

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ім. М. І. ПИРОГОВА**

МІНІСТЕРСТВО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Навчально-науковий Інститут громадського здоров'я, біології,
контролю та профілактики хвороб
Кафедра менеджменту та маркетингу

УДК 614.2:316.46

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему:

**«ЛІДЕРСТВО В УМОВАХ КРИЗОВИХ СИТУАЦІЙ В ОХОРОНІ
ЗДОРОВ'Я»**

Здобувач другого (магістерського) рівня
вищої освіти 2 курсу
заочної форми навчання
спеціальності 073 »Менеджмент»
ОПП «Менеджмент в охороні здоров'я»

Ольга БЕЛІНСЬКА

Науковий керівник:
д. мед. наук., професор

Вікторія ПЕТРУШЕНКО

АНОТАЦІЯ

Кваліфікаційна робота присвячена дослідженню лідерства в умовах кризових ситуацій у сфері охорони здоров'я та визначенню його ролі у забезпеченні ефективного функціонування медичних закладів під час воєнних та надзвичайних обставин. Актуальність теми зумовлена зростанням масштабів кризових викликів, що потребують від керівників медичних організацій високого рівня професійної стійкості, здатності до швидкого прийняття управлінських рішень, ефективної комунікації та підтримки персоналу.

У роботі проведено теоретичний аналіз концепцій і моделей лідерства, визначено сутність кризового лідерства та його вплив на результативність діяльності закладів охорони здоров'я. Охарактеризовано особливості функціонування медичних організацій у період воєнного стану та їх залежність від ефективності управлінських рішень. Досліджено вплив зовнішніх і внутрішніх кризових чинників на організаційну стійкість та кадрову динаміку медичних закладів.

На основі аналізу діяльності КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» проведено оцінювання організаційної структури, фінансово-економічного стану, кадрової політики та системи управління персоналом у кризових умовах. Виявлено ключові проблеми та визначено фактори, що впливають на ефективність лідерських практик у закладі. Отримані результати використано для розроблення практичних рекомендацій щодо вдосконалення системи кризового лідерства, підвищення рівня стійкості та адаптивності медичного персоналу, оптимізації управлінських процесів.

Практичне значення роботи полягає у можливості застосування запропонованих стратегічних підходів до формування ефективної моделі лідерства у медичних закладах України, що сприятиме підвищенню якості управління, результативності діяльності та психологічному благополуччю персоналу в умовах криз.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ЛІДЕРСТВА В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ КРИЗОВИХ СИТУАЦІЙ.....	8
1.1. Сутність та еволюція поняття «лідерство» в системі охорони здоров'я.....	8
1.2. Теоретичні підходи до реалізації ефективного лідерства в кризових умовах.....	16
1.3. Лідерські компетентності керівників закладів охорони здоров'я.....	20
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ КНП «ПОДІЛЬСЬКИЙ РЕГІОНАЛЬНИЙ ЦЕНТР ОНКОЛОГІЇ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ» В УМОВАХ КРИЗОВИХ СИТУАЦІЙ.....	26
2.1. Організаційно-економічна характеристика діяльності КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради»	26
2.2. Виявлення кризових чинників у діяльності закладу охорони здоров'я в умовах сучасних викликів.....	44
2.3. Аналіз стилю та інструментів лідерства в умовах кризи у КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної Ради»	49
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ЛІДЕРСТВА У КНП «ПОДІЛЬСЬКИЙ РЕГІОНАЛЬНИЙ ЦЕНТР ОНКОЛОГІЇ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ» В УМОВАХ КРИЗОВИХ СИТУАЦІЙ.....	52
3.1. Управлінські рішення щодо посилення лідерського потенціалу у КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради».....	52
3.2. Пропозиції щодо розвитку лідерських компетенцій в умовах кризи у КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної Ради».....	58
3.3. Очікувані результати вдосконалення лідерства у закладі охорони здоров'я.....	70
ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ.....	77
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	79
ДОДАТКИ.....	85

ВСТУП

Актуальність дослідження визначається функціонуванням сучасної системи охорони здоров'я в умовах безпрецедентних викликів, що вимагають від керівників закладів охорони здоров'я не лише управлінських компетентностей, а й виняткових лідерських якостей. Кризові ситуації – будь то пандемії, воєнні конфлікти, техногенні катастрофи чи економічні потрясіння – створюють екстремальне середовище, в якому традиційні управлінські підходи виявляються недостатніми. У таких умовах на перший план виходить феномен лідерства як здатність мобілізувати колектив, приймати швидкі та виважені рішення в умовах невизначеності, ефективно управляти обмеженими ресурсами та підтримувати стійкість організації перед обличчям катастрофічних загроз.

Україна з 2014 року, а особливо після повномасштабного вторгнення у лютому 2022 року, переживає затяжну кризу, яка кардинально трансформувала всі аспекти функціонування системи охорони здоров'я. Закладами охорони здоров'я зіткнулися з масштабними викликами: необхідністю евакуації пацієнтів та обладнання, роботою під час ракетних обстрілів та відключень електроенергії, критичним кадровим дефіцитом через мобілізацію медичних працівників та міграційні процеси, різким зростанням кількості постраждалих, що потребують невідкладної допомоги, а також руйнуванням медичної інфраструктури та порушенням логістичних ланцюгів постачання.

КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» є унікальним об'єктом для дослідження феномену кризового лідерства в охороні здоров'я». По-перше, онкологічні заклади працюють з найбільш вразливою категорією пацієнтів, які потребують безперервного лікування незалежно від зовнішніх обставин. Перерви у хіміо- чи радіотерапії онкологічних хворих можуть мати фатальні наслідки, що створює додатковий тиск на керівництво закладу. По-друге, специфіка онкологічної допомоги вимагає складного високотехнологічного обладнання, дороговартісних

медикаментів та висококваліфікованого персоналу, що робить цю сферу особливо вразливою до кризових потрясінь. По-третє, заклад функціонує в умовах регіональної відповідальності, забезпечуючи онкологічну допомогу населенню Вінницької та сусідніх областей, включаючи внутрішньо переміщених осіб.

Гіпотеза дослідження полягає в тому, що ефективне лідерство в умовах кризових ситуацій в системі охорони здоров'я, засноване на емоційній компетентності, відповідальності, відкритій комунікації, довірі та підтримці персоналу, сприяє підвищенню результативності управлінських рішень, забезпеченню психологічної стабільності колективу, збереженню професійної мотивації медичних працівників та зниженню рівня професійного вигорання, що в сукупності підвищує стійкість закладу охорони здоров'я до кризових викликів.

Метою дослідження є визначення особливостей лідерства в умовах кризових ситуацій на прикладі КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради», аналіз ефективних лідерських практик керівництва закладу у відповідь на виклики, спричинені воєнним станом, та розробити науково обґрунтовані рекомендації щодо вдосконалення моделей кризового лідерства в закладах охорони здоров'я України.

Досягнення поставленої мети забезпечувалося вирішенням основних завдань дослідження:

- дослідити міжнародний та вітчизняний досвід лідерства в системі охорони здоров'я під час криз (пандемій, воєнних конфліктів, природних катастроф) та ідентифікувати кращі практики, які можуть бути адаптовані до українського контексту;
- вивчити стилі лідерства та управлінські підходи, що застосовуються керівництвом закладу в кризових умовах;
- дослідити систему комунікації та прийняття рішень у закладі в умовах кризи, зокрема механізми взаємодії між різними рівнями управління, швидкість реагування на зміни зовнішнього середовища та якість інформаційного обміну;

- проаналізувати стратегії управління персоналом в умовах кризи, включаючи методи мотивації, підтримки психологічного здоров'я співробітників, запобігання професійному вигоранню та утримання кваліфікованих кадрів у надзвичайних обставинах;

- визначити ключові виклики та перешкоди, з якими стикається лідерство закладах охорони здоров'я в кризових умовах, та проаналізувати стратегії їх подолання;

- розробити практичні рекомендації щодо вдосконалення моделей кризового лідерства в закладах охорони здоров'я України, включаючи пропозиції щодо підготовки керівників, організаційних змін та політики управління персоналом.

Об'єктом дослідження обрано процеси лідерства та управління в КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» в умовах кризових ситуацій.

Предметом дослідження визначено особливості лідерства, управлінські практики та стратегії антикризового менеджменту в КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» в умовах воєнного стану, включаючи стилі лідерства, систему прийняття рішень, комунікаційні процеси, управління персоналом, фінансово-економічну політику та організаційну адаптацію до кризових викликів.

Для досягнення мети дослідження та вирішення використано комплекс загальнонаукових та спеціальних методів: теоретичний аналіз та синтез наукової літератури з проблем лідерства та кризового менеджменту; системний підхід до вивчення організаційних процесів у закладі; аналіз документів та статистичних даних про діяльність закладу; порівняльний аналіз показників діяльності до та під час кризи; SWOT-аналіз для оцінки сильних та слабких сторін лідерства в закладі; методи якісного та кількісного аналізу даних.

Наукова новизна даного дослідження є комплексний аналіз феномену лідерства в онкологічному закладі в умовах тривалої воєнної кризи на прикладі КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради».

Уперше систематизовано специфічні виклики кризового лідерства в онкологічній галузі, де неперервність лікування є питанням життя і смерті пацієнтів, що вимагає особливих управлінських підходів. Виокремлено та емпірично обґрунтовано ключові компетенції кризового лідера закладу охорони здоров'я, що включають стресостійкість, здатність до швидкого прийняття рішень в умовах невизначеності, навички антикризової комунікації, емоційний інтелект та стратегічне мислення в екстремальних умовах.

Практичним цінність дослідження є прикладне використання висновків для вдосконалення системи управління закладами охорони здоров'я України в кризових умовах. Розроблені рекомендації можуть бути використані керівниками закладів охорони здоров'я для підвищення ефективності антикризового управління, Міністерством охорони здоров'я України та регіональними органами управління для формування політики підтримки закладів охорони здоров'я в надзвичайних ситуаціях, закладами вищої освіти при підготовці та підвищенні кваліфікації керівників закладів охорони здоров'я, включаючи спеціалізовані програми з кризового менеджменту.

Апробація результатів дослідження здійсненна шляхом оприлюднення основних положень у тезах доповідей на конференції:

Белінська О.Б. Лідерство в медичному туризмі в умовах кризових ситуацій охорони здоров'я. Збірник матеріалів міжнародної наукової конференції «Актуальні питання управління та адміністрування: регіональний, міжнародний та глобалізаційний аспект». Чернігів, 22-23 травня 2025. 158 с. С. 141-143.

Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи становить 78 сторінки, що доповнені таблицями. Список використаних джерел налічує 52 найменування.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ЛІДЕРСТВА В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ КРИЗОВИХ СИТУАЦІЙ

1.1. Сутність та еволюція поняття «лідерство» в системі охорони здоров'я

Лідерство як феномен управлінської науки пройшло тривалий шлях революції від примітивних уявлень про владу та авторитет до складних багатовимірних концепцій, що інтегрують психологічні, соціологічні, організаційні та культурні аспекти. Розуміння сутності лідерства є критично важливим для системи охорони здоров'я, де від якості управлінських рішень безпосередньо залежать людські життя.

Теорія рис лідера (1930-1950-ті роки) стала першою систематизованою спробою пояснити природу лідерства. Представники цього напрямку (Ralph M. Stogdill, Edwin E. Ghiselli) стверджували, що лідери народжуються, а не створюються, і володіють певним набором особистісних характеристик. До ключових рис відносили: інтелект, впевненість у собі, рішучість, цілеспрямованість, надійність, активність, соціабельність. Проте подальші дослідження продемонстрували, що універсального набору рис не існує, а їх значущість варіюється залежно від ситуації [35, с. 30-35].

Поведінкова теорія лідерства (1940-1960-ті роки) перемістили фокус уваги з особистісних характеристик на поведінку лідерів. Дослідження Курта Левіна виділили три основні стилі лідерства: авторитарний, демократичний та ліберальний. Кожен стиль характеризувався специфічним способом прийняття рішень, розподілу влади та взаємодії з підлеглими. Дослідження Університету Огайо та Мічиганського університету розширили розуміння лідерської поведінки, виділивши два виміри: орієнтацію на завдання та орієнтацію на людей [35, с. 45-52;8].

Управлінська решітка Блейка-Моутона стала практичним інструментом для визначення стилю керівництва, де по горизонтальній осі відображалася

увага до виробництва (від 1 до 9), а по вертикальній – увага до людей (від 1 до 9). Ідеальним вважався стиль «9.9» – командне управління, що поєднує високу увагу як до результатів, так і до потреб персоналу [35, с. 80-90;]. Ще однією теорією щодо лідерства є ситуаційна теорія лідерства (1960-1980-ті роки) яка визначала, що ефективність лідерства залежить від контексту.

Сучасна теорія трансформаційного лідерства (1980-ті роки – сьогодні) ознаменувала новий етап у розумінні лідерства. Bernard Bass and Bruce Avolio розробили модель, що протиставляла трансформаційне лідерство транзакційному. Трансформаційні лідери надихають послідовників, стимулюють їх інтелектуальний розвиток, демонструють ідеалізований вплив та індивідуальний підхід. Вони здатні змінювати цінності, переконання та потреби послідовників, трансформуючи організаційну культуру.

Щодо теорії автентичного лідерства (2000-ті роки), що виникло як відповідь на етичні скандали в бізнесі та потребу в більш чесному, прозорому керівництві. Білл Джордж та Брюс Аволіо Bill George and Bruce Avolio визначали автентичних лідерів як осіб, що глибоко усвідомлюють свої цінності, переконання, емоції та поведінку, діють відповідно до своїх принципів та демонструють прозорість у відносинах з іншими. Автентичне лідерство включає чотири компоненти: самосвідомість, збалансована обробка інформації, реляційна прозорість та інтерналізована моральна перспектива.

Розглянувши загальні підходи до лідерства, доцільно звернути увагу на особливості медичної сфери, де переплітаються два виміри лідерства: клінічний та управлінський. Медичне лідерство є унікальним феноменом, що вимагає інтеграції клінічної експертизи та управлінських компетенцій.

Клінічне лідерство реалізується безпосередньо в процесі надання медичної допомоги. Клінічні лідери – це лікарі, медичні сестри та інші фахівці, які завдяки своїй експертизі, досвіду та особистісним якостям впливають на клінічну практику, забезпечують високу якість медичної допомоги та сприяють професійному розвитку колег. Ключовими характеристиками клінічного лідера є: глибокі професійні знання, клінічна майстерність, здатність діагностувати

складні випадки, швидко приймати рішення в критичних ситуаціях, емпатія до пацієнтів, ефективна комунікація з пацієнтами та родичами, здатність працювати в команді, етична поведінка. Клінічні лідери часто не мають формальних управлінських позицій, але їхній авторитет базується на професійних досягненнях та повазі колег.

Управлінське лідерство в охороні здоров'я фокусується на організаційних процесах, стратегічному плануванні, фінансовому менеджменті, управлінні персоналом та якістю медичних послуг. Управлінські лідери – це керівники медичних закладів, їхні заступники, завідувачі відділень, які несуть відповідальність за ефективність організації в цілому [45; 50].

Управлінське лідерство в медицині має унікальні особливості порівняно з іншими галузями. По-перше, медичні менеджери повинні розуміти специфіку клінічної роботи, навіть якщо самі не практикують. По-друге, вони працюють з високоосвіченими, автономними професіоналами, які мають власні уявлення про належну практику. По-третє, результати їхньої діяльності впливають на здоров'я та життя людей, що створює додатковий етичний тиск.

Ключові компетенції управлінського лідера в охороні здоров'я включають: стратегічне мислення, фінансову грамотність, розуміння системи охорони здоров'я та нормативно-правової бази, здатність управляти змінами, навички управління проектами, уміння будувати партнерства з різними стейкхолдерами, здатність приймати рішення на основі даних, навички управління конфліктами, розуміння принципів якості медичної допомоги. Інтеграція клінічного та управлінського лідерства є ключовим викликом для сучасної охорони здоров'я. Традиційно ці два типи лідерства існували окремо і часто конфліктували: клініцисти критикували менеджерів за нерозуміння клінічних реалій, а менеджери скаржилися на опір лікарів організаційним змінам. Проте дослідження демонструють, що найуспішніші заклади охорони здоров'я характеризуються тісною співпрацею клінічних та управлінських лідерів [17, с. 305-308].

Модель гібридного лідерства передбачає, що лікарі займають керівні позиції та поєднують клінічну практику з управлінськими обов'язками. Такі лідери розуміють клінічні потреби зсередини, мають авторитет серед колег-клініцистів, здатні «говорити мовою» як лікарів, так і менеджерів, ефективніше впроваджують зміни в клінічну практику. Проте гібридне лідерство вимагає значних інвестицій у розвиток управлінських компетенцій лікарів та підтримки їхнього балансу між клінічною та управлінською роботою.

Розглянувши теоретичні засади кризового лідерства та його еволюцію в контексті управління закладами охорони здоров'я, доцільно перейти до конкретизації тих професійних якостей, якими має володіти сучасний керівник закладу охорони здоров'я. Трансформація галузі, посилена викликами воєнного часу та реформуванням системи фінансування, висуває якісно нові вимоги до компетентнісного профілю медичного менеджера. Ефективне кризове лідерство неможливе без глибокого розуміння специфічних компетенцій, які формують фундамент управлінської майстерності в охороні здоров'я.

Компетенція – це інтегрована здатність особистості, що включає знання, навички, ставлення та цінності, необхідні для ефективного виконання професійної діяльності. Компетенції лідера в охороні здоров'я мають комплексний характер і постійно еволюціонують відповідно до змін у системі охорони здоров'я, медичних технологіях, соціальних очікуваннях та економічних умовах. Професійні компетенції формують фундамент медичного лідерства. Лідер повинен володіти глибоким розумінням системи охорони здоров'я: моделей організації та фінансування, нормативно-правової бази, механізмів взаємодії між різними рівнями системи, тенденцій розвитку медичної галузі. Знання клінічних процесів, навіть для нелікарів-менеджерів, є критично важливим для прийняття обґрунтованих рішень. Розуміння принципів доказової медицини, клінічних настанов, протоколів лікування дозволяє лідеру ефективно впроваджувати кращі практики [35, с. 120-135].

Управлінські компетенції забезпечують здатність лідера ефективно організовувати роботу закладу. Стратегічне управління включає навички

стратегічного аналізу (SWOT, PEST, аналіз п'яти сил Портера), розробки стратегій розвитку, встановлення цілей та пріоритетів, стратегічного планування ресурсів, моніторингу та адаптації стратегій. Операційне управління охоплює оптимізацію бізнес-процесів, управління потоками пацієнтів, планування потужностей, управління постачаннями, забезпечення безпеки пацієнтів [17, с. 306-310]. Лідерство команди включає здатність формувати ефективні команди з урахуванням ролей за моделлю Белбіна, створювати атмосферу психологічної безпеки, забезпечувати ясність цілей та ролей, налагоджувати конструктивну взаємодію, управляти груповою динамікою, вирішувати конфлікти, підтримувати високу мотивацію та згуртованість команди [35, с. 200-215].

Особистісні компетенції визначають характер лідера та його здатність бути прикладом для інших. Чесність та етичність є фундаментальними в охороні здоров'я, де довіра є основою відносин з пацієнтами, персоналом та суспільством. Лідер повинен демонструвати прозорість у прийнятті рішень, відповідальність за свої дії та рішення, дотримання професійних та етичних стандартів, захист інтересів пацієнтів, справедливість у відношенні до персоналу.

Цифрові компетенції стають критично важливими в епоху цифрової трансформації охорони здоров'я. Лідер повинен розуміти потенціал цифрових технологій (електронні медичні записи, телемедицина, штучний інтелект, big data), здатність впроваджувати інформаційні системи, навички аналізу даних для прийняття рішень, розуміння питань кібербезпеки, здатність керувати цифровими проектами [42, с. 12-18;6].

Модель трансформаційного лідерства широко визнана як одна з найефективніших для закладів охорони здоров'я, особливо в періоди змін. Трансформаційні лідери діють через чотири механізми, визначені Бассом та Аволіо [35, с. 235-250]. Ідеалізований вплив (харизма) означає, що лідер служить рольовою моделлю для послідовників, демонструє високі етичні стандарти, виявляє впевненість та оптимізм, ставить інтереси команди вище

особистих, викликає повагу та довіру. У медичному контексті це може проявлятися в тому, що головний лікар особисто дотримується всіх клінічних протоколів, демонструє емпатію до пацієнтів, працює в складних умовах нарівні з персоналом.

Інтелектуальна стимуляція передбачає заохочення креативності та інновацій, запитання припущень та традиційних підходів, підтримку ризикованих ідей, створення середовища психологічної безпеки для експериментування. Лідер може стимулювати персонал шукати нові способи лікування, впроваджувати доказову медицину, аналізувати клінічні випадки з нових перспектив.

Індивідуалізований підхід означає увагу до індивідуальних потреб кожного співробітника, надання підтримки та коучингу, делегування завдань відповідно до здібностей, визнання індивідуального внеску, створення можливостей для професійного розвитку. У закладах охорони здоров'я це може включати індивідуальні плани розвитку для лікарів, менторство молодих спеціалістів, гнучкий графік для батьків.

Дослідження демонструють, що трансформаційне лідерство в охороні здоров'я асоціюється з вищою задоволеністю персоналу, меншим вигоранням, кращою якістю медичної допомоги, більшою інноваційністю, ефективнішим впровадженням змін. Проте трансформаційне лідерство вимагає значних особистісних ресурсів лідера та може бути менш ефективним у високо структурованих, бюрократичних контекстах або в ситуаціях, що вимагають швидких, директивних рішень [35, с. 242-255].

Модель транзакційного лідерства базується на обміні між лідером та послідовниками: винагорода за досягнення цілей та виправлення відхилень. Вона включає три компоненти.

Умовна винагорода передбачає встановлення чітких цілей та очікувань, моніторинг виконання, винагороду за досягнення результатів, справедливий розподіл ресурсів. У закладі охорони здоров'я це може включати систему KPI

для відділень, бонуси за досягнення цільових показників якості, кар'єрне просування на основі результатів.

Активне управління за відхиленнями означає постійний моніторинг роботи, швидке виявлення помилок та проблем, коригуючі дії до того, як проблеми стануть серйозними. Це може включати щоденні обходи відділень, аналіз показників інфекцій, моніторинг скарг пацієнтів, регулярні аудити дотримання протоколів.

Транзакційне лідерство може бути ефективним для забезпечення стабільної роботи, дотримання стандартів та протоколів, досягнення короткострокових цілей. Проте воно менш ефективне для довгострокових трансформацій, стимулювання інновацій, розвитку організаційної культури. Найкращі результати досягаються комбінацією трансформаційного та транзакційного лідерства. Модель ситуаційного лідерства Херсі-Бланшара пропонує адаптувати стиль керівництва до рівня розвитку (готовності) послідовників, що визначається їхньою компетентністю та мотивацією виконувати конкретне завдання.

Наказування (directing) – високий рівень директивності, низький рівень підтримки – використовується для співробітників з низькою компетентністю, але високою мотивацією (ентузіастичні початківці). Лідер дає чіткі інструкції, контролює виконання, приймає рішення. У медичному контексті це підходить для нових лікарів-інтернів або медсестер на початку роботи в відділенні.

Коучинг (coaching) – високий рівень як директивності, так і підтримки – застосовується до співробітників з деякою компетентністю, але низькою мотивацією (розчаровані учні). Лідер пояснює рішення, запрошує до діалогу, надає підтримку. Це може стосуватися лікарів, які працюють кілька місяців та зіткнулися з першими труднощами або розчаруваннями.

Підтримка (supporting) – низька директивність, висока підтримка – ефективна для співробітників з високою компетентністю, але змінною мотивацією (обережні виконавці). Лідер залучає до прийняття рішень, слухає,

заохочує. Це може стосуватися досвідчених лікарів, які потребують визнання та автономії.

Делегування (delegating) – низькі рівні як директивності, так і підтримки – використовується для високо компетентних та мотивованих співробітників (самостійні професіонали). Лідер передає відповідальність за рішення та реалізацію. Це стосується провідних фахівців, завідувачів відділень.

Ситуаційна модель підкреслює, що не існує одного найкращого стилю лідерства, а ефективність залежить від правильної діагностики ситуації та гнучкості лідера. У закладі охорони здоров'я один лідер може одночасно використовувати різні стилі з різними співробітниками або з тим самим співробітником у різних ситуаціях [35, с. 230-265; 46, с. 417-428].

Отже, лідерство в системі охорони здоров'я є багатовимірним феноменом, що об'єднує різні теоретичні підходи – від класичних моделей рис та поведінки до сучасних концепцій трансформаційного, автентичного, слугуючого, розподіленого та адаптивного лідерства. Ефективний лідер у медичній сфері повинен поєднувати клінічну експертизу, управлінські компетенції, етичну поведінку, комунікаційні навички та здатність діяти в умовах невизначеності.

Таким чином, сучасне лідерство в охороні здоров'я – це динамічний процес, що вимагає гнучкості, стратегічного бачення, здатності до інновацій, а також уміння інтегрувати зусилля клінічних та управлінських команд. Саме синергія цих підходів забезпечує стійкість закладу охорони здоров'я, якість медичної допомоги та ефективність його функціонування в умовах кризових ситуацій. В умовах криз лідер набуває ролі не лише управлінця, а й фасилітатора змін, носія цінностей та джерела психологічної стабільності для персоналу. Його здатність оперативно адаптувати стиль керівництва відповідно до рівня компетентності й мотивації працівників дозволяє мінімізувати дезорганізацію, зберегти командну згуртованість та підтримати професійну ідентичність медичних фахівців. Водночас ефективне лідерство сприяє формуванню культури довіри, взаємної відповідальності та відкритої комунікації, що є критично важливими чинниками стійкості системи охорони здоров'я. У сукупності це підвищує готовність закладу до реагування на кризові виклики та забезпечує безперервність і якість медичної допомоги.

1.2. Теоретичні підходи до реалізації ефективного лідерства в кризових умовах

Криза походить від грецького слова «*krisis*», що означає поворотний пункт, момент прийняття рішення. У сучасній науці криза визначається як ситуація, що характеризується високим рівнем невизначеності, загрозою цінним ресурсам або цілям, необхідністю прийняття термінових рішень в умовах обмеженого часу та інформації, потенціалом для значних негативних або позитивних наслідків [45, с. 214-216].

Кризові ситуації в закладах охорони здоров'я мають специфічні характеристики, що відрізняють їх від криз в інших секторах економіки та вимагають особливих управлінських підходів. Несподіваність та раптовість. Кризи часто виникають без попередження або розвиваються значно швидше, ніж очікувалося. Пандемія COVID-19 стала прикладом стрімкого розвитку подій, що виявило структурні слабкості системи охорони здоров'я [3, с. 166-168;47;48].

Криза завжди супроводжується неповною, суперечливою або мінливою інформацією. На початкових етапах подій медичні лідери вимушені приймати рішення без достатніх даних [45, с. 215–218]. Загроза життю та здоров'ю. В умовах медичної кризи рішення керівників безпосередньо впливають на життя пацієнтів і персоналу, що створює додаткову етичну складність.

Обмеженість часу – медичні кризи вимагають негайного реагування, оскільки затримка може призвести до погіршення ситуації. У багатьох клінічних випадках» золота година» визначає результат лікування [12, с. 13;48].

Перевантаження ресурсів. В умовах кризи спостерігається дефіцит ліжок, кисню, персоналу, медикаментів. Це змушує керівників ухвалювати пріоритетні рішення щодо надання допомоги. Порухення нормального функціонування. Кризи руйнують звичні процедури: те, що працює в стандартних умовах, стає неефективним у кризовій ситуації. Персонал змушений імпровізувати та адаптуватися [35, с. 28-29].

Високий рівень стресу. Стрес впливає на когнітивні функції, емоційний стан та продуктивність персоналу. У медичній сфері це особливо небезпечно та призводить до вигорання. Публічний інтерес і медійний тиск. Кризові події миттєво привертають увагу ЗМІ та громадськості, що вимагає від лідерів навичок антикризової комунікації та прозорості [4, с. 67-68; 52, с. 122-134].

Кризові події порушують звичні управлінські моделі, змушують організації імпровізувати, адаптуватися та приймати рішення в умовах неповної інформації. Типологія кризових ситуацій у закладах охорони здоров'я. Класифікація кризових ситуацій дозволяє керівникам закладів охорони здоров'я краще розуміти природу викликів, з якими вони стикаються, та розробляти адекватні стратегії реагування. Систематизація криз може здійснюватися за різними критеріями (табл. 1.1).

Як бачимо з таблиці 1.1, кризові ситуації в системі охорони здоров'я є надзвичайно різноманітними за джерелами виникнення, масштабами, швидкістю розвитку та характером впливу на діяльність закладів охорони здоров'я. Така багатовимірність криз зумовлює високу складність управлінських рішень і потребує від керівників закладів охорони здоров'я системного бачення, здатності до швидкої діагностики ситуації та адаптивного реагування. Важливо підкреслити, що одна й та сама криза може одночасно належати до кількох класифікаційних груп, посилюючи кумулятивний ефект негативного впливу на організаційні, кадрові, фінансові та клінічні процеси.

Так, пандемія COVID-19 виступила прикладом зовнішньої, глобальної, гострої на початковому етапі та хронічної в подальшому життєво небезпечної кризи, яка радикально трансформувала механізми управління, комунікації та надання медичної допомоги [3, с. 166-168]. У цьому розумінні типологізація кризових ситуацій не лише має аналітичне значення, а й слугує методологічною основою для вибору адекватних стилів лідерства, інструментів управління персоналом та стратегій забезпечення стійкості закладів охорони здоров'я у кризових умовах.

Таблиця 1.1

Типологія кризових ситуацій в охороні здоров'я

Критерій класифікації	Тип кризи	Характеристика	Приклади
За джерелом виникнення	Внутрішні кризи	Виникають всередині медичного закладу через внутрішні проблеми	Масове звільнення персоналу, конфлікт у керівництві, медична помилка з летальним наслідком, страйк медпрацівників
	Зовнішні кризи	Приходять ззовні, але впливають на функціонування закладу	Пандемії, стихійні лиха, військові дії, зміни законодавства, економічна криза
За масштабом	Локальні	Вражають окремих відділ або підрозділ	Спалах інфекції у відділенні, поломка обладнання в операційній
	Організаційні	Вражають весь заклад охорони здоров'я	Фінансова криза закладу, втрата ліцензії, кібератака на інформаційну систему
	Національні/глобальні	Охоплюють країну або світ	COVID-19, війна в Україні з 2022 року
За швидкістю розвитку	Гострі кризи	Розвиваються дуже швидко, вимагають негайного реагування (години-дні)	Масові надходження постраждалих, раптова поломка систем життєзабезпечення, кібератака
	Повільно наростаючі	Розвиваються поступово, надаючи час для підготовки (тижні-місяці)	Фінансова криза через скорочення бюджету, поступова втрата кадрів
	Хронічні кризи	Тривають довгий час, виснажують ресурси (місяці-роки)	Пандемія COVID-19, війна, системна недофінансованість
За впливом на діяльність	Життєво небезпечні	Безпосередньо загрожують життю пацієнтів або персоналу	Масові надходження травмованих, спалах високопатогенної інфекції
	Репутаційні	Загрожують іміджу та довірі до закладу	Медична помилка з резонансом у ЗМІ, скандал навколо корупції
	Фінансові	Загрожують фінансовій стійкості	Борги, затримка фінансування, втрата основних джерел доходу

Джерело: складено автором на основі опрацьованої літератури [3, с. 166-170; 10, с. 174-182 ; 28; 45, с. 212-225]

Ефективне реагування на кризові ситуації в закладах охорони здоров'я потребує системного та поетапного підходу, що охоплює як попереджувальні,

так і реактивні управлінські дії. Етапи управління кризою. Кризовий менеджмент передбачає чотири послідовні етапи [45, с. 220-223; 28]:

1. Превенція та підготовка – ідентифікація потенційних загроз, розробка антикризових планів, навчання персоналу, створення резервів ресурсів. Цей етап часто недооцінюється в умовах обмежених ресурсів, хоча саме він визначає готовність організації до кризи. Виявлення та визнання – швидка ідентифікація перших ознак кризи, оцінка її масштабів та потенційного впливу, прийняття рішення про активацію антикризового плану. Критично важливим є подолання »синдрому заперечення», коли керівники не хочуть визнавати серйозність ситуації.

2. Реагування та стримування – активна фаза управління кризою, мобілізація ресурсів, прийняття оперативних рішень, стабілізація ситуації, захист життя та здоров'я. На цьому етапі ключовими є лідерська присутність, чітка комунікація та оперативна координація. Відновлення та навчання – повернення до нормального функціонування, аналіз причин та наслідків кризи, впровадження змін для запобігання повторенню, підтримка персоналу після травматичного досвіду [5, с. 105-107; 23, с. 16-18].

Таким чином, кризові ситуації в охороні здоров'я характеризуються унікальним поєднанням невизначеності, обмеженості часу, загрози життю та перевантаження ресурсів. Їх різноманітність за джерелами, масштабом, швидкістю розвитку та впливом вимагає від керівників закладів охорони здоров'я здатності швидко діагностувати тип кризи та застосовувати адекватні управлінські стратегії. Ефективне кризове управління базується на балансі між швидкістю та обережністю, централізацією та децентралізацією, структурованістю та гнучкістю. Для онкологічних закладів додаткову складність створює необхідність забезпечення неперервності спеціалізованої допомоги вразливим пацієнтам навіть у найскладніших умовах.

1.3. Лідерські компетентності керівників закладів охорони здоров'я

Лідерські компетентності керівників закладів охорони здоров'я є ключовим чинником забезпечення ефективного функціонування закладів охорони здоров'я, особливо в умовах високої невизначеності та кризових ситуацій. Сучасний керівник має володіти стратегічним баченням, здатністю приймати обґрунтовані управлінські рішення, мотивувати персонал, підтримувати командну взаємодію та формувати культуру відповідальності й довіри. Розвинені лідерські компетентності дозволяють підвищити якість медичних послуг, оптимізувати процеси, адаптуватися до змін і забезпечувати стійкість системи охорони здоров'я в довгостроковій перспективі.

У контексті онкологічних центрів, таких як КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної Ради», кризове лідерство набуває особливої ваги через специфіку роботи з пацієнтами, що потребують безперервного спеціалізованого лікування, та необхідність підтримання високих стандартів медичної допомоги навіть в екстремальних умовах [35, с. 28-32; 3, с. 167-168].

У сучасних умовах заклади охорони здоров'я стикаються з численними викликами, включаючи надзвичайні ситуації, пандемії та внутрішні організаційні кризи. Тому кризове лідерство стає ключовим елементом забезпечення безперервності лікування, підтримки персоналу та збереження довіри пацієнтів. Воно дозволяє не лише ефективно реагувати на негайні загрози, але й передбачати можливі ризики, координувати дії команди та забезпечувати стійкість організації в довгостроковій перспективі. Такий підхід формує культуру проактивного управління кризами та сприяє підвищенню якості медичної допомоги навіть в умовах високого тиску та невизначеності. Відповідно ці принципи формують теоретичну основу для розробки практичних механізмів кризового управління в закладах охорони здоров'я та визначають критерії ефективності лідерської діяльності в екстремальних умовах [45, с. 220-223; 3, с. 167-169]. З метою систематизації ключових орієнтирів ефективної управлінської поведінки в умовах кризових ситуацій у таблиці 1.2 узагальнено

фундаментальні принципи лідерства в охороні здоров'я та проілюстровано можливості їх практичної реалізації на прикладі онкологічного центру.

Таблиця 1.2

Фундаментальні принципи лідерства в охороні здоров'я

Принцип	Суть	Приклад для онкологічного центру
Превентивність	Постійна готовність до потенційних криз через сценарії загроз, резервні плани та тренінги	Підготовка до збоїв у постачанні медикаментів, обладнання, енергопостачанні або масового припливу пацієнтів
Оперативність	Швидка оцінка ситуації, прийняття рішень та реакція на зміни	Негайне реагування на критичні ситуації у лікуванні пацієнтів без затримок
Прозорість та відкрита комунікація	Чесне інформування всіх сторін про масштаби проблем, вжиті заходи та можливі наслідки	Інформування персоналу та пацієнтів про перебої у роботі центру без створення паніки
Пріоритизація	Чітке визначення першочергових завдань і розподіл ресурсів	Визначення пріоритетності процедур або розподіл дефіцитних препаратів
Командність	Залучення мультидисциплінарної команди, делегування повноважень, використання колективної експертизи	Координація роботи онкологів, хірургів, медсестер, адміністраторів у кризовій ситуації
Адаптивність	Гнучкість у підходах та готовність змінювати стратегію відповідно до ситуації	Постійна переоцінка розвитку кризи та коригування дій центру
Емоційний інтелект	Управління власними та командними емоціями, підтримка морального духу	Підтримка персоналу під час тривалого стресу, запобігання вигоранню
Навчання на досвіді	Систематичний аналіз криз, документування уроків та впровадження покращень	Оновлення протоколів та процедур після кожної кризової ситуації для кращої готовності у майбутньому

Джерело: складено автором на основі опрацьованої літератури [28; 35; 45, с. 212-225]

Фундаментальні принципи лідерства, наведені у таблиці 1.2, визначають загальні підходи керівника до дій в умовах невизначеності, тиску часу та обмежених ресурсів. Однак ефективність цих принципів значною мірою залежить від того, який саме стиль лідерства обирає керівник у конкретній ситуації. Принципи задають орієнтири поведінки, тоді як стиль визначає форму

взаємодії з командою, спосіб прийняття рішень і рівень директивності або підтримки.

У кризових умовах лідеру недостатньо дотримуватися загальних управлінських принципів – він має гнучко адаптувати свій стиль до характеру кризи, рівня підготовленості персоналу та динаміки подій. Саме тому вибір оптимального стилю лідерства стає критичним фактором ефективного подолання виклику. Дослідження показують, що успішні кризові лідери не обмежуються одним підходом, а комбінують стилі залежно від обставин і потреб організації.

У цьому контексті таблиця 1.3 узагальнює ключові стилі лідерства, що можуть бути застосовані в онкологічному центрі під час кризи, їхні характеристики, переваги та приклади практичного використання.

Таблиця 1.3

Стилі лідерства в кризових умовах онкологічного центру: характеристики, приклади та переваги

Стиль лідерства	Основні характеристики	Приклади застосування в онкологічному центрі	Переваги	Обмеження
Директивний (авторитарний)	Централізоване прийняття рішень, чіткі інструкції, суворий контроль	Надзвичайні ситуації: пожежа, відключення енергопостачання під час операцій, масове надходження постраждалих	Швидкість реагування, чіткість командної структури, зниження хаосу	Ризик упущення інформації, зниження ініціативності персоналу, високе навантаження на лідера, можливий опір після кризи
Партисипативний (демократичний)	Залучення команди до обговорення та прийняття рішень; остаточне рішення за лідером	Перегляд протоколів лікування, розробка нових маршрутів пацієнтів, оптимізація розкладу роботи	Використання колективної експертизи, підвищення прихильності персоналу, розвиток відповідальності та ініціативності	Потребує більше часу, можливі конфлікти, високий рівень професіоналізму команди

Джерело: сформовано автором на основі опрацьованої літератури [1; 14; 15, с. 217-219; 45, с.212-225]

Кожен стиль має свої переваги та обмеження: директивний забезпечує швидке реагування у надзвичайних ситуаціях, партисипативний сприяє залученню команди та прийняттю зважених рішень, трансформаційний підтримує моральний дух і довгострокову мотивацію, адаптивний дозволяє комбінувати підходи, емпатійний зміцнює психологічну стійкість, а розподільне делегування розвантажує лідера та розвиває компетентність команди.

У закладах охорони здоров'я, зокрема в онкологічних центрах, саме своєчасна, чітка та прозора комунікація забезпечує координацію дій, зменшує рівень стресу та підвищує довіру серед персоналу та пацієнтів. Наступні принципи кризової комунікації на рисунку 1.1 визначають основи ефективного обміну інформацією під час надзвичайних ситуацій.

Рисунок 1.1

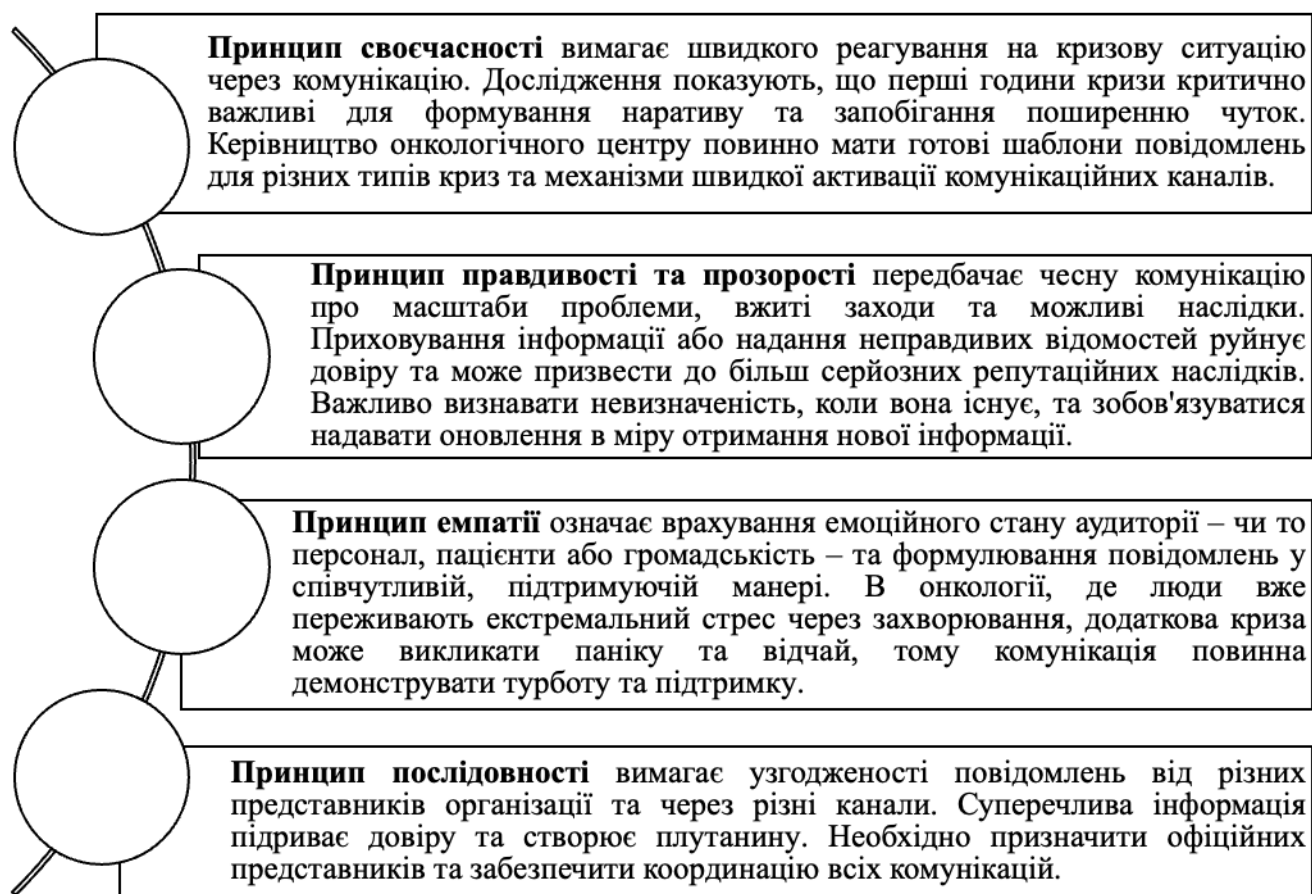


Рис.1.1. Принципи кризової комунікації для закладу охорони здоров'я

Джерело: складено автором [45, с. 212- 225]

Ефективне управління в кризових умовах передбачає не лише реагування на поточну ситуацію, але й системну підготовку організації до можливих надзвичайних подій через розробку протоколів дій, навчання персоналу та створення культури організаційної стійкості. Подальше дослідження має зосередитися на практичних аспектах впровадження моделей кризового лідерства в українських закладах охорони здоров'я з урахуванням специфіки національної системи охорони здоров'я.

Перевантаження інформацією виникає тоді, коли надмірна кількість технічних деталей заплутує й лякає, тому необхідно використовувати просту, структуровану мову, виділяти ключові повідомлення та застосовувати візуальні матеріали [1].

Мовний та культурний бар'єр є характерним для національних меншин та внутрішньо переміщених осіб, і долається через надання інформації кількома мовами, культурно чутливі підходи, залучення перекладачів або культурних медіаторів [3].

Психологічна стійкість лідера є критичним фактором успішного кризового управління в закладі охорони здоров'я. Керівник онкологічного центру під час кризи стикається з багаторівневим стресом: відповідальністю за життя пацієнтів, тиском з боку персоналу, органів влади та громадськості, необхідністю прийняття складних рішень у невизначених умовах, а також власними емоційними реакціями на страждання чи можливі втрати [45, с. 213].

Джерела стресу для лідера включають відповідальність за життя пацієнтів, що може викликати паралізуючу тривогу; моральні дилеми, пов'язані з розподілом дефіцитних ресурсів; інформаційну невизначеність; дефіцит часу; емоційне навантаження з боку команди; критику та опір; а також власні особисті втрати, які додають додатковий психологічний тиск [16; 17, с. 303-313].

Ефективне управління кризовими ситуаціями в онкологічному центрі потребує комплексного підходу, що поєднує принципи превентивності, оперативності, прозорості, пріоритизації, командності, адаптивності, емоційного інтелекту та навчання на досвіді. Лідер повинен володіти різними

стилями керівництва – директивним, партисипативним, трансформаційним, адаптивним, емпатійним та розподільним, вміючи гнучко інтегрувати їх відповідно до етапу кризи, складності ситуації та готовності команди. Ключовим елементом успіху є ефективна кризова комунікація, що включає внутрішню взаємодію з персоналом, своєчасне та прозоре інформування, використання цифрових платформ, медіа-тренінги та кризовий центр комунікації. Лідеру необхідно враховувати типові комунікаційні виклики – інформаційний вакуум, емоційні реакції, перевантаження інформацією, мовні та культурні бар'єри, поширення дезінформації – та застосовувати практичні інструменти їх подолання. Водночас лідер перебуває під значним стресом через високу відповідальність за життя пацієнтів, моральні дилеми, інформаційну невизначеність, часові обмеження, емоційне навантаження від команди, критику та особисті втрати. Успішне кризове управління вимагає поєднання стратегічної підготовки, оперативності, гнучкості, емоційного інтелекту та здатності підтримувати команду, що дозволяє забезпечити безпеку пацієнтів, ефективність роботи закладу та збереження довіри персоналу й громадськості.

Отже, в умовах тривалих та повторюваних криз особливої ваги набуває інституціоналізація кризового лідерства, що передбачає формування сталих управлінських процедур, чітких ролей і зон відповідальності. Важливим чинником ефективності є здатність лідера забезпечити баланс між клінічними пріоритетами, управлінськими рішеннями та гуманістичними цінностями медичної допомоги. Системна робота з персоналом, включно з психологічною підтримкою, супервізією та розвитком стресостійкості, знижує ризики професійного вигорання та втрати кадрового потенціалу. Водночас накопичення й аналіз кризового досвіду сприяють організаційному навчанню та підвищенню готовності онкологічного центру до майбутніх викликів. У сукупності це формує довгострокову стійкість закладу та підсилює його здатність зберігати якість медичної допомоги навіть в умовах високої невизначеності.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ КНП «ПОДІЛЬСЬКИЙ РЕГІОНАЛЬНИЙ ЦЕНТР ОНКОЛОГІЇ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ» В УМОВАХ КРИЗОВИХ СИТУАЦІЙ

2.1. Організаційно-економічна характеристика діяльності КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради»

Проведене дослідження показало, що організаційно-економічна характеристика діяльності КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» є необхідною передумовою для розуміння особливостей управління та реалізації лідерських практик у кризових умовах. Аналіз функціонування закладу дозволяє окреслити його правовий статус, ресурсне забезпечення, структуру управління, фінансово-економічні показники та специфіку надання медичних послуг. Особлива увага приділяється трансформаціям у діяльності центру, зумовленим воєнними викликами, зростанням навантаження на систему охорони здоров'я та необхідністю швидкої адаптації управлінських рішень. Такий підхід створює аналітичну основу для подальшої оцінки ефективності лідерства та кризового управління в умовах надзвичайної невизначеності. КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради», скорочена назва – КНП «ПРЦО ВОР». 3 грудня 2017 року Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер змінив назву на Подільський регіональний центр онкології, що стало черговим етапом успішного розвитку закладу [34].

КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» функціонує за адресою: м. Вінниця, вул. Хмельницьке шосе, 84, індекс 21029. Організаційно-правова форма – комунальне некомерційне підприємство (КНП), ідентифікаційний код ЄДРПОУ 05484161. Директором закладу є Перегончук Сергій Борисович. У своїй діяльності центр керується

Конституцією та Законами України, наказами МОЗ, Статутом КНП та іншими установчими документами.

Основним видом діяльності закладу є 86.10 – діяльність лікарняних закладів, що охоплює надання спеціалізованої онкологічної допомоги населенню Вінницької області та сусідніх регіонів [34]. Центр є сучасним, багатoproфільним, високоспеціалізованим обласним закладом третинного рівня. Щорічно в стаціонарних відділеннях лікується до 10 тисяч пацієнтів, з яких 75% становлять онкологічні хворі, решту – пацієнти з доброякісною патологією. Поліклініка щорічно приймає 80-90 тисяч хворих, а в стаціонарних відділеннях виконується близько 6,5 тисяч оперативних втручань. Центр надає широкий спектр діагностичних і лікувальних послуг у галузі онкології, що формує основу маркетингового забезпечення закладу [18] та стратегій просування медичних послуг [12].

Центр надає консультативні та лікувальні послуги, що включають хірургічне лікування злоякісних новоутворень різної локалізації, променево-терапію, хіміотерапію та комбіновані методи лікування. Диспансерно-поліклінічне відділення працює за принципом «відкритих дверей» і розраховане на 200 відвідувань за зміну, що означає можливість самостійного звернення жителів без направлення.

Ефективне функціонування та стратегічний розвиток КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» залежить не лише від цих внутрішніх ресурсів, а й від здатності адаптуватися до складних умов зовнішнього середовища, особливо в контексті викликів військового часу та суспільних очікувань щодо якості медичної допомоги. Аналіз макросередовища є фундаментальним інструментом стратегічного менеджменту. Його метою є ідентифікація та оцінка зовнішніх сил (політичних, економічних, соціальних, технологічних, екологічних та правових), які впливають на діяльність організації та галузі охорони здоров'я в цілому [1, с. 166-170; 20]. Аналіз основних напрямів медичної діяльності КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» свідчить про комплексний підхід до надання онкологічної допомоги

(табл. 2.1). Використання сучасних технологій та розвиток паліативної допомоги з онкорекреабілітацією підтверджують статус центру як спеціалізованого закладу третинного рівня, здатного надавати високотехнологічну онкологічну допомогу населенню регіону.

Таблиця 2.1

Основні напрями медичної діяльності КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради»

Діагностика онкологічних захворювань	Центр надає повний спектр діагностичних послуг, необхідних для виявлення, верифікації та стадіювання онкологічних захворювань. Це включає візуалізаційні методи (КТ, УЗД, рентгенографію, мамографію), лабораторні дослідження (онкомаркери, загальноклінічні та біохімічні аналізи), морфологічну верифікацію (гістологію та цитологію) та ендоскопічні дослідження.
Хірургічне лікування:	Онкохірургічне відділення виконує широкий спектр операцій з приводу злоякісних новоутворень різних локалізацій: операції на органах черевної порожнини, грудної клітки, голови та шиї, щитоподібній залозі, молочній залозі, репродуктивних органах, сечостатевої системі, кістках та м'яких тканинах. Застосовуються як традиційні відкриті операції, так і мініінвазивні лапароскопічні втручання, реконструктивно-пластичні операції.
Хіміотерапевтичне лікування	Відділення хіміотерапії надає ад'ювантну, неоад'ювантну та паліативну хіміотерапію за сучасними міжнародними протоколами. Застосовуються як класичні цитостатики, так і таргетні препарати, імунотерапія (за наявності фінансування). Лікування проводиться в умовах денного стаціонару та повного стаціонару залежно від протоколу.
Променева терапія	Відділення променевої терапії обладнане лінійним прискорювачем останнього покоління, що дозволяє проводити дистанційну променеву терапію з високою точністю та мінімізацією ушкодження здорових тканин. Застосовуються сучасні методики: конформна променева терапія, IMRT (модульована за інтенсивністю променева терапія), стереотаксична радіотерапія. Також доступна брахітерапія для окремих локалізацій.
Паліативна та підтримуюча допомога	Центр надає паліативну допомогу пацієнтам на термінальних стадіях захворювання, включаючи знеболення (у тому числі опіоїдними анальгетиками), симптоматичне лікування, психологічну підтримку, догляд. Створено відділення паліативної допомоги для пацієнтів, що потребують стаціонарного догляду.
Реабілітація онкологічних пацієнтів	Впроваджуються програми онкорекреабілітації, що включають фізичну терапію, психологічну підтримку, дієтичне консультування для відновлення функціонального стану пацієнтів після лікування.
Диспансерне спостереження	Центр здійснює довгострокове спостереження за пацієнтами, що завершили спеціальне лікування, для раннього виявлення рецидивів та метастазів.

Джерело: складено автором на основі матеріалів КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» [38]

Аналіз основних напрямів медичної діяльності в таблиці 2.1 КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» свідчить про комплексний підхід до надання онкологічної допомоги. Заклад забезпечує повний цикл спеціалізованої допомоги – від ранньої діагностики до радикального лікування, паліативного супроводу та довгострокового диспансерного спостереження. Наявність усіх трьох основних методів протипухлинного лікування (хірургія, хіміотерапія, променева терапія) дозволяє реалізовувати сучасні комбіновані підходи відповідно до міжнародних клінічних протоколів. Використання сучасних технологій та розвиток паліативної допомоги з онкорекреацією підтверджують статус центру як спеціалізованого закладу третинного рівня, здатного надавати високотехнологічну онкологічну допомогу населенню регіону.

Представлена багатoproфільність та складність медичної діяльності КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» вимагає високого рівня координації між різними підрозділами, оперативного прийняття рішень та ефективного управління людськими ресурсами. Центр виконує функції як стаціонару, так і амбулаторного прийому, забезпечуючи широкий спектр медичних послуг: хірургічне лікування, хіміотерапію, променеву терапію та паліативну допомогу.

Ефективність функціонування будь-якого закладу охорони здоров'я, особливо онкологічного профілю, безпосередньо залежить від кваліфікації персоналу, оптимальності організаційної структури та раціонального розподілу функціональних обов'язків між різними категоріями працівників. Аналіз кадрового складу дозволяє оцінити потенціал закладу, виявити можливі дисбаланси у забезпеченості різними категоріями фахівців та визначити резерви для оптимізації організаційної структури. Структура персоналу КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» станом на кінець 2023 року представлена на рисунку 2.1.

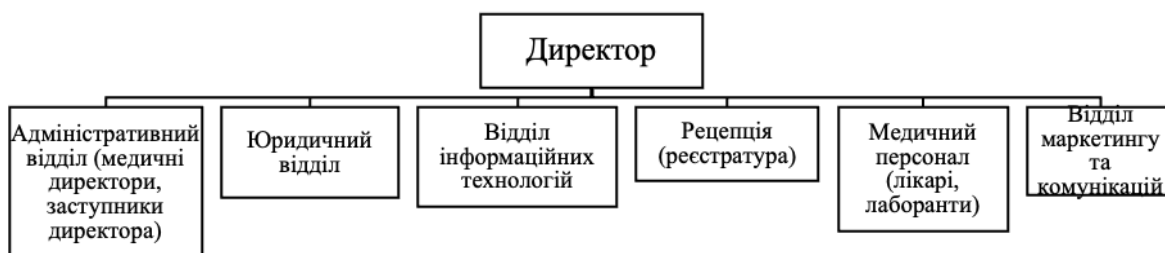


Рис. 2.1. Організаційна структура КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради»

Джерело: складено автором за матеріалами закладу охорони здоров'я [38]

Організаційна структура КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» побудована за функціонально-ієрархічним принципом і відображає специфіку закладу охорони здоров'я, що надає високоспеціалізовану допомогу.

Далі розглянемо основні ланки управління закладу. Директор закладу є керівником центру, що призначається за конкурсом відповідно до законодавства України. Директор несе повну відповідальність за діяльність закладу, його фінансовий стан, якість медичних послуг та безпеку пацієнтів. До повноважень директора входить:

- стратегічне планування та визначення пріоритетів розвитку;
- прийняття ключових управлінських рішень;
- представництво закладу у відносинах з органами влади, партнерами та громадськістю;
- затвердження штатного розкладу, положень та внутрішніх регламентів;
- управління фінансовими ресурсами в межах затвердженого кошторису;
- призначення та звільнення працівників.

Головний лікар (або заступник директора з медичної частини) відповідає за організацію лікувально-діагностичного процесу, якість медичної допомоги, дотримання клінічних протоколів та стандартів. Основні функції:

- координація роботи клінічних підрозділів;
- контроль якості медичної допомоги;

- організація консилиумів та мультидисциплінарних обговорень складних випадків;

- впровадження нових методів діагностики та лікування;

- взаємодія з профільними науковими установами.

Заступник директора з економічних питань керує фінансово-господарською діяльністю:

- планування та виконання бюджету;

- управління контрактами з постачальниками та підрядниками;

- ведення бухгалтерського обліку та фінансової звітності;

- взаємодія з НСЗУ щодо договорів та оплати наданих послуг;

- оптимізація витрат та підвищення фінансової ефективності.

Заступник директора з адміністративно-господарської частини відповідає за матеріально-технічне забезпечення та інфраструктуру:

- утримання будівель та споруд;

- забезпечення комунальними послугами;

- організація харчування пацієнтів;

- управління транспортом та господарським обладнанням;

- забезпечення безпеки та охорони [13, с. 290-294].

Далі переходимо до розгляду середньої ланки управління. Завідувачі клінічних відділень керують безпосередньо медичними підрозділами: хірургічне онкологічне відділення, відділення променевої терапії, відділення хіміотерапії, відділення онкогінекології, відділення онкоурології, діагностичне відділення. Завідувачі відповідають за організацію роботи відділення, якість медичної допомоги, раціональне використання ресурсів, дотримання санітарно-епідеміологічного режиму, навчання та розвиток персоналу. Старші медичні сестри відділень координують роботу середнього та молодшого медичного персоналу, забезпечують виконання лікарських призначень, контролюють дотримання стандартів догляду за пацієнтами.

Допоміжні та підтримуючі підрозділи: юридична служба – правове супроводження діяльності закладу, підготовка договорів, представництво інтересів у судових органах. Відділ кадрів – управління персоналом, підбір, адаптація, навчання та розвиток працівників. Планово-економічний відділ – стратегічне та поточне планування, аналіз економічної ефективності. Відділ маркетингу та зв'язків з громадськістю – інформування населення про послуги, робота з пацієнтами та партнерами, управління репутацією [38].

Описана вище організаційна структура КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» відображає класичну модель побудови спеціалізованого закладу охорони здоров'я з чіткою функціональною диференціацією підрозділів та вертикальною ієрархією управління. Однак надзвичайні обставини останніх років продемонстрували, що традиційна структура потребує суттєвої адаптації для ефективного функціонування в кризових умовах. Це актуалізувало питання гнучкості організаційної побудови, швидкості прийняття управлінських рішень, міжфункціональної координації та мобілізації ресурсів у надзвичайних ситуаціях. Далі переходимо до розгляду особливостей трансформації організаційної структури закладу під впливом кризових викликів.

Досвід роботи в умовах пандемії COVID-19 та воєнного стану виявив необхідність гнучкішої та адаптивнішої структури управління. У центрі було створено «Штаб антикризового управління» – тимчасовий координаційний орган, що включає директора, головного лікаря, завідувачів ключових відділень та представників служб забезпечення. Штаб збирається щоденно (у гострій фазі кризи) або щотижня (у стабільній фазі) для оцінки ситуації, прийняття оперативних рішень та координації дій.

Також було впроваджено систему делегованих повноважень, коли завідувачі відділень отримали розширені повноваження для прийняття оперативних рішень у межах своєї компетенції без необхідності узгодження з вищим керівництвом, що значно прискорило реакцію на виклики. Організаційна структура залишається предметом постійного аналізу та

оптимізації для забезпечення максимальної ефективності як у звичайних умовах, так і в періоди криз [14, с. 112-115].

Законність та якість медичної діяльності будь-якого закладу охорони здоров'я в Україні підтверджуються наявністю відповідних дозвільних документів та проходженням обов'язкових процедур акредитації. Ліцензування медичної практики є механізмом державного регулювання, що гарантує відповідність закладу встановленим стандартам безпеки, кваліфікації персоналу та матеріально-технічного оснащення. Для спеціалізованих онкологічних центрів вимоги до ліцензування є особливо суворими, оскільки передбачають роботу зі складним високотехнологічним обладнанням, використання радіоактивних речовин, застосування потужних хіміотерапевтичних препаратів та проведення складних хірургічних втручань. Розглянемо правові засади функціонування КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» та спектр ліцензованих напрямів медичної діяльності [43, с. 4-7].

КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» здійснює свою діяльність на підставі ліцензії Міністерства охорони здоров'я України на провадження господарської діяльності з медичної практики. Ліцензія надає право на надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги в галузі онкології.

Заклад пройшов акредитацію Міністерства охорони здоров'я України та отримав сертифікат, що підтверджує відповідність вимогам до надання спеціалізованої медичної допомоги третинного рівня. Акредитація включала оцінку: матеріально-технічної бази, кваліфікації медичного персоналу, дотримання клінічних протоколів та стандартів, системи управління якістю, безпеки пацієнтів [38].

Центр є учасником програм Національної служби здоров'я України (НСЗУ) за пакетами медичних послуг з онкології, що підтверджує відповідність встановленим вимогам до якості та безпеки медичної допомоги [13]. Ліцензія на медичну практику та акредитація вищої категорії надають

КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» право здійснювати широкий спектр спеціалізованих медичних послуг онкологічного профілю.

Варіативність напрямів діяльності та наявність всіх необхідних ліцензій дозволяє центру надавати комплексну онкологічну допомогу на всіх етапах – від діагностики до реабілітації та паліації. Аналіз показників плинності кадрів дозволяє оцінити ефективність кадрової політики керівництва та виявити потенційні проблемні зони в управлінні персоналом. Плинність персоналу є важливим індикатором задоволеності працівників умовами праці, оплатою та організаційним кліматом.

Таблиця 2.3

Динаміка плинності кадрів КНП «Подільського регіонального центру онкології» за 2022-2024 роки

Показник	2022 р.	2023 р.	2024 р.
Звільнено працівників	18	32	28
Прийнято працівників	22	28	25
Коефіцієнт плинності (%)	7,4%	13,6%	11,4%

Джерело: складено автором за матеріалами закладу охорони здоров'я [38]

Відтак, у 2022 році плинність знаходилася на прийнятному для закладів охорони здоров'я рівні (7,4%). Різке зростання у 2023 році (13,6%) пов'язане з початком повномасштабного вторгнення та його наслідками: евакуація частини персоналу за кордон або в західні регіони України, мобілізація чоловіків працездатного віку, зростання психологічного навантаження та страху за власну безпеку, погіршення економічних умов (інфляція при відносно стабільній зарплаті).

Зокрема, у 2024 році спостерігається деяке зниження плинності (11,4%), що може свідчити про: адаптацію персоналу до нових умов роботи, стабілізацію ситуації (відносно 2023 року), вжиття керівництвом заходів щодо утримання кадрів, обмеження можливостей для переїзду або зміни роботи через загальну економічну ситуацію.

Кадровий потенціал КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» загалом відповідає потребам закладу для надання якісної онкологічної допомоги. Персонал характеризується високою кваліфікацією та значним досвідом роботи. Водночас існують виклики:

- підвищена плинність кадрів в умовах воєнного стану;
- дефіцит молодих спеціалістів;
- психологічне навантаження на персонал;
- необхідність постійного підвищення кваліфікації відповідно до сучасних стандартів.

Ефективне управління кадрами, включаючи утримання, мотивацію та розвиток персоналу, є ключовим завданням кризового лідерства в центрі. Відповідно у цьому контексті аналіз кількісних показників діяльності закладу набуває особливого значення, оскільки він дозволяє оцінити обсяги наданої медичної допомоги, динаміку розвитку центру та вплив кризових факторів на його функціонування. Таке порівняння статистичних даних за період 2022-2024 років дає змогу простежити трансформації в роботі центру до та після початку повномасштабного воєнного вторгнення у лютому 2022 року. Детальніше ключові показники діяльності наведено у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Основні показники діяльності КНП «Подільський регіональний центр онкології» за 2022-2024 роки

№	Показник	2022 р.	2023 р.	2024 р.	Відносне відхилення, 2024/2022, %
1.	Кількість пацієнтів, що отримали стаціонарне лікування	3 245	2 687	2 894	-10,8%
2.	Кількість пацієнтів амбулаторно-поліклінічної допомоги	12 580	10 235	11 342	-9,8%
3.	Проведено операцій	1 456	1 189	1 298	-10,9%
4.	Проведено курсів хіміотерапії	2 834	2 245	2 567	-9,4%
5.	Проведено курсів променевої терапії	1 678	1 423	1 589	-5,3%
6.	Середня ліжко-днів на одного пацієнта	12,4	13,2	12,8	+3,2%
7.	Обіг ліжка (разів на рік)	27,0	22,4	24,1	-10,7%
8.	Летальність (%)	2,8%	3,4%	3,1%	+0,3 %

Джерело: розраховано за даними фінансової звітності [32]

Загалом, незважаючи на об'єктивні труднощі воєнного часу, дані з таблиці 2.4 продемонстрували, що КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» продемонстрував організаційну резилієнтність та здатність підтримувати надання критично важливої онкологічної допомоги населенню. Тенденція до відновлення показників у 2024 році засвідчує ефективність антикризових стратегій керівництва та потенціал для повернення до довоєнних обсягів діяльності в міру стабілізації ситуації.

Структура онкологічної патології, з якою працює заклад, відображає не лише загальні епідеміологічні тенденції в регіоні, але й спеціалізацію центру, доступність різних видів діагностики та лікування, а також довіру населення до конкретних напрямів роботи закладу. Розглянемо детальний розподіл випадків онкологічних захворювань серед пацієнтів, які отримували стаціонарне лікування в КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» протягом 2024 року [32, с. 8-15].

Показники діяльності КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» за 2021-2023 роки відображають значний вплив кризових факторів (повномасштабне вторгнення) на функціонування закладу. Зниження обсягів допомоги на 10-18% є об'єктивним наслідком екстремальних умов. Водночас здатність центру продовжувати надавати спеціалізовану онкологічну допомогу, частково відновити обсяги у 2023 році та підтримувати прийнятні показники якості свідчить про ефективність антикризового управління та резилієнтність організації [41, с. 10-14].

Кадровий склад характеризується високою кваліфікацією (46,2% лікарів мають вищу категорію), проте існують виклики: підвищена плинність персоналу, дефіцит молодих спеціалістів, психологічне навантаження на працівників. Структура онкологічних захворювань відповідає загальнонаціональним тенденціям з домінуванням раку молочної залози (17,7%), легень (15,4%) та колоректального раку (13,8%). Загалом заклад продемонстрував організаційну резилієнтність та здатність підтримувати

надання критично важливої онкологічної допомоги в умовах тривалої кризи, що створює підґрунтя для дослідження лідерських практик, які забезпечили таку стійкість організації.

Також варто розглянути фінансово-економічний стан закладу охорони здоров'я, адже він є критичним фактором спроможності надавати якісну медичну допомогу та протистояти кризовим викликам. Аналіз фінансових показників дозволяє оцінити стійкість закладу, ефективність використання ресурсів та виявити потенційні ризики.

В умовах воєнного стану фінансово-економічні показники набувають особливого значення, оскільки відображають здатність організації мобілізувати ресурси, адаптуватися до нестабільного зовнішнього середовища та забезпечувати сталу роботу навіть при обмеженні традиційних джерел фінансування. Розглянемо в таблиці 2.5 динаміку ключових фінансово-економічних показників КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» за період 2021-2024 років, що охоплює як довоєнний період, так і роки повномасштабного вторгнення.

Таблиця 2.5

Динаміка фінансово-економічних показників КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» за 2021-2024 роки

№	Показник	2021 р.	2022 р.	2023 р.	2024 р.
1.	Кількість персоналу	—	663	675	690
2.	Дохід (тис. грн)	173 179	246 964	352 724	414 328
3.	Чистий прибуток (тис. грн)	35 820	23 388	54 398	63 241
4.	Активи (тис. грн)	223 108	266 715	336 771	413 591
5.	Гроші та їх еквіваленти (тис. грн)	8 466	21 513	38 886	47 032
6.	Довгострокові зобов'язання (тис. грн)	85 354	116 562	123 816	115 760
7.	Поточні зобов'язання (тис. грн)	1 942	1 366	162	115
8.	Власний капітал (тис. грн)	135 811	148 786	212 793	297 716

Джерело: фінансова звітність [17; 38]

Аналіз динаміки фінансово-економічних показників КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» за 2021-2024 роки демонструє стійку позитивну тенденцію зміцнення фінансової стабільності закладу, незважаючи на екстремальні умови воєнного стану. Сукупний дохід

закладу зріс більш ніж удвічі – з 173,2 млн грн у 2021 році до 414,3 млн грн у 2024 році (+139,2%), що свідчить про успішну диверсифікацію джерел фінансування, ефективну роботу з Національною службою здоров’я України та залучення додаткових коштів від благодійних організацій та міжнародних донорів.

Загалом, фінансово-економічні показники КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» демонструють не лише стійкість до кризових викликів, а й здатність до розвитку в екстремальних умовах. Розглянемо таблицю 2.6 про динаміку ключових показників фінансової стійкості за 2022-2024 роки.

Таблиця 2.6

Аналіз фінансової стійкості КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради»

№	Показник	Роки			Абсолютне відхилення +,-		Відносне відхилення, %	
		2022р.	2023р.	2024р.	2023 / 2022	2024 / 2023	2023 / 2022	2024 / 2023
1	Коефіцієнт автономії (незалежності)	0,632	0,720	0,678	0,088	-0,042	13,92	-5,83
2	Коефіцієнт фінансового ризику	0,582	0,389	0,475	-0,193	0,086	-33,16	22,11
3	Коефіцієнт маневреності власного капіталу	0,412	0,376	0,432	-0,036	0,056	-8,74	14,89
4	Коефіцієнт довгострокового залучення коштів	0,989	0,999	1	0,01	0,001	1,01	0,10
5	Коефіцієнт фінансової незалежності капіталізованих джерел	0,998	0,999	1	0,001	0,001	0,10	0,10

Джерело: розраховано за даними фінансової звітності[17, с. 303-313; 38]

Аналіз показників фінансової стійкості КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» за 2022-2024 роки свідчить про високий рівень фінансової стабільності закладу та ефективність фінансового менеджменту в умовах воєнної кризи. Всі показники фінансової стійкості КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради»

знаходяться в безпечній зоні та значною мірою перевищують нормативні значення. Високий рівень автономії (67,8%), низький фінансовий ризик (0,475), достатня маневреність капіталу (43,2%) та стабільність довгострокового фінансування створюють міцний фундамент для стійкого функціонування закладу в умовах невизначеності та дозволяють керівництву впроваджувати довгострокові стратегічні ініціативи без загрози фінансової дестабілізації.

Джерела фінансування центру онкології. КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» функціонує в умовах змішаного фінансування, що включає кілька джерел надходження коштів.

В умовах воєнного стану традиційні джерела фінансування зазнають суттєвих змін, відповідно скорочується бюджетне фінансування через перерозподіл коштів на оборонні потреби, виникають проблеми з виконанням договорів з Національної служби здоров'я України через евакуацію пацієнтів та зміну демографічної ситуації, водночас з'являються нові можливості через залучення міжнародної гуманітарної допомоги та благодійних коштів. Аналіз структури джерел фінансування КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» дозволяє оцінити фінансову резилієнтність закладу та ефективність стратегії керівництва щодо забезпечення сталого ресурсного потоку [44].

Для детального розуміння фінансової динаміки КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» необхідно проаналізувати не лише структуру джерел фінансування на певний момент часу, а й їхню динаміку протягом кризового періоду. Порівняння абсолютних та відносних показників доходів за 2022-2024 роки дозволяє оцінити, наскільки ефективно керівництво закладу адаптувало фінансову стратегію до змін зовнішнього середовища, які канали фінансування демонструють зростання, а які – скорочення, та наскільки стабільним є загальний фінансовий потік.

Аналіз динаміки доходів за категоріями джерел фінансування представлено в таблиці 2.7, яка відображає трансформацію фінансової моделі центру під впливом воєнних викликів.

Таблиця 2.7

Динаміка доходів КНП «Подільський регіональний центр онкології
Вінницької обласної ради» за 2022-2024 роки (тис. грн)

№	Джерело доходів	2022 р.	2023 р.	2024 р.	Відносне відхилення 2024/2022, %
1.	Кошти НСЗУ	89 450	78 230	94 560	+5,7%
2.	Обласний бюджет	42 300	38 100	41 200	-2,6%
3.	Гуманітарна допомога	-	8 950	10 680	-
4.	Благодійні внески	2 850	3 420	3 050	+7,0%
5.	Платні послуги	1 650	980	1 290	-21,8%
6.	Всього доходів	136 250	129 680	150 780	+10,7%

Джерело: розраховано за даними фінансової звітності [17, с. 303-313]

В номінальному вираженні доходи 2024 року перевищили рівень 2022 року на 10,7%, хоча в реальному вираженні (з урахуванням інфляції близько 25% за два роки) фактично залишаються нижчими. Фінансова ситуація центру демонструє відносну стійкість навіть в умовах кризи. Диверсифікація джерел фінансування, підтримка з боку міжнародних донорів та обласної влади дозволили підтримувати операційну діяльність. Водночас зростає фінансова напруга через інфляцію, зростання комунальних тарифів та необхідність підтримання конкурентної зарплати для утримання персоналу [21]. Детальна структура використання фінансових ресурсів закладу представлена в таблиці 2.8, яка відображає розподіл видатків за основними напрямками діяльності.

Аналіз ефективності використання ресурсів КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» за 2022-2024 роки демонструє неоднозначну динаміку, що відображає складність адаптації закладу до кризових умов та потребу у балансуванні між інвестиціями в розвиток і підтримкою поточної операційної ефективності.

З одного боку, спостерігається позитивна динаміка доходів від реалізації продукції, яка зросла на 48,4% за аналізований період, а чистий прибуток збільшився на 15,4%. Зростання середньорічної заробітної плати та фонду оплати праці також відображає прагнення закладу забезпечити мотиваційний стимул для персоналу, що є критично важливим в умовах кризового

менеджменту. Зростання фондомісткості та фондоозброєності праці свідчить про нарощування матеріально-технічної бази, однак при цьому потребує уваги баланс між інвестиціями та операційною рентабельністю.

Таблиця 2.8

Аналіз фінансових результатів діяльності КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради», тис. грн.

Показник	Роки			Абсолютне відхилення +,-		Відносне відхилення, %	
	2022р.	2023р.	2024р.	2023	2024	2023	2024
	.			/	/	/	/
				2022	2023	2022	2023
<i>Вихідні дані</i>							
Дохід від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг)	284 541,10	328 309,90	422230	43768,8	93920,1	15,38	28,61
Валовий прибуток, тис. грн.	2709,3	20678	-36293	17968,7	-56971	663,29	-275,52
Чистий прибуток (збиток), тис. грн.	54398,1	63240,7	62804,6	8842,6	-436,1	16,26	-0,69
Фонд оплати праці, тис. грн.	137489,21	159281,49	188743,89	21792,28	29462,4	15,85	18,5
Середньорічна вартість основних засобів, тис. грн.	113076,95	21416140	336295,75	101084,45	122134,35	89,4	57,03
Середня кількість працівників, чол.	669	680	703,5	11	23,5	1,64	3,46
Собівартість реалізованої продукції (товарів, робіт, послуг), тис. грн.	297016,7	339203,7	458523	42187	119319,3	14,2	35,18
Матеріальні витрати, тис. грн.	298326,3	351086,8	474268,4	52760,5	123181,6	17,68	35,08
<i>Розрахунок показників:</i>							
<i>Ефективність використання основних засобів</i>							
Фондовіддача, тис.грн.	2,52	1,53	1,26	-0,99	-0,27	-39,29	-17,65
Фондомісткість, тис. грн.	0,4	0,65	0,8	0,25	0,15	62,5	23,08
Фондоозброєність праці, тис.грн.	169,47	315,56	478,05	146,09	162,49	86,21	51,49

Продовження таблиці 2.8

Ефективність використання трудових ресурсів							
Продуктивність праці, тис. грн.	425,88	482,73	600,2	56,85	117,47	13,35	24,34
Середньорічна заробітна плата, тис. грн.	205,35	234,25	268,3	28,9	34,05	14,07	14,54

Джерело: розраховано за даними фінансової звітності [17]

Таким чином, аналіз фінансових результатів підтверджує, що діяльність КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» за період 2022-2024 років характеризується одночасним розвитком ключових показників ефективності та зростанням витратного навантаження, що обумовлює необхідність комплексного управлінського підходу для підтримки стабільності та підвищення операційної ефективності закладу.

Логічним продовженням аналізу фінансових результатів є оцінка рентабельності діяльності закладу, яка характеризує ефективність використання ресурсів та здатність генерувати прибуток [21, с. 14-21].

Таким чином, аналіз рентабельності підтверджує, що діяльність КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» у 2024 році зазнала суттєвого впливу кризових факторів, що потребує комплексного підходу до оптимізації витрат та підвищення ефективності операційної та інвестиційної діяльності закладу.

Таблиця 2.9

Аналіз рентабельності КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради»

№	Показник	Роки			Абсолютне відхилення +,-		Відносне відхилення, %	
		2022р.	2023р.	2024р.	2023 / 2022	2024 / 2023	2023 / 2022	2024 / 2023
1.	Рентабельність діяльності, %	19,1	19,3	-8,6	0,2	-27,9	1,05	-144,56
2.	Рентабельність активів, %	18,0	16,9	14,0	-1,1	-2,9	-6,11	-17,16
3.	Рентабельність власного капіталу, %	30,1	24,8	20,0	-5,3	-4,8	-17,61	-19,35

Джерело: розраховано за даними фінансової звітності [17]

Така динаміка свідчить про те, що темпи зростання активів випереджають темпи зростання чистого прибутку, що може вказувати на недостатньо ефективного використання наявних ресурсів або необхідність часу для освоєння нових потужностей [19; 24, с. 42-53;33; 28].

Водночас необхідно зазначити, що навіть при зниженні рентабельності власного капіталу залишається на досить високому рівні (20,0%), що пояснюється мінімальним розміром статутного капіталу комунального некомерційного підприємства та специфікою його фінансування [4, с. 67-72]. Виявлена негативна динаміка показників рентабельності підтверджує висновки попереднього аналізу про наявність системних проблем у структурі витрат закладу. Водночас збереження позитивного значення чистого прибутку та рентабельності активів і власного капіталу на прийнятному рівні свідчить про наявність у закладу додаткових джерел доходів (інші операційні доходи), які компенсують операційні збитки [21, с. 14-21;34]. Це підтверджує важливість диверсифікації джерел фінансування для комунальних закладів охорони здоров'я в умовах зростаючих операційних витрат

Таким чином, аналіз рентабельності КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» вказує на необхідність термінових управлінських рішень щодо оптимізації витрат, підвищення ефективності використання ресурсів та розробки стратегії збалансованого розвитку закладу. Зниження показників рентабельності може негативно вплинути на довгострокову фінансову стійкість та конкурентоспроможність закладу на ринку спеціалізованих медичних послуг, що особливо актуально в контексті реформування системи охорони здоров'я в Україні. У подальшому слід зосередити увагу на підвищенні ефективності використання основних засобів та оптимізації структури витрат, що дозволить знизити операційний тиск на бюджет закладу. Такий комплексний підхід дозволить забезпечити фінансову стабільність закладу та сприятиме підвищенню його конкурентоспроможності на ринку спеціалізованих медичних послуг у середньо- та довгостроковій перспективі.

2.2. Виявлення кризових чинників у діяльності закладу охорони здоров'я в умовах сучасних викликів

Персонал є найціннішим ресурсом будь-якого закладу охорони здоров'я, а в кризових умовах його збереження, мотивація та підтримка стають абсолютним пріоритетом. Лідерство проявляється не лише в прийнятті стратегічних рішень, а й у щоденній турботі про людей, які забезпечують функціонування організації.

Кадрові виклики та їх вплив на організацію. КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради», як і більшість закладів охорони здоров'я України, зіткнувся з серйозними кадровими викликами: скорочення чисельності персоналу. Мобілізація лікарів та медичних сестер до Збройних Сил, міграція частини працівників за кордон з сім'ями (особливо на початку війни), перехід деяких співробітників до інших закладів або сфер діяльності через стрес та вигорання призвели до скорочення кадрового потенціалу [23, с. 78-82; 37, с. 230-234]. Збільшення навантаження на тих, хто залишився. Менша кількість співробітників при збереженні або навіть зростанні обсягу роботи призвела до значного перевантаження персоналу, що збільшує ризик професійного вигорання та помилок [35]. Зміна мотиваційної структури. Традиційні мотиватори (заробітна плата, кар'єрне зростання, навчання) частково втратили значення на фоні базових потреб у безпеці та стабільності. Водночас зросла роль ціннісних мотиваторів – відчуття виконання обов'язку, допомоги тим, хто потребує, внеску у перемогу [5].

Керівництво закладу вживає комплекс заходів для утримання кваліфікованих кадрів, тобто фінансова підтримка – у межах можливостей забезпечується своєчасна виплата заробітної плати, використання доступних механізмів підвищення оплати праці (надбавки за інтенсивність, за роботу в особливих умовах), матеріальна допомога співробітникам у складних життєвих обставинах, забезпечення додаткових благ (харчування, транспортування до роботи під час перебоїв з громадським транспортом).

Гнучкість у графіках роботи – адаптація робочих графіків до можливостей співробітників (наприклад, зменшення кількості нічних чергувань для матерів маленьких дітей, можливість роботи з дому для адміністративного персоналу в дні з особливо небезпечною ситуацією), розуміння потреб у відпустках для відновлення, можливість віддаленої роботи для окремих категорій персоналу. Визнання та підтримка – публічне визнання заслуг співробітників (нагороди, подяки, висвітлення у внутрішніх та зовнішніх комунікаціях), створення відчуття спільності та важливості роботи кожного, особиста увага керівництва до проблем та потреб працівників [4, с. 67-72; 25].

Організаційна ієрархія та трансформація управлінської структури. До початку повномасштабної війни КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» функціонував у межах традиційної ієрархічної структури управління: директор закладу як головна управлінська та лідерська фігура, заступники директора з медичної частини, економічних питань, господарської діяльності, головна медична сестра, завідувачі відділень та керівники діагностичних служб формували середню ланку управління, а лікарі-ординатори, старші медичні сестри відділень становили нижчу ланку керівництва [15, с. 217-219].

З початком війни ця структура зазнала значних трансформацій, зумовлених необхідністю швидкого реагування на кризові ситуації. Перейдемо до розгляду необхідних заходів для забезпечення функціонування, розглянемо в таблиці 2.10.

В умовах кризи особливого значення набуває якість та частота комунікації керівника з різними групами стейкхолдерів. Комунікація з персоналом передбачає регулярне інформування про поточну ситуацію, прозорість у поясненні прийнятих рішень, відкритість до зворотного зв'язку, здатність визнавати труднощі, але водночас транслювати впевненість та оптимізм. Комунікація з пацієнтами має забезпечувати доступ до актуальної інформації про роботу КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради», терміни прийомів та можливі зміни в графіках лікування, при

цьому важливо балансувати між інформуванням про ризики та підтриманням надії.

Таблиця 2.10

Організаційні зміни системи управління в кризових умовах

Необхідний захід	Роз'яснення
Створення кризового штабу	Для оперативного прийняття рішень у надзвичайних ситуаціях було сформовано кризовий штаб у складі ключових керівників закладу. Цей орган забезпечує щоденні оперативні наради, координацію дій різних підрозділів під час повітряних тривог та інших надзвичайних ситуацій, швидке вирішення логістичних та організаційних проблем, а також комунікацію з зовнішніми стейкхолдерами (обласна влада, волонтерські організації, інші заклади охорони здоров'я) [23, с. 78-82].
Делегування повноважень та розширення автономії.	В умовах кризи виявилася неефективною система, за якої всі рішення приймаються виключно на найвищому рівні управління. Завідувачі відділень отримали більше повноважень у вирішенні питань організації роботи своїх підрозділів, зокрема у маневруванні персоналом, коригуванні графіків роботи та прийнятті рішень про евакуацію пацієнтів. Старші медичні сестри отримали розширені компетенції в управлінні середнім та молодшим медичним персоналом [35, с. 89-92].
Формування робочих груп за функціональними напрямками	Створено спеціалізовані робочі групи з енергозабезпечення та технічної підтримки (відповідальна за роботу генераторів, контроль за станом обладнання, швидке реагування на технічні проблеми), з безпеки та евакуації (розробка та регулярне оновлення планів евакуації, проведення навчань, координація дій під час повітряних тривог), з психологічної підтримки (робота з персоналом та пацієнтами, профілактика професійного вигорання, групова та індивідуальна психологічна допомога), з комунікацій (взаємодія з медіа, ведення соціальних мереж, інформування пацієнтів про зміни в роботі закладу), а також з пошуку додаткового фінансування та волонтерської допомоги [5].

Джерело: сформовано автором на основі [24, с. 42-53; 39; 40, с. 176-186]

Важливою є також зовнішня комунікація, що включає взаємодію з органами влади, засобами масової інформації, благодійними організаціями та іншими закладами охорони здоров'я для координації дій та залучення додаткових ресурсів. Успішність кризового управління залежить не лише від топ-менеджменту, а й від ефективності лідерства на рівні відділень та служб [35, с. 112-115]. Саме на цьому рівні проявляються конкретні управлінські та лідерські дії, які безпосередньо впливають на роботу персоналу та якість медичної допомоги.

1. Завідувачі відділень як лідери першої лінії. Вони безпосередньо працюють з пацієнтами та персоналом, приймають щоденні операційні рішення,

є «обличчям» керівництва для більшості співробітників. Саме тому їхні лідерські якості включають здатність підтримувати високу мотивацію команди в умовах перевантаження, оперативно вирішувати конфлікти та організаційні проблеми, забезпечувати дотримання стандартів якості медичної допомоги навіть у несприятливих умовах, а також бути буфером між тиском «зверху» та реальними можливостями команди [7, с. 69-74].

2. Старші медичні сестри як ключові організатори. Середній медичний персонал становить основу функціонування закладу охорони здоров'я. Старші медичні сестри відіграють критичну роль у забезпеченні безперервності догляду за пацієнтами, організації роботи молодшого персоналу, контролі за дотриманням санітарно-епідеміологічного режиму, а також підтримці корпоративної культури та командного духу.

3. Неформальне лідерство. В умовах кризи часто виникають неформальні лідери – співробітники, які не мають офіційних управлінських посад, але завдяки професіоналізму, особистим якостям або досвіду користуються авторитетом серед колег. Відповідно, їхня роль у підтриманні морального духу команди, розповсюдженні позитивних настроїв та моделюванні конструктивної поведінки може бути дуже значною. Ефективні керівники розпізнають неформальних лідерів та використовують їх потенціал для посилення організаційної стійкості.

Відтак ця трансформація відображає перехід від жорсткої вертикальної ієрархії до більш мережевої та адаптивної організаційної архітектури, яка поєднує структурованість з необхідною гнучкістю. Розширення повноважень середньої ланки управління дозволило прискорити процеси прийняття рішень, знизити бюрократичне навантаження на топ-менеджмент та підвищити відповідальність лінійних керівників [11].

Загалом, КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» продемонстрував зразкову організаційну резиліентність, здатність не лише виживати в кризових умовах, а й розвиватися, інвестувати та підтримувати високі стандарти медичної допомоги. Це створює міцний

фундамент для подальшого зростання та підтверджує ефективність обраної моделі кризового лідерства та антикризового менеджменту.

Однією з найбільш критичних, проте часто недооцінених, складових антикризового управління КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» є турбота про психологічне здоров'я персоналу. Робота в КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» завжди супроводжується значним емоційним навантаженням через постійний контакт з тяжкохворими пацієнтами, смертністю та стражданням.

Однак ефективність фінансового управління не обмежується виключно збільшенням доходів чи оптимізацією витрат – центральною складовою є кризове лідерство, яке формує здатність КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» адаптуватися, зберігати працездатність та підтримувати команду. Лідерство, засноване на відкритості, персональній відповідальності, швидкому прийнятті рішень та турботі про психологічний стан команди, стало ключовим чинником, який компенсує негативний вплив зовнішніх викликів. Завдяки такому підходу КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» не лише зберіг стабільність роботи, але й продовжив розвиватися, модернізувати матеріально-технічну базу та підвищувати якість медичних послуг.

2.3. Аналіз стилю та інструментів лідерства в умовах кризи у КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної Ради»

У сучасних умовах системних криз, що впливають на охорону здоров'я України, керівники закладів охорони здоров'я змушені поєднувати стратегічне мислення, оперативне управління та здатність швидко адаптуватися до зовнішніх викликів. КНП «Подільський регіональний центр онкології ВОР» працює в умовах постійної ресурсної напруги, високої інтенсивності клінічної діяльності та необхідності підтримувати безперервність лікування пацієнтів з онкологічними захворюваннями [24, с. 39; 40].

Аналіз поведінкових моделей керівництва КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради», підходів до ухвалення рішень та взаємодії з персоналом свідчить про використання змішаного стилю лідерства, у якому переважають елементи трансформаційного, ситуаційного та операційно-орієнтованого підходів.

Трансформаційний стиль проявляється у прагненні до оновлення процесів, розвитку кадрового потенціалу та впровадженні інноваційних рішень.

Операційно-орієнтований стиль дозволяє зберігати контроль над критично важливими процесами, що є необхідним для онкологічного закладу, де висока точність та дотримання стандартів є ключовими умовами безпеки пацієнтів.

Практика керівництва КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» свідчить, що інструменти лідерства застосовуються системно й узгоджено з потребами закладу. Вони спрямовані на забезпечення оперативної комунікації, підтримку персоналу, оптимізацію внутрішніх процесів, безперервність лікування та посилення стійкості організації. Узагальнено ці інструменти подано у таблиці 2.11, що демонструє конкретні прояви та результати їх застосування в умовах кризи.

Таблиця 2.11

**Інструменти лідерства, що застосовуються у КНП «Подільський
регіональний центр онкології ВОР» у кризових умовах**

Інструмент лідерства	Фактичні прояви у КНП «ПРЦО ВОР».	Результати для діяльності закладу
Регулярна внутрішня комунікація	Щотижневі наради, аварійні брифінги, актуалізація інформації через внутрішні канали	Зменшення хаосу під час криз, швидке реагування, узгодженість дій персоналу
Трансформаційний розвиток персоналу	Курси, тренінги, наставництво, обмін досвідом між відділеннями	Підвищення кваліфікації, мотивація медичного персоналу, покращення якості послуг
Оптимізація маршрутів пацієнтів	Оновлені протоколи, скорочення бюрократичних етапів, електронізація процесів	Зменшення часу очікування, підвищення пропускну здатності відділень
Ситуаційне перерозподілення навантаження	Гнучкі графіки, тимчасове підсилення окремих відділень, ротація спеціалістів	Уникнення перевтоми персоналу, стабільна робота критичних підрозділів
Антикризові алгоритми реагування	Чіткі плани дій при нестачі ресурсів, аварійні протоколи, зміна операційних пріоритетів	Безперервність лікування, мінімізація ризику медичних помилок
Пошук додаткових ресурсів	Участь у грантах, співпраця з фондами, залучення благодійної допомоги	Поліпшення матеріально-технічного забезпечення без збільшення навантаження на бюджет
Операційний контроль та моніторинг показників	Аналіз завантаження відділень, контроль використання обладнання, своєчасна корекція планів	Підвищення ефективності роботи та раціональне використання ресурсів

Джерело: сформовано автором на основі опрацьованої літератури

Загалом стиль лідерства та використовувані інструменти відповідають потребам закладу, який функціонує в умовах підвищеної напруги. Поєднання трансформаційного та ситуаційного лідерства забезпечує керівництву здатність не лише стабілізувати роботу Центру, але й сприяти його розвитку під час кризи. Системні комунікації, адаптивне управління персоналом, оптимізація процесів і запровадження антикризових алгоритмів дозволяють підтримувати високу якість медичних послуг і забезпечувати стійкість діяльності організації.

Важливим елементом лідерства в кризових умовах є здатність керівника не лише забезпечувати стабільність роботи КНП «Подільський регіональний

центр онкології Вінницької обласної ради», але й формувати серед персоналу відчуття підтримки та впевненості. У процесі аналізу виявлено, що керівництво закладу активно використовує принципи колегіальності та залучення фахівців різних відділень до ухвалення рішень, що підсилює горизонтальну взаємодію. Це відповідає сучасним моделям медичного лідерства, заснованим на співпраці, мультидисциплінарності та спільному формуванні відповідальності за результати.

Крім того, у роботі Центру простежується орієнтація на безперервне удосконалення (continuous improvement), що є характерною рисою високоефективних організацій охорони здоров'я. Керівництво впроваджує практику аналізу помилок і складних клінічних випадків, що сприяє підвищенню професійного рівня персоналу та створює умови для формування культури організаційного навчання.

Також варто зазначити, що ефективність лідерства значною мірою залежить від здатності керівництва управляти стресовими ситуаціями та попереджати професійне вигорання працівників. У ході аналізу встановлено, що в Центрі впроваджуються механізми психологічної підтримки, гнучкі підходи до розподілу навантаження та періодичні перегляди функціональних обов'язків, що свідчить про усвідомлення керівництвом важливості людського фактора в умовах кризи. Це відповідає сучасним концепціям healthcare leadership, де центральним ресурсом розвитку організації є персонал.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ЛІДЕРСТВА У КНП «ПОДІЛЬСЬКИЙ РЕГІОНАЛЬНИЙ ЦЕНТР ОНКОЛОГІЇ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ» В УМОВАХ КРИЗОВИХ СИТУАЦІЙ

3.1. Управлінські рішення щодо посилення лідерського потенціалу у КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради»

На основі проведеного аналізу системи лідерства в КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» та виявлених проблем у попередніх розділах, розроблено комплекс стратегічних напрямів удосконалення кризового лідерства, які враховують специфіку діяльності онкологічного закладу та сучасні виклики охорони здоров'я в Україні [45, с. 213-219; 29]. Результати дослідження засвідчили необхідність системної трансформації підходів до управління в умовах невизначеності. Виявлені проблеми – від недостатньої гнучкості керівництва до слабкої комунікації між підрозділами – вимагають впровадження нових моделей лідерства, здатних забезпечити стійкість закладу до зовнішніх викликів.

Серед пріоритетних напрямів удосконалення особливе місце посідає розвиток адаптивного лідерства, яке дозволяє оперативно реагувати на зміни та ефективно управляти ресурсами в критичних ситуаціях [3, с. 166-170; 11; 12; 49]. Саме цей підхід закладає фундамент для всіх інших стратегічних ініціатив з підвищення ефективності кризового управління онкологічним центром.

Адаптивне лідерство є ключовим елементом ефективного управління КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» в умовах постійних змін та кризових викликів. Воно дозволяє керівникам швидко реагувати на нові обставини, коригувати стратегії роботи та підтримувати стабільність функціонування закладу, одночасно забезпечуючи високу якість медичної допомоги. Розвиток адаптивного лідерства передбачає системний підхід до формування управлінських компетенцій, побудови ефективних

комунікацій та делегування відповідальності на різні рівні організації. У КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» концепція розвитку цього типу лідерства базується на п'яти основних принципах, які відображають ключові напрями вдосконалення управлінської діяльності та практичної реалізації стратегій у кризових умовах. Детальніше їх суть та практичне застосування наведено у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

**Основні принципи розвитку адаптивного лідерства для
КНП «Подільського регіонального центру онкології Вінницької обласної ради»**

Принцип	Суть принципу	Практичне застосування в КНП «ПРЦО ВОР»
Гнучкість управлінських рішень	Здатність керівника змінювати стиль управління залежно від типу кризи.	Директивний стиль у гострій фазі (медична надзвичайна ситуація), партисипативний – на етапі відновлення, аналізу та планування.
Розподілене лідерство	Делегування повноважень та відповідальності на різні рівні.	Завідувачі відділень, старші медсестри та керівники служб отримують чіткі зони відповідальності для прийняття рішень у кризових моментах.
Безперервне навчання	Постійний розвиток управлінських і професійних компетенцій.	Курси з кризового менеджменту, емоційного інтелекту, комунікацій; дебрифінги після криз і включення уроків у навчальні програми.
Орієнтація на цінності	Ухвалення рішень відповідно до місії, етичних та професійних стандартів.	Пріоритет – безпека пацієнтів; рішення, що не шкодять якості допомоги навіть у кризових умовах.
Проактивність	Переорієнтація з реактивного управління на передбачення та запобігання кризам.	Моніторинг ранніх сигналів загроз, формування превентивних планів, системне управління ризиками.

Джерело: сформовано автором на основі дослідженої інформації [45, с. 221-225]

Для практичної реалізації концепції адаптивного лідерства пропонується створити в структурі центру Раду з адаптивного управління, яка складатиметься з представників різних відділень і служб. Відтак, ця рада збиратиметься щоквартально для аналізу викликів, що виникають, обміну досвідом подолання складних ситуацій і розробки нових підходів до управління. Подібні механізми колегіального та горизонтального управління рекомендуються сучасними дослідженнями з організаційного розвитку та медичного менеджменту [11; 12]. Також передбачається введення посади координатора з розвитку лідерства, який відповідатиме за впровадження концепції, організацію навчань і

моніторинг прогресу. Такі функції відповідають міжнародним підходам до розвитку управлінських компетенцій у медичній сфері [5; 29].

Важливим елементом адаптивного лідерства є система зворотного зв'язку 360 градусів, яка дозволить керівникам отримувати оцінку своєї роботи від підлеглих, колег і керівництва. Це допоможе виявляти зони для розвитку і своєчасно коригувати управлінський стиль. Оцінка проводитиметься двічі на рік із використанням спеціально розробленого опитувальника, адаптованого до специфіки онкологічного центру. Використання методики 360° у медицині рекомендоване фахівцями у сфері лідерства в охороні здоров'я [2; 35, с. 123].

Перед формуванням конкретних дій у межах кризового менеджменту важливо чітко визначити структуру антикризової команди, яка забезпечуватиме оперативність, узгодженість і ефективність рішень на всіх рівнях управління. Нижче наведено структуру в таблиці 3.2, що охоплює стратегічний, оперативний та відділенський рівні реагування.

Таблиця 3.2

«Структура антикризової команди КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» та її функціональні рівні»

Рівень	Опис
Перший рівень – Стратегічний штаб кризового реагування	Стратегічний штаб кризового реагування у складі головного лікаря (керівник штабу), заступників головного лікаря з медичної частини, економічних питань та організаційно-методичної роботи, головної медичної сестри та керівника служби безпеки. Цей штаб приймає стратегічні рішення, координує загальну відповідь на кризу і комунікує із зовнішніми стейкхолдерами.
Другий рівень – Оперативні групи реагування	Оперативні групи реагування за напрямками діяльності. Пропонується створити п'ять постійних оперативних груп: медична (координація клінічної роботи в кризових умовах), логістична (забезпечення ресурсами і матеріалами), комунікаційна (внутрішні та зовнішні комунікації), кадрова (управління персоналом і психологічна підтримка), технічна (забезпечення функціонування інфраструктури і обладнання). Кожну групу очолює керівник із відповідної служби центру, який має повноваження швидко приймати рішення у своїй сфері компетенції.
Третій рівень – Відділенські координатори	Відділенські координатори, призначені в кожному клінічному і допоміжному підрозділі. Вони є точкою контакту між відділенням і штабом кризового реагування, передають інформацію в обох напрямках і координують виконання антикризових заходів на рівні підрозділу.

Джерело: розроблено автором на основі [45, с. 212-225; 28]

Критерії відбору членів антикризової команди включають не лише професійну компетентність і досвід, але й специфічні особистісні якості. До команди повинні входити люди, здатні зберігати спокій під тиском, швидко приймати рішення в умовах обмеженої інформації, ефективно комунікувати і працювати в режимі багатозадачності. Важливою є також здатність до міжфункціональної співпраці і розуміння цілісної картини роботи закладу, а не лише вузької спеціалізації. Такі вимоги до персоналу кризових команд підтримуються в роботах із медичного менеджменту та управління в умовах невизначеності [5; 35].

Система підготовки антикризової команди передбачає регулярні навчання та тренування. Щоквартально проводитимуться настільні вправи – симуляції кризових ситуацій, під час яких команда відпрацьовує процедури реагування без залучення всього персоналу КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради». Двічі на рік організовуватимуться повномасштабні навчання із залученням персоналу відділень, імітацією реальних умов кризи і наступним детальним аналізом дій. Також передбачено щорічне виїзне навчання антикризової команди із залученням зовнішніх тренерів і можливістю обміну досвідом з іншими закладами охорони здоров'я. Подібні форми тренувань широко описані у сучасних дослідженнях кризового менеджменту [23, с. 78-82; 45, с. 219-222].

Критерії відбору членів антикризової команди включають не лише професійну компетентність і досвід, але й специфічні особистісні якості. До команди повинні входити люди, здатні зберігати спокій під тиском, швидко приймати рішення в умовах обмеженої інформації, ефективно комунікувати і працювати в режимі багатозадачності. Важливою є також здатність до міжфункціональної співпраці і розуміння цілісної картини роботи закладу, а не лише вузької спеціалізації [14]. Такі вимоги до персоналу кризових команд підтримуються в роботах із медичного менеджменту та управління в умовах невизначеності.

У періоди різких змін організації доводиться оперативно адаптовувати внутрішні процеси, перепрофільовувати ресурси та модифікувати управлінські підходи. Саме тому наступним ключовим елементом антикризового управління стає продумана стратегія управління змінами, яка забезпечує узгодженість рішень і мінімізує стрес для персоналу [16].

Кризові ситуації неминуче породжують необхідність швидких і часто радикальних змін в організації роботи КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради». Ефективна стратегія управління змінами є ключовим фактором успішної адаптації до нових умов і мінімізації негативних наслідків для пацієнтів і персоналу.

Таблиця 3.3

Матриця компетенцій кризового лідера для керівників КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради»

Компетенція	Рівень важливості	Поточний рівень розвитку	Розрив	Пріоритет розвитку
Стратегічне мислення	Критичний	Середній	Високий	1
Прийняття рішень під тиском	Критичний	Низький	Дуже високий	1
Антикризові комунікації	Високий	Середній	Середній	2
Емоційний інтелект	Високий	Низький	Високий	1
Управління командою	Критичний	Середній	Середній	2
Фінансовий менеджмент	Високий	Середній	Середній	3
Управління конфліктами	Високий	Низький	Високий	2
Стресостійкість	Критичний	Низький	Дуже високий	1

Джерело: складено автором на основі інформації [24, с. 42-53]

Аналіз матриці компетенцій на таблиці 3.3 показує, що для керівників КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» найбільш критичними є стратегічне мислення, прийняття рішень під тиском, емоційний інтелект та стресостійкість, оскільки розрив між необхідним і поточним рівнем розвитку цих компетенцій є найвищим. Це вказує на першочергову потребу у розвитку навичок кризового реагування та психологічної стійкості. В цілому, матриця свідчить про необхідність

системного підходу до навчання та розвитку керівників із фокусом на компетенції, які безпосередньо впливають на ефективність антикризового управління.

Висновок до 3.1. Розроблена система антикризового управління для КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» представляє комплексний підхід до забезпечення стійкості та безперервності функціонування онкологічного центру в умовах багатофакторних криз.

Особлива увага приділена стратегії управління організаційними змінами, яка базується на адаптованій моделі Коттера з урахуванням специфіки КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» та кризових умов. Аналіз матриці компетенцій кризового лідера виявив критичні розриви у розвитку таких компетенцій, як стратегічне мислення, прийняття рішень під тиском, емоційний інтелект та стресостійкість, що визначило пріоритети для програм розвитку керівників [25; 28].

Отже, модель управління змінами включає вісім послідовних етапів – від створення відчуття термінової необхідності змін до закріплення їх в організаційній культурі. Ключовими принципами моделі є багатоканальна комунікація, залучення формальних і неформальних лідерів, забезпечення швидких перемог для підтримки мотивації персоналу та гнучкість у коригуванні стратегії КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради».

3.2. Пропозиції щодо розвитку лідерських компетенцій в умовах кризи у КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної Ради»

Результати аналізу пріоритетів розвитку управлінських компетенцій чітко окреслюють стратегічні напрями підвищення кваліфікації керівництва онкологічного центру. Проте виявлення компетентнісних розривів – це лише перший крок до системної трансформації закладу. Саме тому варто розглянути модель щодо управління змінами та яку ми можемо застосувати на прикладі досліджуваного підприємства.

Модель управління змінами для закладу на адаптованій моделі Коттера з урахуванням специфіки закладу охорони здоров'я і кризових умов. Модель включає вісім послідовних етапів, але на відміну від класичного підходу, в кризових умовах ці етапи можуть частково перекриватися в часі через необхідність швидкого реагування.

Таблиця 3.4

Модель управління змінами для КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради»

Інструмент	Мета / Завдання	Основні дії / Інструменти	Ключові принципи / Особливості
1. Створення відчуття терміновості необхідності змін	Показати серйозність ситуації та необхідність змін	Зустрічі з персоналом усіх підрозділів, відкритий обмін фактами, конкретні дані	Уникати недооцінки (опір) та надмірної драматизації (паніка)
2. Формування потужної керівної коаліції	Створити команду, здатну вести зміни	Об'єднання формальних і неформальних лідерів, регулярні координаційні зустрічі	Члени коаліції мають повну інформацію, довіра колег
3. Розробка візії та стратегії змін	Сформулювати бажаний майбутній стан організації	Лаконічна, зрозуміла і надихаюча візія; деталізація стратегії через проекти	Візія показує і від чого відмовляємося, і до чого прагнемо
4. Донесення візії змін	Забезпечити розуміння і підтримку персоналом	Загальні збори, відділенські наради, бюлетені, стенди, чати, особисті зустрічі	Багатоканальна комунікація, повторення ключових меседжів, приклад лідерів
5. Розширення можливостей персоналу для дій	Усунути бар'єри для реалізації змін	Експрес-навчання, додаткові повноваження, ресурси, система підтримки	Подолання опору через переконання і демонстрацію переваг

Продовження 3.4

6. Забезпечення швидких перемог	Підтримати мотивацію персоналу	Ініціативи з видимим ефектом 2–4 тижні, публічне визнання успіхів	Демонстрація результатів, відзначення причетних людей
7. Консолідація досягнень і поглиблення змін	Використати перші успіхи для більш глибоких змін	Аналіз результатів, коригування, зміни систем і процедур, залучення додаткових агентів змін	Постійне вдосконалення, підтримка нової моделі роботи
8. Закріплення змін в організаційній культурі	Інтегрувати зміни як стандартну практику	Включення у навчання нових співробітників, критерії оцінки, наради, історії успіху	Публічне визнання ролі співробітників, створення рольових моделей

Джерело: складено автором на основі інформації [24, с. 42-53]

Модель управління змінами для КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» базується на адаптованій моделі Коттера з урахуванням специфіки закладу охорони здоров'я та кризових умов. Вісім етапів моделі відображають логіку послідовного просування від усвідомлення необхідності змін до їх закріплення в організаційній культурі. У кризових умовах етапи можуть частково перекриватися у часі через потребу швидкого реагування на зовнішні та внутрішні виклики. Особливу увагу приділено управлінню опором змінам, оскільки в умовах стресу та перевантаження персоналу ефективність впровадження нових підходів залежить не лише від формальної координації, а й від мотивації, довіри та залученості працівників. Такий системний підхід дозволяє забезпечити послідовну трансформацію процесів, підтримуючи адаптивність та стійкість закладу навіть у кризових умовах.

Впровадження системи розвитку кризового лідерства потребує інвестицій – фінансових, людських і часових. Для прийняття обґрунтованого рішення про впровадження необхідна чітка оцінка витрат, можливих джерел фінансування, очікуваних ефектів і ризиків.

Детальний бюджет впровадження розраховано на перший рік реалізації програми з урахуванням поточних цін в Україні станом на 2024-2025 роки (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

Бюджет впровадження програми розвитку кризового лідерства на перший рік для КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради»

Стаття витрат	Одиниця виміру	Кількість	Вартість за одиницю, грн	Загальна вартість, грн
1. Розвиток топ-менеджменту				
Програма розвитку кризового лідерства (5 осіб)	особа	5	45000	225000
Зовнішній коучинг для топ-менеджменту (10 сесій на особу)	година	50	1200	60000
Участь у зовнішніх конференціях і форумах	особа	5	8000	40000
Підсумок розділу 1				325000
2. Розвиток середньої ланки				
Тренінги з антикризових комунікацій (20 осіб)	особа	20	6000	120000
Тренінги з управління конфліктами (20 осіб)	особа	20	5000	100000
Підготовка внутрішніх менторів (10 осіб)	особа	10	8000	80000
Підготовка внутрішніх коучів (5 осіб)	особа	5	15000	75000
Тренінги з емоційного інтелекту (30 осіб)	особа	30	4000	120000
Розвиток навичок прийняття рішень (20 осіб)	особа	20	5000	100000
Підсумок розділу 2				595000
3. Психологічна підтримка				
Розширення штату психологічної служби (0.5 ставки психолога)	місяць	12	18000	216000
Організація Балінтівських груп (зовнішній фасилітатор)	сесія	12	5000	60000
Діагностичні інструменти (ліцензії на опитувальники)	комплект	1	25000	25000
Обладнання кімнати психологічного розвантаження	комплект	1	80000	80000
Підсумок розділу 3				381000
4. Антикризова інфраструктура				
Обладнання ситуаційного центру (техніка, меблі)	комплект	1	150000	150000
Розробка системи раннього попередження (ІТ-рішення)	проект	1	200000	200000
Створення резервів критичних ресурсів	комплект	1	300000	300000
Резервне обладнання і системи	комплект	1	400000	400000
Підсумок розділу 4				1050000
5. Організаційне забезпечення				
Координатор програми розвитку лідерства (0.5 ставки)	місяць	12	20000	240000
Матеріали для навчань і тренінгів	комплект		50000	50000
Організаційні витрати (оренда приміщень, харчування)				80000
Підсумок розділу 5				370000

Джерело: складено автором на основі інформації [24, с. 42-53]

Як видно з таблиці 3.5, загальний бюджет впровадження програми розвитку кризового лідерства на перший рік становить 2 721 000 грн. Найбільші статті витрат – створення антикризової інфраструктури (38,6% бюджету) та розвиток керівників середньої ланки (21,9%). Враховуючи обмежені бюджетні ресурси, фінансування програми розвитку кризового лідерства пропонується здійснювати з комбінації джерел (табл. 3.6).

Таблиця 3.6

Джерела фінансування програми розвитку кризового лідерства в КНП
«Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради»

Джерело фінансування	Сума, грн	Частка, %	Механізм залучення
Кошти загального фонду місцевого бюджету	800000	29,4	Включення до кошторису на розвиток персоналу
Кошти спеціального фонду (платні послуги)	400000	14,7	Виділення частини доходів від платних послуг
Грантове фінансування (міжнародні донори)	900000	33,1	Участь у грантових конкурсах організацій-донорів
Благодійні внески	300000	11,0	Залучення благодійників і партнерів центру
Оптимізація поточних витрат	321000	11,8	Перерозподіл існуючого бюджету навчання
РАЗОМ	2721000	100,0	-

Джерело: складено автором на основі інформації [2; 30, с. 106-115; 44, с. 98-104]

Аналіз джерел фінансування з таблиці 3.6 програми розвитку кризового лідерства показує, що забезпечення фінансової стійкості ініціативи базується на поєднанні різних механізмів залучення коштів. Найбільшу частку фінансування становить грантове залучення (33,1%), що свідчить про високий потенціал зовнішньої підтримки інноваційних та стратегічно важливих програм. Кошти загального фонду місцевого бюджету забезпечують майже третину ресурсу (29,4%) і підтверджують державну зацікавленість у розвитку кризового лідерства в закладі охорони здоров'я. Значущу роль відіграють також внутрішні ресурси центру: кошти спеціального фонду від платних послуг (14,7%) та оптимізація поточних витрат (11,8%) демонструють можливість ефективного використання наявних фінансових резервів. Благодійні внески (11%) слугують

додатковим інструментом мобілізації ресурсів та підтримки соціальної складової програми.

Підвищення якості медичної допомоги пацієнтам. Ефективне кризове лідерство забезпечує безперервність надання медичних послуг навіть у складних умовах, швидке реагування на надзвичайні ситуації, кращу координацію дій медичної команди. Це безпосередньо впливає на результати лікування і задоволеність пацієнтів. Для онкологічних пацієнтів, де своєчасність і якість лікування критично впливають на прогноз, покращення організації роботи може мати життєзберігаючий ефект. Опосередкованими показниками цього ефекту є зниження кількості медичних помилок і ускладнень, скорочення часу очікування процедур, зменшення кількості скарг пацієнтів, покращення показників виживаності і якості життя [15, с. 217-219; 24, с. 42-53].

Формування організаційної культури навчання і розвитку. Систематичні програми розвитку лідерства формують у центрі культуру, де цінується постійне навчання, рефлексія досвіду, обмін знаннями. Керівники демонструють роль моделей постійного розвитку, що мотивує і інших співробітників інвестувати в професійне зростання. Створюється середовище психологічної безпеки, де люди не бояться визнавати помилки і вчитися на них, де заохочуються інновації та ініціатива. Така культура підвищує адаптивність організації і здатність успішно функціонувати в динамічному середовищі [44, с. 98-104].

Поширення кращих практик у галузі. Онкологічний центр, який успішно впровадив систему розвитку кризового лідерства, може стати моделлю і джерелом кращих практик для інших закладах охорони здоров'я регіону і країни. Обмін досвідом через публікації, конференції, навчальні візити мультиплікує позитивний вплив інвестицій далеко за межами одного закладу. Відповідно це сприяє загальному підвищенню якості управління в охороні здоров'я України.

Систематичний розвиток лідерських компетенцій не лише підвищує ефективність їхньої роботи в поточній позиції, але й готує їх до більш високих управлінських ролей у майбутньому. Інвестиція в розвиток лідерів є інвестицією в майбутнє системи охорони здоров'я. Впровадження системи розвитку кризового лідерства супроводжується певними ризиками, які необхідно враховувати і мінімізувати (табл. 3.7).

Таблиця 3.7

Ризики впровадження програми розвитку кризового лідерства та заходи мінімізації

Ризик	Ймовірність	Вплив	Заходи мінімізації
Недостатнє фінансування	Висока	Високий	Диверсифікація джерел фінансування; поетапне впровадження; пріоритизація компонентів
Опір змінам з боку персоналу	Середня	Середній	Широка комунікаційна кампанія; залучення персоналу до розробки і впровадження; демонстрація швидких перемог
Недостатня залученість топ-менеджменту	Низька	Високий	Особиста відповідальність головного лікаря; включення до KPI керівників; публічні зобов'язання
Низька якість зовнішніх тренерів і коучів	Середня	Середній	Ретельний відбір на конкурсній основі; перевірка кваліфікації і досвіду; оцінка учасників після навчання
Відплив підготовлених кадрів	Середня	Середній	Покращення умов праці і мотивації; створення кар'єрних траєкторій; формування емоційної прив'язаності до організації
Формальне ставлення до навчання	Середня	Високий	Практична орієнтація програм; зв'язок із реальними викликами; оцінка застосування навичок на практиці
Конфлікт із поточною операційною діяльністю	Висока	Середній	Гнучке планування навчання; врахування завантаженості; модульна структура з можливістю адаптації темпу
Погіршення безпекової ситуації	Середня	Високий	Адаптація форматів (онлайн навчання); страхування ризиків; створення резервних планів

Джерело: складено автором [24, с. 42-53, 30, с. 106-115]

Ризик недостатнього фінансування є найбільш критичним, оскільки може зупинити впровадження програми. Мінімізація передбачає диверсифікацію джерел – не покладатися лише на бюджетне фінансування, а активно залучати гранти, благодійність, власні кошти закладу. При дефіциті ресурсів

застосовується поетапний підхід – спочатку впроваджуються найважливіші компоненти, потім поступово додаються інші. Важливо також чітко пріоритизувати заходи за принципом максимального впливу на мінімальних інвестиціях [30, с. 106-115].

Опір змінам є природною реакцією, особливо в консервативному медичному середовищі. Для мінімізації необхідна масштабна комунікаційна кампанія, що пояснює необхідність змін, їхні переваги, розвіює страхи. Важливо залучати персонал до розробки і впровадження програми, щоб вони відчували себе співавторами, а не об'єктами змін. Швидкі перемоги – видимі позитивні результати на ранніх етапах – переконують скептиків краще за будь-які аргументи.

Недостатня залученість топ-менеджменту може знецінити всю програму, оскільки лідерство завжди йде зверху. Головний лікар повинен особисто демонструвати прихильність програмі – брати участь у навчаннях, публічно говорити про важливість розвитку лідерства, виділяти ресурси, звітувати про прогрес. Включення показників розвитку лідерства до KPI керівників робить це частиною їхніх формальних обов'язків [24, с. 42-53].

Погіршення безпекової ситуації в умовах воєнного стану може ускладнити проведення очних навчань. Мінімізація через гібридні формати (комбінування очного і онлайн навчання), розвиток онлайн-інфраструктури, створення запасних планів для швидкого переходу на дистанційну роботу, розосередження критичних компонентів програми в часі, щоб перенесення окремих заходів не зупиняло всю програму.

Показники психологічного благополуччя персоналу, включаючи зниження рівня вигорання та збільшення доступу до психологічної підтримки, свідчать про увагу до стійкості та мотивації команди. Поліпшення організаційної ефективності відображається у зниженні плинності керівного персоналу, скороченні часу прийняття рішень і ліквідації невирішених конфліктів. Загалом, цільові значення на 2025-2027 роки демонструють комплексний, інтегрований підхід до розвитку кризового лідерства, поєднуючи

навчання, психологічну підтримку та оптимізацію управлінських процесів, що забезпечує підвищення стійкості та ефективності онкологічного центру в умовах криз [15, с. 217-219].

Впровадження системи розвитку кризового лідерства є комплексним проєктом, що розрахований на три роки з чітким планом поетапної реалізації (табл. 3.10).

Відтак, аналіз етапів впровадження програми розвитку кризового лідерства демонструє чітку структурованість та поетапність реалізації. Підготовчий етап забезпечує основу для ефективного запуску програми через прийняття управлінських рішень, формування проєктної команди, бюджетування, комунікацію з персоналом та підготовку навчальних матеріалів.

Перший рік впровадження зосереджується на розвитку топ-менеджменту, формуванні антикризових команд, обладнанні інфраструктури та психологічній підтримці персоналу, що дозволяє швидко реагувати на кризові ситуації та забезпечує початкову оцінку ефективності.

Таблиця 3.8

План-графік впровадження програми розвитку кризового лідерства

Етап	Заходи	Термін	Відповідальний
ПІДГОТОВЧИЙ ЕТАП (3 місяці)			
1.1	Прийняття рішення керівництвом про впровадження програми	Місяць 1	Головний лікар
1.2	Створення проєктної команди з впровадження	Місяць 1	Головний лікар
1.3	Розробка детального бюджету і пошук джерел фінансування	Місяці 1-2	Заст. гол. лікаря з економіки
1.4	Комунікаційна кампанія для персоналу	Місяці 1-3	Координатор програми
1.5	Проведення базової діагностики (опитування, оцінка 360°)	Місяць 2	Служба управління персоналом
1.6	Відбір зовнішніх партнерів (тренери, коучі)	Місяць 2-3	Проєктна команда
1.7	Розробка детальних навчальних програм	Місяць 3	Координатор програми
ПЕРШИЙ РІК ВПРОВАДЖЕННЯ (12 місяців)			
2.1	Запуск програми розвитку топ-менеджменту	Місяці 4-15	Зовнішній тренер
2.2	Формування і підготовка антикризової команди	Місяці 4-6	Заст. гол. лікаря з ОМР
2.3	Розробка антикризових протоколів	Місяці 5-8	Антикризова команда

Продовження таблиці 3..8

2.4	Обладнання ситуаційного центру	Місяці 4-6	Технічний відділ
2.5	Розширення психологічної служби	Місяць 4	Служба управління персоналом
2.6	Запуск програми менторства	Місяць 7	Координатор програми
2.7	Тренінги з антикризових комунікацій (1-ша група)	Місяці 6-8	Зовнішній тренер
2.8	Тренінги з управління конфліктами (1-ша група)	Місяці 9-11	Зовнішній тренер
2.9	Підготовка внутрішніх менторів	Місяці 7-8	Зовнішній тренер
2.10	Підготовка внутрішніх коучів	Місяці 10-12	Зовнішній коуч-тренер
2.11	Перше повномасштабне антикризове навчання	Місяць 12	Антикризова команда
2.12	Впровадження системи раннього попередження	Місяці 8-10	ІТ-відділ, аналітики
2.13	Обладнання кімнати психологічного розвантаження	Місяці 5-6	Технічний відділ
2.14	Запуск Балінтівських груп	Місяць 7	Психологічна служба
2.15	Проміжна оцінка результатів (6 міс)	Місяць 9	Координатор програми
2.16	Річна оцінка результатів і коригування програми	Місяць 15	Проектна команда
ДРУГИЙ РІК ВПРОВАДЖЕННЯ (12 місяців)			
3.1	Продовження програми розвитку топ-менеджменту	Місяці 16-27	Зовнішній тренер
3.2	Тренінги з антикризових комунікацій (2-га група)	Місяці 16-18	Зовнішній тренер
3.3	Тренінги з управління конфліктами (2-га група)	Місяці 19-21	Зовнішній тренер
3.4	Тренінги з емоційного інтелекту (всі групи)	Місяці 16-24	Зовнішній тренер
3.5	Розвиток навичок прийняття рішень (всі групи)	Місяці 18-26	Зовнішній тренер
3.6	Запуск програми коучингу	Місяць 16	Координатор програми
3.7	Квартальні антикризові навчання	Щоквартальн о	Антикризова команда
3.8	Тестування плану безперервності діяльності	Місяць 20	Заст. гол. лікаря з ОМР
3.9	Актуалізація антикризових протоколів	Місяці 18-20	Антикризова команда
3.10	Створення резервів критичних ресурсів	Місяці 16-24	Логістична служба
3.11	Проміжна оцінка результатів (18 міс)	Місяць 21	Координатор програми
3.12	Річна оцінка результатів другого року	Місяць 27	Проектна команда
ТРЕТІЙ РІК: ЗАКРІПЛЕННЯ (12 місяців)			

Продовження таблиці 3.8

4.1	Підтримуючі навчання для всіх груп	Щоквартальн о	Координатор програми
4.2	Продовження менторства і коучингу	Постійно	Координатор програми
4.3	Квартальні антикризові навчання	Щоквартальн о	Антикризова команда
4.4	Інтеграція кризового лідерства в систему атестації	Місяць 28	Служба управління персоналом
4.5	Поширення досвіду (конференції, публікації)	Місяці 30-36	Керівництво центру
4.6	Розробка програми розвитку лідерства на наступні роки	Місяці 34-36	Проектна команда
4.7	Фінальна оцінка результатів програми	Місяць 36	Проектна команда
4.8	Прийняття рішення про продовження і масштабування	Місяць 36	Головний лікар

Джерело: складено автором [2]

Відповідно, другий рік передбачає масштабування програми на більшу кількість груп, розвиток навичок прийняття рішень, коучинг та регулярні антикризові тренування, а також тестування планів безперервності діяльності, що зміцнює організаційну стійкість.

Зокрема, третій рік зосереджується на закріпленні результатів, підтримувальних навчаннях, інтеграції кризового лідерства у систему атестації, поширенні напрацьованого досвіду та підготовці наступних програм розвитку. Такий поетапний підхід дозволяє забезпечити поступове підвищення компетенцій керівників, систематичне впровадження антикризових механізмів та довгострокову стійкість організації в умовах криз [30, с. 106-115].

Встановлені цільові показники на 2025 та 2027 роки передбачають амбітні, але реалістичні зміни: зменшення часу реагування на кризи з 4 до 1 години, скорочення плинності керівників утричі, а також підвищення середнього балу лідерських компетенцій з 6,5 до 8,5 балів. Регулярний моніторинг – від щомісячного для конфліктних ситуацій до щорічного для оцінки компетенцій – забезпечує своєчасне виявлення відхилень і корекцію стратегії впровадження. Для забезпечення практичної реалізації програми розвитку кризових комунікацій у КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» тренінгова програма побудована у вигляді трьох послідовних модулів по 16 годин кожен. Кожен модуль поєднує

теоретичні знання та практичні вправи, що дозволяють керівникам середньої ланки (завідувачам відділень, старшим медичним сестрам та керівникам служб) відпрацьовувати навички ефективної антикризової комунікації. Така структура забезпечує поступове нарощування компетенцій і підготовку учасників до розробки власного випускного проекту, який інтегрується в антикризову систему центру. Детальніше модулі програми та їх практичні елементи наведено у таблиці 3.9.

Таблиця 3.9

Модулі програми розвитку кризових комунікацій та практичні елементи

Модуль	Назва	Основний зміст	Практичні елементи
1	Основи кризових комунікацій	Специфіка комунікації в екстремальних умовах; психологія сприйняття інформації (тунельне мислення, тривожність, спотворення інформації); принципи ефективних повідомлень (ясність, конкретність, емпатія, орієнтація на дію); активне слухання; невербальна комунікація	Тренування розпізнавання невербальних сигналів тривоги, недовіри або агресії та адекватна реакція на них
2	Управління складними розмовами	Комунікація в складних ситуаціях: повідомлення поганих новин, розмова з агресивними співрозмовниками, урегулювання конфліктів, переконання скептиків; використання моделі SPIKES, техніки деескалації, пошук спільного ґрунту	Рольові ігри з моделюванням складних ситуацій; робота з акторами, що грають агресивних пацієнтів або конфліктних співробітників
3	Комунікації в командах під тиском	Внутрішньокмандна комунікація в екстремальних умовах; closed-loop communication; швидка передача критичної інформації без спотворень; короткі координаційні наради (huddle); культура безпечної комунікації	Симуляції екстрених ситуацій; координація дій команди в режимі реального часу

Джерело: складено автором за матеріалами [24, с. 42-53]

Тренінг з управління конфліктами є окремою програмою тривалістю 24 години, розділеною на чотири сесії. Програма базується на інтегративному підході, що поєднує елементи гарвардського методу переговорів, медіації та техніки відновлювального правосуддя [11; 30, с. 106-115].

Перша сесія – природа та динаміка конфліктів дає розуміння, чому конфлікти виникають, як вони розвиваються і ескалюються, які є конструктивні та деструктивні шляхи їх вирішення. Учасники аналізують типові конфлікти в онкологічному центрі (між лікарями та медсестрами, між різними відділеннями

за ресурси, між персоналом та адміністрацією, між працівниками та пацієнтами) і виокремлюють їхні корінні причини, що часто лежать глибше поверхневих розбіжностей. Вивчаються різні стилі реагування на конфлікти (конкуренція, уникнення, компроміс, співпраця, поступливість) і ситуації, коли кожен з них є доречним.

У свою чергу друга сесія – діагностика конфліктів розвиває здатність швидко і точно оцінювати конфліктну ситуацію для вибору адекватної стратегії втручання. Учасники вчаться виокремлювати рівень конфлікту (міжособистісний, міжгруповий, організаційний), стадію розвитку (латентний, відкритий, загострений), глибину (поверхневий чи глибокий), тип (конфлікт інтересів, цінностей, ідентичностей).

При цьому третя сесія – техніки вирішення конфліктів надає конкретний інструментарій для роботи з конфліктними ситуаціями. Учасники опановують техніку медіації для врегулювання конфліктів між підлеглими або підрозділами, методи фасилітації для проведення конструктивних обговорень гострих питань, прийоми відновлювальних практик для зцілення відносин після серйозних конфліктів.

Четверта сесія – профілактика конфліктів і створення конструктивної культури переводить фокус від реагування на конфлікти до їх превенції. Учасники вивчають, як створити в підрозділі культуру, де розбіжності обговорюються відкрито і конструктивно до того, як переростають у конфлікти, як розвивати емоційний інтелект команди для кращого взаєморозуміння, як встановлювати групові норми продуктивної взаємодії [28].

Отже, практикуми після навчання забезпечують застосування отриманих навичок. Учасники отримують доступ до супервізії – можливості проконсультуватися з тренером щодо реальних комунікаційних викликів або конфліктних ситуацій, з якими стикаються. Раз на квартал проводиться сесія обміну досвідом, де учасники діляться успішними кейсами застосування навичок і обговорюють складні ситуації.

3.3. Очікувані результати вдосконалення лідерства у закладі охорони здоров'я

Ефективне лідерство в умовах кризи не лише забезпечує стабільність роботи закладу охорони здоров'я, але й створює передумови для його подальшого розвитку. Враховуючи результати аналізу існуючих управлінських підходів та інструментів, важливо визначити, яких змін можна досягти завдяки їхньому вдосконаленню та посиленню. Розуміння очікуваних результатів дозволить сформулювати чітке бачення напрямів розвитку лідерства у КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» та оцінити потенційний вплив управлінських рішень на ефективність діяльності закладу.

Відтак, рисунок 3.1 ілюструє динаміку показника ROI програми розвитку лідерства в КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» за окремі роки. Аналіз зображених даних дозволяє оцінити ефективність інвестицій у розвиток управлінських компетенцій та визначити тенденції повернення ресурсів, вкладених у навчальні та організаційні заходи. Це дає змогу порівнювати результати програми між роками та коригувати стратегію розвитку лідерства для досягнення максимального ефекту.

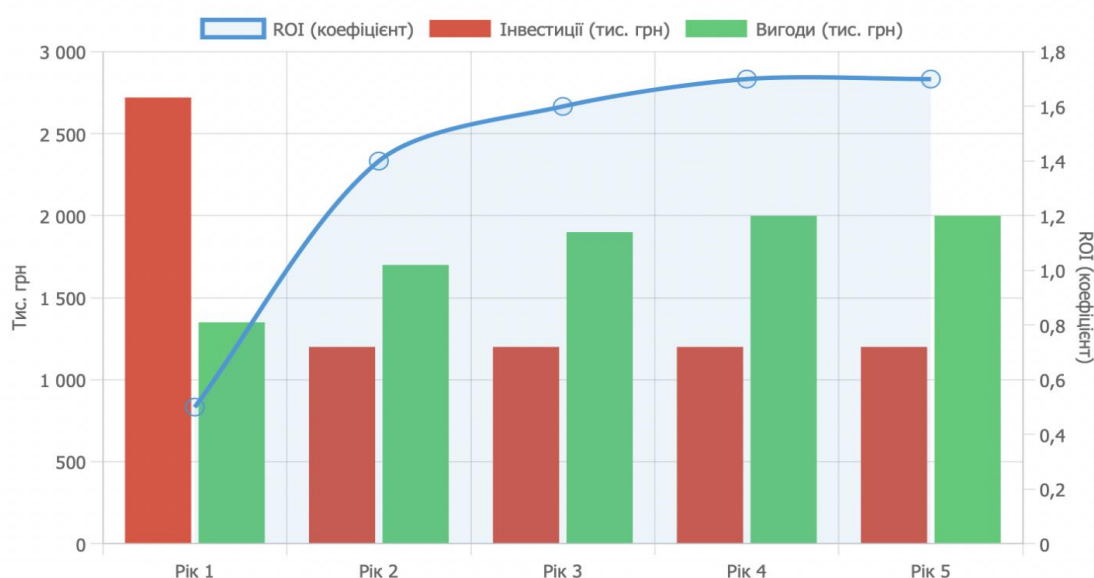


Рис. 3.1. «ROI програми розвитку лідерства за роками для КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради»

Джерело: розраховано автором [15, с. 217-219; 30, с. 106-115]

Проведений аналіз рис. 3.1 показав, що перший рік впровадження фокусується на створенні фундаменту системи: розвиток топ-менеджменту як ключових агентів змін, формування антикризової інфраструктури (команда, протоколи, ситуаційний центр), розширення психологічної підтримки, початок навчання середньої ланки. Важливо не намагатися зробити все одразу – програми для середньої ланки запускаються послідовно, щоб не перевантажити систему. Перше повномасштабне антикризове навчання наприкінці року дає можливість протестувати створену систему в дії.

Відповідно, другий рік впровадження розширює охоплення навчальними програмами, включаючи всіх керівників середньої ланки. Запускаються більш складні компоненти (індивідуальний коучинг, симуляційні тренування прийняття рішень), що вимагають вищого рівня організаційної готовності. Система антикризового реагування переходить у режим регулярного функціонування з квартальними навчаннями. Тестується і коригується план безперервності діяльності. Створюються фізичні резерви критичних ресурсів для забезпечення стійкості [29].

У свою чергу третій рік – закріплення і інституціоналізація. Основні навчальні програми завершені, фокус переходить на підтримуючі заходи і вбудовування розвитку кризового лідерства в регулярні процеси організації. Інтеграція в систему атестації робить лідерські компетенції частиною формальних вимог до керівників.

Поширення досвіду через конференції і публікації підвищує видимість успіхів КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» і сприяє обміну з іншими закладами. Фінальна оцінка дає підстави для рішення про подальший розвиток програми. Гнучкість плану передбачає можливість адаптації термінів залежно від реальних обставин: наявності фінансування, завантаженості персоналу, зовнішніх факторів. План є дорожньою картою, а не жорстким графіком, і може коригуватися за рішенням проєктної команди при збереженні загальної логіки поетапного впровадження [24, с. 42-53].

Отже, третій рік реалізації програми розвитку кризового лідерства спрямований на закріплення досягнутих результатів та інституціоналізацію лідерських практик у щоденну діяльність КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради». Основні навчальні програми завершені, а фокус зміщується на підтримуючі заходи, інтеграцію розвитку лідерства в систему атестації та регулярні процеси організації.

Поширення набутого досвіду через конференції та публікації підвищує видимість успіхів центру та сприяє обміну знаннями з іншими закладами. Гнучкість плану забезпечує можливість адаптації термінів і заходів залежно від наявності ресурсів, завантаженості персоналу та зовнішніх умов. Такий підхід дозволяє зберегти загальну логіку поетапного впровадження програми, одночасно реагуючи на реальні виклики.

Для забезпечення системного підходу до оцінки результатів впровадження програми розвитку кризового лідерства в КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» розроблено спеціальну систему ключових показників ефективності. Вона дозволяє регулярно моніторити прогрес у досягненні стратегічних цілей, оцінювати вплив навчальних та організаційних заходів на розвиток лідерських компетенцій персоналу, а також своєчасно виявляти проблемні ділянки, що потребують корекції.

Показники охоплюють як кількісні, так і якісні аспекти діяльності керівників на різних рівнях, включаючи ефективність прийняття рішень у кризових ситуаціях, рівень мотивації та залученості персоналу, а також здатність до адаптації і проактивного управління ризиками. Такий підхід забезпечує прозорість і об'єктивність оцінки програми, дозволяє співставляти результати між підрозділами та визначати найефективніші практики. Детальніше ключові показники ефективності наведено у таблиці 3.10.

Ключові показники ефективності програми розвитку кризового лідерства

Показник	Базове значення (2024)	Цільове значення (2025)	Цільове значення (2027)	Частота вимірювання
1. Розвиток компетенцій				
Частка керівників, що пройшли навчання з кризового лідерства	0%	60%	100%	Щорічно
Середній бал оцінки лідерських компетенцій (360°)	6,5/10	7,5/10	8,5/10	Щорічно
Частка керівників із розвиненим емоційним інтелектом (EQ>100)	35%	55%	75%	Щорічно
2. Готовність до криз				
Наявність актуальних антикризових протоколів	0%	80%	100%	Щокварталу
Частота проведення антикризових навчань	1/рік	4/рік	4/рік	Щокварталу
Час реагування на кризову ситуацію	4 год	2 год	1 год	При кожній кризі
3. Психологічне благополуччя персоналу				
Рівень вигорання керівників (шкала MBI)	4,2/7	3,5/7	2,8/7	Щокварталу
Задоволеність персоналу стилем керівництва	5,8/10	7/10	8/10	Щопівроку
Частка керівників, що користуються психологічною підтримкою	15%	40%	60%	Щокварталу
4. Організаційна ефективність				
Плинність керівного персоналу	18%	12%	8%	Щокварталу
Час прийняття управлінських рішень	5 днів	3 дні	2 дні	Щокварталу
Кількість невирішених конфліктів	5	2	0	Щомісяця

Джерело: складено автором [29]

Аналіз ключових показників ефективності програми розвитку кризового лідерства демонструє системний підхід до підвищення компетентності керівників та готовності організації до кризових ситуацій. Заплановане поступове зростання частки керівників, що пройшли навчання, та покращення середніх балів оцінки лідерських компетенцій свідчить про стратегічне інвестування в розвиток людського капіталу. Підвищення готовності до криз забезпечується через впровадження актуальних антикризових протоколів та регулярні навчання, що дозволяє скоротити час реагування на надзвичайні ситуації вдвічі до 2025 року і до 1 години – до 2027 року [24, с. 42-53].

Реалізація стратегічних напрямів розвитку кризового лідерства неможлива без цілеспрямованого розвитку відповідних компетенцій у керівників усіх рівнів. Розроблено комплексну систему розвитку, що включає різноманітні формати навчання і підтримки.

Програма розвитку кризового лідерства для топ-менеджменту. Топ-менеджмент КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» (головний лікар і його заступники) потребує специфічних компетенцій для прийняття стратегічних рішень у кризових ситуаціях і координації відповіді всієї організації на виклики.

Структура програми розвитку розрахована на 12 місяців і включає очні модулі (80 годин), дистанційне навчання (40 годин), практичні завдання та проєкти (100 годин). Програма поєднує теоретичні знання з практичними навичками і рефлексією власного досвіду.

Міжмодульні завдання забезпечують зв'язок навчання з реальною практикою. Після кожного модуля учасники отримують практичне завдання для впровадження у своїй роботі: розробка елементів антикризового плану, проведення аналізу вразливостей центру, організація навчання для підлеглих, тестування нових комунікаційних підходів. На початку наступного модуля проводиться обмін досвідом і рефлексія результатів виконання завдань.

Впровадження емоційного інтелекту в щоденну практику підтримується через кілька механізмів. Створюється практика коротких чек-інів на початку нарад, де кожен учасник коротко ділиться своїм емоційним станом. Це допомагає команді краще зрозуміти один одного і адаптувати взаємодію. Керівники навчаються включати емоційний контекст у прийняття рішень, запитуючи себе: «Які емоції я зараз відчуваю? Як вони можуть вплинути на моє рішення? Які емоції це рішення викличе в інших?» Після складних подій проводяться емоційні дебрифінги, де команда обговорює не лише те, що сталося і які дії були вжиті, але й емоційний досвід, що допомагає розвантажитися і вчитися управляти емоціями в подібних ситуаціях [2].

Загалом, диверсифікація джерел фінансування дозволяє зменшити залежність від одного каналу і підвищити стабільність реалізації програми, а

поетапне використання ресурсів дає змогу ефективно пріоритизувати критично важливі компоненти розвитку кризового лідерства [30, с. 106-115].

Підвищення ефективності використання ресурсів. Розвиток лідерських компетенцій керівників, включаючи навички стратегічного планування, прийняття рішень і управління командами, призводить до більш ефективного використання наявних ресурсів центру. Дослідження показують, що ефективне лідерство підвищує продуктивність організації на 20-30%. Навіть при консервативній оцінці покращення на 5%, це означає додатковий дохід від збільшення обсягів надання медичних послуг або економію від оптимізації процесів на рівні 300-400 тисяч гривень щороку [15, с. 217-219].

Скорочення плинності кадрів. Професійне вигорання і незадовільний стиль керівництва є основними причинами звільнення медичних працівників. Програми психологічної підтримки і розвитку емоційного інтелекту керівників покращують психологічний клімат у колективі і знижують плинність. Витрати на заміну одного кваліфікованого фахівця (рекрутинг, навчання, втрата продуктивності на період адаптації) оцінюються в 100-150 тисяч гривень. Якщо система дозволить утримати навіть 3-4 цінних співробітники, які інакше б звільнилися, економія складе 300-600 тисяч гривень щороку.

Зниження витрат на виправлення помилок. Кращі навички прийняття рішень і комунікації знижують ймовірність управлінських помилок, які можуть бути дорогими для виправлення. Наприклад, неправильне рішення щодо закупівлі обладнання або матеріалів через недостатній аналіз може призвести до придбання невідповідних товарів і необхідності повторних закупівель. Конфлікти через погану комунікацію можуть ескалювати до судових позовів або скарг у контролюючі органи, що потребує витрат на юридичний супровід. Хоча точно оцінити економію від попереджених помилок складно, консервативна оцінка – 150-200 тисяч гривень щороку [44, с. 98-104].

Сукупний економічний ефект від усіх каналів оцінюється в діапазоні 1 350-2 000 тисяч гривень щороку (табл. 3.11).

Таблиця 3.11

Очікуваний економічний ефект від впровадження програми розвитку
кризового лідерства

Канал економічного ефекту	Консервативна оцінка, тис. грн/рік	Оптимістична оцінка, тис. грн/рік
Зниження втрат від кризових ситуацій	400	500
Підвищення ефективності використання ресурсів	300	400
Скорочення плінності кадрів	300	600
Зниження витрат на виправлення помилок	150	200
Збільшення доходів через покращення репутації	200	300
РАЗОМ економічний ефект за рік	1350	2000
Кумулятивний ефект за 5 років	6750	10000
Співвідношення вигід до витрат (за 5 років)	2,48	3,67

Джерело: розраховано автором [29]

Як видно з таблиці 3.11 навіть при консервативному сценарії кумулятивний економічний ефект за п'ять років експлуатації системи (6 750 тис. грн) у 2,48 рази перевищує інвестиції (2 721 тис. грн у перший рік плюс приблизно 4 800 тис. грн у наступні чотири роки). Це робить проєкт економічно виправданим і привабливим для інвестицій. Період окупності при консервативному сценарії становить приблизно 3,5-4 роки, при оптимістичному – 2,5-3 роки. Це є прийнятним терміном для інвестицій у розвиток людського капіталу, які, як правило, мають більш тривалий період окупності порівняно з інвестиціями у матеріальні активи.

Окрім економічного ефекту, програма розвитку кризового лідерства генерує значний соціальний ефект, який важко виразити в грошовому еквіваленті, але він є не менш важливим для обґрунтування інвестицій.

Отже, аналіз стилю та інструментів лідерства у КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» показав, що керівництво закладу використовує поєднання трансформаційного, ситуаційного та операційно-орієнтованого підходів, що забезпечує ефективне функціонування організації в умовах кризи. Застосування інструментів, спрямованих на оптимізацію внутрішніх процесів, розвиток персоналу, налагодження прозорої комунікації та впровадження антикризових алгоритмів, сприяє підвищенню стійкості закладу, якості медичних послуг та адаптивності управлінських рішень.

ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ

Узагальнення результатів організаційно-економічного аналізу засвідчило, що КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» сформувався як провідний спеціалізований заклад регіону, який завдяки чіткій організаційній структурі та диверсифікованій системі фінансування успішно адаптувався до викликів воєнного стану та реформування системи охорони здоров'я.

У третьому розділі дипломної роботи розроблено комплексну систему удосконалення лідерства в КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» для ефективної роботи в умовах кризових ситуацій.

Стратегічні напрями розвитку охоплюють шість ключових компонентів. Концепція адаптивного лідерства базується на принципах гнучкості, розподіленого лідерства, безперервного навчання, орієнтації на цінності і проактивності. Створення антикризової команди управління із чітким розподілом ролей і регулярними тренуваннями забезпечує готовність до швидкого реагування. Система раннього попередження включає моніторинг медичних, кадрових, фінансових, інфраструктурних і зовнішніх індикаторів для виявлення загроз на ранніх стадіях. Розроблені протоколи дій охоплюють найбільш імовірні типи криз із чіткими алгоритмами реагування. План безперервності діяльності гарантує підтримання критичних функцій центру навіть у екстремальних умовах. Стратегія управління змінами адаптує класичні моделі до специфіки кризових ситуацій у закладі охорони здоров'я.

Практичні рекомендації щодо розвитку лідерських компетенцій включають систему навчання для різних рівнів управління. Програма для топ-менеджменту фокусується на стратегічному мисленні, прийнятті рішень під тиском, антикризових комунікаціях і фінансовому управлінні. Тренінги для середньої ланки розвивають навички комунікації і управління конфліктами, критично важливі в умовах стресу. Спеціалізовані програми розвивають навички прийняття рішень в умовах невизначеності через симуляції і рефлексію.

Система психологічної підтримки і профілактики вигорання включає індивідуальні консультації, групову підтримку, практики відновлення і культивування балансу між роботою і особистим життям.

Виявлені ризики впровадження (недостатнє фінансування, опір змінам, формальне ставлення, конфлікт із операційною діяльністю) мають конкретні заходи мінімізації. Система КРІ з 18 показників у шести категоріях дозволяє моніторити прогрес і своєчасно коригувати дії. Тривалий план-графік на три роки передбачає поетапне впровадження з критичними точками контролю і можливістю гнучкої адаптації до обставин.

Запропонована система є комплексною, практично орієнтованою і адаптованою до реалій українського онкологічного центру Впровадження рекомендацій підвищить здатність КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради» ефективно функціонувати в умовах криз, що критично важливо для забезпечення безперервності надання спеціалізованої онкологічної допомоги населенню Вінницької області та суміжних регіонах.

У підсумку, реалізація запропонованих заходів дозволить трансформувати організаційні та управлінські ризики у керовані процеси побудови стійкої системи та конкурентних переваг. Впровадження моделі кризового лідерства забезпечить підвищення готовності керівного складу центру до надзвичайних ситуацій, збереження безперервності надання медичної допомоги онкологічним пацієнтам та зміцнення позицій закладу як регіонального лідера у сфері онкологічної допомоги навіть в екстремальних умовах. Розвиток лідерських компетенцій керівників через тренінги, симуляції та навчальні програми дозволить позиціонувати заклад як організацію з високою культурою управління, що особливо важливо в умовах зростаючої невизначеності та постійних викликів для системи охорони здоров'я України.

Побудова ефективної системи внутрішньої та зовнішньої комунікації через чіткі протоколи інформування, прозорість прийняття рішень та систематичний зворотний зв'язок забезпечить формування довіри персоналу, пацієнтів та суспільства до керівництва закладу у довгостроковій перспективі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алькема В. Г., Сумець О. М., Кириченко О. С. Менеджмент закладу охорони здоров'я: навчальний посібник. Київ: Університет економіки та права «КРОК». 2023. 244 с. URL: https://library.krok.edu.ua/media/library/category/navchalni-posibniki/alkema_0036.pdf
2. Anjani Y., Fitrijanti T., Qadri R. A. Analysis of Hospital Efficiency and Implications for Financial Performance. *Ekombis Review*. 2024. №12(3). URL: <https://proceeding.unram.ac.id/index.php/icones/article/view/3339/976>
3. Баб'як О. В. Визначення сутності публічного управління охороною здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2023. № 14. С. 166-170. DOI: <https://doi.org/10.32702/2306-6814.2023.14.166>
4. Боришкевич І. І., Гой Н. В., Жук О. І. Теоретичні основи управлінського потенціалу керівника у сфері охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2024. № 1. С. 67-72. DOI: <https://doi.org/10.15330/apred.2.20.31-40>
5. Buryk Z., Piatnychuk I., Biloshkurskyi M. Leadership, management, and socio-economic adaptation: Contemporary challenges and strategic perspectives. *International Journal of Organizational Leadership*. 2025. Т. 14. № 1. DOI: <https://doi.org/10.33844/ijol.2025.60450>
6. Cascini F. et al. Strengthening and promoting digital health practice: results from a Global Digital Health Partnership's survey. *Frontiers in Public Health*. 2023. №8. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1147210>
7. Габор Г. Г., Марущак М. І., Москалик М. І., Габор В. С. Маркетингова діяльність у сфері медичних послуг. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2024. №1. С. 69-74. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2024.1.14514>
8. Гайфец Р. А., Грешоу А., Лінський М. Практика адаптивного лідерства: інструменти та тактики для зміни вашої організації. Київ: Наш Формат, 2020. 352 с. URL: <https://nashformat.ua>

9. Головай Н. М. Аналіз фінансового стану комунальних некомерційних підприємств охорони здоров'я. *Вісник Хмельницького національного університету. Економічні науки*. 2022. №4. С. 213-219. DOI: <https://doi.org/10.32702/2307-2105-2020.12.95>

10. Головчук Ю., Драч Я. Цифровий маркетинг в охороні здоров'я: сучасні тенденції та виклики. *Менеджмент та маркетинг: матеріали XI міжнар. наук.-практ. конф.* Харків: НФаУ, 2024. С. 174-182. DOI: <http://doi.org/10.32702/2307-2105.2025.1.7>

11. Головчук Ю. О., Вергелес К. М., Назарчук О. А., Ночвіна О. А., Мазур Г. М. Інновації в електронній охороні здоров'я як складова менеджменту в Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. 2025. № 2. DOI: <https://doi.org/10.32702/2306-6814.2025.2.61>

12. Головчук Ю. О., Ночвіна О. А., Дибчук Л. В., Мазур Г. М. Кадровий менеджмент та стратегічне планування у сфері охорони здоров'я в Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. 2025. № 1. DOI: <https://doi.org/10.32702/2306-6814.2025.1.44>

13. Головчук Ю. О., Прохорова Ю. В. Управління репутацією медичних установ у соціальних мережах. Збірник матеріалів міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. «Маркетингові стратегії, підприємництво і торгівля: сучасний стан, напрямки розвитку», Київ, 10 квітня. 2025 р. / за ред. Захарченко П. В. Київ : видавець КНУБА, 2025. 768 с. С. 197-201. URL: <https://dspace.vnmu.edu.ua/123456789/9873>

14. Головчук Ю. О., Паламаренко Я. В., Лепетан І. М. Комунікаційний менеджмент як складова стратегічного управління організацією. *Інвестиції: практика та досвід*. 2025. № 13. С. 31-38. DOI: <https://doi.org/10.32702/2306-6814.2025.13.31>

15. Головчук Ю. О., Прохорова Ю. В. Стратегії маркетингу для підвищення конкурентоспроможності медичних закладів. Матеріали IV міжн. наук.-практ. конф. «Стратегії ЄС щодо конкурентоспроможності, зростання і добробуту: стратегічне управління конкурентоспроможністю в контексті

євроінтеграційних процесів». м. Дніпро, 2025. С. 217-219. URL: <https://dspace.vnmu.edu.ua/123456789/9876>

16. Головчук Ю. О., Рисинець Т. П. Формування психологічної стійкості кадрів в умовах стратегічних змін. *Ефективна економіка*. 2025. № 7. DOI: <https://doi.org/10.32702/2307-2105.2025.7.14>

17. Домчук О. М., Богуславська С. І. Вплив сучасних тенденцій у медичному менеджменті на підбір і розвиток управлінського персоналу. *Бізнес Інформ*. 2024. № 2. С. 303-313. DOI: <https://doi.org/10.32983/2222-4459-2024-2-303-313>

18. Єгорова І. В. Проблеми та перспективи впровадження телемедицини в Україні з урахуванням міжнародного досвіду. *Економіка та суспільство*. 2024. № 62. URL: <https://lnk.ua/PeRlw7MNY>

19. Health Index Ukraine. (офіційне дослідження). URL: <https://health-index.com.ua>

20. Khakimov O. M., Isomiddinova S. Social psychological characteristics of leadership in management. *Zien Journal of Social Sciences and Humanities*. 2022. № 14. URL: <https://zienjournals.com/index.php/zjssh/article/view/2895>

21. Квітка С., Миргородська М. Цифрова трансформація системи охорони здоров'я. *Аспекти публічного управління*. 2024. №12(1). С. 14-21. DOI: <https://doi.org/10.32782/pub.health.2024.2.5>

22. Князькова В. Я., Бондаренко В. Г. Просування нових медичних послуг як складова маркетингової стратегії медичного закладу. Львів – Торунь, 2024. С. 36-40. DOI: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-406-4-9>

23. Коваленко О. В. Методичні підходи до оцінки ефективності використання ресурсів закладів охорони здоров'я. *Економічний простір*. 2023. № 185. С. 78-82. URL: <https://lnk.ua/5V1RvkBNd>

24. Колісніченко Н. М. Сучасні зарубіжні практики управління розвитком кадрового потенціалу сфери охорони здоров'я. *Науковий вісник: державне управління*. 2023. №1. С. 42-53. DOI: [https://doi.org/10.33269/2618-0065-2023-1\(13\)-42-53](https://doi.org/10.33269/2618-0065-2023-1(13)-42-53)

25. Корж О. М. Антикризове управління в системі охорони здоров'я: регіональний аспект. *Вісник соціальної гігієни та орг. охорони здоров'я*. 2021. №1(87). URL: <https://orcid.org/0000-0001-6177-1325>
26. Лепетан І. М. Телемедицина як частина цифрового бренду медичних послуг. *Матеріали XVII міжнар. наук.-практ. конф.* Одеса. 2024. С. 813-814. DOI: <http://doi.org/10.32702/2307-2105.2025.1.34>
27. Лепський М. Осмислення поняття «лідер» у диджиталізованому світі. *Humanities Studies*. 2025. № 22(99). С. 57-67. DOI: <https://doi.org/10.32782/hst-2025-22-99-07>
28. Лехан В. М., Крячкова Л. В., Заярський В. В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український контекст. Київ: Центр здоров'я суспільства, 2020. 368 с. URL: https://moz.gov.ua/uploads/1/26283-strategiya_rozvytku_ohorony_zdorovya.pdf
29. Ліба Н. С., Білак О. М. Особливості управління грошовими потоками в різних системах охорони здоров'я. *Ефективна економіка*. 2024. № 7. DOI: <http://doi.org/10.32702/2307-2105.2024.7.23>
30. Лях Ю. І. Лідерство в публічному управлінні: перспективи розвитку в Україні. *Університетські наукові записки*. 2022. №3(87). С. 106-115. DOI: <https://doi.org/10.37491/UNZ.87.8>
31. Медична інформаційно-аналітична система eHealth. URL: <https://ehealth.gov.ua>
32. Медична статистика КНП «ПРЦО ВОР»: аналітичні дані за 2021-2024 роки. Вінниця: Відділ медичної статистики, 2024. 42 с. URL: <https://www.prco.vn.ua>
33. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua>
34. Moorman C., van Heerde, H. J., Moreau, C. P., Palmatier, R. W. Marketing in the health care sector: disrupted exchanges and new research directions. *Journal of Marketing*. 2024. Vol. 88. №1. DOI: <https://doi.org/10.1177/00222429231213154>

35. Михаліцька Н. Я., Яцик М. Р. Лідерство та комунікації в організації: навчальний посібник. Львів: ЛДУВС, 2024. 512 с. URL: <https://www.lvduvs.edu.ua>
36. Національна служба здоров'я України. URL: <https://nszu.gov.ua>
37. Осипова Є., Покотило Б. Брендинг та репутаційний менеджмент як інструмент побудови довіри до бренду. *Економічний простір*. 2024. № 191. С. 230-234. DOI: <https://doi.org/10.32782/2224-6282/191-37>
38. Офіційний веб-сайт КНП «Подільський регіональний центр онкології». URL: <https://www.prco.vn.ua/про-нас/історія-центру/>
39. Пономарьов О. С., Серeda Н. В., Чеботарьов М. К. Формування і діяльність управлінської команди проєкту: навчально-методичний посібник. Харків: НТУ «ХПІ». 2023. 57 с. URL: <https://khpi.edu.ua>
40. Полковниченко С. О., Шкулепіна А. В. Маркетингове забезпечення сфери медичних послуг. *Проблеми і перспективи економіки та управління*. 2021. №4(20). С. 176-186. URL: <https://orcid.org/0000-0001-6177-1325>
41. Річний звіт КНП «ПРЦО ВОР» за 2023 рік. Вінниця, 2024. 64 с. URL: <https://www.prco.vn.ua>
42. Stoumpos A. I., Kitsios F., Talias M. A. Digital Transformation in Healthcare: Technology Acceptance and Its Applications. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023. № 20 (4). DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph20043407>
43. Статут Комунального некомерційного підприємства «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної ради». м. Вінниця, 2020. 28 с. URL: <https://www.prco.vn.ua>
44. Трушкіна Н. В. Оцінювання фінансових результатів діяльності закладів охорони здоров'я. *Інфраструктура ринку*. 2021. № 55. С. 98-104. URL: <https://lnk.ua/x4LXY6q4n>
45. Чумакова Г. В., Пасічнюк В. В. Лідерство в кризових умовах: публічне управління під час воєнного стану. *Успіхи і досягнення у науці*. 2024. №1. С. 212-225. DOI: [https://doi.org/10.52058/3041-1254-2024-1\(1\)-212-225](https://doi.org/10.52058/3041-1254-2024-1(1)-212-225)

46. Чередник Л. М., Ці Кунь. Зміст і структура поняття «лідерські якості». *Суспільство та національні інтереси*. 2025. № 2. С. 417-428. DOI: [https://doi.org/10.52058/3041-1572-2025-2\(10\)-417-428](https://doi.org/10.52058/3041-1572-2025-2(10)-417-428)
47. WHO. Global strategy on digital health 2020–2025. Geneva, 2021. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924>
48. WHO Regional Office for Europe. Digital health insights. URL: https://www.who.int/europe_
49. Закон України «Про рекламу». URL: https://zakon.rada.gov.ua_
50. МОЗ України. База знань кращих практик. Менеджмент. URL: <https://moz.gov.ua/menedzhment>
51. Національна бібліотека України імені В.І. Вернадського. URL: <http://www.nbuv.gov.ua/>
52. Шутурмінський В.Г., Кусик Н.Л., Рудінська О.В. Основи менеджменту та маркетингу в медицині: навч. Посібник. Міжнар. гуманітар. ун-т, Одес. нац. ун-т ім. І. І. Мечнікова. Стер. вид. Одеса: Гельветика, 2024. 176 с. URL: <https://lnk.ua/94y9DqY4M>

ДОДАТКИ