

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет права, публічного управління та  
національної безпеки  
Кафедра економічної теорії, інтелектуальної  
власності та публічного управління

Кваліфікаційна робота  
на правах рукопису

**ПЕРЧИК ГАЛИНА БОГДАНІВНА**  
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

УДК 61:351  
(індекс)

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

**ФЕНОМЕН ЛІДЕРСТВА В СИСТЕМІ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ НА  
ПРИКЛАДІ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**  
(тема роботи)

281 «Публічне управління та адміністрування»  
(шифр і назва спеціальності)

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр  
кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання  
ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне  
джерело

Г. Б. ПЕРЧИК  
(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи:  
**ХОДАКІВСЬКИЙ Євгеній Іванович**  
(прізвище, ім'я, по батькові)

доктор економічних наук, професор  
Заслужений діяч науки та техніки України  
(науковий ступінь, вчене звання)

Житомир – 2023

**Висновок кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління**

за результатами попереднього захисту: **ПЕРЧИК Галина Богданівна**  
допущена до захисту

Протокол засідання кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління № \_\_\_\_ від « \_\_\_\_ » січня 2023 р.

Завідувач кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління

к.е.н., професор  
(науковий ступінь, вчене звання)

\_\_\_\_\_ (підпис)

Якобчук В.П.  
(прізвище ,ім'я, по батькові)

« \_\_\_\_ » січня 2023 р.

### **Результати захисту кваліфікаційної роботи**

Здобувач вищої освіти ПЕРЧИК Галина Богданівна захистила  
(прізвище ,ім'я, по батькові)

кваліфікаційну роботу з оцінкою:

сума балів за 100-бальною шкалою \_\_\_\_\_

за шкалою ECTS \_\_\_\_\_

за національною шкалою \_\_\_\_\_

Секретар ЕК \_\_\_\_\_  
(науковий ступінь, вчене звання)

\_\_\_\_\_ (підпис)

Пугачова Н.С.  
(прізвище ,ім'я, по батькові)

## АНОТАЦІЯ

ПЕРЧИК Г. Б. *Феномен лідерства в системі публічного управління на прикладі сфери охорони здоров'я.* – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 281 – публічне управління та адміністрування. – Поліський національний університет, Житомир, 2023.

У роботі розглядаються теоретичні аспекти феномену лідерства в системі публічного управління. Здійснено аналіз існуючих теоретичних підходів до феномену лідерства, узагальнено результати досліджень проблеми лідерства у державному секторі. Окреслено потенціал лідерства в системі охорони здоров'я в умовах її реформування. Запропоновано напрями удосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я в умовах децентралізації. На основі результатів проведеного дослідження розроблено рекомендації для керівників різних ланок щодо реалізації ефективного лідерства в закладах системи охорони здоров'я.

*Ключові слова:* система охорони здоров'я, лідерство, лідерський потенціал, державне лідерство, заклади системи охорони здоров'я, первинна медико-санітарна допомога, децентралізація, державна політика.

## SUMMARY

PERCHYK H. *The phenomenon of leadership in the system of public administration on the example of the sphere of health care.* – Qualifying scientific work on manuscript rights.

Qualification work for obtaining a master's degree in specialty 281 - public management and administration. – Polis National University, Zhytomyr, 2023.

The paper examines the theoretical aspects of the phenomenon of leadership in the system of public administration. An analysis of existing theoretical approaches to the phenomenon of leadership was carried out, the results of research into the problem of leadership in the public sector were summarized. The potential of leadership in the health care system under the conditions of its reform is outlined. Directions for improving state policy in the field of health care in conditions of decentralization are proposed. Based on the results of the research, recommendations were developed for managers of various departments regarding the implementation of effective leadership in health care institutions.

*Key words:* health care system, leadership, leadership potential, state leadership, health care system institutions, primary health care, decentralization, state policy.

## ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФЕНОМЕНУ ЛІДЕРСТВА В СИСТЕМІ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ	6
1.1. Феномен лідерства у світлі різних теоретичних підходів	6
1.2. Лідерство в системі публічного управління	8
РОЗДІЛ 2. ПОТЕНЦІАЛ ЛІДЕРСТВА В СИСТЕМІ УПРАВЛІННЯ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	14
2.1. Специфіка управління закладами охорони здоров'я первинної ланки	14
2.2. Лідерство в системі управління закладами охорони здоров'я	16
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ТРАНСФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ В УМОВАХ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ	26
3.1. Перспективи впровадження технології лідерства в процес управління закладами охорони здоров'я	26
3.2. Рекомендації щодо реалізації ефективного лідерства в управлінні закладів системи охорони здоров'я	29
ВИСНОВКИ	34
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	37
ДОДАТКИ	42

## ВСТУП

*Актуальність теми дослідження.* Система охорони здоров'я є важливою складовою функціонування держави. Саме від того наскільки ефективно організовується медичне забезпечення громадян залежить і демографічний, і економічний, і психологічний, і безпековий показники розвитку країни.

Впродовж останнього десятиліття Україна знаходиться в активній фазі процесу реформування системи охорони здоров'я. Трансформаційних впливів зазнають усі елементи системи: нормативно-правовий, фінансовий, матеріально-технічний, адміністративно-управлінський, трудовий тощо. Але не дивлячись, що усі реформи реалізуються за єдиною схемою по всій країні, можемо спостерігати різний рівень ефективності їх впровадження. Така ситуація дещо зміщує акценти із нормативно-регуляторних на особистісно-адміністративні. Адже будь-які реформи реалізуються на місцях конкретними людьми. У цьому контексті особливого значення набуває дослідження умов реалізації ефективного лідерства, як особливого набору дій і взаємодій людей, які наділені певною владою в межах займаних посад.

*Метою кваліфікаційної роботи* є дослідження природи державного лідерства у сфері охорони здоров'я та розробка практичних рекомендацій щодо підвищення ефективності державного управління у сфері надання медичних послуг на первинному рівні.

Для досягнення мети визначені наступні *завдання кваліфікаційної роботи*:

- здійснити теоретико-методологічний аналіз понять «лідерство», «державне лідерство»;
- визначити чинники ефективного лідерства в системі державного управління;
- проаналізувати національну та світову практику використання лідерського потенціалу для підвищення ефективності надання медичних послуг на первинному рівні;

- розробити рекомендації щодо впровадження ефективного лідерства в процес управління наданням медичних послуг.

*Об'єктом дослідження* є процес ефективного державного управління.

*Предметом дослідження* є теоретико-методологічні, методичні та прикладні засади державного лідерства у сфері надання медичних послуг.

*Методологічною основою дослідження* стали загальнонаукові методи і прийоми пізнання. Дослідження проблеми ефективного державного лідерства у сфері надання медичних послуг здійснювалося на основі *системного підходу*. Визначення сутності та природи основних дефініцій дослідження «лідерство», «державне лідерство» відбувалося із застосуванням *феноменологічного методу*. Ретроспективний аналіз підходів до вивчення феномену лідерства в системі державного управління стало можливим завдяки застосуванню *історичного методу*. Для побудови рекомендацій щодо впровадження державного лідерства в процес надання медичних послуг використовувався *синергетичний підхід*.

*Елемент наукової новизни* кваліфікаційної роботи полягає у розробці рекомендацій щодо реалізації процесу ефективного державного лідерства в практику управління системою охорони здоров'я первинної ланки.

*Апробація*. Основні результати дослідження обговорювалися на науково-практичних конференціях, які проводилися на базі Поліського національного університету та висвітлені в 3-х публікаціях.

*Структура та обсяг роботи*. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел з 43 найменувань. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи складає 36 сторінок.

## РОЗДІЛ 1.

### ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФЕНОМЕНУ ЛІДЕРСТВА В СИСТЕМІ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ

#### 1.1. Феномен лідерства у світлі різних теоретичних підходів

Усі науки, сфера яких є дотичною до функціонування особистості в соціальному середовищі, так чи інакше намагаються дослідити процеси, які дозволяють індивідам і членам групи впливати один на одного та розвивати спільні норми та цінності. Не дивлячись під яким кутом відбувається вивчення даних явищ, завжди так чи інакше в фокусі дослідження опиняється феномен лідерства. З моменту відкриття процесу групової динаміки, починаючи з праць Курта Левіна та інших [22], лідерство почало розглядатися в контексті внутрішньо-групового впливу, а лідер(и) - як особа, роль або підгрупа, яка здійснює більший вплив на групу, ніж інші. Дослідження лідерства у фокусі його взаємозв'язку із впливом дозволило виявити такі феномени як групова поляризація, вплив меншості, поведінка натовпу, конформізм, переконання, влада тощо. Кожен із них відкриває нові перспективи для розуміння та реалізації успішного управління.

Більш описові дослідження розглядають лідерів як членів групи, які: мають більший вплив, ніж інші; як правило, вважаються більш надійними, престижними, цінними, надійними та справедливими; відіграють найважливішу роль у групі з точки зору досягнення її цілей, утримуючи групу разом у соціальному та емоційному плані, а також надихаючи та мотивуючи членів працювати над колективним баченням, яке базується на спільній ідентичності, і жити відповідно до нього [31]. Однак ключовим в них є прагнення зрозуміти причинно-наслідкові процеси, які породжують такі результати та судження, віднайти умови ефективного лідерства.

У світлі особистісно-орієнтований підходу лідерство розглядається як відображення особистісних якостей людей: рис характеру, поведінки тощо.

Мається на увазі, що певні люди, які відносно стабільно відрізняються від інших за своїми особистісними якостями в різних ситуаціях і періодах часу, стають лідерами незалежно від групи чи обставин. У певному сенсі лідерство керується людиною, переходячи від людини до групи. Якщо хтось не має такого набору якостей, то він ніколи не стане лідером, а якщо ж має, то може нав'язувати свою думку іншим [40].

Прихильники контингентної теорії також припускають, що лідери мають певні види якостей, але вважають, що ці якості призведуть до фактичного чи ефективного лідерства лише в певних ситуаціях [39]. Водночас такий підхід не враховує динаміки лідерства: коли, скажімо, цінності, правила, цілі групи змінюються, а особистісні якості лідера лишаються здебільшого статичними.

У післявоєнні десятиліття дослідження лідерства зосередилася на груповій динаміці та зміні ставлення. Виник консенсус (досі ортодоксальний у підручниках) щодо процесів соціального впливу та переконання. У цих формулюваннях було припущено, що конформність та/або переконання групи є функцією різних видів залежності від групи (щодо схвалення, винагороди, уникнення відмови, інформації, зменшення невизначеності) для задоволення різноманітних особистих потреб. Лідери неявно розумілися як ті, від кого залежали інші, оскільки вони забезпечували або могли забезпечувати винагороди. Поступово лідерство стало розглядатися як форма соціального обміну, в якому в обмін на винагороду, надану лідерами, члени групи погоджувалися слідувати за лідерами, тим самим виявляючи повагу, слухняність і захоплення [4]. Цей взаємообмін більшою мірою зосереджувався на процесі лідерства, ніж на особливостях лідера, але все ж повертався до особистісно-орієнтованого погляду, оскільки він мав на увазі процес, у якому вплив витікає з конкретних здібностей та особистості лідера, що робить його чи її відносно менш залежним від групи, ніж навпаки.

Однією з реакцій на неправдоподібність уявлення про те, що люди йдуть за лідерами на основі ретельного прорахунку особистих інтересів, було виокремлення в окрему категорію так званого харизматичного або



трансформаційного лідерства [18]. Такий вид лідерства може виникнути лише в тому випадку, якщо лідер є здатним породити відчуття спільної мети, звертаючись до вищих ідеалів і цінностей, підкреслити важливість даної групи та виявляти турботу про її членів.

Теорія самокатегоризації, яка спирається на ідеї теорії соціальної ідентичності [41], розглядає феномен лідерства через призму ідентичності. За даною теорією люди можуть визначити себе як окремих індивідів («я» і «я») і як членів групи («ми»). Особиста ідентичність або особисте Я використовується для опису ситуацій, коли люди сприймають себе як таких, що відрізняються від інших, а соціальна ідентичність або соціальне Я відноситься до знання індивіда про приналежність до певної групи, яка має певне психологічне значення для цього індивіда. Таким чином, у рамках цього підходу термін «група» не стосується демографічних, соціологічних або рольових груп, але чітко ґрунтується на відчутті приналежності її членів. У цьому випадку лідерська позиція належить тільки тій особистості, яка більшою мірою гарантує ефективне функціонування даної спільноти.

## **1.2. Лідерство в системі публічного управління**

Дослідження проблем державного сектору за останні кілька десятиріч років, і особливо в сфері модернізації та адміністрування системи державного управління, продемонстрували недостатню увагу до феномену лідерства у поясненні успіхів та невдач реалізації реформ. Багато уваги приділяється лідерству в дослідженнях з менеджменту, але в поясненнях змін ця змінна не була адекватно конспірована.

Однією з причин відносного нівелювання лідерства, як ключового чинника реалізації змін, є відсутність теорій суспільного лідерства на рівні територіальних громад, які є достатньо чутливими до суспільних цінностей і адаптованими до різних суспільних середовищ, щоб бути прийнятими

науковцями, які вивчають державний сектор як інструмент, що пояснює реальність. Потрібні тверді теорії, які мають емпірично перевірену пояснювальну цінність, внутрішню та зовнішню узгодженість і володіють прогностичною здатністю і точністю [14].

Більшість теорій і концепцій лідерства є загальними та не пройшли адекватної перевірки їх функціонування в публічному контексті [44]. Як наслідок, ідея про те, що про лідерство можна взагалі розглядати у якості чинника ефективного адміністрування у державному секторі і претендувати на бодай яку публічність у даній сфері видається щонайменше сумнівною. Ще більш помилковим було б дослідження лідерства без чіткого розмежування його особливостей в державному і приватному секторах.

Пояснення змін та наступності в державному секторі концентрувалися довкола двох теоретичних підходів: системного та інституційного. Урядові зміни стали наслідком системних змін, тобто адаптації політичної підсистеми до таких змін середовища, як економічна глобалізація, зростаюча комплексність, взаємозалежність і різноманітність [19]. Специфічні зміни і клопітка спадкоємність деяких неефективних державних адміністрацій пояснюються в межах так званих внутріінституційних змін: історичних, організаційних, соціологічних і т.д. Внаслідок цього питання ефективності управління, як джерела пояснення змін у державному секторі, тривалий час залишалося недооціненим, а тому і знехтуваним. Ще однією причиною такого стану речей є підхід, за яким бюрократія керується могутніми силами, які перебувають під контролем адміністративних лідерів. Наприклад, у сучасних дослідженнях публічного управління досить рідко розглядається «фактор лідерства» при вивченні успішного чи невдалого досвіду реформування, скажімо, системи охорони здоров'я. Головним чином, як правило, увага звертається на такі чинники, як фінансові ресурси, економічна вигода, готовність системи, людський капітал тощо. Є, звісно, винятки. Наприклад, Ван Варт вивчаючи феномен лідерства у державному секторі наголошував, що «лідерство з боку державних управлінців необхідне, тому що без керівництва

громадські організації ніколи не мобілізуються для виконання своїх статутних цілей» [37]. Водночас лідерство в системі публічного управління слід розглядати в контексті політичної системи, а не тільки в рамках концептуально-когнітивними стратегій управлінської діяльності.

Сучасна наукова література містить досить обширний спектр досліджень феномену лідерства, суттєва частка яких знаходиться в площині менеджменту. В кінці в 90-х років минулого століття в зарубіжній літературі почали з'являтися наукові публікації з проблем державного менеджменту [8; 15; 25]. Українські дослідження феномену лідерства в системі державного управління з'явилися дещо пізніше [14; 28; 34].

Перші пояснення змін і безперервності в державному секторі організовуються навколо двох типів теорій: системної та інституційної. Зміни уряду розглядалися як наслідок системних змін, тобто адаптації політичної підсистеми до змін навколишнього середовища, таких як економічна глобалізація, а також зростання складності, взаємозалежності та різноманітності. Особливі характеристики змін і проблемну безперервність деяких неефективних органів державного управління пояснювалися низкою інституційних теорій: історичної, організаційної, соціологічної тощо. Примітним є факт, що усі вони лідерством, як джерелом пояснення змін у державному секторі, досить часто нехтували. Причиною такої прогалини є ідея про те, що бюрократією керують потужні сили, які знаходяться поза контролем адміністративних лідерів. Наприклад, при аналізі тогочасних досліджень публічного менеджменту важко знайти «фактор лідерства» як пояснення успіху чи невдачі в секторі державного управління.

На початку 2000-х років почали фіксуватися помітні зрушення у даному напрямку і все частіше у наукових публікаціях почала звучати теза, що лідерство в державному секторі є дуже важливим для пояснення змін і спадкоємності. Зрештою, від початку нового тисячоліття з'явилися тисячі книг і статей про лідерство.

Їх систематизація приведена у праці ван Варта [37, с. 218], де автор виділяє шість існуючих теорій:

1. Теорія великої людини Френсіса Гальтона. У цій теорії обґрунтовувалася ідея лідерства як наслідку вродженого особливого складу характеру або специфічної комбінації індивідуальних якостей, якими володіють лише надзвичайно талановиті особистості, чії рішення іноді здатні радикально змінити шлях історії (Galton, 1869). У якості підтвердження даних ідей можуть часто наводитися постаті Авраама Лінкольна, Олександра Македонського, Махатми Ганді тощо. Разом з тим емпіричного доведення даної теорії досі не існує.

2. Теорія рис. Дана теорія виникла як наслідок попередньої. Її сутність репрезентується в умовиводі, що якщо лідером стає людина з певним набором рис, то ці риси можна виокремити і розвинути. Тобто в даній теорії не лише вказується на важливість індивідуальних рис (фізичних, мотиваційних, особистісних) але і відводиться окрема роль можливості цілеспрямованого розвитку даних рис або виробленню певного типу поведінки шляхом її наслідування внаслідок спостереження за авторитетним лідером. Вона дуже схожа на попередню теорію, але на неї вплинули методологічні засади, наприклад, МакКлелланда (теорія внутрішньої «владної мотивації», яка має великий вплив на компетентнісний підхід до управління людськими ресурсами), дослідження Заккаро (зокрема ідея про те, що лідерські риси — це «відносно узгоджені та інтегровані моделі особистих характеристик, що відображають ряд індивідуальних відмінностей, які сприяють незмінній ефективності лідерства в різних групах і організаціях» ) тощо.

3. Ситуаційна теорія. В даній теорії наголошувалося на ситуаційних змінних, з якими повинні мати справу лідери, критикуючи ідею універсального набору рис для реалізації ефективного лідерства. Саме тому на перший план виходить ефективна лідерська поведінка. Над пошуком ефективних поведінкових стратегій лідера працювали, наприклад, дослідники в штаті Огайо. Університет штату провів опитування тисяч співробітників для

виявлення успішних стилів поведінки. Вони визначили дві основні стратегії лідерської поведінки: увага (або турбота про благополуччя підлеглих) та ініціатива (турбота про досягнення цілей).

Загалом теорія розглядає лідерство в контексті конкретної ситуації, а не конкретного типу особистості, але в її основі знаходиться ідея, що різні обставини вимагають різних форм лідерства.

4. Трансформаційна теорія. В теорії наголошується на ідеї, що лідери повинні мати переконливе бачення та мають бути ініціаторами змін в організації (Бенніс і Нанус, 2001; Коттер, 1988, Басс, 1990). Деякі з авторів, однак, захищають нове харизматичне лідерство з такими поведінками, як

- а) артикуляція майбутнього бачення;
- б) зміцнення довіри та відданість баченню;
- с) створення емоційних проблем для послідовників.

Ці лідери також повинні мати такі особисті якості, як впевненість у собі, красномовство, висока енергія та рішучість, бажання змін і ризику.

Інші послідовники трансформаційної теорії (Петерс, Ватерман) наголошують на культурних змінах, як запоруки ефективного лідерства.

5. Теорія лідерства-служіння. Дана теорія наголошує на етичній відповідальності перед послідовниками (афективне лідерство: Ньюман та ін., 2009), зацікавленими сторонами та суспільством (Грінліф, 1977; Мак-Грегор Бернс, 1983).

6. Теорія багатопланового або цілісного лідерства. Дана теорія наголошує на важливості інтеграції основних шкіл, особливо трансакційної (риси та поведінка) і трансформаційної шкіл, а також на необхідності пошуку взаємозапіднення між ними (Bass, 1990).

Згідно з ван Вартом [37, с. 221], існує п'ять можливих визначень лідерства в адміністративному контексті:

1. адміністративне лідерство – це процес забезпечення результативності процесу ефективним, результативним і законним способом. (підтримано тими,

хто захищає сувору політичну відповідальність, наприклад, Terry, 1995, 1998; або Moe and Gilmour, 1995, та ін.);

2. адміністративне лідерство – це процес розвитку/підтримки послідовників, які забезпечують результати (підтримуються тими, хто захищає афективне лідерство, наприклад Ньюман та ін., 2009, та ін.);

3. адміністративне лідерство — це процес узгодження організації з її оточенням, особливо необхідні зміни на макрорівні, а також перебудова культури відповідно до потреб (підтримують ті, хто захищає підприємницьке лідерство, як-от Бен, 1998 або Коттер, 1988 , та ін.);

4. ключовим елементом адміністративного лідерства є його орієнтація на обслуговування або його етична місія (підтримуються тими, хто захищає етичне лідерство, зокрема Купер і Райт, 1992; Рікуччі, 1995, і Фредеріксон, 1997, та ін.);

5. Адміністративне керівництво – це сукупність забезпечення технічної продуктивності, внутрішнього керівництва послідовниками, зовнішнього організаційного керівництва – все з орієнтацією на державну службу.

Проаналізувавши основні підходи до лідерства в цілому та в секторі державного управління зокрема, приходимо до висновку, що в особистості сучасного лідера мають комбінуватися усі вищеперераховані підходи. Саме тому перспективи своїх подальших досліджень вбачаємо у побудові інтегративної моделі розвитку адміністративного лідерства на різних інституційних рівнях впродовж усього періоду професійного становлення державного службовця.

## РОЗДІЛ 2.

### ПОТЕНЦІАЛ ЛІДЕРСТВА В СИСТЕМІ УПРАВЛІННЯ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

#### **2.1. Специфіка управління закладами охорони здоров'я первинної ланки**

Публічне управління у сфері охорони здоров'я за своїм змістом ширше за поняття «державне управління у сфері охорони здоров'я», але вже поняття «соціальне управління» в силу того, що охоплює лише ту частину корпоративного управління медичними організаціями, яке в силу вимог закону має публічно-владний характер рамках так званого громадського аутсорсингу.

Одним із чи не найважливіших стратегічних завдань державного управління є забезпечення якісно високого рівня громадського здоров'я, що стає можливим лише за умови налагодження ефективної системи медичного обслуговування громадян [11]. Даний процес ґрунтується на виборі ефективної та доречної стратегії, застосуванні двостороннього діалогу між мешканцями громади та постачальниками медичних послуг, впровадженні у політику закладу охорони здоров'я принципів відкритості, відповідальності та підзвітності.

Первинна ланка системи надання медичних послуг охоплює три взаємодіючі та взаємопов'язані сторони: пацієнт (опікун або інші законні його представники), юридичні або фізичні особи, які надають відповідні медичні послуги та держава (державні та муніципальні органи влади) [32]. Законом України медична послуга (первинна послуга медичної допомоги) трактується як послуга, яка надається громадянам закладами охорони здоров'я або ліцензованою фізичною особою-підприємцем яка є лікарем загальної практики (сімейним лікарем, лікарем-педіатром, лікарем-терапевтом та іншим супроводжуваним його рішення медичним персоналом) [12]. Замовником медичних послуг може виступати держава, органи місцевого самоврядування,

юридичні та фізичні особи.

Зауважимо, що важливість ефективного управління системою охорони визначено не лише в межах здорового глузду або локальної державної політики, але й на міжнародному рівні та визначаються у якості основної мети для кожної країни ВООЗ. Зокрема Стратегією сталого розвитку людства до 2030 р серед офіційних затверджених цілей є добре здоров'я (Good Health) та гарне самопочуття (Well-Being) «забезпечення здоров'я та здорового способу життя для всіх та в будь-якому віці» [42]. Такий пріоритет актуалізує концентрацію зусиль багатьох країн довкола раннього попередження захворювань, зниження ризиків для здоров'я національного та глобального характеру, їх регулювання, тощо [33]. У цьому контексті забезпечення удосконалення системи надання медичних послуг здебільшого стосується саме первинної ланки.

На даний час в Україні медичні послуги на рівні первинної ланки надаються більше ніж 24 тисячами лікарів. Перелік первинних медичних послуг, які надаються за рахунок державного бюджету чітко визначений Порядком надання первинної медичної допомоги [43]. Даним переліком передбачено консультації з метою профілактики та контролю основних захворювань, основні діагностичні дослідження та аналізи, вакцинацію відповідно до календаря щеплень, інсулін, створення електронних рецептів (наприклад, за програмою на «Доступні ліки»), електронних направлень на проведення додаткових обстежень або консультацій вузькими спеціалістами тощо. Розроблено та вже введення в дію електронну систему eHealth, яка спрощує та робить безконтактним запис до лікаря у зручний для пацієнта час. Усі вищеперераховані заходи реалізовані задля покращення якості процесу надання медичних послуг але не виключають впливу людського фактору. Саме тому, не дивлячись на усі реформи та інновації в медичній сфері реалізовуватиме їх все одно людина. Саме від того, чи підтримує конкретний лікар дані трансформації, яких цінностей дотримується, який рівень кваліфікації має і буде залежати можливість досягнення тих усіх цілей, які



задекларовані українськими та міжнародними нормативно-правовими актами. Тому серед чинників, які забезпечують ефективність розвитку системи охорони здоров'я України в цілому та системи надання первинних медичних послуг зокрема вкрай важливе місце посідають саме управлінський та фаховий кадровий потенціал системи охорони здоров'я.

## **2.2. Лідерство в системі управління закладами охорони здоров'я**

Будь-які зміни вимагають лідера як у сфері державного управління та в організаціях, так і на рівні громадянського суспільства. Лідерство може виявлятися на найвищому рівні організації, а може виникати і «знизу», коли плани формуються у громадянському суспільстві та через ЗМІ [36]. У сфері охорони здоров'я під терміном політична воля часто розуміється здатність здійснювати зміни [3]. Цей термін поєднує багато аспектів: політична воля вимагає наявності достатньої сукупності політичних суб'єктів, які однаково розуміють суть проблеми, що стоїть на порядку денному державної політики, і дійсно бажають підтримати певне політичне рішення, яке визнається всіма потенційно ефективним. Сформуванню політичної волі буває непросто – зазвичай цього потрібен певний час, і цей процес впливають такі чинники зовнішнього контексту, як підтримка засобами масової інформації та позитивне ставлення до питання з боку суспільства. Виділяють три складові процесу формування порядку денного, які мають з'єднатися, щоб можна було здійснити зміни у сфері політики: проблема, політична діяльність та стратегії [31].

Лідерів можна назвати державними підприємцями: вони сприяють розумінню проблеми, формулюють її та виступають як провідні в процесі її вирішення. Сьогодні лідери – це не обов'язково окремі особи. Це можуть бути організації або рухи, які здатні впливати на владні структури та осіб, які залучені до законотворчого процесу й визначають політику розвитку галузі. У сфері охорони здоров'я існує чимало прикладів такого лідерства, наприклад,

через громадські рухи, такі як рухи за здоров'я жінок або боротьби з ВІЛ та СНІДом. Нові напрямки для лідерства відкривають технології. У міру виникнення нових форм участі лідерство набуває все більш консультативного та демократичного характеру. Моніторна демократія також багато в чому залежить від здорових етичних поглядів та прозорості щодо конфліктів інтересів з боку лідерів.

У ХХІ столітті уявлення про лідерство змінюється. Воно набуває рис «м'якої» та «жорсткої» влади [28]. Розгляд ефективного лідерства як вдалої комбінації цих двох видів влади дозволяє усунути елемент негативної конотації жодної з них, натомість акцентувавши увагу на перспективності їх балансування. Сьогодні лідери – це ті, чиї дії дозволяють щось здійснити: вони допомагають групі суб'єктів сформулювати спільні завдання та виконати їх. Це важливий атрибут стратегічного керівництва за участю широкого кола зацікавлених сторін, оскільки однією з найцінніших навичок лідера є здатність розширити значення слова «ми», щоб створити тим самим спільну мету [28]. Цей принцип лідерства повною мірою відображений у концепції розширення прав та можливостей щодо зміцнення здоров'я: вона означає надання людям можливості покращувати своє здоров'я та впливати на його детермінанти. Подібне лідерство називається «трансформаційним», і здатність змінити будь-що ґрунтується в ньому на завданнях, які служать вищій меті – у нашому випадку це покращення здоров'я та благополуччя населення як мета всього суспільства [22]. Такий тип лідерства можна порівняти з транзакційним лідерством, в основі якого лежать особисті інтереси, хоча ці дві концепції не можна вважати такими, що стоять абсолютно окремо [4]. Концепція трансформаційного лідерства у сфері охорони здоров'я та навколишнього середовища (а також у світі бізнесу, щоб не забути і про особисті інтереси, які необхідні для ведення бізнесу), ґрунтується на об'єднанні професійної спільноти довкола спільних цінностей.

Таке нове лідерство вимагає цілої низки навичок. Однією з найважливіших є «контекстуальне мислення», тобто здатність розпізнавати

тенденції в умовах складності адаптованості та використовувати ці тенденції для досягнення поставленої мети [17]. Ця навичка дозволяє лідеру підбирати тактику відповідно до поставлених цілей, а потім у мінливій обстановці виробляти розумні стратегії. Трансформаційні лідери вміють використовувати сприятливий збіг обставин, застосовуючи для здійснення змін комбінацію стратегій жорсткої та м'якої влади. У сфері охорони здоров'я ці навички необхідно зміцнювати, оскільки в даний час багато технічних експертів у сфері охорони здоров'я та медико-санітарної допомоги, а також керівники громадської охорони здоров'я не готові до сприйняття політичного характеру охорони здоров'я та вкрай політизованого контексту, в якому приймаються рішення щодо охорони здоров'я [3]. Нестача знань щодо політичних процесів і нестача політичної культури – це одне із слабких місць профільних міністерств багатьох організацій, в тому числі й тих, що діють у сфері охорони здоров'я. Саме тому посадовці різного рангу, які мають політичну далекоглядність, настільки необхідні для просування стратегічного керівництва в інтересах здоров'я.

Окрім безпосередньої участі керівника закладу охорони здоров'я у тих процесах, які знаходяться довкола установи, керівництво якою він здійснює, не менш важливими є внутріорганізаційні процеси. У контексті нашого дослідження ключовою в даному аспекті є та діяльність керівника, яка безпосередньо стосується роботи з людьми. В сучасній літературі знаходимо такий напрям діяльності керівника, як «управління людськими ресурсами» [3]. Даний термін з його численними модифікаціями та варіаціями має величезну кількість визначень, огляд яких міг би стати темою окремого дослідження. Не вдаючись до детального їх аналізу лише зазначимо, що у своїй роботі ми опиратимемось на визначення Майкла Армстронга, відповідно до якого управління людськими ресурсами є «стратегічним і послідовним підходом до управління найціннішими активами організації, тобто людьми, зайнятими в ній, які індивідуально і колективно працюють над досягненням цілей цієї організації» [35].

Якщо розглядати питання ефективності процесу управління людськими ресурсами, то однією з умов є диференційований підхід до його реалізації залежно від типу організації, сектора та галузі, форми власності, розміру, місця розташування та цілого ряду інших об'єктивних характеристик [28]. Однак залишається ключовим те, що суттю діяльності, яка здійснюється в цьому контексті — це об'єднання людей довкола спільної мети та їх особисте прагнення досягнути поставлених цілей. Зауважимо, що для державних закладів охорони здоров'я однозначне визначення мети їх функціонування є дуже складним завданням, оскільки дане питання потребує визначення цілей усієї медичної галузі. Така ситуація не є чимось локальним. В межах діяльності Всесвітньої організації охорони здоров'я представники чотирнадцяти країн (Англії, Чилі, Китаю, Чехії, Данії, Іспанії, Нідерландів, Індонезії, Німеччини, Словаччини, Швеції, Угорщини, Італії та США) утворили робочі групи, що складаються з експертів важливих для системи охорони здоров'я професій: лікарів, юристів, біоетиків, спеціалістів у сфері охорони здоров'я, для визначення основних цілей галузі [3]. Результатом багаторічної роботи став звіт (вперше опублікований в 1996 році), автори якого зійшлися на думці, що сучасна медицина повинна прагнути до досягнення чотирьох найважливіших цілей:

1.Збереження здоров'я. У доповіді відкинуто визначення здоров'я, сформульоване в 1947 році Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), згідно з яким здоров'я визначається як стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб або фізичних вад. Автори документу визнали це твердження не тільки нереальним, але навіть шкідливим. Досягти повного благополуччя в переважній більшості випадків неможливо, але такі формулювання сприяють розбудженню надмірних очікувань, медикалізації життя та збільшенню витрат на охорону здоров'я до рівня, який загрожує обвалом бюджету навіть найбагатшої країни. У обговорюваному звіті здоров'я було визначено – більш реалістично – як відсутність серйозних захворювань та пов'язану з цим здатність індивіда

функціонувати в обраному соціальному та робочому середовищі та здатність досягати передбачуваних життєвих цілей.

2. Полегшення болю та страждань, викликаних захворюваннями. Автори доповіді нагадують, що ця мета є одним із найдавніших обов'язків лікаря, і її можна знайти ще в працях античних авторів. У сучасній медицині цей обов'язок іноді ігнорується, хоча без сумніву має стати одним із пріоритетів.

3. Догляд за пацієнтами, яких неможливо вилікувати. Захоплення можливостями сучасної медицини не повинно закривати очі її представникам на те, що у деяких пацієнтів догляд має стати пріоритетом. Важливо пам'ятати, що «доглядати — це не просто співчуття та готовність поговорити з пацієнтом. Це також здатність грамотно говорити та слухати (тобто) знати типи соціальної підтримки, необхідні для допомоги пацієнтам та їхнім родинам упоратися з широким спектром немедичних проблем, які зазвичай супроводжують хворобу». Автори звіту приділяють багато місця реабілітації (яку в Україні так недооцінюють), визнаючи її формою медицини, яка знаходиться між лікуванням і доглядом. Вони підкреслюють, що завдання реабілітації, залежно від потреб конкретного пацієнта, надзвичайно різноманітні – від відновлення повноцінної працездатності до уповільнення дегенеративних процесів. Також в цьому останньому аспекті реабілітаційна діяльність повинна розглядатися як одне з важливих завдань медицини.

4. Забезпечення умов для гідної смерті. У звіті зазначалося, що сучасна медицина зробила смерть «не меншою, але більш складною проблемою». Тому варто повернутися до найпростіших цінностей і нагадати про характерні риси мирної смерті, відомі століттями, які Калланхан визначив в одній зі своїх попередніх праць так: а) під всебічним і всебічним піклуванням професійно підготовленого персоналу: лікарів, медсестер, психологів, волонтерів; б) без болю і страждань - це питання тісно пов'язане з постулатом, розглянутим у пункті 2; в) в оточенні близьких - без відчуття самотності, яке відчуває багато пацієнтів зі страхом, більшим, ніж сам факт закінчення життя.

Управління людськими ресурсами в державному закладі охорони здоров'я рамково має служити досягненню цілей, зазначених вище [16]. Це означає, що необхідно враховувати специфіку професійної діяльності працівників закладу. Серед найважливіших факторів, що формують ці особливі умови є [3]:

- постійний тягар відповідальності за життя і здоров'я інших людей;
- робота з екстремальними ситуаціями (страждання, смерть);
- дилеми прийняття рішень, пов'язані з процесом встановлення діагнозу та вибором терапевтичної процедури (у випадку лікарів);
- неможливість передбачити велику частину завдань у поєднанні з цілодобовою готовністю до їх виконання;
- низька толерантність до двозначності та помилок;
- накопичення завдань, що вимагають як високого ступеня самостійності, так і екстремально низький рівень командної роботи;
- труднощі з вимірюванням ефективності реалізованих заходів;
- подвійне (лікарське та адміністративне) підпорядкування значної частини працівників.

Чотири групи суб'єктів відіграють основну роль в управлінні людськими ресурсами: співробітники, менеджери різного рівня (виконують функції керівників), відділ кадрів і вище керівництво [29]. Спробуємо висвітлити найважливіші проблеми, пов'язані з кожним із перерахованих суб'єктів. Складність і трудомісткість діяльності у сфері управління людськими ресурсами в державних закладах охорони здоров'я значною мірою зумовлена тим, що в цих установах працюють представники багатьох професійних груп. Деякі науковці визначають прямого керівника як особистого лідера, природного союзника в розвитку професійної кар'єри працівника. Важко уявити більш важливе завдання керівника, ніж турбота про розвиток підлеглих. Ключовим тут є вибір правильного стилю керівництва. Відповідно до концепції ситуаційного лідерства Кена Бланчарда, цей стиль повинен бути скоригований відповідно до рівня компетенції, якою володіє співробітник. Відповідно до

образної термінології К. Бланшара можна виділити чотири стадії розвитку працівника [25]:

1. Ентузіаст новачок. На цьому етапі є співробітник, який тільки починає виконувати професійну діяльність. Йому бракує навичок, але він зазвичай сповнений ентузіазму та відданості. Найважливішим обов'язком керівника є надання підлеглому точних інструкцій щодо того, як діяти далі. Керівник повинен давати точні вказівки і контролювати функціонування співробітника в новій ролі, звертаючи особливу увагу на досягнуті ним результати. Навчання та демонстрація на конкретних прикладах того, як працюють досвідчені співробітники, і сприяння такій поведінці в умовах низького ризику є оптимальним способом поведінки по відношенню до новачка- ентузіаста.

2. Розчарований адепт. На цьому етапі у співробітника вже є певний досвід, пов'язаний з виконанням професійних завдань. Зазвичай вони виявляються складнішими та складнішими, ніж він думав спочатку. Почалося розчарування та знеохочення. У цій ситуації найбільш доцільною дією є консультивання – зосередження на діалозі та врахуванні пропозицій співробітника. Керівник повинен продовжувати давати вказівки та контролювати прогрес, але також важливо залучати підлеглого до прийняття рішень про те, як виконувати роботу. Ключове питання – формування самооцінки у співробітника – начальник повинен показати, що він вірить у можливості підлеглого.

3. Компетентний, але обережний практик. Це працівник, який вже добре виконує свої повсякденні обов'язки, його кваліфікація на високому рівні. Проблема в тому, що він сам не дуже в себе вірить. Його ставлення часто змінюється: одного дня він відчуває, що справляється з усіма завданнями, а наступного — серйозно сумнівається. Мудрий керівник знає, що на цьому етапі найбільш відповідним стилем управління є підтримка. Лідер повинен бути поруч, щоб підтримати співробітника, коли це необхідно. Але він повинен не давати йому прямі вказівки, а вміло, ставлячи запитання, підводити до вироблення працівником відповідної лінії дій у тій чи іншій ситуації.

4. Незалежний експерт. Якщо процес набуття компетенцій проходить правильно, працівник досягає найвищого рівня компетентності, що дозволяє його позиціонувати як експерта. Найбільш ефективним стилем керівництва в цьому випадку є делегування. Цей стиль дозволяє працівнику брати на себе відповідальність за свою роботу, тобто приймати рішення, що є результатом повсякденної діяльності, і вирішувати проблеми, що виникають. Робота лідера на цьому місці демонструючи впевненість в ефективності незалежно функціонуючого працівника та мотивуючи його, даючи йому свободу рук.

Фахівці з управління персоналом підкреслюють, що делегування завдань приносить багато переваг, серед яких варто відзначити [3]:

- зміцнення організаційної культури шляхом ставлення до працівників як до творчих, цілеспрямованих і відповідальних особистостей;
- створення партнерських відносин між начальством і підлеглими;
- надання можливості начальству залишити роль наглядача та судді, прийняти цю функцію

привітний консультант і порадник;

- формування у працівників почуття відповідальності за власний професійний розвиток. Класичні принципи управлінської поведінки, описані вище, повинні бути адаптовані до умов роботи лікарні. Це правда, що делегування є важливою управлінською функцією, але її слід використовувати дуже обережно в організаціях такого типу. Знайти золоту середину між підтримкою розвитку співробітників, підвищенням їх незалежності та забезпеченням повної безпеки кожного пацієнта є одним із головних завдань, з якими стикаються особи, які виконують обов'язки безпосереднього керівника в обговорюваній групі закладів.

Спосіб функціонування організації в першу чергу визначається рішеннями, прийнятими вищим керівництвом. Що б (цілком справедливо) не говорили про те, що культуру розвитку організації створюють усі співробітники, роль цієї групи людей залишається провідною.

Тадеуш Олексин серед ключових компетенцій, які повинні



характеризувати людей, які займають найвищі посади в організації, перераховує [35]:

- здатність ефективно формувати місію, бачення та стратегію організації;
  - здатність формувати оптимальні відносини між організацією та зовнішнім середовищем
- ним;
- уміння підбирати правильних людей на найважливіші посади в організації;
  - здатність до цілісного (комплексного) підходу до вирішення проблем;
  - вміння зосереджуватися на найважливіших питаннях;
  - ефективність у дії.

Наявність у керівника усіх вищеназаних характеристик є необхідною передумовою для реалізації ефективного лідерства. Саме тому підвищення ефективності функціонування організації зазвичай визначається як основний критерій оцінки діяльності керівників вищого рівня [28]. У випадку з директорами закладів охорони здоров'я така оцінка надзвичайно складна. Доведеться брати до уваги низку факторів, на які обговорювана група менеджерів або має невеликий вплив, або й зовсім не впливає. Наприклад, варто перерахувати такі фактори, як: потенціал даного закладу, види медичних послуг, які в ньому надаються, метод оцінки окремих груп медичних процедур, історичні та соціальні умови, що впливають на сприйняття закладу охорони здоров'я в очах місцевих жителів.

З точки зору керівництва закладом охорони здоров'я найбільшим викликом у сфері управління персоналом є раціоналізація зайнятості (як за кількістю працівників, так і за структурою їх посад). Однак досвід менеджерів, які взялися за це, не втішає. Мета, якій мають служити їхні дії, часто перестає бути, наприклад, під тиском службового лобі у найважливішому керівному органі та плавно замінюється метою збереження статус-кво. При цьому, однак, у разі недосягнення початкової мети є очевидні підстави для звільнення «невдалого» керівника. Таким чином, мета, яку поставив керівний орган і до

якої прагне керівник, через опір змінам всередині організації в якийсь момент може виявитися для керівника суб'єкта палкою з двома кінцями. У результаті керівник часто залишається абсолютно самотнім у своїй діяльності. Роками в охороні здоров'я побутує вислів, що директора легше звільнити («замінити»), ніж підсобного працівника.

Завданням вищого керівництва є прийняття рішень, що формують стратегію управління людськими ресурсами в організації [29]. Ця діяльність за своєю природою потребує довгострокової перспективи. Як підкреслює Т. Олексин, менеджер вищого рівня управління потребує глибоких знань організації, включаючи як історію, так і сучасний стан; необхідно знати людей, структуру, сильні та слабкі сторони організації, можливості та загрози [35]. Навряд чи можна вважати раціональним призначення іншого керівника закладу охорони здоров'я після кількох місяців виконання цієї функції попередником.

Державний заклад охорони здоров'я – це специфічна організація. Однак ця специфіка не може бути виправданням для некомпетентності в області менеджменту, а повинна бути поштовхом для розробки адекватних методів, процедур та інструментів. Шукаючи їх форму, важливо пам'ятати, що охорона здоров'я – це складна та різноманітна система, для покращення її функціонування не можна повністю покладатися на ринкові механізми. Система не здатна досягти економічної рівноваги [7]. Тому від простих рішень варто відмовитися – приймати рішення, які використовуються в бізнес-організаціях, не вийде. Підхід, заснований на тому, що амбулаторію називають медичним центром, пацієнта – клієнтом, а лікаря – постачальником послуг, є радше не вираженням сучасності, а доказом глибокого нерозуміння суті функціонування досліджуваної групи медичних закладів.

### РОЗДІЛ 3.

## НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ТРАНСФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ В УМОВАХ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ

### 3.1. Перспективи впровадження технології лідерства в процес управління закладами охорони здоров'я

У США вивчення публічно управління та адміністрування відрізнялося і від традиційного європейського його вивчення, коли наука публічного управління розглядалася як форма адміністративного права, так і від публічного управління як синтезу елементів політології, адміністративного права, соціології та державних фінансів. Розвиток публічно-управлінської теорії у США виходило з уявлень про неї «як про науку, що має не тільки теоретичний (теоретико-правовий), але і, головним чином, практико-ужитковий характер, покликаної сприяти поліпшенню функціонування адміністрації, професіоналізації державного апарату, його відділенню від політики» [3, с. 68].

Необхідною умовою впровадження будь-яких інновацій є апеляція до комплексного підходу при розробці механізмів трансферу технологій у діяльність закладів охорони здоров'я. Не менш важливою є й оцінка ефективності практичних результатів впроваджених моделей, технологій, інновацій [8].

Реформування системи охорони здоров'я в Україні має чітку орієнтацію на створення певних структурних підрозділів, які будуть забезпечені кадрами відповідної кваліфікації та технічними засобами, які є необхідними для надання тих чи інших медичних послуг [30].

Як зауважувалося вище, ще одним не менш важливим чинником ефективності реформування системи є об'єднання зусиль усіх дотичних до даного процесу осіб довкола однієї спільної мети задля досягнення визначених цілей. Тобто вкрай важливим є бачення позитивних наслідків реформи усіма

людьми, які будуть її реалізовувати: від міністра охорони здоров'я до молодшого медичного персоналу. Тому ефективність на місцях забезпечується ефективною роз'яснювальною роботою по усій вертикалі. І неабияка роль у цьому процесі відводиться саме лідеру, адже саме він зі своєї авторитетної позиції здатен об'єднати людей довкола спільної мети.

В рамках демократичної системи адміністративні посади тісно пов'язані з легітимністю, як при призначенні на посаду, так і у ході виконання посадових обов'язків. Відсутність такої легітимності поставила б під сумнів доступ і забезпечення влади, а також унеможливила б якісне реформування системи в силу відсутності довіри до тих, хто керує даним процесом реформування (в тому числі на локальному рівні). Крім того, перебування на адміністративній посаді пов'язане з різними спеціальними обов'язками та обмеженнями. В політичній теорії існують дві концепції, такі як повноваження і впливовість, які допомагають розглядіти цей факт. Повноваження має на увазі, що ті, хто має владу, повинні бути легітимовані за допомогою їх здатності відповідати очікуванням громадян, тобто мати можливість розвивати легітимний політичний дискурс, робити правильний вибір у стратегії та досягати результатів. Однак впливовість більше пов'язана з джерелами влади: з простором і часом, в якому можливо здійснювати керівництво відповідно до конституційної або правової бази [28]. Іншими словами, здійснення громадського лідерства здійснюється в просторових і часових межах, і, безумовно, ці межі визначаються за допомогою різноманітних неявних і явних мандатів, які визначають місію, завдання та переосмислення тих, хто займає керівні посади в організації. Аналіз наукових джерел з даного питання дозволяє стверджувати, що дослідження громадського лідерства роблять акцент на аналізі авторитету лідера, а не його/її повноваженнях. Влада і свобода - поняття, неминуче пов'язані один з одним. Уся реальна влада пов'язана зі свободами індивідів, які добровільно вирішують підпорядковуватися конкретній особистості, визнаючи її авторитет. Саме тому різна відповідальність та різні повноваження керівників різних ланок обумовлюють і

різні вимоги до авторитету. Ці дві змінні дозволяють нам краще зрозуміти феномен суспільного лідерства.

Якщо інтегрувати два рівні даної субваріативності, то можна прийти до висновків, що один є організаційним, а інший індивідуальним. Перша змінна - це рівень «публічності» або «інституціоналізації» організації, де працює керівник. Організація як одиниця аналізу має важливе значення в лідерстві [15]. Організаційна структура формує поведінку індивідів та інститутів всередині них. Плани та бачення відрізняються, якщо організація є закритим товариством або публічною компанією, ніж якщо організація є міністерством або парламентським комітетом. Установа державного сектору, як правило, практично не має права на помилку і чим вищим є рівень влади, тим більше спостерігається прискіпливість суспільства до помилок та жорсткіше контролюються обов'язки.

За Коллінзом, лідери повинні визначати місію організації, захищати її самобутній характер та дбати про розвиток [15]. Інституціоналізація в цій роботі полягає у мірі повноважень, наданих організації законом, амплітуді суперечностей між інтересами зацікавлених сторін та внутрішніми пріоритетами установи, квазі-законодавчій та юридичній спроможності, якими наділена організація та її посадові особи, законодавчому та правовому контролю у прийнятті рішень. Тому керувати сімейним бізнесом з продажу медичного обладнання - це не те ж саме, що керувати державною амбулаторією, так як остання стосується забезпечення основних прав громадян, що гарантуються на рівні держави. Саме тому існують різні рівні інституціоналізму або «публічності», які визначають типи лідера.

Другою змінною у розрізі впливовості є рівень відповідальності менеджера [3]. «Рівень відповідальності» можна розуміти як сферу влади над однією або кількома політиками, формальну легітимність для прийняття рішень, а також незалежність або незалежність від керівників, наданих законом або внутрішніми нормами організації. Ступінь обґрунтованості рішень або розпоряджень надзвичайно є показовими для цієї змінної.

Об'єднавши дві змінні, можемо змодельовати найбільш точну картину посади менеджера в державному секторі, яка демонструє, що організаційне середовище впливає на рівень відповідальності і зумовлює вид лідерства, якому менеджер повинен надавати пріоритет.

### **3.2. Рекомендації щодо реалізації ефективного лідерства в управлінні закладів системи охорони здоров'я**

Управління персоналом у державних закладах охорони здоров'я потребує змін – це твердження, яке не підлягає сумніву. Однак вони повинні проводитися ретельно продумано, враховуючи цілі діяльності, особливості фінансування та переважаючі категорії пацієнтів тощо. При пошуку оптимальних рішень слід критично аналізувати досвід інших країн; знання рішень, які використовуються в місцях, де охорона здоров'я працює краще, ніж в Україні, є важливою. Варто також впроваджувати позитивні практики управління людськими ресурсами в приватних медичних центрах, що працюють в Україні. Ефективні стратегії також можна шукати в інших, навіть віддалених суб'єктах державного сектору, які за останні роки розробили низку цінних рішень щодо запровадження необхідних змін (включаючи комерційні процеси) у неприбуткових організаціях.

Аналіз наукових джерел дозволив нам визначити 12 характеристик ефективного лідерства в системі охорони здоров'я.

1. Наставництво. Лідери часто зацікавлені в тому, щоб скеровувати та підтримувати інших, особливо тих, хто є новачком у професії чи на посаді. Як наставники, лідери працюють безпосередньо з менш досвідченими членами своєї команди, щоб підтримати їх у набутті навичок, необхідних для досягнення успіху у своїй професійній діяльності [29]. Наставництво, як форма індивідуальної роботи з окремими людьми, дозволяє особисто побачити рівень теоретичної та практичної підготовки працівника, оцінити рівень його

готовності та ставлення до виконання посадових обов'язків, пізнати характерологічні та індивідуальні особливості, що в подальшому може підвищити ефективність кадрових рішень. Якісне наставництво дозволяє зрозуміти потреби новачка, оцінити його сильні та слабкі сторони та відпрацювати навички ефективного спілкування, щоб в подальшому дозволить побудувати індивідуальну траєкторію його професійного розвитку.

2. Саморозвиток. Однією з важливих звичок лідерів у сфері охорони здоров'я є їхня прагнення знайти можливості для зростання. Лідери, які шукають можливості професійного розвитку, демонструють свою ініціативу та відданість своїй професії [15]. Можливості професійного розвитку можуть включати навчальні заходи, конференції або безперервне навчання. Крім того експерти з охорони здоров'я можуть приєднатися до професійних організацій, щоб отримати більше можливостей для розвитку. Присвячуючи себе своєму розвитку, керівник закладу охорони здоров'я чи його структурного підрозділу демонструє свою відданість професійній досконалості та можете отримати нові навички, які принесуть користь усій команді.

3. Забезпечення розвитку підлеглих. Крім пошуку можливостей для власного розвитку, керівнику-лідеру варто намагатися створювати можливості навчання для інших [18]. Для цього можна організувати проведення регулярних тренінгів або реалізувати інші варіанти розвитку для різних категорій підлеглих. Наприклад, проведення щомісячних тренінгів не лише забезпечує професійний розвиток працівників, але й сприяє зміцненню командного духу. Запрошення доповідачів або розробка системи компенсації за навчання для працівників, які продовжують навчання, також може стимулювати розвиток. Створення можливостей для інших свідчить про зацікавленість керівника у тому, щоб усі члени команди розвивалися, отримували навички та застосовували свої здібності на робочому місці.

4. Налагоджена комунікація. Хороші лідери знають, як ефективно спілкуватися з членами своєї команди [1]. Спілкування передбачає здатність чітко висловлювати свої ідеї та почуття, щоб оточуючі могли зрозуміти

необхідні цілі та перспективи. Це також включає здатність керівника, який реалізує лідерську стратегію, розуміти потреби, цілі та ставлення інших людей. Лідери використовують свої комунікативні навички для ефективної роботи з членами своєї команди, пацієнтами та іншими фахівцями у своїй організації. Якісна комунікація з іншими закладами охорони здоров'я своєї громади, інших громад, і навіть між відділеннями однієї установи є необхідною умовою розвитку закладу.

5. Особистий приклад. Передбачає демонстрацію хороших цінностей і звичок, таких як професійна компетентність, ефективне управління часом, етичні принципи, моральні якості тощо [4]. Тільки у випадку трансляції членам команди власних очікувань засобами власної поведінки, можна інтегрувати задекларовані цінності у внутрішню корпоративну культуру. Коли керівник є прикладом, то це створює прецедент позитивної робочої атмосфери. Це також сприяє розвитку міцних робочих відносин з членами команди.

6. Етикоцентрованість. Етична практика є вкрай важливою для галузі охорони здоров'я [12]. Дотримання високих етичних стандартів гарантує не лише задоволення медичних потреби пацієнтів, захист їх здоров'я, а має репутаційний вплив на заклад охорони здоров'я в цілому та окремих його фахівців зокрема. Адміністративні повноваження у контексті дотримання етики можуть передбачати ефективне управління бюджетом, ретельний професійний відбір фахівців, якісне забезпечення умов перебування в закладі в процесі отримання визначених медичних послуг тощо. Адміністратори залишаються в курсі найновіших галузевих законів і правил, щоб вони могли переконатися, що їхній заклад відповідає всім вимогам законодавства. Лідери можуть заслужити повагу та довіру своєї команди, лише за умови неухильного дотримання етичних принципів.

7. Повага до співрозмовника. На практиці реалізується у формі активного слухання. Активне слухання є важливою комунікаційною навичкою, оскільки воно допомагає зосередитися на тому, що говорить співрозмовник, одночасно показуючи йому, що ви залучені в розмову. Деякі навички активного



слухання включають обмеження відволікань, використання вербальних і невербальних стверджень і узагальнення слів мовця, щоб показати розуміння [10]. Керівнику слід обмежити відволікання, наприклад, вимкнувши або відклавши під час особистої розмови телефон, зачинивши двері кабінету, відійшовши від монітору тощо. Використання сигналів на кшталт кивання головою, посмішка та встановлення зорового контакту, може показати співрозмовнику, що його думка чи повідомлення є важливим.

8. Впевненість у собі. Лідери, які розуміють свої сильні сторони та знають, як їх використовувати можуть відчувати себе більш впевнено під час прийняття рішень. Коли лідери вірять у свої здібності та зобов'язуються використовувати свої навички для досягнення цілей на робочому місці, це може надихнути членів їхніх команд наслідувати їхній приклад [18]. Впевненість на робочому місці означає розуміння своїх компетенцій і обмежень. Це дозволяє приймати рішення, скажімо, щодо особистого виконання певних видів робіт або делегування повноважень іншим членам команди.

9. Мудрість делегування. Ефективні лідери розуміють сильні та слабкі сторони членів своєї команди та можуть делегувати завдання тим, хто найкраще підходить для того чи іншого виду діяльності [13]. Коли керівники ефективно розподіляють завдання, це дозволяє їхній команді працювати якнайкраще. Вміло організоване делегування означає, що кожен член команди співпрацює для досягнення спільної мети. Кожна особа в команді має шанс застосувати свої найкращі навички, щоб зробити свій особистий внесок у спільний процес. Делегування не тільки дозволяє керівникам зосередитися на інших завданнях, але й демонструє впевненість і довіру до продуктивних можливостей вашої команди, що може дати їм відчуття, що їх цінують.

10. Контекстуальне мислення. У сфері охорони здоров'я керівники приймають рішення, які визначають типи послуг, які можуть надаватися закладом, застосовують свої аналітичні навички для вирішення проблем зі здоров'ям своїх пацієнтів. Лідери використовують свої навички вирішення проблем, щоб оцінювати виклики, аналізувати дані, розробляти стратегії та

впроваджувати рішення. Адміністратори охорони здоров'я вирішують такі проблеми, як ефективне управління бюджетом, тоді як практики вирішують проблеми, пов'язані з наданням допомоги своїм пацієнтам. Важливо, щоб при прийнятті рішення керівник виходив із контексту ситуації цілого континууму: пацієнт-медичний персонал-заклад. Лише врахування контекстуальних особливостей даної тріади стає можливим прийняття ефективних рішень та визначення перспективних стратегій.

11. Співчутливість. Здатність демонструвати емпатію та співчуття є важливою для керівника закладу охороною здоров'я. Лікарі-практики часто працюють з пацієнтами, які мають важкі стани здоров'я. Ці пацієнти можуть відчувати тривогу, невпевненість і розчарування щодо свого здоров'я, тому ефективні лікарі можуть підтримати їхні емоційні потреби, виявляючи співчуття [10]. Лідерство з емпатією допомагає медичним працівникам задовольняти потреби своїх пацієнтів і членів команди. Завдяки своєму співчуттю керівники закладів охорони здоров'я розвивають значущі стосунки з тими, хто їх оточує, що підтримує їхній заклад у досягненні своїх цілей.

12. Суворая самодисципліна. Самодисципліна — це здатність залишатися мотивованим і зосередженим на завданні чи меті, незважаючи на труднощі. У сфері охорони здоров'я самодисципліна може означати виконання завдання, навіть якщо ви відволікаєтесь, пошук можливостей розвитку та навчання у вільний час і пошук стратегій для мінімізації впливу синдрому вигорання [15]. Лікарі використовують свою самодисципліну, щоб витримати виклики, щоб вони могли продовжувати обслуговувати своїх пацієнтів якомога ефективніше. Адміністраторам потрібна самодисципліна, щоб керувати цілями закладу та планувати стратегії їх досягнення.

Окреслені рекомендації не охоплюють усіх умов реалізації ефективного лідерства в управлінні закладами охорони здоров'я, але окреслюють вектори розвитку лідерського потенціалу керівників даних закладів.

## ВИСНОВКИ

За результатами проведеного дослідження феномену лідерства в системі публічного управління на прикладі сфери охорони здоров'я можна зробити наступні висновки.

Проаналізовано підходи до категорії лідерства в сучасній науці. Встановлено, що незалежно від підходу феномен лідерства розглядається в межах дослідження соціальної групи, а лідером є особистість, яка здатна більшою мірою впливати на групу, порівняно з іншими її членами.

З'ясовано, що державне лідерство є складним феноменом незалежно від рівня його розгляду: міжнародного, національного чи місцевого самоврядування. Саме тому існує ціла низка підходів до визначення та трактування даного феномену.

Показано доцільність диференціації державного та приватного лідерства. Незалежно від теоретичної основи чи парадигми, державне лідерство аналізується відповідно до існуючих вимог та принципів належного управління. Державне лідерство є особливим феноменом, що відрізняється від корпоративного лідерства, і не звужений до виконавчого політичного лідерства.

Доведено доцільність використання стратегії лідерства при керівництві державними закладами в цілому, та закладами системи охорони здоров'я зокрема. Для того, щоб група переслідувала свою колективну волю, повинна існувати структура влади, через яку реалізуються групова ідентичність і цілі. Організації повинні вирішувати проблеми влади, щоб ефективно функціонувати, оскільки без ефективного керівництва не може бути єдиної, скоординованої, кооперативної дії великих мас людей до спільної мети. Особливо важливими дані процеси є на етапі реформування системи охорони здоров'я України, оскільки їх ефективність може бути досягнута лише за умови злагодженої діяльності усієї вертикалі.

Обґрунтовано, що більш ефективними є ті лідери, які, по-перше, дають людям владу, а не відбирають її, а, по-друге, - об'єднують працівників закладу

довкола досягнення спільних цілей. Влада переходить до лідерів, які автентично втілюють колективне я. Це вільний процес, який відображає розуміння людьми себе та світу.

Актуалізовано питання ефективного лідерства, як проблеми, яку організації та спільноти повинні вирішити, щоб ефективно функціонувати. Неefективні лідери не просто не можуть реалізувати потенціал, вони можуть бути деструктивними, оскільки прагнуть створити ідентичність, культуру та організацію, фракції та розбіжності, які дозволяють їм вижити.

Доведено, що державне лідерство, незалежно від того, розглядається воно в різних міжнародних, національних чи місцевих контекстах чи ні, має своє коріння в культурі управління державним сектором і суспільній культурі в певній країні або регіоні. Це також залежить від того, як і в якій мірі державні лідери використовують різні стилі управління, досвід управлінської культури, а також їхні риси характеру та освіти.

Виявлено, що одним із аспектів зростання кількості досліджень у сфері громадського лідерства є активний процес децентралізації. Відповідно, децентралізація може бути ефективною, наприклад, за відсутності формальних змін у структурі управління чи політиці, коли державний лідер із сильною особистістю може змінити процеси децентралізованого місцевого управління. Такий тип лідерства розглядається як «інтегративно-ситуаційний».

Описано, що лідери галузі охорони здоров'я відіграють важливу роль у забезпеченні надання високоякісної медичної допомоги своїм пацієнтам членами їх команди охорони здоров'я. Незалежно від того, чи людина адміністратором, керівною посадою чи старшим лікарем, використання її лідерських навичок може покращити робоче місце та сприяти кращим результатам для пацієнтів. Процес ефективного лідерства забезпечується на усіх етапах його реалізації: від легітимності призначення керівника на посаду до індивідуальних якостей особистості керівника, які він демонструє у ході управлінської діяльності.

Сформовано перелік основних характеристик ефективного лідерства в

системі охорони здоров'я: наставництво, саморозвиток, забезпечення розвитку підлеглих, налагоджена комунікація, особистий приклад, етикоцентрованість, повага до співрозмовника, впевненість у собі, мудрість делегування, контекстуальне мислення, співчутливість та суворі дисципліна.

Перспективою наших подальших досліджень є вивчення лідерства у сфері публічного управління на емпіричному рівні, а також розробка об'єктивних та інноваційних моделей оцінки лідерського потенціалу керівників закладів та установ державного сектору.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адизес И. Развитие лидеров: Как понять свой стиль управления и эффективно общаться с носителями иных стилей / Ицхак Кальдерон Адизес; Пер. с англ. М.: Альпина Бизнес Букс, 2008. 259 с.
2. Бабченко, В.Л., Андрушко, О.Г. Пріоритетні напрями реформування галузі охорони здоров'я у Житомирській області. Публічне управління та адміністрування. 2019. № 3 (89). URL : <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=657>
3. Баєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: Навч. посібник. К.: Центр учбової літератури, 2008. 640 с.
4. Берн Э. Лидер и группа. О структуре и динамике организаций и групп / Эрик Берн; [пер. с англ. А.Грузберга]. М.: Эксмо, 2008. 288 с.
5. Бодак В.М. Проблеми інформаційного супроводження процесів управління розвитком сімейної медицини. Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. 2021. №1. С. 72-77.
6. Борщ В. І. Сучасна парадигма системи управління персоналом закладу охорони здоров'я. Економіка та управління національним господарством. 2019. № 1(69). 73-79
7. Вовк С.М. Системні трансформації охорони здоров'я : монографія. Кривий Ріг : ДДУУ, Вид. Р.А. Козлов, 2017. 315 с
8. Герберт А. Саймон. Адміністративна поведінка. Дослідження процесів прийняття рішень в організаціях, що виконують адміністративні функції: Пер. з англ. - Вид. переробл. і допов. К.: АртЕк, 2001. 392 с.
9. Гомон Д.О. Адміністративно-правове та організаційне забезпечення охорони здоров'я в Україні: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07. Одеса, 2018. 250 с.
10. Гоулман, Д. Эмоциональное лидерство: Искусство управления людьми на основе эмоционального интеллекта / Дэниел Гоулман, Энни Макки, Ричард Бояцис. М., Альпина Бизнес Букс, 2008. 301 с.

11. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні : навчально-наукове видання / заг. ред. М.М. Білинської. Київ – Львів : НАДУ, 2018. 240 с.
12. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році : Постанова Кабінету Міністрів України №1440 від 29 грудня 2021 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1440-2021-п#Text>
13. Кови С. Лидерство, основанное на принципах / Стивен Кови; пер. с англ. – М.: Альпина Бизнес Букс, 2008. – 302 с.
14. Козюра І.В. Вплив лідерства на реформування адміністративно-територіального устрою: уроки для України. І.В. Козюра. Держава та регіони: наук.-практ. журнал. Запоріжжя, 2016. № 3 (55). С. 161—167 (Серія "Державне управління" )
15. Коллинз Д. От хорошего к великому: Почему одни компании совершают прорыв, а другие нет / Пер. с англ.; Стокгольмская школа экономики. – 6-е изд. – СПб.: Питер, 2007. – 352 с.
16. Короленко В.В., Юрочко Т.П. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я України в контексті європейської інтеграції монографія. К., 2018. 96 с.
17. Коттер Дж. П. Лидерство Мацуситы. Уроки выдающегося предпринимателя XX века (Matsushita Leadership). М. : «Альпина», 2007. 256 с.
18. Коттер Дж. П., Коэн Д.С. Суть перемен. Невыдуманные истории о том, как люди изменяют свои организации (The Heart of Change: Real-Life Stories of How People Change Their Organizations). М : «Олимп-Бизнес», 2004.
19. Кульгинський Є. Механізми децентралізації державного управління системою охорони здоров'я: Європейський досвід. Державне управління та місцева самоврядування. 2020. Вип. 2 (25). С.147-159.
20. Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах: позитивні наслідки, проблеми та можливі шляхи їх вирішення. Україна. Здоров'я нації. 2019. № 3. С. 67–86.

21. Логвиненко Б.О. Публічне адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні: теорія і практика: автореф. дис. ... докт. юрид. наук: 12.00.07. Київ, 2018. 43 с.
22. Логунова М.М. Концепції і теорії лідерства, М.М. Логунова. Енциклопедія державного управління: у 8 т. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України; наук. ред. колегія: Ю.В. Ковбасюк (голова) та ін. — К.: НАДУ, 2011.—Т.1.—С.309.
23. Максвелл Джон К. 21 неопровержимый закон лидерства. Минск: Изд-во «Попурри», 2007. 448 с.
24. Мельник Л.А. Сучасний керівник медичного закладу в умовах реформування здравооохоронної галузі. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2018. № 11. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1336> (дата звернення: 15.10.2022).
25. Митчелл Дж. Обнимите своих сотрудников. Прививка от жесткого менеджмента / Джек Митчелл; пер. с англ. Алексея Андреева. М.: Манн, Иванов и Фербер, 2013. 288 с.
26. Пять пороков команды. Притчи о лидерстве / Патрик Ленсиони; пер. с англ. И. Э. Коротенко. – М.: Манн, Иванов и Фербер, 2011. 125 с.
27. Радиш Я.Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис і перспективи розвитку: / [Кол. авт.; Упорядник – проф. Я. Ф. Радиш, Передмова – проф. Т. Д. Бахтеєва; загальна редакція – проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша]. К.: Вид-во НАДУ, 2013. 424 с.
28. Розвиток лідерства / Л. Бізо, І. Ібрагімова, О. Кікоть, Є. Барань, Т. Федорів; за заг. ред. І. Ібрагімової. К : Проект «Реформа управління персоналом на державній службі в Україні, 2012. 400 с.
29. Ровенська В. В., Саржевська Є. О. Управління персоналом закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання та перспективи розвитку в Україні. Економічний вісник Донбасу. 2019. № 3 (57). 162-168.
30. Сенюк Ю.І., Надюк З.О. Сучасна державна політика у сфері охорони здоров'я: аналіз реформування системи. Право та державне управління. 2020.



№2. С. 211-220.

31. Скібіцька Л.І. Лідерство та стиль роботи менеджера: Навчальний посібник. – К.: Центр учбової літератури, 2009. – 192 с.

32. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: Український вимір / В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, М.В. Шевченко. К., 2021. 34 с.

33. Чорний О.В. Особливості реформ у державній політиці охорони здоров'я в європейських країнах у трансформаційний період: історичні та соціально-економічні аспекти. Публічне управління та митне адміністрування. 2020. № 3 (26). С. 78–82.

34. Якобчук В. П., Войтенко А. Б., Мороз Д. П. Ефективне лідерство як кадровий ресурс публічного управління. Інвестиції: практика та досвід. 2021. No 2. С. 82-87. URL : [http://www.investplan.com.ua/pdf/2\\_2021/15.pdf](http://www.investplan.com.ua/pdf/2_2021/15.pdf).

35. Armstrong, M. *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Wolters Kluwer, Warszawa 2007, s. 89.

36. Bass, B. M., 1990, 'Power and Leadership', *Bass & Stogdill's Handbook of Leadership: Theory, Research, and Managerial Applications*, 3<sup>rd</sup> ed., New York: The Free Press, pp. 225-73.

Van Wart, M. (2003). Public-sector leadership theory: An assessment. *Public administration review*, 214-228. URL : <https://drh.tecnico.ulisboa.pt/files/sites/45/PA-PublicSectorLeadershipTheory1.pdf>

38. Fielder, F. E., 1964, 'A contingency model of leader effectiveness', in L. Berkowitz (ed.), *Advances in Experimental Social Psychology, Volume 1*, New York: Academic Press, pp. 149-190. URL : <https://psycnet.apa.org/record/2006-12496-021>

39. Mann, R. D., 1959, 'A review of the relationship between personality and performance in small groups', *Psychological Bulletin*, 56, pp. 241-70. URL : <https://www.gwern.net/docs/iq/1959-mann.pdf>

40. Hanson M.J., Callahan D. (red.), *The Goals of Medicine. The Forgotten Issues in Health Care Reform*, Georgetown University Press, Washington 2007.

41. Turner, J. C., 1991, *Social Influence*, Milton Keynes, UK: Open University Press. URL :

[https://www.scirp.org/\(S\(i43dyn45teexjx455qlt3d2q\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=2168644](https://www.scirp.org/(S(i43dyn45teexjx455qlt3d2q))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=2168644)

42. Интернет-ресурс: <https://ips.ligazakon.net/document/JH6YF00A?an=332>

43. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text>