

**ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ЕКОНОМІКИ, УПРАВЛІННЯ,
ПРАВА ТА ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ
КАФЕДРА ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ**

Освітньо-професійна програма Зв'язки з громадськістю
Спеціальність 281 Публічне управління та адміністрування
Ступінь вищої освіти Магістр

ДОПУСКАЄТЬСЯ ДО ЗАХИСТУ

Завідувач кафедри

Тамара ЛОЗИНСЬКА

12 грудня 2022 року

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему: «Удосконалення системи медичної реабілітації
військовослужбовців на регіональному рівні»

виконав здобувач вищої освіти заочної форми навчання

Курячий Юрій Віталійович

Керівник кваліфікаційної роботи

Олександр ДОРОФЄЄВ

Полтава – 2022 року

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ	9
1.1. Державна система організації медичної реабілітації в Україні ..	9
1.2. Модернізація санаторно-курортного комплексу як пріоритет державного управління розвитком системи медичної реабілітації в Україні	16
Висновки до розділу 1	22
РОЗДІЛ 2. ЗАСТОСУВАННЯ ТЕХНОЛОГІЇ СТРАТЕГІЧНОГО ПРОЄКТУВАННЯ У ДЕРЖАВНОМУ УПРАВЛІННІ РОЗВИТКОМ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ	25
2.1. Стратегічне проектування як технологія державного управління розвитком медичної реабілітації	25
2.2. Дослідження координаційної функції стратегічного проектування розвитку системи медичної реабілітації	31
Висновки до розділу 2	39
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ	41
3.1. Дорожня карта розвитку системи медичної реабілітації в Україні	41
3.2. Формування портфеля проєктів досягнення стратегічних цілей розвитку системи медичної реабілітації в Україні	48
Висновки до розділу 3	58
ВИСНОВКИ	60
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	63
ДОДАТКИ	71

ВСТУП

Актуальність теми. Незважаючи на зміни, які відбуваються в нашій державі в рамках реформування охорони здоров'я, процес формування реабілітаційної інфраструктури в Україні значно відстає від потреб і не відповідає вимогам сьогодення. Підвищення ефективності лікувально-профілактичних та реабілітаційних процесів неможливе без скоординованих дій різних державних органів і відомств, роль яких має полягати у формуванні стратегії та тактики, організації та проведенні заходів для підтримки та покращення фінансової підтримки охорони здоров'я. Оскільки реабілітація є частиною стратегії охорони здоров'я і водночас вимагає тісної координації послуг різних секторів (медичної, соціальної, освітньої, юридичної), найкращим рішенням є формування нових механізмів державного управління, що ставить питання щодо покращення державного механізму управління розвитком системи реабілітації в Україні. Аналіз вітчизняних та зарубіжних наукових джерел свідчить про те, що сьогодні відбувається теоретичне переосмислення місця медичної реабілітації в системі державного управління охорони здоров'я.

Наукові праці К. Бабова, В. Голіка, В. Лобаса, Я. Радиш, О. Соколової та інших науковців присвячені науковому обґрунтуванню організаційних процесів ефективною та якісною системою реабілітації. Розвиткові державної системи медичної реабілітації в Україні присвячені праці науковців: М. Білинської, І. Берлінець, Т. Золотарьова, Д. Карамішева, І. Пінчук, Н. Рінгач, О. Яремчук та ін. Дослідження з організації системи оздоровлення на санаторно-курортному рівні розкриті в працях М. Лободи, Л. Фісенко, О. Шаптали та інших науковців. В даний час актуальною є організація медико-психологічної реабілітації постраждалих від надзвичайних ситуацій та бойових дій.

Незважаючи на наявний інтерес науковців до реалізації проектного підходу в діяльності державної політики та управління, що включає сферу медичної реабілітації, стратегічний проект не визначено як предмет спеціального дослідження, що визначає наукову актуальність і практичність обраної теми.

Зв'язок роботи з науковими темами. Кваліфікаційна робота виконана відповідно до плану науково-дослідних робіт Полтавського державного аграрного університету за темою «Формування ефективної системи публічного управління в Україні» (номер державної реєстрації 0117U003104, 2017-2026 рр.).

Мета і завдання дослідження. Метою дослідження є теоретичне обґрунтування сутності, змісту та процесів державного управління розвитком системи медичної реабілітації як важливого інструменту підвищення ефективності діяльності центральних органів виконавчої влади України.

Для досягнення цієї мети необхідно було вирішити наступні завдання:

- ознайомитись із теоретичними засадами державного управління розвитком системи медичної реабілітації;
- провести діагностику застосування технології стратегічного проектування у державному управлінні розвитком медичної реабілітації в Україні;
- розглянути напрями удосконалення державного управління розвитком системи медичної реабілітації в Україні.

Об'єкт дослідження. Об'єктом дослідження виступає процес державного управління розвитком системи медичної реабілітації в Україні.

Предмет дослідження. Предметом дослідження є сукупність теоретичних, методичних та практичних проблем, що виникають у процесі державного управління розвитком системи медичної реабілітації в Україні.

Методи дослідження. Для досягнення представленої мети використовувалися загальні та специфічні методи дослідження. За допомогою аналітичного методу відібрано наукову інформацію за темою кваліфікаційної роботи; порівняльний та логіко-семантичний методи дослідження понятійного апарату; за допомогою структурно-функціонального аналізу та декомпозиції обґрунтовано функціональну модель державного механізму та етапи технології стратегічного проектування; для вирішення деяких наукових завдань доцільно було використовувати методи теоретичного моделювання. Емпіричною основою дослідження є положення про відносини у сфері медичної реабілітації,

статистичний матеріал, особисті спостереження автора.

Інформаційна база. Інформаційною базою дослідження є нормативно-правові акти України, вітчизняні та зарубіжні інформаційні джерела, матеріали Міністерства охорони здоров'я України, Національної служби здоров'я України, департаментів (управлінь) охорони здоров'я облдержадміністрацій.

Наукова новизна одержаних результатів. Окремі положення і висновки кваліфікаційної роботи мають наукову і практичну цінність. До елементів наукової новизни можна віднести:

набуло подальшого розвитку:

окреслення напрямів розвитку системи медичної реабілітації в Україні у вигляді дорожньої карти;

формування портфеля проєктів досягнення стратегічних цілей розвитку системи медичної реабілітації в Україні.

Практичне значення одержаних результатів. Найважливіші теоретичні положення, пропозиції, узагальнення і висновки дослідження спрямовані на підвищення ефективності державного управління розвитком системи медичної реабілітації в Україні. Основні ідеї та висновки дослідження можуть бути використані на практиці органами публічного управління, органами місцевого самоврядування та муніципальними органами, підприємствами, громадськими організаціями.

Апробація результатів дослідження. Основні результати дослідження за темою кваліфікаційної роботи оприлюднені у формі доповідей.

Публікації. За результатами проведеного дослідження опубліковано статтю у фаховому виданні, а також тези:

– «Досвід Польщі в організації ефективної системи медичної реабілітації», яку включено до збірника матеріалів наукових досліджень молодих учених кафедри публічного управління та адміністрування «ТЕРИТОРІЯ НАУКИ». Частина 2. Полтава : ПДАА, 2022.

– «Зарубіжний досвід організації ефективної системи медичної реабілітації», яку включено до збірника матеріалів наукових досліджень молодих

учених кафедри публічного управління та адміністрування «ТЕРИТОРІЯ НАУКИ». Частина 3. Полтава : ПДАА, 2022.

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Основний зміст викладено на 71 сторінці друкованого тексту, робота містить 2 рисунки та 6 додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

1.1. Державна система організації медичної реабілітації в Україні

Інституційними та соціально-економічними передумовами реформування існуючої державної системи реабілітації в напрямі формування нових механізмів державного управління її розвитком є низька ефективність системи реабілітації та надання соціально-медичних послуг, що виявляється у наступне:

– реабілітаційні послуги традиційно надаються переважно в санаторно-курортному середовищі. В Україні немає комплексної системи реабілітаційних послуг, яка охоплює всі етапи та рівні допомоги, реабілітаційні послуги доступні не багатьом людям, які їх потребують. Існує низка реабілітаційних послуг, але не існує систематичного плану реабілітації в закладах гострої, підгострої та тривалої допомоги. Відсутня кореляція між різними рівнями медичної допомоги (через різну професійну підпорядкованість реабілітаційних закладів). У той же час надання допоміжних засобів відокремлюється від послуг з реабілітації, пов'язаних зі здоров'ям, що призводить до неадекватних результатів і витрачання ресурсів;

– низька координація між профільними міністерствами та організаціями - відповідальність за соціальне обслуговування людей з інвалідністю та реабілітацію цієї категорії та працюючих пацієнтів, пенсіонерів, поділена між двома міністерствами: МОЗ (відповідає за реабілітацію «медичної» складової) та Міністерством соціальної політики (відповідає за соціальне вирівнювання та соціальну допомогу). Системною проблемою є невідповідність між організаційною структурою підрозділів та зоною їх функціональної відповідальності;

– ще одна проблема – необхідність реабілітації постраждалих від збройного конфлікту на сході України. З одного боку, велика кількість

поранених бійців, які в багатьох випадках також мають важкі психологічні травми, з іншого боку, збройний конфлікт також призвів до появи поранених і поранених цивільних, які потребують реабілітаційної допомоги;

– фінансування реабілітаційних послуг є неузгодженим питанням: різні фонди відповідають за фінансування реабілітаційних послуг для різних груп населення (працюючі хворі отримують реабілітаційні послуги (у тому числі санаторно-курортну ранню реабілітацію за певним каталогом захворювань) за рахунок соціальних страхового фонду; наукова та практична актуальність формування нових механізмів державного управління системою оздоровлення в Україні викладена в таких документах: Указ Президента України «Про Цілі сталого розвитку України на період до 2030» – реформа системи соціального захисту, пенсійна реформа, реформа системи охорони здоров'я, програма здорового способу життя та довголіття; Постанова КМУ від 28 грудня 2020 р. № 1344 «Деякі питання оптимізації системи центральних органів виконавчої влади»; Проект Стратегії розвитку системи охорони здоров'я України до 2030 року; Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України; Законопроекти стосовно запровадження системи обов'язкового медичного страхування та Закон про автономізацію медичних закладів; законопроект «Про попередження інвалідності та систему реабілітації в Україні»; Звіт ВООЗ «Оцінювання системи реабілітації в Україні»; Європейська програма роботи на 2020-2025 рр. «Спільні дії для міцнішого здоров'я» (ЄПР) [54].

Аналіз вищезазначених документів показав, що міжвідомча неузгодженість та низький рівень узгодженості між відомствами різних міністерств можуть спричинити значні проблеми у забезпеченні ефективності завдань, порушити процес та створити конфлікт інтересів, пов'язаний з державним контролем та наглядом. Суттєвою проблемою у функціонуванні системи реабілітації є розподіл останньої між кількома міністерствами, що через недостатню координацію призводить до порушення цілісності реабілітаційного процесу.

Основним завданням реформування системи медичної реабілітації є більш чітке визначення, закріплення на законодавчому рівні та уточнення повноважень

окремих суб'єктів системи, а також виявлення та відповідне вирішення важливих практичних проблем між адміністративними органами взагалі. рівнів і, відповідно, їх унікальне фінансове, правове та організаційне забезпечення. Зокрема, це стосується забезпечення ефективності діяльності Державної служби України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів. Нарешті, перелік більшості її завдань відповідно до положення про цю службу знаходиться на перетині політичних сфер відповідальності МОЗ та Мінсоцполітики, головним чином у функціональних сферах «Безпека та гігієна життєдіяльності, громадське здоров'я», «Туризм та курорти». Зазначимо, що розпорядженням КМУ затверджено структуру апарату Держпродспоживслужби, положення, штатний розпис та кошторис. Це питання було погоджено лише з Міністром аграрної політики та продовольства України. Хоча в документі чітко зазначено, що завдання реалізації державної політики у сфері епідеміологічного нагляду (нагляду) покладено на МОЗ.

На думку Т. Коваленко, державне управління у сфері медичної реабілітації слід розглядати як цілеспрямовану діяльність системи органів влади, органів місцевого самоврядування, державних органів, установ та громадських об'єднань щодо правової легітимності та практичного забезпечення реалізації конституційних прав людини. і лікування потребує відновлення та зміцнення здоров'я в спеціалізованих установах [23, с. 110].

Досліджуючи медичну реабілітацію як суб'єкт державного управління, доцільно звернути увагу на її системну тривимірність: структура, процес, результат. Краєзнавці Радиш Я. та Соколова О., досліджуючи проблему медичної реабілітації воїнів з точки зору системного підходу, підкреслили, що медична реабілітація є складною системою, оскільки має розгалужену структуру та багато елементів та визначених компонентів та їх характер взаємодії, результат, методи, засоби та прийоми, процес, підсистема управління, керована підсистема, фактори середовища). Важливим висновком вчених щодо нашого дослідження є акцент на тому, що організацію медичної реабілітації слід

починати з визначення зовнішніх факторів та умов, вплив яких сприяє її виникненню [53, с. 61].

Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» (2021) визначає систему реабілітації як сукупність суб'єктів реабілітації, врегульованих між ними правовідносинами, а також вимог законодавства, стандартів і стандартів реабілітації, метою яких є реабілітація. Вона полягає в тому, щоб протягом певного періоду часу стійке, оптимальне відновлення порушених функцій людини, її адаптація до навколишнього середовища та/або середовища до них та участь у суспільному житті можуть бути досягнуті змінами у зв'язку з обмеженням соціальних функції [55].

З нашої точки зору, медична реабілітація – це система, яка складається з чотирьох взаємодіючих, але відносно незалежних підсистем:

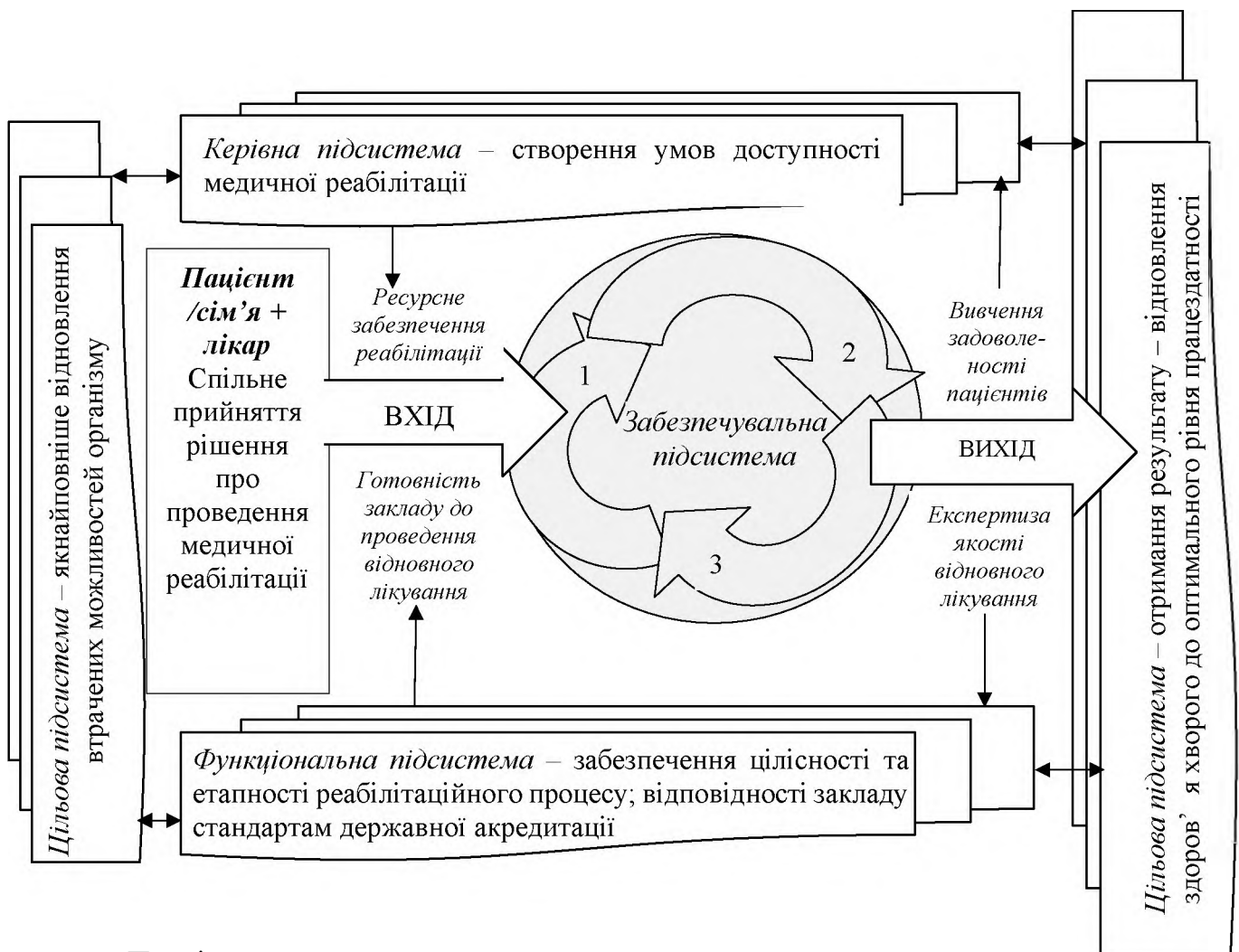
- керівної – розмежування адміністративних, регуляторних та фінансових функцій за рівнями управління та їх реалізація за допомогою відповідних інституційних, організаційних, правових та фінансових механізмів управління для створення умов доступу до медичної допомоги;

- функціональної – вертикальний і горизонтальний перерозподіл ресурсів і коштів між суб'єктами (установами, що забезпечують цілісність реабілітаційних послуг) процесу реабілітації з урахуванням різних видів їх діяльності за допомогою нормативно-розпорядчих, планових, механізмів фінансування (інвестицій) тощо;

- цільової (результат) – формування ієрархії цілей, переклад цілей на «мову» ресурсів і визначення показників результату;

- забезпечувальної (процес) – створення умов для перетворення вихідних рішень у результати шляхом кадрового, інфраструктурного, фінансового, інформаційного та технологічного забезпечення взаємопов'язаних дій окремих підпроцесів медичної реабілітації в межах застосовуваної технології відновного лікування [57, с. 321].

Розглянемо місце забезпечувальної підсистеми в системі медичної реабілітації за елементами (рис. 1.1).



Примітки:

- 1 – реабілітаційна діагностика;
- 2 – реалізація програми медичної реабілітації та надання реабілітаційно-технічних послуг;
- 3 – контроль ефективності за визначеними індикаторами.

Рис. 1.1. Процесна модель забезпечувальної підсистеми в системі медичної реабілітації [39]

Центральним елементом моделі є пацієнт, який потребує реабілітації, його родина та лікар, які спільно приймають рішення про відновне лікування. Ваші очікування та вимоги до якості реабілітаційних послуг знаходяться в центрі уваги на початку процесу. Для забезпечення якісного процесу реабілітації необхідно створити відповідні рамкові умови:

– наявність медичної допомоги: юридичний супровід; наявність державних/регіональних цільових програм; фізична доступність закладу;

економічна доступність реабілітаційних заходів/коштів;

– готовність закладу до відновного лікування: теоретична та практична підготовка медичного персоналу; методичне забезпечення; інформаційне забезпечення; матеріально-технічне забезпечення.

Тобто на вході в процес надання медичної реабілітаційної послуги має бути мета та відповідні ресурси. Далі йде сам процес реабілітаційного лікування, в якому запити суб'єктів, використовуючи певні наявні ресурси, стають виходом – задоволенням.

Процес організації відновного лікування (забезпечення підсистеми системи медичної реабілітації) складається з 3 підпроцесів:

1) поетапність реабілітаційної діагностики, що включає вивчення медичної документації та первинну бесіду з пацієнтом та членами його сім'ї, первинне реабілітаційно-діагностичне обстеження та вивчення соціального оточення пацієнта та психодіагностичне обстеження з подальшим первинним реабілітаційним оглядом. оцінка реабілітаційного потенціалу, закінчуючи формуванням індивідуальної комплексної програми реабілітації;

2) реабілітаційне лікування, що включає технології надання спеціалізованої медичної реабілітаційної допомоги, тобто виконання медичних функцій з реабілітації хворих та надання реабілітаційно-технічних послуг, підбору та надання засобів технічної реабілітації, включаючи індивідуальне навчання їх використанню, експлуатації, ремонту та заміні;

3) контроль ефективності реабілітаційного лікування за певними показниками та, при необхідності, корекція індивідуальної програми відновного лікування [26].

Відповідно до теорії процесного підходу, необхідно забезпечити високу якість процесу і обов'язково вхідних даних, щоб забезпечити задоволеність результатом процесу, оскільки без високої якості хоча б один з цих компонентів не дасть якісного результату. Результатом є складова системи медичної реабілітації, що відображає її ефективність. Оцінка результатів включає

своєчасність, якість та ефективність реабілітаційної допомоги, включаючи зниження працездатності та ефективність використання ресурсів. Ефективну складову як цільову підсистему системи медичної реабілітації слід розглядати через ієрархію цілей (стратегічна мета – стійкий результат після реабілітації; тактична мета – забезпечення якості технології, раціональне використання методів і засобів реабілітації). Операційні цілі – конкретні завдання забезпечення якості для кожного підпроцесу відповідно до прийнятої технології обробки з певними показниками досягнення їх ефективності та ефективності. Для оцінки ефективності медичної реабілітації використовуються карти та протоколи експертної оцінки ступеня виконання стандарту відновного лікування, визначені клінічними протоколами, затвердженими МОЗ України. Впровадження інформаційних технологій служить механізмом контролю якості відновного лікування [41, с. 55].

З системної точки зору всі ці складові медичної реабілітації взаємопов'язані. Таким чином, на якість та ефективність роботи реабілітаційного закладу впливають наявність та якість обладнання, використання сучасних клінічних технологій, кваліфікація персоналу, раціональна організаційна структура служби, механізми взаємодії медпрацівників і медичних працівників. на рівні медичної допомоги та в межах закладу охорони здоров'я тощо. Таким чином, на ефективність системи медичної реабілітації можна вплинути шляхом удосконалення ресурсів та організаційно-управлінських заходів.

Як видно з аналізу вище, на сьогодні виконано всі передумови для інституційних змін у сфері медичної реабілітації. Реалізація запропонованого системного підходу до формування Державного механізму медичної реабілітації потребує вивчення міжнародного досвіду медичної реабілітації та обґрунтування адаптивних підходів з метою впровадження в Україні найкращих світових моделей якісних та доступних реабілітаційних послуг.

1.2. Модернізація санаторно-курортного комплексу як пріоритет державного управління розвитком системи медичної реабілітації в Україні

У медичній реабілітації, згідно з рекомендаціями експертів ВООЗ, розрізняють дві фази: госпітальну та постлікарняну, кожна з яких має специфічні фази. Перша фаза включає першу фазу реабілітації – лікарняна (стаціонарна) і постлікарняну фазу, II фазу – амбулаторну або реабілітаційну, санаторно-курортну і III фазу – аптечну. Санаторно-курортний етап лікування заснований на використанні природних лікувальних ресурсів (далі – ПЛР), курортів – природних засобів. Досвід розвинених країн підтверджує необхідність розвитку санаторно-курортної індустрії, що принесе значну економічну вигоду та допоможе вирішити багато соціальних проблем.

Традиційно санаторно-курортна справа в Україні є невід'ємною частиною національної системи охорони здоров'я, що забезпечує ефективну профілактику захворювань. Санаторно-курортне лікування – це медична допомога, яка надається з профілактичною, лікувальною або реабілітаційною метою з використанням природних лікувальних факторів в умовах перебування хворого на курорті. Таке лікування є важливою складовою суспільно-політичної системи і відіграє провідну роль у розбудові й підтримці здоров'я нації [68].

Основними завданнями санаторно-курортного лікування є: усунення або зменшення проявів патологічного процесу; відновлення або поліпшення несправних функцій; підвищення імунітету і захисних властивостей організму; навчання механізмів адаптації; профілактика інвалідності та ін. Санаторії проводять комплекс реабілітаційних заходів за комплексом клінічних протоколів/стандартів. У 2009 році рішенням КМУ затверджено Порядок встановлення переліку санаторно-курортних закладів з центрами медико-психологічної реабілітації, а у 2013 році створено міжвідомчу комісію та робочу групу з питань створення та діяльності центрів медико-психологічної реабілітації.

Санаторно-курортне лікування складається з комплексу заходів та різноманітних матеріальних, нематеріальних і природних ресурсів, спрямованих

на покращення функцій життєдіяльності людини. Доведено, що санаторно-курортне лікування істотно впливає на стійкість і стійкість організму до несприятливих впливів, сприяє розвитку захисно-приспосувальних реакцій. Відновлення та оздоровлення людини ефективніше при санаторно-курортному лікуванні, ніж при амбулаторному лікуванні.

Основною перевагою санаторно-курортного лікування для оздоровлення є його спрямованість на широке використання лікувально-рекреаційного потенціалу курортів. Використання натуральних засобів зменшує витрати на реабілітацію в разі [42, с. 38].

Найціннішим для громадян є те, що діяльність санаторіїв спрямована на повноцінне лікування, медичну реабілітацію та профілактику захворювань – шляхом комплексної дії відповідних лікувальних процедур, а також забезпечення спеціального харчування, режиму дня тощо. Санаторії підключені до оздоровчої зони регіону, в якому вони розташовані. У статті 1 Закону України «Про курорти» викладено поняття оздоровниці та оздоровниці. Згідно зі статтею 22 Закону України «Про курорти» санаторно-курортні заклади – це оздоровчі заклади, розташовані на території оздоровчих закладів, які надають громадянам лікувально-профілактичні та реабілітаційні послуги з використанням природних лікувальних ресурсів. Санаторно-курортне лікування – це система лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на закріплення результатів попередніх лікувальних заходів та запобігання рецидивам захворювання, що проводяться з максимальним використанням природних лікувальних ресурсів (клімат, мінеральні води, грязі, бішофіт, озокерит) та попередньо сформовані фізичні фактори, електромагнітотерапія, фототерапія, терапевтичне використання ультразвуку, лікування штучно модифікованим лікувальним середовищем тощо). На курортах організовано використання природних засобів для їх використання в медичній реабілітації.

Специфіку предметів санаторно-курортної діяльності вчені характеризують за такими ознаками: 1) спрямованість: має на меті забезпечення як лікування, так і відпочинку населення; 2) вид приналежності: належать до

медицини та туризму; 3) соціально-економічний вплив: уникнення втрат людського капіталу та поповнення державного бюджету; 4) вплив на суміжні сфери: проявляється у прямому впливі (заохочення підприємництва у сферах будівництва, фінансових послуг, харчування тощо) та у спричиненому впливі (доходи для місцевих жителів у вигляді заробітної плати, дивідендів, орендної плати тощо); 5) глобальна роль: сприяння визнанню особливого значення України в процесі світового відновлення та в культурно-історичному розвитку світового суспільства; 6) Підпорядкування постачальників послуг: вітчизняні санаторно-курортні заклади підпорядковані різним відомствам [55, с. 101].

Основною перевагою санаторно-курортного господарства України є наявність значного природно-ресурсного потенціалу. Різноманітність природних цілющих джерел представлена мінеральними водами різного складу, лікувальними грязями, озокеритом і м'якими кліматичними умовами. Завдяки різноманітності природних лікувальних ресурсів Україна є сприятливим місцем для лікування та оздоровлення.

Незважаючи на ресурси та практично безмежні санаторно-рекреаційні можливості, регіони України сьогодні не здатні конкурувати з розвиненими країнами. Для раціонального та ефективного використання туристичних, природних, лікувально-рекреаційних ресурсів регіонів необхідно формувати туристично-рекреаційний простір шляхом створення територій розвитку санаторно-курортних закладів та забезпечення їх функціонування, розвитку, впровадження та пропонування споживачам конкурентоспроможних spa-продукт.

У Стратегії розвитку туризму та курортів до 2026 року зазначається, що стратегічною метою державної політики у сфері оздоровлення є створення умов для оздоровлення, збільшення тривалості життя та активного довголіття, пропаганда здорового способу життя шляхом формування та ефективно та рентабельно розвиватися та конкурентоспроможний на світовому ринку курортний комплекс. Він також наголошує на необхідності внести зміни в цю сферу стосовно таких основних положень:

- актуалізація фінансово-економічних методів відновлення рекреаційно-рекреаційних ресурсів;
- створення доступного ринку надання санаторно-рекреаційних послуг з метою максимального задоволення потреб населення;
- приватизація санаторіїв;
- стимулювати конкуренцію та впорядковувати процес управління курортом [53].

Проте основні аспекти розвитку, окреслені у вищезазначеній стратегії, зокрема створення доступного та ефективного ринку санаторно-курортних та оздоровчих послуг, здатного задовольнити потреби населення, досі не реалізуються.

З цього випливає, що єдиним засобом вирішення системних проблем у санаторії є стратегічно спрямована державна політика, основним завданням якої є визначення санаторію на туристичному рівні як одного з основних пріоритетів діяльності регіонів України. Впровадження економіко-правових механізмів успішного функціонування санаторно-курортного комплексу, інвестиційних механізмів розвитку інфраструктури, інформаційно-маркетингових заходів щодо формування санаторно-курортного іміджу регіонів України. Однак у 2008-2020 роках на ринку санаторно-курортних послуг спостерігалися негативні тенденції щодо скорочення як кількості санаторно-курортних закладів, так і кількості споживачів.

Санаторії розташовані по всій країні і для багатьох міст, районів і навіть регіонів можуть стати основою економічного розвитку, покращення транспортного сполучення та інфраструктури. Розвиток санаторно-курортного господарства має стати одним із пріоритетних напрямків туристично-рекреаційної діяльності в Україні, оскільки послуги санаторно-курортних закладів в Україні становлять майже 40% загального обсягу діяльності туристичної галузі.

Згідно з даними на карті реабілітаційних закладів України, медичні реабілітаційні послуги надаються у 164 санаторно-курортних, оздоровчих та

лікувальних закладах різних форм власності та відомчого підпорядкування, яким підпорядковані заклади:

- 70 – МОЗ, з них: 9 – амбулаторна допомога; 22 – змішана допомога; 39 – стаціонарна допомога;
- 23 – приватні установи;
- 21 – комунальні послуги;
- 20 – ПрАТ «Укрпрофосдорівниця»;
- 9 – інше: ДП, ДУ, реабілітаційне відділення ДУ;
- 7 – Мінсоцполітики;
- 7 – Міністерство внутрішніх справ України;
- 6 – громадські організації
- 1 – Міністерство оборони України [68]

Постановою Кабінету Міністрів України від 24 грудня 2019 р. №1162 утворено Державне агентство розвитку туризму України, до завдань якого входить: розробка порядку та забезпечення створення та ведення Державного кадастру природних курортів; брати участь у створенні та веденні Державного реєстру природних медичних ресурсів (ведення якого є функцією МОЗ); встановлення відповідних категорій санаторно-курортних закладів (термін не визначений законодавством, санаторії є закладами охорони здоров'я); забезпечення координації діяльності курортів (незалежно від форм власності), пов'язаної з використанням медичних ресурсів, а також діяльності підприємств, установ та організацій, що обслуговують курорти; передбачає розгляд заяв про оголошення природних територій оздоровницями [70].

Важливо підкреслити, що на відміну від МОЗ, Мінсоцполітики, «правоохоронних органів», які мають підпорядковані санаторно-курортні заклади, але не мають повноважень у сфері курортного розвитку, жоден санаторій не підпорядкований відомчому підпорядкуванню Мінкультури. Тому виникає інституційний дисонанс – Державне агентство розвитку туризму виконує ряд завдань, які належать не до компетенції Мінкультури, а МОЗ, зокрема: встановлення відповідних категорій для курортів; координація

санаторно-курортної діяльності (незалежно від форм власності), пов'язаної з використанням медичних ресурсів тощо. Нарешті, згідно зі статтею 22 Закону України «Про курорти» санаторно-курортні заклади – це оздоровчі заклади, розташовані на території оздоровчих закладів та забезпечують лікувально-профілактичні та реабілітаційні послуги громадянам, які використовують природні лікувальні ресурси.

Відповідно до наказу про МОЗ України у 2016 році затверджено структуру МОЗ, а 30 листопада 2018 року наказом МОЗ України №2240 затверджено нову редакцію структури МОЗ України. У структурі медичного відділення створено відділення медичної реабілітації, паліативної та хоспісної допомоги (у складі 4 осіб), а для забезпечення виконання – сектор санаторно-курортного лікування (у складі 2 осіб). Відповідно до положення про структурний підрозділ основними завданнями санаторно-курортної галузі є: забезпечення реалізації державної політики щодо розвитку санаторно-курортної галузі та санаторно-курортної справи; визначення та розробка пріоритетних напрямків розвитку у сфері санаторно-курортної та курортної діяльності; координує діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, наукових установ з питань, що належать до компетенції галузі [68].

Відповідно до положення про структурний підрозділ основними завданнями санаторно-курортної галузі є: забезпечення реалізації державної політики щодо розвитку санаторно-курортної галузі та санаторно-курортної справи; визначення та розробка пріоритетних напрямків розвитку у сфері санаторно-курортної та курортної діяльності; виявлення проблемних питань у розвитку санаторно-курортного лікування; координує діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, наукових установ з питань, що належать до компетенції галузі.

Аналіз інституційного механізму державного управління санаторно-курортним комплексом України виявив певні неузгодженості, насамперед у питаннях координації діяльності санаторно-курортних закладів різних відомчих підрозділів. Чинним положенням чітко зазначено, що управління та координацію

діяльності закладів, а також аналіз ефективності санаторно-курортного лікування МОЗ України, санаторно-курортних закладів обласного та місцевого підпорядкування здійснює санаторно-курортний сектор МОЗ України. Разом з тим, положенням про Державне агентство розвитку туризму встановлено функцію координації діяльності курортів (незалежно від форм власності), пов'язаної з використанням медичних ресурсів. Однак у жодному документі не зазначено, як координують діяльність та узгоджують цілі, цілі, інтереси, програми та стратегічні документи принаймні два ЦОВВ – МОЗ України та Міністерство культури, які відповідають за реалізацію державної політики щодо розвитку курортів [16].

Слід підкреслити, що формування структур державного регулювання санаторно-курортної діяльності в регіонах також має подібні проблеми. В основному це пов'язано з нерозумінням муніципалітетів важливості курортів для економічного розвитку та частково з відсутністю висококваліфікованих фахівців для відпочинку та туризму в муніципалітетах і курортах регіону. Нарешті, ефективність державного управління залежить від оптимального балансу принципів централізації та децентралізації управління, що передбачає чіткий розподіл повноважень та відповідальності між місцевою, регіональною та центральною владою.

Тому в Україні сьогодні актуальним є питання удосконалення координаційного механізму державного управління санаторно-курортним комплексом як функціонального елемента державного механізму організації системи медичної реабілітації.

Висновки до розділу 1

Вивчення сучасних наукових досягнень в організації ефективної системи медичної реабілітації дозволило удосконалити ключові концепції наукової роботи. Під організацією медичної реабілітації в загальному визначенні

розуміють послідовність взаємопов'язаних дій адміністративних одиниць, узгоджених з наявними інструментами та нормативними методами, що забезпечують перетворення вихідних рішень у результати. З системної точки зору медичну реабілітацію як об'єкт державного управління слід розуміти як складову частину підсистеми управління системи державного управління, за допомогою якої організовується процес реабілітації та здійснює вплив на об'єкт.

Показано, що медична реабілітація є системою, що складається з чотирьох взаємодіючих, але відносно незалежних підсистем: керівної; функціональної; цільової; забезпечувальної. Запропоновано процесну модель підсистемного забезпечення в системі медичної реабілітації, яка складається з 3 підпроцесів: фази реабілітаційної діагностики; реабілітаційне лікування, включаючи технологію надання спеціалізованої медичної реабілітаційної допомоги; Контроль ефективності відновного лікування за певними показниками. Процес надання послуг з медичної реабілітації повинен починатися з цілі та відповідними ресурсами. Далі йде процес реабілітаційного лікування, де потреби суб'єктів, використовуючи певні наявні ресурси, стають виходом – задоволенням.

Доведено, що на ефективність системи медичної реабілітації можна вплинути шляхом покращення ресурсного забезпечення, а також організаційних та управлінських заходів. Для організації другого етапу медичної реабілітації – санаторно-курортного, необхідна відповідна інфраструктура, ключовим елементом якої є санаторно-курортний комплекс. Аналіз стану санаторно-курортного комплексу України показав, що природний, лікувально-оздоровчий, рекреаційний та інфраструктурний потенціал для розвитку лікувально-реабілітаційної системи використовується в значно менших обсягах, ніж потенціал. Єдиним шляхом вирішення системних проблем у санаторно-курортній сфері є стратегічно орієнтована державна політика, пріоритетними завданнями якої є: модернізація санаторно-курортного комплексу як пріоритетного напрямку розвитку системи медичної реабілітації; запровадження координаційного механізму державного управління розвитком санаторно-

курортного комплексу як функціонального елемента державного механізму організації системи медичної реабілітації.

Результати дослідження, проведеного в першому розділі, переконливо свідчать про необхідність збалансованого державного управління розвитком системи медичної реабілітації та санаторно-курортної діяльності, спрямованої на вирішення різноманітних проблем. Для розвитку системи медичної реабілітації держава в особі уповноваженого органу державної влади має здійснювати стратегічне планування та проектування такої діяльності з урахуванням наявних ресурсних обмежень, чітко визначати цілі та завдання розвитку та стати основою для влади на державно-регіональному рівні.

РОЗДІЛ 2

ЗАСТОСУВАННЯ ТЕХНОЛОГІЇ СТРАТЕГІЧНОГО ПРОЄКТУВАННЯ У ДЕРЖАВНОМУ УПРАВЛІННІ РОЗВИТКОМ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ

2.1. Стратегічне проєктування як технологія державного управління розвитком медичної реабілітації

Сучасні тенденції використання нетрадиційних методів державного управління в Україні для вирішення соціальних проблем показують, що науковці та практики відчують слабкість, неефективність традиційних моделей і методів прийняття рішень, програмування та планування соціально-економічного розвитку державного управління. Зі зростаючою динамікою суспільних змін і ступенем невизначеності зовнішнього середовища минулий досвід стає все менш актуальним і виникає нагальна потреба в принципово нових моделях, методах та інструментах управління складними соціально-економічними системами.

У цьому контексті актуальності набуває проектна діяльність державного сектору, яка, як альтернатива традиційному управлінню, є не лише формою розвитку сучасного суспільства, а й важливою передумовою його виживання.

Впровадження проєктування в механізм державного управління розвитком медичної реабілітації слід розглядати насамперед як інструмент реалізації комплексу стратегічно орієнтованих заходів, спрямованих на вирішення найактуальніших проблем. Це спонукає нас розглядати проєкти як частину Системи розглянути середньо- та довгострокове планування, яке, окрім практичних проєктів у конкретних сферах, включатиме також інфраструктурні, нормативні, інформаційні та інші способи реалізації цих проєктів.

Проєктування у сфері державного управління для розвитку медичної реабілітації – це технологія ефективного управління проєктами та програмами, спрямованими на впровадження реформи державного управління у сфері

медичної реабілітації. У таких програмах суб'єктами є органи влади та урядові організації, які зобов'язані програмою дотримуватися нових правил, які, як очікується, покращать становище громадян як кінцевих бенефіціарів програми.

Прийняття стратегічного проектування як технології державного управління дасть можливість державним органам використовувати методи прогнозування, планування та управління програмними цілями для розробки управлінських дій для розвитку медичної реабілітації. Значення та роль стратегічного проектування розвитку системи медичної реабілітації в реалізації медичної реформи показано на рис. 2.1.



Рис. 2.1. Місце і роль стратегічного проектування розвитку системи медичної реабілітації в реалізації реформи системи охорони здоров'я

Стратегічне проектування у сфері медичної реабілітації можна розглядати в наступних варіантах:

- один із стратегічних напрямів Національної стратегії реформування

охорони здоров'я в Україні. Зокрема, у стратегії наголошується на важливості інтеграції медичної реабілітації в національну систему охорони здоров'я та необхідності прийняття положення про «порядок організації реабілітаційної допомоги»;

- власна стратегія розвитку медичної реабілітації, з реорганізацією та реформуванням якої на державному рівні вже зроблені перші кроки до реформування системи охорони здоров'я;

- окрему державну цільову програму розвитку об'єктів реабілітації та інфраструктури надання реабілітаційних послуг.

Стратегічне проектування як технологія державного управління – це сукупність інструментів, методів і моделей для доцільного вибору стратегії розвитку медичної реабілітації за чітко визначеними принципами та стандартами управління проектами. Тому стратегічний проект розвитку системи медичної реабілітації є технологією управління розробкою та реалізацією програм/проектів розвитку медичної реабілітації з пріоритетними вимогами політики охорони здоров'я в Україні.

Методологічно обґрунтування та реалізація стратегії розвитку медичної реабілітації в Україні має базуватися на розумінні того, що реалізація реабілітаційних заходів являє собою цілісний комплекс різноманітних медичних, правових, технологічних, соціальних, інвестиційних, освітніх, інфраструктурних та ін. проекти. Одним з найбільш ефективних підходів до реалізації завдань медичної реабілітації є управління портфелем проектів. Адже найважливішим завданням є правильне формулювання мети проекту, особливістю якого є те, що реалізація цілей окремих проектів разом забезпечує реалізацію стратегічних цілей розвитку медичної реабілітації в цілому.

При реалізації безлічі проектів, об'єднаних єдиною стратегічною метою, важливо оцінити кожен окремий проект та оцінити програму чи портфель проектів у цілому. Зокрема, необхідно ініціювати кожен проект і по завершенні приймати його результати відповідно до стратегічних цілей. Особливе значення при здійсненні великої кількості проектів має раціональний розподіл і

перерозподіл ресурсів між окремими проектами (фінансовими, кадровими, матеріальними тощо). У разі недостатності ресурсів необхідно організувати їх перерозподіл з урахуванням пріоритетності проектів. Також може бути прийнято рішення припинити відкладення деяких проектів через зміни зовнішнього середовища портфеля/програми, закрити, перемістити фокус ринку, уточнити стратегію тощо. Нарешті, необхідно зібрати результати окремих проектів цілеспрямовано збирати, аналізувати та узагальнювати.

Тому для ефективного управління портфелем проектів розвитку медичної реабілітації в Україні компенсація ізоляції та обмеженого часу існування проекту потребує постійної інтеграційної діяльності. Кожен із цих проектів існує не сам по собі, а лише у співпраці з іншими, спільна реалізація яких дозволить досягти стратегічної чи загальної мети. На основі цих проектів формується комплексна програма розвитку реабілітації в Україні, яка являє собою вже не комплекс заходів, а сукупність взаємопов'язаних проектів різного типу, відібраних для реалізації на основі єдиних критеріїв відбору. Далі відбувається розподіл проектів між відповідними суб'єктами медичної реабілітації, відповідальними за реалізацію портфоліо проектів, що стосуються стратегії/політики розвитку системи реабілітації в Україні.

Щоб зрозуміти важливість впровадження управління портфелем у стратегію організації, варто виділити його принципові відмінності від управління проектами та програмами. Тобто, якщо метою управління індивідуальним проектом є створення продукту на основі обмежень проекту, а мета управління програмою – принести користь організації шляхом впровадження всіх її компонентів за певним алгоритмом і в межах конкретних ресурсів, тобто портфоліо. управління для досягнення стратегічних цілей/цілей організації, умови мінімізації використовуваних ресурсів, і як схема/алгоритм реалізації компонентів портфеля, так і їх сукупність є змінними. Крім того, якщо реалізація програми передбачає виконання всіх її складових за певною схемою (алгоритмом), то реалізація портфоліо означає досягнення стратегічної мети. Компоненти портфоліо конкурують між собою за ресурси, необхідні для їх

реалізації, тоді як компоненти програми повинні мати всі необхідні ресурси, які разом є ресурсами програми.

Існує ряд інших істотних відмінностей між програмою та портфоліо з точки зору змісту та критеріїв успіху:

- програми мають зміст, який охоплює весь зміст їх компонентів і приносить переваги за рахунок взаємодоповнювального та послідовного впровадження цих компонентів; успіх програми полягає в її здатності приносити очікувані переваги організації та її ефективності та результативності в передачі цих переваг;

- портфоліо має зміст, що охоплює весь зміст організації, що змінюється зі зміною її стратегічних цілей; успіх портфеля визначається його здатністю забезпечити досягнення стратегічних цілей організації в межах бюджету та ресурсів, наданих портфелю.

У публікаціях науковців при виборі способу інтеграції проектів організації також рекомендується звертати увагу на відмінності у функціях керівників програм і портфоліо. Управління програмою здійснюють керівники програм, основна роль яких полягає в забезпеченні передачі переваг від програми шляхом координації її компонентів; керівники програм контролюють хід виконання компонентів програми, щоб переконатися, що програма виконується за графіком і бюджетом. Портфельні менеджери створюють і впроваджують необхідні процеси та комунікації, пов'язані із загальним портфелем, вони керують і координують роботу співробітників, які зобов'язані звітувати з питань, пов'язаних з портфелем. Портфельні менеджери відстежують стратегічні зміни та розподіл ресурсів портфеля між компонентами, результати проектів у складі компонентів та загальний ризик портфеля. Загалом, обов'язки портфельних менеджерів значно ширші – вони зобов'язані контролювати та відстежувати зміни зовнішнього та внутрішнього середовища організації для успішного управління портфелем проектів та його своєчасного оновлення.

Враховуючи вищенаведені особливості програмного та портфельного менеджменту, можна сказати, що пряме управління портфелем є оптимальною

технологією управління з точки зору розвитку медичної реабілітації в Україні, оскільки:

– матрична структура управління портфелем проектів по суті забезпечує мобільність і гнучкість управління системою медичної реабілітації, динамізм у використанні людських ресурсів, оптимізує процес прийняття та реалізації управлінських рішень і, з одного боку, боку, дозволяє забезпечити участь та врахування інтересів кожного залученого іншого – збалансований розвиток усіх підсистем системи медичної реабілітації;

– визначений метод відбору та пріоритетності проектів у портфелі та можливість їх модифікації/коригування залежно від змін зовнішнього та внутрішнього середовища керованої системи та стратегічних цілей/цілей системи медичної реабілітації забезпечує гнучкість системи управління, динаміка у зміні, оптимізації та значному скороченні управлінських рішень, підвищення їх значущості та ефективності відповідних заходів;

– варіативність компонентів портфеля проектів та алгоритму їх реалізації забезпечують мобільність і гнучкість управління, динаміку використання ресурсів за рахунок їх перерозподілу між складовими портфеля проектів; регулярний перегляд, оптимізація та збалансування портфеля для забезпечення його узгодженості зі стратегічними цілями та завданнями, а також швидкості та оптимального реагування на зміни зовнішнього середовища;

– завдяки можливості реалізації науково-експериментальних проектів у межах портфолію та його перевірки та включення за результатами досліджень нових компонентів, у тому числі інноваційних проектів, значно підвищується ініціативність та адаптивність керівництва, що забезпечує можливість реалізації інноваційних програм.

З огляду на це, стратегічне проектування як технологія державного управління розвитком системи медичної реабілітації включає наступні послідовні та/або паралельні операції в процесі управління:

1) аналіз сучасного функціонування системи медичної реабілітації, визначення основних проблем та їх структурування (ранжування);

- 2) оцінка можливостей розвитку системи медичної реабілітації, формулювання стратегічних пріоритетів та цілей розвитку;
- 3) стратегічне планування управлінських дій та прогнозування наслідків політичних рішень;
- 4) розробка проектів розвитку системи медичної реабілітації та управління портфелем;
- 5) розробка механізму збалансування інтересів і потреб зацікавлених сторін, координація дій державного управління щодо розвитку системи медичної реабілітації;
- 6) обґрунтування портфолію проектів для досягнення стратегічних цілей розвитку системи медичної реабілітації в Україні.

Стратегічне проектування як технологія державного управління розвитком системи медичної реабілітації в Україні – це складний процес узгодження цілей, програмних документів, інтересів, ресурсів, заснований на використанні проектних підходів та інструментів для планування, прогнозування та прийняття управлінських рішень. Ефективне та ефективно виконання цієї процедури потребує інституціалізації відповідної функції державного управління – координації діяльності медичних реабілітаційних закладів у реалізації портфелю проектів для досягнення стратегічних цілей.

2.2. Дослідження координаційної функції стратегічного проектування розвитку системи медичної реабілітації

Вивчення передумов інституційних змін у державній системі медичної реабілітації має постійну проблему міжвідомчої неузгодженості, показано низький рівень координації, недостатню синхронізацію та функціональну взаємодію суб'єктів, відповідальних за реалізацію пріоритетів реформування охорони здоров'я, у тому числі реабілітаційних. Зазначимо, що рішенням КМУ та наказами МОЗ створено низку координаційних рад з конкретними завданнями:

– координаційна рада МОЗ України з питань впровадження електронної охорони здоров'я: координація взаємодії та комунікації з правоохоронними органами, органами місцевого самоврядування, об'єднаннями громадян та державними органами з питань, що належать до її компетенції;

– міжвідомча координаційна рада при МОЗ України з питань міжгалузевої взаємодії закладів охорони здоров'я: координація дій міністерств, інших центральних та місцевих органів виконавчої влади щодо раціонального використання закладів охорони здоров'я, що належать до їх адміністративної території;

– координаційна рада Платформи Національної стратегії здоров'я України: консолідація та координація зусиль партнерів щодо розробки та реалізації Національної стратегії охорони здоров'я.

Проаналізувавши діяльність зазначених установ, жодна з них не займається питанням координації та функціональної співпраці у сфері реабілітації. Незважаючи на те, що експерти місії ВООЗ у 2015 році в доповіді «Оцінка системи реабілітації в Україні» відзначали відсутність узгодженості між уповноваженими центральними органами виконавчої влади та організаціями, що надають реабілітаційні послуги, це питання залишається актуальним і необхідним донині.

На нашу думку, доцільно створити в МОЗ окремий відділ реабілітації та санаторно-курортного лікування, серед багатьох функцій якого має бути узгодження та синхронізація цілей, заходів, програмно-проектних документів та ресурсів усіх суб'єктів реабілітаційної медицини України. Для реалізації реформи системи медичної реабілітації в системі суб'єкт-суб'єктних відносин є два виміри: горизонтальний і вертикальний.

Вертикальний вимір стосується повноважень та ієрархії. Політика розглядається як вибір і досягнення мети. Основна увага зосереджена на органах, що приймають рішення, а політика розглядається як «підтримка прийняття рішень» і контроль за тим, щоб рішення були реалізовані та мали бажаний результат. Відповідно до Національної стратегії реформування охорони здоров'я

в Україні та Плану дій реформи, основну роль відіграє спеціально уповноважений державний орган – МОЗ України.

Горизонтальний вимір стосується того, як політичний процес відбувається за межами певної організації та залучає людей з інших організацій. Основна увага приділяється різноманітності залучених, різноманітності їхніх завдань і вимог, а також обмеженій можливості виконання рішень за допомогою авторитетних розпоряджень. У горизонтальному вимірі політика – це колективний процес: не безпосередня реалізація ідеї, а безперервна взаємодія між багатьма зацікавленими сторонами.

Для реалізації завдань реформування системи медичної реабілітації ми пропонуємо використовувати технологію стратегічного проектування, яка на практиці здійснюється шляхом розробки та реалізації портфоліо проектів та державно-орієнтованої комплексної програми, кожен з яких потребує узгодження дії в обох процесах як по вертикалі, так і по горизонталі. Питання координації державного управління досить добре досліджено в науковій літературі. Однак різні наукові джерела дають дещо різні інтерпретації.

Аналіз існуючої системи державного управління у сфері медичної реабілітації в Україні показує доцільність впровадження певних інституційних змін, а саме – створення окремого департаменту реабілітації та санаторно-курортного лікування в МОЗ України, що пропонується доручити стратегічне проектування розвитку системи медичної реабілітації з різних сфер – медичної, соціальної, освітньої, юридичної тощо. Передбачається, що новостворене відділення має забезпечити проектну діяльність усіх учасників з метою розвитку системи медичної реабілітації в Україні систематично, цілеспрямовано та оптимально. Вищезазначене означає, що новоствореному відділу необхідно впровадити управління портфелем, що вимагає створення системи управління проектами в масштабі підприємства.

З метою забезпечення вертикальної та горизонтальної координації тем стратегічного проектування подальшого розвитку системи медичної реабілітації рекомендуємо запровадити оперативне управління проектами. Система

управління проектами організації – це набір методів, інструментів і процедур, а також ресурсів, які використовуються для управління портфелем проектів і кожним окремим проектом, об'єднаних в єдину інтегровану систему.

Основні відмінності проектів у громадському просторі:

- орієнтація проектів на вирішення проблем, визначених у відповідних державних документах – програмах, концепціях чи стратегіях у вигляді стратегічних пріоритетів і цілей; інші публічні проекти можуть бути спрямовані на вирішення основних проблем місцевих громад, організацій та установ тощо;

- наявність програмних проектів, таких як проекти TEMPUS, сусідські та партнерські програми; науково-дослідні проекти, проекти технічної допомоги, проекти оголошених конкурсів та проекти, розроблені за ініціативою промोутера – так звані проекти розвитку;

- унікальність процесу ініціації – у публічній сфері проект зазвичай починається тоді, коли суспільна проблема, яка має бути вирішена за допомогою проектного підходу, вже визначена в процесах стратегічного планування, тому істотна частина процесу ініціювання проекту – визначення проблемної зони – часто відбувається без участі керівника проекту та команди;

- особливість проектного фінансування: якщо застосування певних методів і стандартів фінансування є добровільним при управлінні проектами в приватному секторі, то деякі аспекти фінансування державних проектів закріплюються законом;

- набагато менша гнучкість і мінливість в управлінні проектом: у комерційній сфері зміни визначаються як зміни до формально контрольованого результату, компонента плану управління проектом або документа проекту, які забезпечують необхідну «гнучкість» проекту у відповідь до зміни середовища та інтересів зацікавлених сторін; щодо державної служби, то зміна вимог до результатів державних проектів і програм за результатами моніторингу їх виконання стає неможливою через жорстку вертикальну ієрархію управління та постановку стратегічних цілей.

Виходячи з функцій запропонованого Департаменту реабілітації та

санаторно-курортного лікування МОЗ України, система управління проектами компанії має враховувати необхідність реалізації проектів:

- проекти внутрішньосистемного розвитку – спрямовані на вдосконалення та/або реформування системи медичної реабілітації в Україні, що реалізуються зацікавленими сторонами фінансування, переважно ініціаторами та учасниками проектів;

- внутрішні несистемні проекти – спрямовані на модернізацію, удосконалення, розвиток окремих елементів системи медичної реабілітації, у тому числі окремих закладів – санаторіїв, аптек, денних амбулаторій тощо та окремих медичних реабілітаційних послуг, які також здійснюються переважно за рахунок фінансування ініціаторами та учасниками проекти зі сфери медичної реабілітації;

- науково-дослідні проекти – спрямовані на пошук інноваційних шляхів розвитку системи медичної реабілітації та впровадження інновацій у діяльність відповідних компонентів цієї системи;

- проекти зовнішнього розвитку (системні та несистемні), які розробляються за ініціативою кафедри та/або інших установ системи медичної реабілітації, подають заявки на конкурси та отримують фінансову підтримку, а також міжнародну, різноманітні проекти підтримки тощо;

- проекти зовнішнього розвитку (системні та несистемні), розроблені за ініціативою МОЗ України та відповідають вимогам Національної стратегії охорони здоров'я, інших стратегічних та програмних документів державного рівня.

Очікується, що на основі цих проектів в Україні буде сформована державна комплексна програма розвитку реабілітації, яка складатиметься вже не з комплексу заходів, а з комплексу взаємопов'язаних проектів різного типу, обраних на основі критерієм відбору стають спільної реалізації. Далі відбуватиметься розподіл проектів між відповідними відповідними суб'єктами медичної реабілітації, впровадження проектів, пов'язаних зі стратегією чи політикою системи реабілітації в Україні, а також контроль та моніторинг

проектів, координація зацікавлених сторін, розподіл та перерозподіл ресурсів тощо, тобто всі функції, пов'язані з управлінням портфелем проектів, делеговані відділу реабілітації та санаторно-курортного лікування.

Тому вважається доцільним створити такі функціональні елементи системи управління проектами в масштабі підприємства.

1. Проектний офіс як самостійний структурний підрозділ у відділі реабілітації та санаторно-курортного лікування МОЗ України, безпосередньо підпорядкований начальнику відділу. Проектний офіс відповідатиме за розробку, впровадження та вдосконалення методології управління проектами в масштабах компанії та виконуватиме функції управління портфелем проектів та комплексної програми розвитку реабілітації в Україні.

Для офісу проекту заплановано наступні заходи:

- розробка, впровадження, підтримка та розробка корпоративної методології та єдиного корпоративного стандарту управління проектами та звітності;

- розробка, впровадження та вдосконалення системи підготовки та перепідготовки працівників кафедри та інших суб'єктів системи медичної реабілітації для ефективної участі у проектній діяльності;

- розробка та управління комплексною програмою розвитку реабілітації; управління відповідним портфелем проектів;

- аналіз зовнішнього та внутрішнього середовища системи медичної реабілітації та управління змінами в рамках програми та управління портфелем;

- координація проектної діяльності суб'єктів системи медичної реабілітації та розподіл ресурсів; вирішення конфліктів;

- створення корпоративної бази знань для управління проектами та архіву проектної документації; розвиток корпоративної бази знань до рівня ментального простору, в якому всі учасники проекту здійснюють проектну діяльність.

2. Групи з координації та управління проектною діяльністю як постійно діючі робочі групи у форматі дорадчих органів суб'єктів системи медичної реабілітації України. Групи координації та управління проектами відповідатимуть

за підтримку методології управління проектами в масштабах компанії та виконуватимуть координаційні функції в процесах управління проектами та реалізації конкретних заходів комплексної програми розвитку реабілітації в Україні в межах окремого підрозділу системи медичної реабілітації.

Види діяльності, передбачені для груп координації та управління проектною діяльністю:

- сприяти впровадженню та підтримці методології компанії та єдиного стандарту компанії щодо управління проектами та звітності;
- сприяння запровадженню системи підготовки та перепідготовки працівників кафедри системи медичної реабілітації для ефективної участі у проектній діяльності;
- планування проектної діяльності в рамках конкретного підрозділу, координація, супровід та звітність за проектами, розробленими та реалізованими суб'єктом системи медичної реабілітації;
- координація, підтримка, управління змінами та звітність щодо проектів, що реалізуються суб'єктом системи медичної реабілітації в рамках співпраці з іншими суб'єктами цієї системи, а також заходів/оперативних заходів у рамках програми розвитку реабілітації в Україні;
- виділення ресурсів на ці проекти та заходи; вирішення конфліктів;
- своєчасне інформування проектного офісу про поточний стан проектів/діяльності, внесення пропозицій щодо: удосконалення методології компанії та єдиного корпоративного стандарту управління проектами та звітності; системи навчання та підвищення кваліфікації працівників щодо проектної діяльності; підготовка поточних планів проектної діяльності в рамках системи медичної реабілітації.

3. Проектні групи (групи управління проектами) як тимчасові робочі групи, які формуються для розробки та реалізації конкретного проекту в рамках плану роботи проекту суб'єкта медичної реабілітації.

Для проектних команд (груп управління проектом) заплановані наступні заходи:

- підтримуюча корпоративна методологія та єдиний корпоративний стандарт управління проектами та звітності;
- розробка та реалізація проектів у рамках плану діяльності проекту на тему медичної реабілітації, включаючи підготовку передпроектної документації та звітної документації для інформування відповідальної групи за координацію та управління діяльністю проекту;
- своєчасне інформування групи, відповідальної за координацію та управління проектною діяльністю, про хід виконання проекту;
- підготовка проектних пропозицій з урахуванням фактичних потреб і можливостей підрозділів до плану проектної діяльності спеціальності «Система медичної реабілітації» та подання відповідній групі для координації та управління діяльністю проекту.

Запропонована функціональна структура оперативної системи управління проектами у сфері медичної реабілітації дещо ускладнює процес організації проектної діяльності в рамках загальної системи, але, на нашу думку, може розв'язати суперечності між досить жорсткою ієрархічною структурою медичної реабілітації. системи та надати необхідному процесу прийняття управлінських рішень гнучкість та адаптивність за допомогою інструментів управління проектами. Причому, якщо в комерційних проектних організаціях, великих компаніях, корпораціях тощо можливо створити організаційну структуру відповідно до специфіки їх проектної діяльності, то у разі медичної реабілітації існування такої структури неможливе. Суб'єктами медичної реабілітації є самостійні, незалежні установи, органи чи державні органи, а це означає, що їх проектну діяльність можна координувати лише на основі створення власної структури з вертикальною звітністю та основною функцією координації в межах проектної діяльності.

Тому створення проектного офісу як окремого структурного підрозділу в Департаменті реабілітації та санаторно-курортного лікування МОЗ України відіграє важливу роль у забезпеченні функціонування координаційного механізму стратегічного проектування системи медичної реабілітації.

- по-перше, реалізація кожної фази стратегічного проектування – це реалізація окремого проекту в рамках портфоліо проектів, що потребує узгодження цілей, ресурсів, термінів виконання та виконавців. Це вимагає інституціоналізації конкретної структури проекту;
- по-друге, застосування проектного підходу (управління портфелем) у практиці державного управління потребує: знання предмета проектування та методології проектування як специфічної діяльності;
- по-третє, прийняття управлінських рішень вимагає системного зв'язку між стратегічним плануванням, прогнозуванням і стратегічним проектуванням;
- по-четверте, стратегічний дизайн – це технологія управління, що реалізується через стратегічне управління портфелем проектів, структура якого визначається дорожньою картою досягнення стратегічних цілей системи медичної реабілітації.

Висновки до розділу 2

Доведено, що мета державного механізму системи медичної реабілітації - інтеграція системи медичної реабілітації в державну систему охорони здоров'я - є комплексною і полягає у координації дій уповноважених органів державної влади з метою створення умов для реалізація 10 напрямків, визначених у програмному документі ВООЗ «Rehabilitation 2030: A Call for Action», щоб задовольнити потреби населення у доступних та якісних реабілітаційних послугах на всіх рівнях охорони здоров'я. Реалізація мети потребує розробки системи взаємопов'язаних заходів та механізмів, їх реалізації в межах функціональних, інституційних та ресурсних блоків завдань.

Для забезпечення ефективності державного механізму медичної реабілітації велике значення має технологізація цього процесу та розуміння того, що здійснення реабілітаційних заходів є цілісним комплексом різноманітних технологічних, правових, соціальних, інфраструктурних, інвестиційних, освітніх,

медичних та інших проєктів. Одним із найбільш ефективних підходів до впровадження медичної реабілітації є проєктне управління та адаптація сучасних технологій стратегічного проєктування, під час якого моделюється бажана поведінка об'єкта управління та прогноуються наслідки управлінських рішень.

Стратегічне проєктування розвитку систем медичної реабілітації – це управлінська технологія визначення стратегічних пріоритетів та прийняття управлінських рішень, розробки та реалізації програм та/або проєктів розвитку медичної реабілітації, яка передбачає диференційоване використання різноманітних стратегічних інструментів управління, моніторингу та оцінки ризику. Прийняття стратегічного проєктування як технології державного управління дасть можливість державним органам використовувати методи прогнозування, планування та управління програмними цілями для розробки управлінських дій для розвитку медичної реабілітації.

Доведено, що стратегічне проєктування як технологія державного управління розвитком системи медичної реабілітації включає наступні послідовні та/або паралельні операції в процесі управління: 1) аналіз сучасного стану системи медичної реабілітації, визначення основні проблеми та їх структурування (ранжування); 2) оцінка можливостей розвитку системи медичної реабілітації, формулювання стратегічних пріоритетів та цілей розвитку; 3) стратегічне планування управлінських дій та прогнозування наслідків політичних рішень; 4) розробка проєктів розвитку системи медичної реабілітації та управління портфелем; 5) розробка механізму збалансування інтересів і потреб зацікавлених сторін, координація дій державного управління щодо розвитку системи медичної реабілітації; 6) обґрунтування портфоліо проєктів для досягнення стратегічних цілей розвитку системи медичної реабілітації в Україні.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ

3.1. Дорожня карта розвитку системи медичної реабілітації в Україні

У міжнародній практиці прогнозно-стратегічні документи є організаційною основою реформ, що підвищують ефективність державного управління; вони формують довгострокову політику розвитку держави. Всесвітньо відомим методом стратегічного планування підвищення ефективності управлінської діяльності є створення дорожніх карт, які допомагають забезпечити досягнення важливих стратегічних цілей. Відмінною особливістю дорожніх карт порівняно з іншими плановими документами є відстеження часу та найбільш детальна, взаємопов'язана деталізація планів, що дозволяє здійснювати інтеграційне та адаптивне управління при досягненні стратегічних цілей і завдань. Нині технологія дорожніх карт використовується в різних сферах – політиці, економіці, фінансах, організаційному розвитку, соціальній сфері тощо.

Як показав попередній аналіз стану системи медичної реабілітації в Україні, головною проблемою, що потребує вирішення, є її низька ефективність. Ця проблема пояснюється як внутрішніми недоліками самої системи, так і відсутністю централізованого управління її розвитком, внаслідок чого загальна система медичної реабілітації фрагментована, а соціально-медичні/реабілітаційні послуги не є якісними та не якісними. не відповідають потребам населення (додаток В).

Фрагментованість системи медичної реабілітації та відсутність мультидисциплінарного підходу виражаються в низькому рівні координації між профільними міністерствами та організаціями, а також у невідповідності організаційної структури відомств та сфери їхньої функціональної відповідальності. яка не охоплює всіх аспектів функціонування системи

медичної реабілітації.

На нашу думку, досягнення головної мети має бути забезпечено перш за все шляхом формування координаційного механізму державного управління розвитком системи медичної реабілітації, який би диференціював рівні управління, регулювання та фінансування системи. Виконання функцій має бути забезпечено шляхом впровадження відповідних інституційних, організаційних, правових та фінансових механізмів управління (Додаток Д).

З огляду на це, на нашу думку, процес створення в Україні комплексної системи медичної реабілітації має включати такі етапи.

Перший етап – інституціоналізація системи медичної реабілітації шляхом: правового регулювання суспільних відносин, структури, організації та функціонування системи реабілітації, реабілітаційних процедур, а також принципів державного управління системою реабілітації в Україні; формування державної політики у сфері реабілітації та вироблення механізмів реалізації її основних завдань; чітке визначення та закріплення на законодавчому рівні повноважень окремих суб'єктів системи медичної реабілітації, а також визначення та регулювання їх взаємодії та, відповідно, чіткого їх фінансового, правового та організаційного забезпечення.

Перший етап процесу створення комплексної системи медичної реабілітації в Україні включає такі кроки:

– прийняття Закону України «Про систему реабілітації в Україні», який встановить правові, організаційні та економічні засади реабілітації з метою відновлення та підтримки оптимальних фізичних, інтелектуальних, духовних та/або соціальних аспектів життя людей з обмеженими можливостями під час їх взаємодії з навколишнім середовищем;

– формування державної політики розвитку системи медичної реабілітації в Україні, яка забезпечить інтеграцію медичної реабілітації в національну систему охорони здоров'я та узгодженість політики та планування у сфері реабілітаційних послуг на національному та регіональному рівнях та визначити принципи координації медичної реабілітації на всіх рівнях управління;

– створення в МОЗ окремого відділу реабілітації та санаторно-курортного лікування, серед багатьох функцій якого має бути координація та синхронізація цілей, дій, програмних/проектних документів та ресурсів усіх суб'єктів, пов'язаних з медичною реабілітацією в Україні.

Другий етап – стратегічне планування розвитку системи медичної реабілітації в Україні. Закон «Про систему оздоровлення в Україні» відкриє шлях для розробки державних та регіональних цільових програм розвитку медичної реабілітації, а кафедра оздоровлення та санаторно-курортного лікування забезпечить організацію всіх лікувально-реабілітаційних закладів для розвитку стратегії його розвитку.

Відповідно, другий етап повинен включати наступні етапи:

– збір інформації/моніторинг стану та сучасних тенденцій розвитку системи медичної реабілітації, зовнішнього середовища – основних факторів, що впливають на стан системи; збір інформації про аналогові системи; Опис та оцінка можливостей подальшого розвитку системи;

– діагностика стану системи медичної реабілітації з фіксацією її положення на шляху розвитку (у фазі/стадії життєвого циклу) та визначенням вузлів – точок рішення – на коротко- та довгостроковому перебігу; виявлення сильних і слабких сторін, конкурентних переваг системи та внутрішніх ризиків з потенційно критичними та катастрофічними наслідками; ідентифікація зовнішніх можливостей/загроз та зовнішніх ризиків з критичними та катастрофічними наслідками; визначення наявних ресурсів для розвитку системи медичної реабілітації; визначення можливих шляхів розвитку – прогнозування його майбутнього стану;

– розробка стратегії розвитку системи медичної реабілітації: формулювання / коригування цілей / стратегічних орієнтирів розвитку; розробка / адаптація стратегій для досягнення цілей; визначення бажаного оптимального ходу розвитку – оптимального сценарію;

– планування розвитку системи медичної реабілітації: розробка/коригування механізмів реалізації стратегії шляхом

формування/коригування цільових програм, насамперед державної цільової програми розвитку системи медичної реабілітації в Україні; розробка/коригування відповідних планів дій, у тому числі у разі негативної тенденції – реалізація сценарію, який не є оптимальним.

Третій етап – стратегічне проектування розвитку системи медичної реабілітації в Україні. Основна діяльність на цій фазі пов'язана з розробкою або переглядом та переоцінкою відповідних проектних документів портфеля проектів і є специфічними для циклу управління портфелем. У першому циклі формується портфель проектів, у всіх інших – його огляд, що включає аналіз та оптимізацію компонентів портфеля та переоцінку їх складових у разі зміни стратегічних цілей та/або негативної тенденції в системі.

Четвертий етап – реалізація стратегії подальшого розвитку системи медичної реабілітації через реалізацію портфеля проектів, тобто циклічне виконання таких заходів: повідомлення про зміни портфеля; Звітність про ступінь виконання портфеля стратегії; оновлення пріоритетів компонентів портфеля; актуалізація планів реалізації портфеля або його компонентів; перерозподіл виконавців; перерозподіл ресурсів та перегляд і коригування бюджетів; ініціювання нових проектів; завершення окремих проектів; звітність про переваги портфеля (Додаток Е).

З другого етапу необхідний зворотній зв'язок та коригування стратегії розвитку системи медичної реабілітації, відповідні стратегічні плани та програми, що забезпечуються контролем виконання стратегії, у тому числі: контроль результатів – порівняння досягнутого показники з плановими; контроль процесу – оцінка точності, гнучкості, якості процесів, їх вартості та часу; контроль компетентності, тобто оцінка потенціалу системи, що дозволяє визначити, чи зможе система досягти запланованих результатів у майбутньому, у більш широкому сенсі – це контроль здатності до змін.

Важливою умовою реалізації стратегічних цілей реформування системи медичної реабілітації в Україні є підвищення ефективності державного управління шляхом зосередження діяльності влади та державних установ на

досягненні конкретних цілей, реалізації дій, спрямованих на конкретний результат. Це можливо за наявності розроблених стратегічних програмних документів: стратегії розвитку системи медичної реабілітації в Україні, відповідної державної цільової програми та портфоліо проектів як засобів реалізації програми.

МОЗ України має ініціювати розробку концепції програми з метою обґрунтування необхідності розробки програми та визначення оптимального вирішення проблем розвитку системи медичної реабілітації в Україні. Розробку концепції програми пропонується доручити створеному Департаменту реабілітації та санаторно-курортного лікування МОЗ України.

Проект концепції загальнодержавної цільової програми повинен містити: визначення проблеми, що вирішується програмою; аналіз першопричин проблеми та обґрунтування необхідності її вирішення шляхом розробки та впровадження програми; визначення мети програми; виявлення, порівняльний аналіз можливих рішень проблем та обґрунтування оптимального варіанту; визначення на основі оптимального варіанту шляхів і засобів розв'язання задачі, умов виконання програми; оцінка очікуваних результатів програми, зокрема в економічному, соціальному та екологічному планах, та визначення її ефективності; оцінити фінансові, матеріально-технічні та трудові ресурси, необхідні для реалізації програми.

Міністерство охорони здоров'я України подає Кабінету Міністрів України договори з центральними органами виконавчої влади, що регулюють формування державної політики у сфері економічного розвитку, державної фіскальної політики, державної політики у сфері трудових відносин, соціального захисту населення та у разі потреби, з іншими міністерствами, центральними та місцевими органами виконавчої влади розробити проект концепції програми.

Кабінет Міністрів України вивчає концепцію програми і за її згодою приймає рішення про розроблення проекту програми, визначає державних замовників та строки її розробки. У цьому випадку державним замовником програми є Міністерство охорони здоров'я України, яке має здійснювати

загальне керівництво та контроль за розробкою програми та виконанням її діяльності та завдань.

МОЗ України призначає керівника програми – директора департаменту оздоровлення та санаторно-курортного лікування, основними завданнями якого має бути оперативне керівництво та контроль за розробкою та виконанням програми. Розробку програми покласти на структурний підрозділ зазначеного відділу – проектне бюро.

Очікується, що програма буде сформована на основі проектів, розроблених суб'єктами медичної реабілітації та відібраних на конкурсній основі; тому програма складатиметься з низки суміжних проектів різного типу, які будуть відібрані для реалізації на основі єдиних критеріїв відбору. Далі розподіл ресурсів для реалізації проекту між відповідними відповідними суб'єктами медичної реабілітації, які будуть реалізаторами проектів, та контроль та моніторинг проектів, координація зацікавлених сторін, розподіл та перерозподіл ресурсів тощо, тобто все, що з ним пов'язано, його функції з управління портфелем проектів, покладено на відділ реабілітації та санаторно-курортного лікування, а саме – проектний офіс як структурний підрозділ.

Тому ще до розробки проекту програми проектне бюро має:

- розробка основ корпоративної методології та єдиного корпоративного стандарту управління проектами та звітності;
- розробка критеріїв попереднього відбору проектів відповідно до стратегії та концепції програми;
- створити класифікатор основних типів проектів, який встановлює принципи та критерії, за якими визначається базовий тип/підтип проекту та, відповідно, вибір загальних підходів до управління ним;
- вжити необхідних заходів для підвищення кваліфікації персоналу кафедри та інших суб'єктів системи медичної реабілітації для ефективної участі в діяльності проекту.

Суб'єкти системи медичної реабілітації, які надаються учасниками/виконавцями програми та подають проекти на конкурс для

включення до програми, мають у свою чергу утворювати групи для координації та контролю діяльності проекту як постійно діючі робочі групи в консультативно-дорадчих органах, комітети. Групи координації та управління проектами відповідають за підтримку методології управління проектами в масштабах компанії та координацію управління проектом та виконання окремих програмних заходів у рамках конкретного підрозділу системи медичної реабілітації.

Таким чином досягається наступне:

- організаційна підтримка реалізації стратегії через програму (по суті, пов'язану комплексом стратегічних цілей проектів) і проекти (реалізацію оперативних цілей);
- забезпечення системного співвідношення «ціль – продукт/результат» під час реалізації стратегії, а також збалансованості основних компонентів стратегії «цілі – робота – ресурси – вартість – час»;
- ефективне управління змістом (діяльністю, індивідуальними роботами), часом, витратами на програму, інтеграцією (координацією) в програму, якістю, ресурсами, інформаційними посиланнями, ризиками та змінами, оскільки всі види діяльності, визначені програмою, групуються для отримання – продукти допомагають досягти мети програми та підтримувати продукт;
- забезпечення координації дій між виконавцями (з різних структур та органів) на основі ефективної комунікаційної системи та розподілу відповідних повноважень по всьому проекту (програмі) – формування команди проекту як окремої структури управління.

Реалізація стратегії розвитку медичної реабілітації в Україні передбачає формування та реалізацію портфеля проектів – інтегрованого набору різноманітних медичних, правових, технологічних, соціальних, інвестиційних, освітніх, інфраструктурних та інших проектів і програм. Найважливішим завданням є правильність формування портфолію, при якому є відповідність цілей окремих компонентів портфолію стратегічним цілям і цілям розвитку медичної реабілітації в цілому.

3.2. Формування портфеля проєктів досягнення стратегічних цілей розвитку системи медичної реабілітації в Україні

У сучасному управлінні проєктами портфель трактується як сукупність проєктів, програм, портфелів підтримки (портфелі нижчого рівня), а операційна діяльність керується як групове управління для досягнення стратегічних цілей організації.

Як показано в розділі 1 цієї кваліфікаційної роботи, основним стратегічним пріоритетом державного управління медичною реабілітацією в Україні має стати модернізація санаторно-курортного комплексу, що забезпечить ефективну організацію другого етапу медичної реабілітації – санаторно-курортного. Основною перевагою санаторно-курортного лікування для реабілітації є його орієнтація на широке використання лікувально-рекреаційного потенціалу курортів, що дозволяє знизити вартість реабілітації в кілька разів.

Залучення інвестицій для модернізації санаторно-курортного комплексу є найактуальнішим завданням розвитку медичної реабілітаційної інфраструктури. Створення конкурентоспроможної бальнеологічної зони сприяє, з одного боку, залученню вітчизняних та іноземних пацієнтів для оздоровчого туризму, а з іншого боку – підвищенню добробуту жителів курортного регіону за рахунок підвищення прибутковості та зайнятості, в т.ч. спа-індустрії. Організація медичної реабілітації на базі санаторіїв забезпечує конкурентну перевагу та додаткову інвестиційну привабливість курорту. Інвестиції мають бути спрямовані на модернізацію існуючих або створення нових здравниць, організацію реабілітаційних відділень на базі санаторіїв, розширення та розвиток їх лікувальної бази, сучасного високотехнологічного реабілітаційного обладнання, наукову розробку нових реабілітаційних технологій з використанням природних лікувальних ресурсів.

На сьогодні можна відзначити такі умови інвестиційної привабливості розвитку медичної реабілітації на курортах: розвиток медичної реабілітації в санаторно-курортних закладах передбачено нормативно-правовими актами,

організація медичної реабілітації в санаторно-курортних закладах визначена на законодавчому рівні; розроблено концепцію реформування системи реабілітації в Україні; проводиться процес інвентаризації стану природних лікувальних ресурсів та отримання статусу санаторій відповідними територіями. Пріоритетними об'єктами інвестування мають бути санаторно-курортні заклади, зокрема інвестиції мають бути спрямовані на модернізацію санаторіїв, перетворення частини з них на сучасні реабілітаційні центри, створення та просування бренду українських здравниць, розширення спектру реабілітаційних послуг.

Рекреаційний потенціал нашої країни є привабливим для інвестицій у розвиток санаторно-курортної галузі, існуюча мережа спеціалізованих санаторіїв є надзвичайно цінним національним надбанням, збережена та доведена до міжнародних стандартів. Наприклад, тільки в Одеській області дуже привабливі для інвестування:

- території з розвинутою курортно-рекреаційною інфраструктурою: курорт «Сергіївка», курорт «Куяльник», курорт «Одеса-центр», рекреаційно-оздоровча зона «Затока»;

- території, перспективні для розвитку рекреаційно-оздоровчої та санаторно-курортної діяльності: Сасиксько-Шаганська рекреаційна зона – між озером Сасик та озером Шагани вздовж лагун Джантшей та Малий Сасик. На землях Лиманської, Тузлівської, Приморської селищних рад; Куяльницько-Тилігульська рекреаційна зона – розташована між лівим берегом Куяльницького лиману біля с. Красносілка вздовж всього узбережжя Чорного моря до правого берегу Тилігульського лиману в адміністративних межах Лиманського району Одеської області. В межах даної рекреаційної зони також знаходяться Малий та Великий Аджалицькі лимани.

У Полтавській області перспективними для інвестицій в організацію санаторно-курортної діяльності є:

- місто-курорт – Миргород, в якому місцева вода має лікувальні властивості. Тут існує ціла курортна зона з пансіонатами, санаторіями та

лікувальними комплексами;

– гора Пивиха розташована на лівому березі Дніпра біля південної околиці Градиська Кременчуцького району. Це місце часто відвідують любителі активного туризму. Звідси відкривається вид на Кременчуцьке водосховище;

– багато іншого.

Проте, незважаючи на ресурси та необмежені потенційні можливості для відпочинку, Україна наразі не має можливості конкурувати з розвиненими туристичними країнами в курортній сфері. Для раціонального та ефективного використання природних, лікувально-рекреаційних ресурсів України необхідно створити туристично-рекреаційний простір шляхом створення туристичних зон розвитку та курортів та забезпечення їх функціонування, розробки, впровадження та пропозиції споживачам конкурентоспроможного національного туристичного продукту. Аналіз сучасних наукових праць, присвячених, зокрема, розвитку санаторно-курортного комплексу України, показує, що основні проблеми, які потребують термінового вирішення, такі:

– недоліки санаторно-курортної інфраструктури, що полягають переважно в застарілій матеріально-технічній базі, що не відповідає міжнародним стандартам та знижує конкурентоспроможність санаторно-курортного комплексу;

– відсутність комплексної системи інформаційно-рекламної підтримки, низька маркетингова активність санаторіїв, недостатня увага до розробки та впровадження інноваційних заходів щодо індивідуалізації курортної пропозиції та формування нових вітчизняних брендів на ринку санаторно-курортних закладів України;

– низький рівень управління санаторно-курортними закладами, катастрофічне зниження ефективності управління спеціалізованими лікувально-оздоровчими закладами, що негативно вплинуло на рівень їх конкурентоспроможності порівняно з іншими колективами;

– низький рівень обслуговування та культури обслуговування, що, а не відсутність високотехнологічної медицини та кваліфікованих лікарів,

перешкоджає конкурентоспроможності санаторно-курортних послуг на внутрішньому та світовому ринках.

Недавнє економічне минуле санаторно-курортної системи (реорганізація курортних міст, дестабілізація фінансування, невизначений стан санаторіїв за галузями тощо) характеризує сьогодні курортний комплекс як «економіка без економіки». Тому через історичну обумовленість галузі «відродження» санаторно-курортного комплексу можна здійснити у світовому масштабі: через впровадження економічних законів, технологій управління та якості обслуговування.

Цей ефект досягається шляхом формування принципово нових підходів до роботи санаторіїв на основі нових методів управління та найбільш повного задоволення споживачів відпочинком та лікуванням під час подорожі. Необхідно враховувати специфіку організаційно-виробничої діяльності санаторіїв, яка включає кілька основних напрямів. Це пов'язано зі складністю санаторно-курортної послуги (продукту), яка включає декілька основних складових курортного пакету: медичне обслуговування, проживання (проживання), лікувально-дієтичне харчування, організоване дозвілля, побутове обслуговування тощо. комплексні та складаються з кількох видів послуг, які, у свою чергу, мають складну структуру, тобто є результатом діяльності кількох категорій медичних працівників. Оскільки на якість медичних послуг постійно впливають комбінації різних факторів, неможливо домогтися їх ідентичності при одному захворюванні. Для успішного впровадження послуг основної діяльності на курортах необхідно розвивати мережу додаткових і супутніх послуг: культури та освіти, транспорту, спорту, ремесел.

Тому основними напрямками модернізації санаторно-курортного комплексу є:

- поступове оновлення матеріально-технічної бази санаторіїв, організація на базі санаторно-реабілітаційних відділень, розширення та розвиток їх медичної бази, оснащення сучасним високотехнологічним реабілітаційним обладнанням, розробка та впровадження нових реабілітаційних технологій з використанням

природних лікувальних ресурсів;

- докорінна перебудова організації харчування в закладах, підвищення його якості, залучення дієтологів та спеціалістів у галузі організації та технології харчування в закладах; розвиток необхідної інфраструктури дозвілля, підвищення якості та розширення анімаційної діяльності;

- активізація маркетингової діяльності, у тому числі розробка та просування бренду, створення та розширення комунікацій між санаторно-курортними закладами та потенційними споживачами, зокрема шляхом збільшення інформації через Інтернет (створення спеціалізованих сайтів, сайтів тощо), поширення інформаційних матеріалів лікарями, які користуватися послугами цих закладів пропозиції;

- якісна підготовка та перепідготовка лікарів та середнього медичного персоналу, а також спеціальна підготовка/перепідготовка/перепідготовка немедичного персоналу.

Відповідно, портфель проектів розвитку системи медичної реабілітації в Україні у стратегічному напрямку – модернізація санаторно-курортного комплексу включає такі види компонентів:

- складові капітальних інвестицій – проекти, програми, заходи, пов'язані з капітальними вкладеннями в інфраструктуру санаторно-курортних закладів, зокрема, модернізація основних фондів, модернізація або придбання та впровадження нового технологічного обладнання, а також будівництво нових санаторіїв; ці компоненти мають ініціюватися насамперед внутрішніми замовниками – компаніями, які безпосередньо надають санаторно-курортні послуги;

- компоненти вдосконалення організаційних процесів, спрямованих насамперед на підвищення ефективності внутрішніх процесів санаторно-курортних закладів, як у сфері виробництва санаторно-курортних, так і у сфері інституційного менеджменту; компоненти повинні формуватися на основі ділових ініціатив керівників та учасників бізнес-процесів санаторіїв; ці компоненти доцільно згрупувати в програми розвитку конкретного санаторно-

курортного закладу, які забезпечують постійне зростання його організаційної зрілості;

– маркетингові компоненти, спрямовані на стратегічний аналіз ресурсів курортного комплексу з метою визначення можливостей його сталого розвитку, визначення найбільш привабливих сегментів споживачів, аналізу їхніх потреб, очікувань і мотивацій; розробка комплексного продукту санаторно-курортного комплексу в цілому та окремих санаторіїв, відповідність очікуванням цільових сегментів споживачів, формування та управління брендом та іміджем санаторно-курортного комплексу та його компонентів, розробка та впровадження програми просування курортний комплекс та його складові; ці компоненти доцільно об'єднати в маркетингові програми для всього санаторно-курортного комплексу України, а також подібні програми для низки конкретних санаторіїв, які можуть бути реалізовані в рамках їх партнерської діяльності.

– освітні складові, спрямовані насамперед на вдосконалення системи професійної підготовки санаторно-курортних спеціалістів та створення багатопрофільного контингенту спеціалістів у галузі медичної реабілітації, що дозволить підвищити рівень професійної підготовки та якість обслуговування споживачів санаторно-курортних послуг, у тому числі покращити санаторії обслуговування.

Крім визначення складових портфеля відповідно до стратегічних цілей системи медичної реабілітації в Україні, портфолію проекту має враховувати, по-перше, пріоритетність стратегічних цілей, по-друге, важливість та необхідність реалізації проектних пропозицій. для включення в портфолію, ініціаторів і по-третє, наявність необхідних ресурсів для реалізації проектних пропозицій, що вимагає відокремлення не тільки видів компонентів у портфолію, а й їх категорій.

Оскільки існують проблеми, які необхідно вирішувати за будь-яких обставин, першою категорією портфельних проектів має бути набір проектів/програм/дій, необхідних для підтримки функціонування системи медичної реабілітації, насамперед тих, що спрямовані на надання реабілітаційних послуг для цільове населення вразливих груп та підтримка

відповідних суспільно важливих програм. До цієї категорії також належать проекти, спрямовані на реорганізацію/підтримку функціонування установ, що надають послуги з реабілітації в рамках соціальних програм, тобто інвестиції в заміну зношених основних засобів або у зв'язку з можливим зниженням експлуатаційних витрат, удосконалення технологічних / виробничий процес реабілітаційних послуг, які, як правило, досягають швидкого ефекту і не вимагають великих вкладень ресурсів. Слід зазначити, що більшість проектів цієї категорії не будуть прибутковими, тобто спрямовані на забезпечення доступності реабілітації для соціально незахищених верств населення і, як правило, не мають на меті отримання прибутку. До цієї категорії також належать проекти внутрішнього системного розвитку – спрямовані на вдосконалення та/або реформування системи медичної реабілітації в Україні, що реалізуються за кошти зацікавлених сторін, переважно ініціаторів та учасників проектів.

Друга категорія портфельних проектів – це проекти, спрямовані на інтенсивний розвиток системи медичної реабілітації, в тому числі тих типів і тих закладів, які мають стійку тенденцію розвитку протягом певного, більш тривалого періоду часу і прогнозуються з високою ймовірністю подальшого зростання. Цілі проектів цієї категорії – удосконалення технології реабілітаційних послуг та розширення їх пропозиції. Як правило, ці проекти є посередніми за ресурсомісткістю та прибутковістю, можуть діяти швидко та довгостроково, а крім того, стати джерелом ресурсів для інших портфельних проектів, тобто відіграють роль фундаменту для весь портфоліо проектів. Слід також зазначити, що проекти цієї категорії зазвичай не є ризиковими, оскільки їх успішна реалізація в основному базується на внутрішніх резервах обраних об'єктів для інтенсивного розвитку. До цієї категорії належать переважно несистемні проекти, спрямовані на модернізацію, удосконалення та розвиток окремих елементів системи медичної реабілітації, у тому числі окремих закладів – санаторіїв, поліклінік, денних поліклінік тощо. Витрати на фінансування ініціаторів та учасників проектів у галузі медичної реабілітації.

Третя категорія портфельних проектів – це експериментальні та

дослідницькі проекти, у тому числі довгострокові. Необхідність цієї категорії проектів пояснюється тим, що зовнішнє середовище є непередбачувано складною системою, розвиток якої характеризується дисбалансами та певними повтореннями, що призводить до того, що прогнози щодо майбутнього стану навколишнього середовища мають високий ступінь невизначеності. Тому, щоб підтримувати систему медичної реабілітації в стабільному стані та забезпечити її подальший розвиток, необхідно постійно контролювати її зовнішнє середовище для виявлення нових можливостей чи загроз. Зміни в зовнішньому середовищі відслідковуються та експлуатуються шляхом реалізації експериментальних проектів. Крім того, досягнення поточних цілей часто перешкоджає або заважає використанню нових можливостей, які відкриває зовнішнє середовище, тому портфоліо проектів має включати дослідницькі проекти, спрямовані на пошук нових ідей та заходів.

Четверта категорія портфельних проектів – інноваційні проекти, спрямовані на модернізацію та збільшення виробництва реабілітаційних послуг, відкриття нових споживчих ринків, розширення спектру послуг від необхідних до популярних, впровадження інноваційних технологій реабілітації, створення реабілітаційних закладів розширеного обслуговування тощо. До цієї категорії також належать проекти, спрямовані на пошук інноваційних шляхів розвитку системи медичної реабілітації та впровадження інновацій у діяльність відповідних компонентів цієї системи.

Сьогодні актуальні такі види нововведень в санаторній справі:

1. Продуктові інновації – диверсифікація курортно-туристичних продуктів, поява нових реабілітаційних послуг та видів оздоровчого туризму:

а) Впровадження нових медичних послуг, послуг індустрії краси, спортивно-оздоровчих, спа та оздоровчих програм;

б) отримання нових видів ресурсів для створення санаторно-курортного продукту;

в) запровадження нових форм обслуговування: відокремлення туристичного продукту гостинності та продукту оздоровчого туризму, що

формується в санаторіях на базі оздоровчих закладів, багато з яких не мають власних закладів розміщення. водні лікарні);

2. Технологічні інновації – використання нових пристроїв і технологій у розробці, просуванні та наданні оздоровчих та реабілітаційних послуг, у тому числі сучасних інформаційних технологій (глобальні системи бронювання, CRM-системи, електронна вакансія тощо).

3. Організаційні інновації – зміни в інституційному характері, необхідні для покращення використання медичних ресурсів та оптимізації функціонування курортного господарства:

- а) отримання курортного статусу, раціоналізація курортного будівництва;
- б) участь у процесах транснаціоналізації курортної галузі, формування глобальних спа-мереж;
- в) створення профспілок та об'єднань у сфері оздоровчого туризму;
- г) впорядкування взаємовідносин санаторно-курортних закладів і турфірм, структурування ринку оздоровчого туризму.

4. Інновації в управлінні – оптимізація діяльності людей, що займаються виробництвом, просуванням і споживанням санаторно-курортної продукції.

5. Ринкові інновації – удосконалення маркетингових стратегій сприяння реабілітації та оздоровчим послугам, впровадження нових інструментів маркетингової комунікації, зокрема торгівлі санаторно-курортними продуктами, мінеральною водою, косметикою тощо.

Рішення про розробку та реалізацію таких проектів приймається за результатами науково-дослідних та експериментальних проектів, які утворюють третю категорію портфельних проектів. Інноваційні проекти забезпечують ефективне використання нових можливостей зовнішнього середовища, дозволяють кардинально покращити стан системи медичної реабілітації та перетворити її на високоприбуткову галузь економіки. Ці проекти, як правило, є ресурсомісткими та високорентабельними, однак слід зазначити, що ця категорія портфеля також є найбільш ризикованою, оскільки неправильна оцінка проектів або несприятливі зовнішні умови можуть призвести до надмірного та

нерозумного використання ресурсів та очікуваної недосяжності результатів.

Як уже зазначалося, набір компонентів портфоліо та схема/алгоритм їх реалізації є змінними. Крім того, портфельні проекти є конкурентами за ресурси, і ефект від їх реалізації слід досягати при мінімізації цих ресурсів. Тому, на нашу думку, облік проектів у портфельних категоріях має базуватися на стані розвитку системи медичної реабілітації.

Враховуючи особливості та особливості етапів розвитку системи медичної реабілітації в Україні, а також циклічність процесів планування та програмування її розвитку та реалізації стратегії, вважаємо, що:

– у першому циклі управління системою медичної реабілітації основні ресурси мають бути спрямовані на реалізацію проектів першої та другої категорій, оскільки перша категорія надає реабілітаційні послуги соціально вразливим верствам населення та підтримує відповідні соціально важливі програми, таких як, а також реформування системи медичної реабілітації в Україні. Друга категорія проектів є основою для подальшого розвитку системи медичної реабілітації та джерелом ресурсів для реалізації проектів першої та інших категорій портфельних проектів; у цьому циклі третя категорія (дослідницькі та експериментальні проекти) використовується для пошуку як шляхів якнайшвидшої модернізації системи, так і шляхів її подальшого розвитку, включаючи інновації. Проекти четвертої категорії (інноваційні) першого циклу є надто ризикованими і можуть бути прийняті до реалізації лише за умови швидкого та високого ефекту;

– у наступному циклі управління системою медичної реабілітації забезпеченість проектами першої та другої категорій ресурсами може бути поступово зведена до стаціонарного рівня (тобто до рівня, на якому вони необхідні під час стаціонарної експлуатації система). дослідницька, експериментальна та інноваційна; ці проекти дають можливість вчасно виявити проблеми, тобто виявити негативну тенденцію системи (третя складова), знайти ефективні методи вирішення виявлених проблем (третя складова) та вжити відповідних заходів (четвертий компонент); на даному етапі проекти першої та

другої категорій потребують мінімальних ресурсів – стан системи вже досить збалансований і стабільний, тому заходи щодо підтримки її стабільної роботи можуть здійснюватися в нормальному (поточному) режимі та першочерговому розвитку реабілітації та першочергового розвитку об'єкти все ще можуть здійснюватися за рахунок власних внутрішніх резервів;

– у наступних циклах управління розвитком системи медичної реабілітації основну увагу і, відповідно, основні ресурси мають бути спрямовані на реалізацію проектів четвертої категорії – інноваційних, ці проекти будуть джерелом інтенсифікації на цей етап; що стосується проектів третьої категорії – дослідження та експерименти, – то їх розподіл ресурсів на цьому етапі має поступово наближатися до поточного (стаціонарного) рівня.

Висновки до розділу 3

Концептуально обґрунтованою є дорожня карта розвитку системи медичної реабілітації в Україні, яка передбачає реалізацію низки взаємопов'язаних заходів у чотири етапи, а також структуру стратегії розвитку системи медичної реабілітації, яка має включати: аналіз основних проблем, тенденцій розвитку систем медичної реабілітації в Україні; пріоритети державної політики розвитку системи медичної реабілітації на відповідний період та її інтеграція в національну систему охорони здоров'я, сформована відповідно до Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я України; стратегічні цілі та напрями розвитку системи медичної реабілітації, сформовані відповідно до стратегічного бачення її майбутнього стану; оперативні цілі для забезпечення досягнення стратегічних цілей; основні завдання, етапи та механізми їх реалізації; система моніторингу та оцінки ефективності реалізації стратегії із забезпеченням кількісних та якісних показників досягнення стратегічних цілей.

Обґрунтовано, що державна цільова програма розвитку медичної

реабілітації має формуватися на основі проектів, розроблених та відібраних на конкурсі суб'єктами медичної реабілітації. Програма складається з низки взаємопов'язаних проектів різного типу, які відбираються для реалізації на основі єдиних критеріїв відбору: відповідність цілям і завданням програми та чітке визначення кінцевого результату проекту; якість розробки проектної ідеї та змісту проектної документації; доцільність проекту; значення результатів проекту для реалізації цілей програми. Відібрані проекти утворюють портфоліо проектів, у рамках якого ресурси розподіляються на відповідних профільних суб'єктів медичної реабілітації – виконавців проектів. Керівництво та моніторинг проектів, координація зацікавлених сторін, розподіл та перерозподіл ресурсів тощо, тобто всі функції, пов'язані з управлінням портфелем проектів, делеговані проектному офісу, який є структурним підрозділом Департаменту реабілітації та санаторно-курортного лікування Міністерства охорони здоров'я України.

ВИСНОВКИ

Узагальнення сучасних наукових підходів, організаційно-правових засад та зарубіжного досвіду організації медичної реабілітації як складової системи охорони здоров'я дозволило обґрунтовано визначити стратегічні орієнтири та пріоритети удосконалення сучасного стану механізмів: розробка та затвердження Стратегії медичної реабілітації в Україні; створення в МОЗ окремого відділу реабілітації та санаторно-курортного лікування, потреба в якому виникає через низку необхідних, але відсутніх на даний момент послуг; технологізація державного механізму медичної реабілітації в Україні, яка має базуватися на розумінні того, що одним із найбільш ефективних підходів до здійснення медичної реабілітації є проектне управління та формування механізму координації діяльності органів державного управління медичної реабілітації в Україні.

Вивчення передумов зміни державної системи медичної реабілітації дозволило зробити наступні висновки:

– основним завданням реформування системи медичної реабілітації є чіткіше визначення, закріплення на законодавчому рівні та уточнення повноважень окремих суб'єктів системи, а також визначення та адекватне вирішення важливих практичних проблем між адміністративними установами всіх рівнів. фінансове, правове, організаційне забезпечення;

– міжвідомчі розбіжності та низький рівень координації між структурними підрозділами різних міністерств можуть спричинити значні проблеми у забезпеченні ефективності завдань, порушити процес та створити конфлікт інтересів щодо державного контролю та моніторингу якості реабілітаційних послуг.

Найважливішим питанням у процесі активного впровадження медичної реформи та впровадження комплексного підходу до надання послуг медичної реабілітації є координація всіх суб'єктів цього процесу та їх регулювання, щоб не перешкоджати змінам.

Виявлення особливостей координації взаємодії суб'єктів медичної реабілітації дало змогу розкрити сутність державного організаційного механізму системи медичної реабілітації за інституційним та функціональним підходами. Інституційно державний механізм організації системи медичної реабілітації – це сукупність організаційно-правових норм, що регулюють суб'єкт-об'єктні та суб'єкт-суб'єктні відносини уповноважених органів (центрального органу виконавчої влади, державних цільових фондів, інших органів, установ та державних підприємств, спеціалізовані лікувально-реабілітаційні заклади та установи різних форм власності), а також практичні заходи, принципи, методи та інструменти, за допомогою яких здійснюється ресурсне забезпечення реалізації державної політики у сфері медичної реабілітації. Функціонально державний організаційний механізм системи медичної реабілітації – це взаємодія механізмів державного управління, що забезпечують виконання окремих функцій (управлінських, економічних, організаційних, нормативно-правових, інформаційних) з метою створення умов для ефективного надання реабілітаційних послуг на всіх рівнях охорони здоров'я.

Обґрунтовано доцільність впровадження стратегічного проектування як технології державного управління розвитком медичної реабілітації з метою забезпечення ефективної координації проектної діяльності медичних реабілітаційних закладів, визначення стратегічних пріоритетів та управлінських рішень щодо розвитку системи медичної реабілітації та диференціації використання різноманітних засобів реабілітації. Інструменти стратегічного управління для забезпечення ефективної та ефективно реалізації стратегічного проекту вимагають інституціалізації відповідної функції державного управління – координації діяльності медичних реабілітаційних закладів у реалізації портфелю проектів для досягнення стратегічних цілей, що зумовлює необхідність створення окремого відділу реабілітації та санаторно-курортного лікування МОЗ України. Обґрунтовано, що створений відділ має координувати проектну діяльність усіх учасників з метою системного, цілеспрямованого та оптимального розвитку системи медичної реабілітації в Україні шляхом

виконання функцій проектного офісу шляхом створення загальнокомпанійної системи управління проектами та управління портфелем.

Конкретизується концептуальне стратегічне бачення та розробляється дорожня карта розвитку системи медичної реабілітації в Україні, яка передбачає реалізацію комплексу супутніх заходів у чотири етапи: інституціоналізація системи медичної реабілітації; стратегічне планування розвитку системи медичної реабілітації; стратегічний план розвитку системи медичної реабілітації в Україні; реалізація стратегії розвитку систем медичної реабілітації через портфоліо проектів. Показано, що починаючи з другого етапу реалізації дорожньої карти необхідні зворотній зв'язок та коригування стратегії розвитку системи медичної реабілітації, відповідні стратегічні плани та програми, передбачені контролем реалізації стратегії.

Реалізація стратегії розвитку медичної реабілітації в Україні передбачає формування та реалізацію портфеля проектів – інтегрованого набору різноманітних медичних, правових, технологічних, соціальних, інвестиційних, освітніх, інфраструктурних та інших проектів і програм. Найважливішим завданням є правильність формування портфоліо, при якому є відповідність цілей окремих компонентів портфоліо стратегічним цілям і цілям розвитку медичної реабілітації в цілому.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Сокрут В.Н. Медицинская реабилитация : учебник для студентов и врачей / под общ. ред. В.Н.Сокрута, Н.И.Яблчанского. Славянск : «Ваш имидж», 2015. 576 с.
2. Голяченко А. О. Основи медичної реабілітації. Тернопіль : Лілея, 2000. 120 с.
3. Прокопенко О. Крок у мирне життя. *Урядовий кур'єр*. 2015. №207 (5581). С. 1-5.
4. Легенчук Е.А. Основы реабилитации лиц с ограниченными возможностями : учебное пособие / Е.А. Легенчук, Д.В. Легенчук. Курган: Изд-во Курганского гос. ун-та, 2009. 248 с.
5. Зайцев В.П. Медико-психологическая реабилитация больных и инвалидов . *Терапевтический архив*. 2013. №10. С. 105 – 110.
6. Славин М.Б. Методы системного анализа в медицинских исследованиях. М.: Медицина, 1989. 304 с.
7. Бадюк М. І. Медична реабілітація учасників бойових дій на регіональному рівні . *Екстрена медицина: від науки до практики*. № 1 (27), 2018. С. 21-30.
8. Радиш Я.Ф. Медична реабілітація військовослужбовців як наукова проблема: теоретико-методологічні засади (за матеріалами літературних джерел) / Я.Ф. Радиш, О.М. Соколова. *Економіка та держава*. 2012. №3. С. 103-106.
9. Про затвердження форм документів щодо забезпечення структурними підрозділами з питань соціального захисту населення санаторно-курортним лікуванням осіб пільгових категорій: Наказ Мінсоцполітики від 22.01.2018 № 73. *Офіційний вісник України*. 2018 р. № 20. Ст. 672. С. 108.
10. Кіх А.Ю. Форма та порядок складання індивідуальної програми медичної реабілітації військовослужбовців / А.Ю. Кіх, О.М. Волянський. *Наука і практика*. 2015. №1/2. С. 49-54.

11. Кіх А. Ю. Проблеми організації і проведення \ медико-психологічної реабілітації військовослужбовців / А. Ю. Кіх, О. М. Волянський, О. А. Блінов // Актуальні проблеми психологічної допомоги, соціальної та медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції : матеріали науково-практичної конференції, 3 червня, 2015 р., Київ / Міністерство оборони України, Національний університет оборони України імені Івана Черняхівського. К.: НУОУ, 2015. С. 169-171.

12. Медична реабілітація військовослужбовців з ушкодженням опорно-рухового апарата та їхніми наслідками: Методичні рекомендації / за редакцією В.Б. Андронатія, В.І. Рудя. Київ: УВМА. 2014. 26 с.

13. Медична та соціальна реабілітація: навчальний посібник / за заг. ред. І.Р. Мисули, Л.О. Вакуленко. Тернопіль: ТДМУ, 2005. 402 с.

14. Гайда І. М. Медична реабілітація військовослужбовців Збройних Сил України на регіональному рівні: метод. Рекомендації. Київ: УВМА, 2018. 32 с.

15. Денисенко М.М. Основні клінічні варіанти постстресових розладів у комбатантів. *Український вісник психоневрології*. 2017. Том 25, випуск 2 (91). С.40- 44.

16. Динамічне психологічне вивчення особового складу : Методичні рекомендації командирам та офіцерам-психологам підрозділів. Випуск перший / В. О. Баношенко, Н. І. Копаниця, Е. С. Литвиненко, В. Є. Солодовніков. К. : СПЦ ЗСУ, 2009. 60 с.

17. Зельницька Н. Д. Статус військовослужбовця ЗС України: проблеми, шляхи вирішення. *Гуманітарний вісник Збройних Сил України*. 2005. №1. С. 98-105.

18. Кальниш В. В., Пишнов Г. Ю., Варивончик Д. В. Актуальні проблеми психофізіологічного стану учасників бойових дій. *Україна. Здоров'я нації*. 2016. № 4/1 (41). С. 37-43.

19. Сергієнко Т. М. Соціально-педагогічні аспекти адаптації та дезадаптації особистості у військовому середовищі. Педагогіка, психологія та

медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : науковий журнал. Харків: ХОВНОКУ. ХДАДМ, 2010. № 4. С. 128-132.

20. Потапчук Є. М. Психопрофілактика міжособистісних конфліктів у сім'ях військовослужбовців прикордонних військ: дис. ... канд. психол. наук : 20.02.02 / Потапчук Євген Михайлович. Хмельницький, 1998. с. 368.

21. Правові та соціальні проблеми військовослужбовців і вимушених переселенців / Міжнародний фонд Відродження. URL: http://www.irf.ua/allevnts/news/pravoviproblemy_vijskovyih/

22. Білий В. Я., Жаховський В. О., Лівінський В. Г. Місце та роль Воєнно-медичної доктрини України у формуванні системи медичного забезпечення військ і цивільного населення у воєнний час. Наука і оборона. 2015. № 1. С. 9-14.

23. Бойцов АТО реабілітують в госпіталях для ветеранов ВОВ. *Вести*. 2017. 24 августа. URL: <http://vesti-ukr.com/strana/100279-bojcov-ato-reabilitirujut-v-gospitaljah-dljaveteranov-vov>

24. Bryndikov Y. The characteristic of stress-factors that cause the emerging of the post traumatic stress disorders in servicemen the combatants, Social Work and Education. 2017, Vol. 4, No 1., P. 112–118.

25. Артеменко С. В. Проблеми соціально-правового захисту військовослужбовців у контексті реформування Збройних Сил України. *Актуальні проблеми реформування Збройних Сил та інших військових формувань України*. 2006. №1. С. 31-41.

26. Лавренюк В. Психологічна і медична реабілітація військовослужбовців: що нового в законодавстві? Міжнародний громадсько-політичний тижневик «Дзеркало тижня». Випуск № 30-31 (19 серпня – 1 вересня). URL: <https://dt.ua/gazeta/issue/1118>

27. Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту». 1993. № 45, ст. 425. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/3551-12>

28. Постанова Кабінету Міністрів України № 416 від 10 вересня 2014 р. «Деякі питання Державної служби України у справах ветеранів війни та

учасників антитерористичної операції». URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/416-2014-п>

29. Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2011-12>

30. Указ Президента України «Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників антитерористичної операції» (Із змінами, внесеними згідно з Указом Президента № 570/2015 від 05.10.2015). URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/150/2015>

31. Розпорядження Кабінету Міністрів України № 359-р від 31 березня 2015р. «Про затвердження плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної операції». URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/359-2015-р>.

32. Наказ Міністерства юстиції України № 2035/22347 від 6 грудня 2012 р. «Про затвердження Інструкції про організацію медичної реабілітації в Службі безпеки України». URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z2035-12>

33. Наказ Міністерства оборони України № 703 від 09.12.2015 «Про затвердження переліків медичних показань та протипоказань до санаторного лікування і медичної реабілітації в санаторно-курортних закладах Збройних Сил України». URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1681-15>

34. Наказ Міністерства оборони України № 591 від 04.11.2016 р. «Про затвердження Інструкції про організацію санаторно-курортного лікування, медичної та медико-психологічної реабілітації у Збройних Силах України». URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1538-16>

35. Указ Президента України № 240/2016 «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 20 травня 2016 року «Про Стратегічний оборонний бюлетень України». URL: <http://www.president.gov.ua/documents/2402016-20137>

36. Сергієнко Т. М. Соціально-педагогічні аспекти адаптації та дезадаптації особистості у військовому середовищі. Педагогіка, психологія та

медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : науковий журнал. Харків: ХОВНОКУ. ХДАДМ, 2010. № 4. С. 128–132.

37. Бриндіков Ю. Л. Мультидисциплінарний підхід у реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія : педагогічні науки / гол. ред. О. В. Діденко. Хмельницький : Вид-во НАДПСУ, 2017. № 3 (10). С. 44-56.

38. Бурлак А. М. Разработка системы организационных мероприятий и оптимизированных технологий медицинской реабилитации раненых с вертеброгенными осложнениями боевой травмы верхних конечностей в условиях реабилитационного центра : Дис... д-ра. мед. наук : 14.03.11 / Анатолий Михайлович Бурлак. М. : РГБ, 2012. 303 с.

39. Grinker R., Spigel I. War neuroses. Philadelphia. Toronto, 2011. P. 114.

40. Денисов А. А. Социальная реабилитация российских военнослужащих – участников вооруженных конфликтов : Дис. ... канд. социол. наук: 22.00.04 / Андрей Александрович Денисов. Новочеркасск : РГБ, 2006. 171 с.

41. Литвиненко Л. І. Медико-психологічна реабілітація військовослужбовців та демобілізованих. Актуальні проблеми психології. Т. III : Консультативна психологія і психотерапія: Зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / За ред. Максименка С. Д. Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. К. : Логос, 2015. Вип. 11. С. 34–51.

42. Arya S. Coping strategies used by traumatic spinal cord injury patients in Sri Lanka: a focus group study / S. Arya, S. Xue, A. Embuldeniya [et al.] // Disabil Rehabil. 2016. Vol. 5. P. 1–8

43. Алещенко В. І. Військова психологія: ретроспективний аналіз та подальший розвиток. Теорія і практика управління соціальними системами. 2015. № 2. С. 46–53.

44. Дідик О. До реабілітації потерпілих – комплексний підхід. Охорона праці. 2005. № 9. С. 41–44.

45. Якубова Л. Структурно-функціональна модель соціальної реабілітації осіб, що повернулись із зони АТО. Молодь і ринок. 2017. № 5 (148). С. 50–54.
46. Kishbaugh D., Dillingham T. Howard R.. Amputee soldiers and their return to active duty. *Military Medicine*. 1995. № 2. pp. 82–84.
47. Corrigan J. D. Effects of Patient Preinjury and Injury Characteristics on Acute Rehabilitation Outcomes for Traumatic Brain Injury / J.D. Corrigan, S.D.
48. Horn, R.S. Barrett [et al.] // *Arch Phys Med Rehabil*. 2015. Vol. 96 (8 Suppl). P. 209-221.
49. Капська А. Й., Олексюк Н.С. Організаційно-педагогічне забезпечення позитивної життєдіяльності сім'ї військовослужбовця. Вісник Чернігівського державного педагогічного університету імені Т.Г. Шевченка. Випуск 61. Серія: Педагогічні науки, Чернігів: ЧДПУ 2009. № 61. С. 6-11.
50. Про затвердження переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти: Постанова Кабінету міністрів України від 29.04.2015 р. №266. *Офіційний вісник України*. 2015. №38. Ст.1147. – С.194.
51. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні: Закон України від 06.10.2005 р. № 2961-IV / Відомості Верховної Ради України. 2006. № 2/ 2-3 /. Ст. 36. С. 44.
52. Волянський О. М. Коли починається медична реабілітація на госпітальному етапі надання медичної допомоги пораненим військовослужбовцям, які брали участь в антитерористичній операції? *Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія*. 2015. №.1. С. 72 – 77.
53. Ковальчук О. П. Особливості прояву спонукальної складової професійної діяльності військовослужбовців, які беруть участь в антитерористичній операції. Проблеми сучасної психології : Зб. наук. праць Кам'янець-Подільського нац. ун-ту імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України / за наук. ред. С.Д. Максименка, Л.А. Онуфрієвої. Вип. 32. Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2016. С.196-205.

54. Ковальчук О. П. Проектування уявлень про професійне майбутнє у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції засобами психологічного супроводу. Психологічні перспективи. Зб. наук. праць Волин. нац. ун-т. ім. Лесі Українки ; Ін-т соц. та політ. психології НАПН України. 2015. Вип. 26. С. 157-167.

55. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О. Психологічна робота з військовослужбовцями - учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник. К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.

56. Neumann V, Interdisciplinary team working in physical and rehabilitation medicine / V. Neumann, C. Gutenbrunner, V. Fialka-Moser, N.Christodoulou, E. Varela, A. Giustini // J. Rehab. Med. 2010. V. 42. P. 4-8.

57. Корольов С. С. До питання соціальних проблем військовослужбовців на сучасному етапі переходу Збройних Сил України на контрактну основу. *Труди академії*. 2005. № 63. С. 89-94.

58. Кошонько Г. А. Психологічні особливості становлення сімей майбутніх офіцерів : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.09 / Галина Аполлінаріївна Кошонько. Хмельницький, 2005. 20 с.

59. Романюк Ю.А. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи лікувально-профілактичного забезпечення пенсіонерів Міністерства оборони України: автореф. дис.... канд. мед. наук: спец. 14.02.03 /Романюк Юлія Анатоліївна; НМАПО ім. П. Л. Шупика. К., 2010. 22 с.

60. Лазебная Е. О., Зеленова М. В. Военно-травматический стресс: особенности посттравматической адаптации участников боевых действий. *Психологический журнал*. 1999. № 5. С. 62-74.

61. Ягенський А.В. Оцінка якості життя у сучасній медичній практиці / А.В. Ягенський, І.М.Січкарук. *Журн. внутр. мед.* 2007. №3. С.27-32.

62. Кравченко О. В. Впровадження соціально-психологічного тренінгу в умовах адаптації військовослужбовця до навколишнього ціннісно-нормативного середовища. Проблеми екстремальної та кризово- психології. 2014. Вип. 15. С. 104-113.

63. Робота з військовослужбовцями-учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник. К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.

64. Ritenour A.E. / Incidence of primary blast injury in US military overseas contingency operations: a retrospective study / A.E. Ritenour, L.H. Blackbourne, J.F.Kelly // *Ann Surg.* 2010. Vol.251. P. 1140-1144.

65. Іващенко С. Н., Шахліна Л. Я., Лазарева О. Б. Особливості побудови фазової моделі фізичної реабілітації військовослужбовців, що постраждали внаслідок бойових дій. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова* 2016. Випуск 3 (72). С. 63-67.

66. Ігри Незламних: в Україні пройде змагання військовослужбовців та ветеранів. URL: <http://ivona.bigmir.net/lifestyle/leisure/445212-Igry-Nesokrushimyh--vUkraine-projdet-sorevnovanie-voennosluzhacshih-i-veteranov>

67. Захистити трудові права демобілізованих учасників АТО. – 27.11.2015 URL: <http://dsvv.gov.ua/aktualnipytannya/zahystyty-trudovi-pravademobilizovanyh-uchasnykiv-ato.html>

68. Ward A.B. European Union of Medical Specialists (UEMS) section of Physical & Rehabilitation Medicine: a position paper on physical and rehabilitation medicine in acute settings / A.B. Ward, C. Gutenbrunner, H. Damjan, A. Giustini, A. Delarque // *J. Rehabil. Med.* 2010. V. 42. P. 417-424.

69. Зельницька Н. Д. Статус військовослужбовця ЗС України: проблеми, шляхи вирішення. *Гуманітарний вісник Збройних Сил України.* 2005. №1. С. 98-105.