у повсякденній діяльності, навчанні та інноваціях.

Примітка. Наведено за [11; 24; 36; 38]

Подальший розвиток лідерських концепцій пов'язаний з дослідженнями Ренсіса Лайкерта, який виокремив чотири системи управління, що відрізняються рівнем авторитаризму та залученості персоналу. У його моделі, представлений на рис. 1.1, експлуататорсько-авторитарна система базується на жорсткому контролі, низькому рівні довіри і мінімальній участі персоналу в ухваленні рішень. Прихильно-авторитарна система передбачає дещо м'якші

підходи, але загалом зберігає контроль і централізованість. Консультативна система дає змогу залучати персонал до обговорення окремих питань, підвищуючи рівень довіри. Партисипативна система, що є «найбільш ефективною у сфері охорони здоров'я, передбачає колегіальність, спільне формування рішень, активну участь медичного персоналу та високий рівень відповідальності за результати роботи» [15]. Саме такий стиль дає змогу формувати сильні мультидисциплінарні команди, характерні для сучасної медицини.



Система 1	Система 2	Система 3	Система 4
“Експлуататорсько-авторитарна”	“Доброзичливо-авторитарна”	“Консультативно-демократична”	“Партисипативно-демократична”
Керівники автократичні, не довіряють підлеглим, мотивують працівників погрозою покарання, інформацію допускають тільки зверху вниз, обмежують прийняття рішень тільки вищою ланкою	Керівники поблажливо впевнені і собі і вірять у підлеглих, мотивують їх заохоченнями та в якійсь мірі страхом і покаранням, допускають деяку інформацію знизу, отримують ідеї від підлеглих, дозволяють приймати рішення з деяких питань	Керівники надають значну, але не повну довіру підлеглим, прагнуть конструктивно використати їх ідеї і точки зору, використовують для мотивації заохочення з рідким покаранням, організують потік інформації в обох напрямках, консультуються з підлеглими	Керівники виявляють повну довіру до підлеглих з усіх питань, завжди вислуховують їх думки та конструктивно їх використовують, заохочують підлеглих, залучають їх до постановки цілей і оцінки роботи по їх досягненню, організують широкий обмін інформацією, діють як рівні у складі груп

Рис. 1.1. Система стилів Ренсіса Лайкерта

Примітка. Наведено за [33]

Вагомий вплив на сучасне розуміння лідерства мала також модель управлінської ґратки, розроблена Робертом Блейком і Джейн Моутон (див. рис. 1.2). У цій моделі ефективність лідера визначається співвідношенням двох орієнтацій: на завдання та на людей. Модель ґратки «містить п'ять основних стилів: управління мінімального рівня, орієнтоване переважно на завдання, орієнтоване переважно на людей, компромісне управління та командне управління» [19]. Для медичних закладів найбільш результативним є стиль «9,9», або командне управління, у якому керівник одночасно приділяє значну увагу реалізації завдань та потребам персоналу. Такий стиль сприяє формуванню професійного середовища, у якому поєднуються висока якість лікування, відповідальність і психологічна безпека працівників.

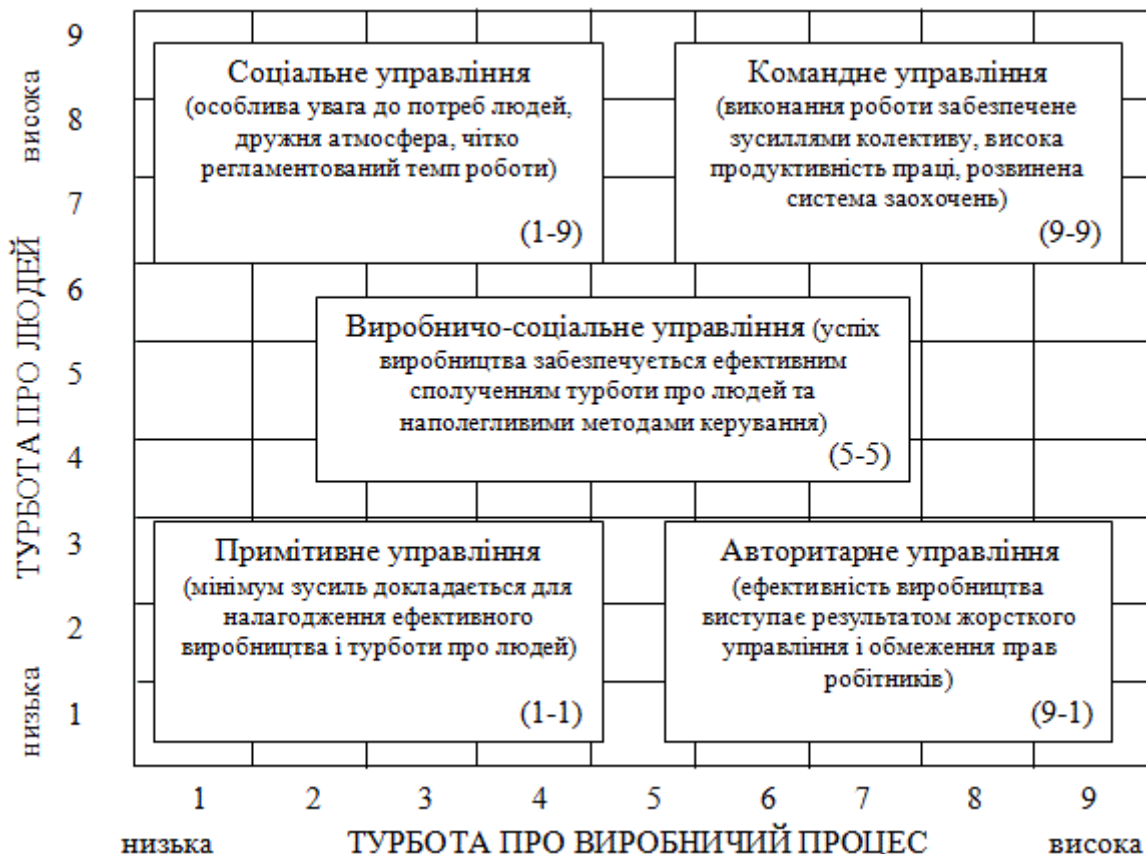


Рис. 1.2. Модель лідерства Роберта Блейка і Джейн Моутон

Примітка. Наведено за [42]

Усі зазначені моделі формують цілісну основу для розуміння ролі лідерства у сфері охорони здоров'я. Вони демонструють, що ефективний лідер медичного закладу не обмежується формальними повноваженнями, а здійснює

вплив через особистий приклад, здатність надихати, мотивувати і підтримувати персонал, адаптувати стиль взаємодії до умов роботи та потреб колективу. Застосування цих концепцій у практиці дозволяє забезпечити згуртованість команди, високу якість медичних послуг та ефективне функціонування закладу в умовах постійних змін.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ СИСТЕМИ КЕРІВНИЦТВА ТА ЛІДЕРСТВА В КНП «БІЛЬЧЕ-ЗОЛОТЕЦЬКА ОБЛАСНА ЛІКАРНЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІМ. Г.В. ВЕРШИГОРИ» ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ

2.1. Організаційно-структурна характеристика досліджуваного закладу охорони здоров'я

Комунальне некомерційне підприємство «Більче-Золотецька обласна лікарня реабілітації ім. Г. В. Вершигори» Тернопільської обласної ради (КНП «БЗОЛР» ТОР) є спеціалізованим закладом охорони здоров'я регіонального рівня, діяльність якого спрямована на надання комплексної медичної, фізичної, психологічної та соціальної реабілітації пацієнтам із різними порушеннями здоров'я. Заклад функціонує у структурі системи охорони здоров'я Тернопільської області та підпорядковується Тернопільській обласній раді, що визначає його статус як комунального підприємства, діяльність якого регулюється статутом, законодавством України та вимогами Національної служби здоров'я України.

КНП «БЗОЛР» ТОР має тривалу історію функціонування, що формує її імідж як одного з провідних реабілітаційних центрів регіону. Протягом років заклад трансформувався відповідно до потреб населення та вимог державної політики у сфері охорони здоров'я, розширюючи перелік послуг та зміцнюючи матеріальну базу. Сьогодні лікарня виконує важливу роль у системі надання медичної допомоги – забезпечує відновлювальне лікування після травм, операцій, інсультів, ортопедичних уражень, захворювань нервової системи, кардіологічних патологій та хронічних станів, що потребують тривалого відновлення функцій.

Заклад посідає значне місце в структурі медичних послуг області, оскільки виконує функцію догоспітальної та післягоспітальної реабілітації, тим самим зменшуючи навантаження на стаціонари гострого лікування та сприяючи поверненню пацієнтів до активного життя (табл. 2.1).

Основні елементи стратегічної ідентичності КНП «БЗОЛР» ТОР

№	Елемент ідентичності	Характеристика
1.	Місія	Забезпечення якісної, доступної та ефективної реабілітаційної допомоги пацієнтам різних вікових груп шляхом застосування сучасних методів відновлення здоров'я, мультидисциплінарного підходу та безперервного професійного розвитку персоналу.
2.	Девіз	«Відновлюємо можливості. Повертаємо якість життя».
3.	Мета діяльності	Досягнення високих стандартів реабілітації та медичного догляду, сприяння максимальному відновленню функціональності пацієнтів, їх адаптації до повсякденного життя та соціальної інтеграції.
4.	Основні завдання діяльності	<ul style="list-style-type: none"> – проведення комплексної фізичної, медичної, психологічної та соціальної реабілітації пацієнтів; – впровадження сучасних реабілітаційних технологій і доказових методик; – створення безпечного, комфортного та пацієнт-орієнтованого середовища; – забезпечення мультидисциплінарної взаємодії фахівців; – підвищення кваліфікації персоналу та вдосконалення якості послуг; – дотримання стандартів НСЗУ та ефективне використання ресурсів.
5.	Цінності закладу	Професіоналізм, гуманізм, пацієнт-орієнтованість, відповідальність, командна взаємодія, інноваційність, відкритість, безпека та етичність надання медичної допомоги.

Примітка. Складено на матеріалах КНП «БЗОЛР» ТОР

Засновником КНП «БЗОЛР» є Тернопільська обласна рада, яка забезпечує формування загальної політики розвитку закладу, затверджує фінансовий план, призначає керівника та контролює відповідність діяльності вимогам галузевої політики. Правовий статус лікарні передбачає автономність у фінансово-господарській діяльності, що дозволяє закладу самостійно розпоряджатися коштами, укладати договори з НСЗУ, формувати кадрову політику та визначати пріоритетні напрями розвитку.

Статут КНП «БЗОЛР» ТОР визначає основні завдання, структуру, напрями діяльності, внутрішню систему управління, відповідальність керівника та взаємодію з органами державної влади і місцевого самоврядування.

КНП «БЗОЛР» ТОР здійснює діяльність за такими основними напрямками: медична реабілітація (ортопедична, неврологічна, кардіологічна, посттравматична, післяопераційна); фізична терапія та ерготерапія; психологічна реабілітація та супровід; профілактика ускладнень та підтримка хронічних хворих; фізіотерапевтичні процедури, у тому числі електротерапія, теплолікування, водолікування, масаж; лікувальна фізична культура та механотерапія. Комплексність послуг дозволяє пацієнтам отримувати весь спектр реабілітаційної допомоги в одному закладі, що підвищує ефективність лікувального процесу.

Організаційна структура КНП «БЗОЛР» ТОР складається з десяти підрозділів: 1) адміністративний відділ (генеральний директор, медичний директор, головна медична сестра); 2) стаціонарні відділення (терапевтичне пост №1 та №2; неврологічне пост №1 та №2; травматологічне; кардіологічне; педіатричне); 3) фізіотерапевтичне відділення (водолікування; теплолікування; апаратна фізіотерапія; масажні кабінети); 4) зали фізичної та ерго терапії; 5) кабінет психолога; 6) кабінет логопеда; 7) параклінічні служби (приймальне відділення; клінічна і біохімічна лабораторія; стоматологічний кабінет; кабінет функціональної діагностики; рентген кабінет); 8) відділ організаційного, інформаційного та правового забезпечення; 9) відділ економіки, фінансування, бухгалтерського обліку та звітності; 10) господарсько-обслуговуючий персонал (табл. 2.2).

Допоміжні служби включають адміністративно-господарську частину, харчоблок, ремонтно-технічну службу, бухгалтерію, кадрову службу та інші підрозділи, які забезпечують безперебійне функціонування закладу.

Кадровий потенціал КНП «БЗОЛР» ТОР формується на основі поєднання високої професійної компетентності, досвіду роботи, мультидисциплінарної взаємодії та постійного професійного розвитку працівників. Основу медичного персоналу становлять лікарі-реабітологи, неврологи, ортопеди-травматологи, фізичні терапевти, ерготерапевти, масажисти, психологи, медичні сестри та молодший медичний персонал.

Кожна категорія працівників виконує визначений перелік функцій, що забезпечує цілісність та безперервність реабілітаційного процесу.

Таблиця 2.2

Характеристика основних підрозділів КНП «БЗОЛР» ТОР

Структурний підрозділ	Посади та штатні ролі	Основні функції персоналу
Адміністративний відділ	Генеральний директор; медичний директор; головна медична сестра; інспектор з кадрів	Стратегічне управління; координація підрозділів; кадрова політика; контроль якості
Стаціонарні відділення (терапевтичне пост №1 і №2; неврологічне пост №1 і №2; травматологічне; кардіологічне; педіатричне)	Лікарі відповідних спеціальностей; медичні сестри; молодший медичний персонал	Лікування та догляд; ведення документації; реалізація реабілітаційних програм
Фізіотерапевтичне відділення (водолікування; теплотерапія; апаратна фізіотерапія; масажні кабінети)	Фізіотерапевти; масажисти; медичні сестри	Проведення процедур; масаж; апаратні методики реабілітації
Зали фізичної та ерготерапії	Фізичні терапевти; ерготерапевти; інструктори ЛФК	Фізична реабілітація; тренування; відновлення побутових навичок
Кабінет психолога	Психолог; психотерапевт	Психодіагностика; психологічний супровід; корекційні програми
Кабінет логопеда	Логопед; дефектолог	Корекція мовлення; робота з порушеннями комунікації
Параклінічні служби (приймальне; клінічна та біохімічна лабораторія; стоматологічний кабінет; функціональна діагностика; рентген)	Лаборанти; рентгенлаборанти; стоматолог; фахівці з функціональної діагностики; медичні сестри	Лабораторні аналізи; інструментальна діагностика; первинний прийом пацієнтів
Відділ організаційного, інформаційного та правового забезпечення	Юристи; IT-спеціалісти; діловоди	Правовий супровід; електронний документообіг; інформаційна підтримка
Відділ економіки, фінансування, бухгалтерського обліку та звітності	Бухгалтери; економісти; фінансисти	Облік; формування фінансових планів; контроль ресурсів
Господарсько-обслуговуючий персонал	Інженери; технічний персонал; прибиральники; працівники харчоблоку; водії	Технічна підтримка; санітарне утримання; логістика; харчування пацієнтів

Примітка. Складено на матеріалах КНП «БЗОЛР» ТОР

Важливим аспектом кадрової політики КНП «БЗОЛР» ТОР є обов'язкове проходження працівниками курсів підвищення кваліфікації, стажувань, тематичного удосконалення та індивідуальних освітніх програм відповідно до вимог Національної служби здоров'я України та сучасних клінічних протоколів. Реабілітаційна медицина є динамічною сферою, тому персонал систематично опановує нові методики: кінезитерапію, методи відновлення після травм, сучасні фізіотерапевтичні технології, когнітивно-поведінкові техніки підтримки пацієнтів, міжнародні стандарти.

Кадрова структура КНП «БЗОЛР» ТОР представлена в табл. 2.3.

Таблиця 2.3

Кадрова структура КНП «БЗОЛР» ТОР

Категорія персоналу	Посади та штатні ролі	Основні функції
Керівний персонал	Директор; заступники директора (медичний, реабілітаційний, економічний); головна медична сестра	Стратегічне управління, кадрова політика, контроль якості, координація підрозділів, взаємодія з НСЗУ
Лікарі-спеціалісти	Лікарі-реабілітологи; неврологи; ортопеди-травматологи; кардіологи; лікарі ФРМ	Діагностика, формування програм реабілітації, клінічний супровід, корекція лікувальних планів
Фахівці з реабілітації	Фізичні терапевти; ерготерапевти; фахівці ЛФК	Проведення фізичної та ерготерапії, відновлення функціональних навичок, робота з пацієнтами
Психологічна служба	Психологи; психотерапевти	Психодіагностика, психологічний супровід, корекційні програми, робота з ПТСР
Середній медичний персонал	Медичні сестри; сестри медичні реабілітаційних відділень; масажисти	Виконання процедур, догляд за пацієнтами, ведення документації, контроль стану
Молодший медичний персонал	Молодші медичні сестри; санітари	Санітарно-гігієнічні заходи, допомога в догляді, підтримка роботи відділень
Клініко-діагностичний персонал	Лаборанти; рентгенолаборанти	Виконання лабораторних та інструментальних досліджень
Адміністративно-господарський персонал	Бухгалтери; економісти; відділ кадрів; інженери; технічний персонал	Облік, документація, кадрове діловодство, технічне обслуговування
Допоміжний персонал	Кухарі; працівники харчоблоку; прибиральники; господарська служба	Харчування пацієнтів, забезпечення чистоти, побутова підтримка

Примітка. Складено на матеріалах КНП «БЗОЛР» ТОР

Особливістю діяльності персоналу КНП «БЗОЛР» ТОР є мультидисциплінарний підхід (табл. 2.4). Це означає, що кожен пацієнт отримує допомогу не від одного спеціаліста, а від команди фахівців, які спільно формують індивідуальну програму реабілітації. До такої команди входять лікар, фізичний терапевт, ерготерапевт, психолог, медсестра та інші фахівці. У процесі реабілітації проводяться регулярні командні наради, обговорення прогресу пацієнта, корекція плану лікування та оцінка ефективності втручань.

Таблиця 2.4

Модель мультидисциплінарної взаємодії КНП «БЗОЛР» ТОР

Учасник мультидисциплінарної команди	Основні функції у взаємодії	Взаємодія з іншими фахівцями
Лікар-реабітолог	Оцінка стану; постановка діагнозу; визначення цілей реабілітації; призначення лікувальних заходів.	Координує роботу всієї команди; співпрацює з фізичним терапевтом, ерготерапевтом, психологом, медичною сестрою.
Фізичний терапевт	Розробка та проведення фізичної реабілітації: вправи, тренування рівноваги, відновлення сили та мобільності.	Отримує рекомендації лікаря; узгоджує роботу з ерготерапевтом; взаємодіє з психологом і медсестрою.
Ерготерапевт	Відновлення побутових навичок, адаптація до повсякденного життя, навчання використанню допоміжних засобів.	Співпрацює з фізичним терапевтом; отримує рекомендації лікаря; взаємодіє з медсестрою.
Психолог	Психоемоційна підтримка; корекційна робота; робота з ПТСР; мотивація пацієнта.	Взаємодіє з лікарем, терапевтами та медсестрою; коригує підходи до реабілітації.
Медична сестра	Виконання процедур; контроль стану; догляд за пацієнтом; документація.	Комунікує з усіма членами команди; передає інформацію лікарю та терапевтам.
Пацієнт	Виконує рекомендації; бере участь у програмах; надає зворотний зв'язок.	Взаємодіє з усіма фахівцями, забезпечуючи корекцію програми реабілітації.

Примітка. Складено на матеріалах КНП «БЗОЛР» ТОР

Важливу роль відіграє і управлінська культура. Старші медсестри та керівники відділень виконують ключові координуючі функції: організовують

графіки, контролюють якість виконання процедур, проводять внутрішні інструктажі, вирішують проблемні ситуації та забезпечують комунікацію між персоналом і керівництвом. Такий підхід сприяє розвитку багаторівневого лідерства, підвищенню відповідальності персоналу та формуванню корпоративної культури взаємоповаги і підтримки.

Фінансування діяльності КНП «БЗОЛР» ТОР здійснюється через механізм Програми медичних гарантій шляхом укладення договорів з Національною службою здоров'я України. Заклад отримує кошти за надання послуг медичної та фізичної реабілітації, що передбачає обов'язкове дотримання вимог до кадрового забезпечення, матеріально-технічних умов, ведення документації та якості результатів лікування.

У межах співпраці з НСЗУ КНП «БЗОЛР» ТОР виконує такі ключові завдання: забезпечує ведення електронної медичної документації; збирає та аналізує індикатори якості; впроваджує стандартизовані маршрути пацієнтів; проводить внутрішній контроль процесів та оцінку ефективності реабілітації; забезпечує прозору звітність та відповідність вимогам пакету реабілітаційних послуг. Такий підхід вимагає високої організованості, чіткої координації між підрозділами та постійного контролю якості роботи.

Управлінська система КНП «БЗОЛР» ТОР спрямована на забезпечення ефективної, пацієнт-орієнтованої, безпечної та результативної реабілітаційної допомоги. Ключовими пріоритетами управління є: підтримка мультидисциплінарної взаємодії між підрозділами; забезпечення безперервності та якості медичної допомоги; контроль дотримання клінічних протоколів та стандартів реабілітації; організація раціональних графіків роботи персоналу; впровадження цифрових інструментів, зокрема електронної медичної картки, eHealth, систем внутрішнього контролю якості; забезпечення пацієнт-орієнтованої моделі лікування, де враховуються потреби, запити та індивідуальні особливості пацієнтів.

Лідерські функції в КНП «БЗОЛР» ТОР розподілені між директором, керівниками структурних підрозділів, старшими медичними сестрами та

провідними спеціалістами реабілітаційних команд. Така модель дозволяє забезпечити оперативність управління, швидке реагування на проблеми та підтримку високої якості медичних послуг. Координація лідерських ролей між різними рівнями управління сприяє злагодженості командної роботи, посиленню відповідальності персоналу та формуванню стійкої системи внутрішньої взаємодії.

Таблиця 2.5

Модель лідерства в КНП «БЗОЛР» ТОР

Категорія персоналу	Лідерські функції	Прояви лідерської поведінки
Директор закладу	Стратегічне лідерство; прийняття управлінських рішень; формування культури якості.	Формує бачення розвитку; координує політики; взаємодіє з НСЗУ; стимулює інновації.
Заступники директора	Операційне лідерство; координація роботи підрозділів; контроль стандартів.	Проводять наради; вирішують конфлікти; організовують роботу відділень.
Завідувачі відділень	Командне лідерство; управління персоналом; професійний розвиток команди.	Організують роботу відділення; мотивують персонал; контролюють якість документування.
Лікарі-спеціалісти	Клінічне лідерство; відповідальність за медичні рішення; наставництво.	Формують програми реабілітації; консультують колег; впроваджують доказові практики.
Фізичні терапевти та ерготерапевти	Лідерство у реабілітаційному процесі; мотивація пацієнтів; взаємодія в команді.	Пояснюють цілі реабілітації; ведуть тренування; координують роботу з іншими.
Психологи	Емоційне лідерство; підтримка персоналу; робота з бар'єрами пацієнтів.	Допомагають долати тривожність; підтримують колектив; беруть участь у командних рішеннях.
Середній медичний персонал	Організаційне та комунікаційне лідерство; підтримка процесів догляду.	Координують догляд; взаємодіють з усіма фахівцями; контролюють стан пацієнтів.
Молодший персонал	Оперативне лідерство у забезпеченні гігієни та догляду.	Стежать за безпекою; швидко реагують на потреби; підтримують роботу відділень.
Адміністративно-господарський персонал	Лідерство у ресурсному забезпеченні та логістиці.	Забезпечують документообіг; підтримують технічні процеси; вирішують організаційні питання.
Пацієнт	Само-лідерство у виконанні програми реабілітації.	Активно виконує вправи; надає зворотний зв'язок; бере участь у плануванні реабілітації.

Примітка. Складено на матеріалах КНП «БЗОЛР» ТОР

Узагальнюючи результати організаційно-структурної характеристики КНП «Більче-Золотецька обласна лікарня реабілітації ім. Г. В. Вершигори», можна стверджувати, що заклад функціонує як сучасний реабілітаційний центр із чітко вибудованою системою управління, розвиненою матеріально-технічною базою, висококваліфікованим кадровим потенціалом та налагодженою мультидисциплінарною взаємодією персоналу. Комплексність реабілітаційних послуг, поєднання медичних, психологічних та фізичних втручань, функціональна структура відділень і підрозділів, а також відповідність вимогам НСЗУ забезпечують ефективність роботи закладу та сприяють підвищенню якості медичної допомоги. Розподіл управлінських, клінічних і лідерських функцій між різними категоріями персоналу формує багаторівневу модель керівництва, яка дозволяє підтримувати належний рівень координації, командної взаємодії та безперервного розвитку закладу.

2.2. Оцінювання стилю керівництва в досліджуваному закладі охорони здоров'я

Для здійснення оцінювання стилю керівництва в КНП «БЗОЛР» ТОР було проведено умовне соціологічне дослідження, яке охоплювало дві групи респондентів: працівників закладу та пацієнтів, що перебували на стаціонарному лікуванні та реабілітації. Метою опитування було визначити особливості стилю керівництва директора, медичного директора та керівників структурних підрозділів (завідувачів відділень), а також з'ясувати рівень задоволеності працівників і пацієнтів управлінськими підходами адміністративної команди.

Опитування проводилося у формі анонімної анкети з використанням 5-бальної шкали Лайкерта (1 – повністю не згоден, 5 – повністю згоден). Респондентам було запропоновано 10 тверджень, що охоплювали ключові параметри управлінської поведінки: прозорість рішень, якість комунікації, швидкість реагування на проблеми, підтримку персоналу, орієнтацію на пацієнта, інноваційність та загальну задоволеність стилем керівництва.

Питання формувалися таким чином, щоб відобразити поведінкові прояви керівництва на рівні директора, медичного директора та керівників відділень (табл. 2.6).

Таблиця 2.6

**Структура анкети для оцінювання стилю керівництва в
КНП «БЗОЛР» ТОР**

Питання анкети	Блок оцінювання	Зміст твердження	Оцінка				
			1	2	3	4	5
Питання 1	Орієнтація на пацієнта	Керівництво демонструє зацікавленість у потребах пацієнтів.					
Питання 2	Ставлення до персоналу	Керівництво виявляє повагу, доброзичливість та коректне ставлення до працівників.					
Питання 3	Прозорість управління	Рішення керівництва є чіткими, зрозумілими та прозорими для персоналу і пацієнтів.					
Питання 4	Оперативність реагування	Керівництво швидко реагує на проблемні ситуації та невідкладні питання.					
Питання 5	Заохочення ініціативи	Керівництво підтримує пропозиції, нові ідеї та ініціативи від персоналу.					
Питання 6	Організація процесів	Керівництво забезпечує належну організацію реабілітаційного процесу.					
Питання 7	Комунікація	Комунікація між керівництвом і персоналом/пацієнтами є відкритою та доступною.					
Питання 8	Довіра та безпека	Керівництво формує атмосферу довіри, безпеки та психологічної підтримки.					
Питання 9	Інноваційність	Керівництво підтримує впровадження сучасних методів лікування й реабілітації.					
Питання 10	Загальна оцінка	Загалом я задоволений(а) стилем керівництва закладу.					

Примітка. Розроблено автором

Усього було опитано 70 осіб, з них: 30 працівників закладу (лікарі, сестринський персонал, фахівці з фізичної та ерготерапії, психологи, молодший медичний персонал); 40 пацієнтів, які перебували на лікуванні та отримували відновлювальну терапію. За статтю, віком та статусом респонденти були різнорідними, що дозволило максимально широко оцінити управлінські практики закладу з позиції як персоналу, так і користувачів

медичних послуг.

У системі управління закладом охорони здоров'я ключова роль належить директору, оскільки саме він формує стратегічний курс розвитку, визначає організаційну культуру, впливає на якість управлінських рішень і забезпечує реалізацію місії установи. Для реабілітаційних закладів, де мультидисциплінарна взаємодія та пацієнт-орієнтованість є основою результативності, стиль керівництва директора має безпосередній вплив на функціонування всіх структурних підрозділів. З огляду на це виникає необхідність оцінити, наскільки управлінська діяльність директора КНП «БЗОЛР» ТОП відповідає сучасним вимогам до ефективного медичного менеджменту, включаючи демократичність рішень, комунікаційну відкритість, підтримку персоналу, інноваційність та здатність забезпечити якісну організацію реабілітаційного процесу. Саме з цієї причини перший етап дослідження було присвячено вивченню стилю керівництва директора (табл. 2.7).

Таблиця 2.7

**Оцінювання стилю керівництва директора КНП «БЗОЛР» ТОП
(середні бали)**

№ питання	Зміст твердження	Персонал (середній бал)	Пацієнти (середній бал)
1.	Зацікавленість у потребах пацієнтів	4,6	4,8
2.	Повага до персоналу	4,5	4,7
3.	Прозорість управлінських рішень	4,3	4,5
4.	Оперативність реагування	4,4	4,7
5.	Заохочення ініціативи	4,2	4,6
6.	Організація процесів	4,6	4,7
7.	Відкритість комунікації	4,4	4,6
8.	Формування довіри та безпеки	4,5	4,8
9.	Підтримка інновацій	4,5	4,7
10.	Загальна задоволеність стилем керівництва	4,5	4,8

Примітка. Складемо на основі матеріалів дослідження

Результати опитування свідчать, що директор КНП «БЗОЛР» ТОП демонструє високий рівень управлінської компетентності та дотримується

переважно демократично-партисипативного стилю керівництва. Найвищі оцінки отримано за показниками зацікавленості у потребах пацієнтів, формування атмосфери довіри, організації реабілітаційного процесу та оперативності реагування. Як персонал, так і пацієнти високо оцінюють загальний стиль керівництва, відзначаючи професійність, відкритість та готовність до впровадження інновацій. Це свідчить про те, що директор відіграє провідну роль у формуванні позитивного соціально-психологічного клімату, забезпеченні якості медичних послуг і створенні сприятливих умов для міждисциплінарної взаємодії в команді.

Разом із тим ефективність роботи закладу залежить не лише від стратегічного керівництва директора, але й від професійної діяльності медичного директора, який здійснює безпосередній контроль за організацією клінічних процесів, дотриманням стандартів, якістю надання медичної та реабілітаційної допомоги. Тому наступним етапом дослідження є оцінювання стилю керівництва медичного директора, що дозволяє всебічно проаналізувати вплив адміністративної команди на роботу закладу (табл. 2.8).

Таблиця 2.8

**Оцінювання стилю керівництва медичного директора
КНП «БЗОЛР» ТОР (середні бали)**

№ питання	Зміст твердження	Персонал (середній бал)	Пацієнти (середній бал)
1.	Зацікавленість у потребах пацієнтів	4,3	4,5
2.	Повага до персоналу	4,2	4,4
3.	Прозорість управлінських рішень	4,0	4,2
4.	Оперативність реагування	4,2	4,4
5.	Заохочення ініціативи	3,9	4,3
6.	Організація процесів	4,4	4,5
7.	Відкритість комунікації	4,1	4,3
8.	Формування довіри та безпеки	4,3	4,5
9.	Підтримка інновацій	4,1	4,3
10.	Загальна задоволеність стилем керівництва	4,2	4,5

Примітка. Складемо на основі матеріалів дослідження

Аналіз отриманих результатів свідчить, що медичний директор КНП

«БЗОЛР» ТОП дотримується переважно демократично-структурованого стилю керівництва з елементами директивності у питаннях забезпечення клінічної дисципліни. Персонал і пацієнти високо оцінили організацію клінічних процесів, оперативність реагування та формування безпечного середовища, що відображає професійну компетентність та чіткість управлінських рішень. Водночас дещо нижчі оцінки заохочення ініціативи та прозорості рішень порівняно з директором засвідчують домінування контрольної функції та необхідність подальшого посилення партисипативних практик. У цілому стиль керівництва медичного директора сприяє стабільності клінічної роботи та забезпечує відповідність стандартам, що є критично важливим для реабілітаційного закладу.

Важливо також оцінити стиль керівництва на середньому рівні управління, який представлений завідувачами відділень та керівниками структурних підрозділів. Саме вони здійснюють щоденну координацію роботи персоналу, організовують реабілітаційні заходи та забезпечують виконання рішень адміністрації на практичному рівні. Від їхнього стилю керівництва залежить рівень мотивації персоналу, комунікація в колективі та якість реалізації індивідуальних планів реабілітації. Тому наступним етапом аналізу є оцінювання управлінської поведінки керівників структурних підрозділів (табл. 2.9).

Результати оцінювання стилю керівництва керівників структурних підрозділів демонструють загалом позитивне сприйняття їх управлінської поведінки як персоналом, так і пацієнтами. Найвищі оцінки отримано за такими показниками, як організація процесів, формування безпечного середовища та зацікавленість у потребах пацієнтів, що свідчить про достатній рівень професійної компетентності та відповідальності керівників середньої ланки. Водночас нижчі порівняно з директором та медичним директором результати за критеріями прозорості рішень, відкритості комунікації та заохочення ініціативи вказують на певні проблемні зони у сфері внутрішньої комунікації та управління персоналом. Це може бути пов'язано з тим, що

керівники підрозділів часто виконують одночасно клінічні та адміністративні функції, що зменшує можливості для системного діалогу, командного обговорення і партисипативного прийняття рішень. Загалом стиль керівництва завідувачів відділень можна охарактеризувати як змішаний: орієнтований на завдання та якість процесів, проте частково недостатньо відкритий щодо залучення персоналу до управлінських рішень.

Таблиця 2.9

**Оцінювання стилю керівництва керівників структурних підрозділів
КНП «БЗОЛР» ТОР (середні бали)**

№ питання	Зміст твердження	Персонал (середній бал)	Пацієнти (середній бал)
1.	Зацікавленість у потребах пацієнтів	4,2	4,4
2.	Повага до персоналу	4,0	4,3
3.	Прозорість управлінських рішень	3,8	4,1
4.	Оперативність реагування	4,1	4,3
5.	Заохочення ініціативи	3,7	4,2
6.	Організація процесів	4,2	4,4
7.	Відкритість комунікації	3,9	4,2
8.	Формування довіри та безпеки	4,1	4,4
9.	Підтримка інновацій	3,9	4,2
10.	Загальна задоволеність стилем керівництва	4,0	4,4

Примітка. Складено на основі матеріалів дослідження

Результати оцінювання стилю керівництва керівників структурних підрозділів демонструють загалом позитивне сприйняття їх управлінської поведінки як персоналом, так і пацієнтами. Найвищі оцінки отримано за такими показниками, як організація процесів, формування безпечного середовища та зацікавленість у потребах пацієнтів, що свідчить про достатній рівень професійної компетентності та відповідальності керівників середньої ланки. Водночас нижчі порівняно з директором та медичним директором результати за критеріями прозорості рішень, відкритості комунікації та заохочення ініціативи вказують на певні проблемні зони у сфері внутрішньої комунікації та управління персоналом. Це може бути пов'язано з тим, що керівники підрозділів часто виконують одночасно клінічні та адміністративні

функції, що зменшує можливості для системного діалогу, командного обговорення і партисипативного прийняття рішень. Загалом стиль керівництва завідувачів відділень можна охарактеризувати як змішаний: орієнтований на завдання та якість процесів, проте частково недостатньо відкритий щодо залучення персоналу до управлінських рішень.

Для забезпечення цілісного розуміння управлінської системи КНП «БЗОЛР» ТОР було проведено порівняльний аналіз стильових характеристик трьох груп управлінців: директора, медичного директора та керівників структурних підрозділів. Отримані результати дозволяють виокремити як спільні риси, так і характерні відмінності, що впливають на ефективність керівництва у закладі.

1. Стиль керівництва директора – стратегічно-партисипативний. Директор демонструє найвищі середні показники за всіма критеріями, що свідчить про домінування демократично-партисипативного стилю, орієнтованого на довіру, підтримку персоналу, стимулювання інновацій та відкритість комунікації. Такий стиль найбільше відповідає сучасним моделям медичного менеджменту, де ефективність залежить від багаторівневої взаємодії та організаційної культури. Директор виступає інтегратором командних процесів і носієм цінностей закладу.

2. Стиль керівництва медичного директора – демократично-структурований. Медичний директор отримав дещо нижчі, проте стабільно високі оцінки. Його стиль можна охарактеризувати як демократичний із посиленою управлінською регламентацією та контролем. Він орієнтований на стандарти, дисципліну та якість клінічних процесів. Це природно для його функціональної ролі: забезпечення відповідності вимогам НСЗУ, контроль за дотриманням протоколів та організація міждисциплінарної взаємодії. Медичний директор виконує роль операційного координатора та гаранта медичної якості.

3. Стиль керівництва керівників підрозділів – змішаний, орієнтований на завдання. Завідувачі відділень і керівники підрозділів демонструють

змішаний стилістичний профіль: вони отримують високі оцінки за організацію медичних процесів та турботу про пацієнтів, водночас нижчі – за прозорість рішень, заохочення ініціативи й відкритість комунікації. Це свідчить про більш операційно-орієнтований стиль, де домінують щоденні завдання, а не стратегічне чи командне управління. У деяких випадках стиль може наближатися до авторитарно-інструктивного, що пояснюється навантаженням і недостатністю часу на комунікаційну роботу.

Порівняльний аналіз стилів керівництва трьох рівнів управління – директора, медичного директора та керівників структурних підрозділів – дав змогу комплексно оцінити управлінську модель КНП «БЗОЛР» ТОР. Для наочного представлення результатів було побудовано радар-діаграму (рис. 2.1), яка відображає середні оцінки респондентів за десятьма ключовими критеріями стилю керівництва.

Аналіз даних, наведених на рисунку, показує, що найбільш розвиненим і сучасним є стиль керівництва директора, якого респонденти оцінили як демократично-партисипативний зі стратегічною орієнтацією. Директор отримав найвищі бали за такими характеристиками, як комунікаційна відкритість, формування довіри, підтримка інновацій та зацікавленість у потребах пацієнтів, що свідчить про його здатність формувати позитивний соціально-психологічний клімат та надихати колектив до розвитку.

Стиль медичного директора респонденти охарактеризували як демократичний, але з посиленою регламентацією та контрольними функціями. Це відповідає специфіці його ролі як координатора клінічної роботи, відповідального за дотримання медичних стандартів, організацію процесів лікування та взаємодію між підрозділами. Його управлінська поведінка є більш структурованою, але водночас достатньо відкритою до діалогу з персоналом та пацієнтами.

Стиль керівників структурних підрозділів виявився найменш збалансованим і має змішаний характер. Завідувачі відділень демонструють високі результати щодо організації процесів та турботи про пацієнтів, проте

отримують нижчі оцінки за критеріями прозорості управління, заохочення ініціативи та відкритості комунікації. Це свідчить про часткове домінування директивних підходів, що може бути зумовлено високим навантаженням та поєднанням клінічних і адміністративних функцій.



Рис. 2.1. Порівняння стилів керівництва директора, медичного директора та керівників структурних підрозділів КНП «БЗОЛР» ТОР (радар-діаграма)

Примітка. Сформовано автором за результатами проведеного дослідження

Узагальнюючи отримані результати, можна стверджувати, що система керівництва закладу є багаторівневою, із чітко визначеними зонами відповідальності та взаємодоповнюючими стилями управління. Така модель забезпечує ефективне функціонування реабілітаційного процесу, однак потребує подальшого розвитку практик партисипативної комунікації та залучення персоналу до управлінських рішень на рівні керівників підрозділів.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ СТИЛІВ КЕРІВНИЦТВА ТА ЛІДЕРСТВА В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Розвиток коучінгового стилю керівництва в закладі охорони здоров'я

Сучасні трансформації у системі охорони здоров'я, зокрема цифровізація, стандартизація процесів, посилення мультидисциплінарної взаємодії та зростання потреби в пацієнт-орієнтованому підході, актуалізують застосування нових управлінських інструментів, здатних підвищити ефективність роботи колективу. Одним із таких інструментів є коучинговий стиль керівництва, який поступово витісняє традиційні директивні моделі управління, характерні для медичних установ минулих десятиліть. У реабілітаційних закладах, де успіх лікування залежить не лише від клінічної майстерності, а й від рівня мотивації персоналу, якості взаємодії між фахівцями та психологічної підтримки пацієнтів, коучинговий стиль керівництва стає критично необхідним.

Коучингове лідерство ґрунтується на засадах партнерства, діалогу, розвитку компетентностей, підтримки внутрішньої мотивації та стимулювання ініціативності. Керівник, який використовує елементи коучингу, не лише управляє, а й створює умови для професійного зростання співробітників, розкриття їхнього потенціалу та підвищення залученості до стратегічних і операційних процесів. На відміну від директивного стилю, що базується на розпорядженнях і контролі, коучинг робить акцент на спільному пошуку рішень, відповідальності та автономії працівників. Це надзвичайно важливо в умовах роботи реабілітаційної лікарні, де успішність реабілітаційного процесу залежить від злагодженості дій фізичних терапевтів, ерготерапевтів, лікарів, психологів, медичних сестер та адміністрації.

Результати соціологічного оцінювання стилів керівництва в КНП «БЗОЛР» ТОР, проведеного у попередньому розділі кваліфікаційної роботи,

засвідчили наявність високих показників демократичності та відкритості директора та медичного директора, але водночас виявили певні проблемні зони в управлінській діяльності керівників структурних підрозділів. Зокрема, нижчі оцінки за критеріями «заохочення ініціативи», «прозорість управлінських рішень» та «відкритість комунікації» свідчать про потенційну недостатність практик коучингового лідерства на середньому рівні управління. Це є аргументованою підставою для формування системних пропозицій щодо розвитку коучингового стилю керівництва у закладі охорони здоров'я.

Коучинговий стиль керівництва визначається як управлінський підхід, що орієнтований на розвиток персоналу шляхом постановки цілей, зворотного зв'язку, підтримки, рефлексії та спільного пошуку рішень. Він базується на моделі партнерських відносин між керівником і підлеглим, де управлінець виступає не контролером, а наставником і фасилітатором розвитку.

Табл. 3.1 ілюструє ключові відмінності коучингового стилю від директивного та адміністративного управління, що дозволяє чітко зрозуміти його специфіку.

Таблиця 3.1

Порівняльна характеристика директивного, адміністративного та коучингового стилів керівництва

Критерій	Директивний стиль	Адміністративний стиль	Коучинговий стиль
Основний підхід	Наказ, контроль	Регламенти, інструкції	Партнерство, розвиток
Роль керівника	Контролер	Організатор	Ментор, наставник
Комунікація	Одностороння	Формальна	Діалог, рефлексія
Рівень автономії персоналу	Низький	Середній	Високий
Вплив на мотивацію	Зовнішня (вимога)	Стимулювання	Внутрішня (усвідомлена)
Вирішення проблем	Керівник вирішує	Спільне виконання	Командний пошук рішень
Тип культури	Авторитарна	Бюрократична	Розвивальна

Примітка. Сформовано автором на основі

Аналіз сучасних управлінських моделей у сфері охорони здоров'я свідчить про те, що заклади, які активно впроваджують коучинговий стиль

керівництва, демонструють вищий рівень ефективності, командної взаємодії, якості медичних послуг та задоволеності персоналу. Коучингове лідерство формує культуру довіри, відкритості, розвитку та постійного підвищення професійної компетентності, що є надзвичайно важливим у реабілітаційних закладах, де якість роботи залежить від міждисциплінарної синергії фахівців.

У випадку КНП «БЗОЛР» ТОП результати соціологічного дослідження продемонстрували необхідність системного оновлення управлінських підходів на рівні керівників структурних підрозділів: саме вони отримали найнижчі оцінки за критеріями прозорості рішень, стимулювання ініціативи та відкритості комунікації. Це свідчить про превалювання елементів директивно-інструктивного управління, яке може бути ефективним у короткостроковій перспективі, але стримує розвиток персоналу та знижує його внутрішню мотивацію.

Коучинговий стиль керівництва, навпаки, передбачає відповідальність, партисипативне прийняття рішень, постійний діалог із працівниками та фокус на розвитку індивідуальних компетентностей. Це відповідає сучасним міжнародним підходам і підсилює здатність організації до адаптації в умовах змін. Застосування управлінського коучингу дозволяє зменшити рівень емоційного вигорання серед медичних працівників, підвищити якість реабілітаційних послуг і стимулювати ініціативність персоналу.

У зв'язку з цим виникає необхідність розробити чіткий, структурований алгоритм впровадження коучингового стилю керівництва в КНП «БЗОЛР» ТОП.

Нижче наведено універсальний 7-кроковий алгоритм, адаптований до специфіки медичного та реабілітаційного закладу. Його впровадження забезпечить поступовий перехід від традиційних управлінських моделей до сучасного коучингового підходу:

Крок 1. Діагностика управлінських компетентностей керівників усіх рівнів. На першому етапі необхідно провести оцінювання: стилів керівництва (360°, Mini-360°, самооцінювання); комунікаційної культури; навичок

делегування, зворотного зв'язку, взаємодії з персоналом; рівня довіри в колективі. Це дозволить визначити прогалини та потреби в навчанні для кожної групи керівників.

Крок 2. Формування навчальної програми «Коучінг для лідерів в сфері охорони здоров'я». Програма повинна включати: тренінги з основ коучингу; техніки активного слухання; методи відкритих запитань; інструменти фасилітації командних рішень; моделі GROW, OSKAR, CLEAR; управління емоціями та підтримку персоналу. Навчання повинно бути регулярним, а не одноразовим заходом.

Крок 3. Розробка стандартів коучингової взаємодії в закладі. Це можуть бути: стандарти проведення службових зустрічей; формати обговорення клінічних випадків; правила надання зворотного зв'язку; принципи етичної комунікації; чек-листи для керівників. Стандарти мають бути затверджені наказом та інтегровані в роботу всіх підрозділів.

Крок 4. Впровадження коучингових нарад замість директивних. Народи мають проходити у форматі: обговорення проблеми; визначення перспективних цілей; пошуку можливих рішень; розподілу відповідальності; рефлексії результатів. Такі наради створюють умови для спільного ухвалення рішень.

Крок 5. Створення системи менторства та наставництва. Пропонуємо: визначити старших спеціалістів як менторів для молодших; закріпити наставників за новими працівниками; створити «школу внутрішнього тренера»; проводити регулярні менторські зустрічі. Це сприятиме підвищенню рівня професійної зрілості персоналу.

Крок 6. Запровадження регулярного зворотного зв'язку та коротких поточних зустрічей. Міні-зустрічі (10-15 хвилин) повинні відбуватися щотижня або щодві неділі. Вони мають проводитись з метою: обговорити успіхи; проаналізувати труднощі; визначити завдання; підтримати працівника. Це зменшує ризик емоційного виснаження і зміцнює довіру.

Крок 7. Моніторинг впровадження та корекція управлінського підходу.

Через 3-6 місяців необхідно оцінити: стан комунікації в колективі; рівень задоволеності персоналу; якість реабілітаційних процесів; вплив коучингового стилю на мультидисциплінарну взаємодію; зниження конфліктності. Моніторинг дозволить удосконалити управлінські практики та підтримати сталість змін.

Узагальнюючи запропонований алгоритм, варто наголосити, що коучинговий стиль керівництва має не лише технологічний характер, пов'язаний із застосуванням окремих інструментів чи моделей, а й виконує стратегічну функцію трансформації внутрішньої культури закладу охорони здоров'я. Його впровадження створює якісно нове управлінське середовище, засноване на довірі, партнерстві, відповідальності та професійному зростанні. Саме тому важливо окреслити ключові переваги, які отримує організація у процесі переходу до коучингового типу керівництва (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Переваги впровадження коучингового стилю керівництва в закладі охорони здоров'я

Група переваг	Зміст переваги	Очікуваний ефект для закладу
1	2	3
Організаційні переваги	<ul style="list-style-type: none"> • посилення системності управлінських процесів; • підвищення якості ухвалення рішень завдяки колегіальності; • оптимізація внутрішніх комунікацій. 	<ul style="list-style-type: none"> • підвищення ефективності роботи підрозділів; • формування узгодженої управлінської політики; • скорочення організаційних затримок і помилок.
Психологічні переваги	<ul style="list-style-type: none"> • зменшення рівня емоційного вигорання персоналу; • підвищення задоволеності роботою; • формування позитивного психологічного клімату. 	<ul style="list-style-type: none"> • зниження рівня конфліктності; • підвищення стресостійкості команди; • створення підтримувального середовища.
Комунікаційні переваги	<ul style="list-style-type: none"> • зростання відкритості та довіри в колективі; • підвищення якості вертикальної та горизонтальної комунікації; • розвиток культури зворотного зв'язку. 	<ul style="list-style-type: none"> • прозорість процесів; • швидше вирішення робочих ситуацій; • зменшення кількості непорозумінь між підрозділами.
Мотиваційні переваги	<ul style="list-style-type: none"> • посилення внутрішньої мотивації співробітників; • відчуття значущості власного внеску; 	<ul style="list-style-type: none"> • підвищення продуктивності праці; • зростання відповідальності персоналу;

1	2	3
	<ul style="list-style-type: none"> • можливість проявляти ініціативу та компетентність. 	<ul style="list-style-type: none"> • стабілізація кадрового складу.
Професійні переваги	<ul style="list-style-type: none"> • сприяння розвитку «твердих» і «м'яких» компетенцій; • підтримка професійного зростання; • розширення управлінських компетенцій середньої ланки. 	<ul style="list-style-type: none"> • підвищення якості медичних і реабілітаційних послуг; • формування резерву керівних кадрів; • посилення мультидисциплінарної взаємодії.
Сервісні переваги	<ul style="list-style-type: none"> • покращення взаємодії з пацієнтами; • зростання емпатії та відповідальності персоналу; • удосконалення сервісних поведінкових стандартів. 	<ul style="list-style-type: none"> • підвищення задоволеності пацієнтів; • зміцнення репутації закладу; • формування сервісної культури.
Стратегічні переваги	<ul style="list-style-type: none"> • підвищення адаптивності закладу до змін; • розвиток проактивного управління; • формування культури безперервного розвитку. 	<ul style="list-style-type: none"> • стійкість до кризових ситуацій; • підвищення конкурентоспроможності закладу; • забезпечення довгострокового розвитку.

Примітка. Ідентифіковано та узагальнено автором

Упровадження коучингового стилю керівництва в закладі охорони здоров'я є стратегічним інструментом модернізації управлінських процесів, що дозволяє підвищити ефективність роботи персоналу, зміцнити міжпрофесійну взаємодію та сформувати сприятливе мотиваційне середовище. Аналіз результатів дослідження, проведеного у розділі 2, засвідчив необхідність удосконалення управлінських практик, особливо на рівні керівників структурних підрозділів, де виявлено потребу в розвитку відкритої комунікації, прозорості рішень та підтримки ініціативи працівників. Запропонований у параграфі алгоритм упровадження коучингового підходу забезпечує комплексний розвиток управлінських компетентностей керівників, зміцнення внутрішньої культури довіри та партнерства, а також підвищення задоволеності персоналу й пацієнтів. Коучинговий стиль сприяє переходу від директивних моделей управління до сучасних партисипативних практик, що підвищують адаптивність організації, покращують якість реабілітаційних

послуг та забезпечують сталий розвиток закладу. Таким чином, коучингове керівництво виступає важливим чинником посилення управлінської ефективності та конкурентоспроможності КНП «БЗОЛР» ТОР у сучасних умовах функціонування системи охорони здоров'я.

3.2. Впровадження моделі сервісного лідерства в закладі охорони здоров'я

Сучасні тенденції розвитку медичних систем у світі засвідчують, що якість медичних послуг дедалі більше визначається не лише професійною компетентністю персоналу, а й рівнем сервісної взаємодії між медичними працівниками та пацієнтами. У реабілітаційних закладах, де процес лікування є тривалим, багатокомпонентним і пов'язаний із постійною комунікацією, сервісне лідерство набуває особливого значення. Воно спрямоване на створення підтримувального середовища, розвиток емпатії персоналу, повагу до гідності пацієнта та формування високих стандартів обслуговування.

Актуальність упровадження сервісного лідерства в КНП «БЗОЛР» ТОР зумовлена також результатами соціологічного аналізу, проведеного у розділі 2, який продемонстрував потребу посилення комунікаційних практик, емоційної підтримки пацієнтів, розвитку сервісної культури та зменшення елементів директивності у поведінці керівників середньої ланки. Це свідчить про необхідність формування лідерської моделі, що поєднує професійність, етичність, емпатію та орієнтацію на потреби пацієнта.

Концепція сервісного лідерства, запропонована Р. Грінліфом та розвинута К. Бланшардом, передбачає, що першочерговим обов'язком лідера є служіння – підтримка, захист та розвиток людей, з якими він працює. У контексті закладу охорони здоров'я це означає, що керівник має виконувати роль не лише адміністратора, а й лідера, який створює комфортне, безпечне та емпатійне середовище для персоналу і пацієнтів.

Сервісний лідер характеризується такими поведінковими ознаками: емпатія та здатність розуміти психологічний стан пацієнтів і персоналу;

активне слухання та вміння вести діалог з урахуванням потреб співрозмовника; орієнтація на підтримку, а не на контроль; готовність служити інтересам пацієнтів і ставити їхній добробут на перше місце; етичність та відповідальність за наслідки управлінських рішень; розвиток персоналу через наставництво, мотивацію та навчання; створення позитивної сервісної культури в організації. У реабілітаційній лікарні це особливо важливо, адже пацієнти часто потрапляють у ситуації психологічної вразливості, потребують тривалого догляду, мотивації та підтримки.

Модель сервісного лідерства є найбільш придатною для реабілітаційного закладу з таких причин: 1) пацієнти часто перебувають у стресових або кризових станах (вони переживають травми, інвалідизацію, болі, втрату звичних функцій, тому потребують не тільки клінічної допомоги, а й сервісної підтримки); 2) реабілітація передбачає тривалу взаємодію (пацієнт перебуває у лікарні тижнями або місяцями, що робить сервісну культуру визначальною для успіху лікування); 3) мультидисциплінарні команди залежать від якісної комунікації (сервісне лідерство покращує взаємини між лікарями, терапевтами, психологами, медсестрами); 4) підвищення стандартів сервісу підвищує довіру пацієнтів та безпосередньо впливає на імідж та конкурентоспроможність закладу. Таким чином, сервісне лідерство може стати інструментом удосконалення управління як у стратегічному, так і в операційному вимірі.

Узагальнюючи теоретичні засади сервісного лідерства, важливо виокремити базові компоненти, які формують зміст цього управлінського підходу та визначають його прикладну цінність для закладів охорони здоров'я. У медичному середовищі сервісне лідерство не обмежується лише особистими якостями керівника, а трансформується у комплекс взаємопов'язаних поведінкових елементів, що забезпечують якісну взаємодію між персоналом і пацієнтами. Для реабілітаційних установ такі компоненти мають особливе значення, оскільки процес відновлення здоров'я потребує тривалого контакту з медичними працівниками, високого рівня емпатії та створення безпечного,

довірливого середовища.

З огляду на роль психологічної підтримки, мультидисциплінарної співпраці та сервісної взаємодії, яка є визначальною у роботі КНП «БЗОЛР» ТОР, доцільно систематизувати ключові елементи сервісного лідерства, що забезпечують ефективність управління і підвищення якості реабілітаційних послуг. У табл. 3.3 наведено основні компоненти сервісного лідерства та їх значення для діяльності закладу.

Таблиця 3.3

Ключові принципи сервісного лідерства у сфері охорони здоров'я

Принцип	Зміст	Значення для реабілітаційного закладу
Емпатія	Визнання та розуміння емоцій пацієнтів і персоналу	Підтримка психологічного стану пацієнтів
Слухання	Здатність вислухати й зрозуміти проблеми	Покращення комунікації в команді
Підтримка	Створення допоміжного й безпечного середовища	Зменшення стресу, зростання довіри
Етичність	Відповідальність, чесність, прозорість у взаємодії	Підвищення репутації закладу
Розвиток персоналу	Стимулювання професійного зростання та навчання	Підвищення якості реабілітаційних послуг
Орієнтація на пацієнта	Пріоритет потреб і комфорту пацієнтів	Зростання задоволеності та лояльності
Спільність	Командна робота, залученість у прийняття рішень	Посилення мультидисциплінарних процесів

Примітка. Узагальнено на основі [12; 16]

З метою системної трансформації управлінської та сервісної культури у реабілітаційному закладі доцільно застосувати формат «дорожньої карти», що дозволяє окреслити послідовність практичних дій, часові горизонти та очікувані результати. Дорожня карта не є жорстким алгоритмом, а виступає стратегічним орієнтиром, який визначає напрямок руху організації, координує діяльність підрозділів і забезпечує поетапне впровадження змін.

У контексті КНП «БЗОЛР» ТОР дорожня карта впровадження сервісного лідерства передбачає шість ключових блоків, кожен з яких охоплює відповідні інструменти, управлінські рішення та комунікаційні практики (табл. 3.4).

Етап 1. Діагностика рівня сервісної культури (початковий етап, 1-2

місяць). На першому етапі необхідно здійснити комплексну оцінку поточної ситуації щодо сервісної взаємодії в закладі.

Таблиця 3.4

Дорожня карта впровадження сервісного лідерства в КНП «БЗОЛР»

ТОР

Етап	Зміст етапу	Ключові заходи	Очікувані результати
Етап 1. Діагностика (1-2 місяць)	Оцінювання фактичного стану сервісної культури	<ul style="list-style-type: none"> • опитування персоналу і пацієнтів; • аналіз внутрішньої комунікації; • виявлення проблемних зон; • формування діагностичного звіту. 	<ul style="list-style-type: none"> • розуміння слабких і сильних сторін; • чітка база для планування змін.
Етап 2. Стандартизація сервісу (2-3 місяць)	Формування єдиних сервісних правил та поведінкових стандартів	<ul style="list-style-type: none"> • розробка чек-листів; • норми поведінки персоналу; • визначення мовних стандартів; • затвердження стандартів наказом. 	<ul style="list-style-type: none"> • узгоджені вимоги до сервісу; • мінімізація конфліктів та непорозумінь.
Етап 3. Розвиток сервісних компетентностей (3-6 місяць)	Підготовка персоналу до впровадження сервісної культури	<ul style="list-style-type: none"> • тренінги з комунікації та емпатії; • навчання роботи з емоціями; • спеціальні модулі для керівників. 	<ul style="list-style-type: none"> • формування сервісної поведінки; • покращення взаємодії з пацієнтами.
Етап 4. Етичне лідерство (4-6 місяць)	Узгодження управлінських практик із цінностями сервісної культури	<ul style="list-style-type: none"> • оновлення етичного кодексу; • етичні сесії та кейси; • регулярні етичні наради. 	<ul style="list-style-type: none"> • підвищення довіри; • посилення етичної культури.
Етап 5. Сервісні команди (6-9 місяць)	Створення мультидисциплінарних команд для підтримки сервісної культури	<ul style="list-style-type: none"> • розподіл ролей; • визначення відповідальних; • спільна робота над сервісом. 	<ul style="list-style-type: none"> • закріплення сервісної моделі в підрозділах; • зростання командної взаємодії.
Етап 6. Моніторинг та розвиток (постійно)	Безперервне вдосконалення сервісної культури	<ul style="list-style-type: none"> • опитування 1-2 рази на рік; • аналіз скарг і пропозицій; • оновлення стандартів. 	<ul style="list-style-type: none"> • стійкість сервісної культури; • підвищення якості послуг.

Примітка. Запропоновано автором

Дорожня карта передбачає: проведення повторного опитування персоналу та пацієнтів із метою оцінки комунікації, рівня довіри та задоволеності; аналіз внутрішніх комунікацій у кожному підрозділі (частота, стиль, відкритість); виявлення ключових проблемних зон: конфліктність, перевантаження персоналу, низька емпатія, недостатній зворотний зв'язок; підготовку діагностичного звіту для керівництва з висновками та рекомендаціями. Діагностика формує основу для подальшого планування змін та дозволяє адаптувати подальші етапи дорожньої карти до реальних потреб закладу.

Етап 2. Формування стандартів сервісної взаємодії (2-3 місяць). Після визначення ключових потреб організації наступним кроком є створення єдиного сервісного стандарту, який регламентуватиме поведінку персоналу та мінімізуватиме ризики непорозумінь у взаємодії. На цьому етапі доцільно: розробити чек-листи сервісної взаємодії (вітання, пояснення процедур, завершення взаємодії); визначити стандартизовані норми поведінки персоналу у складних ситуаціях; сформувані мовні стандарти – єдиний стиль спілкування з пацієнтами; узгодити стандарти з керівниками відділень та затвердити наказом. Цей етап створює нормативну та поведінкову основу для впровадження сервісної культури.

Етап 3. Розвиток сервісних компетентностей персоналу (3-6 місяць). Сервісне лідерство неможливе без розвитку компетентностей персоналу, що забезпечують відповідну якість взаємодії. Дорожня карта пропонує: проведення тренінгів для персоналу з професійної комунікації, управління емоціями, технік активного слухання; спеціальні модулі для керівників щодо лідерських компетентностей, менторства й підтримки персоналу; тренінги з емпатії та психологічної підтримки пацієнтів (особливо важливо для реабілітації); навчання персоналу методам роботи з вразливими групами пацієнтів. Цей етап забезпечує формування спільної сервісної мови та єдиних стандартів поведінки.

Етап 4. Розвиток етичного лідерства (4-6 місяць). Етичність є

невід'ємною частиною сервісного лідерства. На цьому етапі необхідно: оновити або створити етичний кодекс закладу; проводити регулярні етичні сесії та розгляд реальних кейсів; формувати практику етичних нарад для аналізу складних ситуацій; інтегрувати етичні стандарти у внутрішні політики. Етичне лідерство закріплює сервісну модель як елемент корпоративної культури, а не тимчасову ініціативу.

Етап 5. Впровадження сервісних команд у відділеннях (6-9 місяць). Для забезпечення сталості сервісних змін на рівні підрозділів необхідно: сформувати мультидисциплінарні сервісні команди; визначити ролі (комунікаційний координатор, відповідальний за етичність, за скарги/пропозиції); інтегрувати практики спільної відповідальності; посилити командну взаємодію з акцентом на потребах пацієнта. Впровадження сервісних команд закріплює зміни на операційному рівні.

Етап 6. Моніторинг і розвиток сервісної культури (безперервний процес). Дорожня карта завершується, але не закінчується: сервісна культура потребує постійного розвитку та підтримки. Рекомендується: регулярно проводити опитування персоналу й пацієнтів (раз на 6-12 місяців); аналізувати скарги, пропозиції, індикатори якості; здійснювати перегляд сервісних стандартів і поведінкових політик; визначати й винагороджувати працівників, які демонструють сервісні лідерські практики. Цей етап забезпечує безперервність і сталий розвиток сервісної культури.

Впровадження сервісного лідерства в КНП «БЗОЛР» ТОР матиме комплексний позитивний вплив на функціонування закладу, охоплюючи організаційний, психологічний, сервісний та управлінський рівні.

1. Підвищення задоволеності пацієнтів. Сервісне лідерство забезпечує орієнтацію на потреби пацієнтів, тепле та емпатійне спілкування, своєчасне реагування на запити та якісну інформаційну підтримку. Це формує позитивні враження від перебування у закладі, підвищує довіру до персоналу та сприяє кращому дотриманню пацієнтами реабілітаційних рекомендацій.

2. Покращення репутації закладу. Заклади з високим рівнем сервісної

культури отримують більше позитивних відгуків, привертають увагу громадськості та партнерів, а також зміцнюють конкурентні позиції на ринку медичних послуг. Зростання репутації має прямий вплив на обсяг запитів на реабілітаційні програми та укладання договорів із НСЗУ.

3. Створення атмосфери підтримки й безпеки. Сервісне лідерство формує середовище, у якому пацієнти й персонал відчують емоційну та психологічну безпеку. Це особливо важливо для реабілітаційної лікарні, де пацієнти часто перебувають у вразливому стані. Психологічний комфорт значно впливає на ефективність лікування та швидкість відновлення.

4. Зменшення кількості скарг та конфліктів. Якісна комунікація, емпатія та відкритість персоналу знижують імовірність непорозумінь. Пацієнти частіше звертаються з уточнюючими запитаннями, а не скаргами, а конфліктні ситуації розв'язуються конструктивно. Персонал краще розуміє стандарти поведінки, що зменшує кількість порушень сервісної дисципліни.

5. Зміцнення етичної культури організації. Сервісне лідерство базується на чесності, відповідальності та повазі до гідності пацієнта. Впровадження етичного кодексу, етичних нарад та кейс-методу підсилює ціннісний фундамент закладу. Це забезпечує прозорість рішень і формує високий рівень довіри до керівництва.

6. Зростання професійного рівня персоналу. Регулярні тренінги, наставництво, супервізія та комунікаційні навички сприяють підвищенню кваліфікації медичних працівників. Розвиток сервісних компетентностей (емпатія, слухання, культура взаємодії) підсилює їхню професійну зрілість і дозволяє формувати стабільний кадровий потенціал.

7. Підвищення якості реабілітаційних програм. Сервісна культура впливає не лише на емоційний комфорт пацієнтів, а й на результати лікування: підвищується комплаєнтність, покращуються взаємодія в мультидисциплінарних командах, зростає узгодженість дій фахівців. Це робить реабілітацію більш ефективною, комплексною та індивідуалізованою.

8. Покращення командної взаємодії. Сервісне лідерство сприяє

розвитку командних практик, взаємоповаги, відкритого діалогу та обміну досвідом. Команди працюють більш узгоджено, що зменшує внутрішні конфлікти, прискорює процес ухвалення рішень та підвищує загальну ефективність роботи підрозділів.

Таким чином, упровадження моделі сервісного лідерства в КНП «БЗОЛР» ТОП виступає одним із ключових напрямів стратегічного розвитку закладу, спрямованим на формування високої культури взаємодії між персоналом і пацієнтами, удосконалення управлінських практик та підвищення якості медичних і реабілітаційних послуг. Реалізація запропонованої дорожньої карти дозволить забезпечити системні організаційні зміни, зміцнити етичні та сервісні стандарти, покращити психологічний клімат у колективі та сформувати середовище довіри, прозорості та партнерства. У довгостроковій перспективі сервісне лідерство підвищить конкурентоспроможність закладу, сприятиме стійкості управлінської системи та створить передумови для сталого розвитку, орієнтованого на потреби пацієнтів та професійне зростання персоналу.

ВИСНОВКИ

Дослідження системи керівництва і лідерства в закладах охорони здоров'я, проведене на матеріалах КНП ««Більче-Золотецька обласна лікарня реабілітації ім. Г. В. Вершигори» Тернопільської обласної ради, дало змогу зробити наступні висновки та навести пропозиції.

У результаті дослідження теоретичної сутності керівництва та лідерства в системі охорони здоров'я, а також вивчення їхньої ролі та функціонального значення, систематизовано ключові наукові підходи до трактування феноменів керівництва, управління та лідерства. З'ясовано, що в умовах сучасної трансформації медичної сфери ефективність діяльності закладів охорони здоров'я значною мірою визначається не лише якістю управлінських рішень, а й здатністю керівників здійснювати лідерський вплив, мотивувати персонал, формувати сприятливий соціально-психологічний клімат та забезпечувати стабільність організаційних процесів. Уточнено сутнісні характеристики управлінських функцій медичного лідера, серед яких провідну роль відіграють стратегічне бачення, комунікаційна компетентність, емоційний інтелект та здатність підтримувати командну взаємодію. Систематизовані теоретичні положення дають змогу розглядати лідерство як невід'ємний чинник підвищення результативності діяльності медичних організацій.

У процесі аналізу сучасних наукових моделей та концепцій лідерства, зокрема поведінкових, ситуаційних, трансформаційних, сервісних та коучингових підходів, уточнено їх змістовні характеристики та визначено релевантність для медичної сфери. Виявлено, що поведінкові моделі забезпечують розуміння стилістичних особливостей управлінського впливу, ситуаційні – підкреслюють необхідність адаптації стилю лідерства до рівня зрілості персоналу та специфічних умов діяльності, сервісні – орієнтують керівника на підтримку, турботу, розвиток і залученість працівників, а коучингові – сприяють посиленню професійної автономії, самомотивації та формуванню культури безперервного навчання. Проведений аналіз засвідчив, що для медичних організацій найбільш ефективним є поєднання сервісного та

коучингового підходів, які відповідають сучасним вимогам пацієнт-орієнтованості, командності та етичного управління.

У результаті комплексної характеристики організаційної, структурної та функціональної побудови досліджуваного закладу охорони здоров'я визначено його внутрішню архітектуру, ключові підрозділи, їхні управлінські зв'язки та напрямки діяльності. Виявлено специфіку взаємодії між адміністративними, медичними, допоміжними та сервісними підрозділами, що формують єдиний процес надання медичних послуг. Проаналізовано організацію роботи лікарів, середнього медперсоналу, адміністрації та менеджерів різних рівнів, уточнено характер горизонтальних і вертикальних комунікацій, визначено функціональні навантаження, типові управлінські практики та ключові виклики, з якими стикається заклад. Це дозволило систематизувати проблемні зони його організаційного розвитку, такі як фрагментарність управлінських процесів, нерівномірність розподілу відповідальності, недостатня стандартизація внутрішніх комунікацій та потреба у зміцненні культури взаємної підтримки.

У ході оцінювання діючої системи керівництва та лідерства в медичному закладі здійснено аналіз управлінських стилів, що застосовуються керівниками різних рівнів. Виявлено, що у практиці управління переважають елементи директивного та адміністративного стилів, які забезпечують дисципліну та контроль, але недостатньо сприяють розвитку персоналу, участі працівників у прийнятті рішень та інноваційності. Окреслено сильні сторони наявної системи керівництва, серед яких чітка нормативно-правова основа, структурована система підпорядкування та визначеність функцій. Разом із тим, встановлено основні проблемні зони: недостатній рівень емоційної підтримки працівників, невисока мотиваційна залученість персоналу, обмежена практика зворотного зв'язку та відсутність системного підходу до розвитку лідерських компетентностей. Це дало можливість визначити потребу в трансформації управлінської культури та запровадженні більш гуманістично орієнтованих стилів керівництва.

На основі проведених досліджень в роботі обґрунтовано можливості впровадження коучингового стилю керівництва в діяльність медичного закладу, визначено ключові умови, механізми та очікувані результати його застосування. Зокрема, встановлено, що ефективно впровадження коучингу передбачає підготовку керівників до розвитку м'яких навичок, формування в організації культури довіри, стимулювання самооцінки, делегування, розвитку професійної автономії та відповідальності співробітників. Обґрунтовано, що коучинговий стиль здатний забезпечити підвищення якості комунікацій, покращення командної динаміки, зниження рівня професійного вигорання та формування атмосфери партнерства. Це дає змогу розглядати коучинговий підхід як перспективний інструмент удосконалення системи управління закладом охорони здоров'я.

Крім того, у роботі розроблено дорожню карту впровадження сервісного лідерства, що містить чітко визначені етапи, інструменти, управлінські дії та механізми підтримки, спрямовані на формування пацієнт-орієнтованої, етичної та високопрофесійної організаційної культури. Визначено, що сервісне лідерство передбачає переорієнтацію керівника на роль наставника, фасилітатора та партнера для персоналу; утвердження цінностей взаємоповаги, відповідальності, прозорості та сервісності; підвищення рівня залученості працівників до управлінських процесів; формування системи мотивації, що підтримує розвиток та ініціативність. Реалізація дорожньої карти забезпечує підвищення довіри пацієнтів, покращення якості медичних послуг, посилення репутації закладу й сприяє сталому кадровому розвитку.

Таким чином, отримані результати дослідження дали змогу здійснити комплексну оцінку системи керівництва та лідерства в закладі охорони здоров'я, уточнити теоретико-методологічні засади управління медичними організаціями, виявити ключові управлінські проблеми та окреслити практичні шляхи їх розв'язання. В роботі обґрунтовано доцільність впровадження коучингового стилю керівництва та розроблено дорожню карту сервісного лідерства, що дозволяє сформулювати сучасну модель управління,

основану на партнерстві, довірі, професійному розвитку та орієнтації на пацієнта. Отримані результати становлять практичну цінність для керівників закладів охорони здоров'я та можуть бути використані для підвищення ефективності управлінських процесів, розвитку персоналу, оптимізації організаційної культури та підвищення якості медичних послуг.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Августин Р. Р., Стахів О. В. Визначення стратегічних пріоритетів управління системним розвитком закладів охорони здоров'я. *Академічні візії*. 2023. № 17. URL: <https://academy-vision.org/index.php/av/article/view/250>
2. Акельма В. Г., Сумець О. М., Кириченко О. С. Менеджмент закладу охорони здоров'я: навчальний посібник. К.: ВНЗ «Університет економіки та права» «КРОК», 2023. 255 с.
3. Бінерт О.В., Балаш Л.Я., Лисюк О.В. Керівництво та лідерство в організації як основа успішної управлінської діяльності. *Агросвіт*. 2024. № 10. С. 40-44.
4. Борисюк М.О. Сучасні моделі керівництва та лідерства. Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів: VI Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю (м. Збараж, 15 травня 2025 року). ЗУНУ.
5. Борисюк М.О. Керівництво та лідерство в закладі охорони здоров'я. Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні: Наукова конференція молодих вчених, аспірантів та студентів кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу (м. Тернопіль, 27 листопада 2025 року). Тернопіль., ЗУНУ.
6. Борщ В. І. Управління закладами охорони здоров'я. Херсон: Олди-плюс, 2020. 391 с.
7. Борщ В. І., Рудінська О. В., Формування професійної компетентності менеджера закладу охорони здоров'я. *Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління*. 2019. Том 18, Вип. 2 (42). С. 96-104.
8. Борщ В.І., Данілко М.В. Аналіз стилів лідерства в сфері охорони здоров'я України. *Проблеми системного підходу в економіці*. 2025. Випуск 1 (98). С. 88-95.
9. Борщ, В. І. Сучасна парадигма системи управління персоналом закладу охорони здоров'я. *Проблеми системного підходу в економіці*. 2019. № 1(1). С. 73-79.

10. Буяк. Б. Феномену лідера в історико-філософській ретроспективі. *Гуманітарний вісник*. 2015. № 36. С. 238-252.
11. Вініченко І. І., Дідур К. М. Сутність та теоретичні основи стилю управління. *Агросвіт*. 2011. № 21. С. 28-32.
12. Волківська, Д. А. Сучасні підходи до визначення лідерства. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки*. 2014. Вип. 115. С. 45-47.
13. Воронов О. Формування лідерського потенціалу в сфері охорони здоров'я України. *Теоретичні та прикладні питання державотворення*. 2022. № 27. DOI: <https://doi.org/10.35432/tisb272022276687>
14. Галузьяк В., Акімова О., Громов Є. Сучасні зарубіжні підходи до розуміння лідерства і виховання лідерів. *Лідер. Еліта. Суспільство*. 2019. № 1. С. 32-53.
15. Голубь В.В., Рубан Д.О.. Партисипативне лідерство versus партисипативне управління: концептуалізація поняття. *Вісник Полтавського державного аграрного університету. Серія «Публічне управління та адміністрування»*. 2024. № 1. С. 79-84.
16. Гончарук Н., Сурай І. Лідерство як якісна характеристика особистості чи інституції. *Вісник Національної академії державного управління при Президентіві України*. 2010. № 3. С. 5-13.
17. Грищенко І.М. Феномен лідерства в системі міського самоврядування: монографія. Київ: НАДУ, 2016. 320 с.
18. Дияк В.В., Волобуєв В.В. Генезис феномену лідерства у наукових дослідженнях. *Інноваційна педагогіка*. 2024. Випуск 67. Том 1. С. 15-19.
19. Жуковська А. Методи планування та розподілу завдань у тайм-менеджменті. *Socio-economic relations in the digital society*. 2023. № 1 (47). С. 50-60.
20. Жуковська А.Ю. Сучасні методи та технології тайм-менеджменту. *Вісник Харківського національного університету імені ВН Каразіна. Серія «Економічна»*. 2024. № 101. С. 79-93.

21. Карамушка Л. М., Фелькель Т. Г. Лідерство в організації: аналіз основних підходів та важливість їх застосування в організаціях системи вищої освіти. *Проблеми сучасної психології*. 2013. № 2. С. 52-60.

22. Ключко А. О. Сутність та структурні компоненти стилю управління менеджера освітньої організації. *Габітус*. 2020. Вип. 17. С. 163-167.

23. Кожушко Л. Ф., Щербакова А. С. Лідерство як передумова ефективної системи менеджменту організації. *Вісник Національного університету водного господарства та природокористування. Економічні науки*. 2020. Вип. 4. С. 85-95.

24. Колінко Н. О. Феноменологія та систематизація традиційних і сучасних стилів керівництва. *Науковий вісник НЛТУ України*. 2012. Вип. 22.7. С. 380-391.

25. Копитко М. Лідерство та комунікації в організації: навчальний посібник. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2024. 512 с.

26. Копчак Ю.С., Матвєв М.Е., Моторнюк У.І. Особливості впливу різних стилів лідерства на управління підприємством. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Економіка і управління*. 2024. Том 35 (74). № 2. С. 33-39.

27. Крячкова Л.В. Застосування компетентнісного підходу для післядипломного навчання керівників медичних закладів шляхам забезпечення чутливості охорони здоров'я. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2015. № 2 (2). С. 112-116.

28. Лукаш С.М., Бричко А.М., Гегешко В.В. Лідерство в професійній підготовці управлінців: досвід ЄС (на прикладі галузі охорони здоров'я). *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2022. Випуск 32. С. 7-12.

29. Мазницький Б.Ю., Хаврова К.С. Лідерство та менеджмент: спільне та відмінне. *Ефективна економіка*. 2024. № 9. URL: <https://nauka.com.ua/index.php/ee/article/view/4624>

30. Марова С.Ф. Особливості використання інструментів лідерства у

воєнні та мирні часи. *Центрально-український вісник права та публічного управління*. 2024. № 2 (6). С. 50-58.

31. Мельник А. Трансформаційна модель ринку охорони здоров'я в Україні в умовах сучасних викликів. *Вісник економіки*. 2022. № 2. С. 111-127.

32. Мельник А. Ф., Мельник Ю. В. Трансформація регіональних ринків медичних послуг в умовах інституційних реформ в Україні. *Регіональна економіка*. 2019. Вип. II (74). С. 28-52.

33. Мельник А., Матюк Л. Імплементация кластерного підходу в практику територіальної організації охорони здоров'я: теоретико-інституціональні та практичні аспекти. *Вісник економіки*. 2023. № 4. С. 29-51.

34. Мельник А., Радзивілюк Л. Імплементация стратегічного планування в практику управління сучасним медичним закладом: методологічні та прикладні аспекти. *Вісник економіки*. 2021. № 3. С. 66-83.

35. Мельник А., Шабага А. Первинна медична допомога в системі організації охорони здоров'я регіону: проблеми збалансованості та доступності. *Вісник економіки*. № 2. С. 23-42.

36. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я: кол. монографія за науковою ред. д.е.н. Шкільняка М. М., д.е.н. Желюк Т. Л. Тернопіль, Крок. 2020. 560 с. URL: http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/38546/1/Mon_uzoz_t.pdf

37. Мороз В.П. Лідерство як наукова проблема. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка : Педагогічні науки*. 2019. №1 (324) березень. Ч. 1. С. 99-110.

38. Організація діяльності в сфері охорони здоров'я: навч. посібник за ред. Шкільняка М. М., Желюк Т. Л., Тернопіль, Крок. 2021. 438 с. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/handle/316497/48106>

39. Основи менеджменту і маркетингу в медицині: навч. посіб. ред. кол. Т. В. Єрошкіна, О. П. Татаровський, Т. М. Полішко, С. С. Борисенко. Д.: РВВ ДНУ, 2012. 64 с.

40. Перерва І. М. Стилї керівництва та їх місце в управлінні діяльністю

підприємства. *Бізнес Інформ*. 2023. №2. С. 241-248.

41. Рудінська О., Кусик Н., Жмай О. Імплементція синергії функцій менеджера та лікаря в управлінській діяльності на прикладі клінік одеського національного медичного університету. *Економіка та суспільство*. 2023. № 55. URL: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2023-55-104>

42. Савельєва С., Стасюк Ю. Гнучке лідерство як ключ до ефективного управління проєктними командами. *Виклики та проблеми сучасної науки*. 2025. Том 4. № 1. С. 109-114.

43. Саврук О. Ю. Стилі керівництва: сутність та характерні риси. *Вісник Національного університету «Львівська політехніка». Проблеми економіки та управління*. 2009. № 640. С. 387-393.

44. Самодай, В. П., Рибальченко, С. М., Слатвицька, Н. А. Особливості управління персоналом медичного закладу. *Вісник СумДУ. Серія «Економіка»*. 2022. № 4. С. 136-142.

45. Сергеева Л. М., Кондратьєва В. П., Хромей М. Я. Лідерство: навч. посібн. Івано-Франківськ: «Лілея НВ». 2015. 296 с.

46. Сторожев Р. Особливості партисипативного стилю управління лідера в публічно-управлінській діяльності. *Аспекти публічного управління*. 2021. Том 9. № 4. С. 20-27.

47. Сумець О., Перог Т. Проблеми управління середнім медичним персоналом вітчизняних закладів охорони здоров'я. *Вчені записки Університету «КРОК»*. 2024. № 3 (75). С. 102-107.

48. Торічний В.О., Ткачук Д.В., Кузь Ю.М. Цифрова трансформація та лідерство: нові вимоги до керівників в епоху технологій. *Соціальний розвиток: економіко-правові проблеми*. 2025. № 5. С. 10-19.

49. Труніна І. М., Сербін Р. А., Андрієнко М. С. Особливості управління персоналом у медичній галузі. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Економічні науки»*. 2021. № 43. С. 51-56.

50. Чичун В.А., Полянко Г.О. Поведінковий менеджмент: мотиваційні фактори ефективного керівництва. *Соціальний розвиток: економіко-правові*

проблеми. 2025. № 5. С. 1-9.

51. Шаломова А., Ігнат'єва І. Дослідження різних моделей лідерства та їх вплив на результативність групової діяльності. *Управління інноваційним розвитком соціально-економічних систем*. Видавничий дім «Києво-Могилянська академія», 2024. С. 517-529.

52. Шкільняк М.М., Кривокульська Н.М. Організаційне лідерство як інструмент організації діяльності закладу охорони здоров'я та її вдосконалення. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2022. № 1 (91). С. 64-69.