

УДК 65.012.32:61

DOI: 10.32342/2074-5362-2019-2-27-3

**К.Д. БОРДЮГ,**

*аспірант Університету імені Альфреда Нобеля (м. Дніпро)*

## **ТАКСОНОМІЯ СТИЛІВ ЛІДЕРСТВА ТА ОСОБЛИВОСТІ ЛІДЕРСТВА В УПРАВЛІННІ МЕДИЧНИМ ЗАКЛАДОМ**

Статтю присвячено дослідженню впливу особливостей лідерства в управлінні медичним закладом. Значення лідерів в управлінні практичними установами охорони здоров'я завжди і всюди було й залишається виключно високим. Воно ще більше зростає в умовах перехідного періоду, що ми наразі переживаємо, коли втрачається визначеність, змінюється система звичних відносин, схем управління і фінансування. У цих умовах від лідера і його якостей повністю залежить виживання та перспективи розвитку багатьох колективів. Лідерство як процес передбачає вплив лідера на інших людей. Цей вплив реалізується трьома способами. Перший – це розумовий вплив на мислення інших людей. Крім того, об'єктом впливу лідера можуть стати почуття й переконання інших людей. Людині часто легше усвідомити та прийняти якісь нові ідеї й думки, ніж змінити свої погляди і почуття. І, нарешті, третій спосіб – це поведінковий вплив, коли лідерство ставить собі за мету зміну поведінки, тобто способу дії.

Спосіб поведінки лідера визначається двома головними показниками: ступенем директивності в керівництві та підтримкою, яку лідер надає підлеглим. Лідер при цьому має виступати у ролі коуча (тренера-наставника). У підлеглих може бути бажання виконати завдання, але при цьому можуть бути відсутні необхідні навички й вміння. У такому випадку лідер, що є носієм цього стилю, продовжує здійснювати керівництво та надає необхідну наставницьку допомогу співробітникам, які прагнуть підвищити свою кваліфікацію. Цей стиль лідерства є переважаючим у сучасному світі й дуже пасує системі охорони здоров'я.

Головними якостями лідера можна вважати бачення перспектив, вміння згуртувати колектив і повести його за собою, служити надійним захистом для колективу – від лікаря, завідувача відділенням до головного лікаря. Тільки з урахуванням перелічених якостей і накопичення досвіду професіонал має всі підстави стати ефективним лідером.

У сучасних умовах найбільшу актуальність у сфері управління системи охорони здоров'я набуває управління змінами, що зумовлені медичною реформою. Зміна лідерів у будь-якій сфері діяльності, охорона здоров'я у цьому не є винятком, є болочим процесом. Фокусує увагу на майбутньому, лідери повинні вміти справлятися з немінучими проблемами, що стоять на шляху розвитку організації. При цьому розробка та впровадження бачення майбутнього може порушити рівновагу, що склалася в організації, вивільнивши як сили підтримки, так і сили опору.

Справжній лідер має володіти відповідними знаннями, навичками, вміннями і якостями з тим, щоб в нинішній складний перехідний період не розвалити систему охорони здоров'я, а навпаки, знайти на кожному рівні управління такі варіанти дій, які здатні запобігти невдачам і навіть поліпшити її якість.

**Ключові слова:** *лідерство, принципи класифікації стилів лідерства (таксономія), лідерство служіння, лідерство прикладу, формальне та ненормальне лідерство.*

Стаття посвячена дослідженню впливу особливостей лідерства в управлінні медичним закладом. Значення лідерів в управлінні закладами охорони здоров'я було і залишається виключно високим. Воно ще більше зростає в умовах перехідного періоду, який ми переживаємо, коли втрачається впевненість, змінюється система звичних відносин, схем управління і фінансування. В цих умовах вплив лідера і його якості повністю залежить від впливу лідера на інших людей. Це вплив реалізується трьома способами. Перший – це вплив на мислення інших людей. Крім того, об'єктом впливу лідера можуть стати почуття і переконання інших людей. Людині часто легше усвідомити і прийняти якісь нові ідеї і думки, ніж змінити свої погляди і почуття. І, нарешті, третій спосіб – це поведінковий вплив, коли лідерство ставить своєю метою зміну поведінки, тобто способу діяти.

Образ поведінки лідера визначається двома основними показателями: ступенем директивності в керівництві і підтримкою, яку лідер надає підлеглим. Лідер при цьому повинен виступати в ролі коуча (тренера-наставника).

Основними якостями лідера можна вважати вміння бачити перспективи, вміння мобілізувати колектив і повести його за собою, служити надійною захистом для колективу – оточення, керівника відділу до головного лікаря.

Настоящий лідер повинен мати відповідні знання, навички, вміння і якості з тим, щоб в нинішній складний перехідний період уже не розвалити систему охорони здоров'я, а навпаки, знайти на кожному рівні управління такі варіанти дій, які здатні уникнути невдач і навіть покращити її якість.

**Ключові слова:** *лідерство, принципи класифікації стилів лідерства (таксономія), лідерство служіння, лідерство прикладу, формальне і неформальне лідерство.*

**Вступ та формулювання проблеми у загальному вигляді.** Проблема лідерства має величезне значення для людей в усі часи і в усіх країнах. Від неї певною мірою залежить і благополуччя країни в цілому, й окремих її районів, аж до кожної організації та навіть кожної сім'ї. На жаль, підготовка лідерів у нашій країні в необхідній кількості й з належними якостями відповідно до сфери діяльності практично не ведеться. Майже завжди керівники медичних закладів різного масштабу вчаться виконувати роль лідера в процесі власної діяльності, використовуючи здоровий глузд та метод проб і помилок, причому їхні помилки, враховуючи особливості сфери діяльності, можуть мати досить глибокі наслідки. Відповідно до досить стійких соціальних стереотипів, які склалися в радянські часи, в нашій країні все ще панує віра в те, що чим вище керівник підіймається адміністративними сходами, тим він більше знає і далі бачить. Для медичної сфери це надзвичайно шкідливо, оскільки при такому ставленні керівник втрачає зовнішню мотивацію до розширення та оновлення професійних знань, їх актуальність поступово зменшується, а потім і зовсім зникає. Крім того, досить часто у нас роль лідерів відіграють випадкові люди зі своїми особистими інтересами, амбіціями й намірами, що не сприяє розвитку очолюваних ними організацій. Цю роль вони можуть грати тільки обмежений час, тому що справжніми лідерами або пасивними вони ніколи не були й не стануть, оскільки в них зовсім відсутні або вищі цілі та відданість спільним інтересам, або бачення суспільних перспектив (а отже, й вміння вибрати правильну стратегію і тактику розвитку організації), або достатній для займаної посади професіоналізм, або все це разом узяті.

Питання лідерства привернули увагу вчених у галузі психології ще з кінця 30-х років минулого століття, коли у 1938 р. було опубліковано класичну працю Курта (Цадека) Левіна «Концептуальне уявлення та вимірювання психологічних сил» [1]. Але застосування концепції лідерства у науковому менеджменті почалося значно пізніше, у 1970–80-х роках завдяки таким авторам, як Херсі та Бланшар [2], що створили теорію життєвого циклу лідерства, яку пізніше було перейменовано на теорію ситуативного лідерства [3]. Наразі кількість систематичних досліджень, де викладені різні погляди на лідерство у менеджменті, запропоновані різноманітні класифікації та подано практичні рекомендації щодо впровадження елементів лідерства в управлінні, сягає декількох тисяч. Але, на жаль, такі праці (принаймні у вітчизняному сегменті наукового менеджменту) повністю оминають питання лідерства в управлінні медичними закладами, де є безумовні особливості, пов'язані з фаховими традиціями та специфічною сферою діяльності.

**Постановка завдання у загальному вигляді.** У пропонованій роботі ми не будемо розглядати роль лідерів в історії розвитку вітчизняної охорони здоров'я й медичної науки, ілюструючи її прикладами біографії окремих видатних особистостей, описом їхніх рис, індивідуальних особливостей і зроблених внесків, а обмежимося лише деякими колективними характеристиками, без яких лікар-практик не може претендувати на роль лідера. Крім того, до завдань цього дослідження належить:

- пошук визначення лідерства, що відповідає особливостям праці у медичній сфері;
- аналіз поведінкових рис лідера у контексті керівництва медичним закладом;
- аналіз впливу стилю лідерства на розвиток колективу медичного закладу;
- визначення головних якостей лідера з точки зору розвитку організацій у системі охорони здоров'я;
- розробка стратегії поведінки лідера під час впровадження змін.

**Викладення основного матеріалу дослідження.** Слід зазначити, що поняття «керівник» і «лідер» несуть абсолютно різне смислове навантаження, оскільки керівники призначаються, а лідерами стають. Разом з тим іноді, і це відбувається досить не часто, і керівник, і лідер можуть поєднуватися в одній особі. Це відбувається в тих небагатьох випадках, коли інтереси справи переважають над усіма іншими інтересами, і керівником призначають визнаного в колективі лідера. Але, на жаль, це, швидше, виняток з правила, ніж правило.

Відомі також випадки, коли в колективі присутні як керівник, так і лідер, і тоді їх називають формальними або неформальними лідерами, тобто лідерами де-юре і де-факто. Оптимальним варіантом і для колективу, і для вирішуваних ним завдань є тісна взаємодія таких лідерів, їх взаємна довіра, підпорядкування спільним цілям, завданням та інтересам, і навіть можливі неантагоністичні розбіжності. В іншому випадку, це також має місце, в колективі назріває розкол, і замість розвитку і вирішення важливих проблем колектив вплутується в тривалі виснажливі міжусобиці, вирішення яких досить болісне і рівнозначне видаленню злоякісної пухлини, після чого організм вже не може повністю відновитися й поступово згасає.

Існує ще один найбільш поширений варіант, коли в колективі є тільки керівник, тобто формальний лідер, який нам дістався у спадок від колишньої, централізованої системи управління і який певною мірою гальмує демократичні перетворення в суспільстві. У цьому випадку існують тільки керівник та підлеглий колектив, який ніяк не можна назвати командою. Справа в тому, що команда – це цілеспрямована група однодумців і захоплених людей, тому принципи роботи в команді та лідерства в ній істотно відрізняються від роботи в колективі і від керівництва ним. Команда діє не з примусу, а за переконанням, вона, як правило, підбирається під якусь ідею, формується, групується навколо лідера, який має повну довіру. Лідер же, у свою чергу, керується в основному творчими і морально-етичними методами, не вдаючись до адміністрування. Така команда завжди в русі, в розвитку і прагне щось вивчити, створити, відкрити. На жаль, багато керівників нашої країни і окремих її галузей і регіонів так і не стали визнаними лідерами, не створили повноцінної команди, яка б працювала над вирішенням перспективних завдань і проблем, пошуком оптимальних для населення шляхів і способів розвитку.

Нерідко при зміні територіальної адміністрації змінюються і керівники органів та установ охорони здоров'я, які, на нашу думку, є однією з найбільш незахищених категорій медичних працівників. Вирішальну роль при цьому часто відіграють не інтереси справи, не реальна оцінка необхідного кругозору і лідерських якостей майбутніх керівників, а особисті уподобання та знайомства. Страждають від цього й система охорони здоров'я, й населення.

Значення лідерів в управлінні практичними установами охорони здоров'я завжди і всюди було й залишається виключно високим. Але воно ще більше зростає в умовах перехідного періоду, що ми наразі переживаємо, коли втрачається визначеність, змінюється система звичних відносин, схем управління і фінансування. У цих умовах від лідера і його якостей повністю залежить виживання та перспективи розвитку багатьох колективів. Перехід від відомої та добре вивченої моделі охорони здоров'я, що, зрозуміло, була неефективною, до невизначеної, оскільки нескладно уявити досить багато варіантів її функціонування, грає на руку тим, хто особисті, матеріальні, політичні та амбітні інтереси ставить вище інтересів, які пов'язані з професійною діяльністю.

Існує багато визначень лідерства, хоча окремі відомі фахівці в галузі управління вважають, що лідерство є настільки складним і тонким інструментом, що практично не піддається визначенню. У той же час відсутність єдиного розуміння лідерства ускладнює аналіз тієї ролі, яку воно відіграє в житті суспільства, в тому числі в системі охорони здоров'я. Тому ми зупинилися на визначенні Пойнтера і Санчез [4], яке, хоча й дещо спрощено, але все ж висвітлює основну сутність лідерства. На думку цих авторів, лідерство – це процес, «за допомогою якого людина усвідомлено намагається вплинути на іншу людину або групу людей для досягнення певної мети». З цього визначення випливають такі характерні риси лідерства:

1. Лідерство – це не пасивна теорія, а активний процес, що складається з дій керівників.

2. У ролі лідера виступає особистість, а не організація. Лідерство передбачає взаємодію між людьми.

3. Лідерство спрямоване на іншу людину або групу людей, які і є об'єктом лідерства. Лідерство має на меті зміну поведінки інших людей, які потім стають послідовниками. Наявність послідовників є обов'язковим фактором лідерства.

4. Лідерство як процес передбачає вплив лідера на інших людей. Цей вплив реалізується трьома способами. Перший – це розумовий вплив на мислення інших людей. Щоб змінити поведінку людини, потрібно, перш за все, змінити спосіб її думок. Крім того, об'єктом впливу лідера можуть стати почуття й переконання інших людей. Людині часто легше усвідомити та сприйняти якісь нові ідеї й думки, ніж змінити свої погляди і почуття. Тому нерідко лідер використовує як другий спосіб емоційний вплив на почуття і переконання. І, нарешті, третій спосіб – це поведінковий вплив, коли лідерство ставить собі за мету зміну поведінки, тобто способу дії. Тому лідер повинен вміти вплинути на людей так, щоб вони виконали навіть те, до чого відчують супротив.

5. Лідерство – процес цілеспрямований, він завжди передбачає вплив на інших людей з тим, щоб було досягнуто певної мети, поставленої лідером. В оптимальному варіанті, який зустрічається досить нечасто, цілі лідера і підлеглих можуть збігатися.

6. Лідерство – це процес навмисний, усвідомлений, а не спонтанний. Дії при цьому є свідомими, часто добре продуманими й не випадковими.

Іноді домінує думка, що керівники через лідерство впливають на підлеглих з тим, щоб вони виконали необхідну роботу, тобто лідерство – це процес, спрямований тільки вниз, від керівника до підлеглих. Однак потрібно розуміти, що лідерство – це більш складний процес, що має не тільки один напрям впливу.

Дуже умовно можна виділити кілька стилів лідерства, тобто способу поведінки, який лідер використовує для здійснення впливу на думки, почуття, спонування і дії підлеглих. П. Херші та К.Х. Бланшар у своїй книзі «Управління організаційною поведінкою» [5] виділяють чотири основні стилі лідера, опис яких буде подано нижче стосовно лідерства у системі охорони здоров'я. Спосіб поведінки лідера визначається двома головними показниками: ступенем директивності в керівництві та підтримкою, яку лідер надає підлеглим. Ступінь директивності вказує, наскільки жорстко керівник поводить себе при визначенні та поясненні завдання й контролі за його виконанням. Директивний стиль передбачає надання детальних інструкцій підлеглим, а лідери, чия поведінка не відрізняється жорсткістю, не дають своїм підлеглим конкретних вказівок щодо засобів виконання завдання, заохочують ініціативу співробітників. Другий показник характеризує відкритість лідера, його готовність надати допомогу підлеглим. Від психологічної та емоційної підтримки з боку лідера залежить ступінь взаємодії лідера та підлеглих у процесі виконання завдання. Ця підтримка повинна мати цільовий характер: треба, наприклад, враховувати, що співробітники, які мають високий рівень мотивації, практично не потребують психологічної підтримки та навпаки. Відповідно до цих міркувань П. Херші та К.Х. Бланшар виділяють такі стилі лідерства.

**Перший** – це *вказівний стиль*, що характеризується високим ступенем директивності, слабкою взаємодією в межах колективу й практично відсутністю будь-якої підтримки лідера з боку підлеглих. Лідер цього стилю лише повчає і керує, що передбачає наявність одностороннього зв'язку, а також виконання завдання без оцінки готовності і бажання колективу. У системі охорони здоров'я цей стиль лідерства нерідко перетворюється на авторитарний, коли лідер спирається тільки на свою думку або, що частіше буває, на вказівки зверху. При цьому цілі та завдання досягаються за будь-яку ціну, тобто домінує принцип, коли мета виправдовує засоби й для досягнення потрібного результату всі засоби хороші. Люди-виконавці перетворюються в «гвинтики» системи, і ціна людського фактора опускається до найнижчої позначки.

Такий безапеляційний стиль управління може бути певною мірою виправданим у надзвичайних та екстремальних ситуаціях, наприклад, у період військових дій, але абсолютно неприпустимий в мирний час і в повсякденних умовах. Цей стиль іноді дає позитивні результати, але на дуже короткому відрізку часу, поки люди не перестануть усвідомлювати себе рабами, підневільними централізованої системи. Зазначений стиль керівництва/лідерства зазвичай не потребує системного підходу та детального аналізу всього управлінського циклу. При такому підході досяжність цілей залежить тільки від правильної розстановки кадрів і їх ієрархічної підпорядкованості. Слід зауважити, що цей стиль є дуже розповсюдженим у вітчизняній охороні здоров'я. Тому не випадково ще з радянських часів так і не набув свого розвитку один з основних принципів, що полягає в широкій участі громадськості в управлінні охороною здоров'я.

**Другий** – це *стиль переконання*, що поєднує в собі директивність з активною взаємодією між лідером і підлеглими. Лідер при цьому виступає в ролі коуча (тренера-наставника). У підлеглих може бути бажання виконати завдання, але при цьому можуть бути відсутні необхідні навички і вміння. У такому випадку лідер, що є носієм цього стилю, продовжує здійснювати керівництво та надає необхідну наставницьку допомогу співробітникам, які прагнуть підвищити свою кваліфікацію. Цей стиль лідерства превалює у сучасному світі й дуже пасує системі охорони здоров'я.

**Третій** – це *колегіальний стиль*, що характеризується заохоченням ініціативи при активній взаємодії лідера і підлеглих. Такий стиль більше підходить колективу і людям, які готові виконувати необхідну роботу при відсутності у них бажання і впевненості у своїх силах. У разі невпевненості підлеглим може знадобитися велика підтримка з боку лідера, а в разі відсутності бажання виконувати роботу їм потрібно надати можливість участі в процесі прийняття рішень. Саме тому цей стиль називається колегіальним, оскільки йому властивий двосторонній зв'язок керівника і підлеглих. Лідер надає емоційну підтримку і стимулює роботу, а підлеглі беруть участь в ухваленні рішень. Необхідність у детальних інструкціях при такому стилі практично повністю відпадає. Слід зауважити, що цей стиль не зовсім пасує системі охорони здоров'я, тому що будь-які рішення тут приймаються на в інтересах пацієнта, але у ситуаціях, коли потрібно об'єднати досвід багатьох лікарів, він може спрацювати на досягнення результату.

**Четвертий** – це *стиль передавання повноважень*, коли лідер передає відповідальність, заохочує ініціативу працівників при слабкій взаємодії між лідером і підлеглими. Люди з високим рівнем мотивації, здатні і готові виконати свої обов'язки, можуть робити це при мінімальному контролі з боку керівника. Тим не менш, вони повинні надавати керівнику звіти про свою роботу і діяти в межах, встановлених ним посадових обов'язків. Знов цей стиль не відповідає умовам роботи у системі охорони здоров'я, тому що для неї характерна доволі висока централізація повноважень.

Як правило, керівник віддає перевагу якомусь одному стилю лідерства, на який він покладається більше, ніж на інші, разом з тим може деякою мірою володіти якостями, властивими іншим стилям. Уміння лідера пристосуватися до обставин важливіше, ніж його основний стиль.

У міру розвитку колективу за 4 стадіями сприйняття лідерства за Херші – Бланшаром (відсутність готовності і бажання, відсутність готовності при наявності бажання, наявність готовності при відсутності впевненості, наявність готовності і впевненості) лідер або повинен проявити гнучкість у керівництві з урахуванням вимог, що ставляться до стилю лідерства на кожному етапі розвитку колективу, або відсутність гнучкості може призвести до небажаних наслідків як всередині колективу, так і поза ним. На якомусь етапі лідер та колектив можуть стати несумісними. Кращим виходом з такого становища є їх «розлучення».

Останні два із зазначених стилів управління/лідерства – демократичні, базовані на шанобливому ставленні до виконавців. Демократичний лідер спирається або певною мірою враховує думку колективу, але й часом ховається за колективною відповідальністю. Це досить товариська людина, яка уникає протиріч, гострих і конфліктних ситуацій, вважає за краще діяти здебільшого переконаннями, ніж розпорядженнями та наказами. При всій ерудиції та порядності такий лідер не зможе служити надійним захистом і опорою для керованого ним колективу, а отже, його роль тимчасова, до того, як установа потрапить у важкі обставини.

Найбільш продуктивним й перспективним, як уже зазначалося, є другий стиль управління, що поєднує в собі демократичні засади з умінням взяти на себе тягар відповідальності за колектив, прийняті рішення та за отримані результати. Інакше кажучи, рішення можуть обговорюватися у колективі, але відповідальність є індивідуальною та персоніфікованою. Такий лідер не може бути боязким, надмірно обережним, улесливим і необов'язковим. На основних рисах *лідера другого типу* слід зупинитися більш докладно:

1. Лідер має бути особистістю, шанованою як в колективі, так і поза ним.
2. Лідер повинен бути професіоналом, мати не тільки природні якості організатора, але й відповідну підготовку, в тому числі з питань економіки і права. У той же час не кожен професіонал, наприклад, відмінний (як кажуть, від Бога) лікар, може бути лідером.
3. Лідер має бачити далі, робити більше, оцінювати краще, передбачати точніше. Образно кажучи, голова лідера має бути в хмарах, і в той же час він повинен міцно стояти ногами на землі.
4. Лідер не повинен чекати дозволу на початок дій, зобов'язаний шукати вирішення проблем, а не придумувати причини, чому щось не вийшло.

5. Лідер має вчитися на помилках чужих і своїх, робити з них правильні висновки.

6. Лідер має вміти отримувати великий обсяг інформації з мінімальних вихідних даних, встановлювати причинно-наслідкові зв'язки, ретельно аналізувати виникаючі ситуації і навіть у найскладніших випадках передбачати наслідки прийнятих рішень та дій.

7. Лідер повинен бути або сам учителем для колективу, або організувати його систематичне навчання, в тому числі через наради, конференції, семінари, що протидіятимуть небезпечним застійним явищам у колективі. Тільки в русі, в активності може формуватися й раціонально функціонувати колектив.

8. Лідер має не тільки вміти організувати та повести за собою людей, а й вміти їх слухати, обирати раціональні варіанти та проводити періодичний відбір.

9. Лідер повинен вміти розбиратися в людях, згуртувати їх, знайти кожній людині її місце в колективі, вміти надихати людей і впливати на них, а також постійно вдосконалюватися і вчитися.

Таким чином, головними якостями лідера можна вважати бачення перспектив, вміння згуртувати колектив і повести його за собою, служити надійним захистом для колективу – від лікаря, завідувача відділенням до головного лікаря. Тільки з урахуванням перелічених якостей і накопичення досвіду професіонал має всі підстави стати ефективним лідером.

Але дійсність, на жаль, така, що навіть сама концепція лідерства нерідко відторгається, і керівниками стають зручні і вигідні люди, що не володіють усією гамою необхідних для лідера рис. Фактично, як такої підготовки лідерів у нашій країні як не було раніше, так практично немає досі, й призначення будь-якої людини керівником установи або органу управління ніяк не означає, що вона може стати дійсним лідером.

Лідерами не народжуються, ними стають у процесі виховання і розвитку і здобуття необхідного обсягу знань і навичок. Насправді людей, наділених усіма необхідними якостями лідера, не так вже й багато. Але навіть і вони не є взаємозамінними, оскільки кожен з них крім базисних рис володіє такими специфічними особистісними особливостями, які дозволяють процесу лідерства перетворитися у творчу сферу діяльності. Це робить неповторною і привабливою обстановку як всередині колективу, так і в зовнішньому середовищі його функціонування. Тому часом, заміна одного лідера на нібито рівноцінного іншого, що дотримується тих же принципів і цілей, обов'язково призведе до змін у загальній атмосфері колективу і нерідко до змін у внутрішніх і зовнішніх відносинах.

Ось чому зміна лідерів у будь-якій сфері діяльності, і охорона здоров'я не є винятком, є болучим процесом. До такої зміни слід підходити обґрунтовано, зважено, системно, з урахуванням як цільової орієнтованості та підготовленості лідера й колективу, так і морального та творчого клімату всередині колективу, зважаючи на його думку та з оцінкою всіх коротко-, середньо-, й довгострокових наслідків прийнятих рішень. На жаль, фактів, коли б це все враховувалося, зовсім мало; навпаки, як уже зазначалося вище, дуже часто в заміні керівників проглядається волюнтаризм і некомпетентність.



У сучасних умовах найбільшу актуальність у сфері управління системи охорони здоров'я набуває управління змінами, що зумовлені медичною реформою. Зміни часто тільки здаються спонтанними і непередбачуваними, проте принципи управління змінами здатні принести відчуття спрямованості, впорядкованості та очікування.

Фокусуючи увагу на майбутньому, лідери повинні вміти справлятися з неминучими проблемами, що стоять на шляху розвитку організації. При цьому розробка та впровадження бачення майбутнього може порушити рівновагу, що склалася в організації, вивільнивши як сили підтримки, так і сили опору. Керівник може й повинен передбачити появу цих сил. Спочатку лідер повинен зрозуміти, як змінюються люди. Якщо говорити про кожну людину окремо, то спочатку він усвідомлює необхідність змін, потім формує своє ставлення до них, після чого змінює свою поведінку, адаптуючись до змін. Разом з тим кожна людина проходить цей цикл особисто, залежно від характеру змін, індивідуальних особливостей і досвіду адаптації до них, наявності навичок та вміння змінювати стиль поведінки, як того вимагають обставини. Коли стабільність нашого становища перебуває під загрозою або ми не впевнені в успіху, ми не відчуваємо себе в безпеці й, швидше за все, будемо опиратися перетворенням, що може навіть перейти у вороже ставлення до змін, реформ, якщо нас будуть до них примушувати.

Ще в 1971 р. Еверетт Роджерс і Флойд Шумейкер [7] встановили, що в кожній групі або організації людям потрібен різний час і різні зусилля для засвоєння нової ідеї. На їхню думку, всіх людей умовно можна поділити на 5 великих груп:

1. Новатори (їх 2,5%) можуть першими виступити з новою ідеєю, але вони часто перебувають на периферії соціальної структури, тому їх ідеї можуть не здобути підтримки інших співробітників. Як правило, такі генератори ідей не завжди здатні їх реалізувати й тому навіть не претендують на роль лідера.

2. Люди, що першими підхопили ідею (їх 13,5%), часто є лідерами громадської думки, користуються великою повагою, хоча можуть не обіймати жодних офіційних посад й не мати офіційних повноважень.

3. Люди, що належать до рано сформованої більшості (їх 34%), зазвичай вони сильно схильні до впливу лідерів громадської думки.

4. Люди, що належать до пізно сформованої більшості (їх теж 34%), зазвичай до всіх новацій налаштовані більш скептично, але їх можуть переконати факти, особливо, якщо вони зможуть особисто спостерігати за результатами змін, що вже почалися.

5. Люди, що відстають (їх 16%), зазвичай дотримуються традиційних поглядів і досить підозріло ставляться до перетворень. Їх неприйняття змін може тривати доти, поки інші співробітники організації не здійснять перехід на новий рівень. Для таких людей може виявитися простішим піти, ніж пристосуватися до змін. Ця група є дуже характерною для системи охорони здоров'я, де стійкість організацій ґрунтується на багатовікових традиціях.

Таким чином, спочатку ідея зустрічає підтримку лише у кількох людей, з часом до них додається ще трохи, і тільки через багато часу її може прийняти більшість. З цього моменту процес прийняття і реалізації ідеї значно прискорюється.

З точки зору теорії змін (або, як її ще називають, теорії соціальної взаємодії), кожна людина є частиною соціальних відносин, що впливають на її поведінку; люди схильні до впливу інших людей; становище людини в системі соціальних відносин (вона лідер, послідовник або перебуває на периферії) дозволяє спрогнозувати час прийняття нею нових ідей і змін; неофіційні контакти мають не менше значення, ніж формальні відносини; нові явища поступово поширюються в колективі. З огляду на цю теорію, досвідчений керівник попередньо перевіряє нову ідею на лідерах громадської думки в організації, і якщо вони її сприймуть і стануть її прихильниками, то зможуть ознайомити з нею інших і переконати їх в її доцільності.

Лідери мають бути знайомі з динамікою змін і управляти їх наслідками. Класична модель змін Курта Левіна [1] називається теорією рівноваги і ґрунтується на тому, що зміна змінює динамічну рівновагу, що існує між силами руху і силами опору.

Ідентифікуючи всі ці сили, керівник-лідер повинен виробити стратегію управління кожної із сил, спрямовану або на посилення сил руху, або на ослаблення сил опору, або на те й інше одночасно. Рушійні сили змін можуть виникнути як поза організацією, так й всередині неї. До зовнішніх факторів можна віднести бурхливу політичну обстановку в Україні або реформу системи охорони здоров'я, скорочення бюджетного фінансування, зміни в місцевому керівництві, зміни в стані здоров'я населення, впровадження нового законодавства і т. д. Усередині організації рух за зміни може бути плодом зусиль керівництва або виникнути стихійно, з ініціативи знизу. Сюди відносять незадоволеність оплатою та умовами праці, нестабільне фінансування, незадовільні результати і якість роботи установи, зміну керівництва тощо. З урахуванням зовнішніх і внутрішніх факторів і умов керівник повинен навчитися управляти опором, ставитися до нього як до природного процесу, змушуючи противників перетворень відкрито висловлювати свої позиції; проявляючи повагу до опонентів, вивчаючи природу опору, виробляти раціональний підхід, використовувати примус з позиції влади, маючи на увазі, що при цьому може змінитися поведінка людей, але не зміняться їхні знання і ставлення до проведених перетворень.

Таким чином, у наш час особливого значення набуває стратегічне планування, і справжній лідер має володіти відповідними знаннями, навичками, вміннями і якостями з тим, щоб у нинішній складний перехідний період не розвалити систему охорони здоров'я, а навпаки, знайти на кожному рівні управління такі варіанти дій, які здатні запобігти невдачам і навіть поліпшити її якість.

### *Список використаної літератури*

1. Lewin K. The conceptual representation and the measurement of psychological forces / K. Lewin. – Durham, NC: Duke Univ. Press, 2005.
2. Hersey P. Blanchard K.H. Life cycle theory of leadership / P. Hersey, K.H. Blanchard / Training and Development Journal. – 1969. – 23 (5). – 26–34.
3. Hersey P. Management of organizational behavior: Leading human resources / P. Hersey, K.H. Blanchard, D.E. Johnson // Upper Saddle River. – NJ: Prentice Hall, 2001.

4. Pointer D.D. Leadership: A framework for thinking and acting / D.D. Pointer J.P. Sanchez; in S.M. Shortell & A.D. Kaluzny ed. // Health care management: Organization, design, and behavior. – Albany, NY: Delmar, 2000. – P. 85–112.

5. Pointer D.D. Leading in the Midst of a Revolution / D.D. Pointer, J.P. Sanchez // Frontiers Of Health Services Management. – 1993. – 10 (2). – P. 36–40. doi: 10.1097/01974520-199310000-00006

6. Blake R.R. The managerial grid: Key orientations for achieving production through people / R.R. Blake, J.S. Mouton. – Houston, Tex: Gulf Pub., 1977.

7. Rogers E. [Diffusion of innovations.] Communication of innovations: a cross-cultural approach. 2nd ed. / E. Rogers, F. Shoemaker; [by] Everett M. Rogers with F. Floyd Shoemaker. – New York: Free Press: Collier-Macmillan, 1971.