

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ
імені ВАДИМА ГЕТЬМАНА**

Інститут бізнес-освіти

Кафедра міжнародного менеджменту

галузь знань
спеціальність
спеціалізація

07 Управління та адміністрування
073 Менеджмент
Бізнес-адміністрування (у галузі охорони здоров'я)

Освітньо-професійна програма 8Е06 «Бізнес-адміністрування (у галузі охорони здоров'я)»

Форма навчання: заочна

КВАЛІФІКАЦІЙНА МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА
на тему: «Управління стратегічним розвитком закладу охорони здоров'я
(на прикладі ТОВ «Академічний медичний центр») »

студентки Яроцької Ірини Володимирівни _____

Науковий керівник: д.е.н., професор
_____ Столярчук Я. М.

Кваліфікаційна магістерська робота
допущена до захисту в
Екзаменаційній комісії з атестації
здобувачів вищої освіти

Завідувач кафедри: к.е.н., доцент
_____ Бурмака М. О.

Київ 2022

**Міністерство освіти і науки України
Київський національний економічний університет
імені Вадима Гетьмана
Інститут бізнес-освіти
Кафедра міжнародного менеджменту**

Галузь знань: 07 Управління та адміністрування

Спеціальність: 073 Менеджмент

Спеціалізація **Бізнес-адміністрування (у галузі охорони здоров'я)**

Освітньо-професійна програма: 8Е06 Бізнес-адміністрування у галузі охорони здоров'я

ПОГОДЖЕНО

Керівник проектної групи (гарант)
освітньо-професійної програми

Н.П.Москалюк

(підпис)

202__ р.

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

М.О.Бурмака

(підпис)

202__ р.

ІНДИВІДУАЛЬНЕ ЗАВДАННЯ

на підготовку кваліфікаційної магістерської роботи

**на тему: «Управління стратегічним розвитком закладу охорони здоров'я
(на прикладі ТОВ «Академічний медичний центр»)»**

Студентці II курсу Яроцька Ірина Володимирівна

Тему затверджено наказом ректора Університету «16» грудня 2021 р. № 1905-ст

**Кваліфікаційна магістерська робота виконується на матеріалах
Медичного центру ТОВ «Академічний медичний центр»**

**План кваліфікаційної магістерської роботи і терміни подання
розділів науковому керівникові**

Розділ 1. Теоретичні засади управління стратегічним розвитком процесами діяльності закладів охорони здоров'я

Розділ 2. Аналітична оцінка професійно-економічної діяльності медичного центру ТОВ «Академічний медичний центр»

Розділ 3. Стратегічні напрями масштабування та розширення послуг медичного центру ТОВ «Академічний медичний центр» в умовах реформування системи охорони здоров'я України

Об'єкт дослідження – процеси стратегічного розвитку медичного центру в умовах реалізації медичної реформи в Україні.

Предмет дослідження – інструменти та механізми управління стратегічним розвитком ТОВ «Академічний медичний центр» в умовах реформування системи охорони в Україні.

Мета дослідження: розкриття теоретичних засад управління стратегічного розвитку процесами розширення масштабування діяльності закладу охорони здоров'я, здійснення аналітичної оцінки професійно-економічної діяльності медичного центру ТОВ «Академічний медичний центр» та обґрунтування стратегічних напрямів розширення його послуг.

Конкретні завдання, які студент повинен виконати для досягнення поставленої мети:

У розділі 1: розкрити сутнісну характеристику системи управління стратегічним розвитком процесами діяльності компаній; узагальнити сучасний методичний інструментарій оцінки стратегічним розвитком діяльності бізнес-структур; розкрити глобальні тенденції розвитку національних систем охорони здоров'я; проаналізувати ключові напрями реалізації медичної реформи в Україні.

У розділі 2: розкрити особливості організаційно-управлінської структури медичного центру ТОВ «Академічний медичний центр»; оцінити матеріально-технічну базу послуг медичного центру; узагальнити номенклатуру медичних послуг ТОВ «Академічний медичний центр» та оцінити їх економічний ефект.

У розділі 3: проаналізувати структуру витрат на реалізацію проекту масштабування послуг медичного центру та джерела їх фінансування; обґрунтувати пріоритетні напрями реалізації клієнтоорієнтованого підходу при масштабуванні та розширенні послуг медичного центру; визначити напрями реалізації принципу соціальної відповідальності при масштабуванні та розширенні послуг медичного закладу.

Завдання підготував науковий керівник

д.е.н., проф. Столярчук Я. М.

«__» _____ 20__ р.

Завдання одержав студент

_____ Яроцька І.В.

«__» _____ 20__ р.

Реферат

Кваліфікаційна магістерська робота містить 112 сторінку, 12 таблиць, 9 рисунків, список літератури складається з 82 найменувань.

«Управління стратегічним розвитком закладу охорони здоров'я (на прикладі ТОВ «Академічний медичний центр»)»

Об'єктом дослідження є процеси управління стратегічним розвитком медичного центру в умовах реалізації медичної реформи в Україні.

Предметом дослідження є інструменти та механізми управління стратегічним розвитком ТОВ «Академічний медичний центр» в умовах реформування системи охорони в Україні.

Метою кваліфікаційної магістерської роботи є розкриття теоретичних засад управління стратегічним розвитком процесами розширення масштабування діяльності закладу охорони здоров'я, здійснення аналітичної оцінки професійно-економічної діяльності медичного центру ТОВ «Академічний медичний центр» та обґрунтування стратегічних напрямів розширення його послуг.

Для досягнення поставленої мети у дипломній роботі виділенні *завдання*:

- розкрити характеристику системи управління стратегічним розвитком медичного центру;
- узагальнити сучасний методичний інструментарій оцінки рівня масштабування діяльності бізнес-структур;
- розкрити основні тенденції розвитку національних систем охорони здоров'я;
- проаналізувати пріоритетні напрями реалізації медичної реформи в Україні;
- розкрити особливості організаційно-управлінської структури медичного центру ТОВ «Академічний медичний центр»;
- оцінити матеріально-технічну базу професійно-економічної діяльності медцентру;
- узагальнити номенклатуру медичних послуг ТОВ «Академічний медичний центр» та оцінити їх економічний ефект;
- проаналізувати структуру витрат на реалізацію проекту масштабування послуг медичного центру та джерела їх фінансування;
- обґрунтувати пріоритетні напрями реалізації клієнтоорієнтованого підходу при масштабуванні та розширенні послуг медичного центру;
- визначити напрями реалізації принципу соціальної відповідальності при масштабуванні та розширенні послуг медичного закладу.

За результатами роботи сформульовано практичні рекомендації щодо масштабуванні та розширенні послуг медичного центру в умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні.

Рік виконання дипломної роботи: 2021-2022 рр.

Рік захисту роботи: 2022 р.

В І Д З И В
на кваліфікаційну магістерську роботу
студента Інституту бізнес-освіти освітньо-професійної програми «Бізнес-
адміністрування у галузі охорони здоров'я»
Яроцької Ірини Володимирівни на тему:
«Управління стратегічним розвитком закладу охорони здоров'я (на
прикладі ТОВ «Академічний медичний центр») »

1. Актуальність теми: обумовлена необхідністю комплексного дослідження апробованого у міжнародній практиці функціонування закладів охорони здоров'я інструментарію масштабування медичних послуг.

2. Що є позитивного в роботі: у роботі на основі теоретичного дискурсу розкрито сутнісну характеристику системи управління процесами масштабування діяльності компаній, узагальнено сучасний методичний інструментарій оцінки рівня диверсифікації діяльності бізнес-структур, розкрити глобальні тенденції розвитку світової системи охорони здоров'я, а також проаналізовано ключові напрями реалізації медичної реформи в Україні.

3. Наявність самостійних розробок автора, наукова новизна: у роботі розкрито ключові особливості організаційно-управлінської структури медичного центру ТОВ «Академічний медичний центр», оцінено його матеріально-технічну базу, а також розкрито номенклатуру послуг медичного центру та оцінено їх економічний ефект.

4. Практична цінність висновків і рекомендацій: сформульовані автором висновки і рекомендації щодо акредитації медичного закладу, масштабування послуг та розвитку телемедицини слугують науковою базою для переведення вітчизняних закладів охорони здоров'я на міжнародні стандарти.

5. Наявність недоліків: у роботі недостатньою мірою розкриваються питання щодо фінансових джерел масштабування послуг медичного центру ТОВ «Академічний медичний центр».

6. Загальна оцінка магістерської дипломної роботи та її допущення до захисту перед ЕК (0-70 балів): робота виконана на високому теоретичному і методологічному рівнях, відповідає усім нормативним вимогам і допускається до захисту перед Екзаменаційною комісією з оцінкою 65 балів.

Науковий керівник: д.е.н., професор, завідувач кафедри міжнародної економіки.

Столярчук Я. М.

« »

2022 р.

РЕЦЕНЗІЯ

на кваліфікаційну магістерську роботу
студента Інституту бізнес-освіти освітньо-професійної програми
"Бізнес-адміністрування у галузі охорони здоров'я"
Яроцької Ірини Володимирівни

на тему: **«Управління стратегічним розвитком закладу охорони здоров'я
(на прикладі ТОВ «Академічний медичний центр»)»**

Тема кваліфікаційної магістерської роботи є актуальною на сучасному етапі розвитку медицини, зокрема, галузі приватних медичних послуг. Зміст роботи повністю відповідає заявленій темі.

Завдання, поставлені у даній кваліфікаційній магістерській роботі, вирішені повністю у повному обсязі. Матеріали роботи розкривають основні проблеми, обумовлені необхідністю стратегічних впроваджень з метою масштабування медичних послуг медичного центру. Розкриті особливості організаційно-управлінської структури медичного центру ТОВ «Академічний медичний центр»; оцінено матеріально-технічну базу послуг медичного центру; узагальнено номенклатуру медичних послуг ТОВ «Академічний медичний центр» та оцінено їх економічний ефект.

Проаналізовано структуру витрат на реалізацію проекту масштабування послуг медичного центру та джерела їх фінансування; обґрунтовано пріоритетні напрями реалізації клієнтоорієнтованого підходу при масштабуванні та розширенні послуг медичного центру; визначено напрями реалізації принципу соціальної відповідальності при масштабуванні та розширенні послуг медичного закладу.

Основними досягненнями кваліфікаційної магістерської роботи є глибокий аналіз позиції клініки на ринку, всебічний аналіз її конкурентного становища, зовнішнього та внутрішнього середовища; наведення великого обсягу розрахунків, які аргументують вибір напрямку стратегії; виявлення потенційних ризиків запропонованих. Недоліків роботи не виявлено.

В цілому, кваліфікаційна магістерська робота Яроцької І.В. є завершеним самостійним дослідженням та має право на захист перед атестаційною комісією з оцінкою «відмінно».

Рецензент

Науково-медичний керівник
ТОВ «Академічний медичний
центр», магістр державного
управління, д.мед.н, професор
(посада)

(підпис) Яроцький М.Є.
(ініціали, прізвище)

ТОВ «Академічний медичний
центр»
(місце роботи)

« » _____ 2022

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ СТРАТЕГІЧНИМ РОЗВИТКОМ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	7
1.1. Загальна характеристика системи управління стратегічним розвитком процесами діяльності компаній	7
1.2. Сучасний методичний інструментарій оцінки рівня масштабування діяльності бізнес-структур	26
1.3. Основні тенденції розвитку національних систем охорони здоров'я	35
1.4. Пріоритетні напрями реалізації медичної реформи в Україні	47
РОЗДІЛ 2. АНАЛІТИЧНА ОЦІНКА ПРОФЕСІЙНО-ЕКОНОМІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОГО ЦЕНТРУ ТОВ «АКАДЕМІЧНИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР»	60
2.1. Організаційно-управлінська структура медичного закладу	60
2.2. Матеріально-технічна база професійно-економічної діяльності ТОВ «Академічний медичний центр»	63
2.3. Характеристика рівня конкурентоспроможності медичного центру ТОВ «Академічний медичний центр».....	77
РОЗДІЛ 3. СТРАТЕГІЧНІ НАПРЯМИ МАСШТАБУВАННЯ ПОСЛУГ МЕДИЧНОГО ЦЕНТРУ ТОВ «АКАДЕМІЧНИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР» В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.....	88
3.1. Структура витрат на реалізацію проекту масштабування послуг медичного центру та джерела їх фінансування	88
3.2. Пріоритетні напрями реалізації клієнтоорієнтованого підходу при масштабуванні послуг	93
3.3. Реалізація принципу соціальної відповідальності при масштабуванні послуг медичного закладу	102
ВИСНОВКИ	109
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	113

ВСТУП

Актуальність теми. Загальне макрофіскальне середовище України та стан розвитку економіки залишаються складними. Через повільні темпи зростання ВВП існує відчутний дефіцит бюджету охорони здоров'я, що не дозволяє суттєво збільшити капітальні інвестиції у розбудову спроможної мережі. Для подальшої трансформації мережі закладів та забезпечення всеохопного покриття населення послугами охорони здоров'я важлива політична підтримка та стабільність дотримання визначеного курсу трансформації. Забезпечення загальної стабільності бюджету на охорону здоров'я та його зростання буде ключовим фактором для подальшого впровадження реформ системи охорони здоров'я. Фінансування системи охорони здоров'я як пріоритету держави має бути захищене в межах бюджету. У 2016 році Уряд України визначив пріоритетом трансформацію своєї системи охорони здоров'я для поліпшення індикаторів здоров'я населення України та забезпечення фінансового захисту громадян від катастрофічних грошових витрат з власних кишень. Трансформація відбувається за рахунок підвищення ефективності, модернізації застарілої системи та поліпшення доступу до медичного обслуговування кращої якості. Загальна стратегія передбачала першочергово зосередити увагу на змінах у фінансуванні охорони здоров'я, щоб каталізувати зміни в наданні послуг, а також використовувати сучасні електронні рішення як акселератор розвитку. Після розробки та затвердження стратегії Кабінетом Міністрів України, Верховна Рада прийняла новий закон про фінансування охорони здоров'я (Закон “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення”). Була створена Національна служба здоров'я України (НСЗУ), щоб розпочати стратегічні закупівлі медичних послуг відповідно до гарантованого державою пакету.

Наслідки застарілої системи охорони здоров'я обумовлює об'єктивну необхідність її заміни на більш ефективну модель, здатну органічно поєднати державний і приватний сегменти медицини, забезпечити результативну

комерціалізацію вітчизняного медичного сектору, динамічний розвиток страхової медицини, а також глибоку інтеграцію українського ринку медичних послуг у глобальний ринок тощо.

Серед наукових праць, що містять найбільш глибоке розроблення питань щодо методології дослідження ролі і місця охорони здоров'я у глобальній системі відтворення людського капіталу, теоретичних і практичних питань щодо фінансування національних систем охорони здоров'я, комплексної характеристики медичних послуг, генезису й еволюції теорій людського капіталу, розкриття сутності здоров'я як економічної і політичної категорії, обґрунтування диспозиції системи охорони здоров'я у парадигмі сталого розвитку, функціонування національних ринків медичних послуг, товарної і географічної структури глобального ринку послуг охорони здоров'я, слід відзначити наукові праці А. Бабкіна, В. Баранова, М. Бокова, Г. Беккера, К. Бендукідзе, С. Бразовського, Дж. Вайсброта, П. Герасимова, С. Гріна, О. Грішнєвої, О. Длугопольського, О. Драчової, М. Ексуорфі, І. Іринчиної, Г. Карпової, Н. Ланта, О. Лютак, Н. Роуза, Р. Сміта, Я. Столярчук, М. Танера, М. Хоровіца, Т. Шульца, А. Уолберга, О. Устінова, О. Хорозова, А. Шрайнера та багатьох інших.

Разом з тим, недостатньо розробленою у науковій літературі та практичній діяльності залишається проблематика щодо диверсифікації послуг закладів охорони здоров'я України в умовах реалізації загальнонаціональної медичної реформи. Саме це й обумовило вибір теми кваліфікаційної магістерської роботи, її мету і завдання, об'єкт і предмет.

Об'єктом дослідження є процеси управління стратегічним розвитком медичного центру в умовах реалізації медичної реформи в Україні.

Предметом дослідження є інструменти та механізми управління стратегічним розвитком ТОВ «Академічний медичний центр» в умовах реформування системи охорони в Україні.

Метою кваліфікаційної магістерської роботи є розкриття теоретичних засад управління стратегічним розвитком процесами розширення масштабування діяльності закладу охорони здоров'я, здійснення аналітичної оцінки професійно-економічної діяльності медичного центру ТОВ «Академічний медичний центр» та обґрунтування стратегічних напрямів розширення його послуг.

Для досягнення поставленої мети у дипломній роботі виділенні *завдання*:

- розкрити характеристику системи управління стратегічним розвитком медичного центру;
- узагальнити сучасний методичний інструментарій оцінки рівня масштабування діяльності бізнес-структур;
- розкрити основні тенденції розвитку національних систем охорони здоров'я;
- проаналізувати пріоритетні напрями реалізації медичної реформи в Україні;
- розкрити особливості організаційно-управлінської структури медичного центру ТОВ «Академічний медичний центр»;
- оцінити матеріально-технічну базу професійно-економічної діяльності медцентру;
- узагальнити номенклатуру медичних послуг ТОВ «Академічний медичний центр» та оцінити їх економічний ефект;
- проаналізувати структуру витрат на реалізацію проекту масштабування послуг медичного центру та джерела їх фінансування;
- обґрунтувати пріоритетні напрями реалізації клієнтоорієнтованого підходу при масштабуванні та розширенні послуг медичного центру;
- визначити напрями реалізації принципу соціальної відповідальності при масштабуванні та розширенні послуг медичного закладу.

За результатами роботи сформульовано практичні рекомендації щодо масштабуванні та розширенні послуг медичного центру в умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні.

Методи дослідження. Теоретична і методологічна основа проведених у кваліфікаційній магістерській роботі досліджень базується на застосуванні загальнонаукових та спеціальних методів наукового пізнання. Вони включають методи наукової абстракції, діалектичний метод, системно-структурний аналіз економічних процесів та явищ, системний й інституційний підходи, аналіз та синтез, закони формальної логіки, метод кількісного та якісного порівнянь, метод експертних оцінок та прогнозний, а також статистичний та графічний методи.

Джерельною та статистичною базою кваліфікаційної магістерської роботи є фундаментальні та прикладні дослідження, теоретичні узагальнення, ідеї і положення, розкриті в працях вітчизняних і зарубіжних авторів у предметній області теорії і практики функціонування національних систем охорони здоров'я. При написанні роботи були використані офіційні довідкові матеріали вітчизняної та зарубіжної статистики, міжнародних профільних організацій (Групи Світового банку, Всесвітньої організації охорони здоров'я, Світової організації торгівлі, ОЕСР та ін.), статистичні дані Державної служби статистики України і Міністерства охорони здоров'я України, оперативні дані та звітність медичного центру ТОВ «Академічний медичний центр» та ін.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ СТРАТЕГІЧНИМ РОЗВИТКОМ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутність та ключові компоненти управління стратегічним розвитком підприємства

Сучасна теорія і практика управління підприємствами сформувалась на принципах і засадах стратегічного управління, під яким розуміють багатоплановий, формально-поведінковий управлінський процес, спрямований на формулювання та реалізацію ефективних стратегій, що забезпечують збалансування відносин між організацією та зовнішнім середовищем, а також досягненню встановлених цілей [1, 2, 79].

Не випадково, що центральною категорією у теорії стратегічного управління є поняття «стратегія», яке тісно взаємопов'язане з такими близькими за змістом категоріями, як «політика», «місія», «стратегічні цілі», «потенціал», «конкурентоспроможність». Тож, з точки зору методології, необхідно визначити місце і роль стратегії в управлінні підприємством та її взаємозв'язок із вказаними одно порядковими категоріями.

Хоча категорія «стратегія» вперше була запроваджена у науковий обіг та практику управління на початку 1950-х років, однак концептуальні засади стратегічного розвитку компаній були розроблені лише у 1960-х роках в роботах А.Чандлера, К. Ендрюса, І. Ансоффа, Г. Мінцберга та М. Портера. Узагальнення існуючих концепцій стратегічного розвитку дозволяє виокремити три основні підходи до визначення змісту категорії «стратегія».

Що стосується першого підходу, то він ґрунтується на трактуванні стратегії як засобу досягнення довгострокових цілей підприємства [5, 80], що є класичним визначенням терміна. Так, згідно теорії А. Чандлера, стратегія — це визначення основних довгострокових цілей і завдань підприємства, визначення курсу дій і розподіл ресурсів, необхідних для їх досягнення [32]. У свою чергу, Б. Карлоф визначив стратегію як узагальнюючу модель дій, необхідних для досягнення встановлених цілей шляхом координації і розподілу ресурсів компанії [4], а вітчизняний вчений Кредісов А. поняття «стратегія» трактує як комплекс довгострокових цілей і план найбільш ефективного розподілу ресурсів для їх досягнення [33]. Отже, згідно з даним підходом процес розробки стратегії охоплює процес цілеутворення і стратегія уявляється як засіб координації цілей і ресурсів.

Цей підхід аргументований тим, що формулювання стратегічних цілей підприємства невід’ємно пов’язане з розробкою шляхів їх досягнення. Тож в подібному визначенні стратегія трактується як план або модель дій компанії з метою досягнення та утримання стійких конкурентних переваг на ринку. І саме такий підхід на сьогодні широко використовується в науці управління.

Другий підхід до визначення змісту терміна стратегії заснований на розгляді стратегії як набору правил прийняття рішень [38, 81]. За І. Ансоффом, «стратегія - один з декількох наборів правил прийняття рішення щодо поведінки організації» [4]. Так, І. Ансофф виділяє чотири групи правил: правила встановлення відносин підприємства із зовнішнім середовищем; правила встановлення відносин і процесів всередині підприємства; правила ведення поточних справ; засоби вимірювання результатів сьогоденної і майбутньої діяльності компанії.

Виходячи з такого методологічного засновку стратегія являє собою сукупність правил для прийняття рішень з метою забезпечення стійкого зростання і розвитку підприємства. При цьому виокремлюються дві групи правил: правила взаємовідносин підприємства з зовнішнім середовищем

(стратегія бізнесу) і правила встановлення рівноваги між власними внутрішніми змінними (організаційна концепція).

Особливість даного підходу до визначення змісту стратегії полягає в тому, що у визначенні стратегії наголошується на її всеосяжному характері, оскільки означені правила передбачають розв'язання проблем розвитку підприємства, забезпечення збалансованості його діяльності як у зовнішньому, так і у внутрішньому середовищі.

І, нарешті, третім підходом до трактування змісту категорії «стратегія» є комплексний підхід [22, 38, 81], згідно з яким стратегія - це не тільки засіб досягнення цілей і здійснення місії, це - програма функціонування підприємства в зовнішньому середовищі, взаємодії з конкурентами, задоволення клієнтів, реалізації інтересів акціонерів, зміцнення конкурентних позицій підприємства.

Так, англійські вчені Дж. Джонсон та К. Скуле [2] розглядають стратегію як напрям і масштаб дій у довгостроковому плані, що в ідеалі приводить ресурси компанії у відповідність до мінливого середовища функціонування (ринки, споживачі і клієнти) таким чином, щоб компанія відповідала очікуванням власників часток участі в ній.

Отже, класичним визначенням стратегії сучасності є її розуміння як загального напрямку дій, які визначають перспективний розвиток підприємства щодо досягнення конкурентних переваг та успіху діяльності. Комплексний підхід до визначення стратегії приводить до думки, що стратегія підприємства має багатофункціональний характер. Крім того, в сучасних трактуваннях стратегії акцентується увага на таких особливостях, як тривалість дій; застосування як інструменту реакції на непередбачувані події в умовах конкуренції та активної взаємодії із зовнішнім оточенням, а також створенні унікальної позиції підприємства на ринку шляхом вибору видів діяльності, відмінних від конкурентів.

Узагальнення методичних підходів до впровадження системи стратегічного управління на підприємстві неможливий без розуміння її

сутності та складових. При перегляді доступної літератури виявлено наступне, що науковці здебільшого розглядають стратегічне управління як замкнений управлінський процес, який направлений на досягнення місії та цілей організації.

Зокрема стратегічне управління трактується як:

- процес формування цілей організації та процес управління для їхнього досягнення;
- процес управління з метою здійснення місії організації за допомогою управління взаємодією організації з оточенням;
- багатоплановий формально-поведінковий управлінський процес, який допомагає формувати та виконувати ефективні стратегії, що сприяють балансуванню відносин між організацією та зовнішнім середовищем, а також досягненню встановлених цілей;
- динамічний процес аналізу, вибору стратегії, планування, забезпечення і реалізації розроблених планів організацією, що полягає у повторювальному циклі реалізації її основних завдань (етапів);
- процес прийняття та здійснення стратегічних рішень, центральною ланкою якого є стратегічне планування, засноване на порівнянні ресурсного потенціалу організації з можливостями і загрозами зовнішнього середовища, у якому вона діє;
- процес визначення та встановлення зв'язків організації з її оточенням, які формуються в процесі реалізації обраних цілей, способи досягти бажаного стану взаємин з оточенням за рахунок такого розподілу ресурсів, що дозволяє ефективно та результативно діяти організації та її підрозділам;
- процес оцінки зовнішнього середовища, формулювання організаційних цілей, прийняття рішень, їхня реалізація та контроль, сфальсифіковані на досягнення цілей та майбутнім зовнішнім середовищем організації [37, с. 20].

Як видно з даних визначень, ідея процесного підходу є досить популярною серед багатьох зарубіжних науковців, а також її підтримують і деякі українські дослідники. Такий підхід представляє модель менеджменту у

вигляді процесу, який можна визначити як множину взаємопов'язаних видів діяльності, спрямованих на досягнення важливого для організації результату.

Стратегічне управління – це перш за все складна система, у якій відбуваються процеси аналізу, розробки, реалізації та контролю стратегій, направлених на досягнення місії та цілей функціонування організації. Окрім того, згідно визначення С.А.Попова – «це високопрофесійна управлінська діяльність зі своєю власною структурною спеціалізацією». Таким чином, процес є одним із динамічних елементів, складовою частиною та основою загальної системи стратегічного управління на підприємстві як циклічної професійної діяльності, що має власну, достатньо складну структуру та різні напрямки внутрішньої спеціалізації.

Слід виділити такі основні складові системи стратегічного менеджменту, як суб'єкт та об'єкт. Відповідно об'єктом стратегічного управління є потенціал підприємства, що включає трудові, матеріальні, фінансові, інформаційні ресурси, залучені в господарську діяльність підприємства і які здатні визначити конкурентоспроможність підприємства в довгостроковому періоді. А об'єктом управління слід вважати вищу, іноді середню ланку управління підприємством, спроможну сформулювати, розробити і реалізувати стратегію розвитку. Проте слід також враховувати, що об'єктом системи стратегічного управління є також і система взаємозв'язків між організацією та оточенням, які дозволяють їй досягати своїх цілей, відповідають її внутрішнім можливостям і дозволяють залишатися сприйнятливою до зовнішніх викликів.

Стратегічне управління, як і будь-який інший складний компонент менеджменту, має свою модельну побудову. Безпосереднє модельне розуміння стратегічного менеджменту слід починати з первісного уявлення про стратегічне мислення.

У ході розвитку теорії стратегії виробила багато різних моделей стратегічного менеджменту. Найбільш відомі з них запропоновані Дж. Томпсоном, Ф.Девідом, Р. Лінчем, С. Поповим та, по-суті, в синтезованому

вигляді є відображенням єдиного підходу до розуміння моделі стратегічного управління (79, 80].

Відповідно до цього підходу, найбільш узагальненими є наступні чотири етапи, або фази, управління стратегічним розвитком підприємства:

- стратегічний аналіз;
- розробка стратегії (стратегічний синтез-розвиток);
- реалізація стратегії;
- стратегічний контроль.

Слід відзначити, що дана модель характеризує управління стратегічними розвитком організації як органічну систему, в якій усі елементи (підсистеми) є взаємопов'язаними, взаємодоповнюючими та взаємозалежними. Тож будь-які зміни в тому чи іншому елементі системи управління викликають виникнення ланцюгової реакції усієї системи в цілому.

У рамках даної моделі управління стратегічним розвитком компанії являє собою безперервний і достатньо динамічний процес, який сприяє оптимальному розподілу високопрофесійної і раціональної спеціалізованої управлінської діяльності по всій структурі організації і, відповідно, по всій системі стратегічного управління.

Виходячи з цього, управління стратегічним розвитком підприємства можна розглядати як динамічну сукупність взаємозалежних управлінських процесів, які логічно впливають один з іншого (рис. 1.1). Проте існує стійкий зворотній зв'язок і відповідно обернений вплив кожного процесу на інші і на всю їхню сукупність. Це є важливою особливістю структури стратегічного управління. Розглянемо коротко зміст кожного з процесів.

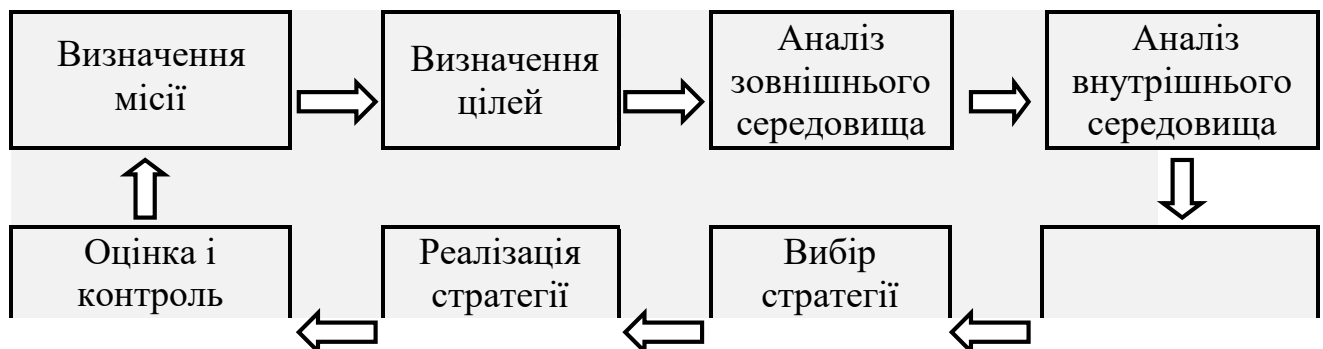




Рис. 1.1. Процес стратегічного управління

Що стосується *визначення місії і цілей фірми*, то дані елементи необхідні для розуміння того, навіщо функціонує фірма і до чого вона прагне. Визначення місії і цілей складається з трьох підпроцесів, кожний із яких потребує великої та відповідальної роботи. Перший підпроцес - визначення місії фірми, що у концентрованій формі виражає сенс існування фірми, її призначення. Далі йде підпроцес визначення довгострокових цілей. І завершується ця частина стратегічного управління підпроцесом короткострокових цілей.

Місія — це сформульована вищим керівництвом і оприлюднена загальна стратегічна ціль організації, зміст її існування з точки зору інтересів суспільства.

Місія підприємства повинна бути виражена в порівняно простих визначеннях і в зручній для сприйняття формі. В її основі повинні лежати задачі задоволення інтересів і запитів споживачів через ринок, наявність чіткої відповіді на запитання чому споживачі будуть віддавати перевагу товарам та послугам даної, а не іншої фірми.

Цілі — це конкретний кінцевий стан або бажаний результат, якого прагне досягти організація (яка складається з групи людей, які працюють разом).

Цілі розробляються керівництвом в процесі планування і оголошуються працівникам – виконавцям. Це координує роботу всієї організації та осмислює роботу кожного її працівника.

Наступним компонентом системи управління стратегічним розвитком підприємства є *аналіз середовища*, який вважається вихідним процесом стратегічного управління, тому що забезпечує базу для визначення як місії і

цілей фірми, так і для опрацювання стратегій поведінки, що дозволяють фірмі виконати місію і досягти своїх цілей.

Аналіз середовища передбачає вивчення зовнішнього і внутрішнього середовища функціонування компанії. Оскільки будь-яка організація завжди функціонує в певному середовищі, то кожна його дія можлива лише в тому випадку, якщо середовище допускає її здійснення. Зовнішнє середовище є джерелом, яке постачає організацію ресурсами необхідними для підтримання її внутрішнього потенціалу на відповідному рівні. Організація знаходиться в стані постійного обміну із зовнішнім середовищем, забезпечуючи тим самим собі можливість виживання. Але ресурси зовнішнього середовища не безмежні і на них претендує багато інших організацій, які знаходяться в тому ж самому середовищі. Тому завжди існує можливість того, що організація не зможе отримати необхідні ресурси із зовнішнього середовища. Це може послабити її потенціал і призвести до багатьох негативних для організації наслідків. Завдання стратегічного управління полягає в забезпеченні такої взаємодії організації з середовищем, яка б дозволила їй підтримувати її потенціал на рівні, який є необхідним для досягнення її цілей, і тим самим давала б їй можливість виживання в довгостроковій перспективі.

Зовнішнє середовище в стратегічному управлінні розглядають як сукупність двох відносно самостійних підсистем: макросередовища та безпосереднього середовища.

Макросередовище — це сукупність факторів, які формують довгострокову прибутковість організації підприємства і на які організація підприємства не може впливати взагалі або має незначний вплив.

Аналіз макросередовища включає вивчення впливу таких компонентів середовища, як стан економіки; правове регулювання; політичні процеси; соціальна складова суспільства; технологічний розвиток суспільства.

Одним із загальновизнаних методів аналізу поточної ситуації підприємства є SWOT-аналіз. SWOT – матриця є засобом узагальнення стратегічних чинників підприємства. Дана матриця ілюструє, як зовнішні

сприятливі можливості і загрози можуть бути зіставлені з внутрішніми силами і слабостями конкретного підприємства. На основі цього генеруються стратегічні альтернативи, що враховують чотири набори стратегічних чинників.

Після того як визначена місія і цілі, настає етап *аналізу і вибору стратегії*. Визначення стратегії для фірми принципово залежить від конкретної ситуації, у якій знаходиться фірма. Проте існують деякі загальні підходи до формулювання стратегії і деякі загальні рамки, у які вписуються стратегії.

При визначенні стратегії фірми керівництво задається трьома основними питаннями, які впливають з її положення на ринку:

- який бізнес припинити (лідерством у мінімізації витрат);
- який бізнес продовжити (стратегія пов'язана зі спеціалізацією продукції);
- у який бізнес перейти (визначення стратегії ставиться до фіксації визначеного сегмента ринку і концентрації зусиль фірми на обраному ринковому сегменті).

Процес вибору стратегії включає такі основні кроки:

- з'ясування поточної стратегії (дуже важливо тому, що не можна приймати рішення з приводу майбутнього, не маючи чіткого уявлення з приводу того, у якому стані знаходиться організація і які стратегії вона реалізує);
- аналіз портфеля продукції (за допомогою аналізу портфеля продукції можуть бути збалансовані такі найважливіші чинники бізнесу, як ризик, надходження грошей, відновлення і відмирання);
- вибір стратегії фірми й оцінка обраної стратегії (здійснюється керівництвом на основі аналізу ключових чинників, що характеризують стан фірми, з врахуванням результатів аналізу портфеля продукції, а також характеру і сутності реалізованих стратегій).

Ведучі, сильні фірми повинні прагнути до максимального використання можливостей, породжуваних їхнім лідируючим положенням, і до зміцнення цього положення. При цьому важливо шукати можливості розгортання бізнесу в нових для фірми галузях, що володіють великими задатками для росту. Лідируючі фірми в залежності від стану галузі повинні вибирати різноманітні стратегії росту. Так, наприклад, якщо галузь йде до спаду, то варто робити ставку на стратегії диверсифікації, якщо галузь бурхливо розвивається, то вибір стратегії росту повинний припадати на стратегію концентрованого або інтегрованого росту.

Слабкі компанії повинні поводитися по-іншому. Вони мають вибирати ті стратегії, що можуть призвести до збільшення їхньої сили. Якщо таких стратегій немає, то вони повинні покинути дану галузь. Наприклад, якщо спроби посилити свої позиції в галузі, що швидко розвивається, за допомогою стратегій концентрованого росту не призведуть до бажаного стану, фірма повинна реалізувати одну зі стратегій скорочення.

Цілі фірми надають унікальність і оригінальність вибору стратегії стосовно до кожної конкретної фірми. У цілях відбито те, до чого прагне фірма. Якщо, наприклад, цілі не припускають інтенсивного росту фірми, то і не можуть бути вибрані відповідні стратегії росту, навіть незважаючи на те, що для цього є всі передумови як на ринку, у галузі, так і в потенціалі фірми.

Інтереси і відношення вищого керівництва мають дуже велике значення у виборі стратегії розвитку фірми. Наприклад, бувають випадки, коли вище керівництво не хотіло переглядати раніше прийняті їм рішення, навіть якщо і для організації появились нові перспективи. Керівництво може ризикувати, а може, навпаки, прагнути будь-якими засобами уникати ризику. І це відношення може бути вирішальним у виборі стратегії розвитку. Наприклад, відношення вищого керівництва до ризику відіграє ключову роль у виборі стратегії розробки нового продукту або освоєння нових ринків. Особисті симпатії або антипатії з боку керівників також можуть дуже сильно впливати на вибір стратегії. Наприклад, може бути узятий курс на диверсифікацію,

шляхом поглинання іншої фірми виходячи тільки з того, щоб звести особисті рахунки або довести щось визначеним особам.

Фінансові ресурси фірми також істотно впливають на вибір стратегії. Будь-які зміни в поведінці фірми, такі як вихід на нові ринки, розробка нового продукту і перехід у нову галузь, потребують великих фінансових витрат. Тому при виборі стратегій поведінки фірми, що мають великі фінансові ресурси або володіють легким доступом до них, знаходяться в набагато кращому положенні і мають для вибору набагато більшу кількість варіантів стратегій ніж фірми із дуже обмеженими фінансовими можливостями.

Відповідність обраної стратегії потенціалу і можливостям фірми. В даному випадку оцінюється те, наскільки обрана стратегія ув'язана з іншими стратегіями, чи відповідає стратегія можливостям персоналу, чи дозволяє існуюча структура успішно реалізувати стратегію, чи вивірена програма реалізації стратегії в часу та ін.

Що стосується *реалізації стратегії*, то її виконання є важливим процесом, тому що саме він у випадку успішного здійснення призводить фірму до досягнення поставлених цілей. Дуже часто спостерігаються випадки, коли фірми не в змозі здійснити обрану стратегію. Це буває тому, що або невірно був проведений аналіз і зроблені хибні висновки, або тому, що відбулися непередбачені зміни в зовнішньому середовищі. Проте часто стратегія не виконується і тому, що керівництво не може належно включати наявний у фірми потенціал для реалізації стратегії. Особливо це стосується використання трудового потенціалу.

Аналіз діяльності фірм, що успішно реалізували свої стратегії, показує, що вони у своїй діяльності користувались такими правилами. По-перше, цілі, стратегії і плани були добре доведені до робітників для того, щоб домогтися з їхньої сторони як розуміння того, що робить фірма, так і неформального їх залучення в процес реалізації стратегій, зокрема домогтися в співробітників зобов'язань перед фірмою по реалізації стратегії.

По-друге, керівництво не тільки своєчасно забезпечувало надходження всіх необхідних для реалізації стратегії ресурсів, але і мало план реалізації стратегії у вигляді цільових настанов і фіксувало досягнення кожної цілі.

У процесі реалізації стратегій кожний рівень керівництва вирішує свої визначені завдання і здійснює закріплені за ним функції. У даному випадку процес реалізації стратегій розглядається як складова стратегічного управління. Тому зупинимося на вивченні цього процесу тільки з позицій вищого рівня керівництва, що є суб'єктом стратегічного управління. Тому що вище керівництво повинне привести фірму до досягнення цілей за допомогою відповідної реалізації стратегій, його діяльність на стадії реалізації стратегій може бути подана у виді п'ятих послідовних етапів.

Перший етап - поглиблене вивчення стану середовища, цілей і розроблених стратегій. На даному етапі вирішуються такі основні задачі:

- остаточне з'ясування сутності визначених цілей, вироблених стратегій, їхньої коректності і відповідності одна одній, а також стану середовища. За допомогою цього дається кінцеве схвалення реалізації стратегій. При цьому можливі коригування, якщо відбулися зміни в середовищі, а також у тому випадку, якщо виявлені хиби в раніше проведеному аналізі цілей і стратегій;

- більш широке доведення ідей стратегій і змісту цілей до співробітників фірми з метою підготування ґрунту для посилення залучення співробітників у процес реалізації стратегій.

Другий етап проявляється в тому, що вище керівництво повинно прийняти рішення по ефективному використанню наявних у фірми ресурсів. На цьому етапі проводиться оцінка ресурсів, приймаються рішення по їхньому розподілу, а також по створенню умов для залучення співробітників у процес реалізації стратегій. Важливою задачею є приведення ресурсів у відповідність із реалізованими стратегіями. Для цього складаються спеціальні програми, виконання котрих повинно сприяти розвитку ресурсів. Наприклад, це можуть бути програма підвищення кваліфікації співробітників.

На третьому етапі вище керівництво приймає рішення з приводу організаційної структури. З'ясовується відповідність наявної організаційної структури до реалізації стратегії і, якщо це необхідно, вносяться відповідні зміни в організаційну структуру фірми.

Четвертий етап складається в проведенні необхідних змін у фірмі, без котрих неможливо приступити до реалізації стратегії. Проблема змін винятково тонка, складна і хвороблива. Зміни не можуть бути проведені без урахування об'єктивних чинників. Часто потрібно декілька років для того, щоб провести серйозну зміну на фірмі. Наприклад, фірма «Ксерокс» витратила два роки тільки на розробку плану зміни свого бізнес - стилю, що відповідає орієнтації на технологію [4, 5].

При роботі над питанням змін дуже важливо не тільки зосереджувати увагу на тому, для чого робиться зміна, до чого воно повинне призвести, що і як варто змінити, але також і на тому, як зміна буде сприйнята, які сили й у якій формі будуть перешкоджати їй, який повинний бути обраний стиль проведення зміни і якими методами воно повинне здійснюватися. Тому для успішного проведення змін вище керівництво повинне незалежно від типу, сутності й зміни скласти сценарій можливого опору змінам; провести дії з метою ослаблення опору змінам; усунути або зменшити до мінімуму реальний опір; закріпити проведену зміну.

П'ятий етап участі вищого керівництва в реалізації стратегії полягає в тому, що воно проводить перегляд плану здійснення стратегії в тому випадку, якщо цього настійно потребують обставини. При цьому необхідно уникати змін плану тільки при появі будь-яких нових обставин. Новий план може бути прийнятий тільки тоді, коли він передбачає одержання вигод, помітно більших, ніж ті, що будуть отримані при здійсненні реалізованого стратегічного плану.

При контролі виконання стратегій ці задачі набувають цілком визначеної специфіки, обумовленої тим, що стратегічний контроль спрямований на з'ясування того, якою мірою реалізація стратегії призводить до досягнення

цілей фірми. Це принципово відрізняє стратегічний контроль від управлінського або оперативного контролю, тому що його не цікавить слушність виконання стратегічного плану, слушність здійснення стратегії або слушність виконання окремих робіт, функцій і операцій, тому що він сфокусований на тому, чи можливо надалі реалізовувати прийняті стратегії і чи призведе їхня реалізація до досягнення поставлених цілей. Коригування за результатами стратегічного контролю може стосуватися як стратегій, так і цілей фірми.

Планування стратегії – вид управлінської діяльності, що потребує значних зусиль і витрат часу. Головна ж умова ефективного функціонування системи стратегічного планування – це постійна увага до нього з боку вищого керівництва, уміння їх довести необхідність планування, залучити до розробки і реалізації стратегії широке коло співробітників. Ця увага особливо важлива на першій стадії впровадження системи планування в організації.

Пріоритетним напрямком стратегії організації є розробка і випуск нових видів продукції, тому що воно визначає всі інші напрямки її розвитку. Головна увага приділяється розробці стратегії інновації і заходів, спрямованих на її реалізацію.

Розробка стратегії організації - не самоціль стратегічного планування. Ця складна і трудомістка робота набуває сенсу, якщо стратегія надалі успішно реалізується. Для того щоб контролювати процес реалізації стратегії і бути впевненими в досягненні поставлених цілей, керівники організації змушені розробляти плани, програми, проекти і бюджети, мотивувати процес, тобто управляти ним.

Різні підходи до побудови системи стратегічного управління потребують чіткого уявлення про переваги цього явища в діяльності окремих підприємств. Американський фахівець І.Ансофф, наприклад, розглядає такі варіанти побудови стратегічного управління: «управління за допомогою вибору стратегічних позицій», «управління ранжируванням стратегічних задач»,

«управління на основі врахування «слабких сигналів», «управління в умовах стратегічних несподіванок» [30].

Реалізація концепції стратегічного управління організацією можлива лише тоді, коли організація є стратегічно орієнтованою. Стратегічно орієнтована організація - це така організація, в якій персонал має стратегічне мислення, застосовується система стратегічного планування, що дає змогу розробляти та використовувати інтегровану систему стратегічних планів, і поточна, повсякденна діяльність, підпорядкована досягненню поставлених стратегічних цілей.

До переваг стратегічно орієнтованих організацій відносять:

- зменшення до мінімуму негативних наслідків змін, що відбуваються, атакож факторів «невизначеності майбутнього»;
- можливість враховувати об'єктивні (зовнішні та внутрішні) фактори, що формують зміни, зосередитись на вивченні цих факторів; сформувати відповідні інформаційні банки;
- можливість отримати необхідну базу для прийняття стратегічних і тактичних рішень;
- полегшити роботу по забезпеченню довго- та короткострокової ефективності та прибутковості;
- можливість зробити організацію більш керованою, оскільки за наявності системи стратегічних планів є змога порівнювати досягнуті результати з поставленими цілями, конкретизованими у вигляді планових завдань;
- можливість встановлення системи стимулювання для розвитку гнучкості та пристосованості організації та окремих її підсистем до змін;
- забезпечення динамічності змін через прискорення практичних дій щодо реалізації стратегічних планів на основі відповідної системи регулювання, контролю та аналізу;
- створення виробничого потенціалу та системи зовнішніх зв'язків, що є сприйнятливими до змін і дають можливість досягти майбутніх цілей;

- реалізація зазначених принципів дає змогу побудувати обґрунтовану послідовність дій щодо реалізації концепції та формування системи стратегічного управління.

Вітчизняним організаціям останні кілька років критичну ситуацію створюють динаміка ринку, що важко прогнозується, безліч нових директивних рішень і законодавчих актів, танучі внутрішні ресурси і зростання агресивності зовнішнього середовища, особливо у фінансовій сфері. В цих умовах велике значення відводиться вдалому застосуванню в практику підприємств ідей і технологій стратегічного управління розвитком.

До розвитку підприємства є стратегія розширення (масштабування) або дисертифікації. Диверсифікуючи своє виробництво, підприємства (фірми) сприяють також переливу капіталу в найбільш прибуткові галузі. Звичайно, диверсифікацію бажано здійснювати в тих сферах, де підприємство може ефективно використовувати свої переваги. Здійснення ж даного процесу в абсолютно нових для фірми галузях діяльності можливо лише тоді, коли жодна з родинних сфер не забезпечує успіху. Процес диверсифікації полегшується, коли новий і традиційний види бізнесу підприємства володіють виробничою, управлінською і головне, ринковою ідентичністю (відповідністю).

Виробнича ідентичність – це виробничо-технічна близькість двох названих видів бізнесу, тобто коли є можливість наявній у підприємства виробничо-технічній базі організувати виготовлення нового продукту або освоїти новий вид послуг. Своєю чергою, управлінська ідентичність має місце у випадку, коли у двох видів бізнесу (старого і нового) однакові принципи організації виробництва і праці, матеріально-технічного забезпечення і збуту, управління персоналом та ін. І, нарешті, ринкова ідентичність виникає в тих випадках, коли і старий, і новий продукт використовуються одними і тими ж споживачами, розподіляються через загальні дилерські і роздрібні мережі, коли співпадають підходи до організації маркетингу.

У той же час диверсифікація зазвичай вимагає додаткових витрат (поточних і, як правило, капітальних). При цьому загальні витрати

підприємства розпорошуються, а керованість окремих видів бізнесу може ослабнути. Необхідність участі в диверсифікації у конкретного підприємства виникає тільки тоді, коли на шляху подальшого розвитку освоєної галузі вибудовуються бар'єри входу. Такі бар'єри можуть виникнути перед компанією, яка швидко розвивається, але функціонує у галузі, яка розвивається повільно, тобто виникає антагонізм між темпами розвитку конкретного суб'єкта господарювання та галузевою сукупністю. Підприємство, що має сильну конкурентну позицію, постійно вступає в протиріччя з галузевим сегментом ринку, який розвивається повільно. У даній ситуації раціональним буде рішення про вилучення коштів з освоєного бізнесу для фінансування диверсифікаційних заходів.

Що стосується виробничої диверсифікації, то вона передбачає урізноманітнення на підприємстві видів виробництв, що забезпечують одержання різної продукції і розширення її асортименту. Натомість фінансова диверсифікація являє собою урізноманітнення фінансової діяльності, яка досягається через здійснення підприємством різних видів коротко- і довгострокових фінансових вкладень. І, нарешті, маркетингова диверсифікація пов'язана із створенням підприємством власної торговельної мережі, розширенням каналів збуту продукції, залученням більшої кількості маркетингових важелів просування товару на ринок, організацією (за необхідності) після продажного обслуговування проданих товарів [60, с. 20].

Горизонтальна диверсифікація полягає в пошуку можливостей зростання підприємства на існуючому ринку за рахунок розширення асортименту нових видів продукції, які потребують нових технологій, які не пов'язані з виконуваною основною сферою діяльності у традиційній клієнтурі. При горизонтальній диверсифікації може відбуватися захоплення нових ринків збуту в географічному розрізі, коли створюються, купуються або приєднуються підприємства і їх підрозділи, що працюють в інших регіонах країни.

При пов'язаній вертикальній диверсифікації відбувається придбання, поглинання або включення до складу підприємства нових виробництв, які вбудовуються в технологічний ланцюжок діючого підприємства з випуску старого продукту на стадіях до або після чинного виробничого процесу. Наприклад, до фірми приєднуються інші фірми (постачальники сировини, матеріалів і напівфабрикатів або збутових послуг), що забезпечують головній фірмі більш ефективне виробництво традиційної продукції. Такий підхід застосовується в тому випадку, коли підприємство може підвищити свою рентабельність, контролюючи різні, важливі ланки ланцюжка виробництва і збуту продукції.

При прямій інтеграції фірма набуває служби та виконує функції, що реалізуються раніше дистриб'юторами – наприклад, транспортні, сервісні, збутові, пов'язані з основною діяльністю фірми. Робиться це з метою забезпечення контролю над збутом продукції, кращого знання своїх споживачів. При зворотній інтеграції фірма реалізує функції, що раніше виконувалися постачальниками – набуває або контролює джерела надходження сировини, напівфабрикатів, комплектуючих з метою забезпечення свого контролю над стратегічно важливими джерелами матеріальних ресурсів. Контроль спрямований на забезпечення гарантованого доступу до них, здешевлення поставок. Це дозволяє домогтися важливої конкурентної переваги – найбільш низьких витрат виробництва.

Конгломератна диверсифікація вважається однією з найскладніших стратегій для реалізації, оскільки її успішне здійснення залежить від безлічі факторів, наприклад, від компетентності персоналу підприємства, кваліфікації менеджерів, сезонності і циклічності діяльності, наявності коштів для інвестування. У практичній діяльності підприємство може застосовувати одночасно кілька стратегій диверсифікації, тобто застосовувати комбіновану стратегію, дотримуючись, наприклад, певну послідовність в реалізації стратегій.

Вважається, що диверсифікація, з одного боку, знижує ризик підприємства за рахунок усунення залежності від одного набору продукції, ринку, споживача, постачальника, але, з іншого боку, збільшує його, так як з'являється ризик, характерний саме для диверсифікації. При диверсифікації, з метою підвищення прибутковості, підприємство нерідко віддає перевагу галузевим швидкозростаючих ринків, які є ризикованими по ряду причин:

- канали збуту можуть не справлятися з реалізацією продукції всіх підприємств-конкурентів;
- кількість конкурентів на галузевому товарному ринку може пре сходити максимально допустимий їх число, що дозволяє ринку ефективно функціонувати;
- очікуване зростання ринку може виявитися оманливим;
- динаміка впровадження нових технологій, форм і методів збуту може бути настільки оперативною, що далеко не всі фірми можуть так швидко до них адаптуватися.

При визначенні нових сфер діяльності фірми можуть використовувати два підходи:

- метод проб і помилок, при якому вже в процесі реалізації диверсифікації проводиться коригування діяльності і головна увага зосереджується на конкретному придбанні фірми;
- планомірний підхід, при якому після визначення сприятливої сфери діяльності фірми розглядаються можливості її розвитку, потім реалізується обґрунтований пошук партнерів для злиття або поглинання і тільки потім, з урахуванням стратегічних і фінансових критеріїв, приймається рішення про практичну реалізацію. Диверсифікація може здійснюватися двома можливими шляхами:
 - за рахунок внутрішнього зростання;
 - шляхом злиття з іншими підприємствами або поглинання, тобто зовнішнього зростання.

Другий шлях – злиття або поглинання, що набув поширення в період приватизації, породжує чимало труднощів і проблем. Нові власники по-різному приймали рішення про диверсифікації діяльності підприємства і диверсифікації портфеля своїх акцій. Часто реалізовувався планомірний підхід, коли визначалися привабливі галузі, далі викуповувалися перспективні підприємства (так нерідко робили банки для створення галузевих портфелів). Але на цьому шляху приватизації нерідко вставали специфічні українські проблеми:

- можуть негативно працювати суб'єктивні чинники – неготовність трудового колективу підприємства і його менеджерів ефективно співпрацювати з новими власниками;
- не завжди проглядається бажання місцевих адміністративних органів сприяти поліпшенню такого роду співпраці;
- наявність в регіонах бажання встановити свій контроль над такими підприємствами;
- невелика ціна придбання приєднуються або поглинаються підприємств (раніше приватизованих або неприватизованих) призводить в майбутньому до необхідності значних інвестицій в розвиток бізнесу і доведення його до прийняттого рівня рентабельності, на що «набувачі» не завжди йдуть, що не викликає «ентузіазму» на підприємстві і може породжувати в регіонах економічну і соціальну нестабільність;
- всі ці можливі проблеми призводять до того, що не завжди «спрацьовує» зв'язок між привабливістю галузі і досягаються показниками економічної ефективності діяльності підприємства.

Узагальнюючи, відзначимо, що висока динамічність розвитку й глобалізація сучасної світової економіки обумовили необхідність диверсифікації як способу зниження ризиків невизначеності зовнішнього середовища й підвищення конкурентоспроможності бізнес-структур. На сьогодні українські бізнес-суб'єкти активно реалізують диверсифікаційну стратегію розвитку бізнесу, розраховуючи з її допомогою наростити власні

конкурентні позиції на ринку та знизити комерційні ризики. При цьому диверсифікація має як свої позитивні, так і негативні наслідки, що вимагає від компаній і фірм обережних підходів при розробленні і реалізації власних корпоративних стратегій і бізнес-моделей.

1.2. Сучасний методичний інструментарій оцінки рівня масштабування діяльності бізнес-структур

Загальними цілями для всіх напрямів диверсифікації є: можливість консолідувати інвестиційні ресурси; зниження ризиків невизначеності зовнішнього середовища; прагнення забезпечити соціальну й економічну стабільність, виживаність, запобігання кризи, зберегти регіональні галузеві комплекси; більше повне використання всіх видів ресурсів; одержання синергетичного ефекту за рахунок росту ринкового потенціалу; зниження транзакційних витрат; особисті мотиви менеджерів; прагнення до взаємодоповнюваності в області досліджень і розробок (крім конгломератної); поліпшення ділового іміджу.

Аналіз показав, що при всій різноманітності цілей інтеграції, вона завжди пов'язана з посиленням позицій фірми в традиційному бізнесі і його розвитку. Можна провести паралелі між інтеграцією й спеціалізацією, тому що інтеграція підтримує спеціалізацію компанії в рамках основного бізнесу. На відміну від багатьох авторів, які розглядають диверсифікацію як один з видів інтеграції, а саме, як конгломератну інтеграцію; нами диверсифікація організації розглядається як самостійна стратегія розвитку компанії в рамках і за рамками основного бізнесу. Кінцевою метою диверсифікації організації є не стільки збереження профільного бізнесу, скільки збереження й розвиток компанії як такої. Зростання і стратегічний розвиток будь-якої компанії звичайно включає три етапи:

1. Концентрація на одиночному бізнесі на одному національному ринку (тобто спеціалізація).

2. Інтеграція для посилення позиції в ключовому бізнесі.

3. Диверсифікація шляхом інвестицій ресурсів в інші види бізнесу.

У класичному розумінні диверсифікація організацій розглядається як альтернатива спеціалізації. Однак спостерігається загальна тенденція: чим більше стає головна компанія, тим більше вузькоспеціалізованими повинні бути структурні підрозділи. У цьому випадку спрощується процес керування диверсифікованою компанією в цілому, але структурні підрозділи стають залежними як від коливань ринкової кон'юнктури, так і від менеджменту головної компанії. Тому вважаємо за необхідне знаходження раціонального співвідношення між диверсифікацією й спеціалізацією організації.

Говорити про ефективність і перевагу того або іншого виду диверсифікації не представляється можливим у зв'язку із відсутністю на цей час адекватних методів оцінки ефективності диверсифікації. У ході аналізу металургійних компаній України по ознаці за країнами диверсифікації виявлена тенденція: усередині країни групи активно цікавляться лише сировинними активами, а за кордоном намагаються отримати доступ до підприємств з виробництва продукції високих переділів. Фактично така стратегія може бути спрямована на рішення комплексу завдань від обходу квот на поставки українського прокату в США і ЄС до вивозу капіталів за межі країни, де діловий клімат всі частіше підданий політичним ризикам. Покупку закордонних активів можна трактувати також як спосіб одержання доступу до сучасних технологій і обходу монопольного законодавства, обмеженого рамками окремої країни.

Основні методичні підходи до оцінки ефективності диверсифікації підприємства:

1. Аналіз ефективності диверсифікації може бути зведений до визначення максимальної ціни, що готовий заплатити менеджмент компанії за

диверсифікованість. Можна розглянути наступні економічні критерії для оцінки варіантів диверсифікації:

- дохід (прибуток), що може принести додатковий бізнес власникові. Розмір доходу залежить від операційної діяльності й можливості продажу об'єкта після використання. Прибуток від операційної діяльності визначається співвідношенням потоків доходів і видатків.
- часовий лаг від моменту вкладення коштів в об'єкт диверсифікації до одержання віддачі.
- ризикованість проекту по диверсифікації. Під ризиком прийнято розуміти ймовірність можливих втрат частини ресурсів, недоодержання доходів, появи додаткових видатків у порівнянні з варіантом, передбаченого проектом.
- права, які одержує новий власник (право призначати керуючих, визначати величину оплати праці, впливати на стратегію й тактику роботи підприємства, продавати або купувати його активи; реструктурувати і навіть ліквідувати дане підприємство; визначати величину дивідендів та ін.).
- ліквідність, яка визначає, наскільки швидко активи можуть бути звернені в гроші з мінімальним ризиком втрати частини вартості.
- обмеження, пов'язані з додатковим бізнесом. Наприклад, якщо держава обмежує ціни на продукцію, то вартість такого бізнесу буде нижче, ніж у випадку відсутності обмежень.
- переваги перед конкурентами, які може дати диверсифікованість.
- альтернативи для інвестицій.

Оцінку ефекту від диверсифікації доцільно здійснювати на основі загальноприйнятих підходів щодо оцінки інвестиційних проектів. При цьому, слід сказати, що поняття «внутрішня ціна» ресурсу відображає специфіку оцінки продукції активів, що включаються у вертикальну диверсифікацію і переданих від одного переділу в наступний у межах компанії. Так, у плановій економіці, продукція попереднього переділу, передана в наступний, оцінювалася за собівартістю. У ринковій економіці при вертикальній

диверсифікації в одну компанію ця оцінка може провадитися як за собівартістю, так і по ринковим, спеціальним або трансферним цінам. Метод оцінки залежить від умов придбання власності, які забезпечують той або інший ступінь економічної субординації або економічної переваги одного господарюючого суб'єкта над іншим. Економічна перевага досягається в результаті володіння контрольним пакетом акцій. Менша частка володіння забезпечує й менший ступінь впливу та залежності.

З метою порівняння й вибору найкращого варіанта проекту по диверсифікації можна запропонувати використання методу дисконтування потоків коштів (DCF метод). Як критерії економічної ефективності, згідно DCF методу, можна використовувати ряд показників:

- чистий дисконтований дохід (ЧДД) від диверсифікації;
- індекс прибутковості (ІПД) інвестицій у диверсифікації;
- внутрішня норма прибутковості (ВНП) проекту по диверсифікації;
- строк окупності інвестицій у диверсифікацію.

Додатково до перерахованих вище показників або замість їх можна розрахувати загальний (сумарний) економічний ефект від диверсифікації організації й показник ефективності диверсифікації.

У загальному виді формула для оцінки одномиттєвого ефекту від диверсифікації організації виглядає в такий спосіб:

$$Oet = Ez_t + Et_t + Eat + Eot + Ent + Ept, (1)$$

де Oet – очікуваний економічний ефект від диверсифікації в момент часу

Ez_t – очікуваний ефект, що досягається за рахунок зміни витрат на виробництво й реалізацію продукції, надання послуг, включаючи управлінські й комерційні видатки, а також операційні й позареалізаційні видатки, що вплине на зміну прибутку;

Et_t – очікуваний ефект, що досягається за рахунок зміни транзакційних витрат;

E_{at} – очікуваний ефект, що досягається за рахунок підвищення попиту на продукцію внаслідок розширення асортиментів, виражається в збільшенні прибутку;

E_{ot} – очікуваний ефект, що досягається за рахунок збільшення збуту у зв'язку з використанням нових каналів і ринків збуту, виражається в збільшенні прибутку;

E_{nt} – очікуваний ефект, що досягається за рахунок збільшення надійності забезпечення ресурсами (виражається в зниженні нормативних запасів сировини, зниженні простоїв устаткування тощо);

E_{rt} – очікуваний ефект, що досягається за рахунок зниження ризику загальних втрат, виражається в збільшенні прибутку.

Склад показників, що визначають одномиттєвий ефект від диверсифікації організації може бути доповнений розрахунком соціальних і екологічних результатів, а також непрямих результатів (зміна доходів сторонніх організацій, громадян тощо).

У свою чергу, сумарний ефект від диверсифікації розраховується як дисконтована в часі сума очікуваних ефектів O_{et} за винятком величини інвестицій на диверсифікацію:

$$COE = \sum_t \frac{OE_t}{(1+E)^t} - \sum_t \frac{I_t}{(1+E)^t}, \quad (2)$$

де COE – сумарний очікуваний ефект від проекту по диверсифікації;

E – норма дисконту;

I_t – інвестиції на реалізацію проекту в момент часу t .

Витрати на придбання вже діючої компанії можна оцінити по формулі

$$I = PC + Z + ZP + П, \quad (3)$$

де PC – ринкова ціна компанії, що купується;

Z – борги та кредиторська заборгованість компанії, що купується;

ZP – витрати на реконструкцію й модернізацію компанії, що купується;

$П$ – премія, виплачувана менеджменту вищої ланки керування компанії, що купується.

Витрати на будівництво нового бізнесу «з нуля»:

$$B = KB + ПЗ + ПБ + ПВ + БМ + ПР + ПВ + ВК, (4)$$

де KB – кошторисна вартість проектно-дослідницьких робіт;

$ПЗ$ – плата за землю (витрати по відвід й освоєнню земельних ділянок);

$ПБ$ – підготовка території будівництва;

$ПВ$ – витрати по придбанню устаткування;

$БМ$ – вартість будівельно-монтажних робіт;

$ПР$ – інші інвестиційні витрати (витрати на патентування, придбання ліцензій, науково дослідницькі й конструкторські роботи, на страхові внески, підбір і підготовку кадрів, створення соціальної й технологічної інфраструктури, на екологію, непередбачені витрати);

$ПВ$ – перед виробничі витрати;

$ВК$ – капітальні вкладення в приріст оборотних коштів.

Так як, одержуваний у результаті сумарний ефект від диверсифікації – величина абсолютна, ускладнюється її використання при порівнянні проектів з різними первісними інвестиціями. На практиці можна рекомендувати визначення показника ефективності диверсифікації (ЕД):

$$COE = \sum_t \frac{OE_t}{(1+E)^t} / \sum_t \frac{I_t}{(1+E)^t}, (5)$$

Вибирається проект із більшою величиною ЕД.

2. При розрахунках економічної ефективності пов'язаної і незв'язаної диверсифікації рекомендується використовувати методичні підходи та процедури оцінки комерційної ефективності інвестиційних проектів.

Розрахунок комерційної ефективності проектів диверсифікації може бути реалізований у двох варіантах:

– визначається економічна ефективність кожного окремого напрямку диверсифікації з подальшим їх підсумовуванням для організації в цілому з урахуванням ряду обмежень, як в рамках кожного напрямку, так і для всієї організації, що здійснює впровадження всього комплексу по диверсифікації;

– розраховується економічна ефективність відразу по всьому комплексу диверсифікації організації у формі одного спільного проекту.

Щоб визначити проект ефективним з точки зору інвестора, ЧДД проекту повинен був позитивним. При порівнянні альтернативних проектів перевага повинна віддаватися проекту з великим значенням ЧДД (при виконанні рівня його позитивності).

3. Одним із варіантів оцінки ефективності незв'язаної диверсифікації є алгоритм всього процесу ефективності незв'язаної диверсифікації, що проводиться великими господарюючими суб'єктами (рис. 1.4).

Представлені, в алгоритмі етапи і процедури вибору варіантів диверсифікації з урахуванням рентабельності відібраних для диверсифікації організацій можуть бути реалізовані за вже існуючим і відібраних методикам за винятком спеціальної оцінки ризиків за варіантами з урахуванням дисперсії (розкиду) приватних значень рентабельності організацій.

Для вирішення даного питання рекомендується значення розкиду приватних значень рентабельності визначити шляхом розрахунку середньоквадратичного відхилення:

$$\sigma = \sqrt{\frac{(\sum_i P_i)^2}{n}} \quad , (6)$$

де P_i - чисте значення рентабельності i -ої організації в частках одиниці, n – число приватних значень рентабельності кожної конкретної організації по окремим періодам діяльності.

При наявності середньоквадратичних відхилень по рентабельності окремих організацій можна знайти деяке умовне середнє значення рентабельності, за яким вже можна буде визначити пріоритетність $Y P_i$:

$$Y P_i = \frac{\bar{P}_i}{\sigma} (1 - r), \quad (7)$$

де P_i - середнє значення рентабельності i -ої організації в частках; σ - середньоквадратичне відхилення приватних значень одиниці рентабельності;

r - імовірність прояву ризиків у випадках, коли вони оцінюються експертами, в долях одиниці.

4. Визначення ефективності стратегії диверсифікації на основі ідентифікації диверсифікованої компанії, визначення ступеня диверсифікованості.



Рис. 1.2. Алгоритм проведення диверсифікації діяльності бізнес-структур

Спосіб вимірювання ступеня диверсифікації за допомогою кодів промислової класифікації не враховує ступінь розподілу діяльності компанії між її сегментами. Щоб усунути цей недолік, Бері запропонував використовувати в якості міри ступеня диверсифікації індекс Херфіндаля-Хіршмана, який був спочатку розроблений для вимірювання ступеня концентрації галузей. Стосовно вимірювання ступеня диверсифікації, згідно Бері, індекс Херфіндаля-Хіршмана застосовується наступним чином:

$$H = 1 - \sum_{i=1}^n p_i^2, \quad (8)$$

де H - індекс Херфіндаля-Хіршмана, індекс диверсифікації; p_i - частка випуску компаній в i -й галузі по відношенню до сукупного випуску компаній в n галузях.

Значення індексу, що дорівнює 0, говорить про те, що компанія веде свою діяльність лише в одній галузі і прагне до значення 1, коли компанія в рівній мірі веде свою діяльність відразу в кількох галузях економіки.

Ще одним заходом ступеня диверсифікації є використання індексу ентропії:

$$E = \sum_{i=1}^n p_i \ln \left(\frac{1}{p_i} \right), \quad (9)$$

де E - індекс ентропії.

Індекс ентропії відображає наступні три елементи:

- кількість яких функціонує компанія;
- розподіл загальної виручки (активів) компанії між сегментами;
- ступінь пов'язаності між різними галузями, в яких діє компанія.

Третій елемент відрізняє і підкреслює перевагу індексу ентропії щодо індексу Херфіндаля-Хіршмана. Ще однією перевагою індексу ентропії є те, що він допомагає уникнути проблеми мультиколінійності, характерною для індексу Херфіндаля-Хіршмана, при побудові регресивних моделей.

Необхідно відзначити, що у зв'язку з відсутністю строгих вимог про надання інформації по кожному бізнес-сегменту в Україні порівняно з

розвинутими країнами, кількісні показники зміни масштабів диверсифікації бізнесу, так як індекс Херфіндаля-Хіршмана або індекс ентропії, неможливо застосувати для українських компаній.

5. Оцінка ефективності на основі досліджень впливу диверсифікації на вартість:

- методологія, заснована на фінансових мультиплікаторах Бергер і Офек. Суть методу полягає в порівнянні вартості диверсифікованої компанії з вартістю сфокусованих компаній, що ведуть бізнес у тих же галузях. Отримана різниця являє собою знижку або премію за диверсифікацію;

- метод, заснований на розрахунку і дослідженні коефіцієнта Tobin 'q. По суті, коефіцієнт q являє собою мультиплікатор і може бути віднесений до першого підходу. Його виділяють і характеризують як ще один підхід до визначення оцінки впливу диверсифікації на вартість, так як в дослідженнях, як правило, присутня окремо, поза зв'язком з іншими мультиплікаторами;

- метод надлишкової прибутковості.

6. Використання кореляційного аналізу для оцінки диверсифікації. Використання статистичних методів до дослідження економічних процесів наочно ілюструє кореляційний аналіз, сфера застосування якого сьогодні стрімко розширюється. Кореляційний аналіз дозволяє визначити ступінь залежності, спряженості між двома і більше ознаками.

Кореляційний зв'язок має місце в тому випадку, якщо функціональний (причинний) зв'язок між показниками виявляється лише частково. В основі кореляційного зв'язку лежить співвідношення між динамічними рядами варійованих ознак, взаємодія яких обумовлює стійкий режим функціонування системи. Використання кореляційного аналізу дозволяє виявляти фактори виробництва та їх вплив на виробничі показники, визначати пріоритети розробки стратегії диверсифікації підприємств, а також розробляти ефективну торговельну політику підприємств.

Узагальнюючи вищенаведене, слід відзначити, що диверсифікаційні процеси є характерною рисою сучасного розвитку і трансформації

промислового виробництва. При цьому важливе значення отримують питання розробки дійових методологічних і методичних підходів щодо оцінки диверсифікації на підприємствах. Більшість відомих підходів до оцінки ефективності диверсифікації засновані на використанні методик аналізу інвестиційних проектів, статистичних методів аналізу, а також приватних методик і алгоритмів оцінки ступеня диверсифікованості підприємства. Кожна методика має ряд переваг і недоліків, що обумовлює доцільність комплексного використання з метою отримання об'єктивної та повної інформації про сутність ефективності диверсифікації промислових підприємств.

1.3. Основні тенденції розвитку національних систем охорони здоров'я

Система охорони здоров'я в останні десятиліття зазнає глибоких трансформаційних змін, що пов'язані з неухильним зростанням капіталізації світового ринку медичних послуг, диверсифікацією їх видової структури та посиленням комерціалізації умов їх продукування, урізноманітненням рівнів і форм регулювання медичної сфери, підвищенням рівня її технологізації і діджиталізації та ін. Доцільно також зауважити, що на фінансові показники екосистеми охорони здоров'я впливає ціла низка чинників, зокрема: поява персоналізованої медицини, поширення експоненційних технологій, вихід на ринок компаній, що створюють парадигму кардинально нової та нетрадиційної конкуренції, попит на медичні центри з розширеним переліком послуг і вдосконалені моделі оплати послуг та державного фінансування.

Суб'єкти світового ринку послуг у сфері охорони здоров'я активно шукають новітні технології, а також здійснюють операції зі злиттів і поглинань та динамічно розвивають партнерські відносини з організаціями і бізнес-структурами немедичного профілю, залученими до екосистеми медичного обслуговування. З огляду на це забезпечення фінансової стабільності медичного сектору та розширення його можливостей продукувати якісні медичні послуги дедалі більшою мірою визначаються

орієнтацією системи охорони здоров'я на потреби пацієнтів, масштабами цифрової трансформації галузі та її відповідністю діючим законодавчим вимогам. У такий спосіб активно формується середовище, що забезпечує сталий smart-підхід до охорони здоров'я [63].

Глобальний тренд старіння населення виступає як в якості самостійної проблеми світової системи охорони здоров'я та є вагомим чинником зростання сукупних витрат на медичне забезпечення. Йдеться насамперед про те, що завдяки поліпшенню санітарних умов, зростанню добробуту і досягнення медицини тривалість життя людей в більшості країн планети збільшилася на десятки років. Зокрема, за прогнозами ООН, чисельність світового населення у віці старше 60 років збільшиться з 813 млн осіб у 2013 р до більш ніж 2 млрд у 2050 р, що становитиме понад 20% населення планети [6,7,8].

Сфера охорони здоров'я включає в себе різні галузі і сектори економіки, пов'язані не тільки з власне медичними, але і профілактичними послугами оздоровчого характеру – сферою фізичної культури і спорту, лікувального туризму, екологічною діяльністю з боротьби із забрудненнями довкілля, економічною діяльністю фармацевтичного сектору, освітою у сфері охорони здоров'я та ін. Згідно визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) система охорони здоров'я репрезентує сукупність усіх організацій, інститутів і ресурсів, головною метою яких є поліпшення здоров'я світового населення з метою забезпечення високих якісних кондицій його життя.

Є всі підстави стверджувати про суттєве зростання в останні десятиліття суспільної значущості системи охорони здоров'я, оскільки нині практично неможливо назвати будь-яку сферу професійно-економічної діяльності, від якої пересічний громадянин був би настільки залежним, як від сфери охорони здоров'я. Достатньо сказати, що, за даними МВФ, різниця у тривалості життя у різних країнах світу (сьогодні вона становить 38 років: максимум 83 років у Японії та мінімум 45 років в Сьєрра-Леоне) визначається рівнем розвитку національних систем охорони здоров'я. У 25 країнах, де середня тривалість

життя перевищує 80 років, успіх пов'язаний саме з високим рівнем розвитку системи охорони здоров'я [8, 59].

Не випадково, у сучасному світі розвинена система здоров'я населення стає одним із значущих конкурентних переваг будь-якої країни на світовому ринку, а отже, підтримання та зміцнення здоров'я населення – є одним із стратегічних завдань реалізації макроекономічної і соціальної політики будь-якої держави. Потреба у збереженні здоров'я посідає також перше місце в ієрархії національних інтересів держав, особливо в сучасних умовах, коли світ стоїть перед загрозою глобальних вірусних пандемій і демографічної кризи, а високий рівень захворюваності і смертності населення працездатного віку становить загрозу для їх соціально-економічного розвитку і національної безпеки. Підтвердженням цього є, зокрема, той факт, що тільки у період 2000-2019 рр. світовий показник сукупних витрат на охорону здоров'я зріс з 8,6 до 9,9% глобального валового внутрішнього продукту [18]. Тут варто також нагадати, що вартісні обсяги витрат на охорону здоров'я, здійснювані тією чи іншою державою, та швидкість їх зростання справляє потужний вплив на структурну динаміку соціальних та економічних показників, а також діючі механізми фінансування та організації її національної системи охорони здоров'я.

Комплексний аналіз функціонування світового сектору охорони здоров'я дає можливість виокремити цілу низку тенденцій його розвитку, що детермінують масштаби і структурну динаміку його трансформаційних змін. Насамперед слід відзначити динамічне зростання обсягів фінансування даного сектору. Зокрема, у 2019 р. показник подушових витрат на охорону здоров'я у країнах ЄС – 28 становив майже 2,8 тис євро, зокрема, у Люксембурзі – 4,7 тис, Німеччині і Швеції – по 4,1 тис, Австрії й Ірландії – по 3,9 тис, Франції – 3,6 тис, Фінляндії і Бельгії – по 3 тис, Мальті й Італії – по 2,6 тис, Португалії і Словенії – по 2 тис євро (рис. 1.3).

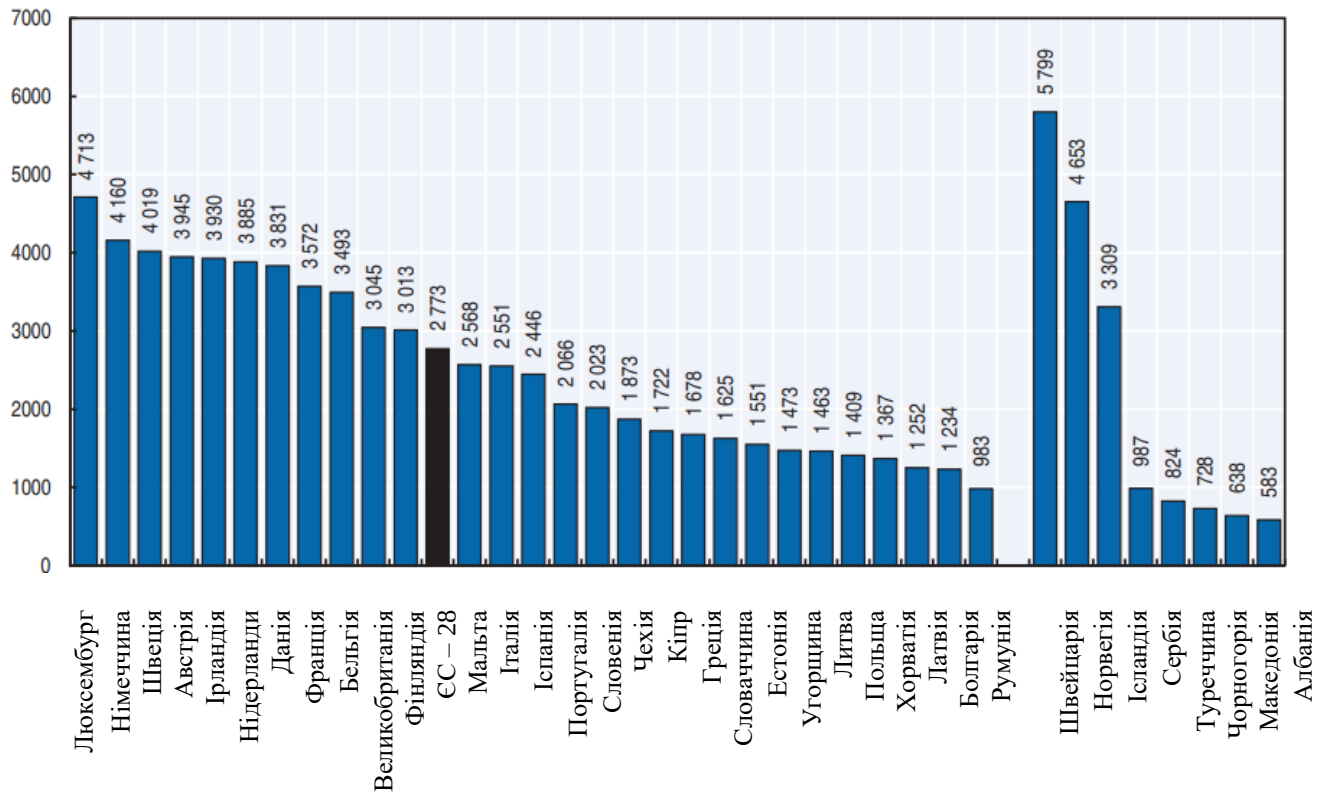


Рис. 1.3. Сукупні витрати на охорону здоров'я у розрахунку на 1 особу за окремими країнами у 2019 р., євро [6,7]

У середньому за групою країн Організації економічного співробітництва і розвитку (ОЕСР), зростання витрат на охорону здоров'я щонайменше на 2% випереджає зростання ВВП [51]. Подібні масштаби національних витрат на охорону здоров'я стали запорукою невідомого зростання очікуваної тривалості життя населення цих держав. Зазначимо, що до недавнього часу тривалість життя динамічно зростала в усіх країнах ЄС, у середньому на 2,5 року кожні десять років [6]. Як свідчить світовий досвід, держави з низькими показниками стану здоров'я громадян і рівня розвитку національних систем охорони здоров'я не мають потужних рушіїв макроекономічного зростання і не здатні у довгостроковій перспективі сформувати стійку базу економічного і технологічного прогресу.

Наголосимо, що найвищі показники витрат на охорону здоров'я у розрахунку на душу населення демонструють нині держави-лідери: США

(10,6 тис дол. США у 2018 р.), Швейцарія (7,3 тис), Норвегія (6,2 тис), Німеччина (5,9 тис), Швеція (5,4 тис), Австрія, Данія і Нідерланди (по 5,3 тис), Люксембург і Австралія (по 5 тис) (рис. 1.6). Не можемо також не звернути увагу на те, що державні витрати на медичне обслуговування становлять нині близько 60% світових витрат на охорону здоров'я [8].

У розрізі країни показник державного фінансування коливався у такому діапазоні: в Чехії – 90,1% сукупних витрат, в Люксембурзі – 85,4%, у Швеції – 85,3%, в Норвегії – 83,7%, в Ісландії – 83,5%, в Данії – 83,0% відповідно. Найнижчі показники щодо державного фінансування системи охорони здоров'я мають нині США – 44,4% сукупних витрат, що пояснюється найвищим у світі рівнем розвитку страхової медицини, послуги якої оплачуються, головним чином, на рахунок коштів підприємств та організацій (в рамках обов'язкового страхування) та фізичних осіб (в рамках добровільного медичного страхування). Як бачимо, витрати в медичній сфері в розвинених західних країнах перевищують нині витрати на освіту. Водночас у міру розширення сектору охорони здоров'я у сукупних соціальних витратах спостерігається дедалі менша його залежність від власного фінансування. З другого боку, на відносно низькому рівні залишається донорське фінансування національних систем охорони здоров'я, частка якого не перевищує нині 0,2% загальних витрат на медичне обслуговування.

Головні векторні мегатренди трансформаційних змін світової системи медичних послуг пов'язані також з епідеміологічним переходом від інфекційного до переважно неінфекційного типу патологій [64]. Наприклад, у країнах Європейського регіону, за даними ВООЗ, неінфекційні захворювання у 77% випадків формують тягар хвороб, тоді як зовнішні причини, травми і отруєння – у 14%, а інфекційні захворювання – у 9% [69]. Як відомо, хронічні неінфекційні захворювання пов'язані насамперед з нездоровим способом життя, незбалансованим харчуванням, низькою фізичною активністю тощо. В їх основі лежить складна взаємодія поведінкових, генетичних, середовищних

чинників, а відтак – боротьба з якими потребує довгострокового планування і дієвої лікувально-профілактичної роботи.

Характеризуючи головні векторні мегатренди трансформаційних змін світової системи медичних послуг, слід особливо відзначити, що саме вони акумулюють у собі найпередовіші інновації у сфері наук про життя, досягнуті за весь історичний період людської цивілізації. Діючі у країнах системи охорони здоров'я зорієнтовані на задоволення як усталених, традиційних людських потреб у підтримці й зміцненні здоров'я, так й якісно нових запитів, пов'язаних з підвищенням естетичних, екологічних і гармонійних норм людської життєдіяльності. З огляду на це, дана сфера послуг у сучасних умовах динамічно розвивається у напрямку підвищення рівня інноватизації і технологізації, впровадження у медичну практику проривних телекомунікаційних технологій та ін. Достатньо сказати, що тільки у період 2009-2018 рр. капіталізація світового ринку телемедицини зросла з 8,2 млрд. дол. США [10, 12] до 49,8 млрд, а до 2026 р. досягне, за експертними оцінками, відмітки 266,8 млрд. [12] за середньорічних темпів зростання на рівні 19% у період 2019-2025 рр. [14]. У 2019 р. понад 6,9 млн американців активно користувались послугами телемедицини, оскільки майже 54 млн громадян США проживають у районах з украй низьким рівнем надання первинної медичної допомоги [6]. Відзначимо також, що близько 30% американських пацієнтів для отримання медичної й діагностичної інформації регулярно використовують комп'ютери і мобільні додатки; майже половина професіоналів сфери охорони здоров'я у наступні п'ять років планують інтегрувати мобільні додатки у свою практику [17].

Згідно з останнім опитуванням, проведеним компанією American Well, світове використання телемедичних послуг зросло на 340% у період 2015-2019 рр., а близько 22% лікарів у 2019 р. активно використовували послуги телемедицини у своїй практиці, тоді як у 2015 р. даний показник не перевищував 5% [6]. Цілком закономірно, що за умов дедалі більшого глобального поширення телемедичних технологій страхові компанії та

програми охорони здоров'я усе частіше активізуються для покриття витрат на медичне обслуговування. Наприклад, діюча у Сполучених Штатах страхова система Medicare на сьогодні охоплює деякі види віддаленого моніторингу пацієнтів та послуги з охорони здоров'я, такі як віддалений моніторинг роботи серця пацієнтів з дому. Крім того, 34 штати та штат Вашингтон, округ Колумбія, мають закони, які передбачають, що приватні страховики покривають послуги телемедицини так само, як вони покривають особисті послуги [8].

Наступним трендом, який характеризує сучасні трансформаційні зміни у національних системах охорони здоров'я, є значне зниження попиту на стаціонарне лікування. Це спричиняє суттєве зниження масштабів лікування пацієнтів у стаціонарах та динамічний розвиток спеціалізованих і високоспеціалізованих медичних послуг. Інакше кажучи, усі ми на сьогодні стаємо свідками динамічного витіснення лікування хворих у медичних стаціонарах доглядом за ними на дому. Дана тенденція спричиняє також одночасне посилення орієнтації медичних установ на залучення висококваліфікованих спеціалістів широкого профілю, а також зменшення кількості лікарняних ліжок у медичних закладах та скорочення періоду стаціонарного лікування. Так, з 1985 р. р. до 2017 р. загальна кількість лікарняних ліжок (у розрахунку на 1 тис осіб населення) за групою країн Євросоюзу (за виключенням Болгарії) скоротилась з 6,7 до 5,2 (рис. 1.7), або на 20%. Зокрема, у США дане скорочення склало з 5,5 до 2,8 ліжок, Іспанії – з 4,6 до 2,9, Японії – з 15,6 до 13,1, Італії – з 8,3 до 3,2, Німеччині – з 10,1 до 8,1.

Що ж стосується скорочення періоду стаціонарного лікування, то упродовж 2000-2016 рр. середня тривалість перебування хворих у лікарнях за групою країн Євросоюзу знизилась у середньому з 10 до 7,9 днів. Особливо стрімке падіння було зафіксовано у Болгарії (з 11,5 до 5,3 днів), Нідерландах (з 9 до 5), Фінляндії (з 12,7 до 8,8) Німеччині (з 12 до 8,9), Хорватії (з 12 до 8,5), Латвії (з 11,5 до 8,3) і Великобританії (з 11 до 7,1 днів відповідно) [6].

Така динаміка є результатом широкого поширення у провідних країнах світу технологій малоінвазивного лікування та ефективних анестетиків.

У такий спосіб забезпечується не тільки зведення до мінімуму післяопераційного реабілітаційного періоду, але й суттєве покращення результатів лікування пацієнтів та умов гігієни праці. Цілком закономірно, що подібні умови функціонування світової системи охорони здоров'я спричиняють розширення мережі первинної медико-санітарної допомоги, збільшення у її структурі частки сестринського догляду, опіки над людьми похилого віку, будинків інвалідів і хоспісів, медичного обслуговування на дому, а також більш широке залучення до медичного обслуговування хворих членів їх сімей, близьких родичів та добровольців. Наприклад, у країнах Європейського Союзу близько 30% загальних витрат на охорону здоров'я припадає на амбулаторне лікування хворих (рис. 1.8). Далі йдуть витрати на купівлю медичних товарів – 20% та довгостроковий догляд за хворими на дому – 13%. Як бачимо, медичні заклади провідних країн усе більше орієнтуються на оптимізацію своїх трансакційних витрат та підвищення фінансової результативності професійної діяльності.

Серед сучасних трансформаційних змін глобальної системи охорони здоров'я вагомий вплив справляє динамічний розвиток медичного аутсорсингу. Його розширення в останнє десятиліття обумовлено насамперед тим, що професійна діяльність установ охорони здоров'я, окрім виконання своїх безпосередніх функцій щодо лікування пацієнтів, поширюється також на інші операції і процеси. Йдеться, зокрема, про прання білизни (яке може виконувати спеціалізоване підприємство, використовуючи професійне обладнання); клінінгові послуги та послуги з вивезення відходів; забезпечення охорони та безпеки; діагностику тощо.

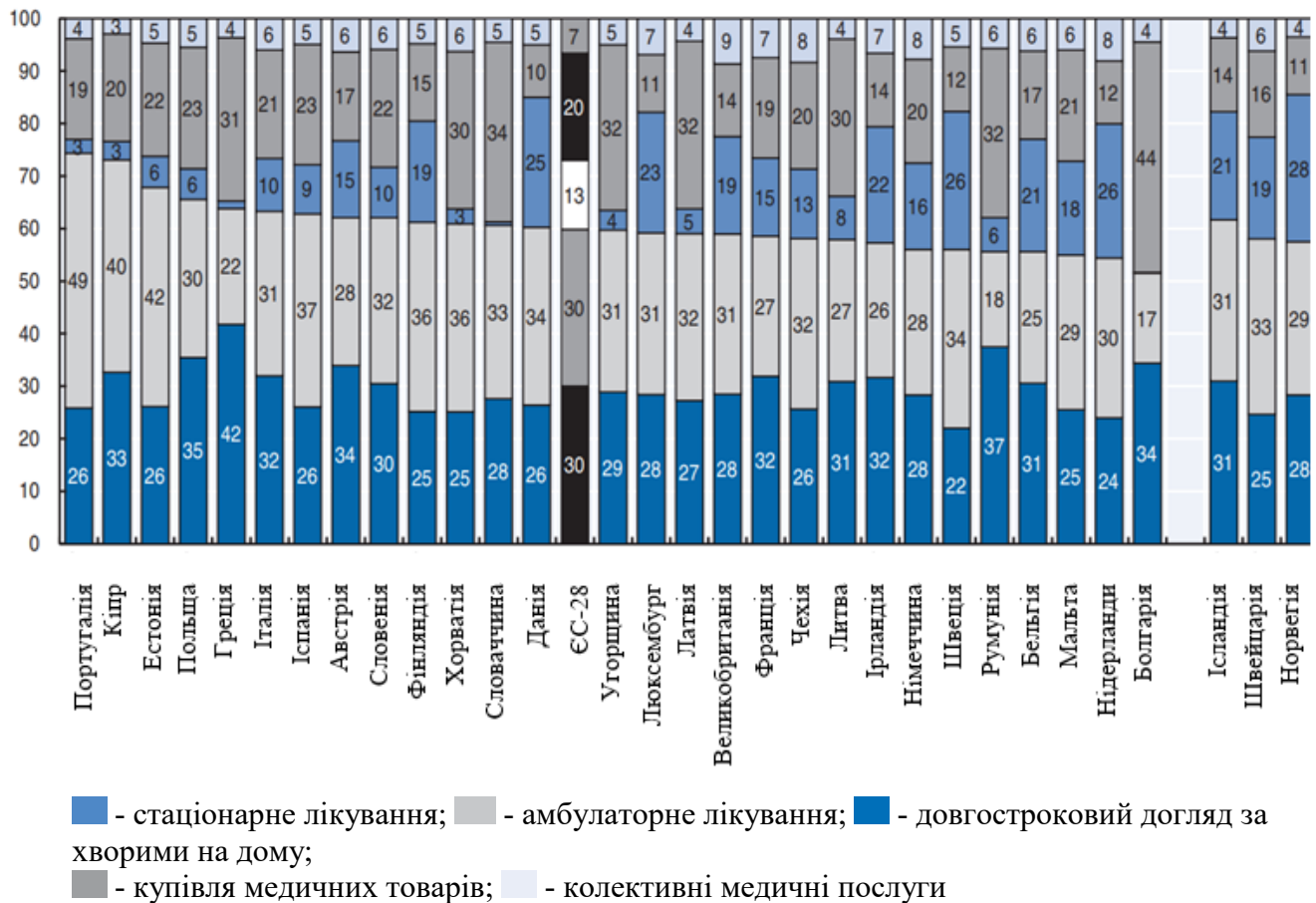


Рис. 1.4. Структура сукупних витрат на охорону здоров'я за окремими країнами у 2016 р. [5,7]

Крім того, сучасне медичне обладнання потребує також відповідного інформаційного забезпечення та високої кваліфікації персоналу, здатного працювати в умовах поширення інформаційних технологій та програмних продуктів. Відтак – у число пріоритетних висувається ІТ-аутсорсингу; а широкі можливості медичних закладів використовувати надсучасні технічні досягнення стимулює підвищення оперативності та надійності проведення діагностики. Умови подібних аутсорсингових підрядів передбачають забезпечення компанією-аутсорсером, яка має у своєму штаті висококваліфіковані, затребувані ринком медичні кадри різної спеціалізації, на договірних умовах своїми спеціалістами інших медичних організацій. Своєю чергою, готельні послуги, послуги з будівництва нових споруд та ремонту існуючих, забезпечення харчуванням хворих, робота їдалень, кафе, а також створення палат підвищеного комфорту також активно передаються в

аутсорсинг [22, с. 260]. Інакше кажучи, інновації в клінічній практиці, вподобання пацієнтів та державна політика платіжних програм спонукають лікарні переносити певні послуги до альтернативних пунктів медичного обслуговування та навіть до віртуальних середовищ, які забезпечують переваги завдяки скороченню витрат і розширенню доступу до медичної допомоги. Також спостерігається, що соціальні детермінанти здоров'я часто мають більший вплив на здоров'я населення, ніж системи охорони здоров'я [57]. За прогнозними оцінками капіталізація світового ринку ІТ-аутсорсингу в охороні здоров'я на період до 2024 р. досягне понад 67,5 млрд дол. США за щорічних темпів її зростання на рівні 7,5% [4]. При цьому перелік топ-5 медичних послуг, що передаються в аутсорсинг, включає: процедури з анестезії (37%), невідкладну медичну допомогу (36%), діаліз (32%), діагностичну візуалізацію (25%) і госпіталізацію пацієнтів (25%) [5].

У комплексному аналізі глобальних трансформацій у сфері відтворення медичних послуг особливої уваги заслуговує і така тенденція, як наростання комерціалізації національних систем охорони здоров'я. Це виявляється у дедалі більшій їх орієнтації виключно на фінансові результати медичних закладів, нерідко без належної їх уваги до соціального ефекту медичного обслуговування населення і його соціальної відповідальності. У багатьох країнах з низьким і середнім доходами комерціалізація медичної сфери стає причиною, з одного боку, перекладання вартості лікування на пацієнтів незалежно від форми власності медичних закладів, в які вони звертаються, а з другого – наростання асиметрії інформації на ринку медичних послуг, а відтак – неконтрольованого зростання цін на них або зниження якості медичного обслуговування.

Важливим аспектом трансформаційних змін у глобальній системі охорони здоров'я є також аналіз їх сучасного кадрового і матеріально-технічного забезпечення. Тут слід відзначити, що за останні півстоліття за усіма країнами ОЕСР спостерігається зростання абсолютної кількості медичних працівників усіх рівнів і кваліфікацій. Так, упродовж 2009-2019 рр.

середньосвітовий показник кількості практикуючих лікарів у розрахунку на 10 тис. осіб становив 15,1 особи; акушерок і медичних сестер – 34,8 [20, с. 112]; дантистів – 2,8; фармацевтів – 4,5; фізіотерапевтів – 0,2 особи у період 2007-2018 рр. [20, с. 122]. Найвищий рівень кадрового забезпечення медичної сфери мають нині такі країни ОЕСР, як Австралія, Австрія, Німеччина, Люксембург і Японія; яке до того ж доповнюється високою ефективністю, технологічністю й інноваційністю медичного обслуговування у цих країнах.

У даному контексті не можна випускати з уваги ще одну важливу обставину: темпи і масштаби впровадження інновацій у сфері цифрової охорони здоров'я зростають в геометричній прогресії. Цифрові технології підтримують зусилля систем охорони здоров'я для переходу на нові моделі обслуговування пацієнтів і допомагають їм розробляти підходи «розумного здоров'я» для підвищення доступності й якості медичного обслуговування та скорочення витрат. Блокчейн, автоматизація і роботизація процесів, хмарні обчислення, штучний інтелект, Інтернет медичних пристроїв (ІоМТ), цифрова і віртуальна реальність – лише кілька прикладів технологій, які трансформують галузь охорони здоров'я. Ці технології допомагають у діагностиці та лікуванні захворювань, сприяють підвищенню якості, швидкості й ефективності надання медичного обслуговування, а також оптимізації досвіду пацієнтів [57].

Одночасно спостерігається значне зростання ролі й впливу пацієнтів на функціонування світової системи охорони здоров'я, що спричиняє суттєві зміни у поведінці платників і постачальників медичних послуг у бік використання ними якісно нових можливостей для створення більш прямих, особистих відносин зі споживачами. Цифрові технології можуть допомогти поліпшити взаємодію з пацієнтами, забезпечити для них зручні варіанти отримання медичної допомоги та сформувати довгострокові двосторонні відносини. Відзначимо, що лише ті організації, які розуміють, як саме споживачі хочуть користуватися цифровою медициною, телемедициною, натільними пристроями для моніторингу й фітнесу, онлайн-ресурсами,

соціальними медіа та іншими технологіями, та які використовуватимуть ці знання, матимуть переваги під час розробки ефективних стратегій взаємодії з пацієнтами, що допоможуть їм приймати зважені й обґрунтовані рішення [57].

Загострення конкурентної боротьби між медичними закладами за пацієнтів дедалі більшою мірою спонукають їх до реалізації стратегій злиттів і поглинань (ЗіП), що є головним драйвером нарощування капіталізації національних систем охорони здоров'я. Не слід скидати з рахунків також і розширення можливостей медичних закладів щодо оптимізації фінансових витрат, диверсифікації медичних послуг, підвищення інноваційної місткості медичних технологій, усунення транскордонних бар'єрів у переміщенні медичних послуг тощо. Якщо говорити про злиття і поглинання у світовій системі охорони здоров'я, то слід насамперед відзначити значне зростання їх вартісних обсягів в останні десятиліття.

Наголосимо, що лєвова частка угод ЗіП у медичному секторі реалізована за участі компаній, що працюють у сфері розроблення інноваційних медичних технологій. Зокрема, у 30 найбільших світових фірм медико-технологічного напряму понад 60% приросту їх фінансових показників у 2011-2016 рр. було забезпечено операціями злиттів і поглинань, що свідчить про інноваційну орієнтацію даного виду угод. Більше того, ці топ-компанії використовують ЗіП як ключовий механізм нарощування своїх ринкових конкурентних позицій та укріплення на вершині бізнесу: активність цих учасників становила близько 70% від загальної кількості угод з медичних технологій. При цьому не більше 20% компаній покладаються у своїх корпоративних стратегіях виключно на інструменти органічного зростання [11].

Узагальнюючи вищенаведене, відзначимо, що світова галузь охорони здоров'я переживає в останні десятиліття процеси глибоких трансформаційних змін. Вони пов'язані з широким спектром операційних, технологічних, продуктових, регулятивних й інституційних змін, що модернізують охорону здоров'я і переводять її на якісно вищий щабель інноваційного поступу.

1.4. Пріоритетні напрями реалізації медичної реформи в Україні

Система політичних й економічних реформ, реалізовані в Україні у період її державної незалежності, вилились для українського суспільства у невинуватено високу соціальну ціну. Це набуло свого кристалізованого вираження у депопуляції і підвищенні загальної смертності населення, скороченні тривалості і якісних кондицій його життя, обвальному руйнуванні національної системи охорони здоров'я, а також обмеженні доступу громадян до якісних медичних послуг на принципах соціальної рівності і солідарності. Так, за даними ООН, до 2050 р. чисельність населення нашої держави може скоротитись на 18% [70, 72]. Тільки у 2018 р. вона зменшилась майже на чверть мільйона, а темпи скорочення чисельності населення перевищили показники 2017 р. на 35 тис осіб. Крім того, рівень смертності українців суттєво перевищує народжуваність, а саме: на 100 померлих приходитьс'я 58 народжених [65].

Виходячи з цього, найгостріші проблеми реформування вітчизняної системи охорони здоров'я спричинені насамперед її часовим співпадінням із загальнооекономічною кризою у державі; браком системного бачення причин неадекватності кількісно-якісних параметрів медичної сфери суспільним очікуванням; відсутністю повної суспільної згоди щодо обраної моделі реформування системи охорони здоров'я; а також певною фрагментарністю медичної реформи з її переважною орієнтацією на зміну діючих механізмів функціонування медичної сфери та задоволення корпоративних (а не суспільних) інтересів агентів вітчизняної медичної індустрії [48].

Таким чином, заснована у радянський період традиційна модель охорони здоров'я України (модель Семашка), що базувалась на профілактичній домінанті організації системи охорони здоров'я, на сьогодні потребує докорінного оновлення у напрямі розбудови її багатуокладної моделі. Йдеться насамперед про імплементацію ринкового типу організації вітчизняної системи охорони здоров'я, що передбачає:

- переорієнтацію діяльності закладів та установ охорони здоров'я на профілактику, первинну медико-санітарну допомогу та формування у населення здорового способу життя;
- зміну механізмів фінансування системи охорони здоров'я у напрямі спрямування грошових коштів за хворими;
- управління якістю медичних послуг;
- структурну перебудову медичної сфери з розбудовою розгалуженої мережі медичних закладів та реформування функції медичного обслуговування населення за трьома рівнями;
- базову підготовку нового покоління управлінців й економістів для сфери охорони здоров'я;
- розроблення й ухваленні нормативно-правової бази регулювання медичної сфери;
- науковий супровід впровадження нової моделі державного управління системою охорони здоров'я [51].

Ключові пріоритети реформування вітчизняної системи охорони здоров'я знайшли своє відображення у Стратегії сталого розвитку «Україна – 2020», затвердженій Указом Президента України №5/2015 від 12.01.2015 р. Вона зорієнтована, з одного боку, на відміну адміністративного регулювання кадрового корпусу вітчизняної медичної системи (на основі скасування галузевого наказу МОЗ України № 33, 2000 р.), а з другого – на імплементацію механізмів солідарного фінансування комунальних медичних установ через впровадження інституту медичної субвенції з Державного бюджету і компенсування їх комунальних витрат коштами місцевих бюджетів [64].

Характеризуючи досягнуті успіхи державного менеджменту у сфері реформування національної системи охорони здоров'я, не можна оминати увагою і його концептуальну переорієнтацію, відповідно до прийнятих Україною зобов'язань у рамках Угоди про асоціацію між Україною і Європейським Союзом [49]. Йдеться насамперед про цільові пріоритети медичного реформування, зорієнтовані на: реалізацію ефективної державної

політики щодо збереження і зміцнення здоров'я населення; підвищення тривалості життя українських громадян і його якісних кондицій в умовах децентралізації владних повноважень; імплементацію міжсекторального підходу у реалізації профілактичних заходів у системі охорони здоров'я і формування здорового способу життя; оптимізацію діючої системи фінансування медичної сфери.

У своєму загальному форматі стратегічні пріоритети реформування національної системи медичних послуг України впливають з об'єктивної потреби забезпечення кожного українського громадянина якісними послугами охорони здоров'я профілактичного, діагностичного чи лікувального характеру, незалежно від його віку, статі, соціального статусу та місця проживання. При цьому медичні реформи у жодному разі не повинні погіршувати умови медичного обслуговування жодній із соціальних груп українського населення; а процес продукування медичних послуг має бути спрямованим на реальне поліпшення його здоров'я, скорочення нерівності у доступі до медичного обслуговування, а також забезпечення фінансової й інституційної стійкості системи охорони здоров'я [24], орієнтованої на медичні потреби і запити українських громадян.

Виходячи з цього, програма реформування медичної сфери має охоплювати широкий спектр стратегічних трансформацій як власне медичної, так і економічної, соціально-трудової та освітньої сфер, а також загальної системи державного управління, що зорієнтовані насамперед на:

- впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги, що включає досить широкий перелік амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги, а також лікарських засобів;
- створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ) як єдиного національного закупника медичних послуг та центрального органу виконавчої влади у медичній сфері;
- запровадження принципу «гроші ходять за пацієнтом», тобто держава більше не виділятиме грошей відповідно до кошторису на утримання того чи

іншого закладу охорони здоров'я, наслідком чого є те, що медичні заклади мають перетворитись на автономні суб'єкти господарювання, які отримуватимуть оплату за результати своєї діяльності (за фактично надану ними пацієнтам медичну допомогу);

- автономізацію постачальників медичної допомоги, адже відносини між медичним закладом (постачальником послуг) та розпорядником бюджетних коштів, а саме Національною службою здоров'я України (замовником послуг), налаштовуються згідно з договорами про медичне обслуговування населення з чітко визначеними параметрами фінансування результату;

- впровадження системи e-Health з переведенням есієї медичної документації в електронний вигляд;

- запровадження в дію програми «Доступні ліки», на основі якої пацієнти, які страждають на бронхіальну астму чи діабет II типу, серцево-судинні захворювання, можуть отримати препарати безкоштовно або з незначною доплатою, для чого необхідно звернутись до лікаря за рецептом та отримати препарати в долученій до програми аптеці;

- впровадження прозорості та ефективної системи закупівлі ліків, а саме створення закупівельної організації, метою якої є формування сучасної зручної системи, спрямованої на конкурентне середовище в Україні;

- утворення нових можливостей задля здійснення місцевою владою повноважень у сфері охорони здоров'я (з національного рівня буде забезпечуватись програма медичних гарантій, а кошти місцевих бюджетів будуть спрямовані на забезпечення роботи системи та провадження місцевих програм) [64];

- забезпечення розвитку медицини та належного її кадрового забезпечення висококваліфікованими фахівцями;

- акумулювання достатнього ресурсу для фінансування національної системи охорони здоров'я, їх ефективного розподілу й оптимального використання;

- підвищення якості державного менеджменту системи охорони здоров'я насамперед на основі викорінення корупції та практики незаконних поборів з пацієнтів у медичних установах другого та третього рівнів;
- підвищення рівня фінансової відповідальності керівництва Міністерства охорони здоров'я, працівників державних інституцій системи охорони здоров'я та медичних установ;
- впровадження у вітчизняну практику міжнародних стандартів медичних послуг з використанням інноваційних медичних технологій та дотриманням соціальних вимог до медичних послуг – їх доступності, повноти та високої якості;
- формування адекватного економічного механізму продукування медичних послуг на принципах їх соціальної інклюзії, безпосередньої безоплатності і соціальної справедливості [22].

При цьому державне фінансування (за рахунок загального оподаткування) має спрямовуватись на максимально повне задоволення потреб громадян у медичних послугах (що не потребуватимуть невинновано високих витрат і відповідатимуть найпередовішим світовим інноваційним трендам) з розбудовою ефективних договірних відносин між продуцентами і споживачами медичних послуг за одночасного розвитку централізованої моделі охорони здоров'я, заснованій на медичному страхуванні. За таких умов пріоритетного значення набуває забезпечення суворої фінансової дисципліни при використанні бюджетного фінансування медичної сфери та викорінення корупції і зловживань у цій сфері з обов'язковим посиленням персональної відповідальності керівників державних закладів охорони здоров'я за порушення закону та прав пацієнтів.

Розбудова в Україні вискоєфективної системи охорони здоров'я та створення необхідних організаційно-економічних передумов для розвитку вітчизняної медичної індустрії вимагають термінового завершення процесу формування у державі правових основ функціонування повноцінного ринку медичних послуг. Так, ще у 2011 р. Верховна рада України ухвалила два

головні закони, що дали старт медичній реформі у нашій державі – «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» (№8602) [43] та «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» (№8603) [46].

Саме зазначені законодавчі акти уперше чітко унормували «прив'язку» кількісної структури мережі державних і комунальних закладів охорони здоров'я до наявних потреб місцевого населення у медичних послугах (з недопущенням скорочення їх кількості); пріоритетність забезпечення належних їх якісних кондицій, своєчасності і доступності їх отримання населенням; а також необхідність ефективного використання агентами вітчизняної медичної сфери її матеріальних, трудових і фінансових ресурсів. Крім того, у Законі України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» передбачено реалізацію регіональних пілотних проектів реформування медичної сфери (насамперед структурної реорганізації первинної та екстреної ланок охорони здоров'я) з метою моніторингу їх ефективності та подальшої імплементації на території усієї країни.

Логіка реалізації пілотних проектів передбачає, що при лікуванні певних захворювань дільничні лікарі-терапевти і лікарі-педіатри, лікарі акушер-гінекологи, офтальмологи, хірурги, невропатологи і психіатри надаватимуть населенню первинну медико-санітарну допомогу з чітким розмежуванням її первинної і вторинної (спеціалізованої і високоспеціалізованої) ланок. Водночас, планування і прогнозування діяльності мереж комунальних закладів охорони здоров'я у пілотних регіонах здійснюється у межах функціональних повноважень органів виконавчої влади та інституцій місцевого самоврядування [29].

Своєю чергою, заплановані у Законі України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 06.04.2017 р. №2002-VIII

[42] заходи щодо реорганізації вітчизняної медичної сфери безпосередньо зорієнтовані на: автономізацію медичних закладів, реформування системи їх фінансового забезпечення і форм власності, призначення керівників державних і комунальних закладів охорони здоров'я.

Важливим, у контексті реформування вітчизняної системи охорони здоров'я, є і законодавче унормування обсягів, видів і форм надання гарантованих державою медичних послуг, а також чітке встановлення на законодавчому рівні переліку їх платних видів. Доцільність даного напрямку реорганізації медичної сфери важко переоцінити, оскільки намагання медичних закладів лікувати на безоплатній основі усіх видів захворювань без урахування власної ресурсоспроможності призводить лише до низької якості медичного обслуговування пацієнтів, яке до того ж майже наполовину оплачується ними власним коштом. Тож унормування на законодавчому рівні переліку платних видів медичних послуг дасть змогу формалізувати існуючі у сучасній практиці неформальні платежі та чітко виокремити сегмент медичної допомоги й медичних послуг, гарантованих державою.

Наступний стратегічний напрям розвитку вітчизняної медичної сфери – це розбудова первинної ланки медичного обслуговування населення на засадах сімейної медицини як головного інструменту забезпечення справедливого розподілу і раціонального використання ресурсів системи охорони здоров'я, а також підвищення ефективності й результативності її діяльності. Саме інститут сімейної медицини, з одного боку, лежить в основі розбудови споживчо-орієнтованої моделі системи охорони здоров'я, даючи можливість пацієнтам самостійно обирати лікаря, а з другого – здатен докорінно реформувати усю систему конкурентних відносин між лікарями як головного драйвера їх мотиваційних установок до підвищення своєї кваліфікації і якості пропонованих споживачам медичних послуг. Зрозуміло, що саме від кількості пацієнтів буде залежати рівень заробітної плати кожного окремо взятого лікаря чи медичного працівника. За експертними оцінками, для повноцінного функціонування первинної медико-санітарної допомоги та

виконання нею усіх покладених на неї функцій необхідним є доведення її фінансування до рівня 25-35% загальних видатків на охорону здоров'я. Водночас, зростання медичних видатків зведеного бюджету України у 2 – 2,5 разу дасть змогу удвічі збільшити охоплення населення послугами первинної медико-санітарної допомоги [46,47, 50].

Розбудова найбільш наближеної до населення первинної ланки медичного обслуговування населення на засадах сімейної медицини передбачає насамперед чітке інституційне закріплення її функціональних компетенцій. Це – консультування лікарів; профілактика, діагностика і лікування найпоширеніших захворювань, травм, отруєнь та інших станів; індивідуальні санітарно-гігієнічні і протиепідемічні заходи; гігієнічне виховання і санітарна просвіта населення; спостереження сімейним лікарем здорової дитини й інтегроване ведення захворювань дитячого віку (на основі обсягів і стандартів медичної допомоги первинного рівня); ведення здорової вагітності упродовж усього періоду; медичне консультування з питань збереження репродуктивного здоров'я і планування сім'ї, долікарське і лікарське медичне обслуговування, а також залучення у разі необхідності спеціалізованих чи високоспеціалізованих лікарів і консультантів [45].

Первинна ланка медичного обслуговування передбачає надання медичних послуг населенню через Центри первинної медико-санітарної допомоги, фельдшерсько-акушерські пункти, фельдшерські пункти, міські і сільські лікарські амбулаторії; а її фінансування здійснюватиметься з коштів державного бюджету. Так, станом на початок 2019 р. у рамках всеукраїнського проекту «Лікар для кожної сім'ї» майже 25 млн українських громадян уклали декларації з сімейними лікарями про медичне обслуговування; а за 2018 р. Національна служба здоров'я виплатила медичним закладам за надані пацієнтам послуги 3,5 млрд грн. [70].

Своєю чергою, вторинна ланка системи охорони здоров'я має концентруватись виключно на наданні медичних послуг (кваліфіковане консультування, профілактика і лікування захворювань), що потребують

застосування спеціальних методів діагностики й лікування. Відтак – вторинна медична допомога має надаватись лікарями відповідної спеціалізації у спеціалізованих лікарняних і позалікарняних закладах охорони здоров'я із застосуванням відповідних спеціалізованих методик лікування. Початок другого етапу реформування вітчизняної системи охорони здоров'я передбачений Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», ухваленим парламентом у 2018 р. з редакцією 16.01.2020 р. [46]. І, нарешті, третинний рівень системи охорони здоров'я буде сконцентрований виключно на наданні високоспеціалізованих і високотехнологічних медичних послуг у випадку складних чи тяжких захворювань пацієнтів. Оскільки дана ланка медичних послуг передбачає медичне обслуговування населення високоспеціалізованими фахівцями у спеціалізованих і технологічно обладнаних установах охорони здоров'я (головним чином стаціонарного типу), то кожен її заклад має покривати не менше 1 млн. осіб (інакше діяльність буде нерентабельною).

Реформування вторинного і третинного рівнів вітчизняної системи охорони здоров'я стартує з 1 квітня 2020 р., у результаті чого на спеціалізовані (міські і районні лікарні) і високоспеціалізовані (обласні лікарні і центри) медичні заклади чекають значні зміни. Вони пов'язані насамперед із:

- зміною їх статусу на комунальні некомерційні підприємства;
- скасуванням субвенцій з держбюджету з переходом системи медичного обслуговування на модель закупівлі державою у лікарень медичних послуг і їх оплати за відповідними тарифами;
- отриманням пацієнтами права вибору вузьких спеціалістів у рамках консультацій чи планових операцій;
- об'єднанням усіх видів медичної допомоги у 27 пакетів найбільш важливих для поліпшення чи врятування життя людини медичних послуг (хірургічні операції, стаціонарна нехірургічна допомога, медична допомога при пологах, гострому інфаркті, інсульті, лікуванні туберкульозу, психічних розладів; паліативна допомога, медична реабілітація тощо);

- висуванням підвищених вимог в частині діагностичного обладнання до медичних закладів, що спеціалізуюватимуться на наданні медичної допомоги при інсультах й інфарктах;

- встановленням чітких тарифів на кожен вид медичної послуги [46].

Програма медичних гарантій пацієнтів поширюється на медичні послуг, від яких залежить життя людини, або неотримання яких матиме серйозні негативні наслідки для людського здоров'я. Це насамперед пологи та неонатальна допомога, серцево-судинні хвороби (зокрема, інфаркти та інсульти), онкологічні захворювання з їх ранньою діагностикою і втручанням [43]. Наголосимо, що на реалізацію програми державних медичних гарантій у бюджеті на 2020 р. закладено 72 млрд грн. [45]. Тож для отримання медичними закладами державного фінансування вони мають набути юридичного статусу комунальних неприбуткових підприємств. Даний статус має бути закріплений органами місцевої влади, у власності якої власне й перебувають конкретні лікарняні чи поліклінічні заклади охорони здоров'я. При цьому суттєвих змін може набути спеціалізаційний профіль того чи іншого медичного закладу з точки зору поширення на ті чи інші медичні послуги системи державних медичних гарантій; а самі медичні заклади будуть про стимульовані фінансово з метою нарощування масштабів інвестування купівлі новітніх зразків діагностичного обладнання і загалом модернізації матеріально-технічної бази вітчизняної системи охорони здоров'я [23]. Загальновідомо, що оплата медичних послуг та лікарських засобів є недоступними для багатьох українських громадян і спричиняє для них значні фінансові труднощі. Зокрема, у період до реформи у 2010-2015 рр. до 14,5% домогосподарств після сплати за медичні послуги не могли дозволити собі найнеобхідніші речі, такі як продукти харчування, оренда або комунальні послуги. При цьому найчастіше зазнають фінансових труднощів та неспроможності задовольняти першочергові медичні потреби найбільш вразливі українські сім'ї, літні люди, особи з хронічними захворюваннями, а також громадяни, які проживають у районах, що постраждали від конфлікту на сході України. Тож одним з важливих

напрямів медичної реформи в Україні є реалізація комплексу заходів щодо впровадження повноцінної системи реімбурсації вартості ліків. Наголосимо, що тільки у 2019 р. на державні закупівлі лікарських засобів (за 40 напрямками) з бюджету було виділено 6,6 млрд грн, на які було закуплено близько 1,3 тис найменувань медпрепаратів та медвиробів [56]. Після запровадження системи закупівлі ліків для українців через міжнародні організації (USAID (проекти SAFEMed та TAPAS), UNDP, Світовий банк, МФ «Відродження» та Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією») у Міністерстві охорони здоров'я зафіксували економію державних коштів за деякими препаратами у розмірі 85 – тобто більш ніж уп'ятеро [30]. Завдяки державним закупівлям лікарських засобів і медичних виробів через платформу міжнародних організацій в останні роки у нашій державі з'явилися 76 нових інноваційних медпрепаратів, що пройшли реєстрацію і стали доступними для українських громадян [56]. Державні закупівлі дали змогу ефективно уникнути корупції і забезпечити українців якісними та життєво необхідними ліками, а значні можливості і багаторічний досвід міжнародних організацій у даній сфері дають змогу використовувати бюджетні кошти прозоро та ефективно і, що більш важливо, забезпечувати якісне лікування пацієнтів в Україні.

Підбиваючи підсумок, відзначимо наступне: упродовж останніх років Україна досягла значного прогресу у напрямку реалізації медичної реформи. Тісне співробітництво українського уряду з громадянським суспільством та міжнародними партнерами, реалізація національних політик з імунізації та управління інфекційними і неінфекційними захворюваннями були суттєво вдосконалені та оновлені відповідно до міжнародних рекомендацій та стандартів. Своєю чергою, закупівля ліків через інституційну платформу міжнародних організацій забезпечила своєчасне та економічно ефективне постачання життєвих важливих препаратів для українських громадян по всій країні.

РОЗДІЛ 2.

АНАЛІТИЧНА ОЦІНКА ПРОФЕСІЙНО-ЕКОНОМІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОГО ЦЕНТРУ ТОВ «АКАДЕМІЧНИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР»

2.1. Організаційно-управлінська структура медичного закладу

Медичний центр ТОВ «Академічний медичний центр» (надалі – «Медичний центр» або «МЦ») є самостійним закладом охорони здоров'я приватної форми власності, призначений для надання багатoproфільної вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги громадянам України та інших країн. Медична та інша діяльність Медичного центру здійснюється згідно з Конституцією України, Законами України, Указами Президента України, постановами Кабінету Міністрів України, наказами МОЗ України, Статутом ТОВ «Академічний медичний центр» та цим Положенням. Вся необхідна інформація про діяльність Медичного центру наявна у Куточку споживача та Папці споживача. Медичний центр знаходиться за адресою: м. *Київ*, вул. *Рогнідинська*, б. *5/14*. Приміщення МЦ обладнане електроносіями, водопостачанням, теплом, телефонним зв'язком, доступом до мережі Інтернет тощо. Окремі питання діяльності Медичного центру встановлюються відповідними внутрішніми нормативними актами, зокрема: Правила внутрішнього трудового розпорядку, Правила перебування пацієнтів, Інструкцій з оформлення та видачі медичної документації тощо. Медичний центр веде обліково-статистичні форми документації та здає звіти про свою роботу відповідно до інструкцій та у строки, визначених МОЗ України.

Організаційно-штатна апаратна структура та схема управління Медичного центру відображається у вигляді схеми з лінійними та функціональними зв'язками між елементами апарату управління МЦ (рис.2.1), що затверджена наказом директора Товариства.

Рис. 2.1 СТРУКТУРА МЕДИЧНОГО ЦЕНТРУ ТОВ «АКАДЕМІЧНИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР»



Основною метою Медичного центру є надання висококваліфікованих спеціалізованих медичних послуг (допомоги) населенню міста Києва, інших областей та регіонів України, а також іноземних громадян із використанням сучасних медичних технологій, засобів і методів.

Основними завданнями Медичного центру є:

- надання висококваліфікованих медичних послуг (допомоги) в повному обсязі пацієнтам, що звернулися до МЦ в порядку амбулаторного прийому та стаціонарної допомоги;
- рання діагностика захворювань і їх своєчасне лікування із застосуванням новітніх технологій;
- при необхідності, залучення додаткових консультантів та направлення пацієнтів у інші спеціалізовані медичні заклади охорони здоров'я.

Для виконання основних завдань у Медичному центрі організовуються та проводяться:

- планові (за попереднім записом) профілактичні огляди та обстеження пацієнтів, які раніше проходили лікування (з одночасним лікуванням патології, що виявляється);
- надання висококваліфікованих медичних послуг (допомоги);
- аналіз захворюваності, заходи щодо її зниження, усунення причин, які сприяють виникненню захворюваності;
- впровадження сучасних методів діагностики і лікування.

У межах ліцензії Товариства та матеріально-технічної бази Медичний центр забезпечує:

- надання спеціалізованих медичних послуг (допомоги) усім пацієнтам, які звернулися до Медичного центру;
- тісну взаємодію з іншими закладами та службами охорони здоров'я у наданні медичних послуг (допомоги) населенню;

- своєчасне та якісне проведення лікувально-профілактичних процедур;
- дотримання санітарних норм і правил, виконання вимог санітарно-гігієнічного режиму;
- раціональне використання трудових, фінансових і матеріальних ресурсів;
- виконання правил і норм техніки безпеки, охорони праці та протипожежної безпеки.

Медичний центр відповідно до покладених на нього завдань:

- організовує і здійснює медичне забезпечення пацієнтів, що звернулися до медичного центру;
- організовує та проводить попередні та періодичні медичні огляди пацієнтів;
- забезпечує наступність принципів лікувально-профілактичної роботи з іншими лікувальними закладами;
- забезпечує своєчасне та якісне виконання нормативно-правових актів у межах компетенції Центру;
- надає невідкладну медичну допомогу, здійснює лікування пацієнтів в стаціонарних та амбулаторних умовах;
- здійснює оформлення медичної документації, оформлення та ведення медичної обліково-звітної документації;
- здійснює статистичний облік захворюваності, розробляє відповідні пропозиції, спрямовані на зниження рівня захворюваності та покращання стану його здоров'я.
- Положення про Центр, посадові інструкції працівників затверджуються директором Товариства;
- діловодство у Центрі організовується відповідно до вимог Інструкції з діловодства та номенклатури справ;

- ведення обліково-звітної медичної документації у Центрі здійснюється згідно з вимогами нормативно-правових документів МОЗ України;
- загальні засади діяльності, статус, умови оплати праці, матеріальне, соціальне і побутове забезпечення працівників Центру визначаються відповідно до чинного законодавства.

Медичний центр є приватною акредитованою структурою МОЗ України (категорія вища), має міжнародний сертифікат якості надання медичних послуг ISO. Має ліцензійне право лікувальне застосування наркотичних засобів. Відповідає вимогам МОЗ України та Департаменту соціальної політики України на проведення експертизи тимчасової непрацездатності. Логотип і назва захищено патентом України.

2.2. Матеріально-технічна база професійно - економічної діяльності ТОВ «Академічний медичний центр»

В рамках досліджуваного періоду 2018-2021 рр. на ринок приватних медичних послуг в Україні впливало кілька значних факторів, які і визначили його поточний стан. Одним з таких факторів є стан державної медицини. На сьогоднішній день реформування даної сфери може призвести до формування більш прозорого механізму функціонування та фінансування, що в подальшому має призвести до поліпшення якості надання послуг. У свою чергу, конкуренція між приватною і державною медициною буде посилюватися.

Подібний розвиток подій варто очікувати протягом найближчих 2-3 років. На рівень конкурентоспроможності державної медицини, зокрема, буде впливати ряд макроекономічних чинників, таких як витрати на медицину, рівень інфляції, курс національної валюти і рівень доходів населення, а також контроль за якістю реалізації медичної реформи Міністерством охорони

здоров'я України. В майбутньому конкурентоспроможність державної медицини багато в чому будуть залежати від підсумків медичної реформи.

Медичним центром проводиться консультативно-лікувальна робота за наступними спеціальностями: акушерство і гінекологія, анестезіологія, гастроентерологія, генетика медична, генетика лабораторна, дерматовенерологія, дитяча гінекологія, ендокринологія, ендоскопія, онкогінекологія, отоларингологія, офтальмологія, проктологія, репродуктивна медицина, сексопатологія, судинна хірургія, неврологія, терапія, ультразвукова діагностика, урологія, функціональна діагностика, хірургія, сестринська справа, сестринська справа операційна.

Метою медичного центру є надання висококваліфікованої медичної допомоги пацієнтам із застосуванням сучасних методів діагностики, профілактики та лікування захворювань.

Медичне обладнання, що використовується у медичному центрі ТОВ «Академічний медичний центр» є власністю та стоїть на балансі підприємства (таб.2.1).

Загальна вартість обладнання становить 29 755 400 грн. (75)

Таблиця 2.1

**Перелік медичного обладнання, що використовується
у Медичному центрі**

	Перелік оснащення	Виробник
1.	Ламінарний бокс із підігрівом робочої поверхні Fortuna IVF Clean Air	Origio USA
2.	Дьюар 30 літрів	Україна
3.	Центрифуга CM-614	ELMI Латвія
4.	Система відеоендоскопічна, гастроінтестинівідеоскопічна, колоновідеоскопи, відеоцентри, джерела світла ксенонові,	Olympus Japan
5.	Стеріомікроскоп Olympus SZX-B7	Olympus Japan
6.	Електронний ендофлятор CO2 з модулем	Німеччина

7.	Концентратор кисневий «Біомед»	Китай
8.	Гістероскоп BETTOCCHI, HOPKINS® Оптика 30 градусів, 2.9 мм, 30 см, набір інструментів	Німеччина
9.	Освітлювальна таблиця офтальм. 5м	Китай
10.	Ультразвуковий апарат Toshiba Aplio 300 з трьома датчиками	Японія
11.	Кольпоскоп МК-300 з відео системою	Україна
12.	Електролігуючий апарат LigaSure Valleylab LS10 Covidien LLC з набором інструментів	USA

Продовження таблиці 2.1

13.	Апарат ультразвукової діагностики (датчик трансабдомінальний, трансвагінальний) Aplio XG	TOSHIBA Японія
14.	Апарат ультразвукової діагностики (датчик трансабдомінальний, транскраніальний, трансвагінальний, лінійний) Aplio 500	TOSHIBA Японія
15.	Апарат ультразвукової діагностики (датчик трансабдомінальний, транскраніальний, трансвагінальний, лінійний) Aplio 500	TOSHIBA Японія
16.	Коагулятор лазерний універсальний “Ліка-хірург” 25 Вт, 940 нм	Україна
17.	Кольпоскоп Skaner МК-200 із цифровою відеосистемою	Україна
18.	Апарат радіохвильової терапії EXBЧ 80-03”Фотек”	Україна
19.	Крісло гінекологічне FG-05 FAMED Zywiec	Польща
20.	Ультразвукова діагностична система ARIETTA Prologue HITACHI Ltd (датчик трансабдомінальний, трансвагінальний, лінійний)	Japan
21.	CO2- інкубатор клітинних культур із датчиком CO2	Origio, USA
22.	Інкубатор «LEC 960»,	Japan
23.	Мікроскоп «Axiovert» Zeiss	Німеччина
24.	Мікроманіпулятор «Nirihige»	Japan
25.	Мікроскоп	Україна
26.	Аспіратор Pioneer Pro-Pump Single 230 V	USA
27.	Кріотермос	USA
28.	Камера Маклера	Данія

29.	Дьюар для зберігання кріоконсервованих ембріонів та статевих тканин MVE S/C 47	USA
30.	Дьюар для зберігання кріоконсервованих ембріонів та статевих тканин 14 VE S/C 3.6	USA

Продовження таблиці 2.1.

31.	Універсальна ендоскопічна стійка з наборами інструментів	Karl Storz, Німеччина
32.	Цистоскоп	Karl Storz, Німеччина
33.	Лампа щільова 4Z-05 зі столиком 4Z-2A	Корея
34.	Автоматчний проектор знаків ACP-700	Unicos Корея
35.	Автоматичний рефракто-кератометр URK-700	Unicos Корея
36.	Набір пробних лінз та призм	Корея
37.	Офтальмоскоп ручний	Корея
38.	Аноскоп із підсвітленням TC-BC-05-85	Китай
39.	Лампа операційна Ledilux BLC-600 FAMED Lodz	Польща
40.	Апарат штучної вентеляції легенів “Бриз”	Україна
41.	Кисневий концентратор New Life 10л - 2	Китай
42.	Дефібрилятор ДКИ–Н-10	Росія
43.	Пульсоксиметер - 4	Китай
44.	Мішок дихальний ручний АМБУ	Польща
45.	Шприцевий дозатор	Німеччина
46.	Відсмоктувач 7E-D	Китай
47.	Відсмоктувач 7E	Китай
48.	Електрокардіограф 3 каналний	Китай
49.	Монітор пацієнта - 4	Китай
50.	Ректороманоскоп із підсвітленням операційний PE-BC-3	Корея
51.	Монітор фетальний «БІОМЕД» FM-801	Китай
52.	Бактерицидна лампа «Фіолет 01» - 15	Україна
53.	Шафа медична металева - 10	Україна
54.	Ширма медична - 10	Україна
55.	Джерело безперебійного живлення - 6	Китай
56.	Штатив для інфузій - 10	Україна
57.	Каталка для транспортування пацієнтів -2	Китай
58.	Безтіньові лампи медичні - 4	Україна
59.	Ліжко медичне функціональне – 5 шт.	Польща
60.	Тумба при ліжкова медична – 5 шт.	Україна
61.	Дистилятор Cominox	Італія
62.	Пакувальна машина Cominox Flash	Італія
63.	Ультразвукова м'яка машина Cominox	Італія

64	Маніпуляційний столик -4	Україна
65	Стіл Кохера - 2	Україна
66	Стіл медичний сталевий	Україна
67	Автоклав Cominox Stericlave - 2	Італія
68	Акумулятор для операційної - 2	Китай
69	Стіл операційний Rapid - 2	Фінляндія

Академічний медичний центр являє собою сучасний заклад охорони здоров'я, що надає амбулаторну медичну допомогу дорослому населенню та допомогу дівчаткам зі спеціальності дитяча гінекологія. Його функціональними компетенціями є організація та надання якісних медичних послуг діагностичного та лікувального характеру, а також здійснення забору широкого спектру лабораторних аналізів. У медичному центрі ведуть прийом більше 50 лікарів різних спеціальностей. Крім того, в клініці ведеться професорський прийом – експертиза та лікування складних клінічних випадків. Консультантами виступають доктори медичних наук, професори із заслуженим авторитетом в медичному середовищі. Необхідність професорської консультації часто зумовлена безрезультатністю попереднього лікування, відсутністю чітко встановленого діагнозу або його сумнівністю.

Перелік медичних послуг, що надається у медичному центрі має широкий спектр, а саме (табл.2.2).

Таблиця 2.2

Перелік медичних послуг (не повний) ТОВ «Академічний медичний центр»

АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ
Ультразвукова діагностика малого тазу трансабдомінальна
Ультразвукова діагностика малого тазу трансвагінальна
Розширена кольпоскопія
Радіохвильова хірургія шийки матки
Радіохвильова коагуляція шийки матки

Взяття біопсії шийки матки радіохвильовим методом
Радіохвильова конізація шийки матки
Радіохвильова хірургія новоутворень промежини і зовнішніх статевих органів
Лазерна терапія шийки матки
Лазерна хірургія новоутворень промежини і зовнішніх статевих органів
Гістероскопія офісна
Аспірат із порожнини матки із гістологічним дослідженням
Введення внутрішньоматкового контрацептива
Видалення внутрішньоматкового контрацептива
Гістероскопія діагностична із біопсією ендометрію
Гістерорезектоскопія
Передня кольпорафія з підсиленням поліпропіленовим ендопротезом
Задня кольпорафія з підсиленням поліпропіленовим ендопротезом/або без
Операція при стресовому нетриманні сечі TVT
Висічення повздожньої перетинки піхви
Видалення синехій статевих губ
Лабіопластика
Вагінопластика
Гіменоластика
Роздільне діагностичне вишкрібання порожнини матки і цервікального каналу
Вакуумрегуляція
Медичний аборт
Розкриття абсцесу бартолінієвої залози
Видалення кісти бартолінієвої залози
Реконструктивна операція на шийці матки
Пункція заднього склепіння
Бужування цервікального каналу
Внутрішньоматкова інстиляція
Метросальпінгоскопія
Розтин синехій зовнішніх статевих органів
Місцеве лікування в гінекології
Місцеве лікування в дитячій гінекології
Вакцинація проти вірусу ВПЛ
Контурна пластика вульви
Спостереження вагітності з 6 тижнів до пологів (один плід)
Спостереження вагітності з 6 тижнів до пологів (два плоди)
Оперативне втручання лапаротомним доступом
Оперативне втручання вагінальним доступом
Оперативне втручання лапароскопічним доступом
Встановлення акушерського песарію
Ультразвуковий супровід під час гістерорезектоскопії

Накладання циркулярного шва на шийку матки при вагітності
Видалення акушерського песарію
УЛЬТРАЗВУКОВА ДІАГНОСТИКА
УЗД органів черевної порожнини
УЗД щитоподібної залози
УЗД вилючкової залози у дітей (тимус)
УЗД слинних залоз
УЗД периферичних лімфовузлів
УЗД молочних залоз
УЗД органів заочеревинного простору (нирки, надниркові залози)
УЗД сечового міхура з визначенням залишкової сечі
УЗД органів малого тазу чоловіків
УЗД органів калитки
УЗД органів малого тазу чоловіків (передміхурова залоза, сім'яні міхурці, простатичний відділ уретри) трансректальне
Дуплексне сканування судин брахіоцефальної області
Дуплексне сканування артерій та вен верхніх або нижніх кінцівок
Проведення діагностики еректильної дисфункції із доплерографією судин статевого члена із функціональними пробами
УЗД органів малого тазу у дітей (трансабдомінальне)
УЗД м'яких тканин
УЗД функції жовчного міхура
Гідросонографія ШКТ
Дуплексне сканування артерій та вен нижніх кінцівок
Дуплексне сканування судин брахіоцефальної області (мета- виявлення початкових атеросклеротичних уражень артерій)
Дуплексне сканування артерій нижніх кінцівок
Дуплексне сканування судин брахіоцефальної області і транскраніальна доплерографія (судини голови та шиї)
УЗ супровід під час оперативного втручання
Ехокардіографія (УЗД серця)
Дуплексне сканування вен нижніх кінцівок
Ультразвукове дослідження органів малого тазу у жінок
Еластографія печінки
ПРЕНАТАЛЬНА ДІАГНОСТИКА
Консультація лікаря пренатальної діагностики первинна
Консультація лікаря пренатальної діагностики вторинна
УЗД при вагітності на ранніх строках (до 10 тижнів)
Експертна ультразвукова пренатальна діагностика плода І триместр (11-13 тижнів +6 днів), один плід

Експертна ультразвукова пренатальна діагностика плода І триместр (11-13 тижнів +6 днів), два плода
Експертне ультразвукове дослідження при вагітності в II та III триместрі (17-40 тиж), один плід
Експертне ультразвукове дослідження при вагітності в II та III триместрі (17-40 тиж), два плода
Біометрія плода з доплерометрією материнського та плодового кровообігу (спостереження в динаміці)
Біометрія плода (спостереження в динаміці)
Допплерометрія материнського та плодового кровообігу (спостереження в динаміці)
Цервікометрія при вагітності (спостереження в динаміці)
Кардіотокографія плоду (один плід)
СУДИННА ХІРУРГІЯ
Кроссектомія
Мініфлебектомія
Ендовенозна лазерна коагуляція
Мініфлебектомія
Мікросклеротерапія
Пінна ЕХО-склеротерапія під контролем УЗД
ХІРУРГІЧНІ ВТРУЧАННЯ
Пункційна (тонкогільна) біопсія молочних залоз
Трепан-біопсія молочної залози
Біопсія нирки
Біопсія щитоподібної залози
Первинна обробка рани м'яких тканин
Накладання швів
Видалення ліпоми (поверхневої)
Видалення атероми (поверхневої)
Розкриття фурункула
Розкриття пароніхії
Радіохвильове видалення доброякісних новоутворень шкіри
Видалення врослого нігтя
Біопсія лімфатичних вузлів (шейних, пахових, підмишечних), ексцизійна
Зняття швів, лігатур
Перев'язка ран
Біопсія поверхнева (новоутворень шкіри/слизової)
Видалення гігроми (поверхневої)
Енукліація доброякісних пухлин молочної залози
Секторальна резекція молочної залози
Підшкірна ампутація грудної залози у чоловіків

Енукліація доброякісних пухлин (множинних) молочної залози
Діагностична лапароскопія
Лапароскопічна пластика пахової грижі
Відкрита пластика пахової грижі
Лапароскопічна пластика вентральної грижі
Відкрита пластика пупочної грижі
Лапароскопічні операції на діафрагмі
Лапароскопічна апендектомія
Лапароскопічна холецистектомія
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЯ
Масаж передміхурової залози
Видалення синехій статевого члена
Радіохвильова ексцизія утворень шкіри I категорії
Радіохвильова ексцизія утворень шкіри II категорії
Радіохвильова ексцизія утворень шкіри III категорії
Видалення кондилом
Обробка вогнищ дерматозу
Інцизійна біопсія пухлин шкіри
Ексцизійна біопсія пухлин шкіри
Широке висічення пухлин шкір
Пункційна (товстоголкова) біопсія пухлин м'яких тканин
Трепан-біопсія пухлин м'яких тканин
Видалення доброякісних пухлин м'яких тканин
Огляд лампою Вуда
Зішкріб з обличчя на демодекс
Кріодеструкція
Кріомасаж обличчя, шиї, декольте
Дерматоскопія 1 елементу
ПЛАСТИЧНА ХІРУРГІЯ
Підтяжка брів
Підтяжка лобу
Підтяжка скроневої зони
Підтяжка середньої зони обличчя
Підтяжка 2/3 обличчя та шиї
Підтяжка 1/3 обличчя та шиї
Підтяжка шиї
Пластика верхніх повік
Пластика нижніх повік
Протезування підборіддя
Корекція форми носа (кістковий відділ)
Корекція форми носа (хрящовий відділ)
Виправлення носової перегородки

Корекція вушних раковин
Пластика верхньої губи
Пластика нижньої губи
Збільшення молочних залоз
Зменшення молочних залоз
Корекція сосків
Корекція ареол
Оперативне втручання при гінекомастії
Формування сосків-альвеолярної зони
Заміна імплантів молочної залози
Збільшення сідниць
Пластика нижньої третини живота
Пластика шкірно-жирового лоскута живота
Пластика внутрішньої поверхні стегон
Пластика рук (плеча)
Пластика після операційного рубця
ЕНДОСКОПІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ
Відеогастроскопія
Відеоколоноскопія
Хромоскопія (один відділ)
Біопсія при ендоскопії
Тест на хелікобактер
Поліпектомія
Черезшкірна ендоскопічна гастростомія
Видалення стороннього тіла при ендоскопії
Видеодокументація при дослідженні
Введення інтрагастрального балону
Видалення інтрагастрального балону
ДОПОМІЖНІ РЕПРОДУКТИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ
Запліднення in vitro+ ICSI
Запліднення in vitro+ ICSI в природному циклі
Запліднення in vitro+ PCSI
Стимуляція яєчників із вітрифікацією ооцитів
Додатковий хетчинг
Пробна капациація
Аспірація спермійів із тканини яєчка
Біопсія яєчка із виділенням спермійів
Транспортна IVF+ICSI
Дослідження біопсійної тканини яєчка або епідідімісу
Виділення сперматозоїдів із сечі
Спермограма

Внутрішньоматкова інсемінація
Запліднення in vitro+ICSI із використанням донорських ооцитів
Донація сперми (1 доза)
Запліднення in vitro+ICSI в програмі сурогатного материнства
Запліднення in vitro+ICSI в програмі сурогатного материнства із застосуванням донорських ооцитів
Кріоконсервація ембріонів (ооцитів) методом вітрифікації
Спермограма+кріоконсервування сперми
Перенесення вітрифікованих ембріонів
Перенесення кріоембріонів в програмі сурогатного материнства
Передімплантаційна діагностика
Дослідження NGS з біопсією
ДНК фрагментація сперми + оксидативний стрес

Лабораторні дослідження – цінне джерело інформації для встановлення та уточнення діагнозу, контролю ефективності лікування чи то з'ясування причин хвороби. Вони допомагають визначитися із патологічними процесами, що мають місце в організмі людини, уточнити причину порушення самопочуття та контролювати перебіг хвороби, обрати вірний шлях до одужання та оцінювати результати лікування, визначати фактори ризику розвитку хвороб, а також визначати вплив чинників зовнішнього середовища на здоров'я. Під час лікування лікар може призначати аналізи неодноразово для контролю ефективності схеми терапії.

У клініці проводять лабораторні дослідження:

- Загальноклінічні дослідження крові та сечі.
- Тиреоїдна панель лабораторних досліджень.
- Репродуктивна панель лабораторних досліджень.
- Панель перинатальної лабораторної діагностики.
- Онкомаркери.
- Гіпофізарно-надниркові лабораторні показники.
- Фактори зростання.
- Панель лабораторних досліджень остеопорозу.
- Панель дослідження цукрового діабету.
- Кардіо-ревматоїдна панель лабораторних досліджень.
- Лабораторна панель контролю анемії.

- Гематологічна панель (лабораторні дослідження показників крові).
- Лабораторні дослідження сечі.
- Цитологічні лабораторні дослідження.
- Біохімічні лабораторні дослідження.
- Лабораторні дослідження на СНІД та гепатити.
- Лабораторні дослідження на TORCH-інфекції.
- Лабораторні дослідження на уrogenітальні інфекції.
- Лабораторні дослідження інших видів інфекцій.
- Імунологічні лабораторні дослідження.
- Аутоімунна лабораторна панель.
- Алергологічна лабораторна панель.
- Бактеріологічні лабораторні дослідження.
- Генетичні дослідження.
- Комплексні лабораторні дослідження та інші.

Ми визначаємо понад 1000 лабораторних показників, що допоможе вашому лікареві встановити або підтвердити діагноз і простежити за вашим процесом лікування. Якщо з'явилися проблеми, час завжди грає проти вашого здоров'я. Своєчасно отримані результати лабораторних досліджень можуть зберегти вам здоров'я завдяки правильно встановленому діагнозу і вчасно розпочатому процесу лікування.

Як показують дані, наведені у табл. 2.3, у 2020 - 2021 рр. річний сукупний вартісний обсяг власних надходжень збільшився з 24,8 до 38,8 млн грн. (75)

Таблиця 2.3

Інформація про обсяги власних надходжень, що надійшли до медичного центру ТОВ «Академічний медичний центр» у 2020 р. і 2021 р.

№ п/п	Перелік власних надходжень	2020	2021	
			млн грн.	%

1	Консультативні послуги	3731550	5828400	10
2	Діагностично - інструментальні обстеження	3731550	5828400	15
3	Лабораторні дослідження	2487700	3885600	10
4	Репродуктивні технології	4975400	7771200	25
5	Хірургічні втручання	9950800	15542400	40
Усього		24877000	38856000	100

Найбільші фінансові потоки медичного центру генерують на сьогодні хірургічні та репродуктивні послуги. Їх частка у сукупних доходах медичного центру становить 65%. Далі йдуть послуги з діагностично - інструментальні обстежень – 15%, консультації та лабораторні обстеження по 10% (рис.2.2)

Рис. 2.2

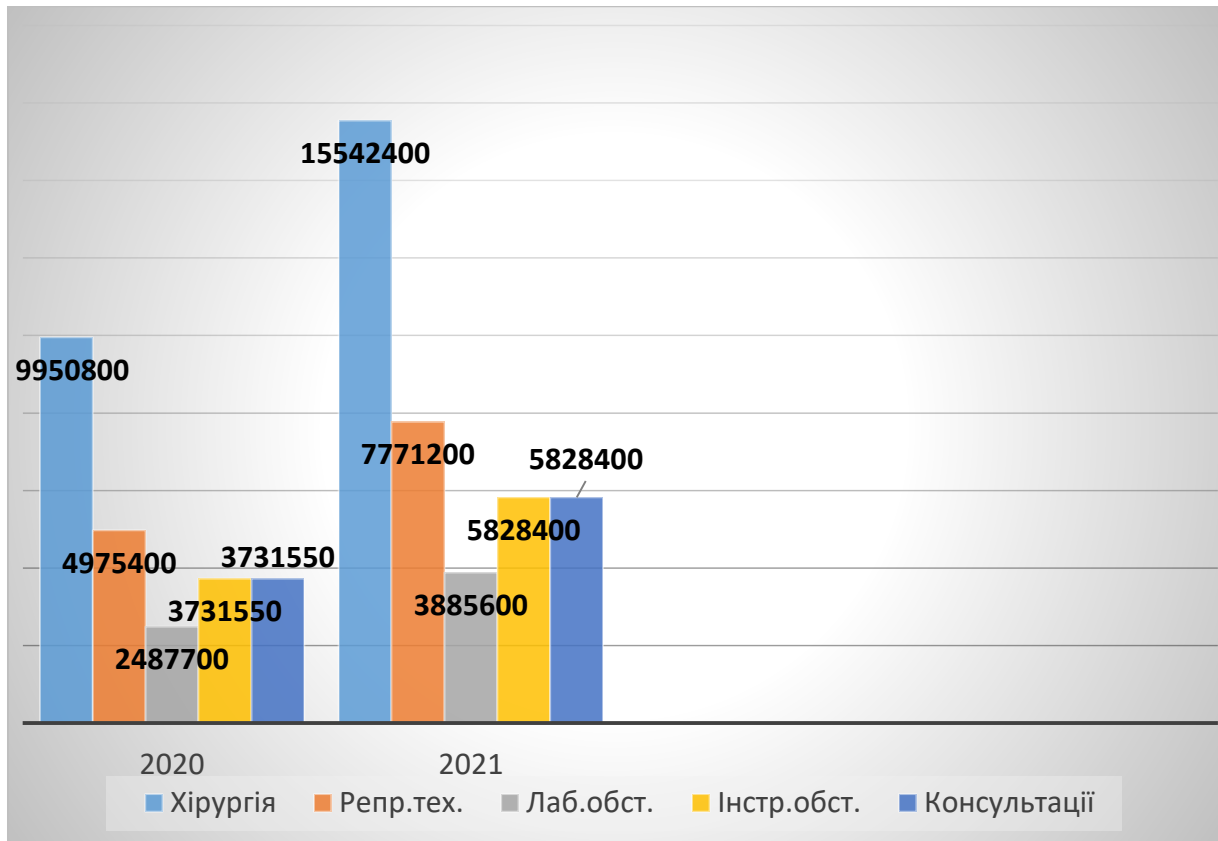
Інформація про обсяги власних надходжень, що надійшли до медичного центру ТОВ «Академічний медичний центр» у 2020 р. і 2021 р.



Більш детально про власні надходження можна бачити з діаграми, а також відмітити, що по напрямкам «лідерам» зростання грошового потоку відмічається майже на 40 % порівнюючи 2020 р. та 2021 р. (рис.2.3)

Рис. 2.3

Порівняльна характеристика власних надходжень, що надійшли до медичного центру ТОВ «Академічний медичний центр» у 2020 р. і 2021 р.



Таким чином, сформована у нашому медичному центрі фінансова база дає змогу постійно відновлювати і нарощувати власну матеріально-технічну базу. А висококваліфікований колектив медичних працівників медичного центру, її матеріально-технічна база і потужний діагностично-лікувальний потенціал дає змогу на високому рівні забезпечувати всебічну підтримку здоров'я та якість життя наших пацієнтів.

Значна частка фінансових надходжень від хірургічних послуг та репродуктивних технологій свідчить про наявність значних ресурсів для подальшого масштабування медичних послуг нашого медичного центру з метою нарощування вартісних обсягів вхідних фінансових потоків.

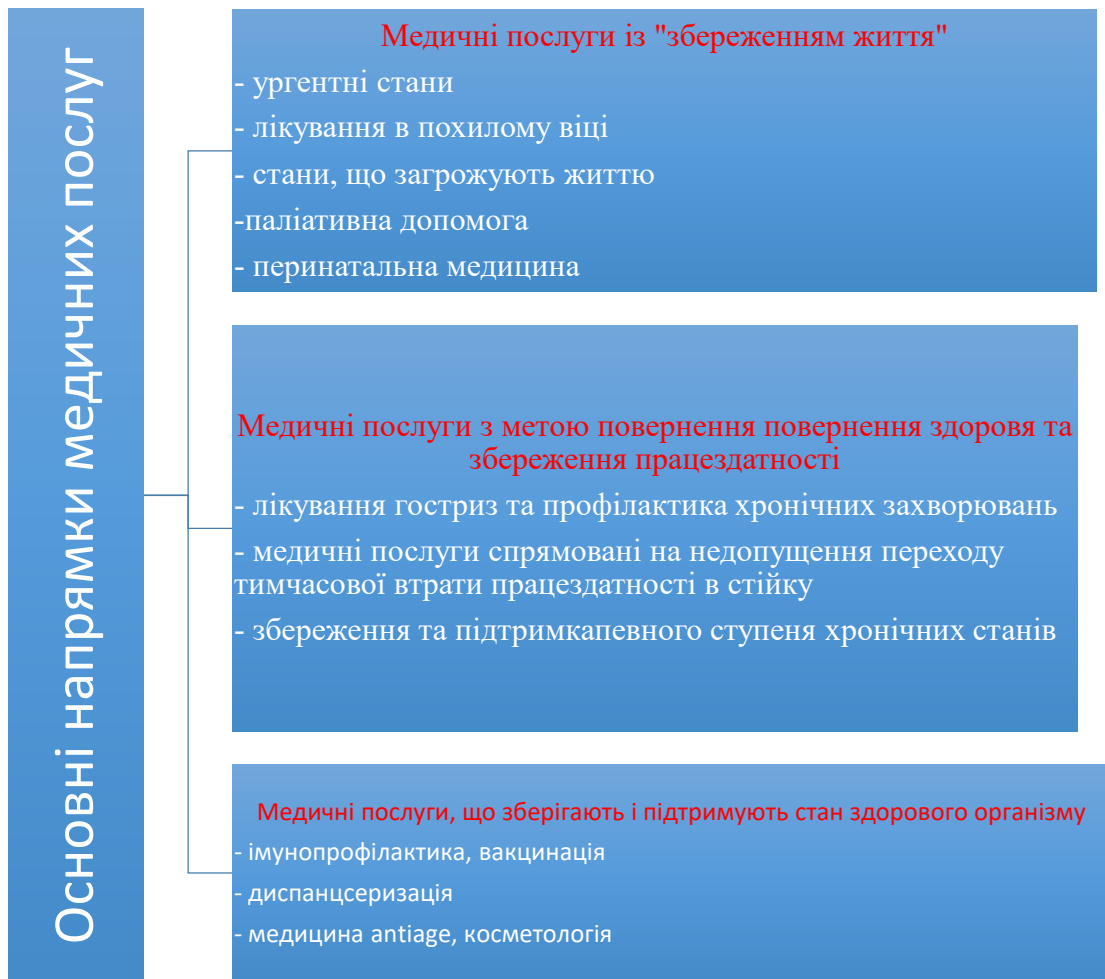
2.3. Характеристика рівня конкурентоспроможності Медичного центру ТОВ «Академічний медичний центр»

Наявність сфери конкуренції в умовах виробництва і споживання медичних послуг, підвищення конкурентоспроможності лікувально-профілактичних закладів та медичних практик особливо важливо при перспективному розвитку системи охорони здоров'я в умовах глобалізації. Це завдання, без осмислення і вирішення яких неможливі якісні зміни в теперішньому стані охорони здоров'я. З позицій системності та комплексного підходу конкурентні переваги медичних послуг забезпечуються правовими, професійними, технологічними, ринковими, науковими, економічними, організаційними, психологічними та іншими аспектами, а також їх системним співвідношенням.

У 2016 році Уряд України визначив пріоритетом трансформацію своєї системи охорони здоров'я для поліпшення індикаторів здоров'я населення України та забезпечення фінансового захисту громадян від катастрофічних грошових витрат з власних кишень. Трансформація відбувається за рахунок підвищення ефективності, модернізації застарілої системи та поліпшення доступу до медичного обслуговування кращої якості. Загальна стратегія передбачала першочергово зосередити увагу на змінах у фінансуванні охорони здоров'я, щоб каталізувати зміни в наданні послуг, а також використовувати сучасні електронні рішення як акселератор розвитку. Після розробки та затвердження стратегії Кабінетом Міністрів України, Верховна Рада прийняла новий закон про фінансування охорони здоров'я (Закон “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення”). Була створена Національна служба здоров'я України (НСЗУ), щоб розпочати стратегічні закупівлі медичних послуг відповідно до гарантованого державою пакету.

Рис. 2.4

Аналіз зовнішнього середовища підприємства



Загальне макрофіскальне середовище України та стан розвитку економіки залишаються складними. Через повільні темпи зростання ВВП існує відчутний дефіцит бюджету охорони здоров'я, що не дозволяє суттєво збільшити капітальні інвестиції у розбудову спроможної мережі (45,46). Для подальшої трансформації мережі закладів та забезпечення всеохопного покриття населення послугами охорони здоров'я важлива політична підтримка та стабільність дотримання визначеного курсу трансформації. Забезпечення загальної стабільності бюджету на охорону здоров'я та його зростання буде ключовим фактором для подальшого впровадження реформ системи охорони здоров'я. Фінансування системи охорони здоров'я як пріоритету держави має бути захищене в межах бюджету.

Рис.2.5

Вплив чинників на конкурентне середовище медичної сфери



Ключовими факторами успіху галузі охорони здоров'я є:

- забезпечення якісної медичної допомоги всім верстам населення;
- забезпечення компетентних кадрових ресурсів усіх служб галузі охорони здоров'я та їх розвиток;
- забезпечення наявності якісних медикаментів та засобів медичного призначення;
- покращити фінансову доступність медичних послуг;
- покращити фінансову самодостатність та фінансову стійкість закладів охорони здоров'я;
- забезпечити просвітницьку роботу та пропаганду на підтримання здорового способу життя, профілактику та ранню діагностику виявлення хвороби;

- посилення контролю за захворюваннями особливих груп ризику;
- контроль та запобігання корупції в галузі охорони здоров'я.

Метою медичного центру є надання висококваліфікованої медичної допомоги пацієнтам із застосуванням сучасних методів діагностики, профілактики та лікування захворювань.

Для досягнення мети, вирішальними ланками діяльності медичного центру являються:

- висококваліфіковані кадри;
- постійне підвищення кваліфікації медпрацівників;
- сучасне матеріально-технічне забезпечення;
- санітарно-епідеміологічний та метрологічний контроль;
- висока культура обслуговування, повна конфіденційність пацієнтів;
- ефективність профілактики, діагностики та лікування захворювань;
- контроль та своєчасне отримання інформації про роботу центру;
- постійне удосконалення якості надання медичної допомоги.

Фундаментом надання висококваліфікованої медичної допомоги є наш кадровий склад. Свою консультативно-лікувальну роботу проводять провідні фахівці у своїй спеціальності. До складу колективу медичного центру входять 14 професорів, які мають великий професійний та науково-викладацький досвід, кандидати медичних наук та лікарі вищої категорії. Середній медичний персонал у 90 % має вищу категорію та високий кваліфікаційний досвід.

Завдяки багатoproфільності медичного центру, запроваджена практика консилиумів професорів та спеціалістів у складних діагностично-лікувальних випадках, що дозволяє якісно та швидко вирішити лікувальну тактику та правильно скерувати пацієнта для швидкого одужання.

Медичний центр є клінічною базою Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика. При медичному центрі

створено Навчальний центр, де проводяться майстер-класи для підвищення кваліфікації лікарів за різними спеціальностями.

Всі лікарі медичного центру займаються науковою діяльністю, є членами міжнародних та всесвітніх асоціацій, проходять стажування у провідних клініках Європи, постійно приймають участь у семінарах, науково-практичних конференціях, з'їздах, конгресах як вітчизняних, так і за кордоном.

Управління медичним центром здійснюється директором у тісній співпраці із адміністрацією – науково-медичним керівником, старшим адміністратором та головною медичною сестрою. Керівництво медичного центру регулярно отримує інформацію від спеціалістів та персоналу, яка аналізується, доводиться до колективу на нарадах, приймаються рішення щодо покращення та удосконалення надання медичної допомоги. Наявний розподіл функціональних обов'язків між медичним персоналом та делегування повноважень серед управлінського складу. Дана діяльність регламентується посадовими інструкціями та правилами внутрішнього трудового розпорядку. Робота медичного центру базується на основі тісного альянсу співпраці колективу та персональною відповідальністю кожного працівника за виконану роботу.

Контроль за надання медичної допомоги здійснюється директором та науково-медичним керівником медичного центру. Дотримання стандартів сестринського догляду та система оцінки якості їх виконання контролюється головною медичною сестрою.

У медичному центрі ведеться вся кадрова документація згідно законодавства - особові справи, трудові книжки, проводиться трудовий та протипожежний інструктаж тощо. Контролюється щодо виконання графік наступного підвищення кваліфікації як для лікарського складу, так і середнього медичного персоналу. Всі працівники медичного центру мають посадові інструкції, ознайомлені із функціональними обов'язками, правами та відповідальністю.

Показники кваліфікації медичних працівників входять до структури контролю та оцінки якості надання медичної допомоги.

Основні фактори впливу на діяльність підприємства:

- вплив органів влади на законодавчому рівні (медичні послуги є строго ліцензійною діяльністю, що підпорядковуються всім Положенням, протоколам та наказам МОЗ України, а також розпорядженням місцевих органів самоврядування)
- постачальники (комунальні послуги, медикаменти та засоби медичного призначення, обладнання тощо. Застосування унікальних засобів, монополія постачальника призводить до залежності ціни послуги. Іноді неможливість заміни)
- фінанси (фінансова спроможність пацієнтів, страхових компаній тощо)
- загальноєкономічна (курс валюти, доходи населення)
- епідеміологічні (карантинні заходи)
- конкуренція

У відповідності до методики розрахунку критеріїв і коефіцієнта конкурентоспроможності підприємства, ми провели оцінку підприємства за моделлю Портера (табл. 2.4)

Таблиця 2.4

Характеристика підприємства за моделлю Портера

Параметри	Значення	Опис
Загроза зі сторони послуг-замінників	Середня	Аналогічні послуги можуть надаватися різними медичними установами, як приватними, так і

		державними. Але загроза для центру знижується за рахунок надання висококваліфікованої медичної допомоги
Загроза внутрішньої галузевої конкуренції	Висока	Останні роки відмічено значне зростання приватної медицини та достатнє підвищення фінансування державної медицини, що може створювати конкуренцію і збільшення гравців надання аналогічних послуг
Загроза зі сторони нових гравців	Середня	Створення нових приватних медичних закладів має переваги масштабування, переліком послуг (зокрема стаціонару тривалого перебування, рентгенівських досліджень), але за якістю надання послуг та кваліфікацією маємо переваги
Загроза втрати поточних клієнтів	Низька	Завдяки високому рівню надання медичних послуг та великому досвіду лікарів, медичного персоналу, пацієнти залишаються орієнтовані на медичному центрі. Є іноді окремі випадки незадоволеності, але з технічних причин, що швидко ліквідуються
Загроза постачальників	Висока	У зв'язку з монополією фармацевтичного ринку, постачальників обладнання, що

		призводить до підвищення цін на медикаменти та матеріали
--	--	--

Як видно з таблиці 2.4 підприємство знаходиться на середньому рівні ризику, що говорить про стійкість на ринку конкуренції.

Таблиця 2.5

Характеристика підприємства за SWOT аналіз

Сильні сторони	Слабкі сторони
➤ Висококваліфікований персонал ➤ Багатопрофільність ➤ Висока якість надання медичних послуг ➤ Сертифікована система якості ➤ Географічне розташування ➤ Обладнання експертного класу ➤ Можливість консиліуму різних спеціалістів ➤ Орієнтація на покращення інфраструктури та менеджменту медичного закладу	➤ Відсутність рентгенологічних методів обстеження (флюорографії, МРТ, КТ) ➤ Відсутність стаціонару тривалого перебування пацієнтів ➤ Великі фінансові інвестиції для розвитку та розширення
Можливості	Загрози
➤ Розширення спектру медичних послуг ➤ Освоєння та застосування нових технологій ➤ Створення філіалів та розширення структур ➤ Залучення більше іноземних пацієнтів	➤ Погіршення загальнооекономічного та політичного стану в країні ➤ Можливість повернення кредитів ➤ При розширенні інфраструктури, залучення більшої кількості

➤ Збільшення прибутку ➤ Залучення іноземних інвестицій та кредитів	висококваліфікованого персоналу (особливо середнього)
---	---

Медичний центр «Академічний медичний центр» надає, подібно практично усім функціонуючим в Україні приватним клінікам широкого профілю, медичні послуги в середньому і преміум сегментах. Орієнтація на два сегменти дозволяє клініці охопити більшу кількість пацієнтів. Виходячи з цього, одним з ключових макроекономічних чинників ринку нашого медичного центру є рівень реальних доходів населення. Через зростання цін споживачі змушені переглядати свої витрати. В майбутньому доходи медичного центру «Академічний медичний центр» у грошовому вираженні буде зростати в першу чергу за рахунок нових потенційних клієнтів.

Відмінною особливістю функціонування медичного центру, в тому числі в сегменті преміум, є застосування сучасних технологій, не тільки в плані обстеження і лікування, а й в плані супутніх послуг, пов'язаних з автоматизацією процесів, зберіганням і аналізом даних пацієнта. Інвестиції в реалізацію цифрових технологій в сфері охорони здоров'я можуть сприяти більш ефективному використанню медичних даних в дослідженнях, підтримувати ініціативи в сфері персоналізації медичного обслуговування. Цифрові інновації не замінюють людини, а, навпаки, полегшують його роботу і розширюють можливості. Це дозволяє висококваліфікованим медичним працівникам зосередитися на більш важливих завданнях, які передбачають безпосереднє спілкування з пацієнтом.

Виходячи з цього, є всі підстави стверджувати про те, що медичний центр на нинішньому етапі свого стратегічного розвитку має вживати невідкладних заходів щодо підвищення рівня доходів від надання диверсифікованого асортименту медичних послуг та забезпечувати свою фінансову самоокупність. Також не можемо не звернути увагу на те, що при цьому вона

може стикнутись зі значними проблемами забезпечення свого конкурентного статусу з причин можливого виникнення браку грошових коштів на купівлю сучасного медичного обладнання та модернізацію матеріально-технічної бази, а також розбудову професійних приміщень та інженерних систем.

Формулювання/визначення стратегії підприємства:

- Пошук альтернативних фінансових інвестицій з мінімальним ризиком
- Розширення інфраструктури
- Фінансові розрахунки з мінімальними можливими ризиками
- Залучення лікарів-інтернів, “молодих” спеціалістів, середнього персоналу для навчання і “виховання” під патронатом професорського складу щодо високих стандартів надання медичних послуг (персонал для клініки)
- Розвиток більш прибуткових напрямків медичних послуг

РОЗДІЛ 3.

СТРАТЕГІЧНІ НАПРЯМИ МАСШТАБУВАННЯ ПОСЛУГ МЕДИЧНОГО ЦЕНТРУ ТОВ «АКАДЕМІЧНИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР» В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

1.1. Структура витрат на реалізацію проекту масштабування послуг

медичного центру та джерела їх фінансування

Галузь охорони здоров'я репрезентує надзвичайно складну соціально-економічну систему як з погляду цілей і складності вирішуваних завдань щодо лікування, відновлення і підтримки здоров'я українських громадян, так обсягом взаємозв'язків, наявності численних чинників впливу вторинних ефектів розвитку інших галузей і сфер суспільної діяльності, від якості яких напряду залежить стан здоров'я заселення. Конкурентний розвиток медичного центру є неможливим без імплементації системи заходів щодо масштабування пропонованих пацієнтам послуг.

Як було зазначено у розділі 2 нашої роботи, на сьогодні основну грошову масу приносять хірургічні послуги та репродуктивні технології. Але відсутність стаціонару тривалого перебування не уможлиблюють виконання цілої низькі хірургічних втручань та заходів реабілітації. На нашу думку, має бути реалізована корпоративна стратегія масштабування послуг нашого медичного центру.

Тому планується створення стаціонару хірургічного профілю для дорослого та дитячого населення. Крім вже існуючих напрямків, основною діяльністю буде:

- Реконструктивно-пластична хірургія
- Реконструктивна хірургія органів черевної порожнини
- Онкологічна хірургія із післяопераційною реабілітацією

Надалі маємо чітко визначити потреби у початкових витратах на реалізацію інвестиційного проекту. Вартість устаткування, необхідного для реалізації проекту, становить 25 млн. грн. (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

**Розрахунок початкових витрат на реалізацію проекту масштабування
послуг медичного центру ТОВ «Академічний медичний центр»**

Показники	Одиниця виміру	Значення показника	Обґрунтування
1. Витрати на придбання основних виробничих фондів у тому числі:			
- ціна будівлі та ремонтні роботи	грн.	13750000	розрах.
- вартість устаткування, транспортування і монтаж	грн.	7500000	розрах.
2. Експлуатаційні витрати за перший місяць, у тому числі:			
- матеріальні витрати	грн.	2000000	розрах.
- операційні витрати	грн.	1250000	розрах.
- інші	грн.	500000	розрах.
Усього	грн.	25000000	

Як відомо, початкові витрати будь-якого інвестиційного проекту можна фінансувати за рахунок власних коштів підприємця, шляхом зовнішнього залучення коштів або ж на основі використання комбінації зазначених джерел. У нашому випадку ми здійснимо розрахунок двох альтернативних варіантів комбінації джерел фінансування:

- варіант 1 – припускає, що за рахунок кредиту буде профінансовано 70% початкових витрат, а власні кошти становитимуть 30%;

- варіант 2 – припускає, що за рахунок кредиту буде профінансовано 50% початкових витрат, а власні кошти становитимуть 50%;

У табл. 3.2 подані розрахунки вище вказаних варіантів.

Таблиця 3.2

**Альтернативні варіанти залучення фінансування для реалізації
інвестиційного проекту масштабування послуг медичного центру
ТОВ «Академічний медичний центр»**

Варіанти	Одиниця виміру	Значення показника	Пояснення
Варіант 1			
- власні кошти;	грн.	7500000	30% початкових потреб
- кредит	грн.	17500000	70% початкових потреб
Всього	грн.	25000000	100% початкових потреб
Варіант 2			
- власні кошти;	грн.	12500000	50% початкових потреб
- кредит	грн.	12500000	50% початкових потреб
Всього	грн.	25000000	100% початкових потреб

Згідно варіантів залучення кредитних коштів наш медичний центр матиме відповідні кредитні зобов'язання, які наведені в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

**Сукупні витрати на обслуговування кредитних зобов'язань
медичного центру ТОВ «Академічний медичний центр»**

Показник	Значення	Рік					Усього
		2022	2023	2024	2025	2026	
Варіант 1							
Застава - нерухоме майно та оснащення на суму 24750000 грн.							
Сума кредиту, грн.	17500000	17500000	14000000	10500000	7000000	3500000	x

Повернення основної суми, грн.		3500000	3500000	3500000	3500000	3500000	17500000
Сума боргу на кінець року, грн.		14000000	10500000	7000000	3500000	0,00	x
Відсотки за кредит (7%), грн.		1112708,9	867708,8	622708,9	377708,9	132708,8	3113544,3
Разова комісія 0,99%, грн.		173250	x	x	x	x	173250
Страховка застави 0,5%, грн.		87500	x	x	x	x	87500
Разом по обслуговуван ню кредиту, грн.		4873458,9	4367708,8	4122708,9	3877708, 9	3632708, 8	20874294,3
Варіант 2							
Застава – нерухоме майно та оснащення 24750000 грн.							
Сума кредиту, грн.	12500 000	12500000	10000000	7500000	5000000	2500000	x
Повернення основної суми, грн.		2500000	2500000	2500000	2500000	2500000	12500000
Сума боргу на кінець року, грн.		10000000	7500000	5000000	2500000	0,00	x
Відсотки за кредит (7%), грн.		794792,2	619792,2	444792,1	269792	94792,1	2223960,6

Разова комісія 0,99%, грн.		123750	x	x	x	x	123750
Страховка застави 0,5%, грн.		62500	x	x	x	x	62500
Разом по обслуговуванню кредиту, грн.		348104262	3119792,2	2944792,1	2769792	2594792,1	14910210,6

Отже, початкові витрати на реалізацію інвестиційного проекту масштабування послуг медичного центру ТОВ «Академічний медичний центр» становитимуть 25000000,00 грн. Частина витрат буде профінансована за рахунок власних коштів, решта – за рахунок банківського кредиту.

Період окупності інвестицій (PP) – це час, який потрібен для того, щоб сума надходжень від реалізації проекту відшкодувала суму витрат на його впровадження. В табл. 3.4 наведено розрахунок періоду окупності інвестицій за першим варіантом залучення коштів.

Таблиця 3.4

Період окупності інвестицій за першим варіантом залучення фінансування на проект масштабування послуг медичного центру ТОВ «Академічний медичний центр»

Показник	X	2022	2023	2024
Початкові витрати, грн.	25000000	X	X	X
Дисконтовані грошові потоки, грн.	X	6500971	8451262	12676893

Накопичені дисконтовані грошові потоки, грн.	X	-18499028	-10047766	2629126
Дисконтований період окупності, кількість років	2,8	1,8	1,0	0,8

$$NPV=33307209$$

$$PI=1,33$$

$$NPV=38450333$$

$$PI=1,54$$

Чиста поточна вартість проекту (NPV) – це різниця між величиною грошового потоку, дисконтованого за прийнятної ставки доходності і сумою інвестицій. Якщо NPV позитивна, то проект можна рекомендувати для фінансування. Якщо NPV дорівнює нулю, то надходжень від проекту вистачить лише для відновлення вкладеного капіталу. Якщо NPV менша нуля – проект не приймається.

NPV має позитивне значення, отже проект є ефективним.

Індекс доходності (PI) є відношенням суми наведених ефектів (різниця вигід і поточних витрат) до величини інвестицій

PI тісно пов'язаний з NPV. Якщо NPV позитивна, то й $PI > 1$, і навпаки, якщо $PI > 1$, проект ефективний, якщо $PI < 1$ – неефективний.

Точка беззбитковості – це момент, коли масштаби виготовлення продукції та її реалізація, визначається доходами, що компенсують витрати, і виготовлення товару починає приносити прибуток.

1.2. Пріоритетні напрями реалізації клієнтоорієнтованого підходу при масштабуванні послуг

Проведена комплексна оцінка професійно-економічної діяльності медичного центру ТОВ «Академічний медичний центр» та функціонування

національної системи охорони здоров'я України з урахуванням перспективних напрямів її реформування, дає можливість чітко окреслити стратегічні напрями масштабування його послуг. Зазначимо, що таке масштабування має бути реалізовано у форматі клієнтоорієнтованого підходу. Як відомо, клієнтоорієнтованість у системі охорони здоров'я можна кваліфікувати як орієнтацію медичних закладів на виробництво послуг, орієнтованих на максимальне задоволення потреб у лікуванні і профілактиці здоров'я пацієнтів. Виходячи з цього, при впровадженні принципів клієнтоорієнтованості у діяльності нашого медичного центру необхідно насамперед чітко визначити, хто є нашими клієнтами, які їх потреби та хто бере участь у їх задоволенні.

Клієнтоорієнтовані рішення медичного центру ТОВ «Академічний медичний центр» мають складатися з послідовних завдань, що реалізуються за такими напрямками як:

- утримання існуючих клієнтів;
- залучення нових клієнтів;
- досягнення високої якості сервісу та задоволеності клієнтів.

Для реалізації зазначених завдань необхідно насамперед розробити і впровадити у практику стандарти якісного обслуговування за певним алгоритмом. Він включає, як показують дані табл. 3.6, комплекс організаційних, дослідницьких, методичних, навчальних, контролюючих й аналітичних заходів й інструментів.

Таблиця 3.6

Ключові заходи впровадження стандартів якісного обслуговування пацієнтів для медичного центру ТОВ «Академічний медичний центр»

Компонент	Заходи реалізації
Організаційний	Формування плану розробки і впровадження, в тому числі необхідних досліджень
Дослідницький	Проведення дослідження та збір інформації

Методичний	Розробка методичних посібників, кейсів, тестів, інформаційних матеріалів для проведення навчальних та роз'яснювальних заходів з персоналом
Навчальний	Проведення навчальних заходів (вступні та поточні інструктажі, тренінги)
Контролюючий	Моніторинг дотримання стандартів
Аналітичний	Ревізія актуальності стандарту і внесення необхідних змін

Зокрема, в частині організаційного компоненту мають бути вжиті заходи щодо формування плану розробки і впровадження необхідних досліджень; в дослідницькому компоненті – проведення дослідження та збір інформації; в методичному – розробки методичних посібників, кейсів, тестів, інформаційних матеріалів для проведення навчальних та роз'яснювальних заходів з персоналом; в навчальному – проведення навчальних заходів (вступних та поточних інструктажів і тренінгів); в контролюючому – моніторинг дотримання стандартів; в аналітичному – ревізії актуальності стандарту і внесення необхідних змін. Це дасть змогу чітко визначити відповідальних, сформувавши план реалізації і моніторинг плану формування та моніторинг застосування.

За основу можна взяти таку структуру стандартів обслуговування клієнтів як-от:

- загальні принципи обслуговування клієнтів (неприпустима і бажана поведінка, вимоги до зовнішнього вигляду, дотримання ділового етикету);
- стандарти телефонного спілкування і електронного листування;
- стандарти поведінки в нештатних, конфліктних ситуаціях.

Якщо говорити про трудові ресурси, то у системі охорони здоров'я вирішальну роль відіграють не керівники, а фахівці. Саме вони впливають на обсяг суспільного попиту на медичні послуги. Для цього в медичному центрі ТОВ «Академічний медичний центр» необхідно головну увагу приділити тим чинникам, які формують клієнтоорієнтованість персоналу, а відтак – будуть

впливати на задоволеність споживачів, їх враження від отриманої медичної послуги. До них належать такі:

- технічні навички, до яких належать знання, вміння і досвід персоналу, які роблять можливим надання медичних послуг. Стосовно даної сфери технічні навички відіграють визначальну роль, так як медичний персонал проходить особливу підготовку, а система його навчання є безперервною. Крім того, в сфері охорони здоров'я існує жорстка система показників кваліфікації персоналу;

- соціальні навички, які належать до тих показників у процесі надання медичних послуг, які не пов'язані з кваліфікацією персоналу: чуйність персоналу, увага, манера спілкування, готовність допомогти, індивідуальний підхід. Всі ці фактори впливають на загальну задоволеність клієнта від наданої послуги. У сучасних реаліях на ринку медичних послуг, саме соціальні навички персоналу, емоційний фактор спілкування з пацієнтом, формування сприймається пацієнтом як цінність медичної послуги, визначають вибір пацієнтом тієї чи іншої медичної організації;

- мотивація персоналу, основу якого становить матеріальне стимулювання. Це пояснюється тим, що новітньої тенденцією оплати праці на вітчизняному ринку охорони здоров'я стало впровадження ефективного контракту з введенням в дію заохочувальної системи за виконання певних нормативних показників.

Також одним із напрямків удосконалення маркетингової конкурентної стратегії медичного центру ТОВ «Академічний медичний центр» на основі клієнтоорієнтованого підходу може стати розробка клієнтоорієнтованої послуги. Серед переваг, які вона може надати медичному центру можна виділити:

- по-перше, підвищення лояльності клієнтів. Клієнти цінують ті послуги та такий рівень взаємодії, які максимально відповідають їх потребам;

- по-друге, зменшення скарг і нарікань з боку клієнтів;

по-третє, розвиток додаткових конкурентних переваг. Роблячи свої послуги клієнтоорієнтовними, медичний центр робить своє підприємство більш конкурентноздатним.

Тож пропонуємо декілька інструментів, реалізація яких дозволить зробити послуги більш клієнтоорієнтовними:

- створення карток лояльності для клієнтів клініки, наприклад, дитяча, пенсійна, індивідуальна – за допомогою системи бонусів, клієнт зможе частково сплачувати за послуги медичного центру ТОВ «Академічний медичний центр»;

- створення власного календарю знижок, смс-повідомлень постійних клієнтів клініки про можливі знижки та інформування нових клієнтів щодо них. Пропонується такий календар знижок для медичного центру ТОВ «Академічний медичний центр».

- розгляд скарг. Сьогодні медичний центр ТОВ «Академічний медичний центр» робить все можливе аби уникнути нарікань з боку споживача, та необхідно розуміти, що краще для медичного центру, якщо незадоволений клієнт матиме змогу висловити свої претензії, адже саме скарга дає розуміння того, що їм бракує або заважає. Тому персонал має таким чином поводитися, аби клієнт мав охоту поділитися з ним своїм сприйняттям послуги. Також можна організувати дошку скарг та пропозицій, відповідно детально проаналізувавши які, можливо мати змогу покращити послугу і, відповідно, підвищити лояльність клієнтів;

- опитування клієнтів і партнерів. Найбільш доступне джерело ідей та пропозицій – це існуючі клієнти та партнери. Саме їх думка, в першу чергу, має бути почута, при намаганні зробити послугу більш клієнтоорієнтованою. Потрібно розробити опитувальні листи, анкети, проводити глибинні інтерв'ю, а також спостерігати та аналізувати відгуки, це допоможе налагодити зворотній зв'язок з існуючими клієнтами;

- моніторинг послуг конкурентів. Це необхідний захід, який постійно має реалізовуватися у медичному центрі ТОВ «Академічний медичний центр»,

оскільки завжди потрібно знати, що роблять конкуренти, які нові послуги чи рішення вони запроваджують. Моніторинг послуг конкурентів обов'язково повинен стати частиною маркетингової конкурентної стратегії нашого медичного центру для того щоб завжди знати, що подобається споживачам в послугах конкурентів, і, по можливості, впроваджувати це в свій виробничий процес. І навпаки, необхідно постійно аналізувати помилки конкурентів, щоб не повторювати у своїй пропозиції.

Отже, основною тенденцією в маркетингу медичного центру є перехід від простого надання медичної послуги до подання медичної послуги найвищої якості з максимальним урахуванням потреб пацієнта. Медичний центр ТОВ «Академічний медичний центр» повинен працювати над створенням цінності послуги для пацієнта в сучасних конкурентних умовах ринку. Відповідно, набуває значущості відповідь на питання про те, в чому полягає цінність послуги для пацієнта, які її складові є критичними для споживача в охороні здоров'я і яким чином можна забезпечити досягнення цілей медичної організації за рахунок створення по-справжньому цінної послуги. Тож важливо розуміти що мається на увазі під якістю лікування і його профілактикою, а також які складові наданої послуги, впливають на її прийнятну цінність.

У контексті масштабування послуг медичного центру ТОВ «Академічний медичний центр» надважливого значення набуває системне впровадження у професійно-економічну діяльність сучасних інформаційних технологій. Досягнення цієї стратегічної мети лежить у площині впровадження інструментів проектування й реалізації пристроїв і сервісів з моніторингу та корекції стану здоров'я людини на основі розроблення медичних інформаційних систем, здатних автоматизувати нашу професійну діяльність, робочі місця лікарів та підключити їх до єдиних регіональних інформаційних систем.

На нашу думку, на сучасних інформаційних технологіях має ґрунтуватись уся система менеджменту нашого закладу охорони здоров'я. Йдеться

насамперед про електронну систему охорони здоров'я eHealth, що є базисом автоматизації ведення обліку медичних послуг та управління медичною інформацією. Таким чином, впровадження електронної системи охорони здоров'я (e-Health) буде супроводжуватись системними змінами у формі управління лікувальними закладами, у фінансуванні медичних послуг, у системі обслуговування пацієнтів.

Завданнями інформатизації, e-Health у найширшому сенсі є поліпшення інформаційного потоку за допомогою електронних засобів для підтримки надання медичних послуг та управління системами охорони здоров'я, на рівні лікаря та пацієнта – забезпечення швидкого доступу лікаря до всієї наявної інформації про пацієнта з будь-якого закладу. Постановою Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 р. № 411 було затверджено Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я, яким детально визначено механізм функціонування електронної системи охорони здоров'я та її компонентів, реєстрації користувачів, внесення та обміну інформацією і документами в електронній системі охорони здоров'я відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Таким чином, основною метою впровадження електронної системи охорони здоров'я є мінімізація шахрайства і корупційних схем [54].

Одним із важливих напрямків масштабування послуг медичного центру ТОВ «Академічний медичний центр» є також впровадження сучасних систем менеджменту якості на базі міжнародних стандартів ISO 9000, ISO 9001; моделі досконалості (EFQM); системи якості Міжнародного товариства якості охорони здоров'я (ISQua); моделі спільної комісії з акредитації організацій охорони здоров'я (JCAHO); моделі постійного покращення (Associates in Process Improvement).

Високий економічний ефект матиме також впровадження практики використання міжнародних категорій рейтингів за системою ІНСА, що дасть змогу іноземним пацієнтам та їх страховим компаніям обрати постачальників медичних послуг. Особливо слід відзначити, що акредитація нашого

медцентру за участі міжнародних експертів з отриманням відповідного акредитаційного сертифікату здатне суттєво підвищити його конкурентоспроможність на українському ринку послуг охорони здоров'я, а відтак – забезпечить додатковий притік пацієнтів на платній основі, у тому числі із-за кордону.

Ще один напрям диверсифікації медичних послуг медичного центру ТОВ «Академічний медичний центр» – це розвиток їх телемедичного сегменту на основі встановлення нашими пацієнтами мобільних додатків з метою проведення дистанційних відеоконсультацій, телеконсиліумів та інтерактивного теленавчання медичного персоналу. Наприклад, додаток Doctor Online, створений в партнерстві з мобільним оператором, крім онлайн-консультації лікаря, дозволяє своїм користувачам отримати направлення на додаткові аналізи та отримати їх розшифровку, записатися в лабораторію, замовити доставку ліків та запланувати в календарі графік прийому медикаментів.

Наголосимо, що нині телемедицина стає невід'ємним компонентом національних систем охорони здоров'я. Так, карантинні умови, впроваджені у багатьох країнах світу для запобігання поширенню коронавірусу COVID-19, тільки пришвидшує темпи розвитку медичних послуг на відстані. Наприклад, якщо до початку пандемії для багатьох лікарів телемедицина була додатковою послугою, яку зовсім не обов'язково використовувати, то сьогодні вона перетворилася на суттєву частину надання медичних послуг населенню [43].

Найбільш затребуваними телемедичні послуги стануть для таких категорій наших пацієнтів, як-от: – ділові люди – бізнесмени і працівники офісів, у яких не вистачає часу на відвідування лікарів; – вагітні у декретній відпустці та молоді мами, які відповідальні подвійно і за власне самопочуття, і за здоров'я дитини; – мешканці віддалених регіонів, у яких взагалі немає доступу до медичної допомоги, не кажучи вже про лікарів вищої категорії; – мандрівники, оскільки вони часто залишають межі країни, а так вони можуть швидко отримати консультацію, навіть без наявності страховки; – люди з

хронічними захворюваннями або усі ті, хто хоче отримати кваліфіковану консультацію лікаря щодо свого захворювання [45].

Однією з найменш досліджених задач є вибір експертів для проведення консультацій, оскільки лікар-консультант повинен бути висококваліфікованим та практикувати у відповідній галузі медицини. Проте, необхідно враховувати, що думка експерта є суб'єктивною і інколи діагноз, поставлений ним, може не відповідати дійсності. Дану проблему можна вирішити за допомогою апарату нечіткої логіки, враховуючи усі правильні і неправильні діагнози, поставлені конкретним консультантом, а також можливість виникнення несанкціонованого доступу до інформації при проведенні ним консультацій.

Тут важливо зазначити наступне: система організації надання медичної допомоги має базуватися на загальнонаціональному, стандартизованому, юридично, економічно, клінічно та етично обґрунтованому використанні комп'ютерних, електронно-інформаційних та телекомунікаційних технологій для об'єднання всіх лікувально-профілактичних закладів України різних форм власності та для реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я.

Підбиваючи підсумок, слід відзначити, що реформування будь-якого закладу охорони здоров'я є доволі складним процесом з огляду на значну консервативність лікарняних закладів як елемента системи охорони здоров'я. Сучасна функціональна діяльність медичного центру ТОВ «Академічний медичний центр» на вітчизняному ринку медичних послуг в обов'язковому порядку має враховувати виклики ендогенного та екзогенного характеру, пов'язані з проведенням медичної реформи та процесами децентралізації. Це передбачає реалізацію комплексу управлінських заходів, спрямованих на використання якісно нових моделей управління і методів оплати медичних послуг; вдосконалення форм планування та організації діяльності; професіоналізацію кадрового забезпечення лікарні; інноватизацію інформаційно-аналітичного забезпечення в частині формування електронної системи охорони здоров'я (E-Health); диференціацію джерел фінансового

забезпечення надання медичних послуг та імплементацію міжнародних стандартів якості надання медичних послуг.

3.3. Реалізація принципу соціальної відповідальності при масштабуванні послуг медичного закладу

Система охорони здоров'я являється складним соціально-економічним механізмом, який покликано забезпечити реалізацію найважливішого соціального принципу – збереження та покращення здоров'я населення, забезпечення висококваліфікованої лікувально-профілактичної допомоги. Не варто забувати, що міжнародні організації з функціональними повноваженнями у сфері охорони здоров'я мають двох стейкхолдерів: лікарів та пацієнтів (внутрішній та зовнішній клієнт). Найчастіше увага приділяється лише пацієнтам, але варто починати з формування прихильності медичних працівників до робочої організації, створювати позитивний імідж.

Загальновідомо, що професійна діяльність медичних працівників базується на принципах гуманізму, милосердя, всебічної підтримки хворих, професіоналізму, конфіденційності і толерантності до пацієнтів. Зокрема, правила медичної етики та деонтології регламентують взаємозв'язки медичних працівників з колегами, а також визначають пріоритет принципів професійної етики, взаємної уваги та довіри. Йдеться насамперед про:

- прояв компетентності та вимогливості до себе і колег;
- повагу до прав, честі, гідності, особистої та ділової репутації кожного члена професійного колективу;
- створення і підтримка сприятливого морально-психологічного клімату у колективі;
- володіння теоретичними і практичними навичками управління і вирішення конфліктних ситуацій;
- звернення за допомогою при виникненні труднощів професійного характеру;

- розвиток інституту наставництва: передача позитивного досвіду, знань, вмінь, надання професійної допомоги молодим колегам [28, с. 611].

У контексті реалізації медичним центром «Академічний медичний центр» принципу корпоративної соціальної відповідальності центральне місце посідає якість надання медичних послуг.

З метою проведення аналізу роботи закладу щодо якості надання медичної допомоги в медичному центрі ТОВ «Академічний медичний центр» розроблена шкала оцінок роботи, що затверджено наказом директора та контролюється Медичною радою центру (табл. 3.7)

Таблиця 3.7

Критерії оцінки роботи лікаря в медичному центрі

ТОВ «Академічний медичний центр»

1.1. Повнота і своєчасність діагностичних процедур, доцільність їх призначення

0 балів	1 бал	2 бали
діагностичні процедури не призначено або призначено не своєчасно та недоцільно	часткова повнота, своєчасність та доцільність призначених діагностичних процедур	діагностичні процедури призначено у повному обсязі та своєчасно

1.2. Правильність і точність постановки діагнозу

0 балів	2 бали
діагноз поставлено не правильно	діагноз поставлено правильно

1.3. Адекватність вибору і призначення лікувальних процедур

0 балів	1 бал	2 бали
не відповідає вимогам	частково відповідає вимогам	повністю відповідає вимогам

1.4. Дотримання стандартів діагностики і лікування

0 балів	1 бал	2 бали
не дотримуються	дотримуються частково	дотримуються

1.5. Якість оформлення і ведення первинної документації

0 балів	1 бал	2 бали
не відповідно оформлена	оформлена частково відповідно, наявні виправлення, дописки	оформлена якісно з дотриманням усіх вимог

1.6. Наявність обґрунтованих скарг пацієнтів та їх родичів

-1 бал	2 бали
скарги наявні (кожна скарга 1 від'ємний бал)	скарги відсутні

Шкала оцінки роботи лікаря

Кількість балів	Рівень якості
12	високий
від 8 до 10	задовільний
менше 8	незадовільний

Таблиця 3.8

Критерії оцінки роботи медичного центру ТОВ «Академічний медичний центр»

Показники результативності

3.1. Середня тривалість перебування хворого на ліжку*

0 балів	1 бал	2 бали
знизилась	не змінилась	збільшилась

* оцінюється в динаміці, порівняно з аналогічним періодом минулого року:

3.2. Летальність*

0 балів	1 бал	2 бали	3 бали
збільшилась	не змінилась	знизилась	відсутня

* оцінюється в динаміці, порівняно з аналогічним періодом минулого року:

3.3. Хірургічна активність*

0 балів	1 бал	2 бали
знизилась	не змінилась	збільшилась

* оцінюється в динаміці, порівняно з аналогічним періодом минулого року:

3.4. Впровадження нових методик (оцінюється за рік)*

0 балів	1 бал	2 бали
знизилося	не змінилось	збільшилось

*оцінюється в динаміці, порівняно з аналогічним періодом минулого року:

3.5. Кількість посад лікарів (оцінюється за рік)*

0 балів	1 бал	2 бали
знизилась	не змінилась	збільшилась

*оцінюється в динаміці, порівняно з аналогічним періодом минулого року:

3.6. Укомплектованість фізичними особами штатних посад лікарів (оцінюється за рік)*

0 балів	1 бал	2 бали
знизилося	не змінилось	збільшилось

*оцінюється в динаміці, порівняно з аналогічним періодом минулого року:

3.2. Показники якості

3.7. Розбіжність клінічного та патологоанатомічного діагнозів*

0 балів	2 бали
розбіжність виявлено	розбіжність відсутня

*оцінюється у разі летального випадку

3.8. Післяопераційна летальність*

0 балів	1 бал	2 бали
збільшилась	не змінилась	відсутня

* оцінюється в динаміці, порівняно з аналогічним періодом минулого року:

3.9. Післяопераційні ускладнення*

0 балів	1 бал	2 бали	3 бали
збільшилась	не змінилась	знизилась	відсутня

* оцінюється в динаміці, порівняно з аналогічним періодом минулого року:

3.3. Показники дефектів

3.10. Наявність обґрунтованих скарг пацієнтів та їх родичів

-1 бал	2 бали
скарги наявні (кожна скарга 1 від'ємний бал)	скарги відсутні

3.11. Внутрішньолікарняна інфекція

0 балів	2 бали
Виявлено	відсутня

3.12. Виробничі травми співробітників

0 балів	2 бали
Наявні	відсутні

Шкала оцінки

<i>Кількість балів</i>	<i>Рівень якості</i>
26 (для оцінки за рік)	високий
від 15 до 22 (26)	задовільний
менше 15	незадовільний

Директор, Науково-медичний керівник, Медична рада систематично аналізує роботу Медичного центру. У разі недотримання вищенаведених критеріїв, директор вживає відповідних заходів щодо їх усунення та наступного місяця доповідає про результат виконання цих заходів.

У контексті реалізації медичним центром принципу корпоративної соціальної відповідальності одне із основних місце посідає корпоративна культура. Під нею ми розуміємо систему колективно розділюваних цінностей, переконань, моделей поведінки наших медичних працівників, які обумовлюють своєрідність і унікальність діяльності медичної організації, що сприяє ідентифікації працівників з організацією. Наголосимо, що корпоративна культура нашого медичного центру формується з урахуванням впливу факторів зовнішнього і внутрішнього середовища нашої організації, вирішення проблем зовнішньої адаптації та внутрішньої інтеграції в умовах навколишнього середовища. Результатом зовнішньої адаптації стає єдина узгоджена місія та модель поведінки працівників із зовнішніми клієнтами (пацієнти, постачальники, інші медичні установи та ін.) та принципи надання медичної допомоги (патерналістична, чи партнерська модель, лікар-центрична чи пацієнторієнтована тощо). Результати зовнішньої адаптації формують імідж організації. Результатом внутрішньої інтеграції є формування колективу організації, його загальної внутрішньої ідеології, заохочувані або засуджених моделей поведінки, підходів до заохочення чи покарання співробітників за результатами трудової діяльності [21; 15]. Ще один напрям реалізації

принципу корпоративної соціальної відповідальності пов'язаний з підтримкою професійно-психологічного здоров'я у представників медичної праці. Це передбачає реалізацію комплексу заходів щодо нівелювання негативного впливу професійно-обумовленого психологічного неблагополуччя працівників, викликаний, зокрема, суб'єктивною незадоволеністю медичних працівників своєю роботою і кар'єрою; суб'єктивним відчуженням від роботи; синдромом безглуздості професії; негативним оціночним ставленням до себе як до професіонала; внутрішньо-особистісними конфліктами по лінії «робота-сім'я»; професійним цинізмом чи девальвацією професійних цінностей та ін. Перераховані професійні психологічні ризики призводять до зміни ставлення фахівця до своєї праці, своєї ролі в підтримці здоров'я людей, зміни ставлення до самого себе.

Соціальна відповідальність у системі охорони здоров'я може розглядатись також з позицій споживачів медичних послуг. Так, думка населення про медичну систему, про лікарів та інших представників медичних професій тісно пов'язане з його соціально-психологічними установками, покликаними полегшити людині сприйняття навколишнього світу та прийняття щоденних рішень. Наголосимо, що тільки люди з дискурсивним мисленням, частка яких не перевищує у суспільстві 10%, є вільними від впливу соціальних стереотипів у формуванні свого ставлення до системи охорони здоров'я [28]. Тож домінуючі суспільні стереотипи щодо медицини та її представників формуються, головним чином, через засоби масової інформації, інтернет та досвід інших людей. Дане питання набуває ще більшої актуальності з урахуванням того факту, що хвора людина в Україні у більшості випадків залишається один на один з власними захворюваннями і у разі серйозних хвороб змушена нести такі витрати, які ставлять її на межу особистого фінансового банкрутства. Цілком закономірно, що такий стан речей справляє украй негативний вплив на сприйняття українським населенням вітчизняної системи охорони здоров'я.

Реалізація медичним центром ТОВ «Академічний медичний центр»

принципу соціальної відповідальності у своїй професійно-економічній діяльності набуває особливого значення та є невід’ємним компонентом ділової репутації нашого медичного закладу. Йдеться про те, що сьогодні ми діємо на ринку як традиційні економічні агенти, а відтак – в умовах пропонування українським споживачам приблизно однакового набору медичних послуг у число пріоритетних конкурентних переваг висуваються такі фактори як репутація і бренд медичних закладів. Таким чином, принцип корпоративної соціальної відповідальності має реалізовуватись медичним центром ТОВ «Академічний медичний центр» у таких формах, як: якісне медичне обслуговування населення за доступними цінами і високими безпековими показниками; формування сприятливих умов для розвитку професійної кваліфікації працівників лікарні відповідно до вимог соціальних норм; забезпечення умов екологічно чистого збереження лікарських засобів і сприяння поліпшенню екологічної ситуації у місцях дислокації медичного закладу, його приміщень і точок продажу лікарських засобів; активізація участі у регіональних соціальних програмах розвитку територій та реалізації власних соціальних проектів.

Отже, відзначимо таке: професійна діяльність медичного центру ТОВ «Академічний медичний центр» у рамках реалізовуваної в Україні медичної реформи має провадитись на основі принципів корпоративної соціальної відповідальності. Це передбачає впровадження у його професійну діяльність систем менеджменту, спрямованих на підвищення якості управлінського потенціалу; тісну взаємодію на системній основі медпрацівників і споживачів медичних послуг, використання транспарентної і зрозумілої системи показників для оцінки результатів своїх дій, підвищення інформаційної відкритості та прозорості діяльності, ефективне управління нефінансовими ризиками та ін.

ВИСНОВКИ

1. Ефективність діяльності підприємства в сучасних умовах господарювання визначальною мірою обумовлена наявністю збалансованої і оптимальної бізнес-стратегії, яка являє собою комплексний план досягнення поставлених цілей з метою забезпечення стратегічного розвитку підприємства та підвищення рівня його конкурентоспроможності.

2. Система охорони здоров'я, як специфічна сфера діяльності держави у сфері організації і забезпечення доступного і якісного медичного обслуговування населення, є невід'ємним компонентом її національної безпеки та одним з пріоритетних механізмів збереження і примноження національного людського капіталу будь-якої країни. Система охорони здоров'я продукує економічні блага особливого типу, які пов'язані із підтримкою і зміцненням фізичного і морального здоров'я людей, а також забезпеченням їм гідних умов життя та високих його якісних кондицій.

3. Специфіка управління закладами охорони здоров'я зумовлена тим, що охорона здоров'я – особлива сфера суспільної діяльності, яка суттєво відрізняється від інших видів діяльності. Однією з найважливіших управлінських завдань в галузі охорони здоров'я населення є досягнення цільових орієнтирів щодо підвищення якості та доступності медичної допомоги за рахунок ефективного використання обмежених фінансових, матеріальних, трудових і інших ресурсів охорони здоров'я в умовах швидко зростаючої конкуренції на ринку медичних послуг.

4. Масштабуючи своє виробництво, підприємства сприяють також переливу капіталу в найбільш прибуткові галузі. Звичайно, диверсифікацію бажано здійснювати в тих сферах, де підприємство може ефективно використовувати свої конкурентні переваги. Загальними цілями для всіх напрямів диверсифікації є: можливість консолідувати інвестиційні ресурси; зниження ризиків невизначеності зовнішнього середовища; прагнення забезпечити соціальну й економічну стабільність, виживаність, запобігання

кризи, зберегти регіональні галузеві комплекси; більше повне використання всіх видів ресурсів; одержання синергетичного ефекту за рахунок росту ринкового потенціалу; зниження транзакційних витрат; особисті мотиви менеджерів; прагнення до взаємодоповнюваності в області досліджень і розробок; поліпшення ділового іміджу.

5. З метою вибору найкращого варіанта проекту по диверсифікації можна запропонувати використання методу дисконтування потоків коштів (DCF метод). Як критерії економічної ефективності, згідно DCF методу, можна використовувати ряд показників: чистий дисконтований дохід (ЧДД) від диверсифікації; індекс прибутковості (ІПД) інвестицій у диверсифікації; внутрішня норма прибутковості (ВНП) проекту по диверсифікації; строк окупності інвестицій у диверсифікацію. Склад показників, що визначають одномиттєвий ефект від диверсифікації організації може бути доповнений розрахунком соціальних і екологічних результатів, а також непрямих результатів.

6. Програма реформування медичної сфери України охоплює широкий спектр стратегічних трансформацій як власне медичної, так і економічної, соціально-трудової та освітньої сфер, а також загальної системи державного управління, що зорієнтовані насамперед на: – впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги; – створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ) як єдиного національного закупника медичних послуг та центрального органу виконавчої влади у медичній сфері; – запровадження принципу «гроші ходять за пацієнтом»; – автономізацію постачальників медичної допомоги; – впровадження системи e-Health з переведенням усієї медичної документації в електронний вигляд; – впровадження прозорої та ефективної системи закупівлі ліків; – утворення нових можливостей задля здійснення місцевою владою повноважень у сфері охорони здоров'я та ін.

7. Медичний центр ТОВ «Академічний медичний центр» являє собою

сучасний заклад охорони здоров'я, що надає амбулаторну медичну допомогу дорослому населенню. Функціональними компетенціями медцентру є організація та надання якісних медичних послуг діагностичного та лікувального характеру, а також здійснення забору широкого спектру лабораторних аналізів. Його організаційно-управлінська структура є лінійно-функціональною, в якій кожен працівник управління виконує всі функції керівництва даною ділянкою виробництва, а у підлеглого є тільки один керівник, розпорядження якого є обов'язковими до виконання. Ключовими конкурентними перевагами лінійно-функціональної структури наступні: виключення дублювання функцій, суперечливість і неузгодженість в управлінні; висока особиста відповідальність керівника за результати діяльності очолюваного ним підрозділу; оперативність і гнучкість ухвалення управлінських рішень.

8. Відмінною особливістю функціонування медичного центру ТОВ «Академічний медичний центр» є застосування сучасних технологій, не тільки в плані обстеження і лікування, а й в плані супутніх послуг, пов'язаних з автоматизацією процесів, зберіганням і аналізом даних пацієнта. Інвестиції в реалізацію цифрових технологій у сфері охорони здоров'я забезпечують більш ефективне використання медичних даних в дослідженнях, підтримання ініціатив у сфері персоналізації медичного обслуговування.

9. На даному етапі стратегічного розвитку медичний центр ТОВ «Академічний медичний центр» активно впроваджує пошук альтернативних фінансових інвестицій з мінімальним ризиком, розширення інфраструктури, фінансові розрахунки з мінімальними можливими ризиками, залучення лікарів-інтернів, “молодих” спеціалістів, середнього персоналу для навчання і “виховання” під патронатом професорського складу щодо високих стандартів надання медичних послуг (персонал для клініки), розвиток більш прибуткових напрямків медичних послуг.

10. Реалізація медичним центром принципу соціальної відповідальності у своїй професійно-економічній діяльності набуває особливого значення та є

невід'ємним компонентом ділової репутації нашого медичного закладу. Принцип корпоративної соціальної відповідальності має реалізовуватись медичним центром ТОВ «Академічний медичний центр» у таких формах, як: от: якісне медичне обслуговування населення за доступними цінами і високими показниками безпеки; формування сприятливих умов для розвитку професійної кваліфікації працівників лікарні відповідно до вимог соціальних норм; забезпечення умов екологічно чистого збереження лікарських засобів і сприяння поліпшенню екологічної ситуації у місцях дислокації медичного закладу; активізація участі у регіональних соціальних програмах розвитку територій та реалізації власних соціальних проектів та ін.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Barbarians to Bureaucrats. Corporate Life Cycle Strategies. Lessons from the Rise and Fall of Civilisations. By Lawrence. M. Miller. Fawcett Columbine. — N—Y, 1991.
3. Mintzberg H. , ‘Five Ps for strategy’ California Management Review, Fall 1987.
4. Hunger J.D. Wheelen T.K. Strategic Management. — 4-th ed. —N.Y. —West Publishing Company, 1993. — 434 p.
5. Global Telemedicine Market Size by End Users (Telehospitals/ Teleclinics and Telehome); by Component (Services, Hardware, Software, Telecom and Networking); by Region and Forecast 2018 to 2025. URL: <https://www.adroitmarketresearch.com/industry-reports/telemedicine-market>
6. Health at a Glance: Europe 2019. OECD / European Union 2019.
7. Health at a Glance: Europe 2020. OECD-European Union, 2020.
8. Healthcare IT Outsourcing Market 2019 Global Trend, Segmentation And Opportunities Forecast to 2024. Market Watch, 09.10.2019. URL: <https://www.marketwatch.com/press-release/healthcare-it-outsourcing-market-2019-global-trend-segmentation-and-opportunities-forecast-to-2024-2019-10-09>
9. Healthcare Outsourcing 2018: Trends in Patient Care and Information Technology Services. — Waller, 2018.
10. Hospital Beds. Total, per 1000 inhabitants, 1960-2018. OECD Stat. URL: <https://data.oecd.org/healthqt/hospital-beds.htm>
11. Key Industry Insight. Healthcare. July 2019. URL: <https://www.fortunebusinessinsights.com/industry-reports/telehealth-market-101065>
12. Kissell C. 5 trends emerging in telemedicine in 2020. Telemedicine is revolutionizing health care – and changing rapidly. Here’s what you need to know. Jan. 14, 2020. URL: <https://thedo.osteopathic.org/2020/01/5-trends-emerging-in-telemedicine-in-2020/>

13. Kotler Ph., Keller K.L., Brady M., Goodman M., Hansen M. Marketing Management. – Harlow, UK: Pearson, 2009.
14. McWilliams A. Market Research Report Telemedicine: Opportunities for Medical and Electronic Providers. Project Analyst. BCC Research, 2011.
15. Medical-technology companies continue to rely on M&A for growth. How solid is your approach? URL: <https://www.mckinsey.com/industries/pharmaceuticals-and-medical-products/our-insights/delivering-growth-m-and-a-in-medical-technology#>
16. Penrose E. T. The Theory of the Growth of the Firm. – Wiley, New York, 1959.
17. Per capita health expenditure in selected countries in 2018 (in U.S. dollars) Statista. The Statistical Portal. URL: <https://www.statista.com/statistics/236541/per-capita-health-expenditure-by-country/>
18. Ramanamujam V. Research on corporate diversification: a synthesis / V. Ramanamujam, P. Varadarajan. Strategic Management Journal. 2016. Vol. 10, № 6. P. 39-50.
19. Safina D. The influence of the leader in the organizational culture formation. APEL. 2017. No. 4 (20). P. 208-212.
20. Telemedicine Market. Industry Trends. Global Market Insight. March 2019. URL: <https://www.gminsights.com/industry-analysis/telemedicine-market>
21. Trends in Telemedicine: Healthcare of the Future, Now. – Office Practicum.
22. William, P. Wan. Resource-Based Theory and Corporate Diversification: Accomplishments and Opportunities / William P. Wan, Robert E. Hoskisson, Jeremy C. Short, Daphne W. Yiu. Journal of Management. 2018. №8. P. 48-69.
23. World – Current health expenditure as a share of GDP. URL: <https://knoema.com/atlas/World/Health-expenditure-as-a-share-of-GDP>
24. World Health Statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. WHO, 2019.
25. Zadvornaya O, Alekseev V, Borisov K. The formation and development of corporate culture of the medical organizations. MIR. 2016. No. 7 (3). P. 142-149.

26. Азаренков Г. Ф. Аналіз можливостей впровадження аутсорсингу в установах охорони здоров'я. Наукові праці Кіровоградського національного технічного університету. Економічні науки. 2011. Випуск 19. С. 257-261.
27. Аналітична доповідь до Щорічного Послання Президента України до Верховної Ради України «Про внутрішнє та зовнішнє становище України в 2017 році». К.: НІСД, 2018.
28. Андрейців І. Медреформа 2020: чого чекати усім лікарям, лікарням і пацієнтам. Відповідає Павло Ковтонюк. Українська правда, 25 липня 2019 р. URL: <https://life.pravda.com.ua/health/2019/07/25/237657/>
29. Баландюх О. Медична реформа. Крок другий. Що чекає лікарів і пацієнтів з 1 квітня. Захід.нет, 29 січня 2020 р. URL: https://zaxid.net/medichna_reforma_krok_drugiy_n1496464
30. Барабась Д. О. Конкурентні стратегії підприємства. Стратегія економічного розвитку України: Науковий збірник. Вип. 2-3. К.: КНЕУ, 2018. – С. 201-208.
31. Беззуб І. Телемедицина в Україні: реалії та перспективи. Центр досліджень соціальних комунікацій. URL: http://nbuviap.gov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=2466:telemeditsina-v-ukrajini&catid=8&Itemid=350
32. Бойко С. Л. Персональная и корпоративная социальная ответственность в системе здравоохранения. *Журнал Гродненского государственного медицинского университета*. 2019. Том 17. №5. С. 609-613.
33. Босак А. О., Дарміць Р. З., Босак В. А. Класифікація організаційних структур управління зовнішньоекономічною діяльністю підприємства. Вісник Національного університету «Львівська політехніка». Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення і проблеми розвитку. 2019. №691. С. 26-35.
34. Відповіді на питання з реформування медичного обслуговування. – Міністерство охорони здоров'я України. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/reform_answers.html

35. Вінокуров Я. Закупівля ліків через міжнародні організації призвела до більш ніж 5-кратної економії коштів — МОЗ. Громадськеб 19 липня 2019 р.
36. Войтехович Е. Н., Басков И. С. Диверсификация с позиций ресурсной теории, трансакционного и портфельного подходов. Вестник Амурского государственного университета. 2018. Вып. 59: Сер. Естеств. и экон. науки. С. 143-147.
37. *Господарський кодекс України* від 16.01.2003 № 436-IV
38. Гурков. И.Б. Стратегический менеджмент организации. Учебное пособие. — М.: ЗАО «Бизнес-школа «Интел-Синтез», 2008. — 209 с.
39. Де знайти інформацію про кількість декларацій у сімейного лікаря? URL: <http://vlepcrpsd.ks.ua/2020/09/17/144/>
40. Дзюба О. М., Пазинич Л. М., Ситенко О.Р., Кривенко Є.М. Щодо питання глобального тягара хвороб в Україні. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2017. № 2 (72). С. 8-13.
41. Дубчак Л. О. Телемедицина: сучасний стан та перспективи розвитку. Системи обробки інформації. 2017. № 1(147). С. 144-146.
42. Економічна енциклопедія: У трьох томах. Т. 1 / Відп. ред. С. В. Мочерний. — К.: Видавничий центр «Академія», 2000.
43. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 06.04.2017 р. №2002-VIII. Голос України. №81 від 05.05.2017 р.
44. Закон України «Про акціонерні товариства» № 514-VI від 17.09.2008
45. Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» (№8602). Відомості Верховної ради України. 2012. №14.
46. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» 2168-VIII р. з редакцією від 16.01.2020 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>
47. Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини до 2011

року» від 22 січня 2010 р. №1841-VI. Відомості Верховної Ради України. 2010. №13.

48. Закон України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» (№8603) // Відомості Верховної ради України. 2012. №12-13.

49. Запорожан Л. П., Теренда Н. О., Литвинова О. Н., Панчишин Н. Я., Феш М. С. Необхідність розвитку української телемедицини за сучасних умов. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2020. № 2 (84). С. 65-71.

50. Заяць А. Як COVID-19 дав поштовх розвитку телемедицини в Україні. Життя, 26 травня 2020 р. URL: <https://life.pravda.com.ua/columns/2020/05/26/241112/>

51. Карпов О. Э., Махнев Д. А. Модели систем здравоохранения разных государств и общие проблемы сферы охраны здоровья населения. *Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова*. 2017. Т. 12. № 3. С. 92-100.

52. Концепція розвитку системи громадського здоров'я в Україні (схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. №1002-р.). URL: <http://www.kmu.gov.ua/control/uk/cardnpd?docid=249618799>

53. Корнійчук О. П. Трансформація системи охорони здоров'я України: стан та перспективи. Український медичний часопис. 2013. №4 (96). С. 20-26.

54. Кульгінський Є. Пріоритетні напрями державної політики збереження громадського здоров'я України. Державне управління та місцеве самоврядування. 2016. Випуск 3 (30). С. 84-91.

55. Лаврентий Д. С. Современное состояние и проблемы развития механизмов публично-частного партнерства в системе здравоохранения в Украине. *Eurasian Academic Research Journal*. 2018. № 5. С. 69-80.

56. Макаров А. В., Гарифуллин А. Р. Диверсификация как инструмент развития современного предприятия. *Известия УрГЭУ*. 2019. Вып. 1. С. 27-36.

57. Медреформа: факти, міфи, питання і відповіді. Київ, 2017.

58. Міжнародна економіка: підручник / Д. Лук'яненко, А. Поручник, Я. Столярчук. К.: КНЕУ, 2014.
59. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/>
60. Модели систем здравоохранения мира. URL: <http://old.duma.tomsk.ru/page/2956/> Як змінилось ставлення українців до системи охорони здоров'я за три роки: аналіз соціологічних опитувань 2016-2019 рр. Міністерство охорони здоров'я України. 30 травня 2019 р.
61. Назарко С. О. Ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я. Ефективна економіка. 2020. №1. URL: http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/1_2020/57.pdf
62. Поворозник М. Ю. Бенчмаркінг моделей організації систем медичних послуг. *Причорноморські економічні студії*. 2016. Вип. 11. С. 41-43.
63. Поворозник М. Ю. Комплексний аналіз національних моделей організації систем медичних послуг. *Причорноморські економічні студії*. 2017. Вип. 14. С. 25-28.
64. Прогноз тенденцій розвитку світової галузі охорони здоров'я в 2019 році: Формуємо майбутнє. Deloitte. URL: <https://www2.deloitte.com/ua/uk/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/global-health-care-sector-outlook-2019.html>
65. Румянцева Е. Мониторинг национальных систем здравоохранения. Мировая экономика и международные отношения. 2018. Т. 62. №2. С. 92-99.
66. Сердюк О. І., Короп О. А., Рогожин Б. А., Просолєнко Н. В. Організаційно-правові аспекти автономізації управлінсько-фінансової діяльності провайдерів медичних послуг. Економіка і право охорони здоров'я. 2017. №1 (5). С. 67-70.
67. Скоробогатов М. М., Куцерубова О. І. Економічний вісник Донбасу. 2011. № 3 (25). С. 18-21.
68. Смертність та народжуваність. Чому в Україні зростають темпи скорочення населення. НВ, 21 лютого 2019 р. URL: <https://nv.ua/ukr/ukraine/events/smertnist-ta-narodzhuvanist-chomu-v-ukrajini-zrostayut-tempi-skorochennya-naselennya-50007349.html>

69. Сокирко О.С., Кобзар І. А., Ханалієва І. С. Розвиток медичного страхування: зарубіжний досвід та можливості його використання в Україні. Гроші, фінанси і кредит. 2018. №19. С. 1139-1145.
70. Супрун розповіла, скільки українців уклали декларації з лікарями. Уніан, 16 січня 2019. URL: <https://www.unian.ua/health/country/10410309-suprun-rozpovila-skilki-ukrajinciv-uklali-deklaraciji-z-likaryami.html>
71. Томпсон, А.А. Стратегический менеджмент: концепции и ситуации / А. А. Томпсон, А.Дж. Стрикленд. – Учебник для вузов / пер. с 9-го англ. изд. – М.: ИНФРА-М, 2010.
72. Україна знаходиться в десятці країн, в яких швидкими темпами відбувається депопуляція – експерти. Уніан, 19 вересня 2018 р. URL: <https://www.unian.ua/society/10266384-ukrajina-znahoditsya-v-desyatci-krajn-v-yakih-shvidkimi-tempami-vidbuvayetsya-depopulyaciya-eksperti.html>
73. Устинов А. В. Актуальні проблеми здоров'я та охорони здоров'я у III тисячолітті. Український медичний часопис. 2013. №3. С. 28-31.
74. Фатхутдинов Р.А. Стратегический менеджмент – М.: ЗАО «Бизнес-школа Интел-Синтез», 2008. – 416 с.
75. Фінансова звітність підприємства та інша нормативна документація ТОВ «Академічний медичний центр».
76. Хотомлянський О., Дерев'яко Т. Збалансована система показників як критеріальна основа оцінки стратегії підприємства // Схід. –2009. –№2(68). – С. 16-18.
77. Шумпетер І. Капіталізм, соціалізм и демократія. URL: <http://sd-inform.org/upload/books/Theory%20of%20socialism/Democratic%20socialism/Sc humpeter.%20Kapitalism,%20socialism%20i%20demokratija.pdf>
78. Швиданенко Г.О., Дмитренко А.І., Олексюк О.І. Бізнес-діагностика підприємства: Навч. посіб. – К.:КНЕУ, 2008. – 344 с.
79. Швиданенко Г.О., Олексюк О.І. Сучасна технологія діагностики фінансово-економічної діяльності підприємства: Монографія. – К.: КНЕУ, 2002. – 192 с.

80. Шегда А.В. Менеджмент: Навч. Посібник. – К.: Товариство «Знання», КОО, 2008.
81. Шершньова З.Є. Стратегічне управління: Підручник. – 2-ге вид., перероб. і доп. – К.: КНЕУ, 2004. – 699 с.
82. Юданов А. Типы конкурентной стратегии: «биологический» подход к классификации компаний / Мировая экономика и международные отношения. – 1996. – № 10. – С.51-65.