

Міністерство освіти і науки України
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
Навчально-науковий інститут «Українська інженерно-педагогічна
академія»
Кафедра педагогіки, методики та менеджменту освіти

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

магістра

на тему

«Формування системи організаційного забезпечення
стратегічного управління закладом охорони здоров'я (на прикладі
КНП «МКБЛ №25»
(тема кваліфікаційної роботи)

Виконала: здобувачка освіти 2 курсу,
групи ЗЗОЗ-24мг
спеціальності: 073 Менеджмент
(код і найменування спеціальності)

_____/_____Ірина ЗВЕРИНСЬКА
(підпис) (ім'я та прізвище)

Керівник _____/_____Денис КОВАЛЕНКО
(підпис) (ім'я та прізвище)

Рецензент _____/_____Олександр КОНОНОВ
(підпис) (ім'я та прізвище)

«До захисту допущено»

В.о. завідувачки кафедри _____/_____Наталія
БРЮХАНОВА
(підпис) (ім'я та прізвище)

Нормоконтроль _____/_____Влада МАРКОВА
(підпис) (ім'я та прізвище)

Секретар ЕК _____/_____Валентина БУРБИГА
(підпис) (ім'я та прізвище)

Харків – 2025 рік

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. В.Н.КАРАЗІНА**

Інститут: Навчально-науковий інститут «Українська інженерно-педагогічна академія»

Кафедра: педагогіки, методики та менеджменту освіти

Спеціальність: 073 «Менеджмент»

Освітньо-професійна програма: «Менеджмент закладів охорони здоров'я»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

д.пед.н., проф.

Наталія БРЮХАНОВА

_____ (підпис)

«__» _____ 2025 р.

**ЗАВДАННЯ
на кваліфікаційну роботу (дипломну роботу)
другого (магістерського) рівня вищої освіти
здобувачці Ірині ЗВЕРИНСЬКІЙ**

1. Тема: «Формування системи організаційного забезпечення стратегічного управління закладом охорони здоров'я (на прикладі КНП «МКБЛ №25» ХМР)» затверджена наказом по академії № _____ від «__» _____ 2025 р.

2. Термін здачі закінченої роботи: «__» _____ 2025 р.

3. Вихідні дані до роботи: Закони України, Постанови Верховної Ради, Постанови Кабінету Міністрів, теоретичні та практичні розробки вітчизняних та зарубіжних авторів за темою роботи, періодичні видання, статистичні дані.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) Розділ 1. Теоретичні основи організаційного забезпечення стратегічного управління закладом охорони здоров'я Розділ 2. Аналіз стану розвитку медицини в Україні. Розділ 3. Удосконалення системи організаційного забезпечення стратегічного управління закладом охорони здоров'я (на прикладі КНП «МКБЛ №25» ХМР)

5. Перелік графічного (ілюстративного) матеріалу 18 рис., 8 табл.,, один додаток презентаційний матеріал

6. Консультант:

Розділ	Консультант	Підпис, дата		Оцінка (бали)
		Завдання видав	Завдання прийняв	
-	Не передбачено	-	-	-

7. Дата видачі завдання: «01» жовтня 2025 р.

Керівник:

(підпис)

Денис КОВАЛЕНКО

Завдання прийняла до виконання:

(підпис)

Ірина ЗВЕРИНСЬКА

**КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН-ГРАФІК
виконання кваліфікаційної роботи
(дипломної роботи)**

№ з/п	Назва етапів роботи та питань, які мають бути розроблені відповідно до завдання	Термін виконання	Позначки керівника про виконання завдань
1	Систематизація матеріалів про діяльність об'єкту дослідження	04.10.2025	
2	Вивчення теоретичного матеріалу, написання першого розділу роботи	16.10.2025	
3	Аналіз діяльності об'єкту дослідження, написання другого розділу	30.10.2025	
4	Розробка та написання рекомендаційної частини роботи	15.11.2025	
5	Завершення висновків, формування анотації, впорядкування списку літератури	25.11.2025	
6	Оформлення дипломної роботи та представлення її на кафедрі	30.11.2025	

Здобувачка

(підпис)

Ірина ЗВЕРИНСЬКА

Нормоконтроль:

(підпис)

Влада МАРКОВА

АНОТАЦІЯ

Тема: «Формування системи організаційного забезпечення стратегічного управління закладом охорони здоров'я (на прикладі КНП «МКБЛ №25» ХМР)»

Робота містить 119 с., 18 рис., 8 табл., 65 джерел.

Мета дослідження: провести аналіз теоретичних положень організаційного забезпечення стратегічного управління закладом охорони здоров'я (на прикладі КНП «МКБЛ №25» ХМР) та удосконалити його.

Об'єкт дослідження: організаційне забезпечення стратегічного управління закладом охорони здоров'я.

Предмет дослідження: організаційне забезпечення стратегічного управління закладом охорони здоров'я (на прикладі КНП «МКБЛ №25» ХМР).

Завдання дослідження: провести аналіз теоретичних положень організаційного забезпечення стратегічного управління закладом охорони здоров'я; проаналізувати стану розвитку медицини в Україні; удосконалити систему організаційного забезпечення стратегічного управління закладом охорони здоров'я (на прикладі КНП «МКБЛ №25» ХМР).

Методи дослідження: *теоретичні*: аналіз державних нормативних документів; аналіз наукових робіт з проблеми організаційного забезпечення стратегічного управління закладом охорони здоров'я; порівняльний аналіз, синтез, узагальнення дозволили провести систематизацію теоретичного та практичного матеріалу з досліджуваної проблеми;

емпіричні: спостереження, вивчення практичного досвіду роботи закладів охорони здоров'я з організаційного забезпечення стратегічного їх управління.

Наукова новизна дослідження: знайшли подальшого розвитку питання удосконалення організаційного забезпечення стратегічного управління закладом охорони здоров'я.

Ключові слова: стратегія, діяльність, заклади охорони здоров'я, управління; розвиток; стратегічна модель управління закладами охорони здоров'я.

ANNOTATION

Topic: "Organizational support of strategic management of health care facilities (on the example of KNP" City Clinical Hospital №25 "HMR)"

The work contains 119 pages, 18 figures, 8 tables, 65 sources.

The purpose of the study: to analyze the theoretical provisions of the organizational support of strategic management of health care facilities (on the example of KNP" City Clinical Hospital №25 "HMR) and improve it.

Object of research: organizational support of strategic management of a health care institution.

Subject of research: organizational support of strategic management of a health care institution (on the example of KNP" City Clinical Hospital №25 "HMR).

Objectives of the study: to analyze the theoretical provisions of the organizational support of strategic management of health care facilities; to analyze the state of development of medicine in Ukraine; to improve the system of organizational support of strategic management of the health care institution at the KNP" City Clinical Hospital №25 "HMR.

Research methods: theoretical: analysis of state regulations; analysis of scientific works on the problem of organizational support of strategic management of health care facilities; comparative analysis, synthesis, generalization allowed to systematize theoretical and practical material on the researched problem;

empirical: observations, study of practical experience of health care institutions on the organizational support of their strategic management.

Scientific novelty of the research: the issues of improving the organizational support of strategic management of health care facilities have been further developed.

Key words: strategy, activity, health care institutions, management; development; strategic model of health care management.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ I ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СТРАТЕГІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	10
1.1. Формування системи організаційного забезпечення стратегічного управління закладом охорони здоров'я	10
1.2. Формування поняття «організаційного забезпечення стратегічного управління закладом охорони здоров'я».....	21
1.3. Міжнародний досвід формування системи організаційного забезпечення стратегічного управління закладом охорони здоров'я.	36
Висновки до розділу 1.....	48
РОЗДІЛ II АНАЛІЗ СТАНУ РОЗВИТКУ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ	51
2.1. Сучасний стан розвитку медичної освіти в Україні, як фактор формування системи організаційного забезпечення стратегічного управління закладом охорони здоров'я	51
2.2. Аналіз діяльності закладів охорони здоров'я в Україні	59
Висновок до розділу 2.....	71
РОЗДІЛ III УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СТРАТЕГІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ПРИКЛАДІ КНП «МКБЛ№25» ХМР	74
3.1. Розвиток електронної системи охорони здоров'я	74
3.2. SWOT-аналіз організаційного забезпечення стратегічного управління закладом охорони здоров'я на прикладі КНП «МКБЛ№25» ХМР	83
3.3. Розробка стратегії управління закладом охорони здоров'я (на прикладі КНП «МКБЛ№25» ХМР	
Висновки до розділу 3.....	89
ВИСНОВКИ.....	98
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.....	106
ДОДАТКИ.....	115

ВСТУП

Сучасний етап розвитку національної системи охорони здоров'я характеризується масштабними організаційно-правовими та змістовними трансформаціями. Створена законодавча основа реформування галузі спрямована на децентралізацію управління та розподіл повноважень, модернізацію державної системи медичного обслуговування, а також упровадження механізмів обов'язкового медичного страхування. У межах цих процесів триває структурна перебудова галузі, що супроводжується активним розвитком приватного сектору медичних послуг.

Однак, попри значний реформаторський потенціал, система охорони здоров'я й надалі зіштовхується з численними проблемами. Серед них — погіршення якості медичної допомоги, поширення соціально небезпечних хвороб, зростання рівня смертності та скорочення народжуваності, що призводить до від'ємного природного приросту населення. Додатково ситуацію ускладнюють хронічна нестача фінансових ресурсів та декларативність положень Програми державних гарантій щодо надання громадянам безоплатної медичної допомоги.

Причини цих явищ багато в чому пов'язані з руйнуванням комплексного підходу до здійснення охорони здоров'я, порушенням системи профілактики, зниженням доступності кваліфікованих медичних послуг для значної частини населення та поширенням тіньових схем у галузі. Ключовим фактором кризового стану є також відсутність цілісної, послідовної й належно нормативно, організаційно та фінансово забезпеченої державної політики у сфері охорони здоров'я. Ефективність функціонування системи значною мірою залежить від стратегічних орієнтирів держави та результативності діяльності органів державного управління. Натомість чинне законодавство нерідко не встигає за динамікою суспільних відносин, що формуються в медичній сфері, а в окремих випадках навіть перешкоджає прогресивним перетворенням.

Узагальнюючи наведене, можна констатувати, що комплекс об'єктивних соціально-економічних і політичних чинників поки що не дав змоги сформувати модель управління, яка гарантувала б сталий та повноцінний розвиток охорони здоров'я в Україні.

У цих умовах чимало медичних закладів звертаються до послуг рекламних агенцій. Проте орієнтація виключно на традиційні рекламні інструменти не може вважатися ефективною стратегією просування, оскільки

медичний ринок є надзвичайно перенасиченим рекламними повідомленнями. Це зумовлює потребу у впровадженні засобів зв'язків з громадськістю (PR), які забезпечують встановлення конструктивної взаємодії з усіма зацікавленими суб'єктами медичного середовища. Формування сприятливої комунікаційної атмосфери можливе лише за підтримки цілеспрямованих PR-інструментів, ефективність яких визначається специфікою закладу охорони здоров'я, його місією, профілем діяльності та особливостями взаємодії з пацієнтами.

Отже, вибір PR-інструментів має бути диференційованим і відповідати конкретним особливостям організації. Сукупність наведених обставин обумовлює актуальність теми та підтверджує її значущість у контексті сучасних процесів модернізації медичної галузі. Актуальність проблеми та її недостатня розробленість зумовили вибір теми дослідження ***«Формування системи організаційного забезпечення стратегічного управління закладом охорони здоров'я (на прикладі КНП «МКБЛ №25» ХМР)»***

Мета дослідження: провести аналіз теоретичних положень організаційного забезпечення стратегічного управління закладом охорони здоров'я (на прикладі КНП «МКБЛ №25» ХМР) та удосконалити його..

Об'єкт дослідження: організаційне забезпечення стратегічного управління закладом охорони здоров'я.

Предмет дослідження: організаційне забезпечення стратегічного управління закладом охорони здоров'я (на прикладі КНП «МКБЛ №25» ХМР).

Завдання дослідження: провести аналіз теоретичних положень організаційного забезпечення стратегічного управління закладом охорони здоров'я; проаналізувати стану розвитку медицини в Україні; удосконалити систему організаційного забезпечення стратегічного управління закладом охорони здоров'я (на прикладі КНП «МКБЛ №25» ХМР) .

Методи дослідження: *теоретичні:* аналіз державних нормативних документів; аналіз наукових робіт з проблеми організаційного забезпечення стратегічного управління закладом охорони здоров'я; порівняльний аналіз, синтез, узагальнення дозволили провести систематизацію теоретичного та практичного матеріалу з досліджуваної проблеми;

емпіричні: спостереження, вивчення практичного досвіду роботи закладів охорони здоров'я з організаційного забезпечення стратегічного їх управління.

Наукова новизна дослідження: знайшли подальшого розвитку питання удосконалення організаційного забезпечення стратегічного управління закладом охорони здоров'я.

Практичне значення полягає у тому, що запропонована стратегічна модель управління закладами охорони здоров'я на прикладі КНП «МКБЛ№25» ХМР

Структура та обсяг роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, загальних висновків та висновків до розділів, списку використаних джерел (85 найменувань), додатків. Містить 18 рисунків, 8 таблиць, 4 додатки. Загальний обсяг роботи становить 119 сторінка, з них основного тексту – 105 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СТРАТЕГІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Формування системи організаційного забезпечення стратегічного управління закладом охорони здоров'я

У сучасних умовах розвитку світового ринку медичних послуг ключові тенденції формуються під впливом процесів глобалізації та активного впровадження високих технологій. Науково-технічні прориви, особливо у сфері медичних та інформаційно-комунікаційних технологій, істотно розширюють можливості вирішення соціально-економічних завдань, сприяють підвищенню якості та тривалості життя людей, а також змінюють підходи до організації медичної допомоги в багатьох країнах.

Глобалізаційні процеси зумовлюють посилення взаємозалежності національних ринків, унаслідок чого медичні послуги активно включаються до сфери міжнародної торгівлі. Розвиток транснаціональних медичних мереж, вихід на ринок нових постачальників високотехнологічних послуг, розширення географії їх надання — усе це формує жорсткішу міжнародну конкуренцію, стимулюючи інноваційний розвиток як на глобальному, так і на національних рівнях.

Серед ключових чинників, що впливають на характер та темпи формування світового ринку медичних послуг, виділяють зростання мобільності пацієнтів та медичних фахівців, упровадження телемедичних сервісів, появу нових методів лікування, стандартизацію та уніфікацію медичних процедур, а також поширення цифрових рішень, які забезпечують доступність і персоналізацію медичних послуг. В умовах формування нового технологічного укладу та на тлі демографічних змін питання продовження активного довголіття та підвищення якості життя населення набувають стратегічного значення для всіх держав світу.

У цьому контексті ринок медичних послуг демонструє значний потенціал зростання, зокрема завдяки можливості активного входження національних систем охорони здоров'я до міжнародних ринків медичних товарів і послуг. Для України це означає необхідність стратегічного осмислення напрямів інтеграції до глобального простору, визначення конкурентних переваг, формування чітких пріоритетів розвитку сфери охорони здоров'я.

Вивчення кон'юнктури медичних ринків — як вітчизняного, так і зарубіжних — засвідчує, що медична послуга має специфічні властивості, які суттєво впливають на її сприйняття та вибір пацієнтом і зумовлюють потребу у застосуванні особливих маркетингових стратегій. Саме тому, формуючи підходи до позиціонування закладів охорони здоров'я, необхідно виділити ключові характеристики медичної послуги та проаналізувати, яким чином вони впливають на поведінку споживачів.

Оскільки послуга як об'єкт обміну має низку відмінностей від матеріального товару, важливим стає аналіз її сутнісних характеристик. Відмінності полягають як у способі надання, так і у способі сприйняття пацієнтом. Значну роль відіграє сам процес надання послуги, адже він формує первинне уявлення споживача про її якість та ефективність.

Підхід до визначення поняття «послуга» та аналіз її ключових ознак представлено на рис. 1.1.

У сучасних умовах розвитку глобальної економіки парадигма функціонування світового ринку медичних послуг визначається впливом процесів глобалізації та стрімким упровадженням новітніх технологій. Передусім це стосується досягнень у галузі медичних та інформаційно-комунікаційних технологій, які суттєво розширюють можливості держав у вирішенні завдань соціально-економічного розвитку, підвищенні тривалості й якості життя населення. Результатом посилення взаємозалежності національних ринків є активне включення сфери медичних послуг у міжнародний економічний обіг, що супроводжується

розширенням географії їх надання, зростанням кількості постачальників та, відповідно, загостренням міжнародної конкуренції.

Сучасні тенденції — міжнародна торгівля медичними послугами, мобільність професійних кадрів, поява інноваційних методів лікування, поширення телемедицини та стандартизація процесів виробництва й споживання послуг — формують підґрунтя динамічного розвитку глобального ринку медичних послуг. У контексті нового технологічного укладу та демографічних трансформацій питання підвищення якості медичної допомоги й подовження тривалості життя набувають пріоритетного значення для всіх країн світу. За цих умов ринок медичних послуг демонструє значний інноваційний потенціал, а інтеграція національного сектору охорони здоров'я України у світовий простір потребує розроблення стратегічних напрямів його розвитку та адаптації до міжнародних практик.

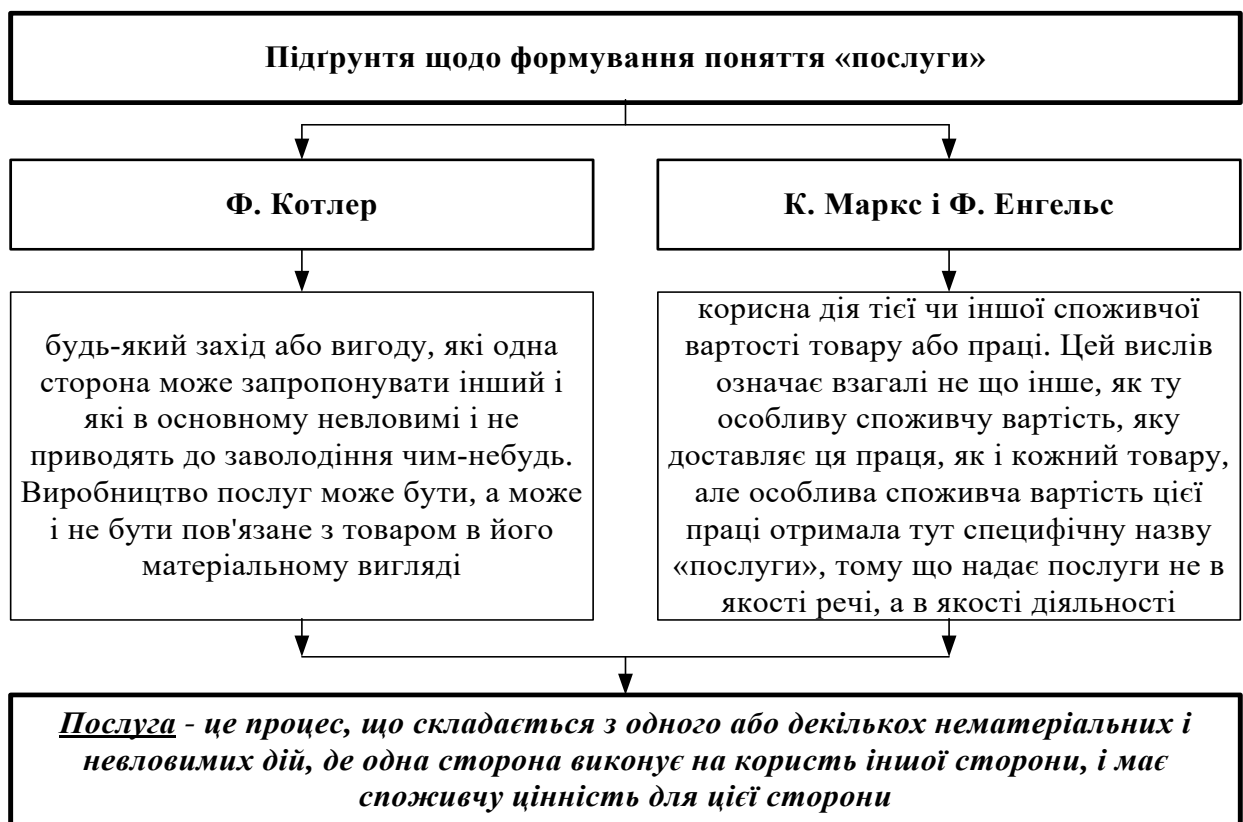


Рис. 1.1. Підґрунтя щодо формування поняття «послуги»

Маркетингові дослідження, проведені як на внутрішньому, так і на зарубіжних ринках, засвідчують, що медична послуга має специфічні характеристики, які суттєво впливають на поведінку споживача і визначають особливості стратегії її просування. Для формування ефективної стратегії позиціонування закладів охорони здоров'я необхідно чітко окреслити ці особливості та оцінити, як саме вони позначаються на процесі вибору пацієнтами медичних послуг.

Починати аналіз доцільно з загальних властивостей послуг як економічної категорії, що вирізняють їх від товарів. Процес надання послуги є невіддільною частиною її змісту і суттєво впливає на формування уявлень споживача про її якість. Узагальнену логіку формування поняття «послуги» представлено на рис. 1.1.

Медична послуга належить до групи послуг, які мають низку обов'язкових властивостей:

1. Невідчутність і неможливість попереднього демонстрування.

Пацієнт не може побачити чи випробувати медичну послугу до її отримання, що зумовлює невизначеність і тривожність під час вибору медичного закладу. Висока індивідуальність людського організму, неповна вивченість багатьох фізіологічних процесів та варіативність реакцій на лікування роблять результати медичних втручань значною мірою непередбачуваними. Тому заклади охорони здоров'я мають прагнути до візуалізації та стандартизації процесів: розміщувати інформацію про етапи надання допомоги, умови перебування, фото фахівців та інфраструктури, забезпечуючи пацієнтові хоча б часткову передбачуваність очікуваної послуги.

2. Нездатність до зберігання.

Медична послуга не може бути складована або накопичена: її надання можливе лише за одночасної присутності лікаря й пацієнта. Невихід пацієнта на прийом спричиняє прямі фінансові втрати для

закладу, тому окремі системи охорони здоров'я (наприклад, у США) практикують стягнення плати за пропущені консультації.

3. Стан необхідності та підвищеної вразливості пацієнта.

Медична допомога надається переважно у ситуаціях, коли людина переживає фізичний дискомфорт, біль або страх за своє життя. Такий психологічний стан зумовлює підвищену емоційну чутливість та схильність до залежності від медичного персоналу, що має бути враховано під час організації сервісу і комунікацій.

4. Асиметрія інформації.

Через складність медичних знань і обмежені можливості пацієнта об'єктивно оцінити якість лікування виникає інформаційна нерівність. Пацієнт не завжди здатен визначити причини погіршення стану — чи то помилка лікаря, чи прогресування хвороби. Це вимагає від лікаря максимальної прозорості, детального пояснення ризиків та логіки медичних рішень. Навіть за негативного клінічного результату важливо зберегти довіру до закладу та задоволеність процесом отримання послуги.

5. Невіддільність послуги від її джерела.

Особистість лікаря є визначальною складовою медичної послуги, адже вона надається безпосередньо і не може бути делегована. Кваліфікація, досвід, професійна культура та людські якості фахівця найбільшою мірою формують уявлення пацієнта про якість медичної допомоги та впливають на його вибір.

6. Мінливість якості.

Оскільки якість послуги значною мірою залежить від суб'єктивних характеристик конкретного виконавця, вона може змінюватися під впливом зовнішніх і внутрішніх факторів (емоційний стан лікаря, перевтома тощо). Це підсилює необхідність внутрішнього моніторингу, контролю задоволеності пацієнтів та постійної роботи з персоналом.

7. Обмежена можливість транспортування.

Незважаючи на розвиток мобільних медичних технологій, низка медичних втручань (операції, реанімаційні заходи, інвазивні процедури) можлива лише в умовах стаціонарного закладу, з дотриманням санітарно-епідемічних вимог.

Узяті разом ці властивості формують специфічну модель споживчої поведінки на ринку медичних послуг і мають бути враховані під час формування стратегії позиціонування. Позиціонування є завершальним елементом після сегментації та вибору цільових аудиторій. Воно спрямоване на формування оптимального співвідношення «послуга – ціна», яке буде привабливим для пріоритетних сегментів пацієнтів і забезпечить ефективний грошовий потік [53].

При цьому варто розрізняти стратегію позиціонування, що розробляється закладом охорони здоров'я як свідомий управлінський інструмент, і фактичне позиціонування, яке існує у свідомості пацієнтів як суб'єктивний образ послуги. Отже, позиціонування медичного закладу — це насамперед система уявлень пацієнта про властивості та цінність отриманої медичної допомоги, що формується під впливом багатьох факторів, включно з комунікаціями, професійністю персоналу й якістю сервісу.

У науковій традиції питання позиціонування медичних послуг посідає центральне місце серед інструментів стратегічного маркетингу в сфері охорони здоров'я. Значний внесок у розробку теоретичних основ зробили Ф. Котлер, Е.А. Тарасенко та Д. Арнотт, чиї підходи формують багатовимірне бачення механізмів позиціонування.

Ф. Котлер визначає позиціонування як цілеспрямовані дії щодо формування пропозиції закладу охорони здоров'я та його іміджу, спрямовані на отримання визнання з боку цільових груп пацієнтів [12, 65]. У цьому контексті позиціонування постає не лише як інструмент просування, але і як стратегія комунікаційного вирізнення медичного закладу серед конкурентів.

Е.А. Тарасенко розглядає стратегію позиціонування як процес виявлення та закріплення найбільш вигідної ринкової ніші для медичної клініки та її послуг. Така позиція повинна чітко сприйматися та усвідомлюватися цільовою аудиторією [34, 71]. Важливою деталлю в її підході є акцент на пошуку конкурентної переваги, що має бути не декларативною, а фактично підтвердженою якістю медичних послуг.

Д. Арнотт доповнює сукупність поглядів, пропонуючи трактувати позиціонування як «продуманий, активний, повторюваний процес виявлення, вимірювання, коригування та моніторингу споживчих сприйнять ринкової пропозиції» [45, 68]. Тобто стратегія позиціонування не є разовим актом — це безперервний цикл адаптації поведінкових та маркетингових рішень відповідно до динаміки очікувань пацієнтів.

Узагальнюючи наведені підходи, позиціонування можна визначити як комплекс дій закладу охорони здоров'я, спрямованих на формування у свідомості пацієнтів бажаного образу медичної послуги, що забезпечує зміцнення, утримання або розширення ринкової позиції. У центрі цієї діяльності лежить необхідність чіткого окреслення того, яку проблему пацієнта здатен вирішити медичний заклад і чому саме його пропозиція має бути обраною серед альтернатив.

Ефективність позиціонування залежить від дотримання низки ключових принципів.

По-перше, позиція послуги має бути чітко зрозумілою. Пацієнт повинен отримати ясне пояснення змісту послуги, можливих ризиків і потенційних вигод. Особливо актуальним це є для медичних послуг, де рівень невизначеності та емоційного напруження традиційно високий.

По-друге, позиція повинна чітко відрізнятися від конкурентів, бути унікальною та релевантною для конкретного сегмента пацієнтів. У випадку багатосегментного ринку доцільним є створення декількох варіантів позиціонування для різних груп.

По-третє, сформована позиція має бути привабливою для цільової аудиторії, тобто максимально відповідати очікуванням і потребам пацієнтів.

Четвертим важливим параметром є простота трансляції повідомлення. Чіткі та зрозумілі формулювання забезпечують швидку передачу ключових переваг та їх правильне декодування пацієнтом.

П'ятим принципом є те, що позиціонування не завжди передбачає створення принципово нових образів. Натомість воно може ґрунтуватися на поглибленому та сфокусованому використанні вже сформованих уявлень пацієнтів про медичні послуги. У цьому сенсі стратегія позиціонування має використовувати існуючі когнітивні схеми споживачів, адаптуючи їх відповідно до змісту пропозиції медичного закладу.

Шостий принцип наголошує, що позиціонування є операцією у свідомості пацієнта, тобто процесом формування потрібного сприйняття, а не зміною фізичних характеристик послуги. Визначальним тут стає не сам продукт, а спосіб його подання, логіка аргументації і відповідність очікуванням.

У практиці маркетингу вибір конкретних інструментів позиціонування ґрунтується на підходах Дж. Траута і Дж. Вінда, які виділяють шість основних підстав для позиціонування (рис. 1.2) [45]. Вони охоплюють різні аспекти, починаючи від характеристик товару чи послуги та закінчуючи унікальними асоціаціями, що формуються у свідомості пацієнтів.

Таким чином, стратегія позиціонування у сфері охорони здоров'я повинна забезпечити формування стійкого, простого для сприйняття, емоційно нейтрального і водночас переконливого образу медичної послуги. Саме цей образ стає основою для прийняття рішення пацієнтом, визначає рівень його лояльності та готовність рекомендувати заклад іншим. У кінцевому підсумку результативне позиціонування сприяє

зміцненню конкурентоспроможності медичного закладу, його фінансовій стабільності та підвищенню якості взаємодії з цільовими групами пацієнтів.

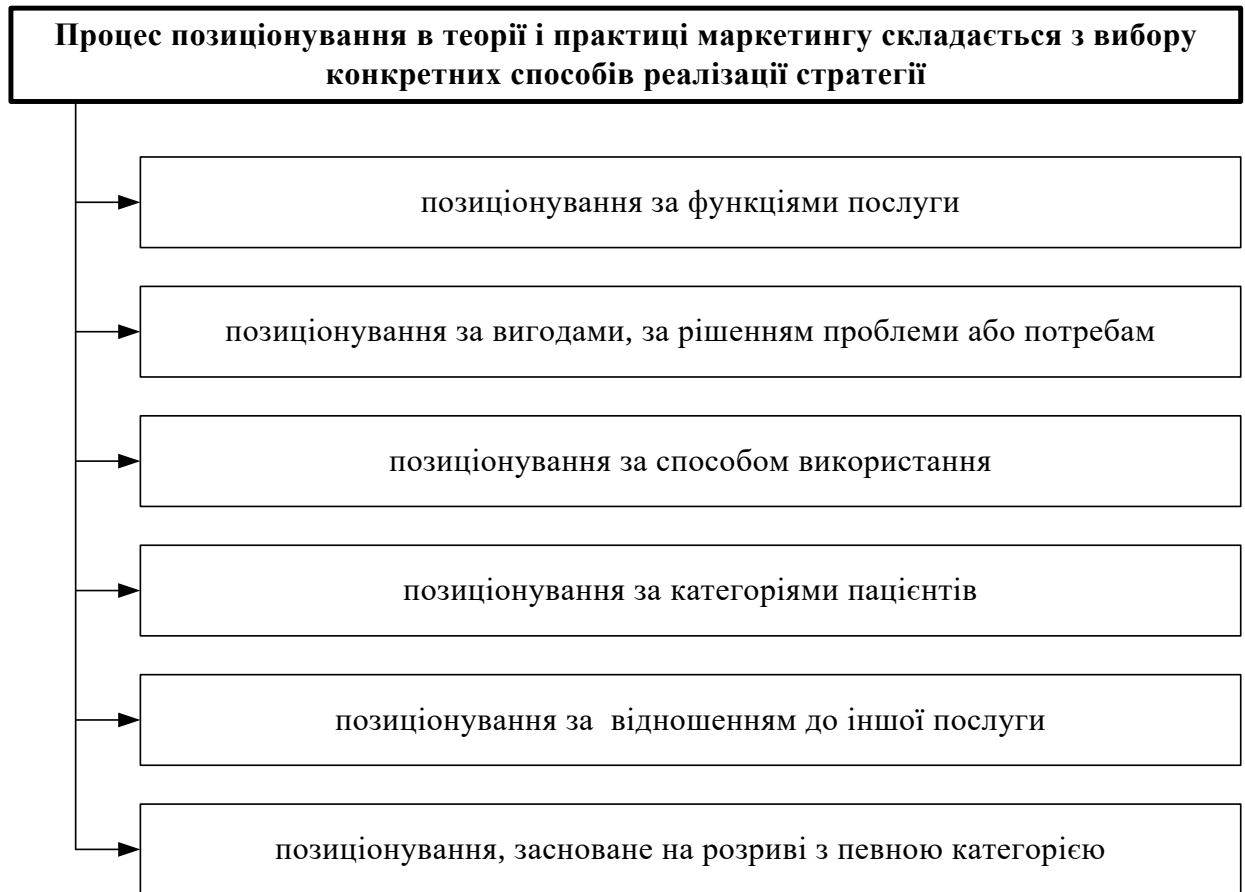


Рис. 1.2. Процес позиціонування в теорії і практиці маркетингу складається з вибору конкретних способів реалізації стратегії

Підхід П. Темпарала до формування стратегії позиціонування значною мірою корелює з класичними моделями, однак має свою особливість: він акцентує увагу на емоційних і психологічних детермінантах вибору медичної послуги. На відміну від суто функціональних критеріїв, що домінують у традиційних маркетингових моделях, концепція Темпарала виходить із того, що пацієнт обирає не лише раціонально, а й емоційно. Тому підставами позиціонування він

пропонує вважати не лише переваги та атрибути послуги, а й такі елементи, як прагнення людини, її бажання ототожнити себе з певними цінностями або стилем життя, індивідуальні емоційні реакції та потребу у відчутті приналежності до групи. У медичній сфері такі мотиви можуть відігравати вирішальну роль, адже питання здоров'я безпосередньо пов'язане з почуттями страху, довіри, надії та безпеки.

Таким чином, аналіз наукових підходів свідчить, що не існує універсального алгоритму формування стратегії позиціонування медичних послуг. Кожна з концепцій, представлена в працях Ф. Котлера, Дж. Траута, Д. Арнотта, П. Темпарала та інших дослідників, пропонує власну логіку вибору ринкової позиції та наголошує на різних наборах критеріїв. В одних випадках переважають раціональні чинники — конкурентні переваги, унікальні характеристики послуги, її функціональні параметри; в інших — емоційні та поведінкові характеристики, пов'язані з індивідуальним досвідом пацієнта, його очікуваннями та попередніми враженнями.

З огляду на це, розробляючи стратегію позиціонування для конкретного медичного закладу, слід здійснювати вибіркову інтеграцію наукових рекомендацій. До уваги беруться лише ті підходи, які релевантні для конкретного сегмента ринку, специфіки послуги та типу пацієнтської аудиторії. Стратегія позиціонування повинна відображати особливості функціонування закладу охорони здоров'я, відповідати культурним, соціальним та економічним умовам регіону, а також враховувати поведінкові моделі пацієнтів.

Водночас, незалежно від специфіки ринку, можна визначити універсальні вимоги до побудови стратегії позиціонування медичних послуг, дотримання яких забезпечує її ефективність у довгостроковій перспективі (рис. 1.3). До таких вимог належать:

- чіткість та однозначність позиції, яка легко розпізнається пацієнтами;

- релевантність позиціонування потребам цільової аудиторії;
- значущість переваг послуги саме для того сегмента, на який спрямована комунікація;
- унікальність пропозиції відносно конкурентів;
- простота та доступність ключового повідомлення;
- здатність позиціонування формувати стійкі позитивні асоціації;
- узгодженість позиції з реальним змістом та якістю послуг, що надає заклад охорони здоров'я.

Таким чином, стратегія позиціонування в системі медичних послуг є комплексним процесом, що поєднує раціональні та емоційні чинники, враховує особливості поведінки пацієнтів і ґрунтується на виборі оптимальних інструментів впливу на цільову аудиторію. Її результативність визначається тим, наскільки точно сформоване уявлення про медичну послугу збігається з очікуваннями пацієнтів та наскільки ефективно заклад охорони здоров'я здатний підтримувати сформований імідж у своїй практичній діяльності.

Формування ефективної системи планування та просування медичних послуг вимагає від керівника закладу охорони здоров'я чіткого розуміння того, які саме види послуг є найбільш затребуваними серед різних категорій пацієнтів. Для цього необхідно здійснювати аналіз вікового, соціального та професійного складу осіб, що звертаються за медичною допомогою, а також їхньої реакції на існуючі ціни. Метою такого аналітичного підходу є отримання інформації, що забезпечує прийняття обґрунтованих управлінських рішень щодо розширення або оптимізації переліку медичних послуг, які надає заклад.

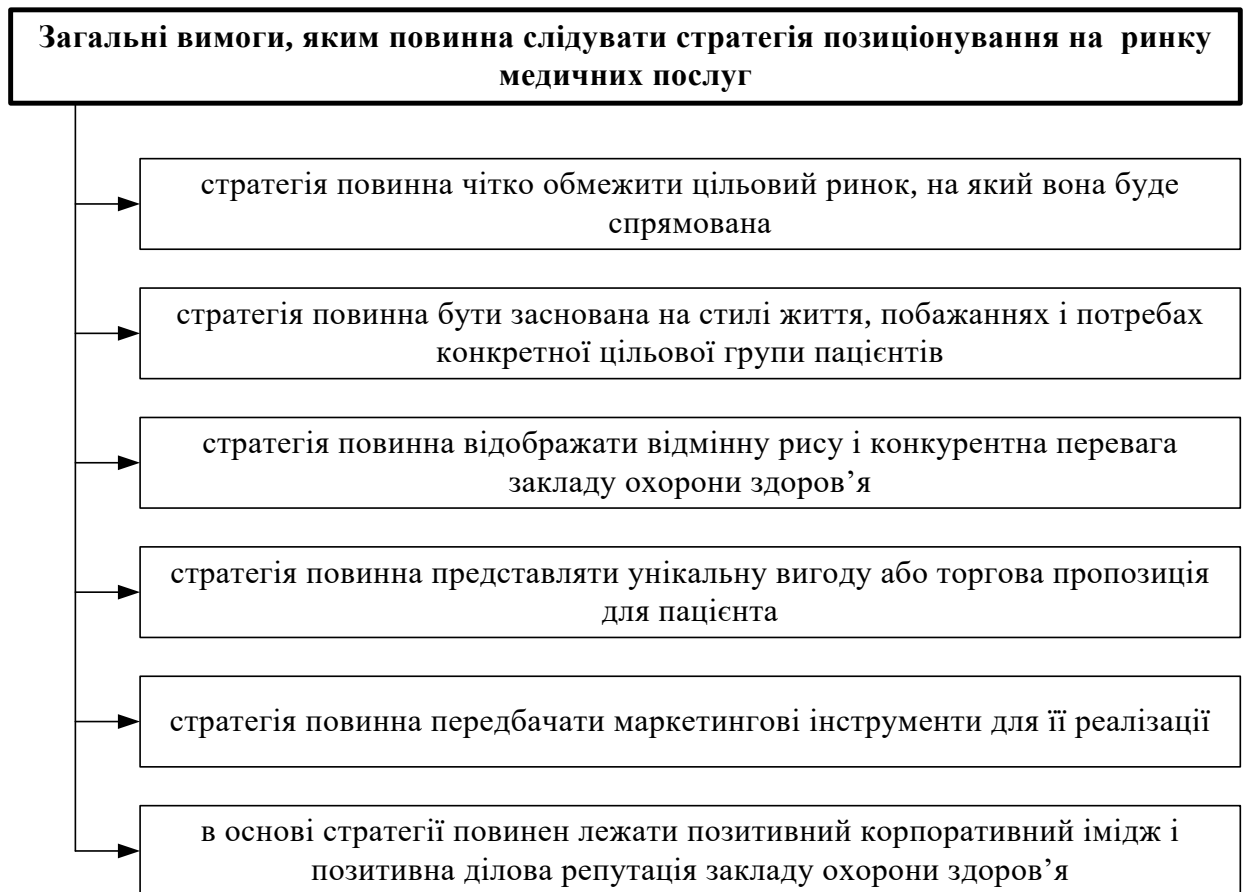


Рис. 1.3. Загальні вимоги, яким повинна слідувати стратегія позиціонування на ринку медичних послуг

Важливою складовою менеджменту медичних послуг є вивчення моделей поведінки пацієнтів на відповідному ринку. Аналіз мотивів і закономірностей поведінки дозволяє відповісти на запитання, чому пацієнти віддають перевагу певним послугам і які чинники визначають їхній вибір. У процесі такого аналізу доцільно використовувати спеціальні методики – інтерв'ю, анкетування, опитування та інші інструменти маркетингових досліджень, які допомагають встановити реальні потреби населення щодо конкретних видів медичної допомоги. Узагальнена інформація дає змогу керівнику закладу обґрунтовано визначати обсяг і структуру послуг, які можуть бути надані з урахуванням попиту та ресурсних можливостей.

Такий аналіз бажано проводити як для окремої послуги, так і для групи послуг. Насамперед потрібно ідентифікувати чинники, що найбільш істотно впливають на попит, а також оцінити платоспроможність населення. На основі комплексного аналізу зовнішнього та внутрішнього середовища заклад охорони здоров'я може об'єктивно визначити своє становище на ринку медичних послуг, виявити конкурентні переваги та вразливі місця.

Важливим елементом стратегічного менеджменту є визначення реальних конкурентів і поглиблене вивчення специфіки їх діяльності: структури наданих послуг, цінової політики, рівня технічного оснащення, якісних характеристик обслуговування. Особливу увагу слід приділяти порівнянню власних витрат із витратами конкурентів, аналізу запропонованих ними пільг та умов обслуговування постійних пацієнтів. Подібний підхід дозволяє керівнику медичного закладу об'єктивно оцінити сильні та слабкі сторони установи та вчасно скоригувати політику розвитку.

У сучасному маркетингу в охороні здоров'я важливе місце займає формування попиту та стимулювання збуту медичних послуг. Найпотужнішим інструментом впливу є реклама, економічне значення якої проявляється в низці важливих аспектів. По-перше, реклама забезпечує інформованість пацієнтів щодо можливостей отримання необхідних їм послуг. По-друге, ефективна рекламна кампанія сприяє зростанню обсягу наданих медичних послуг, що позитивно впливає на економічні показники діяльності закладу. По-третє, в умовах конкуренції реклама стимулює підвищення якості медичних послуг, оскільки заклади охорони здоров'я змушені змагатися не лише за кількість пацієнтів, але й за їхню довіру.

Керівник медичного закладу повинен чітко усвідомлювати низку ключових аспектів:

- які категорії населення є потенційними пацієнтами в межах конкретного регіону;
- який рівень поінформованості населення про медичні послуги загалом і про діяльність конкретного закладу зокрема;
- які послуги користуються найбільшим попитом і які фактори визначають цей попит.

Разом з тим маркетингові служби медичного закладу повинні забезпечити своєчасне отримання відомостей щодо:

- можливостей розширення переліку послуг з урахуванням потреб пацієнтів і технічного потенціалу установи;
- діяльності найближчих конкурентів, їхніх переваг та недоліків;
- найбільш ефективних каналів комунікації з цільовими групами пацієнтів (річні рекламні кампанії, пряма реклама, інформаційні матеріали, візуальні носії тощо);
- ключових акцентів рекламного повідомлення;
- найпереконливіших аргументів на користь послуг закладу;
- частки прибутку, яку доцільно інвестувати в комунікаційні заходи.

Серед особливостей, які необхідно враховувати під час розроблення рекламної стратегії, слід назвати важливість найменування медичного закладу. Воно має бути простим, легко впізнаваним і таким, що добре запам'ятовується, оскільки саме з назви починається формування іміджу установи. Другим визначальним чинником є здатність реклами викликати довіру: її зміст повинен переконувати потенційного пацієнта, що саме в цій установі йому забезпечать якісну медичну допомогу.

Отже, планування рекламної діяльності закладу охорони здоров'я представляє собою комплекс взаємопов'язаних управлінських рішень і дій, спрямованих на формування ефективної системи просування медичних послуг, яка дозволяє досягати як короткострокових, так і довгострокових цілей розвитку закладу. При цьому необхідно ретельно прогнозувати обсяг

фінансових ресурсів, що виділяються на рекламну діяльність, та очікувану економічну віддачу від її впровадження.

1.2. Формування поняття «організаційного забезпечення стратегічного управління закладом охорони здоров'я»

У сучасних умовах стрімких трансформацій зовнішнього середовища заклади охорони здоров'я дедалі частіше стикаються з непередбачуваними загрозами, на які необхідно реагувати оперативно та системно. Динамічність середовища, поява нових технологій, зміна соціальних потреб населення й загострення конкурентної боротьби на ринку медичних послуг формують ситуацію, за якої традиційні управлінські інструменти втрачають свою ефективність. Саме тому актуалізується потреба у впровадженні сучасних підходів стратегічного управління, здатних забезпечити активно-адаптаційне функціонування закладів охорони здоров'я, їх швидке пристосування до зовнішніх факторів та створення передумов стабільного розвитку у довгостроковій перспективі.

У науковій літературі сутність стратегії та стратегічного управління представлена багатьма концептуальними підходами. Дослідники аналізують природу та призначення стратегії, виокремлюють її різновиди, формують ієрархію стратегічних рішень, пропонують методологічні інструменти для їх розробки та реалізації. Значний науковий доробок присвячено також створенню спеціального методичного інструментарію стратегічного управління для закладів охорони здоров'я, що охоплює методи стратегічного аналізу, моделювання поведінки організації та оцінки ефективності стратегічних рішень.

Разом з тим, різні тлумачення окремих складових стратегічного управління, відмінність підходів до визначення стратегічних пріоритетів і процедур їх реалізації часто ускладнюють практичне застосування наявних теоретичних напрацювань у діяльності медичних установ. Розбіжності у

баченні ключових понять, таких як «стратегія», «стратегічна мета», «стратегічна альтернатива», «ресурсна забезпеченість» чи «стратегічна гнучкість», створюють бар'єри для уніфікованого розуміння процесу формування та впровадження стратегії на рівні конкретних організацій.

З огляду на це, важливим завданням стає узагальнення економічного змісту поняття «стратегія» та уточнення його інтерпретацій у контексті діяльності закладів охорони здоров'я. Для систематизації наукових підходів до трактування цього поняття здійснено аналіз його економічної сутності, результати якого наведені у табл. 1.1. Такий підхід дозволяє простежити еволюцію поглядів на стратегію, визначити її ключові компоненти та окреслити можливості їх використання у практичній діяльності медичних закладів.

Таблиця 1.1

Аналіз економічної сутності поняття «стратегія»

Джерело	Сутність визначення
1	2
Карлофф Б.	Стратегія – це узагальнена модель дій, які необхідні для координації та розподілу ресурсів підприємства
Смирнова Н., Фоміна А.	Стратегія – це модель взаємодії всіх ресурсів, що дозволяє підприємству найкращим чином виконати власну місію і досягти стійких конкурентних переваг
Ансофф І.	Стратегія – це набір правил для ухвалення рішень, якими підприємство керується під час власної діяльності
Мінцберг Г.	Стратегія – це послідовна, узгоджена та інтегрована структура управлінських рішень
Вінокуров В.	Стратегія – це система управлінських рішень, що визначають перспективні напрями розвитку підприємства, сфери, форми і способи його діяльності в умовах навколишнього середовища і порядок розподілу ресурсів

Джерело	Сутність визначення
1	2
	для досягнення поставлених цілей
Дойл П.	Стратегія – це комплекс прийнятих рішень
Мескон М., Альберт М., Хедоури Ф.	Стратегія – це детальний всебічний комплексний план, призначений для того, щоб забезпечити здійснення місії підприємства і досягти цілей
Томпсон А., Стрікленд А.	Стратегія – це план управління підприємством, спрямований на зміцнення його позицій, задоволення потреб і досягнення встановлених цілей
Фатхутдінов Р.	Стратегія – це програма, план, генеральний курс суб'єкта управління з досягнення стратегічних цілей у будь-якій сфері діяльності
Мельник Л.	Стратегія – це довгострокові, найбільш принципові, важливі настанови, плани, наміри керівництва підприємства щодо виробництва, доходів і витрат, капіталовкладень, цін, соціального захисту
Гітельман А.	Загальний напрям, генеральна лінія розвитку підприємства
Соловйов В.	Стратегія – це провідний напрям руху задля поетапного досягнення будь-яких цілей
Туленков М.	Стратегія – це встановлена на досить тривалий період сукупність норм, орієнтирів, напрямів, сфер, способів і правил діяльності, що забезпечують зростання і високу конкурентоспроможність підприємств, які зміцнюють позиції на ринку, підвищують здатність до виживання в умовах конкуренції
Пономаренко В., Кизим М., Тридід О.	Стратегія – це ділова концепція розвитку підприємства на визначену стратегічну перспективу, що представлена у вигляді довгострокової програми конкретних дій, здатних

Джерело	Сутність визначення
1	2
	реалізувати цю концепцію та забезпечити конкурентні переваги у досягненні цілей

Принцип оперативності та своєчасності аналізу діяльності закладів охорони здоров'я полягає у необхідності здійснювати аналітичні процедури саме тоді, коли виникає потреба своєчасно виявити причини дисфункцій у роботі організації та підготувати обґрунтовані шляхи підвищення її результативності. Такий підхід передбачає швидкість та точність у доборі релевантних показників, вміння оперативно переробляти інформацію та формувати на її основі дієві управлінські рішення. Сутність оперативності полягає у гармонійному поєднанні пропорційності, паралельності та ритмічності аналітичних дій із підвищеною увагою до якості методів обробки інформації та її актуальності.

Не менш важливим є принцип забезпечення співставності варіантів аналізу, що передбачає можливість порівняння показників за їх характером, масштабом, часовими інтервалами, методичними підходами та умовами застосування. Такий принцип гарантує виявлення реальних закономірностей у зміні результатів діяльності, дозволяє здійснювати порівняльні оцінки в динаміці, а також визначати взаємозв'язки між параметрами функціонування організації у контексті досягнення стратегічних цілей розвитку.

У системі управління сучасним закладом охорони здоров'я обидва принципи виступають фундаментом ефективного аналітичного забезпечення управлінського процесу. Їх застосування створює передумови для формування адекватної інформаційної бази, яка дозволяє керівництву оперативно реагувати на зміни зовнішнього середовища, вчасно ідентифікувати потенційні ризики та виявляти внутрішні резерви підвищення результативності діяльності.

У підсумку, стратегічний розвиток закладу охорони здоров'я неможливий без опори на системний, своєчасний і методично зважений аналіз. Саме на основі таких процедур формується коректне бачення перспектив, відбираються обґрунтовані стратегічні альтернативи, визначаються ключові напрями зміцнення конкурентних позицій та забезпечуються умови для довгострокової стабільності організації в умовах високої динаміки зовнішнього середовища.

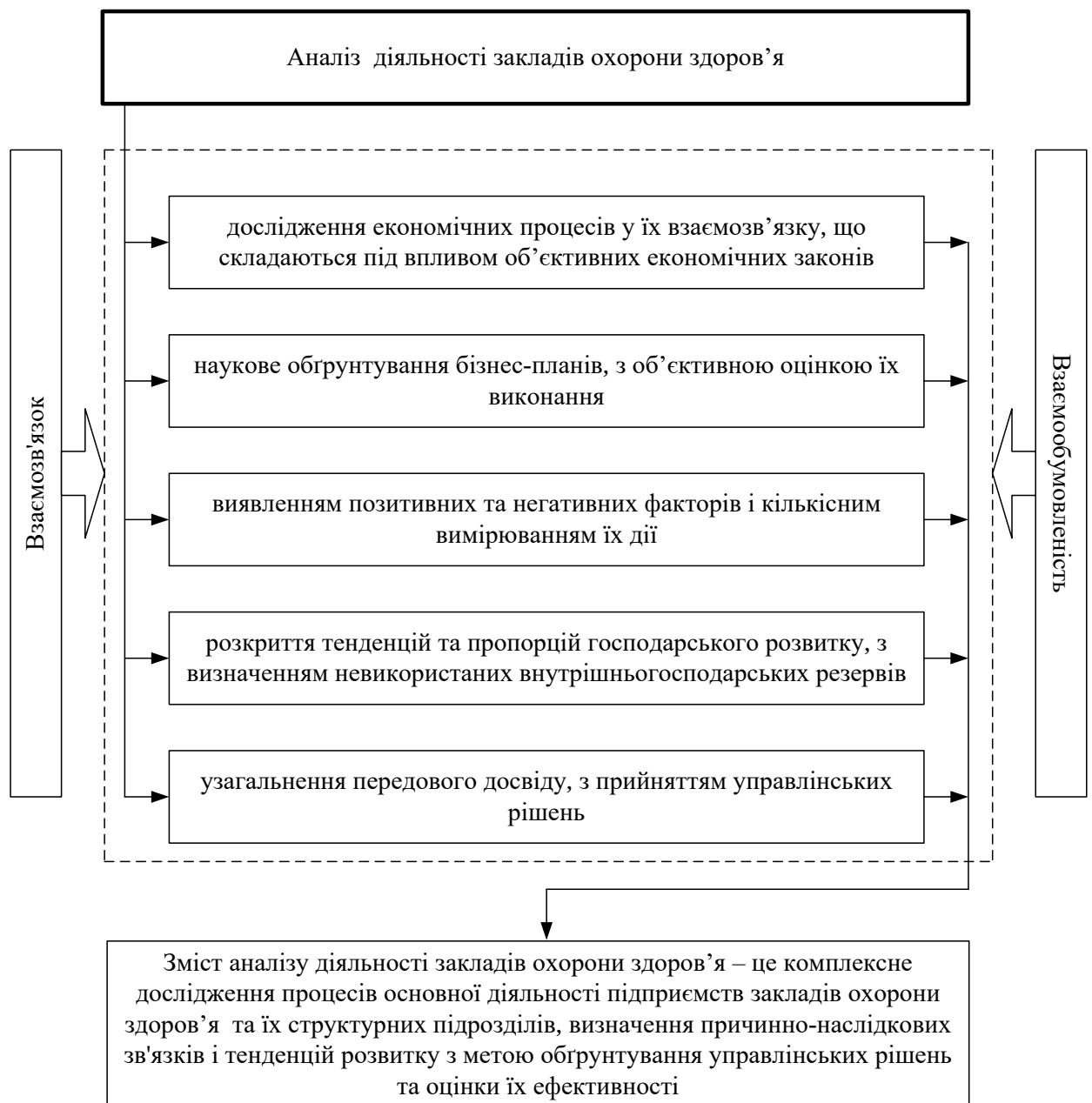


Рис. 1.4. Зміст аналізу діяльності закладів охорони здоров'я

Принцип кількісної визначеності аналізу діяльності закладів охорони здоров'я вимагає обов'язкового числового вираження параметрів, що характеризують процеси, явища та результати роботи медичної установи. Кількісні показники забезпечують можливість порівняння варіантів управлінських рішень, оптимізації альтернатив, встановлення зв'язків між елементами системи менеджменту, а також оцінки рівня невизначеності та ризику, що супроводжують прийняття рішень у галузі охорони здоров'я.

Принцип ранжування факторів передбачає визначення стратегічної мети та формування комплексу інструментів, необхідних для її досягнення. Він акцентує увагу на виділенні ключових напрямів аналізу, застосуванні факторного підходу та структуризації проблеми, що уможливорює виокремлення найсуттєвіших факторів впливу серед численних характеристик діяльності закладу.

Принцип єдності аналізу та синтезу означає, що складні явища й процеси повинні розглядатися спочатку в розчленованому вигляді — через аналіз їх компонентів, властивостей і взаємозв'язків, а потім у їх цілісності та системній взаємодії. Відповідно до закону єдності аналізу й синтезу, будь-яка система — біологічна, соціальна чи організаційна — прагне оптимізувати своє функціонування шляхом адаптації структури та функцій до змін зовнішніх і внутрішніх умов. Швидкість і результативність таких змін залежать від масштабу середовищних трансформацій і часу, необхідного для адаптації [47, 82]. Відтак, зазначений принцип формує концептуальний фундамент для побудови ієрархічної системи стратегій розвитку закладів охорони здоров'я.

Важливою складовою методології формування стратегій виступає інтуїтивізм, що спирається на творчість, раціональність, здатність до передбачення, образне мислення, емпіричний досвід, емоційну сприйнятливість та логічні міркування (рис. 1.5). Інтуїтивне мислення розглядається як вища форма аналітико-синтетичної діяльності, що дає змогу генерувати ефективні управлінські рішення у складних, динамічних або невизначених умовах, що

характерні для сфери охорони здоров'я. Воно доповнює раціонально-аналітичні методи, забезпечуючи цілісність процесу стратегічного планування.

Стратегія закладу охорони здоров'я має багаторівневу структуру, що передбачає її декомпозицію на окремі блоки, кожен з яких відповідає певному рівню управлінської ієрархії [23; 28; 38; 47]. Ієрархічність стратегій передбачає їх взаємозв'язок, послідовність та функціональну підпорядкованість, що забезпечує цілісність загальної стратегії розвитку. Взаємоузгодженість стратегій різних рівнів дозволяє сформувати інтегровану систему стратегічного управління, в якій реалізація окремих стратегічних ліній — функціональних, корпоративних, конкурентних — спрямована на досягнення єдиних довгострокових цілей розвитку медичної установи.

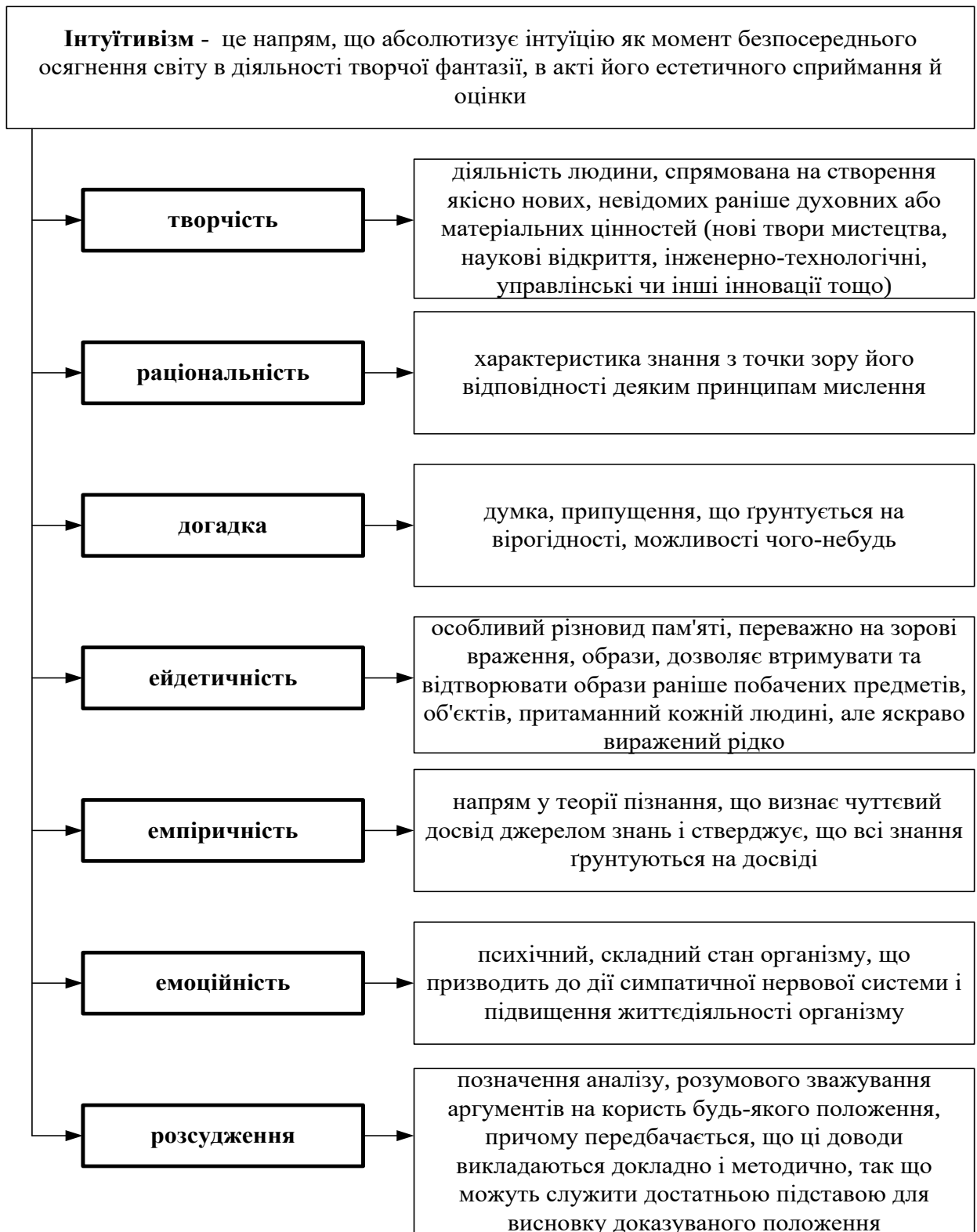


Рис. 1.5. Сутнісна характеристика інтуїтивізму

У системі стратегічного управління закладами охорони здоров'я традиційно застосовується багаторівнева структура стратегій, яка забезпечує узгодженість управлінських рішень та послідовність розвитку організації.

Для медичних установ такою оптимальною побудовою є чотирирівнева ієрархія стратегій, що охоплює корпоративний, діловий, функціональний та оперативний рівні. Кожен наступний рівень формується в межах стратегічних орієнтирів попереднього, а отже — має жорстко окреслені рамки та обмеження.

Корпоративна (генеральна) стратегія визначає загальну траєкторію довгострокового розвитку закладу. Вона концентрує увагу на стратегічній місії установи, її базових орієнтирах та стратегічній меті, що деталізується у системі вимірюваних завдань. У межах цієї стратегії визначаються ключові напрями, інструменти та ресурси розвитку, а також механізми моніторингу досягнення поставлених цілей. По суті, корпоративна стратегія окреслює смисловий каркас, у межах якого функціонують інші рівні стратегічного управління.

Ділова (конкурентна) стратегія фокусується на забезпеченні довготривалої конкурентної переваги закладу охорони здоров'я. Вона деталізує, яким саме чином установа реалізує корпоративну місію в умовах динамічних змін зовнішнього середовища, змін пацієнтських преференцій і коливань у ринковому попиті на медичні послуги. Основними елементами такої стратегії є: оперативна реакція на зміни у сфері охорони здоров'я, нейтралізація зовнішніх загроз, формування унікальної ціннісної пропозиції для пацієнтів, підтримання конкурентної позиції на затверджених ринках або вихід на нові.

Функціональні стратегії забезпечують практичну реалізацію ділової стратегії, деталізуючи конкретні напрями діяльності в межах різних функціональних підсистем управління. До них належать:

- стратегія маркетингу;
- виробнича (операційна) стратегія;
- фінансова стратегія;
- інноваційна стратегія;
- екологічна стратегія;

- соціальна стратегія.

Функціональні стратегії визначають тактичні інструменти підвищення ефективності діяльності та способи досягнення специфічних цілей, які стоять перед окремими підрозділами закладу охорони здоров'я.

Оперативна стратегія є найнижчим рівнем ієрархічної побудови стратегічного управління. Вона охоплює поточні, але стратегічно важливі дії, що забезпечують щоденне функціонування медичної установи. До змісту оперативної стратегії відносять: організацію рекламних заходів; регулювання розрахунків із персоналом; закупівлю медичних матеріалів та сировини; управління запасами та логістикою; своєчасне виконання податкових і фінансових зобов'язань; проведення розрахунків із контрагентами за виконані роботи та надані послуги. Вона забезпечує безперервність діяльності та є практичним інструментом реалізації вищих стратегічних рівнів.

Таким чином, ієрархічна система стратегій управління розвитком закладу охорони здоров'я забезпечує внутрішню логіку функціонування організації, структурну цілісність управлінських рішень і можливість узгоджено реалізовувати корпоративну місію через конкретні напрями діяльності. Її ефективність значною мірою залежить від здатності керівництва формувати взаємопов'язані стратегії, у яких довгострокові орієнтири гармонійно інтегруються з поточними управлінськими задачами.

Ефективність функціонування закладів охорони здоров'я в умовах динамічного зовнішнього середовища значною мірою залежить від здатності їх керівництва оперативно адаптувати систему стратегічного управління до нових викликів. Стрімкі зміни політичних, економічних і соціальних умов, зростання непередбачуваних загроз та посилення конкуренції на ринку медичних послуг зумовлюють необхідність застосування науково обґрунтованих стратегічних підходів. Саме завдяки цьому підприємства медичної сфери можуть забезпечити активно-адаптаційний тип

менеджменту, створити передумови стабільного розвитку та своєчасно реагувати на трансформації у зовнішньому середовищі.

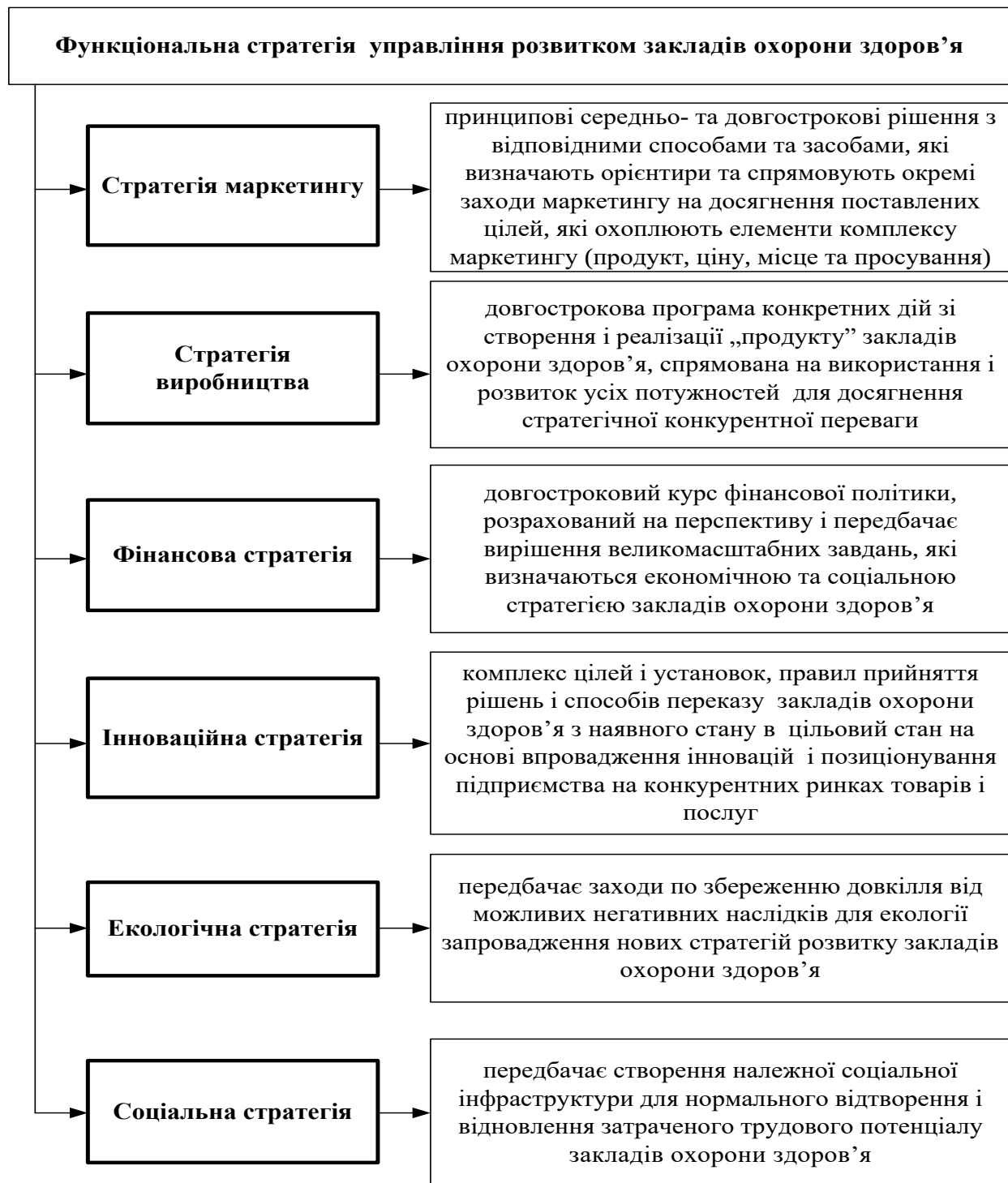


Рис. 1.6. Сукупність складових функціональної стратегії управління розвитком закладів охорони здоров'я

У науковій літературі розкрито зміст поняття «стратегія», представлено її різні класифікації, ієрархію та підходи до формування й реалізації стратегічних рішень. Особливу увагу приділено методичному інструментарію стратегічного управління у сфері охорони здоров'я. Проте багатоманітність наукових підходів і методик та відмінності в інтерпретації окремих аспектів стратегічного менеджменту ускладнюють можливість їх прямого використання в діяльності реальних медичних установ.

Узагальнення економічної сутності поняття «стратегія» наведено у табл. 1.1., що дозволяє систематизувати наукові уявлення й чітко визначити місце стратегії у системі управління розвитком закладів охорони здоров'я.

Виходячи з аналізу наукових підходів, стратегія може бути визначена як концепція довгострокового розвитку організації, що охоплює комплексний, детально сформований план дій та окреслює перспективні напрями діяльності, спрямовані на реалізацію місії закладу, зміцнення його конкурентних позицій і досягнення стійких конкурентних переваг.

Формування стратегій розвитку для закладів охорони здоров'я є необхідною передумовою їх виходу на нові ринки, розширення спектра послуг та підвищення конкурентоспроможності. Центральним підґрунтям такого процесу виступає система стратегічних альтернатив, що забезпечує можливість обрати найбільш ефективний шлях розвитку.

Аналітично-інтуїтивна база, на якій ґрунтується формування ієрархічної системи стратегій управління розвитком закладів охорони здоров'я, включає поєднання принципів стратегічного аналізу та інтуїтивізму. Аналіз діяльності медичних закладів є самостійною комплексною науковою сферою, зміст якої узагальнено на рис. 1.4. Розглянемо детальніше основні принципи, що забезпечують наукову обґрунтованість управлінського аналізу.

Принцип оперативності та своєчасності означає, що аналітичні процедури мають проводитися у ті моменти, коли постає необхідність своєчасного виявлення причин проблем у діяльності закладу та формування

шляхів підвищення ефективності його функціонування. Його реалізація передбачає здатність менеджменту швидко обробляти інформацію, формувати управлінські рішення на основі достатнього інформаційного забезпечення та сучасних методів аналізу, забезпечуючи безперервність і ритмічність аналітичних процесів.

Принцип забезпечення співвідношення варіантів аналізу діяльності передбачає порівнянність показників за своїми властивостями, часовими межами, методами збору інформації та умовами її застосування. Він дозволяє встановити логічні взаємозв'язки між альтернативними варіантами рішень та визначити найефективніші напрями управлінських дій.

Принцип кількісної визначеності полягає в необхідності кількісної оцінки параметрів аналізу, ступеня невизначеності та ризиків, що супроводжують управлінські рішення. Цей принцип дозволяє забезпечити об'єктивність та точність оцінювання альтернатив розвитку.

Принцип ранжування факторів уваги концентрується на визначенні ключових факторів, що впливають на діяльність закладу, та їх структуризації відповідно до стратегічних цілей.

Принцип єдності аналізу та синтезу ґрунтується на тому, що складні явища мають бути розкладені на структурні елементи для подальшого всебічного вивчення, а після цього — синтезовані з урахуванням взаємозв'язків між усіма складовими системи. Як зазначає наукова традиція, будь-яка соціальна система прагне до найбільш економного режиму функціонування, і швидкість її змін залежить від глибини трансформації зовнішнього середовища [47, 82].

Вказані принципи формують наукову основу побудови ієрархічної системи стратегій управління розвитком закладів охорони здоров'я.

Другим ключовим блоком у процесі формування стратегічної системи виступає інтуїтивізм, що охоплює такі елементи, як творчість, раціональність, емпіричний досвід, емоційність, здатність до узагальнень та аналітичних здогадок (рис. 1.5). Інтуїтивне мислення — це найвищий рівень

аналітико-синтетичної діяльності менеджера, який дозволяє продукувати нестандартні рішення та оцінювати складні управлінські ситуації.

Ієрархічна система стратегій має чотири рівні: корпоративний, діловий, функціональний та оперативний. Кожен з них формує середовище та обмеження для стратегій нижчого рівня, а також забезпечує комплексність стратегічного управління (рис. 1.6).

Корпоративна стратегія визначає загальний напрям розвитку закладу, його місію, довгострокові цілі та механізми їх досягнення. Ділова (конкурентна) стратегія зорієнтована на формування та підтримку конкурентних переваг і враховує динаміку зовнішнього середовища. Функціональні стратегії конкретизують шляхи досягнення цілей у різних сферах — маркетингу, фінансів, інновацій, соціальної політики тощо. Оперативні стратегії забезпечують виконання щоденних завдань, що безпосередньо впливають на реалізацію стратегічних планів.

Ієрархічна система стратегій має бути активною, орієнтованою на постійне розширення діяльності, інноваційний пошук та випередження конкурентів. Наступальна стратегія розвитку є ризиковою, але саме вона відкриває можливості формування унікальних послуг і домінування на ринку.

Адаптивність стратегії вимагає постійного коригування управлінських дій відповідно до змін зовнішнього та внутрішнього середовища, виокремлення неефективних процесів, орієнтації на потреби пацієнтів та забезпечення високої якості послуг.

Усі стратегічні рішення ґрунтуються на системі стратегічних альтернатив. Їх вибір забезпечує стратегічний аналіз — спеціальний інструмент, який об'єднує кількісні методи, творчий підхід та врахування галузевої специфіки медичних установ [48, 52, 71]. Кожен тип базової стратегії має мати альтернативи — резервні варіанти, що дозволяють досягти цілей у різних умовах. Послідовність вибору стратегічних альтернатив подано на рис. 1.7.

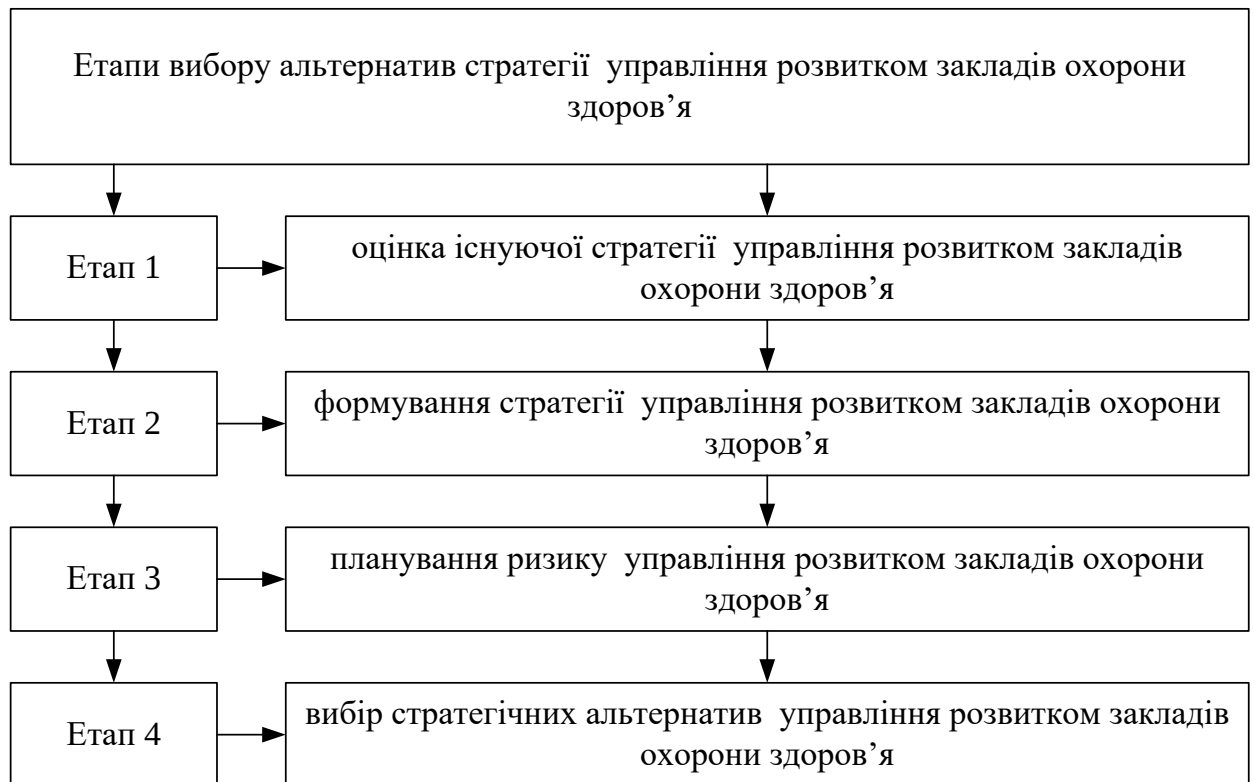


Рис. 1.7. Етапи вибору альтернатив стратегії управління розвитком закладів охорони здоров'я

Узагальнення наукових підходів до формування стратегічних рішень у сфері охорони здоров'я дає змогу стверджувати, що процес вибору стратегічних альтернатив має ґрунтуватися на поєднанні аналітичних методик та інтуїтивних здатностей управлінського персоналу. Ефективність стратегічного вибору залежить від того, наскільки повно враховано особливості зовнішнього та внутрішнього середовища, ресурсні обмеження, ризики, потенційні можливості, а також рівень готовності закладу охорони здоров'я до змін.

З огляду на це, стратегічний аналіз виконує роль ключового «фільтра», через який проходять можливі варіанти розвитку. Саме аналіз дає змогу упорядкувати й оцінити сформовані стратегічні альтернативи, порівняти їх з точки зору досяжності, ресурсної забезпеченості, потенційного впливу на конкурентоспроможність та відповідності довгостроковим цілям закладу

охорони здоров'я. Вибір оптимальної альтернативи передбачає також зіставлення очікуваних результатів із ризиками, що супроводжують реалізацію кожного можливого сценарію.

Ураховуючи складність і багатофакторність процесу стратегічного планування, перелік основних стратегічних альтернатив, які можуть бути застосовані закладами охорони здоров'я залежно від їхнього поточного стану, рівня розвитку, ринкової позиції та доступних ресурсів, систематизовано та подано у табл. 1.2. Цей перелік дає змогу комплексно оцінити потенційні напрямки розвитку, сформувати обґрунтовану комбінацію стратегій та забезпечити їх узгодженість у межах ієрархічної системи стратегічного управління.

У процесі формування стратегічних альтернатив розвитку закладів охорони здоров'я доцільно виокремити кілька базових груп стратегій, кожна з яких містить власні змістові компоненти та напрями адаптації управлінської діяльності.

1. Стратегії виживання характеризуються орієнтацією на збереження функціонування закладу у складних зовнішніх умовах. Серед ключових альтернатив, притаманних цій групі, визначаються:

- перегляд та коригування товарної (послугової) політики з метою підвищення її відповідності поточному попиту;
- трансформація маркетингової політики для оптимізації взаємодії із цільовими групами пацієнтів;
- запровадження режиму жорсткої економії щодо всіх видів ресурсів, включаючи матеріальні, фінансові та кадрові;
- удосконалення системи інноваційного управління з акцентом на підвищення ефективності внутрішніх процесів.

2. Стратегії стабілізації спрямовуються на досягнення рівноваги у функціонуванні закладу охорони здоров'я та зменшення впливу зовнішніх коливань. До їх змістових компонентів належать:

- раціоналізація витрат за рахунок ощадливого використання ресурсів;

- здійснення ревізії витрат, посилення фінансової дисципліни, консолідація та оновлення організаційно-технологічних процесів;
- забезпечення відновлення доходів закладу в поєднанні зі зниженням неперіоритетних витрат;
- проведення цілеспрямованої політики стабілізації, яка включає селективність у виборі ринкових сегментів, балансування діяльності на різних ринках та економію фінансових ресурсів.

3. Стратегії зростання орієнтовані на розширення ринку, збільшення обсягів діяльності та формування нових можливостей для розвитку. Основними альтернативами є:

- інтенсифікація діяльності на наявних ринках, розширення проникнення на ринок, географічна експансія;
- диверсифікація діяльності, що може мати горизонтальний або вертикальний характер;
- налагодження міжорганізаційного співробітництва та кооперації;
- розвиток зовнішньоекономічної діяльності як інструменту підвищення конкурентоспроможності.

4. Стратегії вертикальної інтеграції, а також стратегія незалежності та дезінтеграції обумовлюються необхідністю оптимізувати взаємодію структурних елементів закладу або, навпаки, відмовитися від певних видів діяльності на користь зовнішніх партнерів. До їх ключових альтернатив належать:

- орієнтація на більш вигідне співробітництво з незалежними фахівцями та організаціями, якщо внутрішнє виконання функцій є економічно недоцільним;
- відмова від тих видів діяльності, які не належать до ключових або не забезпечують стратегічної переваги;
- мінімізація ризиків, пов'язаних зі зміною поведінки та переваг пацієнтів;

- можливість зосередження ресурсів на стратегічно важливих напрямках розвитку;
- прискорення змін у структурі інноваційного управління та вдосконалення внутрішніх процесів.

Представлені стратегічні альтернативи створюють широку платформу для прийняття рішень, спрямованих на забезпечення стабільного функціонування та довгострокового розвитку закладів охорони здоров'я, а також дозволяють адаптувати управлінську діяльність до змін ринкового середовища та внутрішніх умов.

Таблиця 1.2

Перелік альтернатив стратегії управління розвитком закладів охорони здоров'я

Альтернативи стратегії	Складові альтернативи стратегії
1	2
Стратегії виживання	Зміна товарної політики
	Зміна маркетингової політики
	Жорстка економія всіх видів ресурсів
	Удосконалення системи інноваційного управління
Стратегії стабілізації	Економія ресурсів
	Ревізія витрат, консолідація, оновлення
	Відновлення доходу, зменшення витрат
	Стабілізація: селективність, балансування на ринках, фінансова економія
Стратегії зростання	Інтенсифікація ринку, проникнення на ринок, географічна експансія
	Диверсифікація: вертикальна, горизонтальна
	Міжорганізаційне співробітництво та кооперація зовнішньоекономічна діяльність
Стратегії вертикальної	Вигідніше звернення до незалежних фахівців

Альтернативи стратегії	Складові альтернативи стратегії
інтеграції – стратегія незалежності та дезінтеграції	Пропонована сфера діяльності не є ключовою
	Зниження ризику дії змін прихильностей пацієнтів
	Наявність можливості сконцентруватися на пріоритетних напрямках бізнесу
	Прискорення дій щодо вдосконалення структури інноваційного управління тощо

Адекватність обраної стратегії розвитку закладу охорони здоров'я передбачає максимально повне врахування національних і регіональних особливостей, специфіки економічної ситуації, а також відповідність ключовим параметрам діяльності, що забезпечують досягнення цільових орієнтирів організації. У сучасній науковій літературі дедалі частіше підкреслюється, що вихід системи охорони здоров'я з кризових умов залежатиме від появи нової хвилі управлінських інновацій, здатних забезпечити тривалу динаміку розвитку. Ефективне управління розвитком медичних закладів має переважно довгостроковий характер і ґрунтується на стратегічному баченні майбутнього та здатності передбачати можливі сценарії змін.

Формування напрямів такої діяльності з поглядом у майбутнє становить зміст процесу розроблення стратегій управління розвитком закладів охорони здоров'я. При цьому стратегія як комплексна система включає не лише всі функціональні складові управління, а й усі рівні організаційної ієрархії. Відтак процес стратегічного планування є складним і потребує від управлінського персоналу глибоких знань, практичних навичок і здатності до аналітико-прогностичної діяльності.

Водночас важливо наголосити, що формування стратегії управління розвитком закладів охорони здоров'я є не разовою дією, а безперервним циклом, оскільки зовнішні та внутрішні умови функціонування системи перебувають у постійній динаміці. Стратегічний план повинен регулярно

оновлюватися, уточнюватися та коригуватися з урахуванням змін у законодавчій сфері, на ринку медичних послуг, у технологічному забезпеченні, кадровому потенціалі та потребах пацієнтів.

Ефективність формування стратегії значною мірою залежить від рівня залучення фахівців різних підрозділів медичного закладу. Тому в розробленні стратегічних рішень повинні брати участь усі функціональні служби, керівники підрозділів, а також зовнішні експерти та представники наукової спільноти. Такий комплексний підхід забезпечує багатофакторну оцінку ситуації та підвищує якість стратегічних рішень.

Процес збору та аналізу інформації для формування стратегії розвитку медичного закладу передбачає низку послідовних завдань, серед яких:

- моніторинг середовища функціонування закладу охорони здоров'я (внутрішнього та зовнішнього);
- аналітичну обробку отриманих даних з метою виявлення тенденцій, ризиків, можливостей та загроз;
- підготовку аналітико-інформаційних матеріалів для ухвалення стратегічних рішень;
- створення механізму регулярного перегляду стратегічного плану розвитку, що дозволяє адаптувати його до змін;
- формування та підтримку постійно оновлюваної бази даних, яка слугує джерелом стратегічної інформації.

База даних у цьому контексті виступає інтегрованою інформаційною системою, що відображає комплексну характеристику діяльності медичного закладу. Вона створюється шляхом цільового збору інформації з усіх доступних джерел, її систематизації, верифікації та перетворення на стратегічно значущу інформацію, необхідну для розроблення та реалізації стратегії управління розвитком закладів охорони здоров'я. Структура такої бази даних подана у табл. 1.3 та відображає основні напрями інформаційного забезпечення стратегічного планування.

Таблиця 1.3

**Класифікація інформації для формування стратегії управління
розвитком закладів охорони здоров'я**

Ознаки інформації	Види інформації
1	2
За характером реагування	Вимагає негайного реагування
	Нетермінова
За часом появи	Поточна
	Місячна
	Квартальна
	Річна
За сферою поширення	Внутрішня
	Зовнішня
За функціональною належністю	Технологічна
	Технічна
	Фінансова
	Кадрова
	Маркетингова
За часом проведення	Первинна
	Вторинна
	Результативна
За часом проведення	Первинна
	Вторинна
	Результативна
За рівнем	Оперативна
	Стратегічна
За методами отримання інформації	Спостереження
	Опитування
	Експеримент

Темпи трансформації зовнішнього середовища настільки високі, що значна частина закладів охорони здоров'я не встигає своєчасно реагувати на появу нових викликів. У таких умовах закономірно зростає частота непередбачуваних загроз, які можуть істотно вплинути на результативність їх функціонування. Тому ефективне управління сучасним закладом охорони здоров'я потребує активного використання інструментарію стратегічного управління, що забезпечує адаптивність організації, її здатність швидко й адекватно реагувати на зміни та формувати передумови для стабільного розвитку.

Наукові дослідження детально розкривають сутність стратегії, її класифікаційні ознаки, ієрархічні рівні та підходи до розробки й реалізації. Значна увага приділена також методичному забезпеченню стратегічного управління у сфері охорони здоров'я. Однак відмінності в тлумаченні окремих аспектів стратегічного менеджменту ускладнюють безпосереднє впровадження наукових розробок у практику діяльності закладів охорони здоров'я. Узагальнення трактувань категорії «стратегія» подано у табл. 1.1.

Враховуючи наукові підходи, стратегія може бути визначена як інтегрована концепція розвитку, що охоплює детальний, комплексний план довгострокових дій, спрямованих на реалізацію місії організації, зміцнення її ринкових позицій та забезпечення сталих конкурентних переваг. Саме тому заклади охорони здоров'я, які прагнуть посилити свої ринкові позиції та освоювати нові сегменти, повинні обов'язково формувати стратегії розвитку на основі аналізу та відбору стратегічних альтернатив.

Аналітично-інтуїтивну основу формування ієрархічної системи стратегій управління розвитком закладів охорони здоров'я становлять два ключові елементи — аналітичні принципи та інтуїтивізм. Аналіз діяльності закладів охорони здоров'я — це окрема галузь знань із власною структурою (рис. 1.4), яка вимагає глибокого осмислення і багаторівневого опрацювання внутрішніх і зовнішніх чинників.

Основні принципи аналізу діяльності закладів охорони здоров'я.

Принцип оперативності та своєчасності передбачає здійснення аналізу саме тоді, коли необхідно виявити першопричини проблем у роботі закладу та розробити шляхи підвищення ефективності діяльності. Своєчасність означає здатність оперативно обробляти інформацію, швидко формувати управлінські рішення та забезпечувати оптимальне функціонування організації.

Принцип порівнянності ґрунтується на забезпеченні реальної можливості співставлення показників за часом, методами обчислення, властивостями та умовами отримання інформації, що створює умови для коректного аналізу результатів діяльності.

Принцип кількісної визначеності вимагає обов'язкового числового вираження параметрів, що визначають альтернативи управлінських рішень, рівень ризику, взаємозв'язки між елементами системи менеджменту.

Принцип ранжування факторів передбачає встановлення пріоритетності чинників, що впливають на діяльність закладу, а також визначення засобів досягнення стратегічних цілей шляхом факторного аналізу та структуризації проблем.

Принцип єдності аналізу та синтезу базується на поєднанні детального дослідження окремих елементів системи та узагальненого їх розгляду у взаємозв'язку. Це дає змогу оцінити не лише часткові характеристики, але й цілісний стан організації.

Закон єдності аналізу та синтезу передбачає, що будь-яка матеріальна система прагне до ефективного режиму функціонування, змінюючи свої структури та функції відповідно до динаміки зовнішнього середовища [47, 82].

Інтуїтивізм у формуванні стратегій.

Інтуїтивне мислення — це високий рівень аналітико-синтетичної діяльності, що базується на творчості, раціональному передбаченні, емпіричності та здатності ухвалювати рішення в умовах невизначеності

(рис. 1.5). Інтуїтивна складова стратегічного управління відіграє важливу роль у ситуаціях, коли формальні методи не здатні врахувати всі характеристики проблемної ситуації.

Ієрархічна система стратегій управління розвитком закладів охорони здоров'я

Заклади охорони здоров'я формують чотирирівневу ієрархію стратегій:

1. Корпоративна (генеральна) стратегія — визначає загальний вектор і довгострокові напрями розвитку закладу.

2. Ділова (конкурентна) стратегія — спрямована на забезпечення стійких конкурентних переваг, реагування на зміни зовнішнього середовища та розв'язання ключових стратегічних проблем.

3. Функціональні стратегії — включають маркетингову, фінансову, виробничу, інноваційну, екологічну, соціальну та ін. (рис. 1.6).

4. Оперативна стратегія — пов'язана з вирішенням щоденних завдань, що мають стратегічне значення: управління персоналом, логістика, фінансові операції, інформаційна діяльність тощо.

Ієрархія стратегій повинна мати активний характер, сприяти інноваційності, експансивному розвитку, передбачати постійне розширення діяльності та підвищення конкурентоспроможності закладів. Наступальна стратегія, хоч і ризикована, забезпечує можливість виходу на нові ринки, впровадження унікальних послуг та зміцнення домінуючих позицій у галузі.

Адаптивність і стратегічний вибір.

Стратегії мають бути адаптивними, тобто такими, що враховують змінність внутрішнього і зовнішнього середовища та ґрунтуються на методологічно обґрунтованому стратегічному аналізі. Адаптація спрямована на усунення неефективних практик, орієнтацію діяльності на потреби пацієнтів, підвищення якості послуг.

Вибір стратегії здійснюється з урахуванням наявних стратегічних альтернатив (табл. 1.2). Стратегічний аналіз виконує функцію «фільтра», який дає змогу обрати оптимальний варіант дій, використовуючи кількісні методи, формальні моделі та інтуїтивний підхід менеджерів.

Перелік стратегічних альтернатив охоплює стратегії виживання, стабілізації, зростання, вертикальної інтеграції та дезінтеграції. Кожен вид базових стратегій має мати резервні варіанти, що дозволяють забезпечити ефективність діяльності закладу в довгостроковій перспективі.

Інформаційна база та її значення.

Формування стратегії неможливе без якісної інформаційної підтримки, яка включає моніторинг середовища, обробку даних, підготовку аналітичних матеріалів і створення механізмів регулярного перегляду стратегічного плану. База даних закладу охорони здоров'я — це комплексний інформаційний масив, отриманий шляхом систематичного збору даних і їх перетворення на стратегічно значущу інформацію (табл. 1.3).

Інформація оцінюється за параметрами повноти, актуальності, достовірності, насиченості та цінності [25; 34; 41].

Проведені дослідження показують, що науковці трактують стратегію як модель дій, управлінське рішення, програму розвитку чи напрям удосконалення діяльності. У систематизованому вигляді стратегія — це комплексна концепція довгострокового розвитку, спрямована на зміцнення ринкових позицій та досягнення стійких конкурентних переваг.

Ієрархічна система стратегій — корпоративна, конкурентна, функціональна та операційна — забезпечує комплексність управління та формує міцну методологічну основу стратегічного розвитку. Реалізація стратегії охоплює стратегічний аналіз, вибір оптимальних альтернатив, формування стратегічних дій та їх практичне виконання, що дає змогу не лише досягти короткострокових результатів, а й забезпечити довгострокову конкурентоспроможність закладу.

1.3. Міжнародний досвід формування системи організаційного забезпечення стратегічного управління закладом охорони здоров'я

У глобальному вимірі сьогодні не існує єдиної, абсолютно ефективної та стабільної моделі системи охорони здоров'я. Кожна країна стикається з власними викликами, пов'язаними із забезпеченням реалізації права на охорону здоров'я, створенням умов доступності якісної медичної допомоги та організацією стійких механізмів фінансування медичних послуг. Попри спільні прагнення держав до побудови ефективних систем охорони здоров'я та розвиненої інфраструктури надання медичних послуг, шляхи та методи вирішення цих завдань у світі відрізняються досить суттєво.

Національна система охорони здоров'я України загалом поступається провідним світовим системам за ключовими індикаторами — середньою тривалістю життя, показниками смертності, рівнем контролю інфекційних та хронічних захворювань. Незважаючи на значну частку внутрішнього валового продукту, спрямовану на фінансування медичних послуг, «ефект витрат» не трансформується у пропорційне покращення якості допомоги. Реформування сектору продемонструвало значну кількість системних проблем — високий рівень корупції, фрагментарність управління, інертність інститутів та неспроможність адаптувати галузь до сучасних міжнародних стандартів.

Сьогоднішня модель охорони здоров'я є структурно і функціонально застарілою та потребує комплексної модернізації з використанням принципів, інструментів і підходів, притаманних сучасним світовим системам охорони здоров'я. Водночас, у глобальному суспільстві міцніє усвідомлення, що досягнення найвищого можливого рівня здоров'я є критично важливою умовою забезпечення безпеки та соціальної стабільності, а ефективність охорони здоров'я безпосередньо залежить від рівня співробітництва між людьми, інституціями та державами.

Право на охорону здоров'я тривалий час залишається ключовим предметом міжнародних дискусій. Доступ до своєчасної медичної допомоги, її якість та рівність є у центрі уваги не лише політичних і професійних спільнот, але й широких верств населення. Як демонструють дані Світового банку та ВООЗ, принаймні половина населення світу не має можливості отримати необхідні медичні послуги, а значна частина людей, особливо у країнах, що розвиваються, продовжує помирати, не діставши елементарної профілактичної чи лікувальної допомоги.

Регіони з низьким і середнім рівнем доходів стикаються з подвійним тягарем: з одного боку, зберігається високий рівень інфекційних хвороб, включно з СНІДом, малярією та іншими соціально небезпечними інфекціями, а з іншого — зростає поширеність неінфекційних захворювань, висока дитяча та материнська смертність, вплив несприятливих умов довкілля та недостатньо розвиненої санітарної інфраструктури.

Не менш складними є виклики для економічно розвинених країн, де медичні системи перебувають під сильним тиском через старіння населення, збільшення числа хронічних хворих, поширення супутніх патологій та високий попит на сучасні медичні технології.

Право на охорону здоров'я в міжнародному праві.

Зміст права на охорону здоров'я закріплено у низці міжнародних документів, які визначають його як універсальне, невід'ємне і зобов'язальне до виконання державами. Серед ключових актів:

- Загальна декларація прав людини (ст. 25);
- Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права (ст. 12);
- Хартія основних прав Європейського Союзу (ст. 35);
- Європейська соціальна хартія (ст. 11);
- Конвенція про права дитини (ст. 24);
- інші міжнародні конвенції, включно з актами щодо ліквідації расової та гендерної дискримінації, захисту прав осіб з інвалідністю тощо.

Так, у статті 25 Загальної декларації прав людини підкреслено, що кожна людина має право на такий рівень життя, який забезпечує здоров'я і добробут, включаючи медичний догляд, соціальне забезпечення та захист у разі хвороби, інвалідності або інших життєвих ризиків.

У Міжнародному пакті про економічні, соціальні і культурні права (ст. 12) визначено обов'язок держав забезпечити:

- зменшення рівня дитячої смертності та мертвонароджуваності;
- розвиток системи гігієни праці та довкілля;
- профілактику і лікування хвороб;
- створення умов для доступності медичної допомоги для всіх.

Хартія основних прав Європейського Союзу наголошує, що кожна людина має право на доступ до профілактичної медичної допомоги та лікування, а охорона здоров'я людини має бути пріоритетом у реалізації будь-якої політики ЄС.

Отже, держава, яка ратифікує хоча б один з цих міжнародно-правових документів, зобов'язується законодавчо закріпити право на охорону здоров'я, гарантувати його реалізацію та створювати ефективну, стійку національну систему охорони здоров'я.

У світовому вимірі сьогодні не існує універсальної, досконалої чи стабільної моделі системи охорони здоров'я, здатної однаково ефективно відповідати викликам часу. Кожна держава стикається з власним комплексом проблем, що ускладнюють реалізацію права людини на охорону здоров'я, впливають на доступність медичних послуг та якість лікування. Намагаючись забезпечити високий рівень добробуту громадян, країни формують національні моделі охорони здоров'я, які ґрунтуються на різних підходах до організації медичної допомоги, її фінансування та управління системою, проте їхні результати суттєво відрізняються.

Українська система охорони здоров'я істотно поступається системам розвинених країн за ключовими індикаторами – передусім тривалістю життя, рівнем смертності та ефективністю боротьби з хронічними й інфекційними

захворюваннями. Попри значні витрати держави на сферу охорони здоров'я, системний вплив фінансування на якість медичної допомоги залишається обмеженим. Масштабні спроби реформування національної системи охорони здоров'я продемонстрували наявність численних проблем: неефективне управління, високий рівень корупційних ризиків, недостатню координацію з міжнародними стандартами та неспроможність забезпечити реальний доступ громадян до якісної медичної допомоги.

У цих умовах модернізація системи охорони здоров'я України є невідкладною потребою. Її оновлення має здійснюватися з урахуванням глобальних тенденцій, доказових підходів та успішного досвіду країн, які досягли позитивних результатів у формуванні стійких систем охорони здоров'я.

Світове співтовариство визнає, що найвищий досяжний рівень здоров'я є фундаментальною передумовою миру, благополуччя і безпеки, що залежить від тісної співпраці між державами та між самими громадянами [7]. Право на охорону здоров'я стало центральним елементом глобальних дискусій, а забезпечення реального доступу до медичної допомоги – одним із ключових критеріїв оцінки рівня розвитку держав.

За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я та Світового банку, щонайменше половина населення світу не має доступу до необхідних медичних послуг, що зумовлює щорічні втрати здоров'я, зменшення тривалості життя та поглиблення соціальної нерівності. Країни, що розвиваються, зіштовхуються з нерозв'язаними проблемами інфекційних захворювань, ендемічних хвороб, поширенням ВІЛ/СНІДу та малярії, а також із високою дитячою смертністю та наслідками несприятливих умов довкілля. У свою чергу, розвинені держави борються з перевантаженням систем медичної допомоги внаслідок старіння населення, зростанням хронічних захворювань і підвищеним попитом на сучасні технології діагностики та лікування [8, 47, 59].

Право на охорону здоров'я та гарантії його реалізації закріплені в низці міжнародно-правових документів, серед яких:

- Загальна декларація прав людини (ст. 25);
- Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права (ст. 12);
- Хартія основних прав Європейського Союзу (ст. 35);
- Європейська соціальна хартія (ст. 11);
- Конвенція про права дитини (ст. 24);
- Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок (ст. 11);
- Конвенція про права осіб з інвалідністю (ст. 25);
- Африканська хартія прав людини і народів (ст. 16) та інші.

Зокрема, стаття 25 Загальної декларації прав людини наголошує, що кожна людина має право на життєвий рівень, достатній для підтримання здоров'я і добробуту, включаючи належне медичне обслуговування [45, 69]. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права в статті 12 закріплює зобов'язання держав щодо запобігання захворюванням, забезпечення гігієни довкілля, створення умов для доступу до медичної допомоги та лікування [10, 27, 66]. Хартія основних прав ЄС підкреслює право кожної людини на доступ до профілактичної медичної допомоги і лікування відповідно до національного законодавства [11, 46, 69].

Ратифікуючи ці документи, держави беруть на себе обов'язок забезпечити ефективну реалізацію права на охорону здоров'я у внутрішньому законодавстві, формувати стійкі та справедливі системи медичного забезпечення, розвивати їхній потенціал і гарантувати рівний доступ до якісної медичної допомоги.

Цілі функціонування системи охорони здоров'я

Забезпечення права людини на охорону здоров'я у будь-якій країні передбачає досягнення трьох стратегічних цілей:

1. Збереження здоров'я населення.

2. Надання якісної медичної допомоги хворим.
3. Запобігання фінансовим втратам, пов'язаним з оплатою медичних послуг.

Національні політики у галузі охорони здоров'я спрямовані на створення умов для доступу до медичних послуг, підвищення якості лікування, забезпечення наявності ефективних лікарських засобів, вакцин та профілактичних програм. Ефективність системи охорони здоров'я безпосередньо впливає на рівень здоров'я населення, а її ціль – максимально покращити здоров'я людей за оптимальних витрат ресурсів.

У сучасних умовах зростання демографічних, епідеміологічних і фінансових викликів особливо важливим стає формування систем медичної допомоги, орієнтованих на потреби пацієнтів та громад, на превенцію захворювань і ефективне використання ресурсів.

Фактори, що визначають рівень реалізації права на охорону здоров'я

До ключових складових належать:

- доступність та своєчасність отримання медичної допомоги;
- профілактичні заходи, безпечність і ефективність медичних послуг;
- координація догляду та орієнтація на потреби пацієнта;
- адміністративна ефективність;
- справедливість у розподілі ресурсів;
- результати охорони здоров'я (рівень смертності, очікувана тривалість життя, захворюваність);
- фінансова стабільність та захист населення від надмірних витрат.

Одним із найгостріших викликів залишається нерівність у доступі до медичної допомоги. Як свідчать дані, кожна п'ята особа, яка має медичну потребу, відмовляється від звернення до лікаря через фінансові або організаційні бар'єри [19, 30]. Відсутність належного фінансового захисту призводить до бідності, погіршення здоров'я та зростання соціальної напруги. При цьому міжнародний досвід переконує, що збільшення

фінансування не завжди забезпечує кращі результати, якщо ресурси використовуються нераціонально [20, 41].

Порівняння світових систем охорони здоров'я

Світові рейтинги, які оцінюють роботу систем охорони здоров'я, демонструють значну варіативність результатів залежно від критеріїв аналізу.

За рейтингом процвітання (2019):

1. Сінгапур
2. Японія
3. Швейцарія

Україна – 114 місце [21].

За Глобальним індексом безпеки здоров'я (2019):

1. США
2. Велика Британія
3. Нідерланди

Україна – 94 місце [22].

У Європейському індексі пацієнтів (2018) перші місця посіли:

1. Швейцарія
2. Нідерланди
3. Норвегія

У звіті також наведено перелік найкращих напрямів забезпечення охорони здоров'я населення, поданих на рис. 1.8.

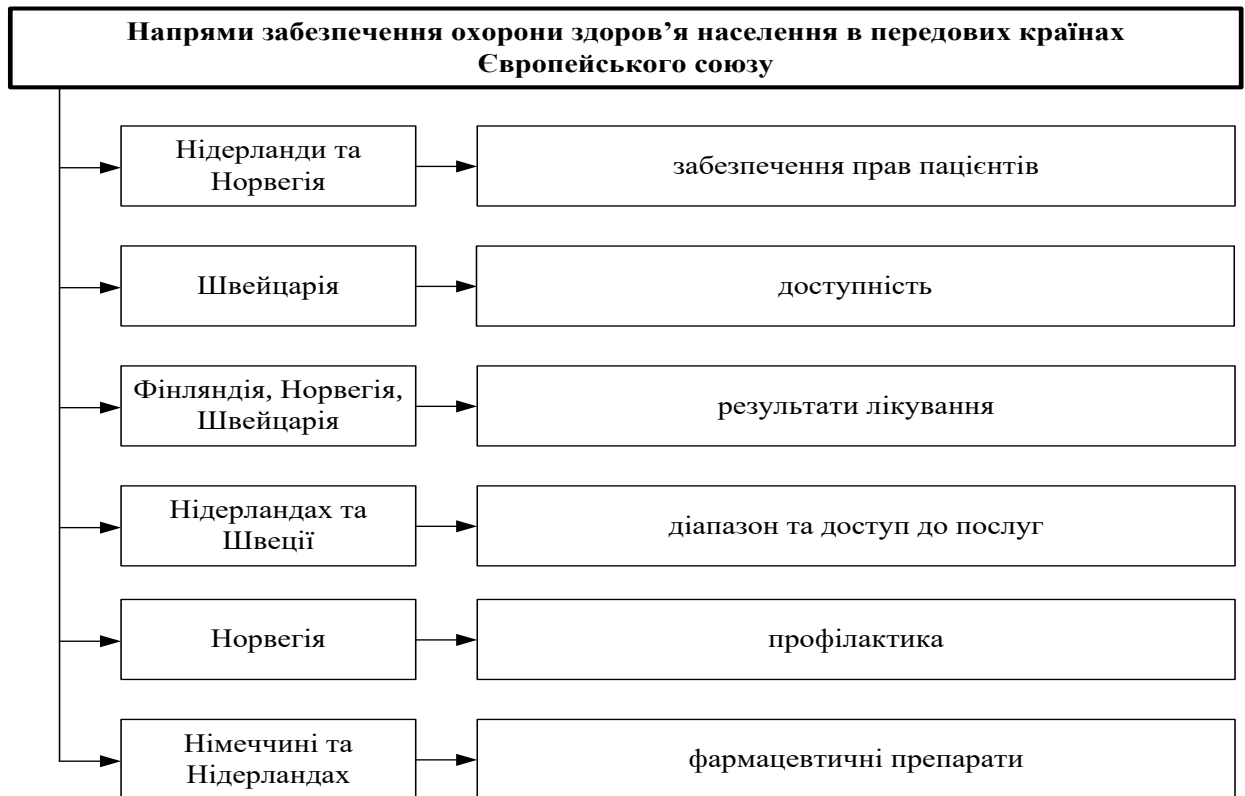


Рис. 1.8. Напрями забезпечення охорони здоров'я населення в передових країнах Європейського союзу

У сучасній світовій практиці реалізація права людини на охорону здоров'я забезпечується через функціонування різних моделей медичних систем, серед яких найбільш поширеним є медичне страхування як специфічний інструмент організації та фінансування медичної допомоги. У більшості розвинених країн воно становить основу системи охорони здоров'я, хоча форми його реалізації можуть істотно різнитися. Зазвичай виділяють три базові моделі страхового забезпечення: державне медичне страхування, приватне медичне страхування та змішану модель, що поєднує інструменти державного та приватного секторів. Візуалізацію світових підходів до медичного страхування подано на рис. 1.9.

Одним із найбільш показових прикладів ефективної організації медичного страхування є Японія, яку неодноразово визнавали однією з найздоровіших країн світу, а її систему охорони здоров'я – однією з найефективніших. Починаючи з 1960-х років, у країні функціонує

загальнообов'язкова система державного медичного страхування, що гарантує універсальне охоплення всього населення. Така система забезпечує кожному громадянину право отримати необхідні медичні послуги незалежно від соціального статусу чи місця проживання [24; 25, 63].

Важливою особливістю японської моделі є принцип безперешкодного доступу до медичної допомоги. Система організована таким чином, що пацієнт має можливість самостійно обирати будь-який медичний заклад у межах країни та сам визначати частоту звернень за медичною допомогою. На практиці це означає відсутність територіальної прив'язки до певної установи та відсутність обмежень, пов'язаних із специфікою страхового пакета, рівнем доходу чи тяжкістю захворювання.

Разом з тим, певні винятки у системі все ж існують. Зокрема, пацієнти можуть бути зобов'язані сплачувати додаткові збори при зверненні до установ третинного рівня медичної допомоги без направлення від лікаря первинної чи вторинної ланки. Такий механізм запроваджено для уникнення надмірного навантаження на високоспеціалізовані заклади та оптимізації потоків пацієнтів.

У самій Японії ця модель позначається терміном «система вільного доступу», що відображає її ключовий принцип – можливість отримати необхідні медичні послуги у будь-який час і в будь-якому місці країни за єдиною фіксованою ставкою страхових внесків, за умови наявності підтвердженого страхового полісу [25; 26, 58].

Таким чином, японська система медичного страхування демонструє приклад успішної імплементації моделі універсального охоплення, у якій поєднуються доступність, фінансова передбачуваність, високий рівень якості та ефективні механізми управління потоками пацієнтів. Її досвід є важливим орієнтиром для країн, що прагнуть модернізувати власні системи охорони здоров'я та забезпечити населенню реальні гарантії реалізації права на здоров'я.

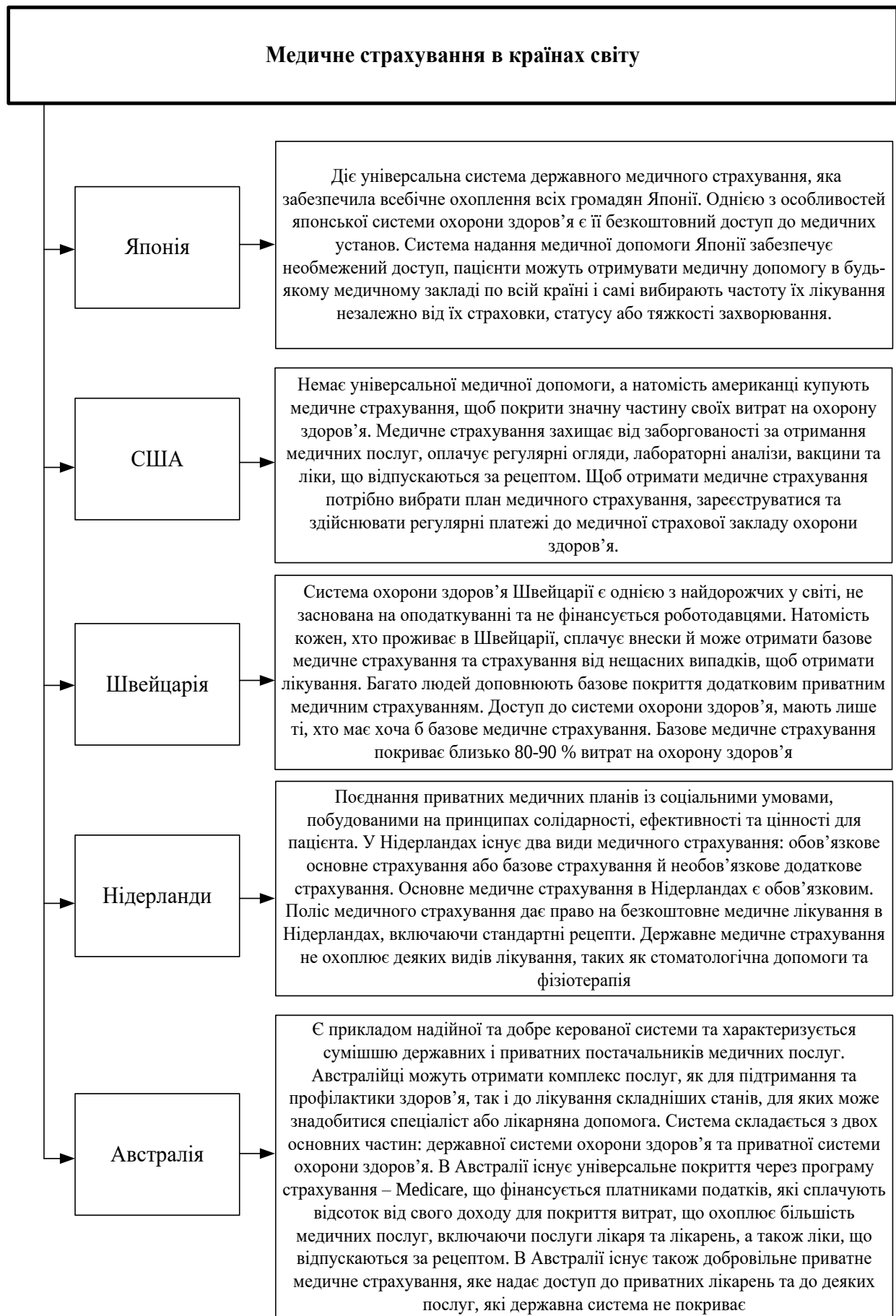


Рис. 1.9. Медичне страхування в країнах світу

Медичне страхування в Японії охоплює понад 5000 видів медичної та стоматологічної допомоги, а також широкий спектр лікарських препаратів [26, 68]. Система державного медичного страхування функціонує на засадах обов'язковості: усі особи, які проживають у країні понад три місяці, незалежно від громадянства, підлягають включенню до відповідної страхової програми. Водночас законодавство Японії не передбачає можливості самостійного вибору схеми державного страхування. Її тип визначається низкою чинників: статусом зайнятості, віком та місцем проживання конкретної особи.

З огляду на це, система охорони здоров'я Японії структурована за кількома категоріями медичного страхування:

- страхування, що базується на місці роботи;
- національне медичне страхування, прив'язане до місця проживання;
- медичне страхування осіб віком від 75 років.

Фінансове навантаження на пацієнта становить у середньому 30 % вартості медичних послуг, тоді як решту 70 % покривають державні фонди. Для людей віком понад 75 років частка державного фінансування є ще більшою, оскільки витрати покриваються не лише за рахунок бюджетних ресурсів, а й за рахунок внесків інших категорій застрахованих — як за місцем роботи, так і за місцем проживання [27].

На відміну від Японії, система охорони здоров'я США не має статусу національної чи універсальної. Доступ населення до медичної допомоги забезпечується, насамперед, через ринок приватного медичного страхування, який виконує функцію основного фінансового захисту від витрат на лікування. Страхові програми, що купуються громадянами, дозволяють покривати значну частину витрат на профілактику, лабораторні аналізи, вакцинацію, діагностику, лікування та лікарські засоби.

Для отримання медичного страхування необхідним є вибір відповідного плану, реєстрація у страховій компанії та регулярна сплата страхових внесків. Наявність страхування забезпечує особі широкий спектр

можливостей у межах реалізації права на охорону здоров'я: доступ до вузькоспеціалізованих лікарів, використання найсучасніших технологій лікування, інноваційних методик і новітніх медичних засобів. США є світовим лідером у галузі медичних досліджень: значна частина фармацевтичних та технологічних інновацій, застосовуваних у світі, була розроблена саме американськими науковими установами та клініками [28].

Разом із тим, американська модель демонструє одну з найскладніших проблем — значний прошарок незастрахованих осіб. Люди, які не мають страхового покриття, стикаються з надзвичайно високою вартістю медичної допомоги. Лікарні надають безоплатно лише невідкладну допомогу, тоді як планове лікування зазвичай потребує попереднього підтвердження страхового полісу або внесення застави. Це призводить до того, що незастраховані особи часто відкладають або повністю відмовляються від отримання медичної допомоги, що негативно впливає на стан їхнього здоров'я та може мати тяжкі наслідки.

Наприклад, лікування звичайного перелому ноги може коштувати до 7500 доларів США, тоді як середня вартість триденного перебування у лікарні становить близько 30 000 доларів США [29, 81]. Таким чином, відсутність страхування перетворюється на вагомий фінансовий бар'єр для значної частини населення.

Більшість американців мають медичне страхування, що здебільшого надається роботодавцем і поширюється на членів родини застрахованого. Окрім приватних страхових планів, у США функціонують великі державні страхові програми:

- Medicare — для осіб пенсійного віку або людей з інвалідністю [30];
- Medicaid — для осіб та сімей із низькими доходами [31, 49].

Таким чином, система охорони здоров'я США поєднує приватне та державне страхування, однак залишається однією з найбільш комерціалізованих та нерівних щодо доступності медичних послуг.

У контексті порівняльного аналізу моделей реалізації права на охорону здоров'я особливу увагу привертає досвід Австралії, яка демонструє ефективність поєднання державних та приватних механізмів надання медичних послуг. Австралійська система охорони здоров'я характеризується збалансованою взаємодією двох складових — державного та приватного секторів, що забезпечує широкий спектр медичних послуг як профілактичного, так і лікувального характеру. Громадяни Австралії мають доступ до всебічної допомоги: від первинного нагляду та амбулаторного лікування до високоспеціалізованої госпітальної медицини.

Ключовим елементом системи виступає програма універсального державного медичного страхування Medicare. Фінансування цієї програми здійснюється за рахунок податкових надходжень: платники податків спрямовують частку власного доходу на забезпечення покриття основних медичних послуг, включаючи послуги лікаря, стаціонарне лікування та забезпечення лікарськими засобами, що відпускаються за рецептом. Наявність Medicare гарантує пацієнтам безкоштовне лікування в державних лікарнях, а також часткове або повністю субсидоване надання приватних медичних послуг у межах затвердженого переліку по всій території країни.

Поряд із державним страхуванням в Австралії функціонує добровільне приватне медичне страхування, яке забезпечує додаткові можливості для населення. Воно дозволяє пацієнтам користуватися послугами приватних лікарень, обирати лікаря, скорочувати час очікування, а також отримувати доступ до медичних процедур, які не покриваються державною системою [32, 67]. Поєднання державних і приватних механізмів створює гнучку модель, зорієнтовану на комфорт та вибір пацієнта.

Іншим прикладом високоефективної системи охорони здоров'я, який часто наводиться у міжнародних рейтингах, є Швейцарія. Вона стабільно входить до групи держав з найвищими показниками здоров'я населення, а її медична система визнана однією з найкращих у Європі. Характерною рисою швейцарської моделі є її фінансова структура: на відміну від

більшості європейських країн, фінансування охорони здоров'я тут не базується на загальному оподаткуванні і не покладається на роботодавців. Основним джерелом покриття витрат є обов'язкові індивідуальні внески громадян.

Усі особи, які проживають на території Швейцарії, зобов'язані оформити базове медичне страхування, що гарантує доступ до основних медичних послуг та страхування від нещасних випадків. Базовий пакет страхування забезпечує покриття 80–90 % витрат на охорону здоров'я та включає широкий перелік послуг: невідкладну та амбулаторну допомогу, стаціонарне лікування, альтернативну терапію, психотерапевтичні послуги, післяопераційну реабілітацію, лікування онкологічних захворювань, стоматологічну допомогу у разі тяжких травм, гінекологічні послуги, пологи, офтальмологічні обстеження та інші види лікування. Також у межах базового пакету передбачено покриття вартості низки вакцин, зокрема проти дифтерії, правця, коклюшу, гепатиту В, кору, свинки та краснухи [33, 54].

Незважаючи на високу вартість, швейцарська система забезпечує пацієнтам надзвичайно високий рівень доступності та якості медичних послуг. Крім того, велика частина населення добровільно користується додатковими програмами приватного страхування для розширення спектра послуг або вибору клінік та спеціалістів, що підсилює конкуренцію між постачальниками медичних послуг і стимулює підвищення якості обслуговування.

Система медичного страхування Нідерландів становить складну, але ефективно збалансовану модель, що поєднує елементи приватного страхового ринку із соціальними механізмами солідарності, ефективності та ціннісної орієнтації на пацієнта. В основі функціонування голландської моделі лежить поділ на два види страхування:

- обов'язкове базове медичне страхування, що забезпечує мінімальний перелік гарантованих медичних послуг;

– добровільне додаткове страхування, яке покриває ті витрати, що не підпадають під дію державних стандартів.

Законодавство Нідерландів визначає базове страхування як обов'язкове для кожного, хто проживає або працює на території країни понад чотири місяці. Наявність полісу базового страхування надає право на безкоштовне медичне лікування, у тому числі отримання стандартних лікарських препаратів. Водночас низка медичних послуг, таких як стоматологічна допомога дорослим або фізіотерапія, до цього пакета не входить і покривається лише у випадку оформлення додаткового страхування [34; 35].

Громадяни з низьким рівнем доходів можуть претендувати на фінансову підтримку для сплати страхових внесків як за базовим пакетом, так і для додаткових послуг. Для реалізації права на медичну допомогу особа повинна зареєструватися у місцевому муніципалітеті, отримати відповідний номер громадського обслуговування (BSN), обрати страхову компанію та укласти з нею договір [34, 65].

Уряд Нідерландів суворо контролює дотримання вимоги щодо обов'язковості базового страхування та активно реагує на випадки ухилення. Якщо протягом чотирьох місяців після прибуття особа не придбала базового страхового полісу, їй надсилається офіційне попередження про необхідність оформлення страховки протягом трьох місяців. У разі невиконання цієї вимоги накладається штраф. Так, у 2019 році його розмір становив 410,49 євро. Якщо протягом наступних шести місяців страхування все одно не оформлено, накладається повторний штраф у такому ж розмірі. Після дев'яти місяців з моменту першого попередження муніципальна влада самостійно реєструє особу у страховій компанії, а відповідна сума внесків утримується з її заробітної плати [36, 46].

Порівняльний аналіз реалізації права на охорону здоров'я у світі дозволяє зробити висновок, що універсальної та абсолютно ефективної моделі фінансування системи охорони здоров'я не існує. Досвід розвинених

країн демонструє, що важливим чинником ефективності функціонування охорони здоров'я є соціальна культура, рівень громадянської відповідальності та соціальна поведінка населення. Різні механізми – як бюджетне фінансування, так і соціальне медичне страхування – можуть забезпечувати бажаний результат за умови їх гармонійного поєднання із системними інституційними та управлінськими елементами.

В Україні підвищення ефективності національної системи охорони здоров'я потребує створення власної моделі медичного страхування, адаптованої до соціально-економічних умов держави. Модернізація національної політики повинна бути спрямована на розв'язання ключових проблем галузі: забезпечення доступності та своєчасності медичної допомоги, підвищення якості послуг, зміцнення ефективності управління та оптимізацію фінансових потоків. Запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні може стати системною передумовою для не лише покращення якості медичних послуг, а й загального підвищення ефективності функціонування системи охорони здоров'я, її фінансової стійкості та управлінської збалансованості.

Висновки до розділу 1

У першому розділі було обґрунтовано, що сучасний розвиток світового ринку медичних послуг значною мірою визначається глобалізаційними процесами та стрімким поширенням інноваційних технологій. Науково-технічні прориви у медичній галузі та сфері інформаційно-комунікаційних технологій зумовили суттєве розширення можливостей щодо вирішення завдань соціально-економічного розвитку, сприяли підвищенню тривалості життя та його якості у багатьох країнах. Одночасно із цим посилюється взаємозалежність національних ринків, що призводить до активного включення сфери медичних послуг у міжнародну торгівлю. Розширення географії надання високоякісних медичних послуг та поява нових учасників

світового ринку закономірно спричиняють зростання міжнародної конкуренції у галузі.

В умовах високої мінливості зовнішнього середовища заклади охорони здоров'я часто не встигають своєчасно реагувати на нові виклики, що зумовлює появу несподіваних загроз та непередбачуваних ситуацій у їхній діяльності. За таких обставин для забезпечення стабільного функціонування та розвитку особливого значення набуває застосування сучасних концепцій стратегічного управління. Використання дієвих стратегічних механізмів дозволяє медичним установам реалізувати активно-адаптаційний тип управління, здатний оперативно враховувати зміни середовища та формувати підґрунтя для довгострокового поступу.

Проведений аналіз довів, що в науковій літературі поняття стратегії розглядається з різних позицій: як модель поведінки, як система управлінських рішень, як інструмент реалізації управлінського плану або як орієнтир розвитку. Узагальнюючи різні наукові підходи, стратегію можна визначити як концепцію розвитку, що включає комплексний, детально структурований план, спрямований на визначення перспективних напрямів діяльності, посилення ринкових позицій та досягнення довготривалих конкурентних переваг.

У структурі стратегічного управління передбачається формування чотирьох взаємопов'язаних груп стратегій — корпоративної, конкурентної, функціональної та операційної. Їх взаємодія, вибудована на основі дедуктивно-індуктивних зв'язків, забезпечує комплексність стратегічної системи, сприяючи вибудові ефективної моделі управління та досягненню запланованих результатів. Окреслений процес стратегічного управління охоплює такі ключові етапи: проведення стратегічного аналізу, стратегічний вибір, формування стратегії та її реалізацію.

У роботі продемонстровано, що світова практика не має універсальної та незмінної моделі організації системи охорони здоров'я. Кожна країна стикається з власними проблемами щодо забезпечення права на охорону

здоров'я, доступності якісної медичної допомоги та лікування. Незважаючи на єдине прагнення створити ефективну та стійку систему охорони здоров'я, підходи до фінансування, організації послуг та управління ними істотно різняться.

Українська система охорони здоров'я за більшістю базових показників суттєво відстає від систем розвинених країн. Водночас, навіть значні бюджетні витрати на охорону здоров'я не забезпечують пропорційного покращення якості медичних послуг. Міжнародний досвід переконливо демонструє, що культура суспільства, соціальні практики та поведінкові установки населення суттєво впливають на ефективність функціонування медичної системи. Механізми фінансування можуть бути результативними як у межах бюджетної моделі, так і на основі соціального медичного страхування — за умови врахування національних особливостей.

Для підвищення результативності роботи вітчизняної системи охорони здоров'я важливо розробити власну модель медичного страхування, адаптовану до соціально-економічних характеристик України. У цьому контексті необхідним є перегляд існуючої державної політики та зосередження зусиль на розв'язанні ключових проблем: забезпеченні доступності та своєчасності якісної медичної допомоги, підвищенні ефективності медичних послуг та покращенні їхньої якості. Запровадження системи обов'язкового медичного страхування в Україні здатне не лише підвищити якість медичних послуг, а й удосконалити механізми управління та фінансування національної системи охорони здоров'я, сприяючи її модернізації та стійкості.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ СТАНУ РОЗВИТКУ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ

2.1 Сучасний стан розвитку медичної освіти в Україні, як фактор формування системи організаційного забезпечення стратегічного управління закладом охорони здоров'я

Вітчизняна система охорони здоров'я нині перебуває у стані активного пошуку шляхів подолання наявної кризової ситуації та формування нової моделі функціонування, орієнтованої на європейські стандарти. Така трансформація неможлива без глибокої зміни парадигми медичної освіти, яка має адаптуватися до сучасних глобальних тенденцій та вимог ринку медичних послуг.

Стрімкий розвиток інноваційних медичних технологій, утвердження принципів доказової медицини, впровадження у практику закладів охорони здоров'я нових методів діагностики й лікування, а також широке застосування інформаційних систем і телемедичних технологій вимагають модернізації змісту, структури та організації професійної підготовки медичних кадрів. Саме ці передумови визначають актуальність комплексного реформування вітчизняної системи медичної освіти та її інтеграції у європейський і світовий освітній простір.

Підвищення якості підготовки майбутніх лікарів відповідно до світових і загальноєвропейських стандартів має стратегічне значення для забезпечення конкурентоспроможності української медичної освіти. Проголошений Україною курс на євроінтеграцію посилює вимоги щодо міжнародної мобільності студентів-медиків, створення умов для визнання дипломів за кордоном та розширення можливостей професійної реалізації українських фахівців як на внутрішньому, так і на міжнародному ринках праці.

Система медичної освіти України включає розгалужену мережу медичних, фармацевтичних і стоматологічних коледжів, інститутів, академій та університетів, що здійснюють середньо-спеціальну та вищу професійну підготовку, перепідготовку, підвищення кваліфікації та післядипломну освіту медичних працівників різних спеціальностей. Така структурована система забезпечує формування кадрового потенціалу для закладів охорони здоров'я, а також сприяє підготовці фахівців для інших країн.

Україна має достатньо розвинуту мережу вищих медичних навчальних закладів різних рівнів акредитації, які виконують функцію державного та міжнародного кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я. У підпорядкуванні Міністерства охорони здоров'я України, що виступає головним державним замовником на підготовку медичних і фармацевтичних кадрів, наразі перебуває 17 державних вищих навчальних закладів IV рівня акредитації (за винятком тимчасово окупованих територій АР Крим, Донецької та Луганської областей). Їх перелік подано на рис. 2.1.

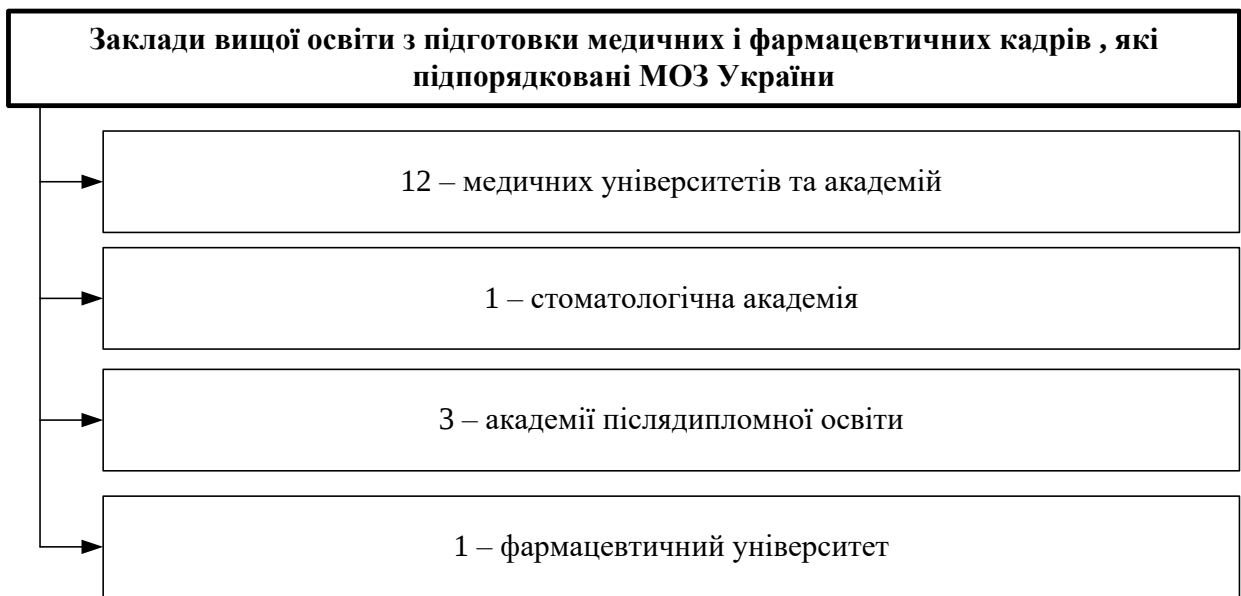


Рис. 2.1. Заклади вищої освіти з підготовки медичних і фармацевтичних кадрів, які підпорядковані МОЗ України

У мережі ста медичних і фармацевтичних закладів освіти I–III рівнів акредитації (за винятком установ, розташованих на тимчасово окупованих територіях АР Крим, Донецької та Луганської областей) здійснюється фахова підготовка молодших спеціалістів та молодших бакалаврів з медичною й фармацевтичною освітою, бакалаврів зі спеціальностей медсестринства, фармації, лабораторної діагностики, а також магістрів у галузі медсестринства. До цієї структури входять 23 медичні училища, 72 медичні та фармацевтичні коледжі, дві філії та три інститути медсестринства. Сукупний контингент студентів у цих закладах перевищує 70,4 тисячі осіб, а щорічний випуск сягає майже 20 тисяч фахівців.

Окрім державного сектору, підготовка медичних кадрів забезпечується також одинадцятьма недержавними закладами освіти, серед яких чотири мають III–IV рівні акредитації, а сім — I–II рівні.

Важливим елементом загальнонаціональної освітньої інфраструктури виступає система медичної освіти Збройних сил України, що сформована як окремий сегмент із чітким поділом функцій та рівнів підготовки.

Щорічний випуск спеціалістів у державних вищих медичних і фармацевтичних закладах становить понад 8 тисяч осіб: у 2014 році – 9,1 тис., у 2015 році – 10,2 тис. Для порівняння, у США з населенням близько 319 млн кількість випускників медичних шкіл коливається від 17 до 19 тисяч на рік (18,7 тис. у 2015 р., 18,9 тис. у 2016 р.).

Фінансування підготовки медичних кадрів є значним тягарем для державного бюджету. Лише у 2015 році на ці потреби спрямовано 556,8 млн грн, а у 2016 році — 649,8 млн грн. За даними МОЗ України, вартість одного року навчання майбутнього лікаря у вітчизняних університетах становить від 13 до 27 тис. грн залежно від спеціальності та ЗВО. Для порівняння, аналогічна підготовка у Великій Британії коштує близько 50 тис. фунтів на рік, а у США — може досягати 90 тис. доларів.

На цьому тлі українські інвестиції у підготовку одного студента є суттєво нижчими за міжнародні стандарти, що об'єктивно обмежує

можливості забезпечення якісного освітнього процесу та підготовки конкурентоспроможних спеціалістів.

Протягом трьох десятиліть незалежності у системі вищої медичної освіти накопичилися численні системні проблеми, що спричинили помітне зниження рівня професійної підготовки майбутніх лікарів. Це негативно вплинуло як на якість освітніх послуг, так і на міжнародну репутацію українських медичних університетів. Нині спостерігаються випадки, коли випускники вітчизняних закладів не можуть підтвердити свої дипломи в Ірані, Іраку, Сирії, Саудівській Аравії, Йорданії та Кувейті. Зменшення довіри до української медичної освіти призводить до скорочення кількості іноземних студентів та зростання міграції українських абітурієнтів до закордонних університетів.

За таких умов відсутність масштабних реформ у системі медичної освіти створює ризик перетворення України на державу, в якій університети не здатні готувати висококваліфікованих та конкурентоспроможних фахівців.

Саме тому реформа медичної освіти була визначена одним із двадцяти п'яти ключових напрямів побудови національної системи охорони здоров'я європейського рівня, що відображено в Постанові Верховної Ради України за результатами парламентських слухань щодо реформи охорони здоров'я від 21 квітня 2016 року.

У цих слуханнях взяли участь представники Міністерства охорони здоров'я, Міністерства освіти і науки, адміністрацій медичних закладів, департаментів охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, Національної академії медичних наук, Школи охорони здоров'я НаУКМА, а також народні депутати.

У межах обговорень детально розглядалися проблеми та перспективи розвитку всіх рівнів медичної освіти — вищої, фармацевтичної, стоматологічної, підготовки кадрів для Збройних сил України, освітніх програм для молодших спеціалістів і системи післядипломної підготовки. Окрему увагу приділено модернізації системи підготовки менеджерів

охорони здоров'я, фахівців з громадського здоров'я, а також юристів, діяльність яких пов'язана зі сферою медичного права.

Розгалужена мережа медичних і фармацевтичних навчальних закладів різних рівнів акредитації, що функціонує в Україні, відіграє ключову роль у формуванні кадрового потенціалу галузі охорони здоров'я. Станом на сьогодні у 100 коледжах, училищах та інститутах медсестринства I–III рівнів акредитації (без урахування тимчасово окупованих територій) здійснюється підготовка молодших спеціалістів та молодших бакалаврів за медичним і фармацевтичним профілем, а також бакалаврів і магістрів з медсестринства, фармації та лабораторної діагностики. Контингент цих закладів перевищує 70,4 тис. студентів, а щорічний випуск сягає майже 20 тис. фахівців.

Паралельно підготовку майбутніх медичних працівників проводять 11 закладів недержавної форми власності різних рівнів акредитації. Окрему функціональну підсистему становить мережа навчальних інституцій Збройних сил України, що забезпечує формування військово-медичного персоналу відповідно до специфічних завдань та вимог оборонної сфери.

Щороку вітчизняні медичні та фармацевтичні університети випускають понад 8 тисяч лікарів і провізорів. У 2014 р. дипломи отримали 9,1 тис. випускників, у 2015 р. — 10,2 тис. Для порівняння: у США, де чисельність населення перевищує 319 млн, у 2015–2016 рр. випуск медичних шкіл становив лише 17–19 тис. осіб. Це свідчить про дисбаланс між кількістю підготовлених кадрів та фінансовими та матеріальними можливостями країни забезпечувати якість їхньої підготовки.

Попри значний обсяг державного замовлення, фінансування підготовки медичних кадрів залишається недостатнім. У 2015 р. на ці цілі з бюджету спрямовано 556,8 млн грн, у 2016 р. — 649,8 млн грн. Вартість річного навчання одного студента-медика в Україні, за даними МОЗ, коливається у межах 13–27 тис. грн, тоді як у провідних країнах світу цифри є незрівнянно вищими: у Великій Британії — близько 50 тис. фунтів, у США — до 90 тис.

доларів на рік. За таких умов забезпечити якісну клінічну та наукову підготовку на рівні розвинених держав фактично неможливо.

Тривале накопичення системних проблем у сфері медичної освіти — застарілі програми, нерівний доступ до якісного навчання, слабка матеріально-технічна база, корупційні ризики та надмірна комерціалізація — призвели до зниження якості освітніх послуг. Це спричинило погіршення міжнародного іміджу української медичної освіти та зростання кількості випадків, коли дипломи українських ВНЗ не визнаються в окремих країнах Близького Сходу. Водночас все більше українських абітурієнтів віддають перевагу навчанню за кордоном.

Таким чином, за відсутності комплексних реформ українська система медичної освіти ризикує утратити конкурентоспроможність і статус експортоорієнтованої освітньої галузі.

Саме тому модернізація медичної освіти була визначена одним із ключових напрямів реформування охорони здоров'я, що відображено у рекомендаціях парламентських слухань від 21 квітня 2016 р. До обговорення були залучені представники МОЗ, МОН, керівники медичних університетів, профільні департаменти ОДА, Національна академія медичних наук, експертні інституції та народні депутати.

У центрі уваги учасників слухань перебули проблеми всіх рівнів медичної освіти — від коледжів і бакалаврату до післядипломної підготовки, військової медицини, менеджменту в охороні здоров'я та громадського здоров'я. Особливо наголошувалося на необхідності забезпечення реальної відповідності підготовки кадрів потребам системи охорони здоров'я та населення.

2.2 Аналіз діяльності закладів охорони здоров'я в Україні

Сучасний стан вітчизняної системи охорони здоров'я характеризується низкою глибоко вкорінених диспропорцій, що впливають на її

результативність. Однією з ключових проблем є нерівномірний розподіл інтелектуальних, кадрових та матеріальних ресурсів між великими містами та іншими регіонами країни. Такий дисбаланс зумовлює значні відмінності у доступності та якості медичної допомоги, обмежує можливості громадян у невеликих населених пунктах отримувати медичні послуги на рівні, співставному з великими урбаністичними центрами.

До системних недоліків також належить відсутність повної, своєчасної та достовірної статистичної інформації про діяльність закладів охорони здоров'я на всіх рівнях функціонування — від первинної ланки до спеціалізованої та високоспеціалізованої допомоги. Недостатність аналітичних даних унеможливорює формування обґрунтованих управлінських рішень, стримує розвиток ефективного прогнозування та стратегічного планування, а також значно ускладнює контроль за якістю медичних втручань і раціональним використанням ресурсів.

Серйозною перешкодою для підвищення ефективності системи охорони здоров'я залишається обмежений доступ до повноцінної медичної інформації про пацієнтів. В умовах інтенсивної внутрішньої та зовнішньої міграції населення, активного реформування медичної галузі та стрімкого зростання частки приватного сектору відсутність єдиного інформаційного простору створює суттєві ризики для якості лікування, переривання спостереження та формування повної медичної історії.

Початок ХХІ століття став періодом глибокої трансформації уявлень про здоров'я, позначених переходом від домінування інфекційних захворювань до переважання хронічної неінфекційної патології. Зростання тягаря хронічних хвороб призвело до підвищення потреб у довготривалих та ресурсомістких видах медичної допомоги, що значно збільшило навантаження на системи охорони здоров'я. У цих умовах завершилася епоха “дешевої медицини”. Показово, що в 1970-х роках УРСР входила до п'ятірки країн Європи з найкращими показниками здоров'я населення, маючи при цьому витрати на охорону здоров'я на рівні 135 доларів США на одного

мешканця. Для порівняння, у США такі витрати становили близько 160 доларів.

Незважаючи на об'єктивні труднощі, слід відзначити суттєві здобутки медичної науки і практики у XXI столітті: зростання середньої тривалості життя, успіхи в подоланні багатьох інфекційних хвороб, активний розвиток профілактичної медицини, впровадження генної інженерії, зростання обсягів фінансування галузі, появу інноваційних технологій та високий рівень професіоналізму медичних працівників. Сукупність цих факторів позитивно впливає на загальний рівень здоров'я населення.

Разом з тим сучасний етап розвитку характеризується формуванням нових викликів: демографічне старіння, епідемія хронічних неінфекційних захворювань, поширення факторів ризику, збільшення агресивності впливів навколишнього середовища, зростання антибіотикорезистентності, дефіцит фінансових ресурсів, швидке поширення хвороб унаслідок високої мобільності населення, підвищення вимог суспільства до якості медичної допомоги та постійне зростання її вартості.

За останнє століття середня очікувана тривалість життя демонструє стійку тенденцію до підвищення (рис. 2.2), що свідчить про безумовні успіхи у розвитку медичної науки та суспільного здоров'я, але одночасно підкреслює необхідність адаптації системи охорони здоров'я до нових соціально-демографічних реалій.

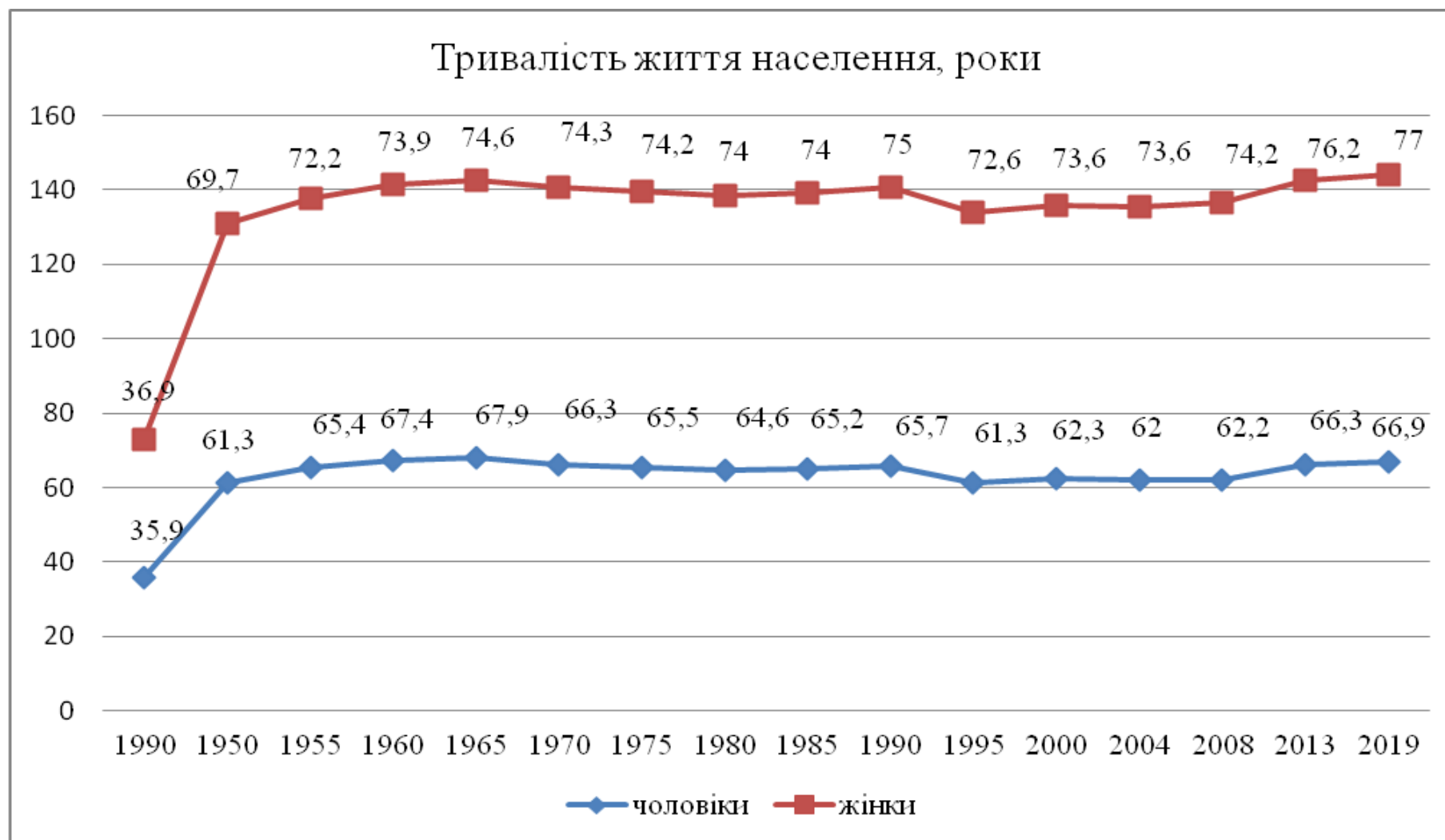


Рис. 2.2. Тривалість життя населення, роки

Однією з ключових проблем сучасної системи охорони здоров'я України є нерівномірний розподіл кадрових, інтелектуальних і матеріальних ресурсів між великими містами та іншими територіями. Такий дисбаланс призводить до системних диспропорцій у доступі населення до якісної медичної допомоги та унеможливорює рівномірний розвиток медичної інфраструктури.

Суттєвим обмеженням у забезпеченні належного функціонування галузі є також відсутність комплексної, достовірної та оперативної статистичної інформації про роботу системи охорони здоров'я на всіх рівнях її організації. Брак якісних даних значно ускладнює процеси аналізу, прогнозування та стратегічного планування розвитку галузі.

Як наслідок таких інформаційних прогалин, система позбавлена реальних інструментів ефективного контролю за якістю медичних послуг та раціональним використанням ресурсів на всіх етапах надання медичної допомоги. У контексті посилення міграційних процесів, трансформації медичної системи та зростання частки приватного сектору додатковою проблемою стає фрагментарність медичної інформації про пацієнта. Відсутність інтегрованого доступу до медичних даних негативно позначається на результативності лікування і загальній ефективності функціонування галузі.

Кінець XX століття став періодом фундаментальної зміни парадигми здоров'я: відбувся епідеміологічний перехід від домінування інфекційних захворювань до переважання хронічної неінфекційної патології, різко збільшився тягар хвороб та потреб у медичних послугах як індивідуального, так і суспільного характеру. Епоха відносно «дешевої» медицини фактично завершилася. Для порівняння, у 1970-х роках УРСР входила до п'ятірки європейських країн із найкращими показниками здоров'я населення, витрачаючи при цьому близько 135 дол. США в перерахунку на одну особу – лише дещо менше, ніж у США, де цей показник становив близько 160 дол.

До найбільш значущих здобутків охорони здоров'я у ХХІ столітті належать подовження середньої тривалості життя, подолання значної кількості інфекційних захворювань, розвиток профілактичних технологій, становлення генної медицини, поява принципово нових лікарських засобів, зростання частки ВВП, спрямованої на охорону здоров'я, впровадження високотехнологічних методів лікування та загальне підвищення рівня життя. Ці досягнення засвідчують позитивні тенденції, проте водночас формують і нові виклики.

Одним із найбільш відчутних викликів стало стрімке старіння населення. У низці країн середня очікувана тривалість життя вже перевищує 82 роки. Частка осіб віком понад 65 років зростає: якщо у 1990 р. вона становила 6,7 %, то нині в країнах ЄС сягає 17 %. Старіння населення закономірно збільшує потребу в медичних послугах, що веде до зростання витрат на охорону здоров'я.

Нерівність доступу до медичного обслуговування лишається однією з найгостріших соціальних проблем. Додатковим тягарем для систем охорони здоров'я стає глобальна епідемія хронічних неінфекційних захворювань, що поширюються внаслідок нездорового способу життя, харчової незбалансованості та низької фізичної активності. На ці патології припадає основна частка смертності: серцево-судинні, онкологічні, хронічні респіраторні захворювання, цукровий діабет, а також інфекційні хвороби, такі як ВІЛ/СНІД, туберкульоз і малярія, формують близько 60 % загального рівня смертності.

У країнах Європейського регіону ВООЗ домінуючими залишаються ті самі фактори ризику, які визначають структуру глобального тягаря хвороб. Крім того, нині близько 55 млн європейців мають ожиріння, що істотно збільшує навантаження на системи охорони здоров'я.

З одного боку, зростання чисельності населення та збільшення поширеності хронічної патології підвищують потребу в медичній допомозі. З іншого – підвищення рівня доходів і добробуту стимулює

суспільний запит на якісніші й високотехнологічні медичні послуги, що в кінцевому підсумку зумовлює підвищення вартості лікування. У сукупності це пояснює постійне збільшення витрат на охорону здоров'я на одну особу та формує потребу у значно більших фінансових ресурсах, ніж може забезпечити наявна економічна база.

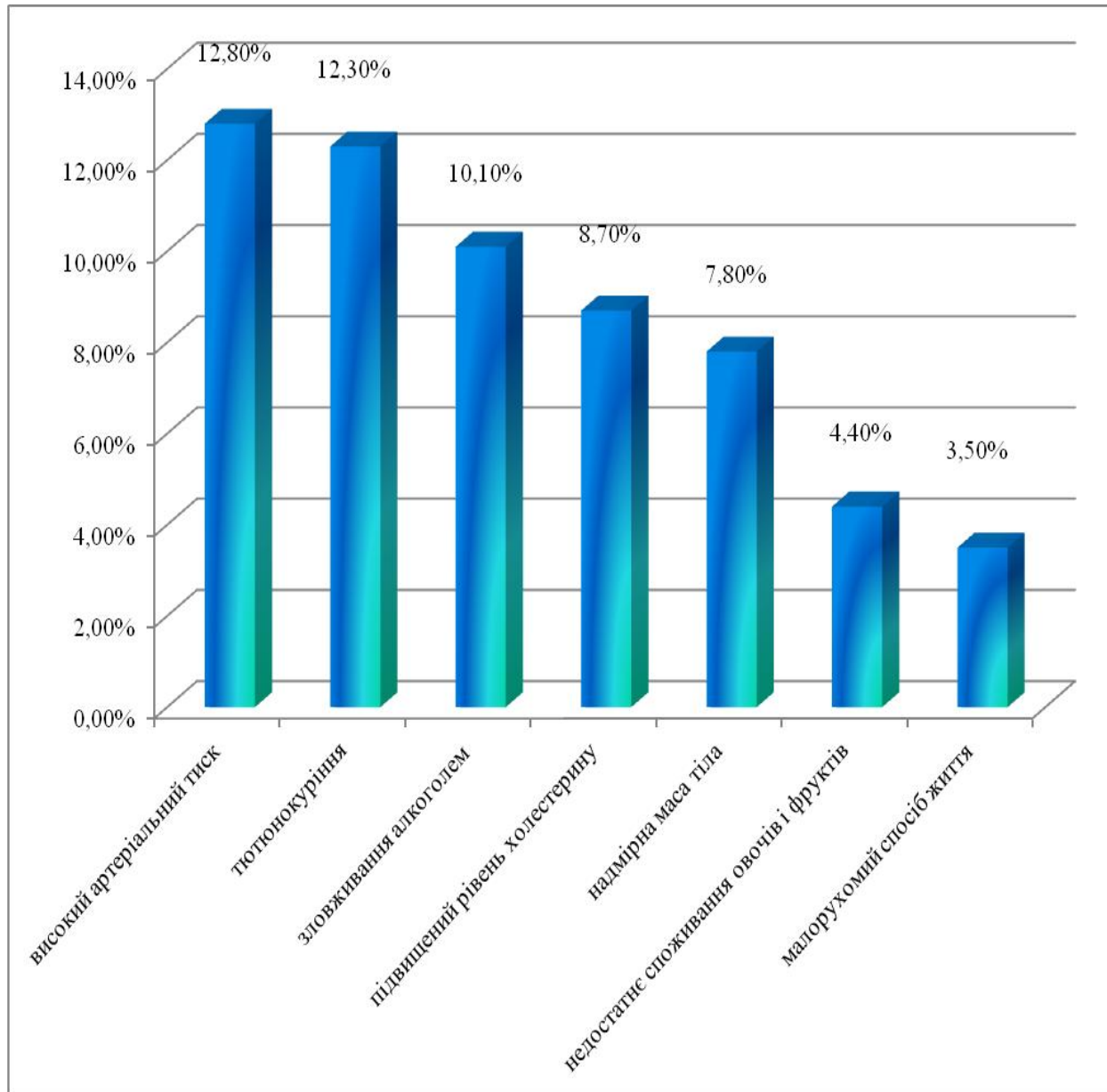


Рис. 2.3. Провідні чинники ризику глобального тягара хвороб у Європейському регіоні ВООЗ

Одним із ключових дисбалансів, що визначають сучасний стан національної системи охорони здоров'я, залишається нерівномірний розподіл інтелектуальних та матеріальних ресурсів між великими містами та іншими територіями країни. Цей розрив посилюється обмеженим доступом до своєчасної та всебічної статистичної інформації, необхідної для аналітичного оцінювання діяльності галузі, формування прогнозів і подальшого планування. У результаті система позбавлена можливості забезпечувати повноцінний контроль якості медичних послуг, ефективність використання ресурсів та результативність роботи структур охорони здоров'я на всіх рівнях.

Проблеми ускладнюються відсутністю безперервного доступу до медичних даних пацієнтів у умовах інтенсивної внутрішньої міграції населення, триваючих реформ та збільшення частки приватного сектору. Фрагментованість інформації призводить до зниження ефективності лікувального процесу та управлінських рішень у галузі загалом.

Кінець ХХ століття ознаменував перехід до нової парадигми розуміння здоров'я. У світі відбувся епідеміологічний зсув від домінування інфекційних хвороб до переважання неінфекційної патології. Це супроводжувалося істотним зростанням потреб у медичних послугах як індивідуального, так і громадського характеру. Зазначений перехід, а також зростання вартості сучасних медичних технологій, фактично поклав край епосі «дешевої медицини». Показово, що у 1970-х роках УРСР була серед лідерів Європи за показниками здоров'я населення, при цьому витрати на одного мешканця становили близько 135 дол. США — лише трохи менше, ніж у США, де цей показник дорівнював 160 доларів.

На початку III тисячоліття система охорони здоров'я світу досягла низки важливих успіхів. Серед них — збільшення тривалості життя, значний прогрес у подоланні багатьох інфекційних захворювань, формування ефективних профілактичних підходів, розвиток генної медицини та фармацевтики нового покоління, підвищення частки ВВП,

спрямованої на охорону здоров'я, стрімке впровадження високотехнологічних методів лікування, а також загальне зростання рівня життя.

Водночас ці досягнення супроводжуються появою низки масштабних викликів. До найсерйозніших належать швидке старіння населення, глобальна епідемія хронічних неінфекційних захворювань, поширення факторів ризику способу життя, посилення негативного впливу навколишнього середовища, зростання мікробної резистентності, збільшення мобільності населення, яка сприяє швидшому поширенню хвороб, та обмеженість фінансових можливостей у багатьох країнах. Зростають також соціальні очікування населення щодо доступності та якості медичної допомоги, що разом із підвищенням вартості послуг формує додатковий тиск на системи охорони здоров'я.

Середня очікувана тривалість життя у глобальному вимірі демонструє істотне зростання (рис. 2.2), проте у ряді країн вона вже перевищує 82 роки. У Європейському Союзі відбувається значне постаріння населення: частка осіб віком 65+ збільшилася з 6,7 % у 1990 р. до 17 %. Це зумовлює кратне зростання потреби у медичних послугах, оскільки літні люди звертаються по допомогу значно частіше.

У глобальному масштабі спостерігається також поглиблення нерівності у доступі до медичної допомоги. Паралельно світова спільнота зіткнулася з масштабним поширенням хронічних неінфекційних захворювань, пов'язаних із нездоровим способом життя, харчовими дисбалансами та недостатньою фізичною активністю. Саме вони сьогодні формують основну частину смертності: серцево-судинні та онкологічні хвороби, цукровий діабет, хронічні респіраторні захворювання, а також ВІЛ/СНІД, туберкульоз та малярія разом становлять близько 60 % усіх летальних випадків.

ВООЗ виокремлює низку ключових факторів ризику, що визначають тягар хвороб у Європейському регіоні (рис. 2.3). Одним із найпоширеніших викликів є ожиріння, від якого страждають понад 55 мільйонів європейців.

Таким чином, сучасні системи охорони здоров'я змушені функціонувати в умовах одночасного впливу кількох взаємопов'язаних тенденцій: збільшення чисельності населення, підвищення потреби у медичних послугах, старіння населення, поширення хронічних патологій, зростання вимог до якості допомоги та подорожчання медичних технологій. Усе це зумовлює стаłe зростання фінансових витрат на охорону здоров'я, а також потребу в нових підходах до управління ресурсами.

Таблиця 2.1

Кількість закладів охорони здоров'я за 1995-2017 рр.

Роки	Кількість лікарняних закладів, ¹ тис.	Кількість лікарняних ліжок ¹		Кількість лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів, ¹ тис.	Планова ємність амбулаторно-поліклінічних закладів	
		усього, тис.	на 10 000 населення		кількість відвідувань за зміну, тис.	на 10 000 населення
1995	3,9	639	125,1	7,2	966	189,0
1996	3,7	580	114,6	7,1	960	189,7
1997	3,4	503	100,2	7,1	964	191,9
1998	3,3	483	97,0	7,2	966	193,7
1999	3,3	477	96,5	7,3	973	196,6
2000	3,3	466	95,0	7,4	973	198,4
2001	3,2	466	96,6	7,4	980	203,4
2002	3,1	465	97,3	7,4	980	205,0
2003	3,0	458	96,6	7,6	981	206,8
2004	2,9	451	95,7	7,7	987	209,6
2005	2,9	445	95,2	7,8	990	211,7
2006²	2,9	444	95,6	7,9	998	214,8
2007	2,8	440	95,2	8,0	992	214,7
2008	2,9	437	95,1	8,8	987	214,8
2009	2,8	431	94,2	8,8	1000	218,3
2010	2,8	429	94,0	9,0	993	217,7
2011	2,5	412	90,6	8,2	999	219,8
2012	2,4	404	89,1	8,3	1023	225,4
2013	2,2	398	88,0	10,8	1037	229,2
2014³	1,8	336	78,5	9,8	912	213,4
2015³	1,8	332	78,1	10,0	912	214,2
2016³	1,7	315	74,3	10,2	915	215,6
2017³	1,7	309	73,1	10,4	923	218,6

¹ На кінець року.² Дані розрахункові³ Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м.Севастополя та тимчасово окупованих територій у Донецькій та Луганській областях.

Сфера охорони здоров'я демонструє значні диспропорції у розподілі матеріальних і людських ресурсів між великими урбанізованими центрами та іншими територіями країни. Цей дисбаланс ускладнює забезпечення рівного доступу населення до медичних послуг і створює структурні бар'єри для ефективного функціонування галузі. Ситуацію поглиблює також відсутність повної, своєчасної й комплексної статистичної інформації про діяльність системи охорони здоров'я на всіх її рівнях. Недостатня інформативність та несвоєчасність даних унеможливлюють якісний аналіз, належне прогнозування тенденцій та формування обґрунтованих управлінських рішень, що негативно позначається на плануванні розвитку галузі.

Відсутність цілісної інформаційної системи породжує іще одну критичну проблему — обмежені можливості здійснення реального контролю якості медичних послуг та оцінки ефективності використання ресурсів. Те саме стосується і доступу до медичної інформації про пацієнтів в умовах активної демографічної мобільності, трансформації системи охорони здоров'я та розширення приватного сектору. Наслідком цього є зниження загальної результативності функціонування галузі та зменшення її здатності оперативно реагувати на потреби населення.

Кінець XX століття ознаменував глибокі зміни у розумінні природи здоров'я та структури захворюваності. Відбувся перехід від домінування інфекційної патології до переважання хронічних неінфекційних захворювань, що супроводжувалося суттєвим зростанням потреб у медичних та соціальних послугах. Водночас завершилася ера відносно дешевої медичної допомоги: у 1970-х роках УРСР входила до п'ятірки європейських країн із найвищими показниками здоров'я, при цьому витрати на охорону здоров'я становили 135 дол. США на особу (для порівняння — у США у той самий період цей показник дорівнював 160 дол.).

У XXI столітті медична галузь досягла значних результатів: зросла середня тривалість життя, подолано низку інфекційних хвороб, активно розвиваються профілактичні технології, генна медицина, фармацевтика.

Підвищилися загальні стандарти життя, збільшилися обсяги фінансування систем охорони здоров'я, а професіоналізм медичного персоналу суттєво зріс. Однак поряд із цими успіхами сформувався спектр нових викликів: швидке старіння населення, поширення хронічних неінфекційних захворювань, зростання дії факторів ризику, ускладнення екологічної ситуації, посилення резистентності збудників, а також високі витрати на сучасні медичні технології.

Середня очікувана тривалість життя у глобальному вимірі протягом останнього століття істотно зросла, однак у низці країн уже перевищує 82 роки. Паралельно відбувається суттєве постаріння населення: якщо у 1990 р. частка осіб віком понад 65 років становила 6,7%, то нині у країнах ЄС вона досягає 17%. Це створює додатковий фінансовий тягар, оскільки старші вікові групи значно частіше звертаються по медичну допомогу.

Значну увагу у світовій практиці привертає проблема нерівності доступу до медичних послуг. На тлі глобального поширення хронічних неінфекційних захворювань — серцево-судинних, онкологічних, респіраторних, цукрового діабету, а також ВІЛ/СНІДу, туберкульозу й малярії — смертність від цих хвороб становить близько 60% загальної структури. Європейський регіон ВООЗ демонструє високу поширеність факторів ризику (ожиріння, низька фізична активність, незбалансоване харчування), що суттєво впливає на загальний тягар захворюваності та витрати систем охорони здоров'я.

Сучасні системи охорони здоров'я одночасно стикаються з демографічним зростанням, збільшенням попиту на медичні послуги, подовженням тривалості життя та зростанням хронічної патології. Водночас підвищення рівня соціально-економічного розвитку та доходів населення формує вищі очікування щодо якості надання медичної допомоги, що передбачає впровадження високотехнологічних методів діагностики та лікування. Усе це зумовлює стрімке збільшення вартості медичних послуг і загального рівня витрат системи охорони здоров'я.

Таким чином, сукупність демографічних, епідеміологічних та економічних чинників пояснює тенденцію до зростання фінансового навантаження на сектор охорони здоров'я та підвищує актуальність пошуку ефективних механізмів його ресурсного забезпечення.

Таблиця 2.2

Динаміка медичних кадрів в Україні за 1995-2017 рр.¹

Роки	Кількість лікарів усіх спеціальностей		Кількість середнього медичного персоналу	
	усього, тис.	на 10 000 населення	усього, тис.	на 10 000 населення
1	2	3	4	5
1995	230	45,1	595	116,5
1996	229	45,2	583	115,0
1997	227	45,1	566	112,7
1998	227	45,5	557	111,7
1999	228	46,0	553	111,9
2000	226	46,2	541	110,3
2001	226	46,8	530	110,1
2002	224	46,9	526	110,0
2003	223	47,1	523	110,3
2004	223	47,4	522	110,9
2005	224	47,9	496	106,2
2006 ²	225	48,4	493	106,1
2007	223	48,3	488	105,5
2008	222 ⁴	48,3	465	101,1
2009	225 ⁴	49,1	467	102,0
2010	225 ⁴	49,3	467	102,4
2011	224 ⁴	49,3	459	101,0
2012	217 ⁴	47,9	441	97,2
2013	217 ⁴	48,0	441	97,4
2014 ³	186 ⁴	43,5	379	88,6
2015 ³	186 ⁴	43,7	372	87,3
2016 ³	187 ⁴	44,0	367	86,5
2017 ³	186 ⁴	44,1	360	85,4

¹ На кінець року.² Дані розрахункові.³ Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м.Севастополя та тимчасово окупованих територій у Донецькій та Луганській областях .⁴ Без зубних лікарів.

За даними Державної служби статистики України (табл. 2.2, рис. 2.4) кількість лікарів усіх спеціальностей в Україні протягом розглянутого

періоду значно зменшилася, а саме у 2017 р. вона склала 186 тис. осіб, що на 44 тис. осіб менше ніж у 1995 р., що складає 19,13 %.

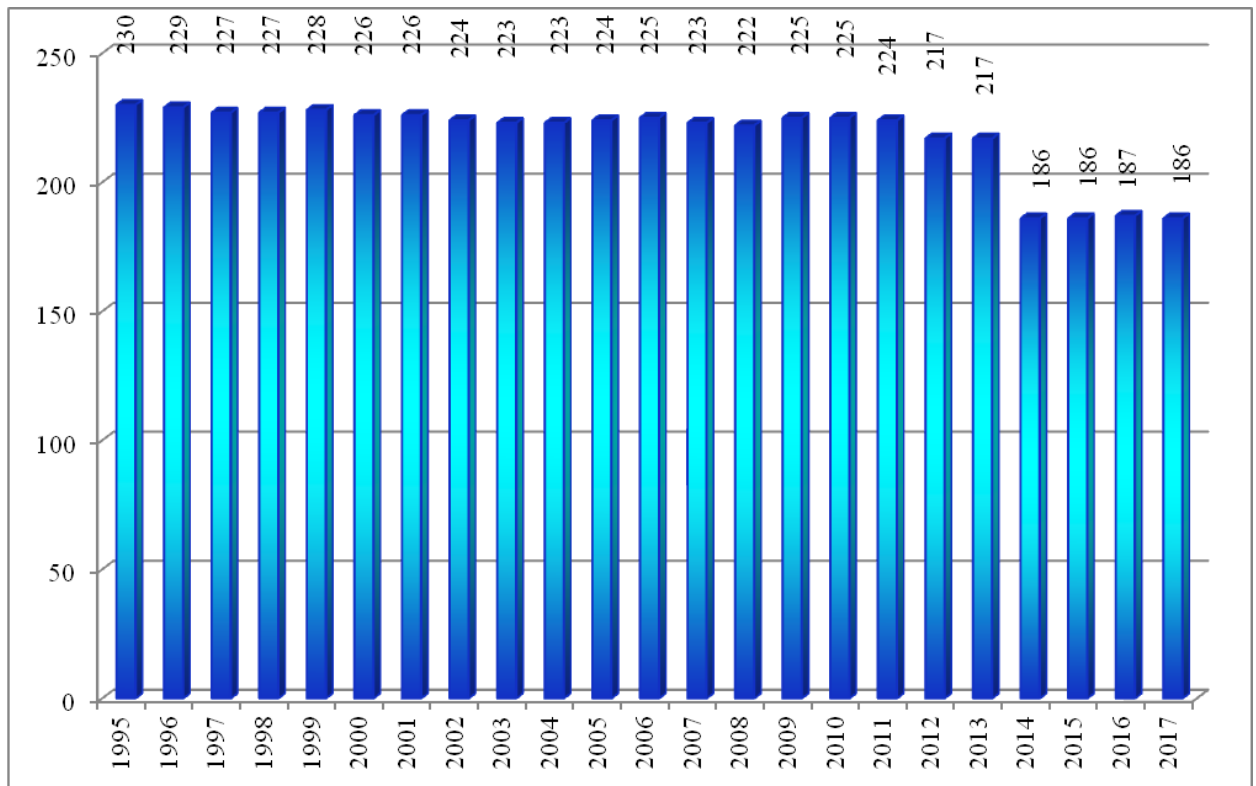


Рис. 2.4. Динаміка кількості лікарів усіх спеціальностей в Україні за 1995-2017 рр.

Кількість середнього медичного персоналу в Україні за період 1995-2017 рр. (рис. 2.5), свідчить про те, що у 2017 р. кількість склала 360 тис. осіб, що на 235 тис. осіб менш ніж у 1995 р., що складає 39,5%.

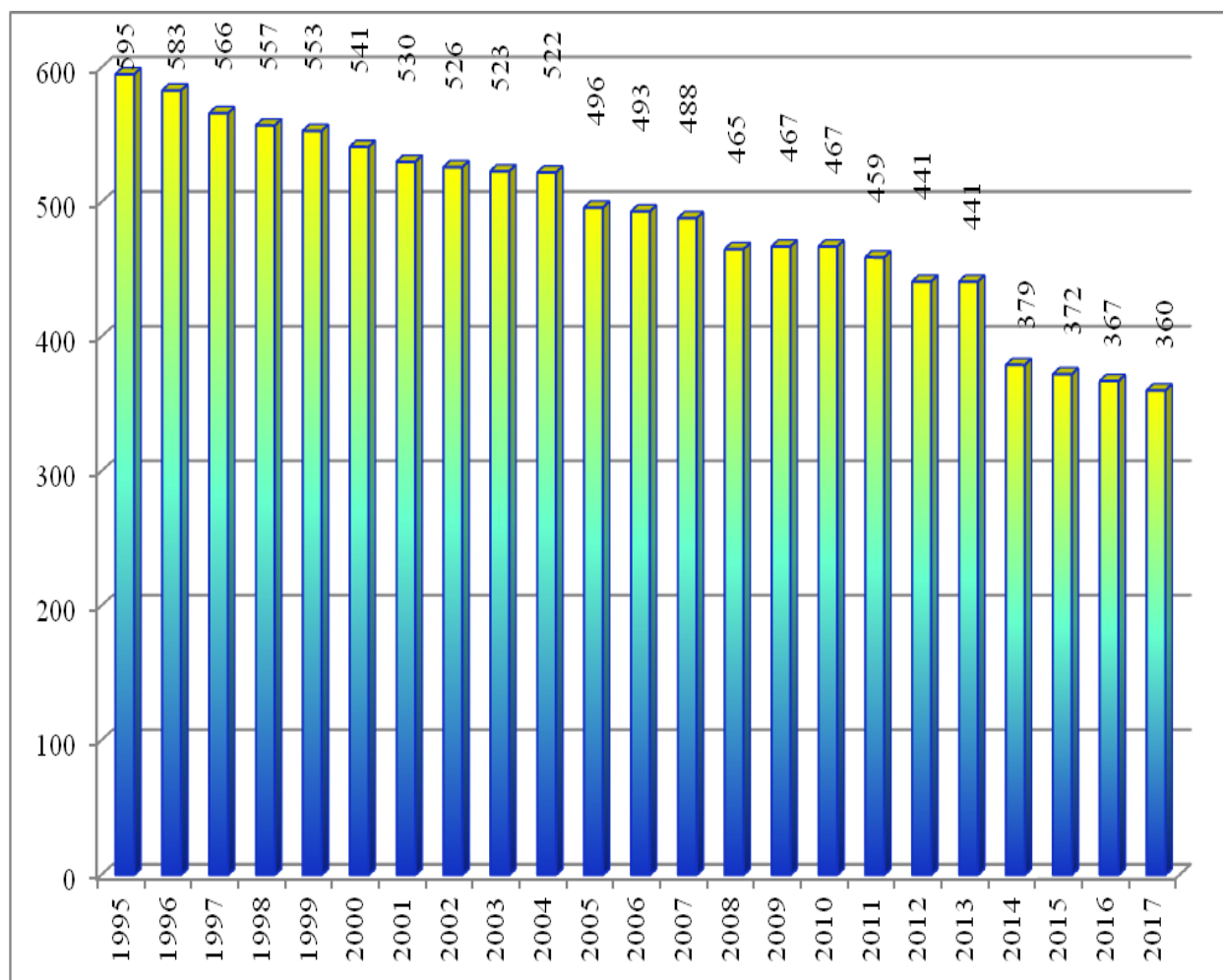


Рис. 2.5. Динаміка кількості середнього медичного персоналу в Україні за період 1995-2017 рр.

Головним засадничим принципом надання медичної допомоги в будь-якій сучасній системі охорони здоров'я є пріоритетність первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД). Саме на цей рівень припадає близько 75 % звернень населення, що робить його ключовою ланкою національної моделі охорони здоров'я. Як слушно зазначала Маргарет Чен, «розвиток ПМСД — ключовий елемент для досягнення прийняттого рівня здоров'я для всіх людей у цьому світі», а отже, якісне функціонування первинної ланки визначає результати діяльності всієї системи.

Попри очевидну стратегічну вагу профілактичних заходів, ставлення до них як з боку держави, так і з боку суспільства все ще залишається

недостатньо серйозним. Частка витрат на профілактичні програми в структурі медико-санітарної допомоги в Україні становить лише близько 2 %, хоча науково доведено, що профілактика має найвищий довгостроковий оздоровчий потенціал. Загальнонаціональні профілактичні стратегії забезпечують сталий вплив на популяційне здоров'я, допомагають попереджати соціально небезпечні та соціально значущі хвороби, а також дають змогу впливати на поширеність чинників ризику.

Усі національні системи охорони здоров'я світу декларують доступність і якість медичних послуг як базові стратегічні цілі. Водночас реальний стан справ демонструє, що значна частина населення відчуває суттєві бар'єри в отриманні медичної допомоги. Яскравим індикатором нерівності є дані про доступ до акушерської допомоги: жінки з найбідніших 20 % населення отримують кваліфіковану допомогу при пологах у двадцять разів рідше, ніж жінки з найбагатших груп. У країнах, що розвиваються, лише 65 % пологів приймаються медичними фахівцями, а 80 % вагітних отримують хоча б одну кваліфіковану консультацію.

Бар'єри доступності зумовлені не лише соціально-економічними чинниками, але й фінансовими перешкодами:

- 11 % населення світу зазнають серйозних фінансових труднощів при оплаті лікування,
- 5 % опиняються за межею бідності через медичні витрати,
- витрати на транспорт становлять близько 10 % усіх витрат домогосподарств на медичні послуги.

Ситуація в Україні також демонструє відчутні тенденції щодо зміни рівня захворюваності. Дані таблиці 2.3 свідчать, що кількість уперше зареєстрованих випадків захворювань у 2017 р. становила 26 615 тис. осіб, що на 5 932 тис. осіб менше показника 1995 р. (зниження на 18,23 %). Динаміка, наведена на рис. 2.6, дає можливість простежити суттєві зміни у структурі та масштабах первинної захворюваності за понад два десятиліття.

Таким чином, сучасний стан доступу населення до первинної та спеціалізованої медичної допомоги, фінансові бар'єри та нерівність у забезпеченні послугами вимагають комплексного переосмислення підходів до організації системи охорони здоров'я, зокрема — перегляду ролі ПМСД, удосконалення профілактичних програм та зменшення соціально-економічних детермінант нерівності.

Таблиця 2.3

Динаміка захворюваності населення в Україні за 1995-2017 рр, тис. осіб.

Роки	Кількість уперше зареєстрованих випадків захворювань, тис. - усього	У тому числі								
		новоутворення	хвороби нервової системи ²	хвороби системи кровообігу	хвороби органів дихання	хвороби шкіри та підшкірної клітковини	хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини	хвороби сечостатевої системи	уроджені аномалії (вади розвитку), деформації та хромосомні порушення	травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин
1995	32547	327	3037	1390	15705	2144	1416	1544	47	2647
1996	30169	335	3067	1412	13221	2090	1431	1623	50	2603
1997	31158	348	3104	1497	14129	2051	1476	1711	53	2484
1998	31974	372	3331	1690	13877	2122	1600	1881	59	2465
1999	32959	382	767	1950	14485	2037	1548	1886	61	2401
2000	33471	382	748	2338	14639	1996	1571	1939	62	2339
2001	33192	394	745	2384	14213	2008	1593	2049	59	2239
2002	32233	382	748	2370	13372	1950	1598	2039	57	2244
2003	32585	395	751	2386	13835	1915	1572	2077	54	2297
2004	32573	406	755	2498	13511	1917	1609	2153	55	2245
2005	32912	408	754	2430	13894	1936	1600	2185	53	2264
2006	32240	414	764	2431	13308	1906	1597	2172	53	2289
2007	32807	407	752	2437	13946	1952	1569	2132	51	2284
2008	32467	406	753	2478	13671	1911	1567	2136	51	2263
2009	33032	407	754	2423	14528	1890	1544	2140	52	2164
2010	33080	418	750	2390	14595	1921	1532	2138	52	2217
2011	32381	423	744	2346	14148	1881	1490	2095	55	2136
2012	31162	433	724	2318	13220	1852	1445	2047	54	2140
2013	31024	440	704	2256	13293	1856	1444	2046	55	2085
2014¹	26881	363	651	1880	11839	1570	1247	1756	48	1723
2015¹	26789	366	653	1844	11862	1567	1246	1779	48	1698
2016¹	27361	369	647	1826	12582	1564	1241	1761	47	1705
2017¹	26615	366	636	1781	12037	1564	1218	1724	47	1697

¹ Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м.Севастополя та тимчасово окупованих територій у Донецькій та Луганській областях.

² Згідно з МКХ-10, починаючи з 1999 р., з класу хвороб нервової системи і органів чуття вилучені і сформовані в окремі класи хвороби ока та його придаткового апарату і хвороби вуха та соскоподібного відростка.

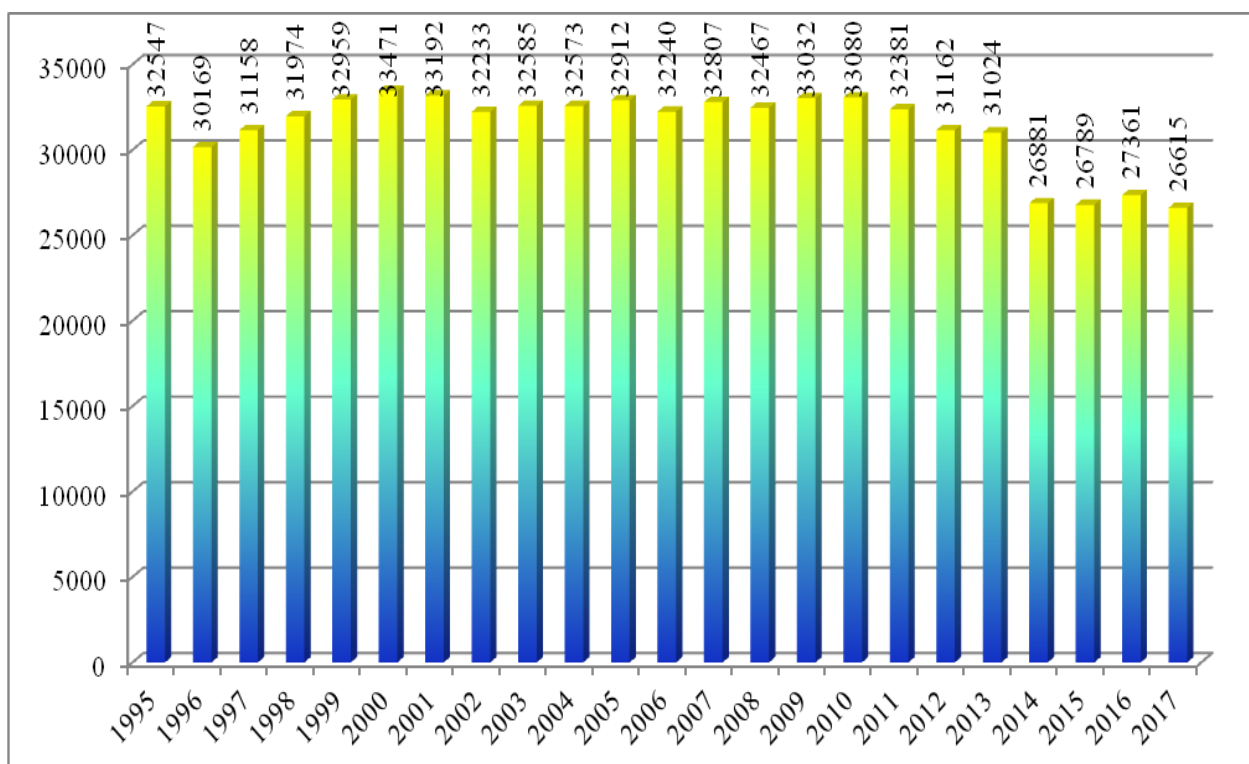


Рис. 2.6. Динаміка кількості уперше зареєстрованих випадків захворювань в Україні за період 1995-2017 рр.

Кількість уперше зареєстрованих випадків захворювань в Україні у 2017 р. становила 26,6 млн, що на 18% менше порівняно з 1995 р., проте структура цих захворювань свідчить про суттєву частку патологій дихальної системи, що підтверджує загальну тенденцію до зростання хронічних форм захворювань.

Висновки до розділу 2

У межах другого розділу здійснено комплексний аналіз розвитку медичної освіти та функціонування системи охорони здоров'я України як ключових чинників формування організаційного забезпечення стратегічного управління закладами охорони здоров'я. Визначено, що модернізація медичної освіти є невід'ємною умовою побудови сучасної, ефективної та конкурентоспроможної системи охорони здоров'я.

Дослідження засвідчило, що ефективність національної моделі охорони здоров'я обмежується низкою структурних дисбалансів, зокрема нерівномірністю розподілу ресурсів, недостатністю статистичної даних, низькою інтегрованістю інформаційних систем, а також вагомими фінансовими бар'єрами для населення. Установлено, що оптимальне співвідношення джерел фінансування має передбачати переважне покриття витрат за рахунок громадських фондів.

Аналіз розвитку мережі медичних закладів та кадрового забезпечення виявив істотне скорочення інфраструктурного й кадрового потенціалу, що зумовлює зниження доступності допомоги, особливо в умовах зростання потреби в медичних послугах.

Виявлено, що сучасні демографічні та епідеміологічні тенденції — старіння населення, поширення хронічних неінфекційних захворювань, зростання мобільності та ризиків — формують нові вимоги до управління системою охорони здоров'я, роблячи особливо актуальним розвиток первинної ланки, профілактики та медичної освіти на всіх рівнях.

Результати дослідження підтверджують, що без системної реформи змісту підготовки кадрів, модернізації післядипломної освіти, зміцнення матеріально-технічної бази та впровадження європейських стандартів медична освіта в Україні не зможе забезпечувати потреби галузі та конкурентоспроможність фахівців у глобальному професійному просторі.

РОЗДІЛ III

УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СТРАТЕГІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (НА ПРИКЛАДІ КНП «МКБЛ№25» ХМР)

3.1. Розвиток електронної системи охорони здоров'я

У відповідь на нові глобальні виклики та зростаючий тиск на системи охорони здоров'я країни Європейського регіону ВООЗ сформували та схвалили «Основи європейської політики “Здоров'я–2020”». Цей документ став узагальненою стратегічною платформою, що ґрунтується на ціннісних підходах, орієнтована на практичні рішення та характеризується високим ступенем адаптивності до національних особливостей кожної держави.

У політиці “Здоров'я–2020” чітко визначено сучасні пріоритети розвитку систем охорони здоров'я та інструменти розв'язання ключових проблем галузі. Стратегія передбачає необхідність глибокого перегляду діючих механізмів управління охороною здоров'я, модернізації державної політики у цій сфері, посилення інституцій громадського здоров'я, а також посилення ролі первинної медико-санітарної допомоги. Значна увага приділяється впливу на провідні чинники ризику, включаючи підвищений артеріальний тиск, тютюнокуріння, надмірне споживання алкоголю, гіперхолестеринемію, ожиріння, дефіцит фізичної активності та поведінкові фактори, пов'язані з небезпечними статевими практиками.

Ціннісне підґрунтя нової європейської політики базується на визнанні права кожної людини на здоров'я, утвердженні принципів солідарності, соціальної справедливості, сталості, загальної доступності медичної допомоги та її високої якості. Додатковими етичними засадами є залучення населення до ухвалення рішень, забезпечення захисту людської гідності, автономії особи, недискримінації, відкритості й підзвітності системи.

У відповідності до заяви Ради ЄС щодо спільних цінностей і принципів функціонування систем охорони здоров'я, ключовими орієнтирами визначено: універсальне охоплення медичними послугами, солідарність у фінансуванні, рівноправність доступу та гарантії високої якості медичної допомоги.

В Україні нормативною основою для розроблення власної національної стратегії розвитку охорони здоров'я став наказ МОЗ України від 26 грудня 2011 р. № 964, що передбачає створення загальнодержавної програми «Здоров'я–2020: український вимір». Під час формування програми були визначені такі ключові принципи: відповідність стратегічним напрямам державної політики у сфері охорони здоров'я; врахування рекомендацій міжнародних та регіональних інституцій; орієнтація на позитивний світовий досвід; наступність програмних документів; наукова обґрунтованість; зменшення системних ризиків; чітка профілактична спрямованість; міжгалузевий підхід; інтеграція профільних заходів інших державних програм; визначення пріоритетних проблем, яким присвячується окремий етап реалізації.

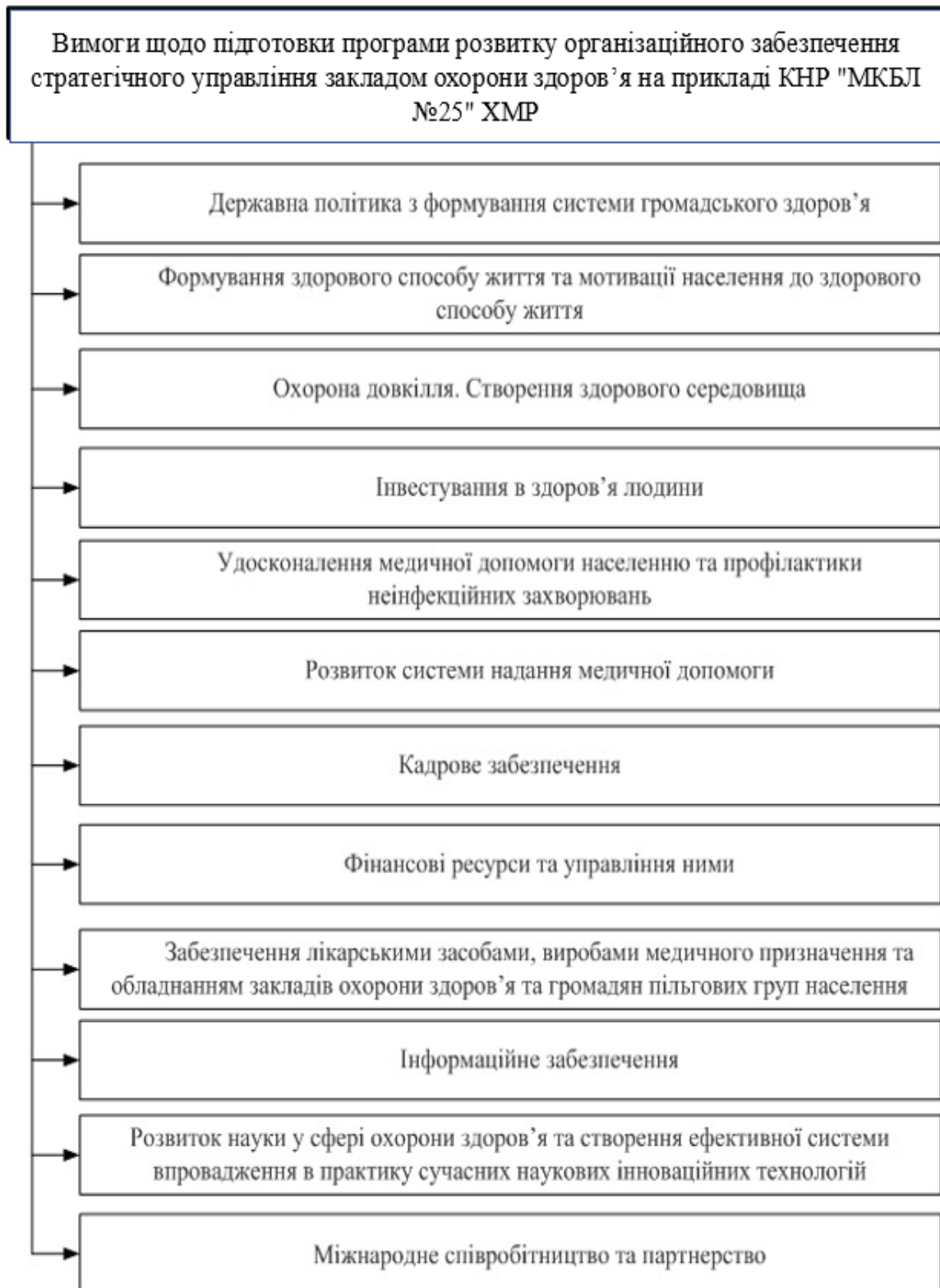
На етапі підготовки програма розвитку організаційного забезпечення стратегічного управління закладом охорони здоров'я (на прикладі КНП «МКБЛ № 25» ХМР) має враховувати перелік ключових вимог, відображених на рис. 3.1. Програма повинна бути міжсекторальною, стратегічно орієнтованою та узгодженою із сучасними тенденціями розвитку галузі.

Здоров'я населення у сучасній науковій парадигмі розглядається як інтегральний показник соціально-економічного прогресу. Воно одночасно визнається базовим правом людини, фундаментальною складовою добробуту та глобальним суспільним благом.

Системи охорони здоров'я відіграють ключову роль у формуванні та збереженні цього ресурсу. Від ефективності їх функціонування прямо

залежить якість людського капіталу, а відтак — соціально-економічні, культурні та оборонні можливості держави.

Попри значні успіхи, яких світове співтовариство досягло наприкінці XX — на початку XXI століття, системи охорони здоров'я в умовах глобалізації, технологічних зрушень та посилення ринкових механізмів стикаються з новими викликами, що ускладнюють досягнення стратегічних цілей галузі та потребують комплексних управлінських рішень.



Р

ис. 3.1. Вимоги щодо підготовки програма розвитку організаційного забезпечення стратегічного управління закладом охорони здоров'я на прикладі КНП «МКБЛ№25» ХМР

Поглиблення глобальних трансформацій та зміна природи сучасних соціально-економічних і демографічних процесів зумовлюють появу нового спектра викликів для систем охорони здоров'я. Передусім ці виклики пов'язані з масштабними демографічними зрушеннями, що супроводжуються зміною парадигми здоров'я та переходом від домінування інфекційної патології до переважання неінфекційних хвороб. Таке зміщення епідеміологічного профілю спричиняє зростання загального тягара хвороб і, відповідно, підвищення потреби населення у медичних послугах різного рівня складності.

Разом із цим, стан здоров'я населення дедалі частіше визначається чинниками, що виходять за межі власне медичної галузі. Екологічні загрози, наслідки кліматичних змін, соціально-політична нестабільність, урбанізація, активні міграційні процеси та економічні кризи — усе це формує комплекс бар'єрів, які ускладнюють досягнення сучасних стандартів здоров'я і благополуччя. Одночасно розширюються суспільні запити на якісне, безпечне та доступне медичне обслуговування.

За таких умов системи охорони здоров'я дедалі частіше стикаються з дефіцитом фінансових, ресурсних і кадрових можливостей, що вимагає зміни управлінської парадигми, пошуку нових стратегічних рішень, структурування ефективних моделей управління та модернізації функціональних механізмів галузі. Прагнення країн вибудувати найбільш справедливую й результативну систему охорони здоров'я стає ключовим орієнтиром національної політики в цій сфері.

Нові уявлення про здоров'я, як і комплексна взаємозалежність глобальних проблем, обумовлюють необхідність інтеграції інтересів охорони здоров'я у всі національні стратегії розвитку. Центральним елементом такого підходу є розвиток електронної системи охорони здоров'я, потенціал якої дає змогу істотно підвищити ефективність управління галуззю. Йдеться, зокрема, про:

- формування достовірного, повного й доступного інформаційного середовища, яке забезпечуватиме органи управління актуальними даними для прогнозування, планування та ухвалення рішень, а також використання можливостей «великих даних» та аналітичних платформ;
- створення інструментів для реалізації реформ фінансування охорони здоров'я, у тому числі для діяльності уповноважених органів, що відповідають за виконання державних фінансових гарантій медичного обслуговування;
- забезпечення доступу всіх учасників системи охорони здоров'я — пацієнтів, лікарів, фармацевтів, наукової спільноти — до релевантної інформації у потрібному обсязі, вчасно та в необхідному місці;
- оптимізацію професійної діяльності лікарів шляхом автоматизації робочих процесів, використання інформаційних систем та платформ підтримки клінічних рішень, що безпосередньо підвищує якість медичних послуг;
- підсилення ролі пацієнта через можливість доступу до власних медичних даних, що підвищує рівень участі населення у збереженні та зміцненні здоров'я і створює передумови для контролю якості отриманих послуг.

Сучасний глобальний ринок медичних послуг стрімко розвивається під впливом інновацій у сфері інформаційних технологій. Використання електронних медичних карток, цифрових протоколів, інтегрованих інформаційних систем уже давно є обов'язковою складовою роботи закладів охорони здоров'я в розвинених країнах. Натомість в Україні цифровізація медицини досі реалізується вкрай повільно. У багатьох закладах комп'ютерна техніка використовується лише як засіб текстового набору, а значна частина фахівців не має елементарних навичок роботи з медичними інформаційними системами.

Такий стан є наслідком не лише фінансової недостатності, а й консерватизму, інертності та слабкої управлінської культури частини

медичної спільноти, на яку покладено відповідальність за організацію функціонування системи охорони здоров'я. Це призводить до затримки необхідних реформ, зниження ефективності галузі та незадоволення потреб пацієнтів.

Отже, перед вітчизняною системою охорони здоров'я постає перелік нагальних завдань, вирішення яких є ключовою умовою для подальшого розвитку галузі, її модернізації та адаптації до міжнародних стандартів.

Проблеми, що виникають у сфері інформатизації охорони здоров'я, є невід'ємною складовою загальних викликів розвитку галузі. Одним із фундаментальних бар'єрів залишається відсутність цілісного нормативно-правового підґрунтя, яке б регулювало застосування сучасних інформаційних технологій, інноваційних моделей організації медичної допомоги, а також телемедицини та дистанційної діагностики. Нині в Україні не сформовано єдиного бачення інтеграції ІТ-рішень у систему охорони здоров'я, що ускладнює координацію дій на всіх рівнях управління.

Вагомою перешкодою виступає також нестача уніфікованих вимог до програмного забезпечення, яке має використовуватися в медичній практиці, а також відсутність спільних стандартів щодо інтероперабельності, захисту інформації та обміну даними. Суттєвим недоліком є фрагментація наявних реєстрів — пацієнтів, медичних установ, персоналу — які не лише не інтегровані між собою, а подекуди й структурно несумісні.

Для усунення цих системних обмежень пропонується побудова єдиного корпоративного інформаційного простору, організованого на засадах гібридної інфраструктури, що поєднує багаторівневі «хмарні» рішення та високошвидкісні оптоволоконні канали зв'язку між регіональними центрами та центральним рівнем управління. Така архітектура передбачає створення регіональних хмарних кластерів із можливістю їх дублювання на національному рівні. Лікувальні заклади у цій системі функціонуватимуть як «тонкі клієнти», зберігаючи копії даних на локальних серверах лише на

обмежений час, тоді як основний масив інформації підтримуватиметься у регіональних та центральних сховищах.

Постійна синхронізація даних у режимі реального часу забезпечуватиметься завдяки застосуванню оптоволоконної мережі, що надасть можливість оперативного доступу до інформації незалежно від місця звернення пацієнта. Застосування міжнародних інформаційних стандартів у розробленні програмного забезпечення, що проходитиме за технічними вимогами МОЗ України, підвищить сумісність продуктів різних розробників і сприятиме створенню універсальної цифрової інфраструктури медичної галузі.

Впровадження електронного документообігу, використання систем електронних ключів, двоступеневого захисту інформації та стандартизованих протоколів роботи дадуть змогу підвищити безпеку даних і автономність функціонування установ. Використання хмарних технологій, у свою чергу, дозволить істотно скоротити витрати медичних закладів на придбання і постійний супровід програмного забезпечення, а також позбавить потреби у штатних фахівцях із системного адміністрування.

Запропонована модель створює широкі можливості для обміну інформацією між регіонами, практично необмеженого зберігання даних, розвитку пріоритетних реєстрів і ведення їх у режимі реального часу. Також вона забезпечує доступ лікарів до сучасних медичних баз знань, а дослідникам — можливість аналізувати великі популяційні масиви та клінічну інформацію.

Сучасний стан цифровізації охорони здоров'я свідчить, що вона є не другорядним, а визначальним елементом будь-яких реформ у галузі. Окремої уваги потребує телемедицина — перспективний напрям, що виник на перетині ІТ-технологій та клінічної практики. Її розвиток стримується поширенням хибних уявлень і недостатньою поінформованістю фахівців, а також змішуванням понять «телемедицина» та «інформатизація», які мають різну сутність і різні цілі.

Телемедицина у сучасному розумінні постає як самостійний напрям клінічної медицини, заснований на можливості дистанційного надання консультативної допомоги пацієнтам. На відміну від неї, інформатизація галузі охорони здоров'я охоплює ширше коло процесів і розглядається як сукупність організаційних, правових, соціально-економічних, науково-технічних рішень, спрямованих на створення умов для забезпечення суспільства необхідною інформацією та реалізації інформаційних прав громадян.

Одним із найбільш поширених хибних уявлень є ототожнення телемедицини з відеоконференцзв'язком. Безперечно, під час дистанційних консультацій можуть застосовуватися відеотехнології, однак вони не є ані єдиним, ані обов'язковим форматом передачі медичної інформації. Більше того, низка медичних даних потребує використання спеціалізованих форматів і протоколів (наприклад, HL7, DICOM 3), що далеко виходять за межі звичайних відеокommunікацій. Таким чином, відеозв'язок може виступати лише додатковим сервісом, тоді як змістове ядро телемедицини формується зовсім іншими інструментами.

У контексті взаємодії медицини та інформаційно-комунікаційних технологій телемедицину можна умовно назвати «невеликою, але функціонально важливою частиною» широкої галузі інформатизації. Водночас саме телемедичні рішення здатні забезпечити ключову умову успішного реформування системи охорони здоров'я — оперативний і рівний доступ населення до якісних медичних послуг, незалежно від місця проживання. І важливо, що реалізація таких можливостей не потребує надмірних фінансових вкладень і може бути розгорнута у стислі терміни.

Широке впровадження телемедицини на всіх рівнях медичної допомоги можливе за наявності декількох базових умов:

- доступу до інтернет-мережі, причому вимоги до швидкості підключення залишаються досить помірними (допускається навіть 3G-зв'язок);

- мінімального технічного забезпечення (комп'ютер, ноутбук чи інший гаджет);
- створення та підтримки хмарних телемедичних сервісів, потужностей для яких достатньо орендувати в одному з українських дата-центрів;
- удосконалення наявної нормативно-правової бази охорони здоров'я для належного регулювання телемедичних послуг.

За наявності цих передумов інтеграція телемедицини у практичну діяльність закладів охорони здоров'я може бути реалізована орієнтовно протягом трьох років.

Україна вже має позитивний досвід розвитку телемедичних рішень. Ще у 2009 році в межах Меморандуму між Представництвом ООН, компанією «МТС-Україна» та МОЗ було визначено стратегічні напрями впровадження інноваційних технологій у галузь. Завдяки роботі Державного центру телемедицини та залучених партнерів було створено фундамент для подальшого розвитку телемедицини:

- вироблено конкретні пропозиції щодо її нормативного врегулювання;
- розроблено технологічні рішення для дистанційного консультування;
- випробувано моделі передачі медичних даних у корпоративній мережі охорони здоров'я;
- напрацьовано потенціал для створення загальнонаціонального реєстру пацієнтів.

Важливо підкреслити, що всі ці результати не є суто концептуальними чи теоретичними — вони отримані на основі практичного досвіду реалізації телемедичних проєктів у реальних умовах українських закладів охорони здоров'я різного рівня. Отже, сформований за останні роки науково-практичний фундамент дає змогу розглядати телемедицину як реальний інструмент системної модернізації охорони здоров'я та один із найперспективніших напрямів її цифрової трансформації.

3.2. SWOT-аналіз організаційного забезпечення стратегічного управління закладом охорони здоров'я (на прикладі КНП «МКБЛ№25» ХМР)

У діяльності КНП «МКБЛ №25» ХМР можна виокремити низку сильних характеристик, які проявляються як у реалізації стратегії вертикальної інтеграції шляхом розбудови власних каналів збуту медичних послуг, так і в налагодженні більш тісної взаємодії з партнерами та посередниками. Це свідчить про наявність у закладу внутрішнього потенціалу для ефективного використання сприятливих можливостей зовнішнього середовища та про розуміння власних слабких сторін, що можуть посилювати уразливість перед зовнішніми загрозами.

Управління медичним закладом не може бути зведене до «автоматичного механізму», який працює без постійного втручання керівництва. Якщо метою є не лише підтримання функціонування, а й розвиток, підвищення конкурентоспроможності та стабільного фінансового результату, управлінські рішення мають бути виваженими, об'єктивними та системними. Саме тому критично важливо глибоко усвідомлювати фактичні ринкові позиції установи, потенційні вектори розвитку та проблемні зони, що перешкоджають прогресу. У цьому контексті SWOT-аналіз виступає одним із найбільш дієвих інструментів стратегічного планування.

Методологічною основою SWOT-аналізу є концепція, вперше узагальнена у виданні *Business Policy, Text and Cases* 1969 року, що й зумовило подальше широке використання цього інструменту у стратегічному менеджменті протягом останніх десятиліть. Аббревіатура SWOT охоплює чотири ключові складові [15, 38, 57]:

- S – strengths (сильні сторони),
- W – weaknesses (слабкі сторони),
- O – opportunities (можливості),
- T – threats (загрози).

Головне призначення SWOT-аналізу полягає у системному виявленні чинників, що впливають на процес ухвалення рішень, а також у визначенні потенційних напрямів розвитку організації. Висока універсальність цього методу зумовлює його застосовність у різноманітних управлінських ситуаціях, зокрема: запуск нових проєктів і бізнес-напрямів, аудит внутрішньої політики, перевірка обґрунтованості стратегічного курсу, удосконалення бізнес-процесів та поглиблення розуміння ринкової кон'юнктури.

Хоча окремі керівники віддають перевагу самостійній роботі над SWOT-матрицею, більш ефективним вважається залучення міждисциплінарної команди. Такий підхід дозволяє мінімізувати ризики «сліпих зон» — аспектів діяльності, які можуть бути непомітними для одного управлінця, але водночас суттєво впливати на загальний стан організації чи її взаємодію з пацієнтами та партнерами.

Під час формування характеристик сильних і слабких сторін КНП «МКБЛ №25» ХМР одночасно створюється й база зовнішніх можливостей та загроз. Це дає змогу генерувати широкий спектр варіантів стратегічних рішень, що відповідають як внутрішньому потенціалу, так і актуальним викликам середовища. Разом з тим ефективність використання такого інструментарію значною мірою залежить від глибини аналітичного опрацювання матеріалу. SWOT-аналіз потребує значних часових та інтелектуальних ресурсів, і, як наслідок, частина зусиль може бути витрачена на другорядні аспекти. Важливо, щоб аналітична робота не відволікала від головного — пошуку стратегічно сміливих рішень та інноваційних підходів, необхідних для довготривалого розвитку закладу охорони здоров'я.

Аналіз стратегічного потенціалу КНП «МКБЛ №25» ХМР засвідчує, що медичний заклад володіє низкою ключових внутрішніх переваг, які формують передумови для ефективного розвитку та посилення ринкових позицій. Передусім, за роки своєї діяльності заклад зміг вибудувати стійку довіру пацієнтів та завоювати їхню прихильність, що є визначальним

ресурсом у сфері медичних послуг. Важливим чинником слід визнати налагоджені контакти з органами місцевої влади, що створює додаткові можливості для інституційної підтримки та реалізації стратегічних ініціатив. Окрему роль відіграє досвід обслуговування відомих осіб, що підсилює репутаційний капітал закладу. До сильних сторін також належать достатній рівень фінансових ресурсів, здатність до професійної конкуренції, використання власних технологічних рішень і стандартів, відносно низькі витрати на надання послуг, ефективність інтернет-комунікацій, а також стабільний попит на запропоновані медичні послуги на місцевому ринку.

Водночас SWOT-аналіз дає змогу виокремити низку внутрішніх проблем, які можуть обмежувати розвиток КНП. Серед них – складнощі в управлінні колективом, окремі прояви неформальних конфліктів, «інтригуючий» характер взаємодії між співробітниками, що потенційно знижує ефективність командної роботи. Частина медичних послуг потребує оновлення або модернізації відповідно до сучасних клінічних протоколів та запитів населення. Однією з критичних слабких сторін є відсутність чітко сформульованої довгострокової стратегії розвитку закладу, що ускладнює системне управління, створює ризики фрагментарності управлінських рішень та знижує здатність своєчасно реагувати на зміни у зовнішньому середовищі.

Оцінювання зовнішнього поля розвитку КНП «МКБЛ№25» ХМР дозволяє окреслити низку перспективних можливостей, які заклад може використати для зміцнення власних позицій. Серед них — участь у професійних виставках та отримання відповідних відзнак, що сприятиме репутаційному просуванню; розширення клієнтської бази; вихід на нові ринкові сегменти шляхом доповнення переліку послуг або диференціації пропозиції; орієнтація на додаткові категорії пацієнтів; використання загальних тенденцій до збільшення попиту на медичні послуги.

Водночас медичний заклад стикається з низкою зовнішніх загроз. До них належать можливість раптових перевірок контролюючих органів, що може призвести до адміністративних ускладнень; підвищення інформаційної

конкуренції, зокрема ризик негативних публікацій з боку конкурентів; поява на ринку сильніших або більш технологічно оснащених медичних установ; уповільнення темпів зростання ринку медичних послуг; нестабільність валютного курсу, яка впливає на собівартість медичних матеріалів та обладнання; вплив глобальних кризових факторів, таких як наслідки пандемії COVID-19, повномасштабне вторгнення та військовий стан в Україні що змінюють структуру попиту та механізми фінансування охорони здоров'я.

Таким чином, проведений SWOT-аналіз демонструє, що КНП «МКБЛ№25» ХМР має як значні конкурентні переваги, так і низку вразливих позицій, які потребують корекції. Використання сильних сторін у поєднанні з ринковими можливостями створює підґрунтя для подальшого розвитку, тоді як слабкі сторони та зовнішні загрози потребують своєчасної управлінської реакції та стратегічного планування, щоб мінімізувати потенційні ризики та забезпечити стійкість діяльності закладу.

Думка маркетолога КНП «МКБЛ№25» ХМР було включено в оцінку майбутніх доходів з найбільшим вагою. SWOT-аналіз проводився в рамках обговорення стратегії КНП «МКБЛ№25» ХМР . В результаті були затверджені наступні рішення:

Розпочати розробку нових медичних послуг для того, щоб уникнути конкурентних ризиків на поточних ринках;

Залучити кредити під концепцію реформування, а саме освоєння нових видів послуг.

SWOT-аналіз є підґрунтям до формування стратегії управління закладом охорони здоров'я (на прикладі КНП «МКБЛ№25» ХМР), з огляду на умови економічної кризи.

Проведено прогноз рівня кількості уперше зареєстрованих випадків захворювань (тис. осіб) методом експоненціального згладжування за допомогою програми STATISTICA 6.0. Отримані результати наведено в табл. 3.1.

Таблиця 3.1

**Прогноз інтегрального показника кількості уперше зареєстрованих
випадків захворювань (тис. осіб) методом експоненціального
згладжування за 2010-2022 рр.**

Рік	Заявка	Прогноз	Залишок
1	2	3	4
2010	33080	#Н/Д	#Н/Д
2011	32381	32381	0
2012	31162	31405,8	-243,8
2013	31024	31100,36	-76,36
2014	26881	27724,87	-843,872
2015	26789	26976,17	-187,174
2016	27361	27284,03	76,96512
2017	26615	26154,21	460,79
2018	—	25749,92	—
2019	—	22311,23	—
2020	—	22234,87	—
2021	—	22709,63	—
2022	—	22090,45	—

Графічні результати прогнозування методом експоненціального згладжування рівня кількості уперше зареєстрованих випадків захворювань (тис. осіб) в Україні наведено на рис. 3.2.

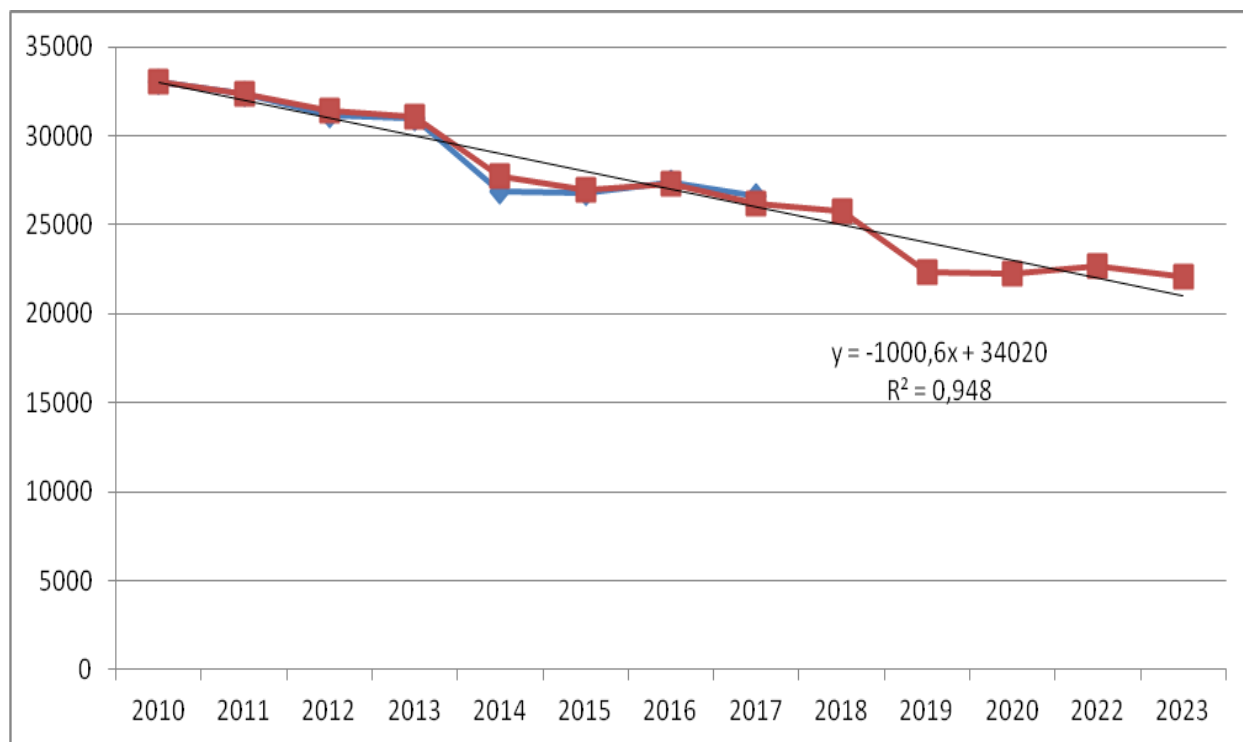


Рис. 3.2. Динаміка зміни показника кількості уперше зареєстрованих випадків захворювань (тис. осіб) в Україні за 2010–2017 рр. та прогноз на 2018–2025 рр.

Результати прогнозування тенденцій зміни кількості вперше зареєстрованих випадків захворювань (тис. осіб) методом експоненціального згладжування на період 2018–2025 рр. засвідчили стійку тенденцію до подальшого зниження цього показника. Так, обчислені прогнозні значення демонструють, що у 2018 р. їх рівень становитиме 25 749,92 тис. осіб; у 2019 р. – 22 311,23 тис.; у 2020 р. – 22 234,87 тис.; у 2021 р. – 22 709,63 тис.; а у 2025 р. – 22 090,45 тис. Така динаміка свідчить про поступове скорочення кількості нових випадків захворювань у перспективі найближчих років.

Порівняння фактичних значень інтегрального показника вперше зареєстрованих захворювань за 2010–2025 рр. із побудованою прогнозною траєкторією підтвердило високий ступінь відповідності між фактичною та змодельованою динамікою. Близькість отриманих прогнозних значень до реальних історичних даних засвідчує адекватність моделі та достовірність застосування методу експоненціального згладжування для прогнозування змін у медико-демографічних процесах.

3.2. Розробка стратегії управління закладом охорони здоров'я (на прикладі КНП «МКБЛ№25» ХМР

Відповідно до логіки життєвого циклу медичних послуг, які надає КНП «МКБЛ №25» ХМР, заклад може застосовувати стратегії зростання, утримання або скорочення. Конкретний вибір стратегічної моделі залежить від результатів аналізу ринкового середовища, зокрема від позицій, які займає медичний заклад порівняно з конкурентами, а також від актуальних тенденцій попиту на медичні послуги.

Ефективність формування стратегії розвитку КНП «МКБЛ №25» ХМР визначається рівнем організованості процесу її розроблення. Відмінність між сильною та слабкою стратегією полягає не лише в чіткості поставлених завдань, а й у здатності сформулювати такі заходи та інструменти, які створюють стійкі конкурентні переваги. Чим ширший спектр конкурентних переваг формує медичний заклад, тим більша ймовірність розширення пацієнтської бази, підвищення фінансової стійкості та зміцнення ринкових позицій. За відсутності стратегічної переваги заклад втрачає можливість конкурувати з більш сильними учасниками ринку й ризикує опинитися на периферії галузевого розвитку.

Важливим чинником результативності стратегії є узгодженість та інтеграція дій всіх функціональних підрозділів КНП «МКБЛ №25» ХМР. Високий рівень стратегічної координації підсилює загальну ефективність

управлінських рішень і створює умови для реалізації єдиного вектора розвитку. Стратегія управління розвитком медичного закладу водночас виконує дві функції: підтримує загальну бізнес-стратегію та виступає інструментом підвищення конкурентоспроможності. Також вона задає систему орієнтирів, необхідних для досягнення визначених функціональних і загальноорганізаційних цілей.

Зміст стратегії управління розвитком закладу охорони здоров'я може трактуватися як комплексний план дій, що поєднує систему заходів із досягнення місії закладу та реалізації конкретних етапів його розвитку. Ключова відповідальність за стратегічне планування традиційно лежить на керівнику закладу, який координує роботу із заступниками та експертами, організовує обговорення тактичних і стратегічних рішень, а також контролює їх реалізацію.

Процес виконання стратегії передбачає цілу низку пріоритетних завдань, спрямованих на реформування та модернізацію діяльності закладу:

- підвищення престижу лікарської професії, у тому числі через популяризацію медичної діяльності у ЗМІ, що сприятиме зміцненню довіри пацієнтів і відновленню авторитету лікаря;
- запровадження тестових механізмів відбору для вступу в медичні професії, що дасть змогу забезпечити підготовку фахівців з високим потенціалом;
- структурна модернізація додипломної освіти, перехід до проблемно-орієнтованого навчання, формування вміння клінічно мислити замість накопичення знань, які швидко застарівають;
- розвиток системи безперервної професійної освіти, що включає підвищення кваліфікації без відриву від виробництва, багаторівневу післядипломну освіту та спеціальні освітні програми;
- оптимізація маршруту пацієнта та розвиток принципу етапності медичної допомоги, який довів свою ефективність у попередні історичні періоди;

- розширення функцій медичних сестер як самостійних учасників лікувального процесу, здатних забезпечувати значну частину первинної та реабілітаційної допомоги;
- підвищення рівня оплати праці медичних працівників, особливо тих, що працюють у стаціонарних підрозділах та на первинній ланці;
- модернізація матеріально-технічної бази, зокрема муніципальних медичних закладів;
- усунення структурних диспозицій у системі медичної допомоги, зокрема між різними її рівнями;
- посилення відповідальності лікарів загальної практики, у тому числі моральної, правової та фінансової, за стан здоров'я закріплених пацієнтів;
- розвиток професійного лікарського самоврядування, що є елементом формування громадянського суспільства;
- широке впровадження комп'ютеризації, що забезпечить доступ до доказових клінічних баз даних, зменшить ризики лікарських помилок і підвищить якість рішень;
- перехід до стандартів якості медичної допомоги, орієнтованих на конкретні результати лікування;
- концентрація платних медичних послуг у приватному секторі, з метою розмежування фінансових стосунків між лікарем та пацієнтом у державних закладах;
- перехід на міжнародно зіставні критерії ліцензування, акредитації та номенклатури спеціальностей;
- розвиток законодавчого забезпечення, що має передбачати оновлення нормативних актів відповідно до принципів сучасної охорони здоров'я.

На основі зазначених положень запропоновано стратегічну модель управління діяльністю КНП «МКБЛ №25» ХМР. Вона охоплює:

- аналіз стратегічних факторів і середовища функціонування закладу;
- формування ієрархії стратегічних і функціональних цілей;
- оцінювання внутрішніх сильних і слабких сторін;
- обґрунтування вибору відповідної стратегії розвитку;
- розроблення системи оцінювання результативності стратегії та коригування управлінських рішень;
- визначення критеріїв гнучкості, стійкості та синергізму розвитку.

Усі ці елементи забезпечують можливість узгодженого стратегічного управління, що спрямоване на посилення конкурентних переваг та стійке функціонування медичного закладу в умовах динамічних змін у сфері охорони здоров'я.

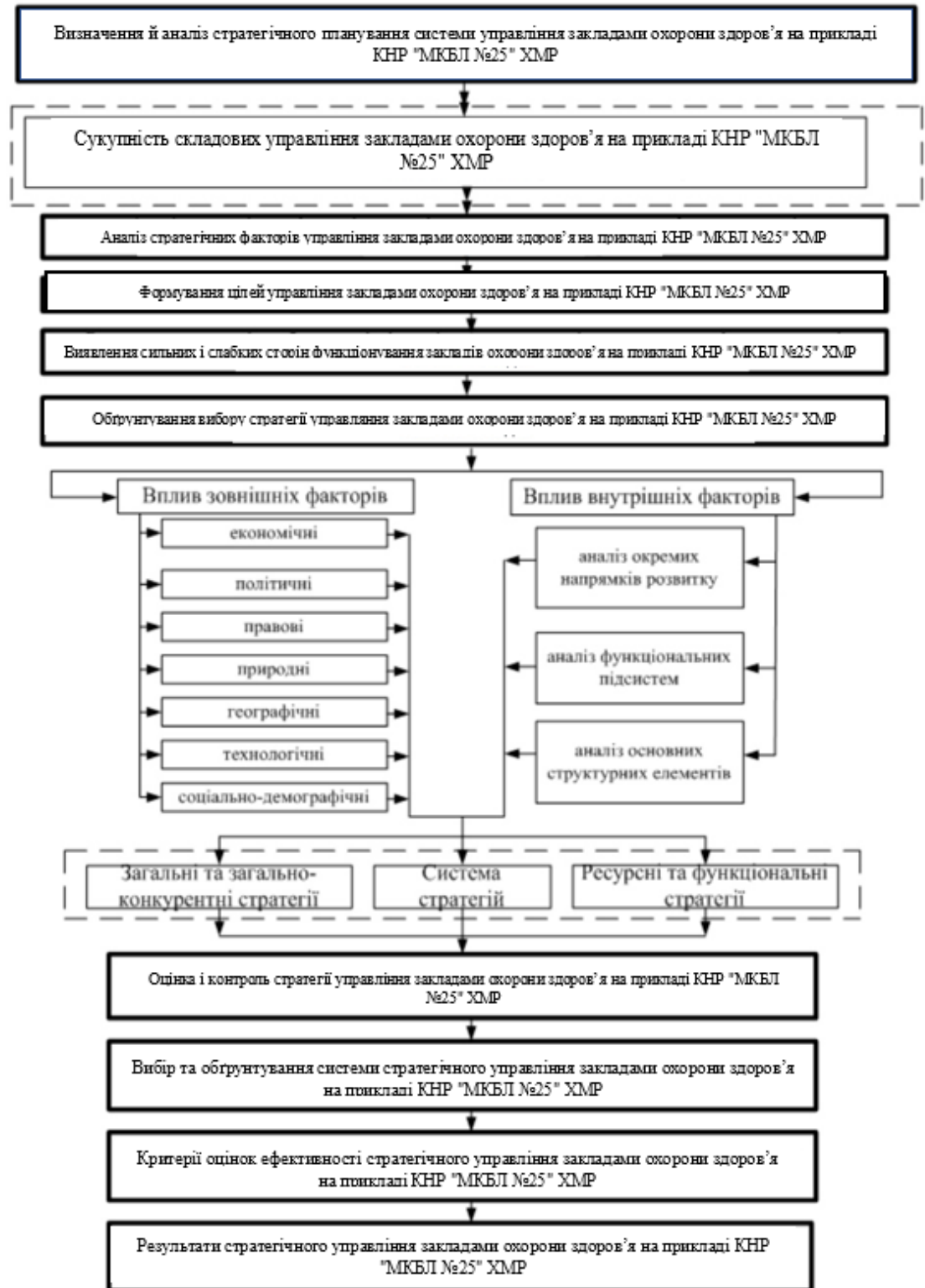


Рис. 3.3. Стратегічна модель управління закладами охорони здоров'я на прикладі КНП «МКБЛ№25» ХМР результатів від впровадження стратегічних змін управління закладами охорони здоров'я.

У сучасних умовах нестабільного економічного середовища діяльність закладів охорони здоров'я дедалі частіше стикається з викликами, що зумовлюють необхідність глибоких організаційних трансформацій. Неефективність окремих управлінських рішень та обмеженість ресурсів актуалізують потребу в якісному оновленні підходів до управління, передусім через формування цілісної системи менеджменту медичних закладів.

Перед керівництвом постає завдання вибору таких тактичних і стратегічних напрямів організації управлінських процесів, які забезпечували б стабільний розвиток та створювали довгостроковий позитивний ефект. Йдеться не лише про оптимізацію внутрішніх ресурсів закладу, а й про здатність адаптувати його діяльність до мінливих умов ринку медичних послуг.

Враховуючи те, що сучасний заклад охорони здоров'я функціонує як складна соціально-економічна система, впровадження ефективної моделі управління дає змогу досягти вагомих результатів. Насамперед це виявляється у підвищенні рівня задоволеності пацієнтів, що, у свою чергу, формує підґрунтя для виходу на нові сегменти ринку та створення додаткових можливостей для нарощення доходів.

Таким чином, формування системи управління закладом охорони здоров'я, орієнтованої на цілісність, результативність і стратегічний розвиток, виступає ключовою умовою підвищення ефективності його функціонування та забезпечення конкурентоспроможності в умовах динамічних соціально-економічних змін.

Висновки до розділу 3

Відповідно до логіки життєвого циклу медичних послуг, діяльність КНП «МКБЛ №25» ХМР може орієнтуватися на три базові стратегічні підходи: стратегію зростання, стратегію утримання досягнутих позицій та

стратегію скорочення. Вибір оптимального напрямку розвитку визначається насамперед результатами аналізу ринку, конкурентного середовища та фактичного положення закладу серед інших надавачів медичних послуг.

Ефективність формування стратегії управління розвитком КНП «МКБЛ №25» ХМР значною мірою залежить від організаційної якості та глибини опрацювання самої стратегії. Відмінність сильної стратегії від слабкої полягає у здатності керівництва запропонувати такі інструменти, що забезпечують реальні конкурентні переваги. Чим вагоміші ці переваги, тим більше можливостей залучити нових пацієнтів, зміцнити власні ринкові позиції та підвищити фінансову результативність. За відсутності стратегічних переваг заклад ризикує втратити конкурентоспроможність і перейти на периферію ринку.

Високий рівень узгодженості та координації дій між різними функціональними складовими діяльності КНП «МКБЛ №25» ХМР підсилює стратегічний потенціал розвитку та забезпечує більшу ефективність реалізації управлінських рішень. Стратегія управління розвитком закладу фактично виконує дві ключові функції: підтримує загальну бізнес-стратегію та визначає рамкові орієнтири для досягнення конкретних функціональних цілей. Таким чином, стратегія розвитку виступає інтегрованим планом, спрямованим на реалізацію місії закладу, чітку організацію роботи та підвищення результативності.

Провідна роль у стратегічному управлінні закономірно належить керівникові закладу. Саме він формує бачення розвитку, координує діяльність заступників, консультується з експертами та профільними фахівцями й забезпечує взаємодію всіх елементів системи управління.

Для успішної реалізації стратегії розвитку необхідно забезпечити виконання низки ключових завдань. Зокрема, важливо підвищувати престижність лікарської професії шляхом активного використання медіаресурсів – телевізійних і радіопроєктів, тематичних публікацій та соціальних ініціатив, що сприятимуть зміцненню довіри населення до

медичних працівників. Доцільним є впровадження сучасних механізмів відбору до медичних спеціальностей, які дадуть можливість оцінювати професійну придатність та здатність кандидата до опанування медичної діяльності.

Система підготовки лікарів потребує суттєвого оновлення: перехід від традиційних предметних підходів до проблемно-орієнтованого навчання, формування клінічного мислення, скорочення залежності від застарілих знань. Одночасно необхідно модернізувати систему післядипломної освіти, розвиваючи безперервне професійне навчання, удосконалюючи формат інтернатури, запроваджуючи сучасні форми підготовки в межах безперервного професійного розвитку.

Важливим напрямом є посилення ролі медичних сестер, які повинні мати можливість надавати ширший спектр послуг, у тому числі самостійну допомогу на догоспітальному рівні. Посилення ролі первинної ланки, її кадрове зміцнення та мотивація є ключовою умовою підвищення ефективності всієї системи. Не менш важливими є модернізація матеріально-технічної бази, перегляд табелів оснащення та усунення наявних структурних диспропорцій між різними рівнями медичної допомоги.

Сучасний розвиток закладу має базуватися й на цифровізації. Розширення використання інформаційних технологій, доступ до міжнародних клінічних баз даних та систем підтримки клінічних рішень дає змогу мінімізувати ймовірність медичних помилок та підвищити якість лікування. Також необхідно поступово переходити від застарілих форм контролю якості до системи її забезпечення, орієнтованої на стандартизовані результати лікування відповідно до міжнародно визнаних клінічних рекомендацій.

Окремим завданням є врегулювання питань правового забезпечення діяльності закладу, розроблення сучасних механізмів захисту прав пацієнтів і лікарів, впровадження страхових інструментів професійної відповідальності

медичних працівників та поступовий перехід до європейських критеріїв акредитації, ліцензування та організації медичної допомоги.

Запропонована стратегічна модель управління розвитком КНП «МКБЛ №25» ХМР передбачає комплексний підхід до формування стратегічних рішень. Вона включає аналіз внутрішніх і зовнішніх факторів впливу, постановку цілей, визначення сильних і слабких сторін, вибір оптимальної стратегії, організацію її реалізації та формування системи контролю. Особлива увага приділяється здатності моделі враховувати стратегічні ризики, оперативно реагувати на несподівані виклики та забезпечувати синергію між усіма структурними елементами закладу.

У сучасних умовах нестабільності та високої конкуренції саме формування стратегічно орієнтованої системи управління дозволяє закладу охорони здоров'я адаптуватися до змін, розширювати спектр послуг, підвищувати якість медичної допомоги, зміцнювати довіру пацієнтів і формувати передумови для стійкого розвитку. Саме комплексний, стратегічно виважений підхід дає змогу не лише стабілізувати діяльність закладу, а й забезпечити його успішну позицію на ринку медичних послуг у довгостроковій перспективі.

ВИСНОВКИ

У першому розділі дослідження встановлено, що сучасна парадигма розвитку світового ринку медичних послуг формується під впливом процесів глобалізації та стрімкого технологічного прогресу. Науково-технічні інновації, особливо у сферах медичних і інформаційно-комунікаційних технологій, істотно розширили можливості підвищення якості життя та забезпечення соціально-економічного розвитку багатьох країн. Водночас глобалізаційні процеси посилили взаємозалежність національних ринків, зумовивши активне залучення медичних послуг до міжнародної торгівлі та загостривши конкуренцію між її учасниками.

З огляду на швидкі зміни зовнішнього середовища, заклади охорони здоров'я часто не встигають оперативно реагувати на нові виклики, що сприяє виникненню непередбачуваних чинників ризику. За таких умов ефективне управління вимагає системного використання інструментарію стратегічного менеджменту, який забезпечує адаптивність, підвищення стійкості та створення умов для довгострокового розвитку закладу. Різноманіття наукових підходів до трактування стратегії дозволяє розглядати її як модель дій, процес прийняття рішень, комплексний план або концепцію розвитку, у межах якої визначаються напрями досягнення місії та формування конкурентних переваг.

Ієрархія стратегій передбачає виділення корпоративної, конкурентної, функціональної та операційної складових, взаємозв'язок яких забезпечує цілісність і результативність управління. Процес стратегічного менеджменту охоплює етапи стратегічного аналізу, вибору стратегічних альтернатив, формування стратегії та контролю за її реалізацією.

У роботі доведено, що жодна країна світу не має універсальної моделі системи охорони здоров'я. Незважаючи на суттєві відмінності в організації надання медичних послуг, всі держави прагнуть до побудови стійких і високоефективних систем, здатних забезпечувати своєчасний і справедливий

доступ населення до медичної допомоги. Україна, попри значний відсоток ВВП, який витрачається на охорону здоров'я, демонструє нижчі показники тривалості життя, ефективності лікування хронічних та інфекційних захворювань порівняно з розвиненими країнами. Водночас міжнародний досвід підтверджує, що результативність системи охорони здоров'я значною мірою залежить не лише від моделі фінансування, а й від культури суспільства та соціальної поведінки громадян.

Для підвищення ефективності національної системи Україна потребує створення власної моделі обов'язкового медичного страхування з урахуванням сучасних соціально-економічних реалій. Така реформа має сприяти не лише удосконаленню механізмів фінансування, а й поліпшенню управління, якості послуг та доступності медичної допомоги.

Другий розділ присвячено аналізу стану медичної освіти в Україні як ключового чинника формування системи організаційного забезпечення стратегічного управління закладами охорони здоров'я. Визначено, що реформування медичної освіти є необхідною умовою переходу до нової моделі охорони здоров'я, яка відповідатиме європейським стандартам. Швидкий розвиток інновацій, доказової медицини, телемедичних технологій і цифрових рішень висуває нові вимоги до професійної підготовки лікарів та інших медичних працівників. Вивчення позитивного зарубіжного досвіду дозволяє виокремити ключові відмінності між українською та міжнародною моделями підготовки медичних кадрів і визначити напрями адаптації найкращих практик.

Аналіз діяльності закладів охорони здоров'я в Україні виявив значний дисбаланс між ресурсним забезпеченням у містах та інших територіях, брак актуальної статистичної інформації, що унеможливорює ефективне планування, обмежений контроль якості послуг, фрагментарність медичних даних та слабку інтеграцію між різними рівнями надання допомоги. На глобальному рівні близько 150 млн людей щороку стикаються з катастрофічними витратами на медицину, що акцентує важливість

оптимального розподілу фінансових ресурсів. Аналіз свідчить, що ефективна система фінансування має ґрунтуватися на покритті понад 70 % витрат за рахунок громадських фондів, не більш як 5 % — приватного страхування та до 20 % — прямих платежів населення.

У третьому розділі обґрунтовано напрями розвитку електронної системи охорони здоров'я, що відповідають цінностям європейської політики «Здоров'я-2020»: солідарності, справедливості, доступності, якості, прозорості та поваги до людської гідності. Визначено вимоги до підготовки програми розвитку організаційного забезпечення стратегічного управління на прикладі КНП «МКБЛ №25» ХМР, включно з необхідністю міжсекторальної взаємодії, системності та використання сучасних цифрових технологій.

Проведений SWOT-аналіз засвідчив, що КНП «МКБЛ №25» ХМР має низку сильних сторін, які створюють передумови для використання зовнішніх можливостей, зокрема у сфері розширення ринку послуг і підвищення конкурентоспроможності. Водночас виявлено слабкі сторони, що потребують подолання, оскільки вони можуть підсилювати вплив зовнішніх загроз. За результатами аналізу ухвалено рішення щодо розроблення нових медичних послуг та залучення інвестицій для освоєння інноваційних напрямів діяльності.

У межах розроблення стратегічно орієнтованої моделі управління КНП «МКБЛ №25» ХМР визначено низку пріоритетних заходів, необхідних для реалізації стратегії розвитку. Серед них: підвищення престижу лікарської професії; удосконалення системи профвідбору; реформування дово- та післядипломної освіти; активізація ролі медичних сестер; зміцнення матеріально-технічної бази; усунення структурних диспропорцій у наданні медичної допомоги; розвиток лікарського самоврядування; цифровізація діяльності лікарів; запровадження стандартів лікування; удосконалення законодавчого забезпечення та системи акредитації; виключення грошових відносин між пацієнтом і лікарем у державному секторі.

У підсумку встановлено, що для підвищення стійкості та конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я у нестабільних умовах господарювання необхідно впроваджувати комплексну систему стратегічного управління. Такий підхід забезпечує ефективність функціонування закладів як економічних систем, сприяє задоволенню потреб пацієнтів, розширенню ринкових можливостей та формуванню довготривалої конкурентної переваги.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абдрахманова А. А. Теоретичні основи вимірювання ефективності соціально-економічних систем // Бізнес Інформ. 2012. № 3. С. 7–10.
2. Андрієнко В. М. Стратегічне управління підприємствами реального сектору економіки: механізми, методи, моделі: монографія. Донецьк: Донецький національний університет економіки та торгівлі, 2012. 155 с.
3. Арнольд В. І. Математичні методи класичної механіки. 5-е изд. Москва: Едіторіал УРСС, 2003. 416 с.
4. Геєць В. М., Семиноженко В. П. Проблеми управління інноваційним розвитком підприємств у транзитивній економіці: монографія / за заг. ред. С. М. Ілляшенка. Суми: ВТД «Університетська книга», 2005. 582 с.
5. Данько М. І., Дикань В. Л., Калініченко Л. Л. Підвищення інвестиційно-інноваційного потенціалу промислових підприємств залізничного транспорту в умовах інтеграційних процесів: монографія. Харків: Українська державна академія залізничного транспорту, 2010. 167 с.
6. Дикань В. Л., Козинець А. С., Чупир В. Є. Діагностика фінансового стану підприємства: навч. посіб. Харків: Українська державна академія залізничного транспорту, 2007. 150 с.
7. Дудукало Г. О. Аналіз методів оцінювання ефективності управління діяльністю підприємства. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua /index.php?operation=1&iid=1031>
8. Економічна енциклопедія: у 3 т. / відп. ред. С. В. Мочерний та ін. Київ: Академія, 2002. Т. 3. 952 с.
9. Економіка підприємства: підручник / за заг. ред.

С. Ф. Покропивного. Київ: Київський національний економічний університет, 2009. 528 с.

10. Економіка України: Географічна структура зовнішньої торгівлі товарами Харківської області за 2013 рік // Експрес випуск. 2014. № 59. URL: <http://www.kh.ukrstat.gov.ua/index.php/sots-ekon-stan-2014>.

11. Енциклопедія кібернетики: у 2 т. / за ред. В. М. Глушкова. Київ: Головна редакція Укр. рад. енциклопедії, 1973.

12. Мікловда В. П. та ін. Ефективність стратегічного управління підприємствами: сучасні проблеми та перспективи їх вирішення: монографія. Полтава: Полтавський університет економіки та торгівлі, 2013. 231 с.

13. Єлісєєва О. К., Решетняк Т. В. Методи та моделі оцінки і прогнозування фінансового стану підприємств: монографія. Краматорськ: Донбаська державна машинобудівна академія, 2007. 208 с.

14. Єрмошенко М. М. Проблеми державного регулювання інноваційного розвитку підприємств і шляхи їх розв'язання // Актуальні проблеми економіки. Київ: КиївЦНТЕІ, 2010. № 3. С. 45–54.

15. Європейська хартія місцевого самоврядування, Страсбург, 15 жовтня 1985 року (Хартію ратифіковано Законом № 452/97-ВР від 15.07.97). URL: <http://zakon.rada.gov.ua>

16. Жаліло Я. А., Бабнін О. С., Белінська Я. В. Економічна криза в Україні: виміри, ризики, перспективи. Київ, 2009. URL: <http://www.nlss.gov.ua>

17. Жуков Ю. Є. Інтегроване управління групами підприємств: дис. ... канд. екон. наук: 08.06.01. Харків, 2006. 254 с.

18. Загородній А. Г., Вознюк Г. Л. Фінансово-економічний словник. Київ: Знання, 2007. 1072 с.

19. Про інноваційну діяльність: Закон України. URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/40-15>

20. Здобувач В. В. Оцінка ефективності інноваційної діяльності підприємства // Науковий вісник Національного лісотехнічного університету України. 2010. Вип. 20.4. С. 160–166.

21. Захарченко В. І., Корсікова Н. М., Меркулов М. М. Інноваційний менеджмент: теорія і практика в умовах трансформації економіки: навч. посібник. Київ: Центр учбової літ-ри, 2012. 448 с.

22. Зянько В. В. Інноваційне підприємництво: сутність, механізми і форми розвитку: монографія. Вінниця: УНІВЕРСУМ-Вінниця, 2008. 397 с.

23. Зуб А. Т. Стратегический менеджмент: теория и практика: учеб. пособ. Москва: Аспект Пресс, 2002. 415 с.

24. Івченко І. Ю. Особливості ризик-менеджменту сучасних українських підприємств // Вісник Переяслав-Хмельницького / Державний педагогічний університет ім. Григорія Сковороди. 2008. № 4. С. 100–108.

25. Кавтиш О. П., Круш Н. П. Теоретико-методичні підходи до визначення сутності інноваційного потенціалу підприємства // Економічний вісник Національного технічного університету України «Київський політехнічний інститут». Київ, 2011. № 8. С. 2–11.

26. Калініченко Л. Л. Підвищення інвестиційно-інноваційного потенціалу промислових підприємств залізничного транспорту в умовах інтеграційних процесів: дис. ... канд. екон. наук: 08.00.03. Харків, 2008. 193 с.

27. Конституція України. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show>

28. Коротков Э. М. Концепция менеджмента. Москва: ДеКА, 1997. 304 с.

29. Кузьмін О. Є., Мельник О. Г. Економічна діагностика: навч. посібник. Київ: Знання, 2012. 318 с.

30. Кузьмін О. Є., Мельник О. Г. Основи менеджменту: підручник. Київ: Академвидав, 2003. 416 с.
31. Лепа Р. М., Тимохин В. М. Прийняття управлінських рішень на підприємстві: теорія та практика: монографія. Донецьк: Юго-Восток, Лтд, 2004. 262 с.
32. Лубенченко О. Є. Організація моніторингу фінансово-економічної діяльності підприємства. URL: http://www.economy-confer.com.ua/full_article/654/. 8.
33. Машина Н. І. Економічний ризик і методи його вимірювання: навч. посібник. К.: ЦУЛ, 2003. 188 с.
34. Мартюшева Л. С., Калишенко В. О. Інноваційний потенціал підприємства як об'єкт економічного дослідження // Фінанси України. 2002. № 10. С. 61–65.
35. Мелень О. В. Інноваційний розвиток та конкурентоспроможність машинобудівних підприємств // Вісник Національного технічного університету «Харківський політехнічний університет». Харків, 2013. № 20 (993). С. 18–22.
36. Мілашовська О. І., Грянило А. В., Удут М. М. Інноваційний потенціал підприємств готельно-ресторанного бізнесу регіону // Економіка та суспільство. 2017. № 8. С. 431–435.
37. Міщенко А. П. Стратегічне управління: навч. посібник. Київ: Центр навч. літ-ри, 2004. 366 с.
38. Міщенко А. П. Стратегічне управління : навч. посібн. Дніпропетровськ : Вид-во ДУЕП, 2003. 261 с.
39. Мороз О. В., Карачина Н. П., Халімон Т. М. Корпоративне управління на підприємствах України: постприватизаційний етап еволюції: монографія. Вінниця: Універсум-Вінниця, 2008. 178 с.
40. Немцов В. Д., Довгань Л. Є. Стратегічний менеджмент. Київ: Лібра, 2011. 267 с.

41. Назарова Г. В. Організаційні структури управління корпораціями. Харків: Вид-во Харківський державний економічний університет, 2004. 408 с.

42. Осецький В. Методичні підходи до реалізації інноваційного потенціалу підприємств // Підприємництво, господарство і право. 2002. № 3. С. 114–117.

43. Пономаренко В. С., Пушкар О. І., Тридід О. М. Стратегічне управління розвитком підприємства. Харків: Вид-во Харківського державного економічного університету, 2002. 640 с.

44. Пономаренко В. С., Тридід О. М., Кизим М. О. Стратегія розвитку підприємства в умовах кризи: монографія. Харків: ВД «ІНЖЕК», 2003. 328 с.

45. Погорєлов Ю. С. Категорія розвитку та її експлейнарний базис // Теоретичні та прикладні питання економіки. Київ, 2012. Вип. 27, т. 1. С. 30–34.

46. Портер М. Стратегія конкуренції. Київ: Основи, 1998. 390 с.

47. Прокопишин Л. М. Управлінські інновації та особливості їх використання на машинобудівних підприємствах в сучасних умовах господарювання // Вісник Національного університету «Львівська політехніка». 2008. № 628. С. 628–633.

48. Прохорова В. В. Проценко В. М., Чобіток В. І. Формування конкурентної стратегії підприємств на засадах інноваційно-спрямованого інвестування: монографія. Харків: Українська інженерно-педагогічна академія, 2015. 291 с.

49. Романюк Л. М. Сучасні тенденції стратегічного управління підприємством. URL: http://archive.nbuv.gov.ua/portal/natural/npkntu_e/2009_15/stat_09/15.pdf

50. Руда Р. В. Аналіз фінансового стану підприємств та його значення в сучасних умовах // Вісник Бердянського університету менеджменту і бізнесу. 2009. № 3 (7). С. 54–59.

51. Руденко Л. В. Управління потоками капіталів у сучасній бізнес-моделі функціонування транснаціональних корпорацій: монографія. Київ: Кондор, 2004. 480 с.

52. Савицька Н. Л., Жегус О. В., Михайлова М. В. Концептуальні засади контролю маркетингової діяльності в системі адаптаційного управління підприємством // Економічний простір. 2015. С. 146–160.

53. Терещенко О. О. Фінансова діяльність суб'єктів господарювання. Київ: Київський національний економічний університет, 2003. 554 с.

54. Тлумачний словник економіста / за ред. С. М. Гончарова. Київ: Центр учбової літ-ри, 2009. 264 с.

55. Тридід О. М. Організаційно-економічний механізм розвитку підприємства: монографія. Харків: Харківський державний економічний університет, 2008. 364 с.

56. Турило А. М. Управління витратами підприємства: навч. посібник. Київ: ЦУЛ, 2006. 120 с.

57. Хрущ Н. А. Стратегії закладу охорони здоров'я: механізм формування й адаптації в сучасному інвестиційному середовищі // Фінанси України. 2008. № 8. С. 45–48.

58. Циглик І. І. Внутрішній економічний механізм підприємства: навч. посібник. Івано-Франківськ: ІМЕ, 2000. 104 с.

59. Чобіток В. І., Прохорова В. В. Управління потенціалом конкурентоспроможності підприємств на засадах контролінгу: монографія. Харків: Українська інженерно-педагогічна академія, 2012. 278 с.

60. Юшкевич О. О. Систематизація поглядів до теорії розвитку підприємства як відкритої системи // Вісник Житомирського державного технологічного університету. Економічні науки. 2011. № 2 (56), ч. 2. С. 179–183.

61. Якименко І. Ю. Теоретичні підходи до визначення фінансової стійкості підприємства // Управління розвитком. 2008. № 10. С. 78–81.

62. Янковець Т. М. Обґрунтування взаємозв'язку стратегічного управління підприємством й інноваційного його розвитку // Проблеми науки. 2009. № 6. С. 6–32.

63. Янченко Н. В. Стратегічні аспекти адаптивного управління на підприємствах залізничного транспорту // Вісник Хмельницького національного університету. 2011. № 6, т. 1. С. 44–46.

64. <https://uk.wikipedia.org/wiki>

ДОДАТКИ

Додаток А

Поточні витрати на охорону здоров'я за функціями (видами медичних послуг)

Роки	Кількість уперше зареєстрованих випадків захворювань, тис. - усього	У тому числі								
		новоутворення	хвороби нервової системи ²	хвороби системи кровообігу	хвороби органів дихання	хвороби шкіри та підшкірної клітковини	хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини	хвороби сечостатевої системи	уроджені аномалії (вади розвитку), деформації та хромосомні порушення	травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин
1995	32547	327	3037	1390	15705	2144	1416	1544	47	2647
1996	30169	335	3067	1412	13221	2090	1431	1623	50	2603
1997	31158	348	3104	1497	14129	2051	1476	1711	53	2484
1998	31974	372	3331	1690	13877	2122	1600	1881	59	2465
1999	32959	382	767	1950	14485	2037	1548	1886	61	2401
2000	33471	382	748	2338	14639	1996	1571	1939	62	2339
2001	33192	394	745	2384	14213	2008	1593	2049	59	2239
2002	32233	382	748	2370	13372	1950	1598	2039	57	2244
2003	32585	395	751	2386	13835	1915	1572	2077	54	2297
2004	32573	406	755	2498	13511	1917	1609	2153	55	2245
2005	32912	408	754	2430	13894	1936	1600	2185	53	2264
2006	32240	414	764	2431	13308	1906	1597	2172	53	2289
2007	32807	407	752	2437	13946	1952	1569	2132	51	2284
2008	32467	406	753	2478	13671	1911	1567	2136	51	2263
2009	33032	407	754	2423	14528	1890	1544	2140	52	2164
2010	33080	418	750	2390	14595	1921	1532	2138	52	2217
2011	32381	423	744	2346	14148	1881	1490	2095	55	2136
2012	31162	433	724	2318	13220	1852	1445	2047	54	2140
2013	31024	440	704	2256	13293	1856	1444	2046	55	2085
2014 ¹	26881	363	651	1880	11839	1570	1247	1756	48	1723
2015 ¹	26789	366	653	1844	11862	1567	1246	1779	48	1698
2016 ¹	27361	369	647	1826	12582	1564	1241	1761	47	1705
2017 ¹	26615	366	636	1781	12037	1564	1218	1724	47	1697

¹ Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м.Севастополя та тимчасово окупованих територій у Донецькій та Луганській областях.

² Згідно з МКХ-10, починаючи з 1999 р., з класу хвороб нервової системи і органів чуття вилучені і сформовані в окремі класи хвороби ока та його придаткового апарату і хвороби вуха та соскоподібного відростка.

Додаток Б

Загальні витрати на охорону здоров'я за фінансуючими організаціями (фінансовими агентами)

Фінансуючі організації (фінансові агенти)	2003 рік		2005 рік		2010 рік		2015 рік		2016 рік		2017 рік		2018 рік	
	млн.грн.	%	млн.грн.	%	млн.грн.	%	млн.грн.	%	млн.грн.	%	млн.грн.	%	млн.грн.	%
Уряд	10 807,6	58,04	16 827,0	59,27	47 864,2	56,48	75 826,7	48,85	81 656,5	44,97	111 063,0	49,64	133 118,5	48,88
Територіальний Уряд	10 758,7	57,78	16 758,2	59,03	47 633,4	56,21	75 502,6	48,64	81 283,4	44,76	110 605,3	49,44	132 832,7	48,78
Центральний Уряд	3 380,7	18,15	4 973,8	17,52	11 702,8	13,81	15 953,0	10,28	18 261,6	10,06	25 163,5	11,25	30 272,9	11,12
Муніципальний Уряд	7 378,0	39,62	11 784,4	41,51	35 930,5	42,40	59 549,6	38,36	63 021,8	34,70	85 441,8	38,19	102 559,9	37,66
Фонди соціального страхування	48,9	0,26	68,8	0,24	230,9	0,27	324,1	0,21	373,1	0,21	457,7	0,20	285,8	0,10
Приватний сектор	7 728,6	41,50	11 472,4	40,41	36 658,8	43,26	78 822,0	50,78	98 624,2	54,31	110 651,8	49,46	137 204,4	50,38
Інше приватне добровільне страхування	16,6	0,09	191,9	0,68	741,5	0,87	1 398,5	0,90	1 567,9	0,86	1 950,6	0,87	3 141,9	1,15
Витрати домогосподарств	7 174,5	38,53	10 611,0	37,38	34 234,7	40,40	75 711,1	48,78	94 951,3	52,29	106 154,5	47,45	131 376,2	48,24
Некомерційні організації, що обслуговують домашні господарства	5,6	0,03	3,0	0,01	15,0	0,02	17,8	0,01	20,2	0,01	26,1	0,01	55,0	0,02
Приватні фірми та корпорації	503,2	2,70	628,1	2,21	1 584,3	1,87	1 589,9	1,02	1 976,0	1,09	2 520,6	1,13	2 631,3	0,97
Лікарняні каси	28,7	0,15	38,4	0,14	83,2	0,10	104,7	0,07	108,8	0,06	0,0	0,00	0,0	0,00
Весь інший світ	85,4	0,46	91,0	0,32	221,8	0,26	570,8	0,37	1 314,2	0,72	2 011,8	0,90	2 011,8	0,74
Загальні витрати на охорону здоров'я	18 621,6	100,00	28 390,4	100,00	84 744,8	100,00	155 219,5	100,00	181 594,9	100,00	223 726,6	100,00	272 334,7	100,00

Додаток В

Фази переходу до стратегічного управління організацією

Характеристика фаз	Основні орієнтири
Фаза 1 Поточне управління «за відхиленнями»	Реагування на ситуацію, що склалася. Планування, зорієнтоване всередину організації, обмежується розробкою бюджетів і поточних планів. Домінування бюджетування та фінансового контролю як інструментів управлінського впливу
Фаза 2 Управління «від досягнутого»	Застосування елементів аналізу та контролю ситуації, що складається ззовні та в організації. Планування використовує екстраполяційне передбачення, перехід до довгострокового планування
Фаза 3 Управління «за цілями», з орієнтацією на зовнішнє середовище	Опанування «стратегічного мислення», націленого на зменшення впливу загроз на діяльність організації та використання шансів, що сприяють успіху організації. Планування – стратегічне, що містить «стратегічні відповіді» на дії конкурентів у категоріях «продукт – ринок»
Фаза 4 Стратегічне управління	Підготовка майбутнього та до майбутнього. Опанування стратегічної поведінки, механізмів впливу на середовище. Стратегічне планування пронизує всі підсистеми діяльності організації, передбачає їхню зміну на вимоги середовища, використовує всі досягнення зазначених раніше фаз. Використання розвинених систем стратегічного управління

Модель стратегічного планування, орієнтована на створення та підтримку конкурентоспроможності

