ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ МЕНЕДЖМЕНТУ

Навчальний посібник
для самостійної роботи слухачів циклу спеціалізації
«Організація та управління в охороні здоров'я»

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ МЕНЕДЖМЕНТУ

Навчальний посібник
для самостійної роботи слухачів циклу спеціалізації
«Організація та управління в охороні здоров'я»

Харків
ХНМУ
2026

УДК 005:614(075.8)
П86

Затверджено Вченою радою ХНМУ.
Протокол № 5 від 28.05.2026.

А в т о р с ь к и й к о л е к т и в:
О. І. Сердюк, Н. В. Просоленко,
В. І. Крупеня, І. І. Парфьонова, Г. Є. Голованова

Р е ц е н з е н т и:
О. М. Криворучко – д-р екон. наук, проф. (Харків. нац. автомобільно-дорожній ун-т).
Ю. М. Сагачко – канд. екон. наук, доцент (Держ. біотехнолог. ун-т).

П86 Психологічні основи менеджменту : навч. посіб. для самост. роботи слухачів циклу спеціалізації «Організація та управління в охороні здоров'я» / О. І. Сердюк, Н. В. Просоленко, В. І. Крупеня та ін. Харків : ХНМУ, 2026. 68 с.

Навчальний посібник присвячений розкриттю психологічних закономірностей управлінської діяльності в сучасній системі охорони здоров'я. У виданні детально розглянуто питання формування лідерських якостей керівника, психології командної роботи та профілактики професійного вигорання персоналу. Окремий акцент зроблено на ефективних комунікаціях та стратегіях розв'язання конфліктів у медичних колективах в умовах галузевих змін. Матеріал адаптований для самостійної роботи, містить прикладні кейси та інструменти для самоаналізу управлінських компетентностей.

Посібник адресований слухачам циклів спеціалізації «Організація та управління в охороні здоров'я» та керівникам медичних закладів усіх рівнів.

УДК 005:614(075.8)

© Харківський національний медичний університет, 2026
© Сердюк О. І., Просоленко Н. В., Крупеня В. І. та ін., 2026

ЗМІСТ

Вступ 4

Розділ 1. Культура управління 5

Розділ 2. Соціально-психологічний клімат колективу 6

Розділ 3. Керівництво: влада та лідерство 8

Розділ 4. Стиль керівництва 15

Розділ 5. Управління конфліктами 18

Розділ 6. Психологічні основи ділового спілкування 20

Розділ 7. Правила для керівника 23

Розділ 8. Особливості та порівняльні характеристики стилів менеджменту в інших країнах світу 29

Розділ 9. Сучасний медичний менеджмент в Україні 49

Контрольні питання 55

Тестові завдання 56

Практичні кейси 62

Список рекомендованих джерел 67

ВСТУП

Перехід від клінічної практики до управлінської діяльності – це не просто зміна кабінету чи посадової інструкції. Це фундаментальна трансформація мислення. Якщо в медицині вашим головним інструментом є знання протоколів та фізіології, то в менеджменті ключовим ресурсом стає **людина** – з її емоціями, мотивами, страхами та потенціалом.

Навчальний посібник **«Психологічні основи менеджменту»** розроблений спеціально для слухачів циклу «Організація та управління в охороні здоров'я». Зрозуміло, що сучасна лікарня чи медичний центр – це простір надвисокої емоційної напруги. Саме тому ефективний керівник закладу охорони здоров'я сьогодні – це не лише адміністратор, а й тонкий психолог, здатний підтримувати баланс між операційною ефективністю та психологічним благополуччям колективу.

Чому це важливо саме зараз?

Сфера охорони здоров'я перебуває у стані постійних реформ та кризових викликів. У таких умовах традиційні методи «командного» управління втрачають дієвість. На зміну їм приходить **гуманістичний менеджмент**, де на першому місці стоять:

- **емоційний інтелект:** здатність розуміти власні стани та настрої підлеглих;
- **конфліктологічна компетентність:** вміння перетворювати суперечки в колективі на точки росту;
- **профілактика вигорання:** захист найціннішого активу медицини – людського ресурсу.

Структура та мета посібника

Цей посібник побудований як навігатор для **самостійної роботи** слухачів. Він не обтяжений сухою теорією, а зосереджений на прикладних аспектах психології управління. Слухачі опанують наступне:

1) **психологію особистості керівника:** як сформувати власний авторитет та індивідуальний стиль лідерства;

2) **групову динаміку:** як перетворити набір фахівців на згуртовану команду, що працює на результат;

3) **мистецтво комунікації:** як ефективно взаємодіяти з персоналом, пацієнтами та державними структурами;

4) **психологію прийняття рішень:** як зберігати критичне мислення в умовах дефіциту часу та інформації.

Як працювати з матеріалом?

Самостійна робота передбачає не лише читання, а й рефлексію. Кожен розділ містить запитання для самоконтролю та практичні кейси, максимально наближені до реалій української медицини. Необхідно не просто запам'ятовувати терміни, а й «приміряти» кожну концепцію на професійний досвід фахівця.

Треба пам'ятати, що успішний менеджмент у медицині починається не з наказів, а з розуміння психологічної природи людської взаємодії, з натхнення для досягнення результативності на шляху до професійного вдосконалення.

Розділ 1. КУЛЬТУРА УПРАВЛІННЯ

В систему управління окрім організації системи, методів управління, техніки управління входить ще окрема проблема – культура управління.

Культура управління – це невід'ємна частина загальної культури, що включає сукупність знань, норм, цінностей та методів, які забезпечують ефективне функціонування медичного закладу. Ключовим носієм цієї культури є керівник. Його особистість – це інструмент впливу.

Культура – соціально-прогресивна діяльність людства, яка є діалектичною єдністю процесів утворення норм, цінностей, знакових систем і освоєння культурної спадщини та направлена на зміну дійсності, всебічне виявлення і розвиток суті сил людини.

Культура управління – це частина загальної культури. У широкому значенні культура управління включає утворення основних норм та принципів функціонування системи управління і використання їх в процесі управлінської діяльності з метою досягнення оптимального стану або результатів функціонування об'єкту управління. Таким чином, культура управління – це сукупність способів, методів і результатів діяльності системи управління, що забезпечує ефективне функціонування та розвиток об'єкту управління.

Культура управління керівника відображає ступінь оволодіння ним знаннями, способами та методами керівної діяльності і використання їх у практиці відповідно до рівня розвитку власної мікрокультури.

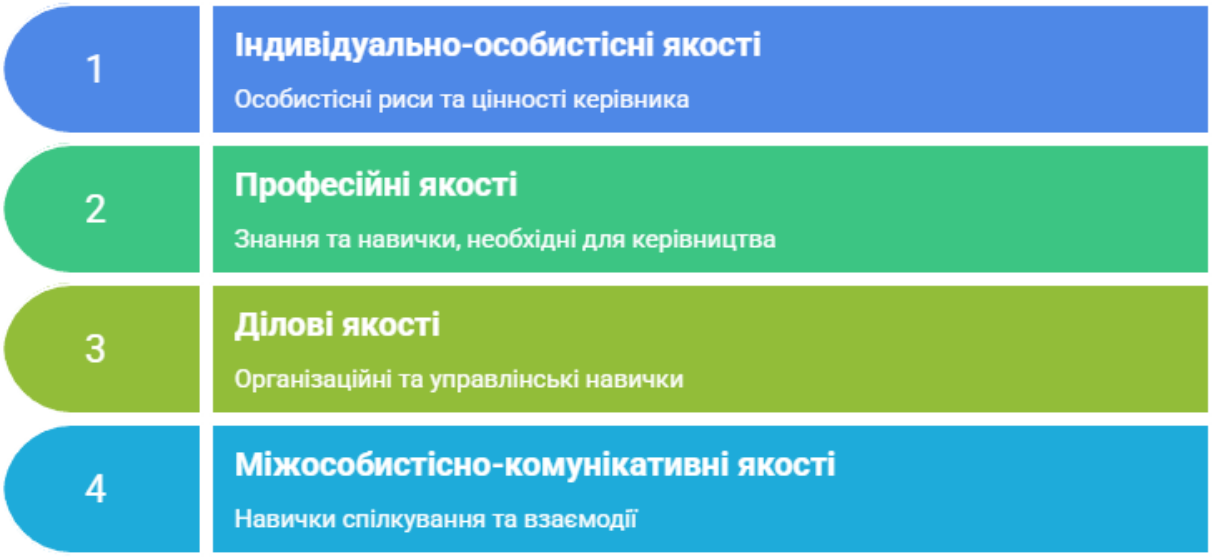
Оскільки носієм управлінської культури є керівник, особа якого є системою інтелектуальних, соціокультурних і морально-вольових якостей, відображених в індивідуальних особливостях його свідомості і діяльності, то ці якості стають центральним елементом управлінської культури керівника.

Існує два підходи до того, яким повинен бути керівник:

1. Теорія рис. Вважається, що статус керівника вимагає певний комплекс відповідних йому якостей особи.

2. Теорія ситуативності. Вважається, що основним чинником управлінської ефективності є ситуативність, яка відбірково структурує модель «гарного» керівника.

Можна сказати, що серед рис керівника, які він має (або повинен мати) – це специфічні константи, які не залежать від ситуації. Проте розвиток суспільства і системи управління, зокрема, постійно змінює їх пропорції і співвідношення. Тому весь комплекс соціальних якостей, які характеризують особистість керівника, можна розділити на 4 блоки:



Розділ 2. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ КЛІМАТ КОЛЕКТИВУ

Згідно з розробленими особистісно-професійними рисами сучасний менеджер системи охорони здоров'я повинен вміти спілкуватися з підлеглими та іншими людьми, бути здатним забезпечити хороший морально-психологічний клімат у колективі на основі творчої співдружності і товариської взаємодії.

Психологічний клімат – результат взаємодії людей у процесі їх сумісної діяльності. Найбільш соціально зумовленою формою взаємодії є узгодженість.

У системі міжособистісних відносин важливе значення мають інтереси, погляди і ціннісні орієнтації кожної окремої особи. У будь-якому виробничому колективі, що об'єднує людей за професійною ознакою і загальністю мети і задач, виникають так звані неформальні групи співробітників даного колективу.

Формальна група основана на офіційних правах і обов'язках кожного співробітника даного колективу.

Неформальна група основана на особистісних відношеннях, загальних інтересах і захопленнях. У тих випадках, коли неформальна група стає для тієї чи іншої особистості орієнтиром в поведінці, з якою ця особистість постійно співвідносить свої особисті вчинки, у якої вона, ця особистість, запозичує зразки для наслідування, до якої особистість відносить себе свідомо, тоді мова йде про референтну групу.

Сучасні теоретики вважають, що неформальна група може допомогти формальній у досягненні її мети наступним способом:

1. Визнати існування неформальної групи і усвідомити, що її знищення призведе до знищення і формальної групи.

2. Вислуховувати думку членів і лідерів неформальних груп.

Власне наявність цих рис характеризують специфіку рівня управлінської культури керівника.

Діяльність медичних працівників України регламентується як у минулому не тільки державно-правовими, юридичними законоположеннями і нормами, але значною мірою і морально-етичними, особливо в період переходу системи охорони здоров'я до ринкових відносин.

З поняттями моралі і духовності дійсно пов'язана етика, а конкретно етика керівника, що звичайно висвітлює взаємовідносини, які складаються між керівником і підлеглими.

Медична етика, як частина загальної етики, розглядає питання моральності медичних працівників, включає сукупність норм їх поведінки і моральних почуттів професійного обов'язку, честі та достоїнства.

Деонтологічні принципи в медицині

Термін «деонтологія» пов'язується з поняттям обов'язків. Вірніше визначати його як посадове високоморальне, гуманне відповідно до вимог етики поведінки.

Медична деонтологія – наука про практичне дотримання принципів медичної етики в діяльності всіх співробітників медичного закладу.

Таким чином, медична етика і деонтологія як органічно пов'язані поняття мають справу з моральними нормами і базованими на них принципами і правилами поведінки медичних працівників, що виконують свій громадянський і професійний обов'язок.

Структура етичних і деонтологічних уявлень особи включає:

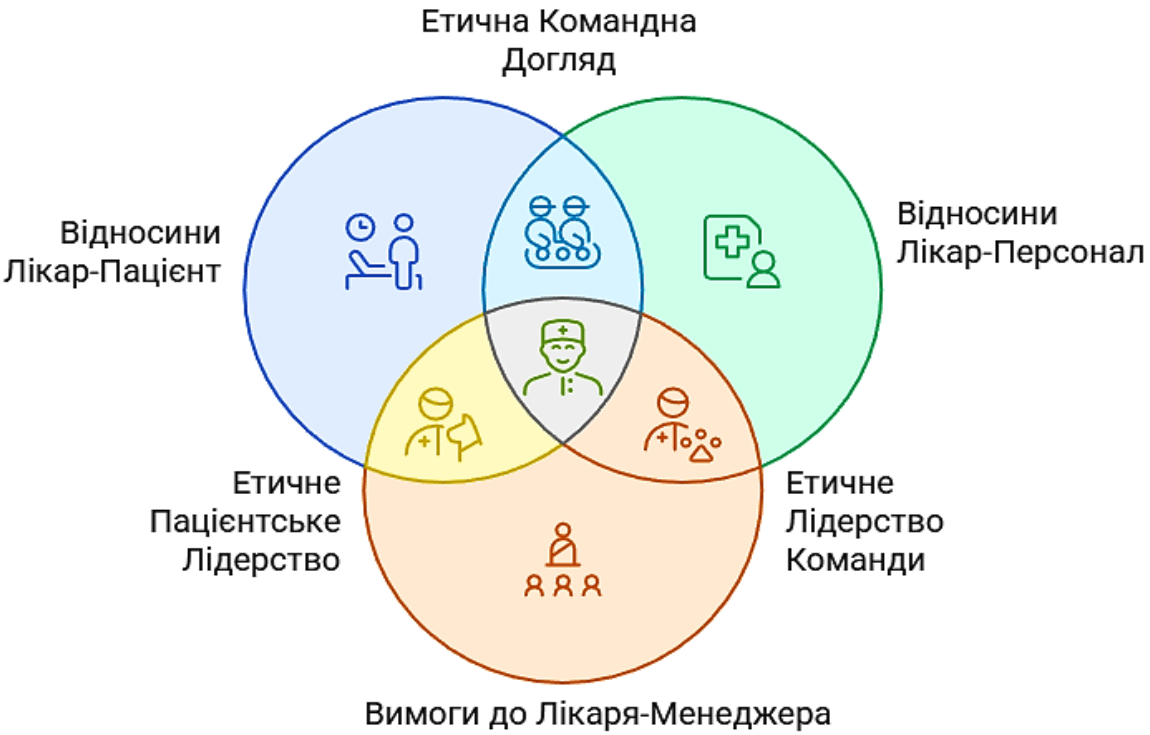
1) загальні етичні уявлення;
2) загальнопрофесійні уявлення;
3) уявлення за своєю вузькою спеціальністю;
4) етичні і деонтологічні уявлення керівника.

Основні принципи деонтології включають три основні групи:

І група принципів розглядає взаємовідносини, які складаються між медичним персоналом і хворими;

ІІ група розкриває взаємовідносини між лікарями та середнім і молодшим медичним персоналом;

ІІІ група принципів висвітлює вимоги, які висувають особі лікаря-менеджера.



Однією з рис керівника є дотримання етикету, який включає 3 функції:

- визначає причетність людей до професійного кола, стану;
- встановлює або регламентує ієрархію всередині цього стану;
- шляхом дотримання субординації формує у представників цієї професії гордість за належність до такого професійного єднання.

Лікарський етикет як галузь медичної філософії в нашій країні розроблений недостатньо. Його прояви визначаються ступенем культури, інтелекту, інтуїції лікаря, його готовністю до співчуття та до діяльного гуманізму.

Поняття «етикет» походить від французького слова «etiquette» і означає набір правил поведінки в суспільстві з урахуванням традицій і соціально-правових норм регулювання поведінки.

Культурно-побутова адаптація у процесі праці, відпочинку, режим яких прийнятий у даному колективі.

Адміністрація, громадські організації і сам колектив повинні допомогти кожному співробітнику, а особливо тільки-но прийнятим на роботу, увійти в колектив та адаптуватися до нього.

Розділ 3. КЕРІВНИЦТВО: ВЛАДА ТА ЛІДЕРСТВО

Керівник організації, колективу – це людина, яка одночасно є лідером і ефективно керує своїми підлеглими. Його мета – впливати на своїх співробітників таким чином, щоб вони виконували роботу, доручену даному колективу.

Влада – це можливість впливати на поведінку інших. Всупереч формальним повноваженням, керівнику потрібна влада, тому що він залежить від людей, як в межах своїх ланцюгових команд, так і зовні цих команд.

Є п'ять головних форм влади:

1. Влада, заснована на примушенні. Виконавець вірить, що той, хто має вплив, має можливість наказувати. Вплив через страх ефективний тільки за умови, що він підкріплюється відмінною системою контролю, яка потребує великих витрат.

2. Влада, заснована на винагороді. Виконавець вірить, що той, хто має вплив, має можливість задовольнити насущну потребу або зробити приємність. Вплив через дію позитивного характеру більш бажаний, ніж страх, тому що дає позитивний стимул для більш якісного виконання роботи.

3. Експертна влада. Виконавець вірить, що той, хто має вплив, володіє спеціальними знаннями, які дозволяють тому задовольняти потреби виконавця. Експертна влада стає ефективною завдяки зростаючій складності технології і розміру організацій.

4. Еталонна влада (влада прикладу). Характеристики або якості того, хто впливає, настільки привабливі для виконавця, що він хоче бути схожим на того, хто впливає.

5. Законна влада характеризується тим, що той, хто має вплив, має право віддавати накази і що обов'язок залежного підпорядковуватися їм. Законну владу часто називають традиційною владою.

Традиційна, або законна влада, вплив через прищеплені культурою цінності – найбільш розповсюджений тип влади.



Лідерство є однією з форм соціально-психологічного управління колективом.

Лідерство – це форма влади, що характеризується її спрямованістю згори вниз і тим, що носієм такої влади є не більшість, а окрема особа або група осіб. Політичне лідерство, за визначенням Жана Блонделя, – це «влада, яку здійснюють один чи кілька індивідів з метою спонукання членів нації до дії».

Лідерство – це управлінський статус, тобто соціальна позиція, пов'язана з ухваленням рішень і виконанням керівних функцій. Таке розуміння ґрунтується на структурно-функціональному підході, який розглядає суспільство як складну

ієрархічну систему соціальних ролей і позицій. Зайняття в цій системі ролей, що передбачають здійснення керівних завдань, і надає особі статус лідера. Інакше кажучи, як зазначає Даунтон, лідерство – це «місце в суспільстві, що визначається здатністю того, хто його посідає, спрямовувати та організовувати колективну поведінку частини або всіх його членів».

Моральний клімат визначається тим, наскільки повно в колективі додержується статус співробітника. Існує три статуси співробітника:

- цивільний, який визначає виконання прав особистості, громадського достоїнства, встановлені правопорядком;
- службовий – це чітка регламентація прав і обов'язків співробітника, його використання відповідно до кваліфікації, справедлива оцінка ділових і особистих якостей;
- особистий – це визнання в колективі, задоволеність своїми неформальними відношеннями в колективі.



Механізм формування морального клімату складається з трьох факторів:

- моральне обличчя формальних офіційних лідерів колективу, їх особистий авторитет, наявність неістинних типів авторитету;
- рівень виховної роботи;
- позиція неформальних неофіційних лідерів.

У формуванні і цілеспрямованості референтних груп велику роль відіграють так звані **соціально-психологічні верстви колективу**, тобто умовні групи людей, об'єднаних загальними психологічними якостями (темперамент, характер, емоційного стану та ін.). Серед цих груп можна назвати такі, як колективісти, індивідуалісти, претензіоністи, пасивні, ізольовані та ті, що наслідують.



Колективісти – це люди, які тягнуться до будь-яких колективних дій і намагаються бути завжди у центрі подій; вони активно підтримують і адміністрацію, і громадські організації, і окремих своїх колег, коли їм пропонують якісь колективні заходи.

Індивідуалісти більш схильні до самостійних дій. Необхідність частого спілкування з людьми, навіть з тими, яким вони симпатизують, для них нерідко важко.

Претензіоністи можуть бути як колективістами, так і індивідуалістами. Їх виділяє пихатість, тому, якщо їх «не зрозуміли», вчасно не відмітили їх старання, то вони будуть дуже ображені і стають в опозицію – починають діяти проти керівника і проти громадських організацій, і проти своїх товаришів по роботі.

Ті, що наслідують – це люди зі слабо вираженою самостійністю, які намагаються пристосуватися до тих, хто є лідерами в колективі. У таких людей навіть думка керівника або іншого лідера в колективі моментально перетворюється в особисту думку.

Пасивні люди намагаються бути окремо від колективу, бувають нерішучими – «як би чого не вийшло». Головний їх принцип – це невтручання, що приводить до повної байдужості до всього, що відбувається в колективі.

Ізольовані – це люди, які своїми діями, або висловлюваннями відштовхують від себе значну частину колективу і залишаються ніби на одинці. До своєї ізоляції таких людей часто призводить і їхня безтактність.

Таким чином, колектив володіє зовнішньою, тобто формальною, і внутрішньою, тобто неформальною, структурою. Під зовнішньою структурою розуміють орга-

нізацію взаємодій членів даного колективу, встановлену зовні, яка регулюється офіційними нормами і правилами. Внутрішня структура колективу визначається характером особистісних взаємодій у колективі, почуттями товариства чи ворожості, симпатіями або антипатіями всіх членів цього колективу, ступенем авторитетності кожного з них.

Якщо зовнішня структура колективу стабільна, то її внутрішня структура надзвичайно динамічна, рухлива. Чим вищий ступінь єдності формальних і неформальних груп колективу, тим більших успіхів цей колектив може досягнути.

В основі формування формальних і більшою мірою неформальних груп лежить **адаптація**. Розрізняють декілька видів адаптації людини в колективі.

Професійна адаптація полягає в тому, щоб кожний член колективу виконував свою роботу відповідно до правил, здібностей і методів, прийнятих у даному колективі, з урахуванням індивідуальних якостей кожного співробітника.

Соціально-психологічна адаптація полягає у встановленні певної системи зв'язків і відносин між членами колективу (тобто згуртування колективу), направленої на виконання головного завдання, яке стоїть перед даним колективом.

Лідерство – це здатність впливати на окремі особистості та групи, спрямовуючи їх зусилля на досягнення цілей, поставлених перед колективом.

Лідер – співробітник, керівник, який визначає діяльність співробітників. Розрізняють формальних і неформальних лідерів.

Лідер формальний – офіційний керівник, який наділений необхідними повноваженнями.

Лідер неформальний – це співробітник, який має такі особисті якості, які дозволяють йому впливати на поведінку і настрій людей, вести їх за собою.

Оптимальний варіант – це такий, коли керівник одночасно є формальним і неформальним лідером, причому неформальне лідерство засноване на авторитеті керівника.

На жаль, часто неформальне лідерство переходить до інших членів колективу. Умови, які сприяють переходу впливу до неформального лідера:

1. Неавторитетність керівника.

2. Наявність недоліків в організації праці.

3. Нездорове відношення керівника до підлеглих.

4. Наявність в колективі сильної особистості, яка здатна об'єднати і повести за собою колектив.

5. Наявність в колективі групи робітників, готових піти за неформальним лідером.



Неформальний лідер може бути позитивним або негативним. Позитивний неформальний лідер діє безкорисно, він уболіває за спільну справу і намагається усунути ти чи інші недоліки. Для негативного неформального лідера особисті інтереси вище громадських.

За типом поведінки неформальні негативні лідери розподіляються на лідерів-керівників та лідерів-комунікаторів. Негативний лідер-керівник характеризується дійовою активністю, самостійністю. Він притягує до себе людей сміливістю своїх рішень і відвертою розбіжністю з діями керівника.

Останніми роками спеціалісти виділяють три основні типи керівників і відповідних їм стилів керівництва: авторитарні, формальні і демократичні.

Найбільш характерною рисою діяльності **керівника авторитарного типу** є перебільшення ролі і значення адміністративних (командних) форм керівництва. Інші характерні риси:

1. Централізація влади у своїх руках. Підлеглі працюють умовах обмежених особистих функцій.

2. Рішення авторитарний керівник приймає особисто, рідко консультується з підлеглими.

3. Діяльність підлеглих твердо регламентується.

4. Ініціатива підлеглих не схвалюється, а нерідко пригнічується.

5. Підлеглі мають мінімум інформації про положення справ у колективі, про перспективи його розвитку.

6. Контроль за діяльністю підлеглих частіше цілком заснований на силі влади керівника.

7. Керівник різкий, прямолінійний, хворобливо реагує на критичні зауваження.
\

Керівник формального типу звичайно стоїть ніби збоку від підлеглого йому колективу і характеризується наступними рисами:

1. Мінімальне втручання в роботу підлеглих співробітників і колективу.

2. Підлеглим надається значна свобода дій. Ініціатива підлеглих не пригнічується, але чітко не фіксується і активно заохочується.

3. Підлеглі найчастіше поінформовані про положення в колективі.

4. Для керівників формального типу характерний низький рівень вимогливості до підлеглих.

5. Діяльність підлеглих нерідко призводить до виконання колективом із запізненням.

6. Керівник формального типу віддає перевагу легкій формі впливу на людей, покладаючись на їх сумлінність у виконанні ними своїх функцій.

Для **керівника демократичного типу** вважаються найбільш характерними наступні основні риси:

1. Децентралізація управлінської влади. При цьому регламентація особистих функцій, якими наділяються його помічники, може оформлюватися спеціальним документом (наказом).

2. Лідер-комунікатор, який зазвичай своїми діями може підірвати авторитет керівника, як правило, анонімний.

Для того, щоб керівник мав успіх у своїй діяльності, необхідно додержуватись наступних порад психологів:

1) бути безкінечно терплячим;
2) бути справедливим до підлеглих;
3) бути стислим і ввічливим;
4) дякувати за гарну працю;
5) не робити зауважень у присутності третьої особи;
6) давати вирішувати проблему підлеглим в межах їх компетенції;
7) не використовувати владу, поки не випробувані інші способи;
8) визнавати свої помилки;
9) не хвалитися.



Розділ 4. СТИЛЬ КЕРІВНИЦТВА

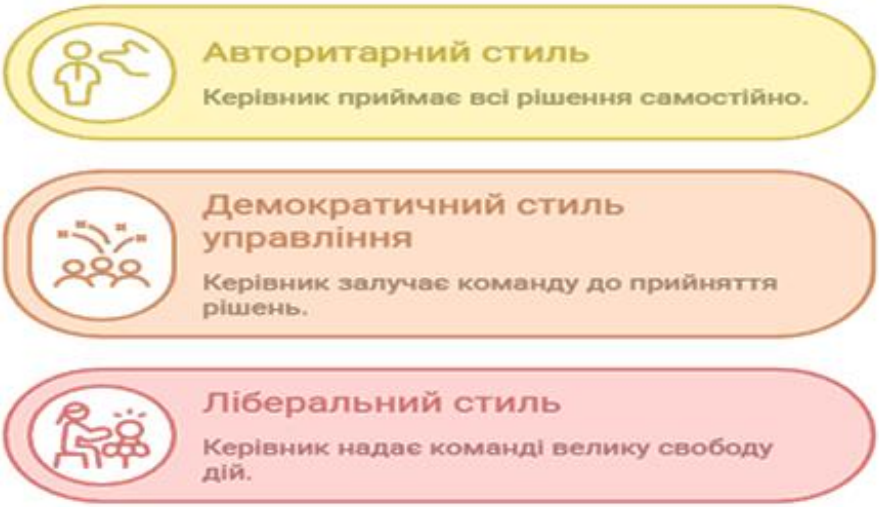
Стиль керівництва – це сукупність найбільш характерних та стійких методів рішення типових завдань та проблем, що виникають у процесі реалізації функцій керівника. Стиль – це система постійно вживаних сталих методів керівництва.

У кожного керівника складаються певні стереотипи управлінської діяльності. В усіх науках про управління ці стереотипи заведено називати стилем управління. У ході останніх 50-річних досліджень було сформульовано багато концепцій стилів. Більшість сходиться на такому:

1) стиль відображає усталені способи діяльності керівника і тісно пов'язаний з психологічними особливостями мислення, прийняттям рішень;

2) стиль не є вродженою якістю, а формується у процесі діяльності і змінюється.

Розрізняють три головні стилі управління.



1. Авторитарний стиль.

Всі рішення ухвалюються одноосібно керівником. Завжди точно окреслені «межі компетентності», тобто жорстко визначені ранги керівників, які мають право приймати рішення з тих чи інших питань. Структура влади будується як гранично жорстка, вертикально-ієрархічна. Рішення, ухвалені на верхніх поверхах ієрархії, надходять вниз у вигляді директив, які не підлягають обговоренню, їх належить незаперечно виконувати. Всі нижчі рівні керівників та підрозділів ознайомлені тільки зі своїм функціональним завданням. Відповідальність «перекладається» на керівників нижчих рівнів.

У масовій свідомості такий стиль керівництва закріпився у відомчих висловлюваннях: «Я – начальник, ти – дурень, Ти – начальник, Я – дурень». У керівників з авторитарним стилем керівництва складаються завищена самооцінка та різко занижена оцінка оточення, особливо підлеглих. Наслідком цього є недовіра до підлеглих, нехтування ними.

2. Демократичний стиль.

Протилежний авторитарному стилю. Прийняття рішень здійснюється колегіально, але тільки керівниками. Співробітники до прийняття рішень не залучаються. При демократичному стилі визначається, що співробітники – це не просто виконавці чужих рішень, а люди, які мають власні цінності та інтереси. Підхід до службовця як до особистості. При цьому стилі дуже часто керівники нижчої ланки починають репрезентувати й відстоювати інтереси співробітників перед вищим керівництвом. Таким чином немов би виникає зустрічний потік інформації від співробітників до керівництва. При цьому стилі зростає ініціативність співробітників, кількість творчих нестандартних рішень, поліпшується моральний клімат та загальна задоволеність співробітників організацією.

3. Ліберальний стиль.

Він по суті означає втрату керівництва. Керівник з таким стилем діяльності намагається продемонструвати активність, але при цьому реально нічого не робить. Це – небажання і нездатність керівника приймати будь-які рішення, перекладання виробничих функцій та відповідальності на інших керівників та підрозділи, намагання уникнути будь-яких інновацій.

Підрозділи та організація за такого керівництва повільно, але неухильно перетворюються на болото, співробітники втрачають мотивацію, ініціативу та інтерес до справ організації.

Сьогодні вже розрізняють й інші стилі:

- «Відкритий», або «видимий», стиль управління. Його гаслом можна вважати: «Керівник завжди до послуг співробітників».
- Виконавчий стиль характеризується орієнтацією керівника на офіційну субординацію та міжособистісні контакти.

- Ініціативний стиль – тут переважають орієнтації на справу та на себе.
- Стиль «режим підпорядкування керівникові». Керівник віддає пріоритет максимізації виробничих показників шляхом реалізації наданих повноважень і встановлення контролю над діяльністю підлеглих, диктуючи їм, що та як вони повинні робити.
- Стиль управління «приміським клубом»: мінімальна турбота про виробництво поєднується з максимальною турботою про людей. Головна увага приділяється збереженню дружніх відносин між працівниками, нехай навіть за рахунок виробничих показників.
- Стиль «зубожіння» управління: мінімальна турбота і про виробництво, і про потреби працівників.
- Стиль «колективного» управління поєднує турботу і про виробництво, і про людей.

Сьогодні оптимальним є не демократичний або авторитарний стиль, а **динамічний стиль керівництва**, який полягає у зміні тактики управлінської діяльності з урахуванням різних підходів у взаємовідносинах з окремими членами колективу.

Динамічний (адаптивний) стиль керівництва передбачає гнучке поєднання різних методів управління (авторитарного, демократичного, ліберального) залежно від ситуації, рівня зрілості команди та зовнішніх умов. Керівник маневрує підходами для досягнення цілей, мотивуючи персонал та забезпечуючи ефективність в умовах змін.



Основні характеристики динамічного стилю:

• ***Гнучкість та адаптивність:*** здатність швидко змінювати стиль управління (від жорсткого контролю до повної свободи) відповідно до обставин.

• ***Ситуативність:*** рішення ухвалюються на основі поточного стану справ, наявності ресурсів та часу, що особливо важливо в умовах високої конкуренції.

• ***Орієнтація на результат та людей:*** поєднання інтересів компанії з потребами працівників для підвищення ефективності.

• ***Висока мотивація команди*:** динамічний лідер стимулює саморозвиток підлеглих.

Цей стиль дозволяє керівнику бути «на крок попереду», своєчасно реагуючи на виклики зовнішнього середовища.

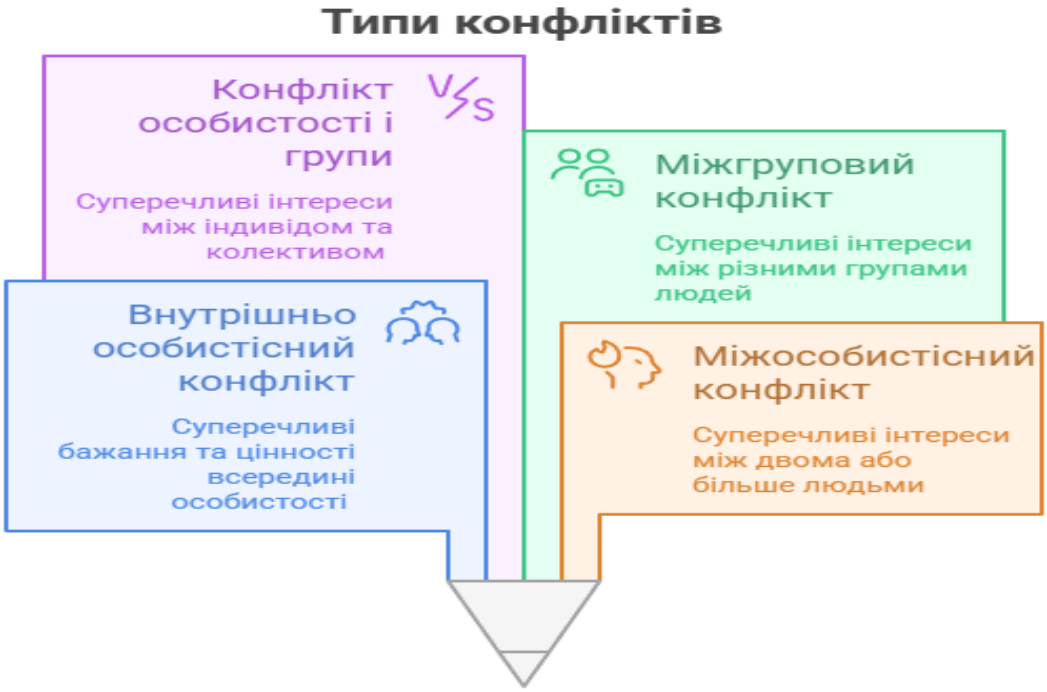
Розділ 5. УПРАВЛІННЯ КОНФЛІКТАМИ

Морально-психологічний клімат в будь-якому колективі багато в чому залежить від міжособистісних відносин як між членами колективу, так і між керівником і його співробітниками.

Важливим моментом у формуванні позитивного клімату в колективі є встановлення ґрунтовних комунікацій між лікарями і керуючим персоналом, пошук неофіційних зв'язків, поблажливості та взаєморозуміння. Врахування даних моментів необхідний для профілактики виникнення конфліктів.

Конфлікт – це зіткнення протилежно направлених цілей, позицій, інтересів різних суб'єктів взаємодії. Найбільш вагома група причин конфлікту – наявність акцентуйованих особистостей, негативних лідерів, однотипність членів групи, помилки керівника.

Існують чотири основні типи конфлікту: внутрішньоособистісний, міжособистісний, конфлікт між особистістю і групою, міжгруповий.



Структурні методи вирішення конфліктів включають уточнення виробничих очікувань, механізми координування й інтегрування, постановку завдань більш високого рівня і систему винагороди.

До негативних наслідків конфлікту відносяться: зниження продуктивності, невдоволення, зниження морального стану, збільшення плинності кадрів, погіршення комунікацій. При конструктивному підході до конфлікту буде мати позитивні наслідки поглиблена робота над пошуком рішень, різноманітність думок при прийнятті рішень, поліпшення співробітництва в майбутньому.

На сьогодні існує п'ять стилів вирішення конфліктів:

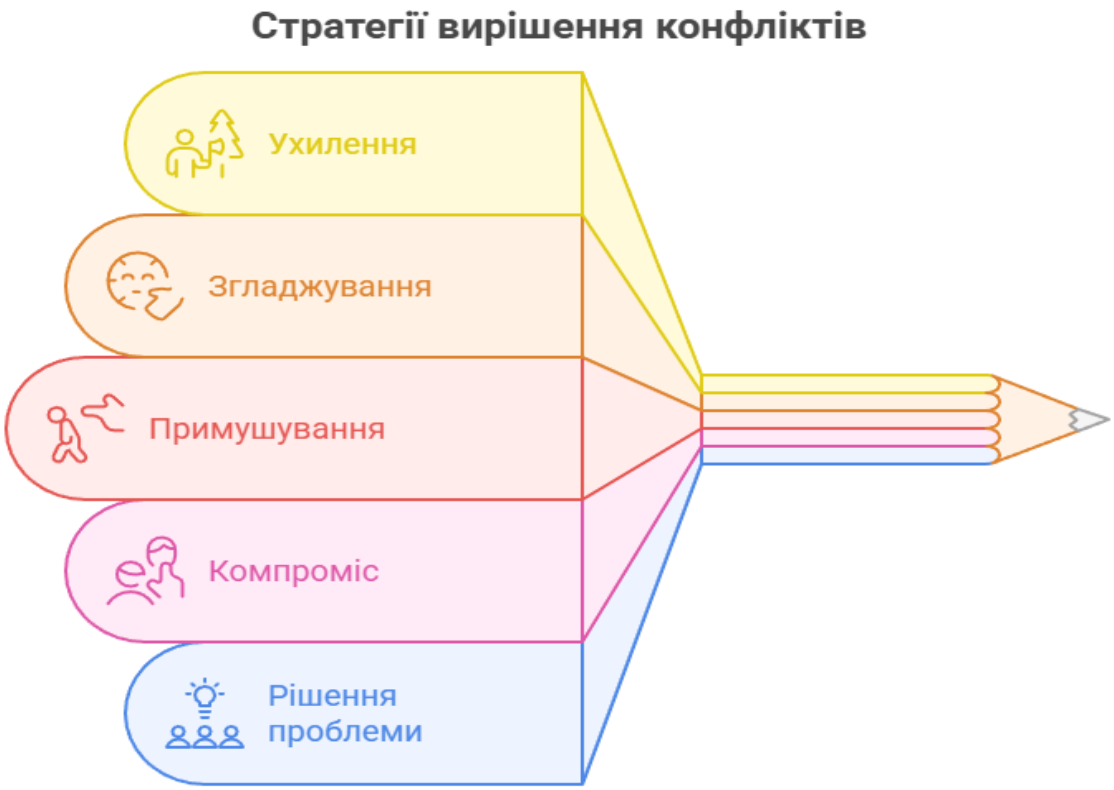
1. Ухилення – відхід від конфлікту.

2. Згладжування – поведінка, наче немає необхідності дратуватись.

3. Примушування – застосування законної влади або тиск з метою нав'язати свою точку зору.

4. Компроміс – прийняття точки зору іншої сторони, але тільки до якоїсь межі.

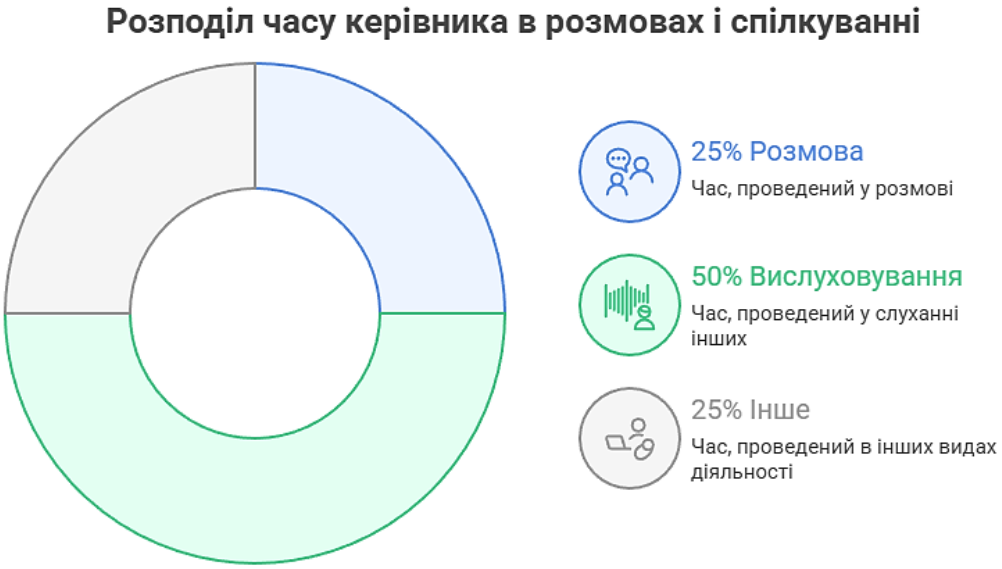
5. Рішення проблеми. Даний стиль – визнання різниці у поглядах і готовність ознайомитись з іншими точками зору, щоб зрозуміти причини конфлікту і знайти вихід із ситуації, що склалася, який влаштовує всіх.



Вважають, що конфлікт повністю вичерпаний тільки у випадку, якщо переможцями стануть всі його учасники. Якщо ж проблему вирішено шляхом примусового компромісу і при цьому зачепили чиї-небудь інтереси, то ситуація знову загостриться.

Розділ 6. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДІЛОВОГО СПІЛКУВАННЯ

Керівники 75 % свого робочого часу витрачають на розмови і спілкування, з них 25 % йде на розмову і 50 % на вислуховування.



У Стендаля є вислів: «Уміння вести розмову – це талант». На заході встановлено, що правильне проведення ділових бесід сприяє збільшенню продуктивність праці від 2 до 20 %.

«Ділова розмова» – це обдумане прагнення однієї людини (або групи людей) за допомогою слова викликати бажання в іншої людини (або групи людей) до дії, яка змінить хоча б одну зі сторін будь-якої ситуації або встановить нові відношення між учасниками розмови.

Американський психолог Н. Талленд виділив три типи інтелекту:

1. Вербальний – здатність вільно володіти словами, символами, числами, ідеями, логічними доказами.

2. Механічний – здатність сприймати та розуміти зв'язок фізичних сил і елементів механізмів у практичних ситуаціях, швидко схоплювати принципи машинних операцій.

3. Соціальний – здатність розуміти стан інших людей і передбачити розвиток різних соціальних ситуацій. Соціальний інтелект виявляється в почутті такту, в умінні знайти прихильність інших людей і створити приємну атмосферу у взаємовідносинах з ними.

Важко говорити про компетентність керівника, який не вміє спілкуватися з людьми навіть тоді, коли він гарний спеціаліст.

Розрізняють наступні види ділових бесід, методів висловлення:

1. Професійні бесіди, коли пояснюються спеціальні проблеми без впливу на почуття співрозмовників.

2. Розмова, мета якої добитися від слухачів якихось дій шляхом інформації та аргументів.

3. Виступи, стосовно якоїсь події, присвячені конкретним ситуаціям у громадському житті колективу.

4. Дискусії і дебати на визначені професійні теми.



При проведенні ділових бесід слід керуватися наступними принципами:

1. Привертати увагу співрозмовника (спочатку бесіди).

2. Пробуджувати у співрозмовника зацікавленість (передача інформації).

3. Переконувати, детально обґрунтовувати (аргументація).

4. Виявляти загальні інтереси і усувати сумніви (нейтралізація, спростування зауважень).

5. Перетворювати інтереси співрозмовника в остаточне рішення (прийняття рішень).

Практичні рекомендації

1. Уважно вислуховуйте співрозмовника до кінця. Суперечка – це частіш сердита розмова, в якій дві людини щось говорять одне одному, але слухають тільки себе.

2. Ніколи не зневажайте упередженнями вашого співрозмовника, виключите свої забобони.

3. Уникайте непорозумінь і невірних тлумачень, викладення повинно бути ясним, наочним, систематизованим, не застосовуйте спеціальних термінів і висловлювань.

4. Поважайте свого співрозмовника.

5. Будьте ввічливі, одностайні, дипломатичні та тактичні, але це не виключає прохання або наказу.

6. Якщо потрібно, будьте непохитні, але зберігайте холоднокровність, коли «температура» розмови піднімається.

7. Полегшуйте сприйняття Ваших тезисів та пропозицій.

8. Успіх залежить від усвідомлення особливостей характеру свого співрозмовника та вибору вірного тону при розмові з ним.

Психологія визначає чутливість як найважливіший засіб спілкування. Вміння слухати особливо важливо в ділових та адміністративних розмовах.

Умови, яких повинен дотримуватися гарний слухач

1. Жодних сторонніх думок. І оскільки швидкість Вашого мислення у 4 рази більша швидкості мови співрозмовника, використовуйте цей «вільний час» на аналіз та висновки з того, що чуєте.

2. Не можна перебивати співрозмовника, ставити недоречні питання.

3. Потрібно сконцентрувати увагу на суті бесіди і витіснити з голови другорядне.

Помилки тих, хто слухає

1. Депресія (віддалення від предмету), яка властива інтелектуальним слухачам.

2. Загострення уваги на «голих» фактах.

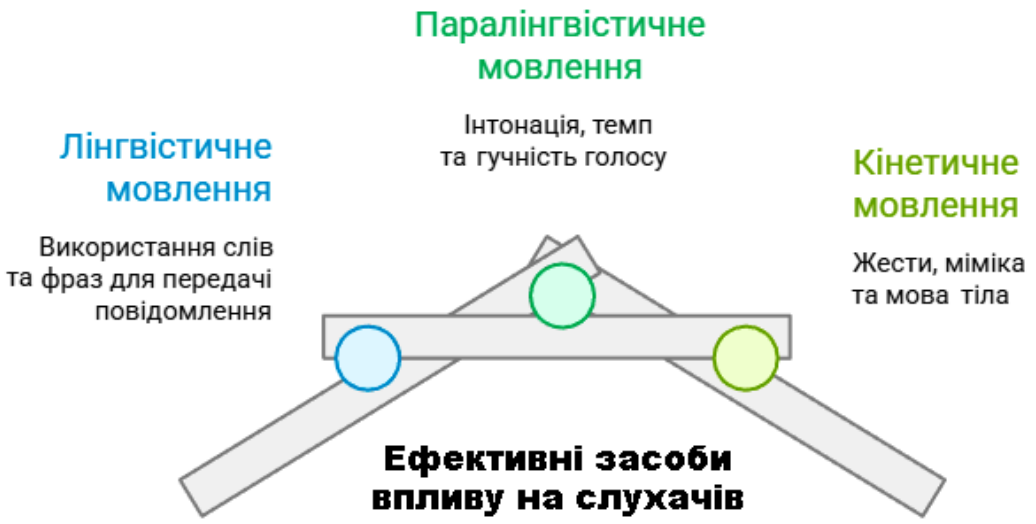
3. Лінивість мислення. Притуплення здатності активно думати для поліпшення ситуації.

4. «Уразливі місця» – це такі «критичні» слова, які діють на психіку людини.

За манерою слухання всіх людей можна розділити на три категорії: уважні, пасивні та агресивні.

Діалог – це процес символічної взаємодії двох об'єктів. Існують три засоби впливу на слухачів:

- лінгвістичний (язиковий);
- паралінгвістичний (інтонаційний);
- кінетичний (жести, міміка).



Питома вага кожного із засобів різна: на слово приходиться 10,0 %, на інтонацію – 35,0 %, на міміку і жести – 55 %. Визначним є зміст.

Існують п'ять ступенів підготовки доповіді залежно від важливості і складності виступу і професійній підготовки керівника: план, розгорнутий план, тезиси,

конспект та повний текст виступу. У виступі повинні бути паузи. Можна виділити наступні п'ять пауз, якими оратори повинні уміло користуватися у своєму виступі:

а) люфт-пауза (для входу);

б) драматична (підкреслене мовчання);

в) граматична (зупинка на розділових знаках);

г) мобілізаційна (для надання значущості наступному повідомленню);

д) педагогічна (для осмислення інформації)

Тривалість виступу повинна бути не більш 3–5 хв. Для якісної підготовки до виступу, окрім необхідної інформованості та інших моментів, рекомендується останнє – розбити на три частини:

а) суть пропозиції;

б) аргументація;

в) при наявності часу висловити своє відношення до інших пропозицій.

Тому, хто виступає, слід дотримуватись наступних рекомендацій:

1) конкретність, без прописних істин та демагогії;
2) переконливість;
3) надбажання забезпечити наочність завдяки схемам, таблицям, діаграмам.
4) неодмінною вимогою є дотримання державної та службової професійної таємниці;
5) ніколи, за жодних обставин не можна принижувати особисту гідність людини, тому критикувати можна ідею, пропозицію, але тільки не конкретну фізичну особу;
6) необхідно правильно вимовляти слова;
7) уникати одноманітної мови;
8) недопустима двозначність слів;
9) уникати менторського тону;
10) не повинно бути самореклами;
11) викладення матеріалу повинно бути послідовним;
12) викладення матеріалу необхідно будувати за принципом співбесіди.

Розділ 7. ПРАВИЛА ДЛЯ КЕРІВНИКА

1. З'ясуйте життєві плани кожного із Ваших робітників і по можливості допомагайте їх здійснити.

2. Використовуйте передавання частини своїх повноважень підлеглим. Це згуртовує колектив та зміцнює взаємну зацікавленість.

3. Своїх робітників Ви зможете надихати програмою тільки тоді, коли зможете показати, що виконання її для колективу вигідно та необхідно. Для цього розмовляйте просто і переконливо. Це зробить Ваші висновки зрозумілими для людей. Дайте підлеглим можливість погодитися з Вами, з'єднуйте їх думки та дії з Вашими.

4. Використовуйте критику для поліпшення результатів загальної справи. Ніколи не критикуйте заради критики. При цьому пам'ятайте, що людина, навіть погано працююча, має певні права. З початку критичної розмови пом'якшуйте обставини. Дайте людині право на пояснення з приводу конкретних випадків поганої роботи. Критикуйте індивідуально, а заохочуйте на загальних зборах.

5. Рідше карайте, а частіше допомагайте виправляти допущену підлеглим помилку. Намагайтесь більше відмічати заслуги, ніж карати за дрібні помилки.

6. Власні помилки керівник повинен визнавати та усувати. Якщо помилки не дуже часті, то це не підриває авторитет керівника.

7. При проведенні бесіди усувайте напруженість шляхом дружнього ставлення; користуйтесь методом дискусії, а не наставлення.

8. Для того, щоб похвала була ефективною, намагайтесь дотримуватися наступних простих рекомендацій: форма похвали повинна відповідати досягненням працівника. Розширюйте коло його обов'язків.

9. Стримуйте гнів і дратування. Складіть список приводів, через які Ви втрачаєте витримку, обміркуйте його, і Ви побачите, що в більшості випадків Ви підтримували свої шкідливі звички.

Про наради

1. Пам'ятайте, що засідання – один із найбільш важливих видів службової діяльності.

2. Дайте людям заздалегідь скласти особисту думку щодо питань, які обговорюються, повідомивши завчасно повістку дня засідання, та надати доступ до потрібних матеріалів.

3. Не порушуйте робочий ритм. По можливості влаштовуйте засідання тільки після закінчення робочого дня.

4. Відучуйте людей від «повторення думок».

5. Погано, якщо люди, присутні на засіданнях, звикли до пасивного нудьгування на них. Перегляньте свою політику стосовно нарад, визначте, в чому вона невірна.

6. Не використовуйте наради як засіб зняття особистої відповідальності.

7. Пам'ятайте, що засідання – це праця колективного розуму. Не обтяжуйте його дрібницями!

Культура спілкування

1. Не слід забувати, що в людині високо цінується не тільки вміння добре говорити, а і здатність уважно слухати.

2. Ні праця, ні суспільне становище, ні пережита неприємність, ні поганий стан здоров'я не дають Вам право бути не ввічливими з оточуючими.

3. Пихатий, самовпевнений тон свідчить про переоцінювання власної персони та зневагу до оточуючих.

4. В разі переходу на «ти» дотримуйтесь наступного правила: такий перехід може запропонувати тільки старший молодшому або начальник підлеглому; одержавши таку пропозицію, самі також переходьте на «ти».

5. Анонімне звернення можна використати тільки відносно стороннього, якщо не знаєш його ім'я та по-батькові.

Виховуй себе

Виховуйте в собі наступні риси характеру, від яких залежить Ваша правильна поведінка:

1. Тактовна людина не демонструє неприязні до людей і не виявляє надмірної симпатії, яка може поставити в безглузде положення оточуючих. Щоб розвити в собі почуття такту, потрібно ставити частіше себе на місце іншого.

2. Достоїнство. Людина з почуттям особистої гідності цінує довіру. Використовувати довіру колективу або окремої особи у своїх особистих цілях – це зловживання і підлість

3. Самовиховання. Це ніколи не пізно, потрібно тільки захотіти.

Тренування волі

Воля – це одна зі сторін людської психіки, яка забезпечує можливість свідомо регулювати свої дії і вчинки відповідно до поставленої мети з урахуванням конкретних обставин, що склалися.

Відомо, що в основі поведінки людини лежать процеси збудження та гальмування. У житті часто трапляється так, що людина повинна боротися з тим, що призводить до збудження, що потребує нерідко великої волі.

Здійснюючи вольову поведінку, керівник повинен володіти відповідними вольовими якостями. Найважливіші з них – цілеспрямованість, ініціатива, настирливість, витримка, рішучість.

Цілеспрямованість – це здатність людини підкоряти всю свою поведінку поставленим цілям.

Ініціативність – це особливість людини, що прагне у всі ланки своєї діяльності включити елементи творчості.

Наполегливість – це показник високої вольової активності.

Витримка (самовладання) – вміння стримувати психічну напруженість, що заважає досягненню мети, це уміння володіти собою, гасити свої внутрішні спонукання і не піддаватися впливу зовнішніх дій.

Рішучість – це вольова якість, завдяки якій керівник стає здатним приймати рішення без зайвих вагань і тяганини. Нерідко рішучість виступає разом з такими якостями керівника, як швидкість, гнучкість і прогностичність.

Як розвинути свою волю

Керівник повинен добре знати, що цілеспрямованою дією на самого себе можна ґрунтовно розвинути в собі позитивні якості.

Виховати волю можна за будь-яких обставин. Повсякденне життя надає для цього чимало можливостей: воля виховується в подоланні будь-яких труднощів. Для цього можна застосувати і спеціальні вправи:

1. Фізичні вправи. Систематичні фізичні вправи позитивно впливають на виховання багатьох вольових якостей.

2. Позбуватися шкідливих звичок. Звичка – це навичка, що стала необхідністю. Дотримування звичок дається легко, без вольового зусилля, при чому, якщо слідування одній звичці відбувається без зусиль, то позбавитися її – важко.

Емоції та почуття

Емоція (від лат. хвилювати, збуджувати) – це переживання людиною свого особистого ставлення до реальної дійсності. На базі емоцій у людини формуються більш складні переживання, що називаються почуттями.

Термін «емоція» означає конкурентну, відносно елементарну форму відображення дійсності. Особливостями емоцій є їх безпосередній зв'язок з потребами.

У повсякденному житті емоції створюють у людини різні форми емоційних станів, що різняться тривалістю й інтенсивністю: настрій, пристрасть та афекти.

Настрій – це розповсюджений емоційний стан, що характеризується слабкою інтенсивністю, значною діяльністю, неясністю, «безвідповідальністю» переживань, дифузністю.

Керівник повинен вміти володіти своїм настроєм і, якщо потрібно, створювати певний настрій у інших. Для цього йому необхідно знати причини та обставини, які викликають цей настрій. Їх можна розділити на чотири групи:

а) органічні процеси (хвороба, втомленість знижують настрій; здоров'я, сон, фізична активність піднімають настрій);

б) зовнішнє середовище (бруд, шум, сперте повітря, дратівливі звуки або неприємне забарвлення приміщення погіршують настрій; чистота, помірна тиша, свіже повітря, приємна музика, відповідне забарвлення приміщення поліпшують настрій);

в) взаємини між людьми (привітність, виявлення співчуття, довіра, такт роблять людей добрими та життєрадісними; грубість, байдужість, недовіра і безтактність пригнічують настрій).

г) пристрасть – це сильний глибокий тривалий емоційний стан, який може як формувати особистість, так і руйнувати її, якщо вона набуває нездорового характеру.

Афект – емоційне переживання, що протікає з великою різко вираженою інтенсивністю. Особливості афекту:

а) бурхливі зовнішні прояви;

б) короткочасність;

в) безвідповідальність поведінки;

г) дифузність переживань.



На відміну від особливостей афекту і емоцій, почуття характеризуються:

а) усвідомленням (причини, що розвивають почуття, завжди зрозумілі людині);

б) предметністю (почуття виникають в результаті дії-якої небудь конкретної людини або явища.

Виділяють нижчі почуття – переживання задоволення або незадоволення природними потребами, і вищі почуття – переживання задоволення або незадоволення соціальними потребами.

Стрес характеризується наявністю трьох фаз: тривоги, опору, виснаження. Стійкість будь-якої людини до стресових факторів може бути забезпечено двома шляхами: а) системою її емоційного тренування, б) ретельним її навчанням, що зводиться до озброєння необхідними знаннями, вмінням і навичкам, та емоційним тренуванням у відпрацюванні спеціальних вправ, які можуть бути названі «гімнастикою почуттів». Важливо пам'ятати при цьому про зв'язок психіки з конкретною діяльністю, бо психіка, свідомість формується в діяльності.

ВИСНОВОК

Управління в системі охорони здоров'я на сучасному етапі – це складний, багатовимірний процес, який виходить далеко за межі суто адміністративних чи клінічних функцій. **Психологічна компетентність керівника** стає не просто бажаною опцією, а критично необхідною умовою виживання та розвитку медичного закладу.

П'ять ключових тез, що складають фундамент успішного медичного менеджменту:

1. Особистість керівника – головний інструмент впливу.

Жодна посадова інструкція не працює так ефективно, як авторитет лідера. Сучасний менеджер – це не лише адміністратор, наділений законною владою, а й психолог, який володіє високим рівнем соціального інтелекту. Його здатність до саморегуляції, емоційна стійкість та розвинені вольові якості задають тон усьому колективу. Керівник, який не вміє керувати собою, не зможе ефективно керувати іншими.

2. Гнучкість як основа стилю керівництва.

Часи «чистого» авторитаризму або лібералізму минули. Оптимальною моделлю є **динамічний стиль керівництва**, який передбачає здатність менеджера переключатися між різними моделями поведінки залежно від ситуації (екстрена допомога *vs* планове лікування) та рівня зрілості персоналу. Мистецтво управління полягає в балансі між жорсткою дисципліною, необхідною для безпеки пацієнтів, та демократичними процедурами, що стимулюють ініціативу лікарів.

3. Колектив – це живий організм.

Медичний колектив має подвійну структуру: офіційну (формальну) та неофіційну (неформальну). Ігнорування неформальних лідерів та групової динаміки призводить до прихованого саботажу та зниження ефективності. Завдання керівника – не боротися з неформальними групами, а інтегрувати їхні цілі з цілями організації, створюючи сприятливий соціально-психологічний клімат.

4. Конфлікт – це точка росту, а не катастрофа.

Наявність конфліктів у медичному середовищі є неминучою через високу ціну помилки та стресове навантаження. Ефективний менеджер не боїться конфліктів і не ховає їх, а використовує стратегії співробітництва та компромісу для виявлення системних проблем. Уміння переводити деструктивну енергію конфлікту в конструктивне русло є ознакою зрілого лідерства.

5. Етика та комунікація – основа безпеки.

Медична деонтологія та корпоративна культура є «цементом», що скріплює систему. Прозорість комунікації, навички активного слухання та дотримання етичних норм запобігають професійному вигоранню персоналу та формують довіру з боку пацієнтів.

Психологічні основи менеджменту доводять, що **найціннішим ресурсом лікарні є люди**. Технічне оснащення та протоколи лікування стають ефективними лише тоді, коли вони реалізуються мотивованою, згуртованою командою під керівництвом лідера, який розуміє природу людської поведінки. Постійне самовдосконалення керівника у сфері психології управління є найкращою інвестицією у якість надання медичної допомоги.

Розділ 8. ОСОБЛИВОСТІ ТА ПОРІВНЯЛЬНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ СТИЛІВ МЕНЕДЖМЕНТУ В ІНШИХ КРАЇНАХ СВІТУ

Американський стиль управління давно став символом динамічного, результативного та інноваційного підходу до бізнесу. Корпорації, такі як Apple, Amazon, Google і Tesla, демонструють ефективність цієї моделі, де на чільному місці стоять результати, індивідуальна відповідальність та орієнтація на клієнта.

Цей стиль управління відрізняється гнучкістю, високим ступенем делегування повноважень та фокусом на швидкій адаптації до змін. На відміну від більш консервативних європейських підходів чи філософії безперервного поліпшення японського менеджменту, американська модель орієнтована на швидке прийняття рішень, лідерство та досягнення конкретних цілей.

Розглянемо ключові принципи американського менеджменту та способи їх застосування у бізнесі та особистої продуктивності.

Основні засади американського управління

Результат перевищує процес

Американські компанії орієнтуються не так на процес роботи, як на кінцевий результат. Важливість результату виявляється у системах KPI (Key Performance Indicators) та OKR (Objectives and Key Results).

- KPI – ключові показники ефективності, які допомагають вимірювати успіх у досягненні поставленої мети.
- OKR – методологія постановки цілей, що широко застосовується в Google, Intel та інших великих корпораціях.

Приклад:

Завдання: збільшити виторг інтернет-магазину.

- KPI: зростання виторгу на 20 % за 3 місяці.
- OKR: запуск 5 нових рекламних кампаній, збільшення середнього чека на 10 %, підвищення конверсії сайту з 2 до 3 %.

На відміну від японського підходу Kaizen, який акцентує увагу на процесі і поліпшенні деталей, американська система оцінює підсумковий результат.

Лідерство та індивідуальна відповідальність

В американському управлінні лідер – це не просто керівник, а візіонер, здатний мотивувати команду та вести її до успіху. Тут важлива особиста ініціатива, здатність приймати рішення та нести за них відповідальність.

Керівники очікують від співробітників не просто виконання обов'язків, а активного генерування ідей, самостійного пошуку рішень та ініціативності.

Приклад:

- У Amazon кожен співробітник може запропонувати зміни у бізнес-процесах, якщо доведе їхню користь.
- У Tesla Ілон Маск очікує від команди «роботи з повною самовіддачею», уникаючи бюрократії та довгих погоджень.

Як застосовувати:

- Не чекати на вказівки, а пропонувати рішення.
- Брати відповідальність за результат, а не виправдовуватися зовнішніми чинниками.
- Розвивати лідерські якості, навіть якщо ви не керівник.

Гнучкість та швидкі рішення

Американський бізнес орієнтований на швидкість адаптації. Компанії, які повільно реагують на зміни, швидко втрачають конкурентні позиції.

Принцип fail fast, learn fast («помиляйся швидко, вчися швидко») передбачає, що помилки неминучі, але важливо їх швидко виправляти. Це дозволяє компаніям тестувати гіпотези, оперативно реагувати на провали та впроваджувати успішні рішення.

Приклад:

- Facebook використовує філософію «Move fast and break things» (Дій швидко, ламай застаріле).
- У стартапах Кремнієвої долини тестування MVP (мінімально життєздатного продукту) – стандартна практика.

Як застосовувати:

- Швидко ухвалювати рішення, не зациклюючись на пошуку ідеального варіанту.
- Застосовувати A/B-тестування ідей, аналізувати дані та вносити коригування.
- Не боятися помилок, а навчатись на них.

Фінансова мотивація та система бонусів

В американському бізнесі фінансова мотивація відіграє ключову роль. Чим вищий внесок співробітника, тим більше він заробляє.

На відміну від європейських компаній, де поширена фіксована зарплата, США широко застосовуються:

- опціони та акції – співробітники стають співвласниками бізнесу та зацікавлені у його зростанні;
- гнучка система бонусів – винагорода за досягнення перевищує оклад;
- програма винагород – бонуси за продуктивність, інновації, лояльність компанії.

Приклад:

- У компанії Google інженери можуть отримувати акції компанії, що мотивує їх працювати на довгострокову перспективу.
- У Amazon існує принцип Pay for Performance – найкращий співробітник отримує найбільше.

Як застосовувати:

- Зв'язувати свої доходи з результатами (наприклад, перехід на відрядну оплату).
- Вибудовувати систему особистих бонусів (наприклад, додатковий вихідний за успішне завершення проєкту).

Практики американського менеджменту

1. Делегування повноважень.

Американський підхід до управління передбачає мінімум контролю та максимум довіри. Керівники не намагаються робити все самі, а передають завдання співробітникам, даючи їм свободу в прийнятті рішень.

Приклад:

- У Apple менеджери продуктів мають широку автономію та приймають ключові рішення самостійно.
- У Netflix існує принцип freedom and responsibility – співробітники працюють без жорстких регламентів, але відповідають за результат.

Як застосовувати:

- Довіряти колегам та підлеглим, а не намагатися все контролювати.
- Делегувати завдання, щоб зосередитись на стратегічно важливих речах.

2. Принцип 80/20 (Парето).

Американські компанії активно застосовують правило Парето:

- 20 % зусиль дають 80 % результату;
- інші 80 % завдань можна мінімізувати або делегувати.

Приклад:

- У Google 20 % найважливіших клієнтів приносять 80 % прибутку.
- Amazon фокусується на найбільш прибуткових напрямках, а нерентабельні закриває.

Як застосовувати:

- Визначати ключові 20 % завдань, які дають максимальний ефект.
- Забрати незначні справи, які не впливають на результат.

3. Орієнтація на клієнта.

Американські компанії будують бізнес довкола клієнтів. Компанії, такі як Amazon, Apple, Starbucks, досягли успіху завдяки увазі потреб споживачів.

Принцип customer obsession (одержимість клієнтом) став стандартом в американському бізнесі.

Приклад:

- У Amazon Джефф Безос вимагав ставити порожній стілець на нарадах, символічно представляючи клієнта.
- Apple створює продукти, виходячи зі зручності користувача, а не з виробничих обмежень.

Як застосовувати:

- Ставити потреби клієнтів до центру бізнесу.
- Регулярно здійснювати зворотний зв'язок та аналізувати його.
- Створювати продукти, які справді вирішують проблеми користувачів.

Американський метод управління орієнтований на результат, гнучкість, лідерство та мотивацію. Щоб застосовувати його у своїй роботі, потрібно:

1) фокусувавсь на KPI та кінцевих результатах;
2) розвивати лідерські якості та брати на себе відповідальність;
3) не боятися помилок та швидко адаптуватися до змін;
4) делегувати завдання, залишаючи собі стратегічно важливі;
5) ставити клієнта до центру всіх бізнес-процесів.

Цей підхід робить бізнес динамічним, успішним та стійким до криз, а людей – більш продуктивними та впевненими у собі.

Особливості стилів керівництва у медичних установах європейських країн (таких як Німеччина, Великобританія, країни Скандинавії) характеризуються переходом від жорстких ієрархічних структур до гнучкіших та колегіальніших моделей. Це зумовлено реформами «нового державного управління» (NPM), спрямованими на підвищення ефективності та автономії лікарень.

Основні стилі та їх характеристики

1. Трансформаційний стиль (найбільш ефективний).

Вважається домінуючим та найбільш успішним у контексті змін. Керівники цього типу надихають персонал, заохочують інновації та творчий підхід, що є критично важливим для адаптації до цифрових технологій та ШІ у 2025 р.

2. Демократичний та партисипативний (співучасний) стиль.

Широко розповсюджений у Скандинавських країнах та Німеччині. Рішення приймаються колегіально, що підвищує задоволеність персоналу та якість д огляду за пацієнтами. Близько 20 % європейських медичних організацій віддають перевагу цій моделі для покращання комунікації.

3. Розподілене (гібридне) лідерство.

Характерна риса європейського менеджменту з 1980-х років – залучення лікарів та медсестер до управлінських ролей (лікар-менеджер). Це дозволяє поєднати клінічну експертизу з адміністративною ефективністю.

4. Службове лідерство (Servant Leadership).

Набирає популярності як спосіб боротьби з вигоранням персоналу. Керівник фокусується на потребах команди, забезпечуючи психологічний комфорт та ресурси для роботи.

Тренди 2024–2025 рр.:

1. Цифрове лідерство. Керівники у Європі все частіше приймають рішення на основі аналітики даних, а не інтуїції, впроваджуючи ШІ для діагностики та оптимізації адміністративних процесів.

2. Екологічна стійкість. Відповідно до цілей ЄС, до 41 % керівників запроваджують стратегії стійких закупівель та скорочення відходів у лікарнях.

3. Гнучкість та адаптивність. Після пандемії COVID-19 спостерігається відмова від командно-адміністративних методів на користь адаптивних команд, здатних працювати за умов невизначеності.

4. Фокус на благополуччі. Інвестиції у ментальне здоров'я співробітників стали пріоритетом для 67 % керівників охорони здоров'я у Європі.

Стиль	Ключова особливість	Коли застосовується
Трансформаційний	Натхнення та бачення майбутнього	Під час реформ і цифровізації
Демократичний	Колегіальне прийняття рішень	У повсякденній клінічній практиці
Трансакційний	Чіткі показники та винагороди	У структурованих процесах із жорсткими KPI
Ситуативний	Адаптація під конкретне завдання	В умовах кризи або екстрених ситуацій

Система управління охороною здоров'я в США у 2025–2026 рр. – це **«чистий корпоративізм»**. Тут лікарня розглядається як бізнес-корпорація, а пацієнт – як клієнт. Це найбільш агресивний, конкурентний та фінансово орієнтований стиль менеджменту у світі.

Ключові особливості стилю керівництва в США:

- ***CEO-центризм.*** На відміну від Європи, де головний лікар часто є «першим серед рівних», у США CEO-лікарні – це повноцінний бізнес-лідер (часто з MBA, а не з медичною освітою), який має величезну владу та персональну відповідальність за фінансові KPI.

- ***Трансакційний та трансформаційний стилі.*** Менеджмент базується на чітких контрактах, бонусах за результат та на постійному впровадженні інновацій для випередження конкурентів.
- ***Керівництво на основі даних (Data-Driven).*** США є лідером у використанні предиктивної аналітики. Менеджер приймає рішення, спираючись на складні алгоритми рентабельності та якості (Value-Based Care).

Специфіка 2025–2026 рр.

1. Value-Based Care (Оплата за результат). Керівники фокусуються не на кількості процедур, а на тому, щоб пацієнт не повернувся до лікарні з ускладненнями (Readmission). Якщо пацієнт повертається, то лікарня втрачає гроші. Це змушує менеджерів впроваджувати жорсткі протоколи контролю якості.

2. ШІ як операційний директор. У 2025 р. американські госпіталі масово використовують ШІ для складання графіків роботи персоналу, прогнозування завантаження реанімацій та автоматизації виставлення рахунків (Billing). Керівник має бути «наполовину IT-директором».

3. Боротьба з «Burnout» через технології. США мають найвищий рівень вигорання лікарів. Менеджери впроваджують диктування записів голосом (Ambient AI), щоб звільнити лікарів від «паперової» роботи.

Порівняння: США *vs* Європа *vs* Азія

Характеристика	США	Європа (Скандинавія)	Азія (Японія / Корея)
Роль лідера	CEO / Бізнес-атлет	Фасилітатор / Партнер	Наставник / Патріарх
Головний KPI	Прибуток та Якість (Value)	Доступність та Стабільність	Технологічна першість
Прийняття рішень	Швидке, авторитарне	Повільне, колегіальне	Ієрархічне / Групове
Відносини з лікарями	Контрактні / Конкурентні	Колегіальні / Профспілкові	Шанобливі / Вертикальні

Етичний нюанс. У США конфлікт між «прибутком» та «етикою» є щоденним викликом для менеджера. Керівники навчаються балансувати між фінансовою виживаністю госпіталю та якістю допомоги бідним верствам населення.

Система охорони здоров'я Канади (Medicare) за своєю філософією близька до скандинавської, але за методами управління – до британської NHS та американського менеджменту. Це унікальний гібрид: **державне фінансування при приватній моделі надання послуг**.

Ключові особливості стилю керівництва в Канаді

- ***Колаборативне лідерство.*** Канадські менеджери рідко приймають рішення одноосібно. Вони працюють у тісному зв'язку з державними органами (прозорість) та медичними асоціаціями.
- ***Бюджетний прагматизм.*** Оскільки система фінансується з податків, головний скіл керівника – **оптимізація ресурсів**. Менеджери в Канаді – це майстри управління «листами очікування».
- ***Культурна інклюзивність.*** Канада – країна іммігрантів. Стиль керівництва обов'язково включає навички роботи з різноманітними громадами (Indigenous health, мультинаціональний персонал).

Специфіка 2025–2026 рр.

1. Регіоналізація та централізація. У багатьох провінціях (наприклад Онтаріо) менеджмент переходить від окремих лікарень до **інтегрованих мереж (Ontario Health Teams)**. Керівник тепер відповідає за весь «шлях пацієнта» – від сімейного лікаря до реабілітації.

2. Health Human Resources (HHR) Crisis. Головний виклик 2025 р. – дефіцит кадрів. Канадські менеджери зараз фокусуються на **Retention-менеджменті** (утриманні штату) через гнучкі графіки та ментальне здоров'я.

3. Virtual-First Approach. Канада – величезна територія. Менеджери активно впроваджують телемедицину не як опцію, а як основний канал доступу для віддалених регіонів.

Порівняння: Канада *vs* США *vs* Британія (NHS)

Характеристика	Канада	США	Велика Британія (NHS)
Фінансування	Державне (Провінції)	Приватне / Страхове	Державне (Центральне)
Стиль лідера	Колаборативний дипломат	CEO-підприємець	Адміністратор-стратег
Головний виклик	Скорочення черг	Прибутковість / Якість	Бюрократія / Кадри
Статус пацієнта	Громадянин з правами	Клієнт	Пацієнт системи

Цікавий факт 2025. У Канаді зараз активно впроваджують посади **Chief Wellness Officers** у великих госпіталях, завдання яких – піклуватися лише про емоційний стан лікарів. Це прямий результат «людиноцентричного» стилю управління.

У 2024–2025 рр. системи управління у Великій Британії та Німеччині демонструють різні підходи до вирішення спільних проблем: дефіциту кадрів та цифровізації.

Великобританія: NHS (Національна служба охорони здоров'я)

Модель управління в NHS характеризується високим ступенем централізації та упором на підзвітність.

Стиль керівництва: домінує розподілене лідерство, де управлінські функції делегуються на рівні інтегрованих порад з надання допомоги (ICB) та трастів.

Особливості 2025 р.:

- *Жорсткі KPI.* План на 2025/26 р. вимагає від керівників скорочення часу очікування планової допомоги (мета – 65 % пацієнтів повинні чекати не більше 18 тиж до березня 2026 р.).
- *Трансформаційний фокус*. Керівники зосереджені на переході від «лікування хвороб до профілактики» та на впровадженні цифрових паспортів здоров'я в рамках 10-річного плану реформ.
- *Культура навчання*. NHS активно впроваджує принципи «навчання» для підвищення безпеки пацієнтів та утримання персоналу.

Німеччина: Корпоратистська модель

Німецька система базується на принципі самоврядування та професійній автономії.

Стиль керівництва. Переважає колегіальний стиль із високою роллю лікарського самоврядування. На відміну від Британії, уряд лише задає рамки, а конкретні рішення ухвалюють лікарняні каси та асоціації лікарів.

Особливості 2025 р.:

- *Криза та реформи.* У 2025 р. лікарні Німеччини стикаються з фінансовим тиском, що змушує керівників переходити від суто клінічного управління до жорсткого фінансового менеджменту.
- *Цифрова «формула прискорення»*. Пріоритет менеджерів у 2025 р. – швидка інтеграція ШІ та аналітики даних для компенсації нестачі персоналу (у Німеччині на 1000 осіб припадає 14 медсестер проти 9 у Великій Британії, але дефіцит все одно відчувається).
- *Юридична регламентація*. Управління сильно спирається на суворі письмові стандарти та «юридично закріплене саморегулювання».

Порівняння моделей (2025)

Характеристика	NHS (Великобританія)	Лікарні Німеччини
Тип системи	Державна (податки)	Страхова (внески)
Ключовий стиль	Трансформаційний / Розподілений	Колегіальний / Автономний
Головний виклик 2025	Зниження черг та часу очікування	Фінансова стійкість та кадри
Роль держави	Пряме управління та фінансування	Регулювання законодавчих рамок

Скандинавська модель (Швеція, Норвегія, Данія) вважається однією з найпрогресивніших у світі. Її ключова особливість – найвищий рівень довіри та мінімальна дистанція між керівником та підлеглим.

Ключові особливості стилю керівництва

- ***Демократизм та егалітаризм***. У скандинавських клініках відсутня жорстка ієрархія. Лікарі, медсестри та адміністратори працюють як єдина команда. Керівник тут – це скоріше фасилітатор (посередник), ніж «бос».
- ***Консенсуальне ухвалення рішень.*** Важливі зміни обговорюються з усім колективом. Це сповільнює процес прийняття рішень, але гарантує, що персонал буде лояльним до змін, що впроваджуються.
- ***Автономія співробітників***. Лікарі та медперсонал мають високий ступінь свободи у прийнятті клінічних рішень, що знижує рівень професійного вигоряння.

Тренди та специфіка по країнах у 2024–2025 рр.:

1. Швеція: Децентралізація та «Value-Based Healthcare».

Швеція активно впроваджує модель орієнтованого на результат охорони здоров'я.

Стиль. Менеджери фокусуються не на кількості процедур, а на кінцевому результаті для пацієнта.

Цифровізація. Керівники роблять ставку на розвиток телемедицини. Згідно з даними ОЕСР, Швеція є лідером із використання електронних медкарт, що дозволяє менеджерам управляти потоками пацієнтів у реальному часі.

2. Норвегія: Благополуччя персоналу (Work-Life Balance).

У Норвегії акцент зміщений на стале лідерство.

Стиль. Керівники повинні стежити, щоб персонал не переробляв. Гнучкі графіки та підтримка ментального здоров'я – ключовий KPI менеджера.

Інновації. Активне впровадження робототехніки у логістику лікарень (доставка ліків, білизни), щоб звільнити медсестер для спілкування з пацієнтами.

3. Данія: Ефективність через «Суперлікарні».

Данія завершує масштабну реформу щодо консолідації клінік у великі високотехнологічні центри.

Стиль. Поєднання скандинавської демократичності із жорстким Lean-менеджментом (ощадливе виробництво) для оптимізації логістики всередині гігантських госпітальних комплексів.

Зведена таблиця по Скандинавії

Характеристика	**Скандинавський підхід**
Ієрархія	Плоска (мінімальна дистанція)
Стиль спілкування	Неформальний, відкритий («на ти»)
Ухвалення рішень	Колективне (консенсус)
Пріоритет 2025	Цифрова трансформація та екологічність клінік

Цікавий факт. У цих країнах рівень довіри до менеджменту в медицині становить понад 70 %, що є найвищим показником у Європі.

Стиль керівництва в країнах Балтії (Естонія, Латвія, Литва) є унікальним сплавом радянської спадщини (ієрархічності) та активного впровадження скандинавських і англосаксонських моделей управління.

У 2024–2025 рр. ці країни демонстрували найбільш стрімку **цифрову трансформацію** менеджменту в ЄС.

Ключові особливості стилю керівництва

- ***Технократичне лідерство.*** Особливо в Естонії, де керівник медустанови – це передусім менеджер цифрових процесів. Рішення приймаються на основі Big Data та єдиних державних систем охорони здоров'я.
- ***Перехід від авторитаризму до делегування.*** Старше покоління керівників все ще схильне до вертикальної ієрархії, але нове покоління (навчене за західними програмами) впроваджує горизонтальні зв'язки та командну роботу.
- ***Прагматизм та ощадливість (Lean).*** Через обмеженість ресурсів та відтік кадрів до Скандинавії балтійські менеджери змушені бути максимально ефективними, впроваджуючи методи бережливого виробництва.

Специфіка по країнах

1. Естонія: «Цифровий авангард».

Естонія є світовим лідером у сфері e-Health.

Стиль: Прозоре управління. Керівник клініки в режимі реального часу бачить завантаженість кожного лікаря та кожну витрачену одиницю ресурсу.

Особливість 2025. Повний перехід на управління за допомогою ШІ-аналітики, що дозволяє мінімізувати бюрократію (лікар витрачає на папери мінімум часу).

2. Литва: Корпоратизація та великі центри.

Литва пішла шляхом створення потужних університетських клінік.

Стиль: Академічне лідерство. Головну роль відіграють професори-менеджери. Останнім часом спостерігається сильний зсув у бік менеджменту якості (ISO) та пацієнтоцентричності.

Тенденція. Активне впровадження «клінічних шляхів» (чітких алгоритмів), що обмежує волюнтаризм керівників.

3. Латвія: Гнучкість в умовах обмежених ресурсів.

Латвійський менеджмент характеризується адаптивністю.

Стиль: Кризовий менеджмент. Через складну демографічну ситуацію керівники фокусуються на утриманні персоналу та залученні молодих фахівців через систему бонусів та навчання.

Особливість. Поєднання державної стратегії з високим рівнем автономії лікарень у прийнятті фінансових рішень.

Порівняння з іншими моделями (2025)

Характеристика	Прибалтійська модель
Швидкість змін	Найвища в Європі (швидке впровадження ІТ)
Стиль прийняття рішень	Гібридний (директивний + клієнт-орієнтований)
Ставлення до кадрів	Конкуренція за персонал із Західною Європою
Ключовий пріоритет	Ефективність через цифровізацію та оптимізацію мереж

Цікавий факт. Естонія стала першою країною в ЄС, де менеджери лікарень почали використовувати блокчейн для захисту медичних даних, що кардинально змінило підхід до безпеки управління.

Азійська модель менеджменту в охороні здоров'я (Японія, Південна Корея, Сінгапур, Китай) кардинально відрізняється від європейської через глибокий вплив **конфуціанської етики**, поваги до ієрархії та колективізму.

Ключові особливості стилю керівництва

- ***Сувора ієрархія та повага до віку.*** Статус керівника є незаперечним. Молодші лікарі рідко піддають сумніву рішення старших, що створює чітку вертикаль влади, але може сповільнювати зворотний зв'язок.

- ***Колективна відповідальність.*** На відміну від західного індивідуалізму, успіх або помилка клініки сприймається як спільний результат усієї групи.
- ***Гіпертехнократизм.*** Керівники в Азії швидше за всіх у світі інтегрують робототехніку та безконтактні технології в управління госпіталями.

Специфіка по країнах (2024–2025)

1. Сінгапур: Ефективність корпоративного типу.

Сінгапурська модель вважається «золотим стандартом» поєднання державної стратегії та ринкової ефективності.

Стиль: Стратегічний прагматизм. Менеджмент лікарень працює як у великих IT-корпораціях. Керівники мають жорсткі KPI за якістю лікування та фінансовою самоокупністю.

Особливість 2025: впровадження концепції «Smart Health», де менеджер керує не ліжками, а «потоками здоров'я» через додатки та датчики на пацієнтах.

2. Японія: Філософія Kaizen та «Старійшини».

Японський менеджмент базується на традиціях та безперервному вдосконаленні.

Стиль: Консенсуальний (Ringi). Попри ієрархію, рішення часто готуються на нижніх рівнях і поступово піднімаються вгору для схвалення всіма ланками.

Тренд 2025. Управління в умовах «суперстаріючого суспільства». Керівники фокусуються на інтеграції роботів-медсестер та автоматизації догляду, щоб компенсувати дефіцит молодих кадрів.

3. Південна Корея: Конкурентний та інноваційний стиль.

Корейські лікарні часто є частиною великих конгломератів (наприклад Samsung Medical Center).

Стиль: Директивно-інноваційний. Керівництво діє швидко та агресивно впроваджує новітні технології (5G-операційні, ШІ-діагностика).

Особливість. Надвисока конкуренція між клініками змушує менеджерів приділяти величезну увагу сервісу та «клієнтському досвіду» пацієнта.

4. Китай: Масштаб та державний контроль.

Стиль: Централізований вертикальний менеджмент. Величезні державні лікарні («міста в місті») вимагають командно-адміністративного стилю керування для координації тисяч співробітників.

Цифровізація. Китайські менеджери використовують «великі дані» для моніторингу епідеміологічної ситуації та продуктивності лікарів у масштабах, недоступних Європі через правила конфіденційності (GDPR).

Порівняння Азії та Європи (2025)

Характеристика	Скандинавська модель	Азійська модель
Ієрархія	Плоска (демократія)	Вертикальна (ієрархія)
Роль лідера	Фасилітатор, партнер	Наставник, стратег
Прийняття рішень	Повільне (консенсус)	Швидке (директивне) або групове
Драйвер змін	Добробут персоналу	Технологічна перевага

Вирішення конфліктів та етика прийняття рішень в азійській медицині суттєво відрізняються від європейських через концепції «збереження обличчя» та «синівської шанобливості» (поваги до старших).

1. Азія: Гармонія понад істину.

В Азії (особливо в Японії та Китаї) відкритий конфлікт між лікарем та керівником вважається катастрофою для репутації обох сторін.

- ***Збереження обличчя (Mianzi).*** Керівник ніколи не буде критикувати лікаря публічно. Якщо лікар припустився помилки, зауваження робиться приватно, часто через посередника.
- ***Уникнення конфронтації.*** Молодший персонал рідко заперечує керівнику, навіть якщо бачить помилку. Це створює ризики для безпеки, тому в прогресивних клініках (Сінгапур, Корея) зараз впроваджують західні протоколи «CRM» (Crew Resource Management), які вчать персонал говорити про помилки вголос, не порушуючи при цьому культурних норм.
- ***Колективна вина.*** Якщо стається помилка, керівник часто бере на себе публічну відповідальність за весь колектив. В Японії поширена практика публічних вибачень топ-менеджменту за системні збої.

2. Європа: Прозорість та «Culture of Candour».

В Європі (особливо в Британії та Скандинавії) етичним стандартом є **радикальна чесність**.

- ***Обов'язок відвертості.*** В NHS (Великобританія) керівники та лікарі юридично зобов'язані негайно повідомляти пацієнта про помилки. Приховування конфлікту чи помилки вважається серйознішим проступком, ніж сама помилка.
- ***Конструктивна незгода.*** У Скандинавії суперечка з керівником на нараді сприймається не як неповага, а як професійний внесок. Керівник, який не терпить заперечень, вважається профнепридатним.
- ***Психологічна безпека.*** Європейський менеджмент фокусується на створенні середовища «no blame culture» (культура без звинувачень), де конфлікт розглядається як інструмент покращання системи, а не як особиста образа.

Порівняльна таблиця вирішення конфліктів

Параметр	Азійський підхід	Європейський підхід
Критичні зауваження	Тільки приватно, за зачиненими дверима	Відкрито, на професійному форумі / нараді
Реакція на помилку	Колективне вибачення, збереження репутації	Індивідуальна звітність, аналіз «Root Cause»
Ієрархія в суперечці	Старшинство за віком / посадою має вагу	Аргументи та дані важливіші за посаду
Мета вирішення	Відновлення соціальної гармонії	Виправлення системного процесу

Регіональний нюанс. Країни Балтії зараз знаходяться у процесі болючого переходу. Старше покоління лікарів ще зберігає «азійську» закритість (небажання визнавати помилки перед керівництвом), тоді як молоді менеджери агресивно впроваджують «скандинавську» модель повної прозорості. Це часто стає головним джерелом внутрішніх конфліктів у лікарнях Литви чи Естонії.

Стиль менеджменту в охороні здоров'я країн Близького Сходу (ОАЕ, Саудівська Аравія, Катар) у 2024–2025 рр. – це унікальне поєднання **західних корпоративних стандартів** та **традиційних культурних цінностей**, таких як повага до авторитету та особистісні зв'язки.

Ключові особливості стилю керівництва

- ***Експатріоцентричне лідерство.*** Оскільки значна частина топ-менеджменту в приватних клініках – це фахівці із Заходу (США, Велика Британія), стилі керівництва часто копіюють англосаксонські моделі. Проте вони адаптуються під місцевий менталітет.
- ***Висока дистанція влади.*** Попри західні стандарти, керівник сприймається як «патріарх». Рішення часто приймаються зверху вниз, а авторитет лідера базується не лише на компетенціях, а й на його соціальному статусі.
- ***Орієнтація на розкіш та сервіс*.** Менеджери лікарень у Дубаї чи Ер-Ріяді керують медустановами як п'ятизірковими готелями. Ключовий KPI – задоволеність пацієнта («Patient Experience»).

Специфіка по країнах (2025)

1. ОАЕ (Об'єднані Арабські Емірати): Глобальний хаб.

Стиль: Корпоративний візіонеризм. Менеджери фокусуються на медичному туризмі.

Особливість. Керівник має бути «дипломатом», оскільки в підпорядкуванні можуть бути люди з 50 різних країн. Це вимагає надвисокого рівня **культурного інтелекту (CQ).**

Технології. ОАЕ лідирують у впровадженні **метавсесвіту для навчання лікарів** та дистанційного управління операційними.

2. Саудівська Аравія: Трансформація Vision 2030.

Зараз країна переживає наймасштабнішу реформу охорони здоров'я у світі.

Стиль: Директивна трансформація. Керівники державних лікарень переходять від ролі держслужбовців до ролі генеральних директорів (CEO) державних корпорацій.

Конфлікт поколінь. Молоді саудівські менеджери, навчені в США, впроваджують демократичний стиль, що іноді конфліктує з консервативними поглядами старших лікарів.

3. Катар: Орієнтація на науку та якість.

Стиль: Академічне лідерство з фокусом на міжнародні акредитації (наприклад JCI).

Особливість. Керівники ставлять за мету нульовий показник дефектів. Менеджмент дуже регламентований та орієнтований на міжнародні стандарти доказової медицини.

Етика та вирішення конфліктів: Концепція «Wasta»

Важливою рисою арабського менеджменту є **Wasta** (соціальний капітал / зв'язки).

Вирішення конфліктів. Конфлікти часто вирішуються через неофіційні канали та особисті домовленості. Рукостискання та особиста зустріч за кавою мають більше значення для менеджменту, ніж офіційний електронний лист.

Гендерний аспект. У 2025 р. спостерігається стрімке зростання кількості жінок на керівних посадах у медицині (особливо в ОАЕ та Саудівській Аравії), що привносить більше **емпатійного лідерства**.

Порівняння з іншими регіонами

Характеристика	Близький Схід	Європа (Скандинавія)
Основа авторитету	Статус, зв'язки, харизма	Компетенція, контракт
Фокус управління	Престиж, технології, сервіс	Ефективність, добробут штату
Прийняття рішень	Централізоване	Колегіальне (консенсус)
Швидкість змін	Надвисока (завдяки бюджету)	Помірна (через бюрократію)

Особливості застосування систем винагороди в менеджменті різних країн

Системи винагороди на Близькому Сході та в Європі базуються на протилежних філософіях: **«екстремальна конкуренція»** проти **«соціальної стабільності»**.

1. Країни Перської затоки (ОАЕ, Саудівська Аравія).

Система оплати праці тут стимулює **директивний та орієнтований на результат** стиль управління.

- ***Структура доходу.*** Базова зарплата висока, але основний фокус – на **бонусах за продуктивність**. Бонус може становити 30–50 % річного доходу.
- ***KPI для менеджерів.*** Керівники преміюються за залучення медичних туристів, скорочення витрат без втрати якості та успішне проходження міжнародних акредитацій (наприклад JCI).
- ***Ефект для стилю.*** Це змушує менеджерів бути жорсткими «корпоративними гравцями». Вони схильні до швидких, іноді ризикованих рішень, щоб продемонструвати цифри зростання власнику (державі або шейху).
- ***Пакет експата.*** Включає оплату житла, школи для дітей та перельоти. Це робить менеджера дуже лояльним до організації, але й дуже залежним від волі вищого керівництва.

2. Європейські країни (Скандинавія, Німеччина).

Система стимулює **колегіальний та етичний** стиль управління.

- ***Структура доходу.*** Зарплати регулюються тарифними сітками. Бонуси існують, але вони рідко перевищують 10–15 % і часто прив'язані до **колективних показників** (успіх усієї лікарні, а не особистий).
- ***KPI для менеджерів.*** Пріоритет – задоволеність персоналу (низька плинність кадрів), безпека пацієнтів та дотримання бюджету.
- ***Ефект для стилю.*** Менеджери не зацікавлені в «агресивному» зростанні. Вони фокусуються на стабільності та гармонії в колективі. У Скандинавії висока зарплата керівника не є секретом (публічність даних), що стримує менеджерів від авторитарної поведінки, аби не дратувати егалітарне суспільство.

3. Велика Британія (NHS).

Особливість. Чітка прив'язка до стажу та кваліфікаційних рівнів (Bands).

Стиль. Менеджери часто працюють за принципом «мінімізації ризиків» (risk-averse), оскільки за фінансові порушення чи клінічні провали слідує не просто позбавлення бонусу, а публічне розслідування та звільнення без права повернення в систему.

Порівняльна таблиця впливу грошей на стиль

Фактор	Близький Схід	Європа (Скандинавія / Німеччина)
Головний стимул	Особисте багатство та кар'єрний ріст	Соціальний статус та стабільність
Ризик для стилю	Схильність до авторитаризму заради KPI	Надмірна обережність і бюрократія
Ставлення до підлеглих	Як до ресурсу для досягнення мети	Як до партнерів по системі
Прозорість доходів	Конфіденційно (індивідуальні контракти)	Висока (публічні звіти / профспілки)

Цікавий факт 2025 р. У Саудівській Аравії почали впроваджувати бонуси за «щастя персоналу», намагаючись пом'якшити традиційний жорсткий стиль управління та наблизитися до європейських стандартів утримання кадрів.

Особливості підготовки управлінців для медичної системи

Підготовка елітних управлінців у медицині у 2024–2025 рр. відображає фундаментальну різницю між регіонами: від «бізнес-акул» на Близькому Сході до «соціальних архітекторів» у Європі.

1. Близький Схід: Американська модель та «Global Executive».

Тут цінують престиж та західні дипломи. Керівники великих клінік в ОАЕ та Саудівській Аравії зазвичай мають подвійну освіту.

Де навчаються. Популярні програми **Executive MBA (EMBA)** від топових університетів США та Британії, які мають філії у регіоні (наприклад INSEAD Abu Dhabi або London Business School у Дубаї).

На що тиснуть. Стратегічний фінансовий менеджмент, маркетинг медичних послуг та управління змінами.

Стиль навчання. Кейс-стаді великих корпорацій. Керівника вчать мислити як **CEO**, для якого лікарня – це актив, що має приносити прибуток або соціальний вплив.

2. Західна Європа: Клінічне лідерство та PhD.

У Німеччині та Британії шлях до крісла директора частіше лежить через медицину, а не чистий бізнес.

Велика Британія (NHS). Існує потужна NHS Leadership Academy, де лікарів та медсестер навчають управлінню без відриву від практики. Головний акцент – **Distributed Leadership** (як делегувати владу командам).

Німеччина. Популярні магістерські програми з **Health Economics** (Економіка охорони здоров'я). Керівник має бути експертом у законодавстві та складних системах страхування.

Стиль навчання. Глибоке занурення в етику, право та операційну ефективність. Керівника вчать бути **«першим серед рівних»**.

3. Скандинавія: Психологія та фасилітація.

У Швеції та Норвегії менеджерів готують як фахівців з людських відносин.

Де навчаються. Місцеві університети (наприклад Karolinska Institutet).

На що тиснуть. Емоційний інтелект (EQ), теорія систем та методи залучення персоналу до прийняття рішень.

Стиль навчання. Групові тренінги з вирішення конфліктів. Менеджера вчать бути **«слугою-лідером»**, чиє завдання – прибрати перешкоди для роботи лікаря.

4. Прибалтика: Цифровий стрибок.

Тут підготовка зосереджена на IT-компетенціях.

Естонія. Програми TalTech готують фахівців з **Digital Health**. Менеджер має розуміти архітектуру даних не гірше за IT-директора.

Стиль навчання. Проєктне управління (Agile). Керівника вчать швидко впроваджувати нові технології в консервативне середовище.

Порівняння пріоритетів навчання (2025)

Регіон	Ключова дисципліна	Тип диплома
Близький Схід	Фінанси та Стратегія	Executive MBA (US/UK)
Велика Британія	Управління змінами	Clinical Leadership Award
Скандинавія	Психологія груп	MA in Health Management
Естонія / Литва	Аналіз даних та ШІ	MSc in Digital Health

Як це впливає на практику. Якщо ви прийдете на прийом до директора клініки в **Дубаї**, ви побачите бізнесмена в дорогому костюмі. У **Стокгольмі** директор може сидіти в спільній зоні з лікарями у звичайному светрі, обговорюючи графік чергувань за кавою.

У 2025 р. дефіцит певних **м'яких навичок (Soft Skills)** у медицині став критичним бар'єром для цифрової трансформації. Проте дефіцит у Європі та Азії має різну природу.

1. Європа: Дефіцит «Цифрової емпатії» та Рішучості.

У європейських менеджерів (особливо у Скандинавії та Німеччині) навички демократії розвинені чудово, але виникають проблеми з новими викликами.

- ***Цифрова емпатія (Digital Empathy).*** Впровадження ШІ викликає стрес у персоналу. Керівникам бракує вміння пояснити лікарям, що алгоритм – це не заміна, а помічник. За даними HIMSS Europe, 60 % менеджерів визнають, що не знають, як етично інтегрувати ШІ в роботу команд.

- ***Сміливість у прийнятті непопулярних рішень.*** Через надмірну культуру консенсусу європейські менеджери часто затягують зміни. Дефіцитною є навичка «швидкого лідерства» (Agile Leadership), коли треба діяти без згоди 100 % колективу.
- ***Управління різноманіттям (Diversity Management).*** Через дефіцит кадрів у лікарні Німеччини чи Британії приїжджають медики з усього світу. Менеджерам бракує навичок інтеграції різних культурних кодів в одну команду.

2. Азія: Дефіцит «Психологічної безпеки» та Критичного мислення.

В Азії (Японія, Південна Корея, Китай) зворотна ситуація: ієрархія працює ідеально, але це вбиває інновації знизу.

- ***Створення психологічної безпеки.*** Це найдефіцитніша навичка. Молодший персонал боїться говорити про помилки чи пропонувати ідеї через повагу до старших. Менеджерів зараз активно вчать «відкривати» канали зв'язку знизу вгору.
- ***Адаптивність.*** Азійські менеджери звикли діяти за жорсткими протоколами. У ситуаціях невизначеності (як під час пандемій чи швидких технологічних збоїв) їм важко відходити від інструкцій.
- ***Коучинг замість Директив.*** Традиційний стиль «я сказав – ти зробив» більше не працює з поколінням Z в Азії. Керівникам бракує навичок менторства та коучингу.

Порівняння дефіцитних навичок (2025)

Навичка	Дефіцит у Європі	Дефіцит в Азії
Прийняття рішень	Бракує швидкості та авторитарності	Бракує залучення підлеглих
Комунікація	Бракує чіткості в цифрову епоху	Бракує відвертості (Feedback)
Робота з ШІ	Страх етичних порушень	Надмірне довір'я технології
Емоційний інтелект	Спрямований на комфорт штату	Спрямований на дотримання субординації

3. Близький Схід: Дефіцит культурного інтелекту (CQ).

Для менеджерів у країнах Затоки головним дефіцитом є **CQ (Cultural Intelligence)** – здатність ефективно працювати в мультикультурному середовищі, де лікар – індус, медсестра – філіппінка, а пацієнт – араб.

Як це вирішують:

- У **Швеції** менеджерів відправляють на ретрити для розвитку «усвідомленості» (Mindfulness).
- У **Південній Кореї** впроваджують анонімні чат-боти, щоб персонал міг критикувати менеджмент без ризику «втратити обличчя».

Порівняння вимог у вакансіях на посаду **CEO/Medical Director** у 2025–2026 рр. демонструє два різні світи: «соціальний архітектор» у Європі проти «технологічного диктатора» в Азії.

Ось детальні чек-листи на основі актуальних запитів рекрутингових агентств (таких як Korn Ferry та Heidrick & Struggles):

Чек-лист: Європейський Союз (Німеччина, Франція, Скандинавія)

Фокус: Сталий розвиток, етика та люди.

1. Shared Governance (Спільне управління). Досвід роботи у середовищі, де рішення приймаються спільно із профспілками та лікарськими радами.

2. Sustainability & Green Hospital. Знання стандартів ESG (екологічне управління). Вимагається вміння скоротити вуглецевий слід клініки.

3. Change Management (Управління змінами). Здатність впроваджувати цифрові інструменти (ШІ, телемедицина) без опору персоналу.

4. Empathy & Well-being. Конкретні кейси зниження рівня вигорання персоналу та плинності кадрів.

5. Legal Compliance. Глибоке знання GDPR (захист даних) та етичних обмежень використання ШІ в діагностиці.

Чек-лист: Азія (Сінгапур, Південна Корея, Японія)

Фокус: Ефективність, швидкість та майбутнє.

1. Data-Driven Decision Making. Вміння будувати стратегію на основі Big Data аналітики в реальному часі.

2. Smart Hospital Infrastructure. Досвід інтеграції робототехніки в логістику та догляд (особливо в Японії та Кореї).

3. Efficiency & Yield (KPI). Досвід максимізації пропускної здатності лікарень та скорочення середнього часу перебування пацієнта (ALOS).

4. Customer Experience (CX). Орієнтація на пацієнта як на преміального клієнта (особливо в приватних центрах Сінгапуру).

5. Crisis Agility. Навички швидкого переформатування клініки в умовах епідеміологічних загроз або техногенних змін.

Порівняльна таблиця: Хто отримає роботу?

Кандидат А (Європа)	Кандидат Б (Азія)
Сильна сторона: Вміє слухати, домовлятися, створювати безпечне середовище	**Сильна сторона:** Знає технології, швидко масштабує процеси, дає результат
Стиль: Демократичний, інклюзивний	**Стиль:** Трансформаційний, технократичний
Ризик: Занадто повільний у прийнятті жорстких рішень	**Ризик:** Може ігнорувати емоційний стан підлеглих заради цифр

Близький Схід (ОАЕ / Саудівська Аравія) – Гібрид

Тут у вакансіях 2026 р. вимагають **«Азійську швидкість»** з **«Європейським дипломом»**. Кандидат повинен мати досвід роботи в західній системі, але вміти керувати в умовах монархічної ієрархії та необмежених бюджетів.

Чек-лист вакансії CEO лікарні в США (2025):

- ***Financial Acumen.*** Вміння керувати бюджетами в сотні мільйонів доларів у складній системі страхування (Medicare / Medicaid).
- ***Mergers & Acquisitions (M&A).*** Досвід поглинання дрібних клінік. У США йде активна консолідація ринку.
- ***Strategic Growth.*** Здатність збільшити частку ринку в регіоні завдяки маркетингу та унікальним медичним технологіям.
- ***Patient Experience (HCAHPS scores).*** Вміння підвищувати рейтинги клініки, від яких прямо залежить державне фінансування.

Чек-лист вакансії CEO лікарні в Канаді (2025)

- ***Stakeholder Engagement.*** Вміння домовлятися з урядом провінції, проф-спілками та місцевою громадою.
- ***Equity, Diversity, and Inclusion (EDI).*** Обов'язкова вимога – наявність стратегії підтримки меншин та корінного населення.
- ***Operational Excellence (Lean).*** Досвід скорочення черг на планові операції (пріоритет № 1).
- ***Public Accountability.*** Вміння публічно звітувати за кожен витрачений долар платників податків.

Розділ 9. СУЧАСНИЙ МЕДИЧНИЙ МЕНЕДЖМЕНТ В УКРАЇНІ

Сучасний медичний менеджмент в Україні перебуває у стані **фундаментальної трансформації** (перехід від моделі «головного лікаря-адміністратора» до «директора-менеджера»). Цей процес поєднує в собі гнучкість реформ та тягар застарілих ієрархій.

Сильні та слабкі сторони менеджменту в Україні (2024–2025)

Сильні сторони	Слабкі сторони
Адаптивність та кризове управління: Українські менеджери отримали унікальний у світі досвід управління лікарнями в умовах війни, енергокриз та масових міграцій	**Брак системної бізнес-освіти:** Багато керівників мають медичну освіту, але їм бракує знань з фінансового менеджменту, маркетингу та HR
Стрімка цифровізація: Впровадження системи eHealth (NSZU) та сервісів типу Helsi відбулося швидше, ніж у багатьох країнах ЄС	**Вертикальна ієрархія:** Зберігається радянська модель «єдиноначальства», де думка молодшого персоналу часто ігнорується (низька психологічна безпека)
Автономізація: Перетворення лікарень на КНП (комунальні некомерційні підприємства) дало директорам реальну фінансову свободу, якої раніше не було	**Політична залежність:** Керівники часто залишаються залежними від місцевої влади (власників громад), що заважає довгостроковому стратегічному плануванню

Порівняльна характеристика: Україна *vs* Світ

Україна зараз нагадує **«гібрид»** Прибалтійської та Британської моделей, намагаючись додати до них Американську ефективність.

Характеристика	Україна	ЄС (Скандинавія)	США	Прибалтика (Естонія)
Стиль лідерства	Гібридний (Директивно-кризовий)	Демократичний (Колегіальний)	Корпоративний (CEO-центричний)	Технократичний (Digital-first)
Прийняття рішень	Одноосібне (директор)	Консенсуальне (команда)	Аналітичне (на основі Big Data)	Алгоритмічне (прозорі дані)
Відносини зі штатом	Дистанція влади (висока)	Мінімальна ієрархія	Контрактна / Жорстка	Перехід до партнерства
Головний KPI	Виживання / Договір з НСЗУ	Благополуччя персоналу	Прибуток / Якість	Ефективність процесів

Чого українському менеджменту варто повчитися у сусідів?

1. Скандинавія: *Делегування повноважень*. В Україні директор часто «гасить пожежі» особисто, замість того, щоб налаштувати саморегульовані команди.

2. Прибалтика: *Повна прозорість даних.* Використання аналітики для прийняття управлінських рішень, а не лише для звітів у НСЗУ.

3. США: *Клієнтоорієнтованість*. Розуміння, що пацієнт – це не «хворий за направленням», а людина, яка обирає сервіс.

Ключовий виклик 2025 для України – перехід від **«виживання»** до **«стратегічного розвитку»** в умовах дефіциту кадрів. Керівники, які не освоять Soft Skills (утримання персоналу) та цифрову аналітику, програють конкуренцію приватним центрам та великим кластерним лікарням.

Зміна культури спілкування з персоналом в українських реаліях 2025–2026 рр. – це перехід від моделі **«Начальник – Підлеглий»** до моделі **«Лідер – Команда»**. Це найскладніша частина реформи, оскільки вона потребує зміни менталітету, а не просто нормативних актів.

1. Поточний розрив: Україна *vs* Світ.

В Україні історично домінувала **висока дистанція влади** (як у країнах Азії), де директор – недосяжна фігура, а медсестра – лише виконавець. У сучасних успішних моделях (Скандинавія, Канада) ця дистанція мінімальна.

Параметр	Традиційна модель (Україна)	Сучасна модель (Скандинавія / Канада)
Зворотний зв'язок	Тільки зверху вниз (вказівки)	Двосторонній (фідбек-сесії)
Помилка персоналу	Привід для догани / покарання	Привід для аналізу системи (No blame)
Прийняття рішень	Одноосібне директором	Колегіальне обговорення
Психологічна безпека	Низька (страх перед керівництвом)	Висока (право на власну думку)

2. Ключові інструменти зміни культури (Що впроваджують лідери ринку).

Для зміни культури українські менеджери зараз запозичують методи з ІТ та західної медицини:

- ***Культура «Open Door» (Відкриті двері).*** Директор встановлює години, коли будь-який співробітник (від санітарки до завідувача) може прийти з пропозицією чи скаргою без попереднього запису.
- ***Town Hall Meetings (Загальні збори).*** Регулярні зустрічі всього персоналу, де керівник чесно розповідає про фінансовий стан лікарні, плани та проблеми. Це знімає тривожність і чутки.
- ***Психологічна безпека.*** Впровадження анонімних опитувань про задоволеність роботою. Якщо персонал боїться говорити про проблеми – лікарня стає небезпечною для пацієнта (помилки приховуються).
- ***Делегування відповідальності.*** Перехід до моделі, де старша медсестра або завідувач відділення мають свій бюджет і право самостійно формувати графіки чи обирати витратні матеріали.

3. Бар'єри для змін в Україні.

1. Синдром «Червоного директора». Керівники старого гарту вважають демократію слабкістю та втратою контролю.

2. Пасивність персоналу. Багато медиків звикли чекати вказівок і бояться брати на себе відповідальність за зміни.

3. Вигорання. В умовах війни емоційний ресурс на «побудову культури» обмежений, тому менеджери часто звалюються в авторитарний стиль для швидкості.

4. Чому це вигідно фінансово?

Для КНП (комунального підприємства) зміна культури – це питання виживання:

- ***Утримання кадрів.*** У 2025 р. медики йдуть не туди, де більше платять (різниця в зарплатах КНП часто мінімальна), а туди, де їх **поважають.**
- ***Ефективність.*** Задоволений персонал працює на 20–30 % продуктивніше і припускається менше клінічних помилок (що важливо для виплат від НСЗУ).

Рекомендація. Почніть із впровадження регулярного **Feedback-опитування** серед персоналу. Це покаже команді, що їхня думка починає мати значення.

Для зміни культури в українському КНП (Комунальному некомерційному підприємстві) у 2025–2026 рр. найкраще працюють методи, що поєднують **демократизацію** та **професійне визнання**. Це дозволяє подолати пасивність штату та зменшити відтік кадрів.

1. Створення Клінічних та Управлінських рад.

Це перехід від одноосібного правління до розподіленої відповідальності.

- ***Рада медичних сестер.*** Не формальна назва, а орган, що має право голосу при закупівлі витратних матеріалів, формуванні графіків та розробці стандартів догляду.
- ***Рада молодих спеціалістів*.** Дозволяє інтернам та молодим лікарям пропонувати інновації (наприклад нове ПЗ чи методи діагностики), що дає їм відчуття причетності до стратегії лікарні.
- ***Комітет з якості та безпеки.*** Де лікарі разом із менеджментом розбирають складні кейси без пошуку винних (модель «No Blame»).

2. Впровадження системи «Внутрішнього підприємництва».

Метод, популярний у США та Скандинавії, який стимулює ініціативу знизу.

- ***Банк ідей*.** Скринька або онлайн-платформа (наприклад у Slack чи Telegram), куди кожен може подати ідею щодо покращення сервісу.
- ***Мікрогранти*.** Виділення невеликого бюджету відділенню на реалізацію кращої ідеї (наприклад, переобладнання кімнати відпочинку або закупівля специфічного обладнання).

3. Регулярні «Пульс-опитування».

Замість величезних щорічних анкет – короткі опитування (2–3 питання) раз на місяць через смартфон.

- ***Питання*.** «Чи вистачило вам засобів захисту цього тижня?», «Чи відчуваєте ви підтримку керівника?», «Що заважало вам працювати сьогодні?».
- ***Результат*.** Керівник бачить «температуру» в колективі у реальному часі та може оперативно реагувати.

4. Метод «Lean-команд» (Бережливе управління).

Створення робочих груп для вирішення конкретної проблеми.

- ***Як це працює*.** Збирається команда (лікар, медсестра, реєстратор, санітарка) для вирішення проблеми, наприклад, «Чому пацієнти чекають в черзі більше 20 хвилин?».
- ***Ефект*.** Персонал сам знаходить рішення, тому він значно лояльніше ставиться до його впровадження, ніж до наказу зверху.

5. Гейміфікація та нематеріальне визнання.

У 2025 р. визнання часто цінується вище за невелику премію.

• ***Зірка місяця.*** Публічне визнання кращого працівника на сайті лікарні або в соцмережах (підвищує лояльність через публічний статус).

• ***Sharing Knowledge.*** Заохочення лікарів проводити внутрішні лекції для колег. Це формує культуру "навчальної організації".

Порівняння підходів до залучення

Метод	Україна (Традиційно)	Новітній підхід (2025)	Результат
Наради	Довгі звіти, «монолог» директора	Короткі Stand-up зустрічі (15 хв)	Економія часу, чіткі задачі
Конфлікти	Придушення, ігнорування	Медіація, відкрите обговорення	Зниження токсичності у штаті
Ідеї	«Пишіть заяву, розглянемо»	Прямий чат з директором / Банк ідей	Швидкі інновації

Практична порада. Почніть з методу **«Один день у взутті колеги»** (Job Shadowing). Коли адміністративний персонал проводить кілька годин у приймальному відділенні, а завідувач відділення – на реєстратурі. Це миттєво знімає конфлікти між «тилом» та «фронтом» лікарні.

Вирішення конфліктів у медичному колективі у 2025–2026 рр. вимагає відходу від адміністративного тиску («наказ і догана») до методів **фасилітації** та **медіації**, які широко використовуються в країнах ЄС та США.

Ось конкретні рекомендації, адаптовані для українських медзакладів:

1. Впровадження моделі «No Blame Culture» (Культура без звинувачень).

Найчастіше конфлікти в медицині виникають через помилки або забудькуватість.

Рекомендація. Замість питання «Хто винен?» ставте питання «Чому система дозволила цій помилці статися?».

Дія. Проводьте розбір ситуації не для пошуку жертви, а для зміни протоколу роботи відділення. Це знімає агресію та захисну реакцію персоналу.

2. Техніка «Клінічної медіації».

Якщо конфлікт стався між лікарем та медсестрою або двома колегами:

Рекомендація. Не ставайте на чийсь бік. Виступайте як нейтральний посередник.

Дія. Використовуйте метод **«Активного слухання»**. Дайте кожній стороні 5 хв висловити позицію без переривання. Потім попросіть їх запропонувати варіант, який буде вигідний для **пацієнта**. Пріоритет «інтереси пацієнта» – це єдиний нейтральний ґрунт, на якому медики завжди можуть домовитися.

3. Створення «Протоколу ескалації».

Конфлікти часто розростаються через те, що персонал не знає, як поскаржитися цивілізовано.

***Рекомендація*.** Розробіть чіткий шлях вирішення суперечок.

***Дія*:**

Рівень 1: Спроба вирішити конфлікт між учасниками тет-а-тет.

Рівень 2: Звернення до «неформального лідера» відділення або наставника.

Рівень 3: Офіційна зустріч із заступником директора з медичної частини. Це прибирає ефект «скарг за спиною» та пліток.

4. Метод «Shadowing» (Тіньовий супровід) для вирішення міждисциплінарних конфліктів.

Часто хірурги конфліктують з анестезіологами, а лікарі – з реєстратурою через нерозуміння навантаження один одного.

***Рекомендація*.** Короткостроковий обмін ролями або спостереження.

***Дія*.** Попросіть конфліктуючі сторони провести 2 години, спостерігаючи за роботою один одного. Це миттєво підвищує рівень емпатії та знімає претензії щодо «нічогонероблення» колег.

5. Робота з «Токсичними професіоналами».

Це найскладніший кейс: чудовий лікар, який постійно створює конфлікти.

***Рекомендація*.** Використовуйте **«Контракт на поведінку»**.

***Дія*.** На особистій зустрічі поясніть, що клінічні навички фахівця цінуються, але деструктивна поведінка руйнує команду. Встановіть чіткі межі: «Ми цінуємо ваші операції, але не толеруємо крик на персонал». У 2025 р. західний менеджмент (наприклад Cleveland Clinic) звільняє навіть зірок, якщо вони руйнують командну роботу.

6. Організація «Психологічної розрядки» (Balint groups).

Конфлікти в медицині часто є наслідком стресу та вигорання, а не особистої неприязні.

***Рекомендація*.** Впровадьте елементи Балінтівських груп (обговорення емоційно складних випадків).

***Дія*.** Раз на місяць організовуйте зустріч із залученням штатного психолога, де лікарі можуть виговоритися. Це знижує рівень фонової напруги в колективі.

Порівняльна таблиця реакції на конфлікт

Реакція	Старий підхід	Новий підхід (2025)
Причина	Особиста неприязнь	Системний збій / Втома
Рішення	Догана, штраф	Медіація, зміна графіка
Результат	Затаєна образа	Вирішення причини суперечки

Порада. Якщо конфлікт стався публічно, обов'язково розберіть його публічно (але коректно), щоб колектив бачив, що керівник володіє ситуацією і має чітку позицію.

Контрольні питання

1. Дайте визначення поняттю «культура управління» та поясніть, що вона включає в широкому значенні.
2. Назвіть та охарактеризуйте два основні підходи (теорії) до того, яким повинен бути керівник.
3. Перелічіть чотири блоки якостей, на які можна розділити весь комплекс соціальних якостей особистості керівника.
4. Які три функції виконує етикет у професійному середовищі?
5. У чому полягає різниця між поняттями «медична етика» та «медична деонтологія» згідно з текстом?
6. Назвіть три групи принципів, які включає структура етичних і деонтологічних уявлень (основні принципи деонтології).
7. Дайте визначення поняттю «психологічний клімат колективу».
8. Чим відрізняється формальна група від неформальної групи в колективі?
9. Що таке референтна група і яку роль вона відіграє для особистості?
10. Які два способи рекомендують сучасні теоретики для взаємодії формальної групи з неформальною?
11. Дайте визначення поняттю «влада» та перелічіть п'ять її головних форм.
12. Охарактеризуйте три види статусу співробітника (цивільний, службовий, особистий).
13. Назвіть три фактори, з яких складається механізм формування морального клімату.
14. Опишіть соціально-психологічні прошарки колективу (колективісти, індивідуалісти, претензіоністи, ті, що наслідують, пасивні, ізольовані).
15. У чому полягає різниця між формальним та неформальним лідером?
16. Які умови сприяють переходу впливу від офіційного керівника до неформального лідера?
17. Охарактеризуйте два типи негативних неформальних лідерів: лідера-керівника та лідера-комунікатора.
18. Порівняйте авторитарний, формальний та демократичний стилі керівництва (основні риси).
19. Що таке «динамічний стиль керівництва» і чому він вважається оптимальним?
20. Дайте визначення поняттю «конфлікт» та назвіть чотири його основні типи.
21. Опишіть п'ять стилів вирішення конфліктів (ухилення, згладжування, примушування, компроміс, рішення проблеми).
22. Які три типи інтелекту виділив Н. Талленд?
23. Назвіть основні принципи проведення ділових бесід.
24. Які існують категорії слухачів щодо манери слухання?
25. Яка питома вага (у відсотках) припадає на слово, інтонацію та міміку/жести у процесі спілкування?
26. Назвіть п'ять видів пауз, якими оратор повинен уміти користуватися.
27. Яких правил слід дотримуватися керівнику при критиці підлеглих?
28. Що таке воля і які вольові якості повинен мати керівник?
29. У чому різниця між емоціями, почуттями, настроєм, пристрастю та афектом?
30. Назвіть три фази стресу.

Тестові завдання

1. Культура управління – це:

A. Сукупність технічних засобів для роботи в офісі.

B. Частина загальної культури, сукупність способів, методів і результатів діяльності системи управління.

C. Виключно знання законів та юридичних норм.

D. Система покарань за порушення дисципліни.

2. Теорія, яка стверджує, що статус керівника вимагає певного комплексу вроджених якостей особи, називається:

A. Теорія ситуативності. *C. Теорія рис.*

B. Теорія бюрократії. *D. Теорія випадковості.*

3. Який блок якостей НЕ входить до комплексу соціальних якостей керівника згідно з текстом?

A. Індивідуально-особисті якості. *C. Міжособово-комунікативні якості.*

B. Професійні якості. *D. Фінансово-економічні якості.*

4. Етикет виконує функцію:

A. Зменшення заробітної плати.

B. Визначення причетності людей до професійного кола.

C. Скасування ієрархії.

D. Знищення субординації.

5. Наука про практичне застосування принципів медичної етики в діяльності співробітників медичного закладу – це:

A. Медична філософія. *C. Соціологія медицини.*

B. Медична деонтологія. *D. Психологія управління.*

6. Психологічний клімат – це:

A. Температурний режим у приміщенні.

B. Результат взаємодії людей в процесі їх сумісної діяльності.

C. Сукупність наказів керівництва.

D. Графік відпусток співробітників.

7. Формальна група базується на:

A. Особистісних відношеннях та симпатіях.

B. Спільних захопленнях (хобі).

C. Офіційних правах і обов'язках кожного співробітника.

D. Родинних зв'язках.

8. Група, яка стає для особистості орієнтиром у поведінці та зразком для наслідування, називається:

A. Формальна. *C. Випадкова.*

B. Референтна. *D. Тимчасова.*

9. Що рекомендується робити керівнику стосовно неформальних груп?

A. Повністю ігнорувати їх існування.

B. Негайно знищити неформальну групу.

C. Заборонити спілкування поза роботою.

D. Визнати їх існування та вислуховувати думку їх лідерів.

10. Влада, заснована на вірі виконавця в те, що той, хто впливає, має спеціальні знання, називається:

A. Влада примусу. *C. Експертна влада.*

B. Законна влада. *D. Еталонна влада.*

11. Який тип влади базується на страху?

A. Влада, заснована на примушенні. *C. Експертна влада.*

B. Влада, заснована на винагороді. *D. Традиційна влада.*

12. «Особистий статус» співробітника – це:

A. Чітка регламентація прав і обов'язків.

B. Визнання в колективі та задоволеність неформальними відносинами.

C. Виконання прав особистості, встановлених правопорядком.

D. Посада згідно штатного розпису.

13. Соціально-психологічний прошарок колективу, представники якого намагаються бути в центрі подій і підтримують колективні заходи:

A. Індивідуалісти. *C. Ізольовані.*

B. Пасивні. *D. Колективісти.*

14. Люди, яких виділяє пихатість і які можуть стати в опозицію, якщо їх не оцінили вчасно:

A. Претензіоністи. *C. Колективісти.*

B. Ті, що наслідують. *D. Пасивні.*

15. Люди з принципом «як би чого не вийшло», схильні до невтручання:

A. Ізольовані. *C. Претензіоністи.*

B. Пасивні. *D. Індивідуалісти.*

16. Адаптація, що полягає у встановленні системи зв'язків і відносин між членами колективу, називається:

A. Професійна. *C. Соціально-психологічна.*

B. Фізіологічна. *D. Технічна.*

17. Офіційний керівник, наділений повноваженнями, є лідером:

A. Неформальним. *C. Емоційним.*

B. Формальним. *D. Ситуативним.*

18. Яка з перелічених умов сприяє переходу впливу до неформального лідера?

A. Високий авторитет офіційного керівника.

B. Відмінна організація праці.

C. Неавторитетність керівника.

D. Відсутність сильних особистостей у колективі.

19. Негативний неформальний лідер, який характеризується активністю, сміливістю рішень і відвертою розбіжністю з керівником – це:

A. Лідер-комунікатор. *C. Лідер-керівник.*

B. Лідер-дипломат. *D. Лідер-виконавець.*

20. Для якого типу керівника характерна централізація влади та одноосібне прийняття рішень?

A. Демократичний. *C. Авторитарний.*

B. Формальний. *D. Ліберальний.*

21. Керівник, який мінімально втручається в роботу та надає підлеглим значну свободу (іноді надмірну), належить до такого типу:

A. Авторитарний. *C. Демократичний.*

B. Формальний. *D. Диктаторський.*

22. Децентралізація влади та залучення підлеглих до прийняття рішень характерні для стилю:

A. Авторитарного. *C. Демократичного.*

B. Бюрократичного. *D. Формального.*

23. Стиль керівництва, орієнтований на досягнення кінцевих цілей закладу та інтереси справи**:**

A. Бюрократичний. *C. Пасивний.*

B. Діловий. *D. Анархічний.*

24. Бюрократичний стиль характеризується:

A. *Орієнтацією на досягнення другорядних, допоміжних задач та думку вищого керівництва.*
B. *Повною свободою дій підлеглих.*
C. *Високою ініціативою підлеглих.*
D. *Відсутністю звітності.*

25. Шлях формування стилю праці, що реалізується внаслідок нестачі знань і досвіду:

A. Спеціальна підготовка. *C. Динамічний стиль.*

B. Метод «проб і помилок». *D. Наукове навчання.*

26. Зіткнення протилежно направлених цілей, позицій та інтересів називається:

A. Дискусія. *C. Нарада.*

B. Конфлікт. *D. Співробітництво.*

27. Який із наведених варіантів НЕ є типом конфлікту згідно з текстом?

A. Внутрішньоособистісний. *C. Міжгруповий.*

B. Міжособистісний. *D. Міжнародний.*

28. Стиль вирішення конфлікту, що передбачає відхід від конфлікту:

A. Примушування. *C. Компроміс.*

B. Ухилення. *D. Рішення проблеми.*

29. Стиль вирішення конфлікту, який характеризується прийняттям точки зору іншої сторони лише до певної міри:

A. Згладжування. *C. Компроміс.*

B. Рішення проблеми. *D. Ухилення.*

30. Найкращим наслідком конфлікту при конструктивному підході є:

A. Зниження продуктивності.

B. Збільшення текучості кадрів.

C. Погіршення комунікацій.

D. Поліпшення співробітництва в майбутньому.

31. Який відсоток робочого часу керівники проводять у розмовах і спілкуванні?

A. 25 %. *B. 50 %.* *C. 75 %.* *D. 90 %.*

32. Здатність розуміти стан інших людей і передбачати розвиток соціальних ситуацій – це інтелект:

A. Вербальний. *C. Соціальний.*

B. Механічний. *D. Штучний.*

33. Бесіда, мета якої пояснити спеціальні проблеми без впливу на почуття, називається:

A. Професійна бесіда. *C. Дебати.*

B. Дискусія. *D. Агітаційна промова.*

34. Скільки відсотків інформації у спілкуванні передається через міміку і жести?

A. 10 %. *B. 35 %.* *C. 55 %.* *D. 75 %.*

35. Яка пауза використовується для осмислення інформації слухачами?

A. Граматична. *C. Люфт-пауза.*

B. Педагогічна. *D. Драматична.*

36. Оптимальна тривалість виступу повинна бути не більше:

A. 1–2 хв. *B. 3–5 хв.* *C. 10–15 хв.* *D. 30 хв.*

37. Яка з перелічених дій є помилкою слухача?

A. Концентрація на суті бесіди. *C. Лінивість мислення.*

B. Аналіз почутого під час пауз. *D. Уважне вислуховування до кінця.*

38. При критиці підлеглого керівнику рекомендується:

A. Критикувати в присутності всього колективу.

B. Критикувати заради критики.

C. Критикувати індивідуально, а заохочувати на загальних зборах.

D. Не давати можливості пояснити ситуацію.

39. Що слід зробити перед початком наради?

A. Засекретити повістку дня.

B. Повідомити повістку дня та надати матеріали завчасно.

C. Почати нараду без попередження в розпал робочого дня.

D. Запросити якомога більше випадкових людей.

40. Перехід на «ти» у діловому спілкуванні може запропонувати:

A. Тільки молодший старшому.

B. Тільки підлеглий начальнику.

C. Тільки старший молодшому або начальник підлеглому.

D. Будь-хто в будь-який момент.

41. Здатність людини свідомо регулювати свої дії відповідно до мети – це:

A. Емоція. *C. Темперамент.*

B. Воля. *D. Інтуїція.*

42. Якість, що характеризує здатність приймати рішення без зайвих вагань:

A. Стриманість. *C. Гнучкість.*

B. Рішучість. *D. Чутливість.*

43. Вміння стримувати психічну напруженість і володіти собою називається:

A. Ініціативність. *C. Витримка (самовладання).*

B. Наполегливість. *D. Цілеспрямованість.*

44. Переживання людиною свого особистого ставлення до реальної дійсності – це:

A. Емоція. *B. Воля.* *C. Інтелект.* *D. Рефлекс.*

45. Емоційний стан, що характеризується слабкою інтенсивністю та значною тривалістю:

A. Афект. *B. Пристрасть.* *C. Настрій.* *D. Стрес.*

46. Короткочасне, бурхливе емоційне переживання з різко вираженою інтенсивністю:

A. Настрій. *B. Афект.* *C. Почуття.* *D. Симпатія.*

47. Які почуття відносяться до вищих?

A. Переживання задоволення від природних потреб.

B. Переживання голоду.

C. Переживання задоволення від соціальних потреб.

D. Фізичний біль.

48. Яка з перелічених фаз НЕ входить до структури стресу?

A. Тривога. *B. Опір.* *C. Байдужість.* *D. Виснаження.*

49. Як називається влада, що базується на привабливості якостей того, хто впливає (харизмі)?

A. Експертна. *C. Законна.*

B. Еталонна (влада прикладу). *D. Влада примусу.*

50. Що з перерахованого покращує настрій згідно з текстом?

A. Шум і сперте повітря. *C. Втомленість.*

B. Чистота і свіже повітря. *D. Неприємне забарвлення приміщення.*

51. До якої категорії належать етичні уявлення керівника в структурі етичних уявлень?

A. 1. *B. 2.* *C. 3.* *D. 4.*

52. Неформальна група в колективі базується на:

A. Офіційних наказах.

B. Особистісних відношеннях, загальних інтересах.

C. Штатному розкладі.

D. Посадових інструкціях.

53. Який стиль вирішення конфлікту характеризується нав'язуванням своєї точки зору через владу?

A. Згладжування. *C. Компроміс.*

B. Примушування. *D. Рішення проблеми.*

54. Яка частина виступу присвячена детальному обґрунтуванню тез?

A. Вступ. *C. Аргументація.*

B. Суть пропозиції. *D. Висновки.*

55. «Люфт-пауза» у мові оратора використовується:

A. Для вдиху. *C. На розділових знаках.*

B. Для підкресленого мовчання. *D. Для осмислення інформації.*

56. Який тип негативного лідера зазвичай діє анонімно і підриває авторитет керівника чутками?

A. Лідер-керівник. *C. Лідер-комунікатор.*

B. Лідер-організатор. *D. Лідер-натхненник.*

57. Згідно з текстом, критика повинна бути:

A. Нищівною.

B. Конструктивною, для поліпшення результатів.

C. Публічною.

D. Спрямованою на особистість, а не на вчинок.

58. До якого типу влади відноситься «Традиційна влада»?

A. Експертна. *C. Влада прикладу.*

B. Законна. *D. Влада винагороди.*

59. Що означає термін «деонтологія»?

A. Наука про красу. *C. Наука про управління.*

B. Вчення про обов'язки (належне). *D. Вчення про хвороби.*

60. Для розвитку волі рекомендується:

A. Уникати труднощів.

B. Виконувати фізичні вправи та позбавлятися шкідливих звичок.

C. Піддаватися всім своїм бажанням.

D. Уникати прийняття рішень.

Ключі до тестових завдань

№	Відповідь	№	Відповідь	№	Відповідь	№	Відповідь
1	*B*	**16**	*C*	**31**	*C*	**46**	*B*
2	*C*	**17**	*B*	**32**	*C*	**47**	*C*
3	*D*	**18**	*C*	**33**	*A*	**48**	*C*
4	*B*	**19**	*C*	**34**	*C*	**49**	*B*
5	*B*	**20**	*C*	**35**	*B*	**50**	*B*
6	*B*	**21**	*B*	**36**	*B*	**51**	*D*
7	*C*	**22**	*C*	**37**	*C*	**52**	*B*
8	*B*	**23**	*B*	**38**	*C*	**53**	*B*
9	*D*	**24**	*A*	**39**	*B*	**54**	*C*
10	*C*	**25**	*B*	**40**	*C*	**55**	*A*
11	*A*	**26**	*B*	**41**	*B*	**56**	*C*
12	*B*	**27**	*D*	**42**	*B*	**57**	*B*
13	*D*	**28**	*B*	**43**	*C*	**58**	*B*
14	*A*	**29**	*C*	**44**	*A*	**59**	*B*
15	*B*	**30**	*D*	**45**	*C*	**60**	*B*

ПРАКТИЧНІ КЕЙСИ

1. «Зірковий хірург».

Ситуація. У хірургічному відділенні працює висококласний спеціаліст, який приносить лікарні дохід і славу. Проте він систематично порушує трудову дисципліну (запізнюється), ігнорує наради та грубо поводиться з молодшим медперсоналом. Завідувач відділенням намагався говорити з ним, але отримав відповідь: «Я роблю план, решта вас не обходить». Колектив розділився: медсестри скаржаться, молоді лікарі наслідують його зухвалу поведінку.

Завдання:

1. Визначте тип влади, якою володіє цей хірург.
2. Який тип неформального лідерства він демонструє?
3. Запропонуйте алгоритм дій завідувача відділенням.

Рекомендація до рішення. Хірург має *експертну* та *еталонну* владу. Він є *негативним неформальним лідером (тип «керівник»)*. Завідувачу не можна використовувати прямий примус (хірург звільниться). Потрібно застосувати тактику «обмеження рамок»: визнати його професійність, але чітко окреслити корпоративні правила, які є єдиними для всіх. Можливо, варто дати йому окремий статус (наставник), що накладе додаткову відповідальність, або перевести конфлікт у площину «Ви – приклад для молоді, чому ви вчите їх запізнюватися?».

2. «Конфлікт змін».

Ситуація. Старша медсестра реанімації скаржиться, що денна зміна постійно конфліктує з нічною. «Нічні» звинувачують «денних» у тому, що ті залишають брудні маніпуляційні, а «денні» стверджують, що «нічні» сплять і не заповнюють документацію. Конфлікт переріс у відкриті сварки при пацієнтах.

Завдання:

1. Визначте тип конфлікту.

2. Оберіть оптимальний стиль вирішення проблеми.

Рекомендація до рішення. Це *міжгруповий конфлікт*. Стиль «згладжування» тут не допоможе. Потрібен стиль *Вирішення проблеми*: провести спільні збори, розробити чіткий чек-лист передачі зміни (під підпис), запровадити перехресний контроль або ротацію кадрів між змінами, щоб зруйнувати групову кругову поруку.

3. «Опір інноваціям».

Ситуація. У поліклініці впроваджується нова медична інформаційна система (МІС). Молоді лікарі швидко опанували програму, але група лікарів передпенсійного віку (досвідчені клініцисти) саботує процес. Вони стверджують, що «комп'ютер забирає час від пацієнта», пишуть скарги на «незручний інтерфейс» і продовжують вести паперові записи, вимагаючи від медсестер вносити дані за них. Це створює подвійне навантаження на середній персонал і конфлікти між «старою» та «новою» гвардією.

Завдання:

1. Визначте психологічні причини опору.

2. Запропонуйте стратегію дій для головного лікаря.

Рекомендація до рішення. Причина опору – страх некомпетентності та втрати статусу (експертна влада лікаря падає, якщо він не вміє користуватися інструментом).

Стратегія:

1. Уникнути тиску та покарань на першому етапі.

2. Застосувати **наставництво навпаки**: закріпити молодих лікарів або ІТ-фахівців за старшими колегами для індивідуального навчання.

3. Публічно визнати цінність клінічного досвіду старших лікарів, підкресливши, що МІС – це лише інструмент, а не заміна лікаря.

4. Створити «групи підтримки», де можна ставити «дурні» питання без осуду.

4. «Синдром вигорання».

Ситуація. Завідувач терапевтичного відділення помітив зміни у поведінці доктора Н. Раніше це був чуйний, уважний фахівець. Останні два місяці Н. поводиться цинічно, називає пацієнтів «конвеєром», грубить родичам, допускає дрібні помилки в призначеннях. На зауваження реагує агресивно: «Я не залізний, вас багато, а я один». Вдома у лікаря все спокійно, фінансових проблем немає.

Завдання:

1. Поставте «психологічний діагноз» стану лікаря.

2. Які управлінські рішення має прийняти керівник?

Рекомендація до рішення. Діагноз: **Професійне вигорання (фаза виснаження / деперсоналізації).**

Дії керівника:

1. Ізолювати лікаря від пацієнтів на короткий час (відпустка, курси підвищення кваліфікації або переведення на паперову / статистичну роботу).

2. Провести довірливу бесіду (активне слухання) без звинувачень.

3. Проаналізувати навантаження лікаря (можливо, воно надмірне).

4. Запропонувати професійну психологічну допомогу. Карати в цьому стані неефективно і небезпечно.

5. «Авторитарний спадок».

Ситуація. Молодого керівника призначили завідувачем відділення після виходу на пенсію попереднього начальника, який керував 20 років у жорсткому авторитарному стилі. На першій нараді новий керівник спробував застосувати демократичний стиль: запропонував колективу обговорити графік відпусток та внести пропозиції щодо оптимізації роботи. У відповідь – тиша. Співробітники бояться висловлюватися, чекають прямих вказівок і шепочуться, що «новий начальник слабкий і не знає, що робити».

Завдання:

1. Чому демократичний стиль не спрацював?

2. Як трансформувати стиль керівництва?

Рекомендація до рішення. Причина: **Ефект «вивченої безпорадності»** та інерція колективу. Люди звикли, що ініціатива карається. Різка зміна стилю сприймається як слабкість або пастка.

Рішення. Не можна переходити до демократії миттєво. Потрібен перехідний етап. Керівник має спочатку чітко ставити завдання та контролювати їх (елементи авторитаризму), поступово делегуючи дрібні повноваження. Заохочувати (хвалити) навіть за мінімальну ініціативу. Створити «скриньку анонімних пропозицій», щоб зняти страх публічного виступу.

6. «Зіпсований телефон» (Інформаційний вакуум).

Ситуація. У лікарні ходять чутки про можливе об'єднання відділень та скорочення штату у зв'язку з реформою НСЗУ. Офіційної інформації від адміністрації немає. У колективі зростає тривожність, продуктивність падає, найкращі медсестри почали шукати нову роботу. З'явився неформальний «лідер-комунікатор», який поширює панічні (часто неправдиві) плітки в Viber-чаті відділення.

Завдання:

1. Опишіть помилку комунікації керівництва.

2. Як зупинити паніку?

Рекомендація до рішення. Помилка: **Інформаційний вакуум**. Якщо керівник мовчить, порожнечу заповнюють чутки.

Дії:

1. Негайно провести загальні збори колективу.

2. Сказати правду, навіть якщо вона неприємна (принцип «чесності»). Якщо рішення ще не прийнято – так і сказати: «Ми ведемо переговори, скорочень поки не планується, остаточне рішення буде такого-то числа».

3. Нейтралізувати «лідера-комунікатора» фактами, а не заборонами.

4. Налагодити регулярне інформування (щотижнева розсилка або п'яти-хвилинка).

7. «Етична дилема».

Ситуація. Лікар-інтерн став свідком того, як досвідчений лікар (його наставник) припустився лікарської помилки. Помилка не призвела до фатальних наслідків, але пацієнту знадобилося додаткове лікування. Наставник попросив інтерна «не виносити сміття з хати» і не відображати цей факт у медичній карті, натякаючи, що від цього залежить характеристика інтерна.

Завдання:

1. Проаналізуйте ситуацію з точки зору деонтології та психології.

2. Як повинен діяти менеджер (начмед), якщо дізнається про це?

Рекомендація до рішення. Тут конфлікт між **корпоративною солідарністю** та **інтересами пацієнта**. Згідно з медичною етикою, безпека пацієнта пріоритетна. Наставник зловживає владою примусу.

Дії начмеда:

1. Провести розслідування інциденту без присутності інтерна (захистити свідка).

2. Покарати наставника не стільки за помилку (помиляються всі), скільки за спробу приховати її та тиск на підлеглого. Це руйнує культуру безпеки в лікарні.

3. Пояснити колективу: «Ми караємо не за помилки, а за їх приховування».

8. «Незамінний тиран».

Ситуація. Старша медсестра хірургії – блискучий організатор, ідеально веде документацію, у відділенні стерильна чистота. Однак вона створила нестерпну психологічну атмосферу: принижує молодих медсестер, кричить на санітарок, створює інтриги. Плинність кадрів молодшого персоналу – 60 % на рік. Завідувач відділення боїться її звільнити, бо «все розвалиться».

Завдання:

1. Оцініть ефективність такого менеджера в довгостроковій перспективі.

2. Яку бесіду має провести завідувач?

Рекомендація до рішення. В короткостроковій перспективі вона ефективна, в довгостроковій – **руйнівна** (витрати на пошук і навчання нових кадрів, репутаційні втрати).

Дії завідувача. Застосувати жорстку розмову: «Я ціную ваш професіоналізм (експертна влада), але не потерплю хамства (деонтологія)». Поставити ультиматум: або зміна стилю спілкування, або звільнення. Міф про незамінність

зазвичай перебільшений. Звільнення токсичного лідера часто оздоровлює колектив і підвищує загальну продуктивність, навіть якщо спочатку буде важко.

9. «Конфлікт поколінь та амбіцій».

Ситуація. У відділення прийшов молодий, амбітний лікар, який стажувався за кордоном. Він пропонує нові протоколи лікування. Старі лікарі сприймають це як особисту образу («Ми лікували так 30 років, і всі живі»). Починається міжособистісний конфлікт: молодого ігнорують, не кличуть на консиліуми, висміюють його пропозиції. Молодий фахівець відповідає зарозумілістю, називаючи колег «динозаврами».

Завдання:

1. Визначте тип конфлікту та роль керівника в ньому.

2. Як інтегрувати інновації та зберегти мир?

Рекомендація до рішення. Конфлікт цінностей та боротьба за статус. Керівник має виступити **медіатором**.

Стратегія:

1. Дати молодому лікарю «зону відповідальності» (наприклад, вести складних пацієнтів за новими протоколами під наглядом керівника), щоб він довів ефективність справою, а не словами.

2. Заборонити перехід на особистості (етикет).

3. Організувати внутрішню конференцію, де молодий лікар зробить доповідь, але з акцентом на повагу до досвіду попередників («Спираючись на ваш досвід, наука пішла далі...»).

10. «Проблема делегування».

Ситуація. Заступник головного лікаря з медичної частини (начмед) працює по 12 год на добу, виглядає виснаженим. Він особисто перевіряє всі історії хвороб, складає графіки чергувань, сам домовляється про ремонт апаратури. При цьому у нього є три помічники, які сидять без діла або виконують лише кур'єрські доручення («принеси каву»). Начмед скаржиться: «Хочеш зробити добре – зроби сам».

Завдання:

1. Яка управлінська навичка відсутня у керівника?

2. Які наслідки це матиме?

Рекомендація до рішення. Відсутність навички **делегування повноважень.** Психологічна причина – недовіра до підлеглих та перфекціонізм.

Наслідки. Швидке вигорання керівника, демотивація підлеглих (вони не розвиваються), зупинка стратегічного розвитку лікарні (керівник загруз у «текучці»).

Рішення. Керівник мусить зрозуміти: його завдання – керувати процесами, а не виконувати їх. Необхідно передати рутинні функції помічникам, навіть якщо спочатку вони робитимуть це гірше (на 80 % якості). Час, що звільнився, витратити на контроль та стратегію.

Список рекомендованих джерел

1. World Health Organization. Management and Leadership in Health Systems : handbook. Geneva : WHO Press, 2022. 198 p.

2. Бандурка О. М., Бочарова С. П. Психологія управління : підручник. Харків : Право, 2021. 384 с.

3. Борщ В. І. Психологія менеджменту в охороні здоров'я : навч. посіб. Одеса : ОНМедУ, 2023. 180 с.

4. Гейко Є. В., Горська Г. О. Психологічні засади управління персоналом : навч. посіб. Ужгород : Вид-во УжНУ, 2021. 210 с.

5. Дуткевич Т. В. Психологія управління закладом освіти та охорони здоров'я : навч. посіб. Кам'янець-Подільський : Абетка, 2023. 240 с.

6. Карамушка Л. М. Психологія управління персоналом організацій охорони здоров'я : навч. посіб. Київ : Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2023. 312 с.

7. Карамушка Л. М., Терещенко К. В. Психологічні основи управлінської діяльності керівника : підручник. Київ : Логос, 2022. 356 с.

8. Креденцер О. В. Психологія професійного здоров'я керівника : навч. посіб. Київ : Освіта України, 2022. 278 с.

9. Креденцер О. В., Снігур Ю. С. Організаційна психологія в системі охорони здоров'я : навч. посіб. Київ : НУОЗ України ім. П. Л. Шупика, 2024. 268 с.

10. Кремень В. Г., Ільїн Є. П. Психологія лідерства та управління : підручник. Київ : Освіта, 2022. 304 с.

11. Мельничук Т. І. Психологія управління в кризових умовах : навч. посіб. Львів : Новий Світ-2000, 2024. 240 с.

12. Плахтій П. Д. Психологічні основи управління організацією : навч. посіб. Тернопіль : ТНПУ, 2022. 214 с.

13. Савченко О. Я. Менеджмент у сфері охорони здоров'я : підручник. Київ : Медицина, 2023. 402 с.

14. Титаренко Т. М. Психологія життєстійкості та управління в умовах невизначеності : навч. посіб. Київ : Міленіум, 2023. 296 с.

15. Шевченко В. Ю. Психологія лідерства в медичних організаціях : навч. посіб. Київ : Медицина, 2024. 244 с.

Навчальне видання

Сердюк Олександр Іванович
Просоленко Наталія Василівна
Крупеня Володимир Ілліч
Парфьонова Ірина Іванівна
Голованова Ганна Євгеніївна

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ МЕНЕДЖМЕНТУ

Навчальний посібник
для самостійної роботи слухачів циклу спеціалізації
«Організація та управління в охороні здоров'я»

Відповідальний за випуск В. І. Крупеня



Редактор Е. Є. Депрінда
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А4. Ум. друк. арк. 8,5. Зам. № 26-14.

Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com, vid.redact@knmu.edu.ua

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.