

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет кораблебудування
імені адмірала Макарова

Факультет економіки та екології моря

Кафедра менеджменту



«Допущений до захисту»
Завідувач кафедри

Ігор СІРЕНКО

«_15_» _____ 12_____ 2025 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття другого ступеня вищої освіти магістр
на тему: **Управлінські засади функціонування закладу
медико-соціального напрямку**

Виконав: здобувач вищої освіти
групи 6431мз

(підпис)

Ушкац С.Ю.

(ім'я, прізвище)

Керівник роботи:
кандидат економічних наук, доцент

(посада, науковий ступень вчене звання)

(підпис)

Тубальцева Н.П.

(ім'я, прізвище)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова
Факультет економіки та екології моря

Кафедра менеджменту
Спеціальність 073 «Менеджмент»
Освітня програма «Управління закладами охорони здоров'я»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Гарант освітньої програми
Євгенія Бойко

« » 2025 року

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ
на здобуття другого ступеня вищої освіти «магістр»

Студенту Ушка Світлані Юріївні
(прізвище, ім'я по батькові)

1. Тема роботи: Управлінські засади функціонування закладу медико-соціального напрямку

Керівник роботи к.е.н., доцент Тубальцева Н.Ф.

Затверджені наказом ректора № 1374-уч від «21» 11 2025 року

2. Термін подання роботи: 05.12.2025

3. Вихідні дані по роботі: методичні рекомендації щодо виконання роботи, праці та статті з теми дослідження, статистична звітність, ресурси репозитарію університетів.

4. Перелік питань, що належать до розробки (найменування розділів)

1. Теоретико-методологічні засади менеджменту в сфері охорони здоров'я та соціального обслуговування людей похилого віку.

2. Кращі світові практики організації та менеджменту будинків для людей похилого віку (досвід країн Європи, США, Канади).

3. Пропозиції по створенню геріатричного пансіонату в м. Миколаєві.

5. Перелік презентаційних матеріалів: Специфіка управління в соціально-медичній сфері. Виклики та прогалини в існуючій нормативно-правовій базі. Система управління в закладах медико-соціального догляду Скандинавських країн. Схема управління та менеджменту закладів медико-соціального догляду в Сполучених Штатах Америки. Співвідношення державних і приватних геріатричних закладів в Європейських країнах з США та Канадою. Аналіз кадрового забезпечення геріатричних закладів у Європі та США. Маркетинговий аналіз місткості ринку геріатричних послуг м. Миколаєва. Переваги відкриття нового геріатричного пансіонату в м. Миколаєві. Фінансово-економічна модель та джерела фінансування. Орієнтовний штат співробітників та структура номерного фонду геріатричного пансіонату.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів роботи	Термін виконання етапів роботи	Примітка
1	Затвердження теми	05.10.2025	виконано
2	Обговорення та затвердження плану	15.10.2025	виконано
3	Консультації з підбору літератури	25.10.2025	виконано
4	Підготовка теоретичного розділу	05.11.2025	виконано
5	Збирання матеріалів до аналітичного розділу	10.11.2025	виконано
6	Підготовка аналітичного розділу	15.11.2025	виконано
7	Підготовка третього розділу	25.11.2025	виконано
8	Підготовка літературних джерел	29.11.2025	виконано
9	Оформлення роботи	30.11.2025	виконано
10	Перевірка академічної доброчесності	02.12.2025	виконано
11	Рецензування роботи	10.12.2025	виконано
12	Усунення зауважень	12.12.2025	виконано
13	Захист роботи	26.12.2025	виконано

Студент


(підпис)

С.Ю.Ушкац

(ім'я, прізвище)

Керівник роботи


(підпис)

Н.П. Тубальцева

(ім'я, прізвище)

АНОТАЦІЯ

Кваліфікаційна робота присвячено дослідженню управлінських засад функціонування закладу медико-соціального напрямку, розробкам методичних і практичних рекомендацій щодо підвищення їх ефективності.

В роботі проаналізовано теоретико-методичні підходи до менеджменту в галузі охорони здоров'я. Виявлено специфіку та особливості управління закладами соціально-медичного обслуговування для людей похилого віку. Досліджено міжнародний та вітчизняний досвід створення та управління геронтологічними центрами. Проведено моніторинг функціонування геріатричних закладів в Україні. Визначено регіональні особливості та потреби м. Миколаєва у послугах для людей похилого віку. Розроблено рекомендації покращення управлінської діяльності для забезпечення ефективного функціонування будинку для людей похилого віку. Оцінено потенційні соціально-економічні ефекти від створення такого закладу.

Ключові слова: геріатричний пансіонат, менеджмент, соціальні послуги, реабілітація/

ANNOTATION

The qualification work is devoted to the study of the management principles of the functioning of a medical and social institution, the development of methodological and practical recommendations for increasing their efficiency.

The work analyzes theoretical and methodological approaches to management in the field of health care. The specifics and features of the management of social and medical service institutions for the elderly are identified. International and domestic experience in the creation and management of gerontological centers is studied. The functioning of geriatric institutions in Ukraine is monitored. Regional features and needs of the city of Mykolaiv in services for the elderly are determined. Recommendations for improving management activities are developed to ensure the effective functioning of a home for the elderly. The potential socio-economic effects of the creation of such an institution are assessed.

Keywords: geriatric boarding house, management, social services, rehabilitation/

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ МЕНЕДЖМЕНТУ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА СОЦІАЛЬНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ.....	10
1.1. Еволюція та сучасні концепції менеджменту в охороні здоров'я. роль та функції менеджменту в системі охорони здоров'я.....	10
1.2. Правові та нормативні основи функціонування закладів для людей похилого віку в Україні.	15
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ МІЖНАРОДНОГО ТА ВІТЧИЗНЯНОГО ДОСВІДУ СТВОРЕННЯ ТА УПРАВЛІННЯ БУДИНКАМИ ДЛЯ ЛІТНІХ ЛЮДЕЙ.....	21
2.1. Дослідження кращих світових практик організації та менеджменту будинків для людей похилого віку.....	21
2.2. Моніторинг функціонування будинків для людей похилого віку в Україні.....	33
2.3. Дослідження регіональних особливостей та потреб м. Миколаєва у послугах для людей літнього віку.....	37
РОЗДІЛ 3. ПРОПОЗИЦІЇ ПО СТВОРЕННЮ ГЕРІАТРИЧНОГО ПАНСІОНАТУ В м. МИКОЛАЄВІ.....	46
3.1. Резюме.....	46
3.2. Опис послуг.....	49
3.3. Аналіз ризиків та стратегія їх мінімізації	55
3.4. Пропозиції щодо залучення ресурсів та сталого розвитку закладу медико-соціального спрямування	58
ВИСНОВКИ.....	63
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	67

ВСТУП

Актуальність теми: Обґрунтування важливості проблеми старіння населення, зростаючої потреби в якісних послугах для людей похилого віку та особливостей управлінського підходу у створенні таких закладів, зокрема, для Миколаєва.

Короткий огляд існуючих наукових праць, досліджень, законодавчої бази у сфері менеджменту охорони здоров'я та соціальних послуг для людей похилого віку.

Мета дослідження: Дослідити та обґрунтувати управлінські засади створення та ефективного функціонування будинку для людей похилого віку у м. Миколаєві.

Завдання дослідження:

- проаналізувати теоретико-методичні підходи до менеджменту в галузі охорони здоров'я;
- виявити специфіку та особливості управління закладами соціально-медичного обслуговування для людей похилого віку;
- дослідити міжнародний та вітчизняний досвід створення та управління геронтологічними центрами;
- провести моніторинг функціонування геріатричних закладів в Україні;
- визначити регіональні особливості та потреби м. Миколаєва у послугах для людей похилого віку.
- розробити рекомендації покращення управлінської діяльності для забезпечення ефективного функціонування будинку для людей похилого віку;
- оцінити потенційні соціально-економічні ефекти від створення такого закладу.

Об'єкт дослідження: Процес управління у сфері соціально-медичних послуг для людей похилого віку.

Предмет дослідження: є теоретичні положення та практичні засади підвищення ефективності управління, механізмів та рішень, що виникають при створенні та функціонуванні будинку для людей похилого віку.

Методи дослідження: Загальнонаукові методи (Метод порівняльного аналізу (Компаративний аналіз), використовувався для зіставлення скандинавської моделі (гнучкої, децентралізованої) та північноамериканської моделі (ієрархічної, формалізованої). Це дозволило виявити переваги кожної для адаптації в Україні. Метод системного підходу, де ансіонат розглядався як цілісна екосистема, а виробничий процес, кадри, фінанси та інновації, як взаємопов'язані. Метод індукції та дедукції. показав зв'язок від загальних принципів проєктного менеджменту до конкретних операційних процесів (послуга «Respite Care», кабінет масажу). Методи стратегічного аналізу (SWOT-аналіз: визначення сильних та слабких сторін проєкту, а також можливості та загрози зовнішнього середовища. Матриця стратегічного синтезу: Використовувалася для формування конкретних стратегій (S-O, W-O, S-T), що поєднують внутрішній потенціал закладу з ринковими можливостями. Стейкгольдер-аналіз (Аналіз зацікавлених сторін): Використовувався при розробці стратегії партнерської мережі (взаємодія з громадою, державою, родичами та бізнесом). Спеціальні методи проєктного менеджменту (Ризик-менеджмент (якісний аналіз ризиків), що допомогло виявленню потенційних загроз (енергетичні ризики, вигорання персоналу) та розробка заходів із їхньої мінімізації. Метод параметричного оцінювання, використання кількісних показників (100 ліжок, 5-разове харчування, співвідношення персоналу до

пацієнтів) для планування потужності. Методи управління якістю (НАССР (Аналіз небезпечних факторів та критичні точки контролю). Метод аналізу та управління ризиками у харчовому блоці для забезпечення безпеки мешканців. KPI-аналіз (Метод ключових показників ефективності). Проектування метрик для оцінки успішності інновацій (ROI, швидкість адаптації, рівень задоволеності клієнтів).

Практичне значення результатів роботи полягає у розробці комплексної моделі управління геріатричним закладом нового типу, яка може бути впроваджена як приватними інвесторами, так і органами місцевого самоврядування в межах реформи децентралізації та розвитку ринку соціальних послуг в Україні.

Особистий внесок здобувача полягає у самостійному проведенні компаративного аналізу міжнародних моделей управління геріатричними закладами та визначенні векторів адаптації світового досвіду до умов українського ринку, що стало підґрунтям для розробки концептуальної моделі інноваційних послуг пансіонату, зокрема сервісу тимчасового перебування («Respite Care») та комерційного реабілітаційного блоку. Автором спроектовано виробничі процеси закладу на 100 ліжко-місць з інтеграцією стандартів безпечності НАССР для мінімізації операційних ризиків, обґрунтовано стратегію сталого розвитку на засадах багатоканального фінансування та партнерської взаємодії, а також проведено комплексний SWOT-аналіз із розробкою конкретних управлінських заходів з нівелювання енергетичних, кадрових та фінансових загроз. Завершальним елементом дослідження стала адаптація інструментів управління змінами (Change Management) до специфіки медико-соціальної сфери, що забезпечує ефективну

реалізацію організаційних інновацій та стабільне функціонування закладу в умовах високої невизначеності».

Структура і обсяг роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку літератури. Обсяг роботи - 73 стор., – 13 таблиць, – 9 рисунків. Список використаних джерел – 50 найменувань.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ МЕНЕДЖМЕНТУ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА СОЦІАЛЬНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ.

1.1. Еволюція та сучасні концепції менеджменту в охороні здоров'я. роль та функції менеджменту в системі охорони здоров'я.

Протягом останнього десятиліття менеджмент у сфері охорони здоров'я (ОЗ) пережив фундаментальну трансформацію, відходячи від суто адміністративно-бюджетного підходу до стратегічно орієнтованого управління. До 1990-х років управління закладами охорони здоров'я здебільшого зводилося до контролю ресурсів та виконання державних нормативів. Однак, під впливом економічних реформ, технологічних інновацій, а також глобального зростання потреб у медичних послугах (особливо в геріатричному секторі), менеджмент охорони здоров'я трансформувався. Ключовим каталізатором в Україні стала зміна фінансування: перехід до моделі, де кошти "йдуть за пацієнтом", що змусило заклади Охорони Здоров'я, включно з геріатричними, конкурувати за ресурси та пацієнтів. Менеджери були змушені перейти від контролю за витратами до управління ефективністю, якістю та результативністю надання послуг [1, 2, 3].

Ця еволюція характеризується двома основними напрямками. По-перше, посиленням клієнтоорієнтованого підходу, де в центрі управлінських рішень стоїть пацієнт (або підопічний), а показники якості включають не лише медичні результати, а й рівень задоволеності. Це особливо важливо для довготривалого догляду, де інтеграція медичних, соціальних та психологічних послуг вимагає впровадження мультидисциплінарних управлінських команд. По-

друге, це перехід до цифрового менеджменту. Впровадження медичних інформаційних систем, електронного документообігу та елементів телемедицини вимагає від менеджерів нових компетенцій у галузі управління інформаційними ресурсами та кібербезпеки.

Особливе місце в сучасній управлінській парадигмі займає принцип "Єдиного здоров'я" (One Health) та інтеграція соціальної та медичної допомоги. Для керівників геріатричних пансіонатів це означає необхідність застосування процесного та проєктного менеджменту для створення гібридної моделі, яка б ефективно балансувала між медичною стандартизацією, фінансовою стійкістю та дотриманням державних стандартів соціальних послуг. Зрештою, сучасний менеджер закладу охорони здоров'я – це не просто адміністратор, а лідер-стратег, здатний орієнтуватися в умовах постійних реформ та забезпечувати високу якість послуг через ефективне управління людськими ресурсами (зниження вигорання персоналу) та технологіями [1, 2, 3] .

Основна роль менеджменту в системі охорони здоров'я полягає у забезпеченні балансу між обмеженими ресурсами (персонал, фінанси, обладнання) та постійно зростаючою потребою суспільства у якісних, доступних та безпечних медичних та медико-соціальних послугах. Ця роль реалізується через виконання низки ключових функцій, адаптованих до специфіки галузі.

До класичних функцій менеджменту, таких як планування, організація, мотивація, контроль додаються спеціалізовані (див.рис.1):

- Стратегічне планування, мета якого є визначення довгострокового бачення, місії та конкурентної позиції закладу.

- Управління якістю (Quality Management) складається з впровадження стандартів, протоколів та систем акредитації для безперервного підвищення якості медичної допомоги.
- Фінансовий менеджмент забезпечує фінансову стійкість, управління бюджетом, фандрайзинг та оптимізацію витрат.
- Управління людськими ресурсами (HRM) організовує та контролює набір, навчання, запобігання професійному вигоранню (особливо важливе для соціальних робітників) та формування мультидисциплінарних команд.
- Управління ризиками дозволяє прогнозувати та мінімізувати потенційні медичні, юридичні та епідеміологічні ризики.



Рис. 1.1 Сучасні функції менеджменту в системі охорони здоров'я

Таким чином, менеджер закладу охорони здоров'я виступає як лідер, стратег та кризовий менеджер, що спрямовує складну

організаційну структуру на досягнення медичних та соціальних результатів [2, 3].

Управління в соціальній сфері та неприбутковому секторі кардинально відрізняється від комерційного менеджменту. Основна відмінність полягає в пріоритеті місії та соціальної цінності над фінансовим прибутком. Для керівника закладом соціально-медичного спрямування (геріатричного пансіонату), це означає необхідність адаптації класичних управлінських функцій до специфічних умов (див. рис.1.2).



Рис. 1.2 Функції менеджера геріатричного пансіонату

Також, сучасний менеджер медико-соціальної сфери використовує інтегрований підхід, поєднуючи три ключові методології управління, кожна з яких відповідає за свій аспект діяльності геріатричного пансіонату (див.рис.1.3).

Стратегічний менеджмент визначає довгостроковий напрямок розвитку закладу (на найближчі п'ять та десять років), проектний

менеджмент сфокусований на реалізації конкретних змін та інновацій і це є надзвичайно актуально, адже сьогодні бізнес виживає не завдяки стабільності, а завдяки здатності швидко й ефективно трансформуватися під виклики сьогодення, а процесний менеджмент гарантує щоденну ефективність і високу якість обслуговування підопічних.



Рис. 1.3 Інтегрований підхід в методології управління геріатричним пансіонатом

Отже, тільки комплексний підхід в системі управління закладом медико-соціального спрямування дозволить побудувати ефективну роботу сучасного геріатричного пансіонату.

1.2. Правові та нормативні основи функціонування закладів для людей похилого віку в Україні.

Регулювання діяльності геріатричних закладів в Україні ґрунтується на комплексній нормативно-правовій базі, що інтегрує положення сфер охорони здоров'я, соціального захисту та публічного управління. Основним завданням цієї бази є забезпечення стандартів якості, безпеки та дотримання прав людини в установах довготривалого догляду.

Діяльність геріатричних закладів, особливо соціально-медичного спрямування, регулюється кількома ключовими законодавчими актами:

1. Закон України "Про соціальні послуги" від 17.01.2019 № 2671-VIII та Закон України Про внесення змін до Закону України "Про соціальні послуги" щодо удосконалення надання соціальних послуг від 26.03.2025 № 4332-IX. Ці закони є основоположними, що визначають правові та організаційні засади надання соціальних послуг, встановлюють їх види, зміст та порядок отримання. Для геріатричних пансіонатів критично важливою є послуга стаціонарного догляду та умови її надання [4,5].

2. Закон України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" від 19.11.1992 № 2801-XI визначає правові, організаційні та фінансові засади діяльності системи охорони здоров'я. Регулює надання медичної допомоги, що є невід'ємною частиною функціонування закладів соціально-медичного спрямування [6].

3. Закон України "Про систему громадського здоров'я" від 06.09.2022 № 2573-IX, закріплює принцип "Єдиного здоров'я" (*One Health*) та посилює фокус на профілактиці та моніторингу, що є

актуальним для управління ризиками в місцях скупчення людей похилого віку [7].

Ефективний менеджмент геріатричного закладу вимагає врахування не лише основних законів, але й численних постанов, типових положень та стандартів, які деталізують кожен аспект його діяльності.

Ключовими підзаконними актами та галузевими нормативами в цій царині є:

1. Постанови Кабінету Міністрів України (КМУ) що є основою для організації системи соціального захисту:

- Типове положення про будинок-інтернат для громадян похилого віку та осіб з інвалідністю: Затверджене Постановою КМУ № 772 від 02.09.2020 (оновлює та замінює попередні накази). Цей документ визначає правовий статус, мету, завдання, структуру, порядок прийому, утримання та виписки мешканців геріатричних пансіонатів та будинків-інтернатів [8].
- Порядок організації надання соціальних послуг: Затверджений Постановою КМУ № 587 від 01.06.2020 [9]. Він регулює механізм виявлення осіб, які потребують допомоги, порядок звернення, комплексне визначення потреб, складання індивідуального плану надання послуг та моніторинг їхньої якості.
- Порядок надання соціальних послуг особам з інвалідністю та особам похилого віку, які страждають на психічні розлади: Затверджений Постановою КМУ № 576 від 26.06.2019 [10]. Регулює специфічні вимоги до догляду за підопічними, які потребують особливого медико-соціального супроводу.

Так, як геріатричні заклади також підпадають під дію інших законів, оскільки надають широкий спектр послуг, то регулюються галузевим законодавством або Законами, що перетинаються:

- Закон України "Про психіатричну допомогу", що регулює умови та порядок надання допомоги особам, які мають психічні розлади, що є поширеним явищем серед мешканців геріатричних пансіонатів (наприклад, деменція) [11].
- Закон України "Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту", що визначає особливості надання послуг для ветеранів [12].
- Законодавство про захист персональних даних, що контролює обробку медичної та соціальної інформації підопічних [13].
- Інші законодавчі акти та положення, що регулюють роботу закладів медико-соціального напрямку.

На виконання норм профільного законодавства, зокрема Закону України "Про соціальні послуги", Міністерство соціальної політики та Міністерство охорони здоров'я здійснюють розробку та затвердження Державних стандартів соціальних послуг.

Ці стандарти є ключовими інструментами практичного менеджменту та державного регулювання, оскільки забезпечують детальну регламентацію змісту та обсягу надаваних послуг, показників якості надання послуг, умов та порядку доступу до них.

Найвагоміше значення для управління геріатричними пансіонатами та іншими установами довготривалого догляду має Державний стандарт соціальної послуги стаціонарного догляду [14].

Цей нормативний документ набуває статусу критично важливого інструменту для забезпечення належного функціонування закладу, оскільки його положення безпосередньо впливають на:

- кадрове забезпечення (визначення штатного розпису та мінімальних кваліфікаційних вимог до персоналу, що є основою для реалізації моделі довготривалого догляду),
- матеріально-технічне забезпечення (становлення вимог до інфраструктури, обладнання та створення безбар'єрного середовища),

- якість послуг (фіксація кількісних та якісних критеріїв, необхідних для моніторингу та оцінки ефективності догляду).

Таким чином, дотримання Державних стандартів є обов'язковою передумовою для отримання права на надання соціальних послуг та виступає базовим елементом у системі державного контролю якості у сфері соціально-медичного спрямування.

- Державний стандарт соціальної послуги паліативного догляду : Регулює надання допомоги тим підопічним, які потребують не лише соціального, але й комплексного медичного паліативного супроводу [15].

- Накази МОЗ: Регулюють медичні аспекти діяльності, зокрема:

1. Санітарно-протиепідемічні правила та нормативи для закладів довготривалого догляду [16].

2. Натуральні норми харчування в інтернатних установах [17].

Дотримання цих стандартів не просто формальність, а фундамент системи соціального захисту, що гарантує належний рівень послуг.

Також необхідно розглянути виклики та прогалини в існуючій нормативно-правовій базі. Незважаючи на значне реформування, нормативно-правове поле, що регулює діяльність геріатричних закладів, стикається з низкою викликів, які ускладнюють управлінську діяльність, особливо в умовах створення нових закладів:

1. Прогалини в інтеграції. На практиці часто виникає проблема розмежування фінансування та відповідальності між соціальною (фінансування з місцевих бюджетів) та медичною (фінансування через НСЗУ) складовими послуг. Це створює управлінські труднощі у забезпеченні безперервності догляду.

2. Недостатня фінансова прозорість стандартів: Державні стандарти висувають високі вимоги до якості, проте норми

фінансування, що покриваються державою, часто не відповідають реальній вартості послуг. Це змушує неприбуткові організації шукати додаткові джерела фінансування (фандрайзинг, платні послуги тощо).

3. Кадровий дефіцит та регулювання праці: Законодавча база часто не повною мірою враховує необхідність спеціальної підготовки та високого рівня оплати праці для роботи з людьми похилого віку, що призводить до дефіциту кваліфікованого персоналу і, як наслідок, до ризику професійного вигорання та зниження якості догляду.

4. Проблема ліцензування та відсутність єдиного класифікатора приватних пансіонатів. Одним із ключових викликів для приватних інвесторів, як-от проєкт «Надія», є відсутність чітко визначеної юридичної категорії «Приватний геріатричний пансіонат» та відповідної єдиної процедури ліцензування. Такі заклади змушені функціонувати на перетині кількох регуляторних полів: як надавачі соціальних послуг (згідно з Законом «Про соціальні послуги») та як заклади охорони здоров'я (через надання медичного догляду). Це вимагає отримання подвійного комплекту дозвільних документів – від органів соціального захисту та від МОЗ (ліцензія на медичну практику), що значно ускладнює та подовжує процес запуску проєкту. Додаткові труднощі створює необхідність гармонізації будівельних норм (ДБН) для житлових, соціальних та медичних установ в одній будівлі, що підвищує інвестиційні витрати на реконструкцію.

Таким чином, для успішної реалізації проєкту геріатричного пансіонату необхідне глибоке розуміння та вміння працювати в умовах неповної узгодженості між ідеальними вимогами стандартів і реальністю їхнього фінансового та кадрового забезпечення (див.рис. 1.4).



Рис. 1.4 Схема очікування та реалії.

Таким чином, еволюція управлінської парадигми в закладах медико-соціального напрямку є не локальним явищем, а прямим відображенням глобальних змін у системі охорони здоров'я. Принципи клієнтоорієнтованості, управління якістю та цифровізації, що сьогодні застосовуються у довготривалому догляді, є тими самими ключовими вимогами, які висуваються до менеджменту медичних закладів в усьому світі. Ця інтеграція доводить, що соціально-медичний сектор остаточно переходить від адміністративного контролю до стратегічного, сучасного управління.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ МІЖНАРОДНОГО ТА ВІТЧИЗНЯНОГО ДОСВІДУ СТВОРЕННЯ ТА УПРАВЛІННЯ БУДИНКАМИ ДЛЯ ЛІТНІХ ЛЮДЕЙ

2.1. Дослідження кращих світових практик організації та менеджменту будинків для людей похилого віку

Країнами-лідерами в Європі щодо ефективної організації та якісного менеджменту будинків для людей похилого віку є Скандинавські країни: Швеція, Данія, Фінляндія та Норвегія.

Політика цих країн передбачає активну державну підтримку та систему соціального захисту, яка надає людям похилого віку можливість вибору між доглядом вдома та спеціалізованими закладами медико-соціального спрямування, адже увага акцентується на самостійність громадян, та проживанням у спеціалізованих закладах, з акцентом на задоволення їхніх потреб та забезпечення гідного рівня життя. Їжа та перебування в таких закладах оплачується підопічним, а медичні послуги фінансуються за рахунок державного бюджету [18].

Система управління та менеджменту геріатричних пансіонатів в цих країнах суттєво відрізняється від традиційних моделей, які фактично базуються на ієрархії та централізованому контролі. Вона спирається на скандинавську модель добробуту та є унікальною системою соціально-економічного розвитку, яка успішно поєднує вільний ринок з великою, фінансованою державою загального добробуту. Її часто називають "корпоративною моделлю" через тісну співпрацю між урядом, профспілками та роботодавцями (так званий "соціальний діалог"). Головна мета моделі — досягнення високого рівня соціальної рівності, економічної ефективності та загальної зайнятості. Особлива увага приділяється глибокій децентралізації повноважень, що дозволяє менеджменту пансіонатів оперативно

впроваджувати інноваційні методи догляду та гнучко адаптуватися до індивідуальних запитів підопічних. У межах цієї системи мешканець розглядається не як пасивний об'єкт опіки, а як активний учасник соціального процесу, чия якість життя виступає головним показником успішності реалізованих проєктів. Ключові особливості системи управління та менеджменту в Скандинавських країнах, як наведено на (див.рис.2.1).



Рис. 2.1 Схема основних управлінських рішень щодо організації роботи закладів медико-соціального догляду, на прикладі Скандинавських країн

Отже, можна зробити висновки, що в таких країнах Європи, як Швеція, Данія, Фінляндія й Норвегія система управління в цих

закладах є спрощеною та динамічною, децентралізованою та зосередженою на саме людині, як індивідуумі, з його індивідуальними потребами та особливостями. Не зважаючи на високий рівень державного фінансування, ця система відкрита до інноваційних технологій та має гарні довгострокові перспективи.

На відміну від гнучкої Скандинавської, у Сполучених Штатах Америки та Канаді працює жорстка формалізована ієрархічна система, яка залежить від низки норм і федеральних законів, що регулюється на рівні штату (див.рис. 2.2). Якщо порівнювати з подібними геріатричними пансіонами в Україні, то в США це будуть Skilled Nursing Facilities (SNFs) та Nursing Homes, що регулюються Федеральним Агентством, яке встановлює стандарти для закладів охорони здоров'я державної або приватної власності та впроваджується на рівні штату [19, 21, 22, 23].

Другою ланкою в системі є Департаменти охорони здоров'я штату, що мають повноцінну владу щодо контролю та моніторингу роботи закладу. Окремим органом, що захищає права осіб похилого віку та їхніх родичів під час отримання медико-соціальних послуг, є незалежні адвокати (омбудсмени).

Такий ієрархічний підхід зумовлює специфіку проєктного менеджменту в американській системі, де будь-яка інновація чи організаційна зміна має пройти крізь жорсткий фільтр регуляторної відповідності. На відміну від автономних скандинавських установ, північноамериканські заклади працюють у парадигмі «комплаєнсу» (суворого дотримання правил), що робить процес впровадження змін більш бюрократизованим та тривалим. Успіх будь-якого проєкту тут оцінюється передусім через мінімізацію юридичних ризиків та дотримання ліцензійних вимог, що часто обмежує простір для швидких соціальних експериментів, проте забезпечує високу

стабільність, передбачуваність клінічних результатів та жорсткий контроль за якістю надання послуг.

Крім того, стратегічний розвиток таких пансіонатів тісно пов'язаний зі складною моделлю фінансування через системи медичного страхування Medicare та Medicaid. Це змушує проєктних менеджерів фокусуватися переважно на інноваціях, що підвищують операційну ефективність та автоматизацію звітності, таких як впровадження інтегрованих систем електронних медичних карт (EHR) або технологій дистанційного моніторингу стану пацієнтів. Таким чином, інноваційний пошук у цій моделі має прагматичний характер: зміни впроваджуються лише тоді, коли вони доводять свою економічну доцільність або стають обов'язковою вимогою законодавства, що вимагає від керівництва високої кваліфікації у сфері фінансового менеджменту та управління ризиками.

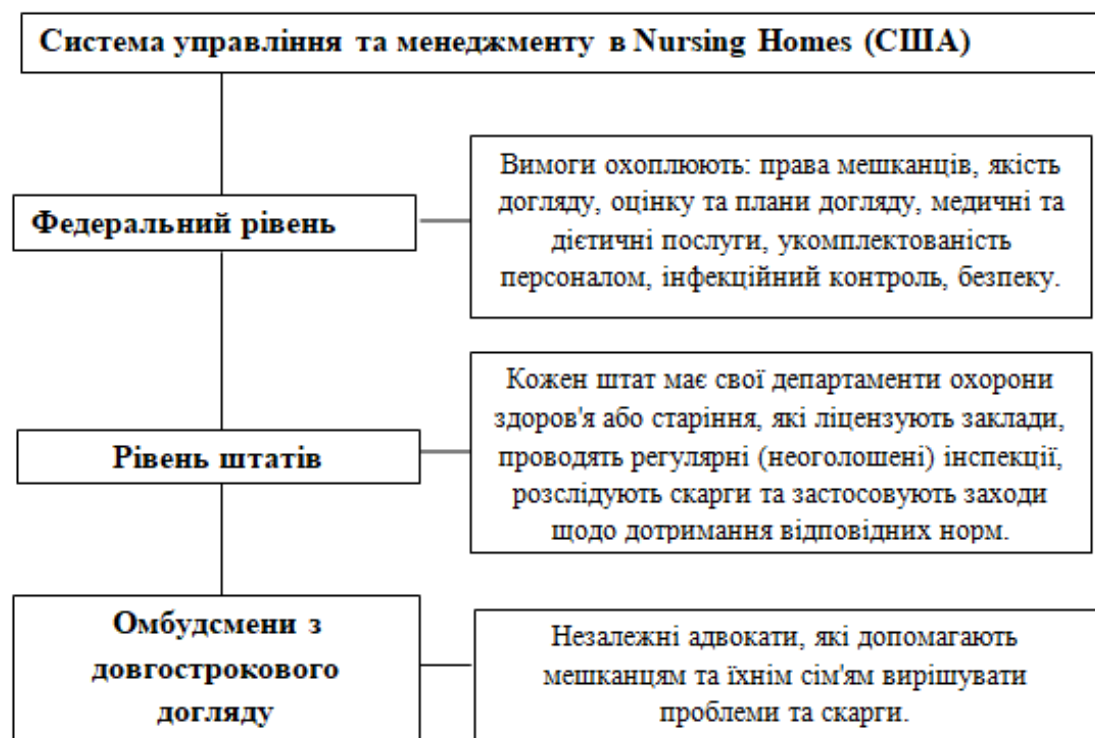


Рис. 2.2 Схема управління та менеджменту закладів медико-соціального догляду в Сполучених Штатах Америки.

Організаційну структуру закладу в сфері медико-соціального напрямку продемонстровано в табл. 2.1.

Організаційна структура геріатричного закладу

Організаційна структура закладу	
1	Власник або мережа закладів (Корпорації)
2	Адміністратор закладу
3	Директор медсестринської служби
4	Медичний директор
5	Керівник відділу реабілітації
6	Керівник відділу соціальних послуг
7	Керівник відділу дієтичного харчування
8	Керівник відділу фізичних активностей
9	Фінансовий менеджер
10	Менеджер з персоналу
11	Штат медичних сестер, що надають послуги адміністративного медичного та соціального напрямлень
12	Штат соціальних помічниць

Отже, при порівняльному аналізі представлені системи мають, як сильні та слабкі сторони зі своїм філософським підходом щодо соціального забезпечення, ролі держави і економічної складової [19, 20, 23]. Мета Скандинавської моделі - це висока якість, завдяки державному контролю й фінансуванню та універсальність, тоді як американська модель, з одного боку має жорстке регулювання, що охоплює складний та масштабний спектр державного та приватного секторів і призводить до більшого різноманіття, але в той же час, має багато недоліків у вигляді потенційних нерівностей у доступі та якості тощо (див.табл. 2.2).

Порівняльна характеристика моделей управління в Європі та США

Назва моделі управління в закладі медично-соціального напрямку	Позитивні сторони	Негативні сторони
Скандинавська модель	- Людино-центричний підхід; - висока якість догляду та універсальний доступ; - децентралізація та гнучкість; - комплексна інтеграція послуг; - висока кваліфікація персоналу; - активне впровадження технологій добробуту	- Висока вартість; - потенційна нерівність між муніципалітетами; - обмежений вибір постачальників; - виклики з нестачею персоналом
Американська модель	- Високий рівень регуляції стандартів безпеки та якості догляду; - розвинена інфраструктура спеціалізованої медичної допомоги; - різноманіття послуг та типів закладів; - можливість приватного фінансування та інновацій;	- Висока вартість та фрагментована система фінансування; - нерівномірна якість догляду; - значне адміністративне навантаження та бюрократія; - Кадрова криза; часто акцент на "хворобі", а не на "людині"; - прагнення до прибутку

З метою отримання теоретичних та практичних знань для подальшого втілення їх на практиці в українських реаліях необхідно ознайомитися з фінансовими складовими в управлінні геріатричних пансіонатів, їх кадрового забезпечення та стандартами якості.

Моделі фінансування в Європі значно відрізняються між країнами, але загалом вони схиляються до більшої ролі державного

фінансування та соціального страхування порівняно зі США, що має дещо фрагментовану систему та покладається на поєднання державних програм, приватного страхування та власних коштів осіб. Приватний сектор домінує у власності закладів (див.табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Порівняльна характеристика моделей фінансування в Європі та США

Моделі фінансування геріатричних пансіонатів в Європі		
Податкова модель (Tax-based system)	Модель соціального страхування (Social insurance)	Змішані моделі
В скандинавських країнах (Данія, Швеція), де догляд часто надається муніципалітетами, послуги довгострокового догляду фінансуються переважно за рахунок загальних податкових надходжень (національних або місцевих).	Німеччина, яка запровадила обов'язкову систему соціального страхування для довгострокового догляду, фінансування відбувається за рахунок обов'язкових внесків із заробітної плати (сплачуваних працівниками та/або роботодавцями).	Багато країн поєднують елементи податкової моделі та соціального страхування, а також включають співплатежі з боку користувачів (out-of-pocket payments) або приватне страхування

Моделі фінансування геріатричних пансіонатів в США		
Medicaid	Medicare	Приватне страхування довгострокового догляду (Private Long-Term Care Insurance - LTCI)
Це основний платник за довгостроковий догляд у будинках престарілих. Medicaid – це спільна	Федеральна програма медичного страхування для осіб віком 65 років і старше, а також для деяких	Це добровільне страхування, яке може допомогти покрити витрати на довгостроковий догляд, але воно не є широко поширеним (близько 10% американців)

федерально-штатна програма для людей з низьким доходом. Вона покриває догляд для понад 6 з 10 мешканців будинків престарілих (близько 63% у 2023 році). Щоб отримати право на Medicaid, особи повинні відповідати суворим критеріям доходу та активів.	молодих людей з інвалідністю. Medicare покриває лише короткостроковий кваліфікований сестринський догляд (Skilled Nursing Facility - SNF) після госпіталізації (до 100 днів). Вона покриває близько 13% мешканців будинків престарілих.	мають таке страхування)
--	---	-------------------------

Також в моделі фінансування геріатричних пансіонатів в США активно приймають участь Ветерани (Veterans Benefits) та їхні подружжя, що мають право на фінансову допомогу для покриття витрат на догляд через Департамент у справах ветеранів США.

Значна частина витрат на довгостроковий догляд у США оплачується безпосередньо особами та їхніми родинами, так звані «власні кошти» (Out-of-pocket payments). Це може бути дуже дорого, часто призводячи до виснаження заощаджень.

Якщо порівнювати співвідношення кількості державних і приватних закладів в Європі та США, то в Європейських країнах воно коливається в межах: 46% приватних до 54% за підтримки держави. Так, Скандинавські країни традиційно мають високий рівень державної власності та управління геріатричними пансіонатами. У Франції більше половини закладів довгострокового догляду все ще перебувають у державній власності, хоча приватний сектор зростає. Велика Британія, Німеччина, Нідерланди мають дуже великий приватний сектор (понад 80% ринку). Однак у Німеччині та

Нідерландах некомерційні приватні організації володіють більшою кількістю закладів, ніж комерційні, тоді як у Великій Британії домінує комерційний сектор. В Іспанії 26% будинків догляду є державними, але 62% ліжок фінансуються державою, що означає значне субсидування приватних компаній.

За останні 10 років у більшості європейських країн спостерігається тенденція до приватизації, зростання частки приватного (особливо комерційного) сектору, оскільки державні заклади стикаються зі зростанням попиту та тиском на витрати.

Інша ситуація спостерігається в США та Канаді [23,24], де державний сектор займає 5-7% відповідних закладів, уступаючи приватному сектору, що утримує 70%. Співвідношення представлено (див.рис 2.3).

Європейські країни

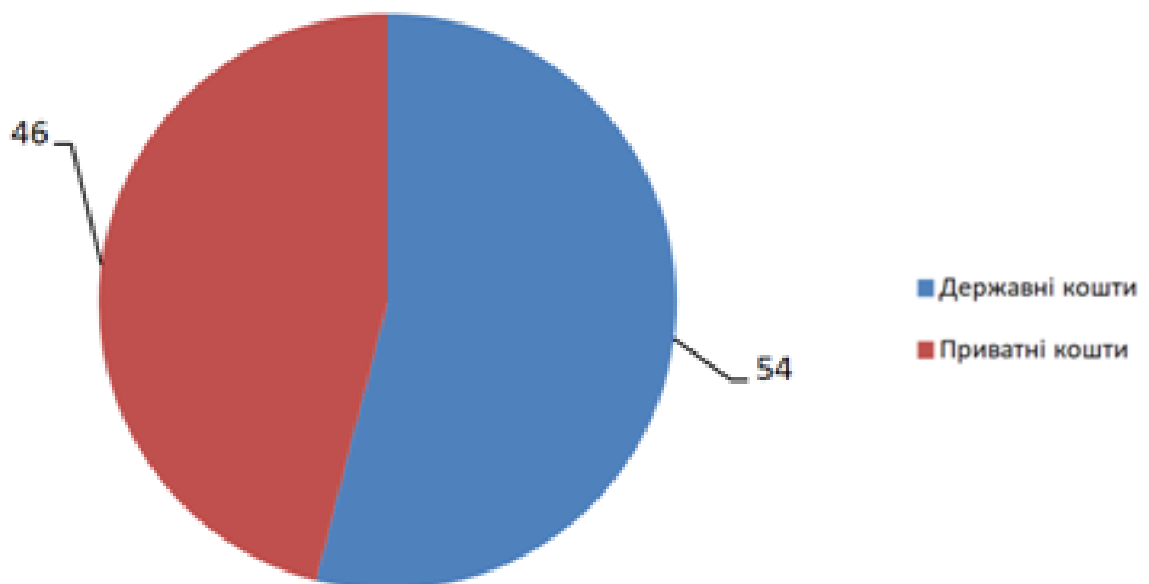




Рис. 2.3. Співвідношення державних та приватних закладів в Європі, США й Канаді.

Отже, порівнюючи дві потужні системи управління та фінансування, спостерігаємо, що в Європі переважно державне або соціальне страхування, з різним ступенем приватної участі, але з тенденцією до зростання приватного сектору. Скандинавські країни мають високий рівень державної власності, тоді як у Великій Британії та Німеччині домінує приватний сектор. В США домінують приватні (переважно комерційні) заклади, а фінансування є складною комбінацією Medicaid (для малозабезпечених), Medicare (для короткострокового кваліфікованого догляду), власних коштів та приватного страхування. Ці відмінності відображають різні філософії щодо ролі держави у соціальному забезпеченні та наданні послуг довгострокового догляду.

Що стосується аналізу кадрового забезпечення геріатричних пансіонатів у Європі та США, спостерігаються як спільні проблеми (дефіцит кадрів, низька оплата праці), так і відмінності в підходах до їх вирішення, що зумовлені різними моделями фінансування та управління (див.рис. 2.4).

Ці розбіжності визначають вектор інноваційного розвитку галузі: у Скандинавських країнах проєкти змін фокусуються на «м'яких» інноваціях — покращенні ергономіки простору, соціальній інтеграції та підвищенні автономії пацієнта, що фінансується через державні гранти та муніципальні програми. У США ж інноваційний менеджмент має виражений прагматичний характер, де пріоритет надається «жорстким» технологічним рішенням, таким як автоматизовані системи обліку медикаментів або цифрові платформи моніторингу стану здоров'я. Такі проєкти спрямовані на пряме зниження операційних витрат і мінімізацію ризиків страхових виплат, що робить економічну ефективність (ROI) головним критерієм успіху будь-якої організаційної зміни.

Окрім того, управління в кадровому секторі також демонструє різні стратегічні підходи: європейська модель покращення умов праці та корпоративну культуру, американська заміщення дефіцитного людського ресурсу технологічними аналогами.

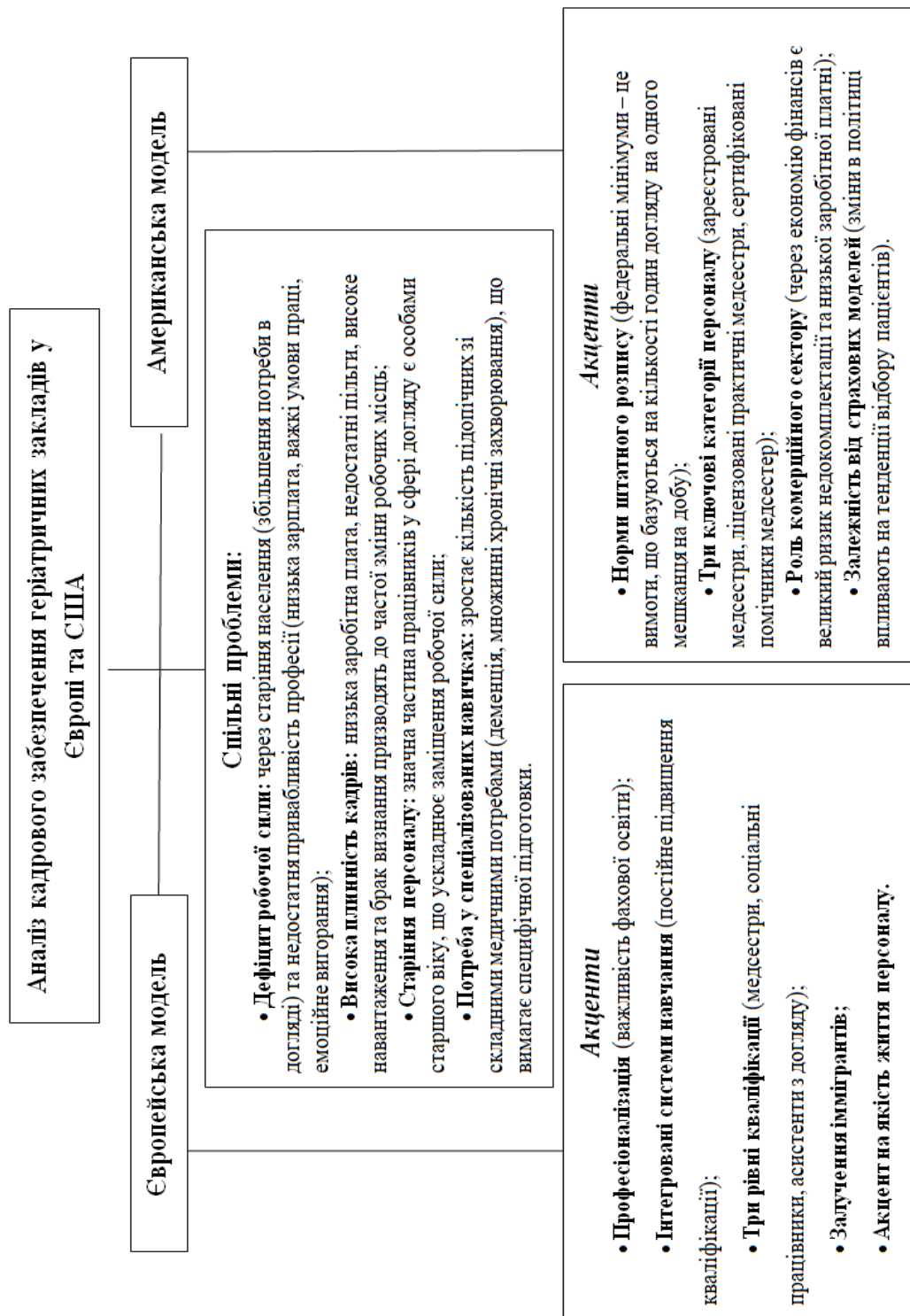


Рис. 2.4. Аналіз кадрового забезпечення геріатричних закладів у Європі та США

Отже, аналіз світових практик показує, що існують дві домінуючі моделі організації та управління геріатричними пансіонатами: скандинавська та американська. Скандинавська модель базується на людиноцентричному підході та децентралізованому управлінні, що забезпечує високу якість догляду та універсальний доступ за рахунок значного державного фінансування. Натомість, американська модель є високоформалізованою та регульованою, де домінують приватні (переважно комерційні) заклади, а фінансування здійснюється через складну комбінацію державних програм, страховок та приватних коштів.

Незважаючи на відмінності, обидві системи стикаються з глобальними викликами, зокрема з кадровою кризою, яка вимагає впровадження інноваційних технологій, підвищення кваліфікації персоналу та покращення умов праці. Вивчення цих практик є критично важливим для України, адже дозволяє ідентифікувати найкращі підходи до створення ефективної, доступної та якісної системи медико-соціального догляду для людей похилого віку.

2.2. Огляд функціонування будинків для людей похилого віку в Україні.

В роботі проведено аналіз діяльності державних, комунальних та приватних закладів в Україні. Сильні та слабкі сторони існуючої системи. За даними Міністерства соціальної політики України, станом на 2023 рік, в Україні функціонує: близько 300 будинків-інтернатів для громадян похилого віку та осіб з інвалідністю, що знаходяться в державній та комунальній власності [25].

Точна кількість приватних пансіонатів є складною для підрахунку через відсутність єдиного реєстру та існування багатьох

незареєстрованих закладів. За різними оцінками, їх кількість коливається від 500 до 700.

Геріатричні пансіонати та будинки інтернати - це заклади, призначені для постійного або тимчасового проживання та комплексного догляду за людьми похилого віку, які через стан здоров'я, інвалідність або соціальні обставини не можуть самостійно піклуватися про себе.

З огляду на правове поле функціонування будинків для людей похилого віку в Україні регулюється кількома основними законами, зокрема Законом України "Про соціальні послуги" та Постановою Кабінету Міністрів України "Про затвердження Державного стандарту догляду для осіб похилого віку". Система поділяється на державні, комунальні та приватні заклади, кожен з яких має свої особливості.

Державні та комунальні заклади є основою системи соціального захисту в Україні та орієнтовані на надання послуг малозабезпеченим та соціально вразливим категоріям населення. До цієї категорії відносяться геріатричні пансіонати, будинки-інтернати для громадян похилого віку та осіб з інвалідністю, а також територіальні центри соціального обслуговування. Вони перебувають у державній або комунальній власності та підпорядковуються Міністерству соціальної політики України, а також місцевим органам влади (департаменти соціального захисту обласних та міських адміністрацій). Фінансування здійснюється за рахунок державного та місцевих бюджетів. Основними джерелами є кошти, що виділяються на утримання закладів, та часткове відрахування з пенсії підопічних (до 75% пенсії). Цього фінансування часто недостатньо, що створює проблеми з матеріально-технічною базою. Державні та комунальні заклади надають базовий комплекс послуг, який включає:

- Проживання та харчування.
- Гігієнічний догляд.
- Соціально-побутові послуги.
- Базовий медичний супровід (лікар-терапевт, медсестринський персонал).

Критерії прийому: Прийом здійснюється за направленням органів соціального захисту. Право на проживання мають особи, які досягли пенсійного віку, є особами з інвалідністю та потребують постійного стороннього догляду, не мають працездатних родичів, які можуть їх утримувати, або не можуть забезпечити собі гідні умови життя.

Розвиток приватних пансіонатів для літніх людей в Україні є відносно новим явищем. Вони орієнтовані на клієнтів із середнім та високим доходом, які шукають вищий рівень комфорту та якості послуг.

Називаються приватними пансіонатами, будинками для літніх людей або центрами догляду. Вони можуть мати різні форми власності (ТОВ, ФОП) та підлягають ліцензуванню та контролю з боку органів соціального захисту та МОЗ. Фінансуються за рахунок повних або часткових платежів від підопічних та їхніх родин. Вартість послуг залежить від рівня комфорту, спектра послуг та регіону. Приватні заклади часто пропонують ширший спектр послуг, ніж державні, зокрема:

- Проживання в кімнатах з покращеними умовами.
- Дієтичне харчування, яке враховує індивідуальні потреби.
- Кваліфікований медичний супровід 24/7 (часто з лікарями-геріатрами).
- Програми реабілітації (фізіотерапія, лікувальна фізкультура).
- Ширший спектр соціально-культурних заходів та організація дозвілля.

- Послуги з догляду за пацієнтами з деменцією або хворобою Альцгеймера.

Прийом здійснюється на договірній основі, без жорстких соціальних критеріїв, що робить їх більш доступними для тих, хто може оплатити послуги.

Отже, проводячи аналіз між державними / комунальними та приватними закладами можна виділити, як переваги так і недоліки за певними критеріями.

Доступність подібних послуг для громадян України залежить від фінансової спроможності. Якщо в державних/комунальних закладах відбувається часткове відрахування з пенсії, то в приватному - це 100%. Якість залежить від фінансування та стану закладу. Зазначається, що в приватних закладах вищий рівень комфорту, ширший спектр послуг, в пріоритеті клієнтоцентризм [26]. Персонал є штатним, але в державних часто обмежена кількість та низька оплата праці, на противагу приватним.

Серед головних недоліків, слід вважати недостатнє фінансування, переповненість, застаріла матеріально-технічна база в державних установах, а в приватних - висока вартість, відсутність жорсткої системи контролю (у деяких випадках).

Обидві системи є необхідними в Україні. Державні та комунальні заклади виконують критично важливу соціальну функцію, забезпечуючи догляд для тих, хто його найбільше потребує. Приватні заклади, у свою чергу, заповнюють нішу якісних послуг та стимулюють розвиток галузі, але залишаються недоступними для більшості громадян (див.табл. 2.4).

**Основні недоліки організації та функціонування
геріатричних пансіонатів в Україні**

Форма власності	Недоліки
Державні та комунальні заклади	- недостатнє державне фінансування; - низька якість харчування та догляду, - брак ресурсів для покращення матеріально-технічної бази, - низька оплата праці персоналу, - застаріла матеріально-технічна база, - кадровий дефіцит та низька кваліфікація персоналу.
Приватні заклади	- висока вартість, - невідповідність стандартам, - відсутність єдиних тарифів, - брак довгострокових гарантій, - кадровий дефіцит та низька кваліфікація персоналу

Наразі, в Україні, ключові проблеми діяльності геріатричних пансіонатів для людей похилого віку, незалежно від форми власності, є схожими та пов'язані із фінансуванням, матеріально-технічною базою та кваліфікацією персоналу. Для всіх типів закладів нагальним питанням залишається належне законодавче регулювання та державний контроль, який забезпечив би дотримання єдиних стандартів якості, незалежно від форми власності.

2.3. Дослідження регіональних особливостей та потреб м. Миколаєва у послугах для людей літнього віку.

Демографічний аналіз населення Миколаєва (кількість осіб похилого віку, що потребують стороннього догляду) показує, що Станом на 1 січня 2023 року кількість наявного населення Миколаївської області становить 1 091 100 осіб, зокрема міського - 750 700 осіб, сільського - 341 100 осіб. Питома вага у загальній

кількості населення: міського - 69 % (в Україні - 69,41 %), сільського - 31 % (в Україні - 30,59 %). Загальна кількість населення за віком представлена на (див.рис. 2.4) [27].

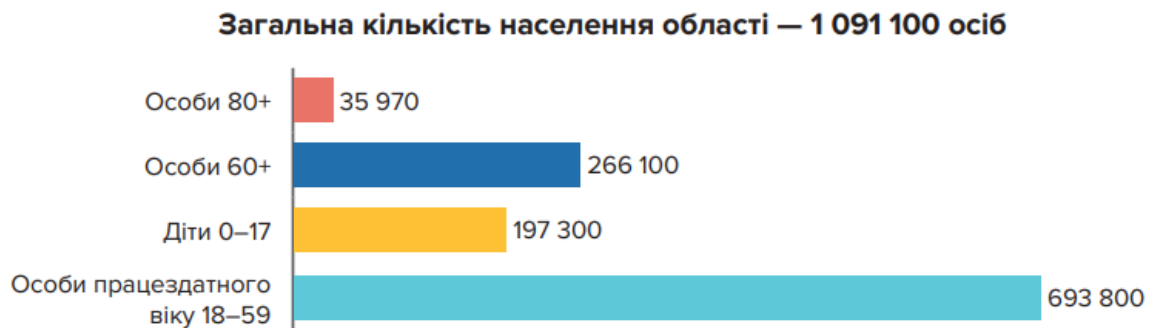


Рис. 2.4. Розподіл населення за віком [27]

За даними результатів дослідження, проведеного Громадською організацією «Ліга соціальних працівників України» в межах пілотної ініціативи Програми розвитку ООН (UNDP) в Україні «Удосконалення системи соціальної роботи та надання соціальних послуг в шести цільових областях проєкту шляхом проведення аналізу стану організації та надання соціальних послуг у територіальних громадах цих регіонів, ідентифікації надавачів і визначення потреб задля цифровізації процесів» за фінансової підтримки Європейського Союзу, наданої в межах проєкту «EU4Recovery — Розширення можливостей громад в Україні» частину населення області від загальної кількості населення - 302070 осіб (27,7 %) складають люди старшого віку, з них: 60+ - 266100 осіб, 80 років і старші — 35970 осіб. Кількість одиноких осіб, які потребують стороннього догляду, - 21525 (див. рис. 2.4).

За статистичними даними, більше семи відсотків осіб старшого віку потребують стороннього догляду [27].

Що стосується міста Миколаєва, то загальна демографічна ситуація станом на 2024 рік, тобто точні демографічні дані щодо

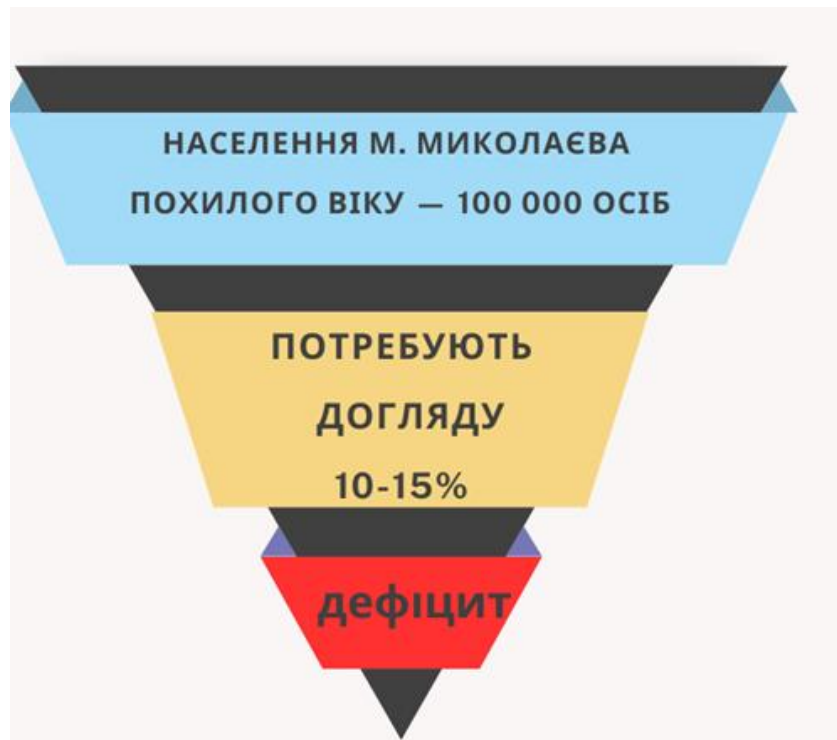
населення Миколаєва є орієнтовними через масову міграцію, спричинену повномасштабним вторгненням. До війни, у 2021 році, населення міста становило близько 470-480 тис. осіб. Після лютого 2022 року, за оцінками, кількість жителів скоротилася майже вдвічі, але зараз спостерігається поступове повернення людей.

До початку повномасштабного вторгнення (за даними 2021 року) частка людей віком 60 років і старше в Миколаївській області становила приблизно 25% від загальної чисельності населення. Це означало, що в Миколаєві проживало понад 100 тис. осіб похилого віку. Через війну багато людей евакуювалися, але значна частина пенсіонерів, особливо ті, що не мають можливості виїхати, залишилася. Це робить демографічну ситуацію в місті ще більш складною.

Специфічних даних про кількість осіб похилого віку, які потребують стороннього догляду саме в Миколаєві, немає. Проте, на основі загальноукраїнських та міжнародних оцінок, можна зробити приблизні розрахунки: За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, в середньому від 10% до 15% осіб віком 65 років і старше потребують довгострокового догляду через обмеження життєдіяльності.

Автором проведено оцінку наявної інфраструктури (спеціальних закладів) для людей похилого віку у місті Миколаєві (див.рис.2.5).

Станом на 01.01.2025 року у сфері управління Департаменту соціального захисту населення Миколаївської обласної військової адміністрації функціонують 9 будинків-інтернатів, із них: два геріатричні пансіонати та сім психоневрологічних інтернатів.



Загальна кількість держзакладів: 9
Профільні геріатричні пансіонати: 2

Заповнюваність: 100%

Наявні місця: 1422 (дефіцит > 85%)

Рис. 2.5. Маркетинговий аналіз місткості ринку геріатричних послуг м. Миколаєва

Таблиця 2.5 демонструє ситуацію із наявністю вільних місць в геріатричних пансіонатах Миколаївської області.

Отже, якщо взяти за основу довоєнну (2021 рік) чисельність населення похилого віку (100 тис. осіб) та застосувати цей відсоток, можна припустити, що щонайменше 10 000 – 15 000 мешканців Миколаєва потребували постійного стороннього догляду. На

сьогоднішній день провести моніторингову оцінку важко, але більшість людей похилого віку залишились в місті.

Таблиця 2.5-

Геріатричні пансіонати та психоневрологічні інтернати сфери управління Департаменту соціального захисту населення Миколаївської обласної військової адміністрації¹

№ п/п	Повна назва закладу	Адреса	Розраховано на місць	Фактично зайнято місць
1	Вознесенський геріатричний пансіонат	м. Вознесенськ	160	160
2	Миколаївський геріатричний пансіонат	м. Миколаїв	151	151
3	Баштанський психоневрологічний інтернат	с. Лоцкине	151	151
4	Виноградівський психоневрологічний інтернат	с. Виноградівка	105	105
5	Первомайський психоневрологічний інтернат	м. Первомайськ	135	135
6	Новосвітлівський психоневрологічний інтернат	с. Новосвітлівка	210	210
7	Лупаревський психоневрологічний інтернат	с. Привільне	100	100
8	Горожанський психоневрологічний інтернат	с. Старогорожене	105	105
9	Баратівський психоневрологічний інтернат	с. Баратівка	305	305
Всього			1422	1422

¹ Дані отримані на запит до Департаменту соціального захисту населення Миколаївської обласної військової адміністрації від 29.07.2025

Точна кількість приватних геріатричних пансіонатів у Миколаївській області та місті Миколаєві не фіксується в єдиному державному реєстрі. За даними відкритих джерел та бізнес-каталогів, станом на 2024 рік, в області та місті Миколаєві функціонує близько 5-10 зареєстрованих приватних пансіонатів для людей похилого віку.

Важливо зазначити, що ця цифра може бути неповною, оскільки на ринку також працює значна кількість закладів, які надають послуги без офіційної реєстрації як постачальники соціальних послуг. Визначити кількість фактично зайнятих місць неможливо, так, як приватні заклади не зобов'язані оприлюднювати інформацію про кількість підопічних у публічному доступі.

Отже, це є серйозною проблемою, і дані моніторингу свідчать, про те, що місто Миколаїв стикається з гострим дефіцитом закладів, здатних задовольнити поточний попит на послуги з догляду за людьми похилого віку. Основні причини та наслідки цієї ситуації:

- Демографічні тенденції: В Миколаєві, як і в багатьох містах України, до війни спостерігався високий відсоток літніх людей. Посттравматичний стресовий розлад та погіршення фізичного здоров'я внаслідок бойових дій та стресу лише посилюють потребу в спеціалізованому догляді.
- Недостатня кількість місць: Наявних 5-10 приватних пансіонатів та одного комунального закладу (який переповнений) недостатньо для задоволення потреб десятків тисяч людей.
- Економічна нерівність: Більшість літніх людей не можуть дозволити собі послуги приватних пансіонатів, а державні установи не в змозі прийняти всіх охочих через брак місць та фінансування.

Ця ситуація вказує на нагальну потребу в розробці та впровадженні стратегії, яка б поєднала зусилля держави, приватного сектору та громадських організацій для створення достатньої

кількості доступних та якісних місць для людей похилого віку, що потребують догляду.

Створення нового геріатричного пансіонату в Миколаєві може вирішити низку невирішених проблем та задовольнити нагальні потреби, які існують у місті. Варіанти рішень представлено на (див.рис. 2.6).



Рис. 2.6. Переваги створення нового геріатричного пансіонату в місті Миколаєві

Отже, виходячи з проведеного дослідження світових практик та аналізу регіональних потреб існуючої системи, було досліджено та обґрунтовано управлінські засади створення та ефективного функціонування будинку для людей похилого віку у м. Миколаєві, а саме визначення моделі управління та фінансування.

Аналіз світових практик виявив дві домінуючі моделі: Скандинавську (орієнтовану на універсальний доступ, людиноцентризм та значне державне фінансування) та Американську (високо регульовану, домінуючу приватним сектором та фінансово фрагментовану). Враховуючи соціальну значущість та фінансові реалії України, оптимальною управлінською засадою для нового Миколаївського пансіонату є змішана, гібридна модель. Вона має поєднати високі стандарти якості та людиноцентричний підхід Скандинавії з жорстким державним регулюванням та активним залученням приватного/грантового фінансування для забезпечення фінансової стійкості (наслідуючи США).

Інтеграція управління та подолання прогалин. Ефективне функціонування вимагає комплексної інтеграції управлінських підходів стратегічного менеджменту, для визначення довгострокового бачення в умовах постконфліктного відновлення, проєктного менеджменту, для реалізації інноваційних змін та залучення зовнішніх ресурсів та процесного менеджменту, для гарантування щоденної відповідності стандартам якості. Критично важливою управлінською засадою є подолання українських системних прогалин у розмежуванні медичного/соціального фінансування та вирішення кадрової кризи через підвищення привабливості праці.

Демографічний аналіз чітко засвідчив критичний дефіцит місць у Миколаєві. Наявні комунальні заклади переповнені (151/151 місце), а

приватний сектор (5-10 закладів) є недоступним для більшості пенсіонерів (до війни понад 100 тис. осіб віком 60+). Створення нового геріатричного пансіонату є нагальною потребою, яка дозволить не лише подолати дефіцит місць, а й забезпечити сучасні стандарти догляду, вирішити кадрові питання шляхом створення конкурентних умов праці та стимулювати розвиток галузі в регіоні.

Таким чином, управлінські засади створення нового пансіонату в Миколаєві повинні ґрунтуватися на гібридній моделі, що використовує міжнародний досвід для встановлення високих стандартів, та активно залучає зовнішні ресурси для забезпечення фінансової та кадрової стійкості в умовах значного соціального попиту та регіональних викликів.

РОЗДІЛ 3

ПРОПОЗИЦІЇ ПО СТВОРЕННЮ ГЕРІАТРИЧНОГО ПАНСІОНАТУ В М.МИКОЛАЄВІ

3.1 Резюме

Назва підприємства: Приватний геріатричний пансіонат «Надія».

Адреса: м. Миколаїв, Центральний район, вул. Маршала Василевського, 40, наявна будівля, що потребує реконструкції.

Приватний геріатричний пансіонат «Надія» буде зареєстрований в м. Миколаєві як Товариство з обмеженою відповідальністю (ТОВ). Капітал для фінансування проєкту буде отриманий від інвестора та частково від залучення цільових донорських коштів (грантів) на соціальні та інфраструктурні потреби.

Підготовка, включаючи реконструкцію та оснащення, займе 12 місяців – з 01.06.2026 до 01.06.2027.

Дата відкриття (прогнозована): 01.09.2027.

Задачі підприємства: Надання цілодобових, комплексних медико-соціальних послуг та послуг з постійного проживання для громадян похилого віку, включаючи осіб, які потребують спеціалізованого догляду (лежачі хворі, деменція) та реабілітації, сприяючи соціальному відновленню громади Миколаєва.

Прогнозована вартість інвестиційного проєкту: 20000 000 грн. (На реконструкцію будівлі та оснащення). В першу чергу кошти будуть витрачені на:

1. Реконструкцію та перепланування будівлі відповідно до норм інклюзивності та ДБН (ліфт, пандуси, розширені проходи).
2. Придбання медичного обладнання (функціональні ліжка, протипролежневі матраци) та меблів. Частина цих витрат (зокрема,

на реабілітаційне обладнання) планується покрити за рахунок грантових програм.

3. Набір та навчання кваліфікованого медичного та доглядового персоналу.

4. Маркетингову кампанію та ліцензування.

Отримане фінансування буде повертатися за допомогою доходів, які формуються завдяки щомісячній платі за проживання та догляд, а також додатковими послугами (реабілітація, індивідуальні медичні процедури). Залучені грантові кошти не потребують повернення, але сприятимуть здешевленню інвестиційної фази та підвищенню соціального статусу проєкту.

Суть проєкту – створення приватного геріатричного пансіонату на 100 ліжок з номерним фондом 2, 4 та 6 місць. Створюване підприємство надає послуги населенню м. Миколаєва та області:

1. Цілодобового нагляду та догляду (молодший медичний персонал).

2. Медичного контролю та супроводу (медсестри, лікар-терапевт).

3. Реабілітаційного лікування (з акцентом на залучення грантів для оснащення).

4. Організації дієтичного 5-разового харчування.

5. Соціальної адаптації та дозвілля (анімація, заняття).

6. Послуг прання та прибирання.

7. Тимчасове перебування (оплата за добу перебування у закладі).

8. Кабінет реабілітації.

9. Кабінет масажу.

Відмінною рисою створюваного підприємства є:

- Високе співвідношення персоналу до пацієнтів (1:5 - 1:7).
- Наявність окремих пакетів догляду за пацієнтами з хворобою Альцгеймера/деменцією.
- Стратегічне залучення донорських коштів для забезпечення високоякісним обладнанням соціально незахищених пацієнтів в проєкті геріатричного пансіонату базується на активному фандрейзингу та участі в грантових програмах від міжнародних інституцій, таких як USAID, Червоний Хрест та структурні фонди ЄС. Важливою складовою є підвищення якості інклюзивного середовища, відповідно до міжнародних стандартів безбар'єрності (Universal Design). Це включає не лише архітектурну адаптацію приміщень (встановлення панорамних ліфтів, автоматизованих підйомників та тактильної навігації), а й впровадження систем «розумного догляду» та допоміжних технологій для мешканців з когнітивними порушеннями. Використання прозорих механізмів звітності та демонстрація соціального впливу (Social ROI) залучених ресурсів дозволяє пансіонату формувати довгострокові партнерські відносини з міжнародними донорами
- Комфортні умови проживання, обладнані зонами відпочинку та безпечною внутрішньою територією для прогулянок.
- Гарантії надання якісних медико-соціальних послуг відповідно до сучасних стандартів.

Загальну характеристику організації закладу медико-соціального напрямку представлено в табл.3.1.

-Загальна характеристика геріатричного пансіонату «Надія»

Параметр	Опис
Мета проєкту	Створення сучасного центру на 100 ліжок для надання послуг цілодобового медико-соціального догляду та постійного проживання громадян похилого віку в Миколаєві.
Місце розташування	м. Миколаїв, район з гарною транспортною доступністю.
Цільова аудиторія	Середній та вищий за середній клас населення Миколаєва та області, які потребують постійного догляду.
Місткість	100 койко-місць.
Обсяг інвестицій (приблизно)	Приблизно 15000 000 - 25000000 грн. (На реконструкцію та оснащення).
Джерела фінансування	Інвестор та залучення донорських коштів
Дати реалізації проєкту (Підготовка, включаючи реконструкцію та оснащення)	Орієнтовно 12 місяців

3.2. Опис послуг

Пропонована структура номерного фонду орієнтована на оптимізацію рентабельності (за рахунок більшої кількості стандартних та економ-місць) та забезпечення гнучкості цінової політики для охоплення різних сегментів споживачів.

Проектування та експлуатація закладу базується на необхідності дотримання наступних основних нормативних документів України.

Коротка характеристика запропонованої структури закладу медико-соціального спрямування (геріатричного пансіонату «Надія») в м. Миколаєві представлена в табл. 3.2.

Таблиця 3.2

Структура закладу геріатричного пансіонату «Надія»

Тип номера	Місткість	Кількість кімнат	Кількість ліжок	Призначення та нормативні аспекти
2-місні (Преміум)	2	10	20	Для підопічних, що потребують підвищеного комфорту. Забезпечує максимально можливу площу на людину. Відповідає вимогам до палат підвищеного комфорту.
4-місні (Стандарт)	4	12	48	Основний фонд. Баланс між комфортом та економічною ефективністю. Типові норми для палат у соціальних та медичних.
6-місні (Економ)	6	5	30	Для клієнтів з обмеженим бюджетом. Вимагає суворого контролю за площею на одне ліжко (не менше мінімально встановленої норми, зазвичай 6 м ² на 1 ліжко згідно ДБН для лікарень, хоча для соціальних закладів може бути іншим, але рекомендується дотримуватись).
Ліжка для медичного нагляду	2	1	2	Окрема кімната, обладнана для тимчасової ізоляції (наприклад, при інфекціях) або для цілодобового спеціалізованого нагляду. Обов'язкова вимога санітарних норм.
РАЗОМ	-	28	100	

Геріатричний пансіонат пропонує такі послуги:

- Постійне та тимчасове перебування.

- Цілодобовий нагляд та догляд (гігієнічні процедури, годування, допомога у пересуванні).
- Медична допомога та контроль стану здоров'я (контроль показників, прийом ліків).
- 5-разове дієтичне харчування.
- Соціальна та психологічна допомога, організація дозвілля (анімація, заняття).
- Реабілітаційні програми (за окрему плату або в пакетах).

Співвідношення персоналу до пацієнтів у медико-соціальних закладах має бути не менше 1:5. Для 100 ліжок штат має становити мінімум 20-25 осіб доглядового та медичного персоналу представлено в табл. 3.3.

Таблиця 3.3-

**Орієнтовний штат співробітників геріатричного пансіонату
“Надія”**

Посада	Кількість (приблизно)	Навантаження на персонал
Адміністративний директор	1	
Медичний персонал (старша медсестра, чергові медсестри)	4	Чергування 24/7, контроль маніпуляцій та видачі ліків
Доглядальниці/молодший медичний персонал	18	- пацієнти лежачі 1:5 - пацієнти, що мають рухову активність 1:7
Кухарі та помічники	3	
Прибиральниці/Завгосп/Охорона	5	
РАЗОМ	31	

Послуги стаціонарного проживання та догляду:

- Постійне проживання: Розміщення у 1, 2 або 4-місних номерах, обладнаних спеціалізованими геріатричними меблями (функціональні ліжка з антипролежневими матрацами, системами виклику персоналу).
- Цілодобовий патронаж (Care Management): Безперервний нагляд мультидисциплінарною командою (молодші медсестри, доглядальниці). Виробничий цикл включає щоденні гігієнічні процедури, допомогу у прийомі їжі, мобільність (переміщення територією) та контроль за дотриманням режиму дня.

2. Інноваційна послуга «Respite Care» (Тимчасове перебування / Перепочинок)

Послуга розроблена як швидка відповідь на запит сучасних сімей (відрадження, відпустка, вихідні).

- Формат «Готель для літніх»: Надання послуг на термін від 1 до 14 діб.
- Процес: Спрощена процедура (за наявності базової медичної карти), забезпечення повного пакету послуг пансіонату на час відсутності опікунів.
- Маркетингова перевага: Ця послуга діє як «тест-драйв» пансіонату, що часто стає першим етапом перед переходом клієнта на постійне проживання.

3. Медичний блок та моніторинг стану здоров'я

Організація процесу базується на превентивній медицині:

- Поточний контроль: Щоденний моніторинг вітальних показників (тиск, пульс, рівень цукру, сатурація) за допомогою переносних діагностичних комплексів.

- Фармацевтичний менеджмент: Суворий контроль графіку прийому ліків з використанням автоматизованих систем обліку (електронний лист призначень).
- Невідкладна допомога: Наявність маніпуляційного кабінету та налагоджений алгоритм взаємодії зі службами екстреної допомоги (проекування «зеленого коридору»).

4. Кабінет реабілітації та масажу (Комерційний блок)

Даний підрозділ працює як окремий центр прибутку (Profit Center), надаючи послуги як мешканцям пансіонату, так і амбулаторним клієнтам ззовні.

- Масажний кабінет: Класичний, лікувальний, лімфодренажний масаж; використання апаратних методик.
- Фізіотерапія та ЛФК: Програми відновлення після інсультів, переломів (зокрема шийки стегна) та операцій.
- Монетизація: Послуги можуть входити у «Преміум-пакети» проживання або купуватися окремо. Це залучає додатковий дохід та інтегрує пансіонат у місцеву інфраструктуру охорони здоров'я.

5. Сервіс харчування (Nutrition Management)

- Формат: 5-разове харчування, розроблене дієтологом з урахуванням вікових особливостей травлення та хронічних захворювань (діабет, гастрит). Власна кухня, що працює за стандартами НАССР, що гарантує безпеку та якість продуктів. *Hazard Analysis and Critical Control Points*) — це міжнародно визнана система управління безпечністю харчових продуктів. В українському законодавстві вона відома як ХАССП.

Це перехід від контролю *результату* (перевірки вже готової страви) до контролю *процесу* (запобігання небезпеці на кожному етапі). Замість того, щоб сподіватися, що їжа безпечна, ми створюємо умови, за яких вона просто не може бути зіпсованою.

7 основних принципів НАССР у пансіонаті:

1. Аналіз небезпечних факторів: Визначення, де може виникнути проблема (біологічна — бактерії, хімічна — мийні засоби, фізична — скло чи метал).
2. Визначення критичних точок контролю (КТК): Етапи, де ризик можна усунути.
3. Встановлення критичних меж: Наприклад, температура в холодильнику не має перевищувати +5°C, а температура всередині запеченої котлети має бути не менше +75°C.
4. Процедури моніторингу: Хто, як і коли перевіряє ці показники.
5. Коригувальні дії: Що робити, якщо щось пішло не так.
6. Процедури верифікації (перевірки): Регулярні лабораторні тести готової їжі та змивів з поверхонь, щоб переконатися, що система працює.
7. Документування: Ведення журналів та звітів. У системі НАССР «що не записано — того не було».

В пансіонаті запропоновано здійснення соціалізації та психологічної підтримки (Quality of Life). У межах проєкту зміна парадигми полягає у переході від «зберігання» до «активного довголіття»:

- Анімаційний план: Щоденні заняття з арт-терапії, когнітивні тренування (вправи на пам'ять), музичні вечори та прогулянки облаштованою парковою зоною.
- Психологічний супровід: Індивідуальні консультації для адаптації нових мешканців та робота з емоційним вигоранням родичів.

3.3. Аналіз ризиків та стратегія їх мінімізації

Аналіз ризиків має критичне значення та показав збитковість проєкту при поточних параметрах. Ризики класифіковані за джерелом виникнення.

Ці ризики безпосередньо впливають на терміни окупності та фінансову життєздатність проєкту та представлено в табл. 3.4.

Таблиця 3.4-

Фінансові та Інвестиційні Ризики реалізації проєкту

Ризик	Імовірність	Вплив	Стратегія мінімізації
Збитковість при 100% заповнення	Висока	Катастрофічний	• Перегляд цінової політики: підвищення вартості проживання. • Введення високомаржинальних послуг (реабілітація, спеціалізований мед. догляд).
Перевищення бюджету реконструкції	Середня	Значний	• Використання кваліфікованого генпідрядника з фіксованою ціною. • Залишення резерву (10-15%) у загальному бюджеті. Детальне проєктування до початку робіт (виключення непередбачених змін).
Недоотримання грантового фінансування	Середня	Значний	• Інвестиційний план має передбачати можливість покриття витрат на обладнання інвестором, якщо гранти не будуть отримані вчасно. • Залучення грант-менеджера.
Касові розриви на старті	Середня	Значний	• Формування фінансової подушки (покриття операційних витрат на 6 місяців) у стартовому капіталі.

Ці ризики безпосередньо впливають на якість послуг, що є конкурентною перевагою "Надії" (див. табл.3.5-3.6).

Таблиця 3.5

Операційні та Кадрові Ризики (Критичні для якості)

Ризик	Імовірність	Вплив	Стратегія мінімізації
Висока плинність доглядового персоналу (Доглядальниці)	Висока	Значний	Мотиваційна програма: регулярне підвищення кваліфікації за рахунок компанії, бонуси за відсутність скарг. Забезпечення співвідношення 1:5–1:7 (як заплановано), щоб уникнути вигорання.
Низька кваліфікація персоналу (Мед. аспекти)	Середня	Значний	- Обов'язкова ліцензія на медичну практику (для медичного блоку). - Регулярне внутрішнє та зовнішнє навчання (особливо робота з деменцією та лежачими пацієнтами).
Недотримання ДБН/ДСанПіН (Під час реконструкції)	Середня	Значний	Залучення незалежного технагляду. Обов'язкова відповідність до ДБН В.2.2-40:2018 "Інклюзивність" (особливо щодо протипожежних систем для маломобільних груп).
Епідеміологічні ризики (Інфекції)	Середня	Значний	Наявність ізолятора (2 ліжка передбачені), посилені протоколи дезінфекції, регулярний медичний огляд персоналу.

Таблиця 3.6 -

**Ринкові та Конкурентні Ризики, пов'язані з особливостями ринку
Миколаєва та області**

Ризик	Імовірність	Вплив	Стратегія мінімізації
Низька заповнюваність на старті (Перші 6–12 місяців)	Середня	Значний	Маркетинг: акцент на унікальних перевагах (пакети догляду за деменцією, реабілітація за грантові кошти); партнерство з благодійними фондами, лікарнями та лікарями-геріатрами.
Висока конкуренція у сегменті Економ	Середня	Значний	Диверсифікація: зменшення частки 6-місних номерів на користь 4-місних (якщо збиткова ціна). Акцент на високій якості догляду як головній перевазі.
Негативна репутація (Соціальні мережі, ЗМІ)	Середня	Катастрофічний	Створення посади "Менеджера із задоволеності клієнтів", впровадження внутрішньої системи контролю якості. Швидке та професійне реагування на будь-які скарги.
Зміна законодавства (Соціальні послуги, ліцензування)	Середня	Значний	- Постійний моніторинг змін у законодавстві (Закон "Про соціальні послуги"). - Взаємодія з профільною асоціацією.
Зростання комунальних тарифів/інфляція	Висока	Значний	- Встановлення енергоефективного обладнання під час реконструкції. - Щорічна індексація вартості послуг, прив'язка до індексу інфляції.

Для фінансового плану та підвищення ефективності роботи проекту, необхідно скоригувати цінову політику та оптимізувати витрати. Для цього рекомендовано:

1. Оптимізація ФОП (зменшення штату доглядальниць для досягнення співвідношення 1:6–1:7).

2. Підвищення середнього чека через збільшення цін на Преміум та Стандарт номери.

3. Включення додаткових високомаржинальних послуг у прогноз продажів.

4. Перерахунок точки беззбитковості (BEP).

3.4. Пропозиції щодо залучення ресурсів та сталого розвитку закладу медико-соціального спрямування

Сталий розвиток геріатричного пансіонату на 100 ліжок в умовах сучасних викликів (демографічне старіння, обмеженість державних бюджетів) вимагає відходу від моделі повного державного утримання до моделі багатоканального фінансування та соціального підприємництва.

Для забезпечення фінансової стійкості проєкт передбачає диверсифікацію джерел доходу за моделлю «70/20/10»:

1. Основна операційна діяльність (70%):

○B2C сегмент: Прямі контракти з родичами мешканців (повний пансіон).

○Respite Care (подобове перебування): Формування пулу «швидких» коштів за рахунок високої оборотності ліжко-місць тимчасового перебування.

- Комерційний кабінет реабілітації: Надання послуг (масаж, ЛФК, фізіотерапія) для мешканців навколишніх районів за ринковими цінами.
2. Державне та муніципальне партнерство (20%):
- Механізм закупівлі соціальних послуг: Участь у тендерах від територіальних громад на утримання осіб пільгових категорій (державна оплачує вартість послуги закладу).
 - Програми НСЗУ: Контрактування окремих пакетів медичної допомоги (наприклад, паліативна допомога або мобільна реабілітація).
3. Грантова діяльність та благодійність (10%):
- Залучення коштів міжнародних фондів (USAID, фонди ЄС, Червоного Хреста) на впровадження енергоефективних технологій (сонячні панелі, термомодернізація) та інклюзивного обладнання.

Розвиток партнерської мережі (Stakeholder Engagement)

Проектний менеджмент закладу має фокусуватися на створенні «кола підтримки» навколо пансіонату:

- Медичний кластер: Створення партнерств із профільними лікарнями та діагностичними центрами. Це дозволяє пансіонату не купувати дороге обладнання (наприклад, МРТ), а отримувати послуги за спеціальними партнерськими тарифами з пріоритетним обслуговуванням мешканців.
- Освітнє партнерство: Співпраця з медичними коледжами та університетами. Пансіонат стає базою для практики студентів-реабілітологів та психологів. *Вигода:* доступ до молодих кадрів та зниження витрат на допоміжний персонал (волонтерство/практика).

- Корпоративний сектор (КСВ): Залучення бізнесу до проєктів з покращення інфраструктури (наприклад, ІТ-компанія може спонсорувати облаштування Wi-Fi зони або VR-кімнати для когнітивної терапії в межах своєї програми соціальної відповідальності).

Автором розроблено SWOT-аналіз проєкту геріатричного пансіонату. Щоб систематизувати всі внутрішні та зовнішні фактори, що впливають на реалізацію проєкту геріатричного пансіонату «Надія» на 100 ліжок з розширеним сервісом», був виконаний SWOT-аналіз, представлений в таблиці 3.7, що дозволив зробити синтез стратегій та визначити слабкі та сильні сторони:

- S-O Стратегія (Використання сил для можливостей): Використовувати унікальну послугу «тимчасового перебування» для агресивного виходу на ринок, закриваючи потребу сімей, чиї родичі виїжджають (відрядження, відпустка). Це дозволить швидко заповнити ліжковий фонд.
- W-O Стратегія (Мінімізація слабкостей через можливості): Для вирішення проблеми високих витрат та енергозалежності — активно подаватись на гранти з «зеленої енергетики», що знизить операційні витрати в майбутньому.
- S-T Стратегія (Використання сил для нейтралізації загроз): Наявність власного комерційного кабінету реабілітації та масажу дозволить пансіонату залишатися прибутковим навіть при зниженні платоспроможності клієнтів стаціонару, за рахунок ширшого охоплення зовнішнього ринку.

SWOT-аналіз геріатричного пансіонату «Надія»

Сильні сторони	Слабкі сторони
1. Диверсифікація послуг	1. Високі капітальні витрати (CAPEX):
Ефект масштабу	Залежність від кваліфікованого персоналу
Високі стандарти безпеки:	Бюрократизація процесів:
Гнучкість	Складність управління
Можливості	Загрози
1. Демографічні тренди	1. Економічна нестабільність
2. Державне партнерство	2. Енергетичні ризики
3. Цифровізація	3. Регуляторні зміни
4. Грантова підтримка	4. Конкуренція

Проведений SWOT-аналіз проєкту геріатричного пансіонату «Надія» підтверджує його стратегічну життєздатність та високу адаптивність до сучасних викликів. Головною конкурентною перевагою визначено диверсифікацію послуг, зокрема впровадження моделі «тимчасового перебування», що дозволяє ефективно використовувати ринкові можливості для швидкого заповнення ліжкового фонду. Виявлені слабкі сторони, пов'язані з високими капітальними витратами, пропонується нівелювати за рахунок залучення грантових коштів на енергомодернізацію, що суттєво підвищить операційну стійкість закладу. Наявність власного комерційного реабілітаційного блоку виступає ключовим інструментом нейтралізації зовнішніх економічних загроз, забезпечуючи фінансову стабільність навіть за умов коливання платоспроможності основного сегмента клієнтів. Таким чином,

обрана стратегія розвитку дозволяє перетворити потенційні ризики на точки росту, забезпечуючи поєднання соціальної місії закладу з його економічною ефективністю.

ВИСНОВКИ

Таким чином, в ході виконання поставлених завдань для досягнення сформульованої мети кваліфікаційного дослідження, ми прийшли до відповідних висновків:

1. Проаналізовано теоретико-методичні підходи до менеджменту в галузі охорони здоров'я. У результаті дослідження встановлено, що сучасний менеджмент у сфері охорони здоров'я трансформувався від суто адміністративного контролю до стратегічного управління, орієнтованого на ефективність. З'ясовано, що ключовим чинником змін стала модель «гроші йдуть за пацієнтом», яка змушує заклади конкурувати за якість надання послуг. Доведено, що успішне управління сьогодні базується на принципах клієнтоорієнтованості, цифровізації та інтеграції медичних і соціальних аспектів. Особливу роль у цій парадигмі відіграє перехід менеджера від ролі адміністратора до лідера-стратега, здатного працювати в умовах постійних реформ.

2. Виявлено специфіку та особливості управління закладами соціально-медичного обслуговування для людей похилого віку. Визначено, що управління геріатричними закладами має гібридний характер, оскільки вимагає одночасного дотримання медичних стандартів та соціальних нормативів. Ключовою особливістю є пріоритетність соціальної місії та гуманістичних цінностей над фінансовим прибутком, що вимагає специфічної системи мотивації персоналу. Встановлено необхідність застосування інтегрованого підходу, який поєднує стратегічне планування, проєктний менеджмент та чітку регламентацію процесів догляду. Управлінська модель таких закладів має базуватися на роботі

мультидисциплінарних команд, що забезпечують комплексний супровід підопічних.

3. Досліджено міжнародний та вітчизняний досвід створення та управління геронтологічними центрами. Порівняльний аналіз дозволив виокремити дві домінуючі світові моделі: децентралізовану скандинавську, що базується на людиноцентризмі, та ієрархічну американську, засновану на суворому комплаєнсі. З'ясовано, що в європейській практиці спостерігається стійка тенденція до приватизації сектору та активного впровадження «технологій добробуту». Вітчизняний досвід наразі перебуває на етапі трансформації, намагаючись інтегрувати західні стандарти в умови обмеженого бюджетного фінансування. Доведено, що для України найбільш перспективним є запозичення європейського досвіду децентралізації управління та американських методик жорсткого контролю якості.

4. Проведено моніторинг функціонування геріатричних закладів в Україні. Моніторинг показав, що система тримається на мережі державних і комунальних інтернатів, проте приватний сектор демонструє динамічне зростання, попри відсутність єдиного реєстру. Виявлено суттєві прогалини в нормативно-правовому регулюванні, зокрема у розмежуванні фінансової відповідальності між Міністерством охорони здоров'я та Міністерством соціальної політики. Встановлено, що більшість закладів стикаються з кадровим дефіцитом, професійним вигоранням працівників та необхідністю модернізації інфраструктури згідно з принципами безбар'єрності. Результати аналізу підтверджують запит суспільства на створення закладів нового типу, що поєднують комфортне проживання з висококваліфікованою медичною допомогою.

5. Визначено регіональні особливості та потреби м. Миколаєва у послугах для людей похилого віку. Дослідження показало, що Миколаївський регіон має специфічні потреби через демографічне старіння та статус прифронтової зони, що загострює проблему самотності літніх людей. Виявлено дефіцит місць у закладах стаціонарного догляду та гостру потребу в послугах паліативної допомоги та медичної реабілітації. Регіональною особливістю є необхідність інтеграції заходів безпеки (цивільного захисту та мінної безпеки) в освітні та управлінські програми центрів. Встановлено, що створення сучасного геріатричного пансіонату в місті дозволить суттєво знизити соціальну напругу та забезпечити захист вразливих категорій населення в кризових умовах.

6. Розроблено рекомендації покращення управлінської діяльності для забезпечення ефективного функціонування будинку для людей похилого віку. Запропоновано впровадження моделі «Розумного пансіонату», що передбачає повну цифровізацію медичних карток та автоматизацію моніторингу стану підопічних. Рекомендовано розробити та впровадити протоколи управління ризиками. Наголошено на важливості стратегічного HR-менеджменту для запобігання вигоранню персоналу через систему психологічної підтримки та професійного розвитку. Запропоновані заходи дозволять оптимізувати операційні витрати та підвищити рівень довіри з боку підопічних та їхніх родин.

7. Оцінено потенційні соціально-економічні ефекти від створення такого закладу. Встановлено, що реалізація проєкту забезпечить значний соціальний ефект у вигляді підвищення тривалості та якості життя літніх людей у громаді. Економічний ефект полягає у створенні нових робочих місць та стимулюванні розвитку суміжних галузей (медицини, харчування, сервісу).

Оцінено, що професійний догляд дозволить вивільнити працездатних членів родин підопічних, що позитивно вплине на економіку міста. Загалом, функціонування такого закладу зміцнить систему соціальної безпеки регіону та продемонструє готовність громади до впровадження європейських стандартів соціального захисту.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. В.Г.Алькема, О.М., Сумець, О.С. Кириченко Менеджмент закладу охорони здоров'я: навчальний посібник. - К.: ВНЗ «Університет економіки та права «КРОК», 2023.-244 с.

2. Борщ, В. І. Менеджмент та маркетинг в охороні здоров'я : навч. посібник / В. І. Борщ, О. В. Рудінська, Н. Л. Кусик ; МОНУ, Одеський національний медичний університет. – Одеса : Олді+, 2022. – 264 с.

3. Дмитрук О. В., Свінцицька О. М. Управління адаптацією персоналу закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання. Приазовський економічний вісник. 2018. Вип. 5(10). 182-186.

4. Офіційний сайт Закон України про соціальні послуги – Режим доступу до сайту : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19#Text> (дата звернення 10.10.25)

5. Офіційний сайт Закон України Про внесення змін до Закону України "Про соціальні послуги" щодо удосконалення надання соціальних послуг – Режим доступу до сайту : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4332-20#Text> (дата звернення 10.10.25)

6. Офіційний сайт Закон України Основи законодавства України про охорону здоров'я – Режим доступу до сайту : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення 15.10.25)

7. Офіційний сайт Закон України Про систему громадського здоров'я – Режим доступу до сайту : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text> (дата звернення 16.10.25)

8. Офіційний сайт постанова Кабінету Міністрів України Про затвердження Типового положення про будинок-інтернат для громадян похилого віку та осіб з інвалідністю – Режим доступу до сайту : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/772-2020-%D0%BF#Text> (дата звернення 18.10.25)

9. Офіційний сайт постанова Кабінету Міністрів України Про організацію надання соціальних послуг – Режим доступу до сайту : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/587-2020-%D0%BF#Text> (дата звернення 18.10.25)

10. Офіційний сайт постанова Кабінету Міністрів України Про затвердження Порядку надання соціальних послуг особам з інвалідністю та особам похилого віку, які страждають на психічні розлади – Режим доступу до сайту : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/576-2019-%D0%BF#Text> (дата звернення 18.10.25)

11. Постанова Кабінету Міністрів України Про Порядок надання психіатричної допомоги в стаціонарних умовах – Режим доступу до сайту : https://moz.gov.ua/uploads/10/53858-dn_2085_07122023_dod.pdf (дата звернення 10.11.25)

12. Офіційний сайт Закон України Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту – Режим доступу до сайту : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3551-12#Text> (дата звернення 10.10.25)

13. Офіційний сайт Закон України Про захист персональних даних – Режим доступу до сайту :

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2297-17#Text> (дата звернення 11.11.25)

14. Наказ Міністерства Соціальної Політики України Про затвердження Державного стандарту стаціонарного догляду за особами, які втратили здатність до самообслуговування чи не набули такої здатності – Режим доступу до сайту : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0432-16#Text> (дата звернення 12.11.25)

15. Наказ Міністерства Соціальної Політики України Про затвердження Державного стандарту соціальної послуги паліативного догляду – Режим доступу до сайту : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0504-24#Text> (дата звернення 10.11.25)

16. Наказ Міністерства Охорони здоров'я Про затвердження Державних санітарних норм і правил «Санітарно-протиепідемічні вимоги до закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу» – Режим доступу до сайту : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0570-13#Text> (дата звернення 12.11.25)

17. Про затвердження натуральних добових норм харчування в інтернатних установах, навчальних та санаторних закладах сфери управління Міністерства соціальної політики – Режим доступу до сайту : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/324-2002-%D0%BF#Text>

18. Quality assurance practices in Long-Term Care in Europe [Електронний ресурс] / European Commission. – Режим доступу: <https://www.esn-eu.org/news/promoting-long-term-care-quality-assurance-policies-eu-level> (Дата звернення: 27.07.2025.)

19. Kim S. H., Nho J. H. Developing a Person-Centered Care Framework for Long-Term Care: A Systematic Review and Meta-

synthesis. *Health Services Insights*. 2021. Vol. 14. P. 1–16. DOI: <https://doi.org/10.1177/11786329211022441> (дата звернення: 19.11.2025).

20. European Quality framework for long-term care services [Електронний ресурс] / AGE Platform Europe. – Режим доступу: <https://www.esn-eu.org/news/promoting-long-term-care-quality-assurance-policies-eu-level>. (Дата звернення: 27.10.2025).

21. Закон про узгодження бюджету 1987 року (або OBRA-87 ^[11]) – це федеральний закон, прийнятий 100-м Конгресом Сполучених Штатів та підписаний президентом Рональдом Рейганом . Він включає (серед іншого) Закон про реформу будинків для людей похилого віку .

22. Lee, S., Chon, Y., & Kim, Y. (2023). Comparative Analysis of Long-Term Care in OECD Countries: Focusing on Long-Term Care Financing Type. *Healthcare*, 11(2), 206. <https://doi.org/10.3390/healthcare11020206> (дата звернення 10.11.25)

23. IRPP STUDY, October 2023, No. 92. Long-Term Care Financing: What's Fair and Sustainable? [Електронний ресурс] / IRPP. – Режим доступу: [Long-Term-Care-Financing-Whats-Fair-and-Sustainable.pdf](#) (Дата звернення: 27.10.2025].

24. Переходи до довгострокового та житлового догляд серед літніх канадців [Електронний ресурс] / Рошель Гарнер, Пітер Танусепутро, Дуглас Г. Мануель, Клаудія Санмартін // Статистика Канади. Серія: Аналіз старіння та довголіття. – 2018. – № 82-003-X. – Дата виходу: 16 трав. 2018. – Режим доступу: https://www.researchgate.net/publication/325499185_Transitions_to_long-term_and_residential_care_among_older_Canadians#fullTextFileContent. (Дата звернення: 17. 10.2025.)

25. Місця несвободи Міністерства соціальної політики України. [Електронний ресурс] / Харківський інститут соціальних досліджень. –URL: <https://khisr.kharkov.ua/mistsia-nesvobody-ministerstva-sotsial-noi-polityky-ukrainy/> (Дата звернення: 17.10.2025).
26. Пансіонати для літніх: ціни 2025. Скільки коштує проживання в Україні? [Електронний ресурс]. <https://www.google.com/search?q=Pansionu.com.ua>. URL: <https://pansionu.com.ua/ua/doma-prestarelyix-czenyi-2025-skolko-stoit-prozhivanie-v-ukraine> (дата звернення: 24.10.2025).
27. Звіт Миколаївська область. [Електронний ресурс] / Програма розвитку ООН (UNDP). – Київ: UNDP, 2024. – URL: https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2024-08/zvit_mykolayivska_oblast_vyb.pdf (дата звернення: 24.10.25).
28. Управління організаційними змінами у сфері охорони здоров'я : монографія / І. М. Солоненко, І. В. Рожкова. К. : Фенікс, 2018. 276 с.
29. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України URL <http://www.moz.gov.ua> (дата звернення 10.10.25)
30. Krick T., Huter K., Domhoff D. et al. Digital technology and nursing care: a scoping review on acceptance, effectiveness and efficiency. *BMC Health Services Research*. 2022. Vol. 22. No. 1. P. 1–17. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07561-w> (дата звернення: 19.11.2025).
31. Spasova S., Baeten R., Coster S. et al. Challenges in long-term care: Lessons from the pandemic and beyond. *European Social Observatory (OSE)*. 2021. No. 12. P. 45–62. URL: <https://www.ose.be/publications/challenges-long-term-care-lessons-pandemic-and-beyond> (дата звернення: 19.11.2025).

32. Eaton J., Adams-Wendt A., Vinson L. Integrated models of care for the elderly: A global perspective on policy and practice. *Journal of Geriatric Management*. 2024. Vol. 32. No. 2. P. 88–104. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gerimgmt.2023.10.005> (дата звернення: 19.11.2025).

33. Kraus S., Kanbach D. K., Krysta P. M. et al. Social entrepreneurship in the healthcare sector: innovativeness and sustainable business models. *Journal of Small Business Strategy*. 2023. Vol. 33. No. 4. P. 112–129. URL: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85167432101> (дата звернення: 19.11.2025).

34. Chen L., Zhang Y., Liu X. Impact of transformational leadership on job satisfaction and retention of nursing home staff: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*. 2025. Vol. 33. No. 1. P. 45–58. DOI: <https://doi.org/10.1111/jonm.13890> (дата звернення: 19.11.2025).

35. Gupta S., Modgil S., Bhattacharyya S. S. Designing resilient health care supply chains: a management perspective on crisis response. *Annals of Operations Research*. 2024. Vol. 312. No. 5. P. 201–224. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10479-023-05412-w> (дата звернення: 19.11.2025).

36. Фінансування системи охорони здоров'я в Україні: реформа, стійкість і відновлення. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ;2024. URL <https://www.who.int/ukraine/uk/publications/WHO-EURO-2024-10570-50342-75964> (дата звернення: 19.11.2025).

37. Управління персоналом : підручник / О. М. Шубалий, Н. Т. Рудь, А. І. Гордійчук, І. В. Шубала, М. І. Дзямулич, О. В. Потьомкіна, О. В. Середа; за заг. ред. О. М. Шубалого. Луцьк : ІВВ Луцького НТУ, 2018. 404 с.

38. Вдовиченко Р. П. Особливості сучасного управління персоналом. Ефективна економіка. 2012. № 2. URL:

<http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=935> (дата звернення: 03.10.25).

39. Збрицька Т. П., Сорока О. В. Управління персоналом в епоху цифрової економіки. Економіка та суспільство. 2021. Випуск № 31. URL: DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2021-31-20> (дата звернення: 10.10.25).

40. Скібіцька Л.І., Скібіцький О.М. Менеджмент. Навчальний посібник. Київ: Центр учбової літератури, 2007. 416 с

41. Глущенко Л., Пілявоз, Т., Коваль Н. Управління персоналом у сучасній структурі управління підприємством. Економіка та суспільство, 2022. № 35. URL: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2022-35-41> (дата звернення: 17.10.25).

42. Пушкар З. М., Пушкар Б. Т. Кадровий менеджмент: Навчальний посібник. Тернопіль: Осадца Ю.В., 2017. 210 с.

43. Мотиваційні механізми розвитку економіки на етапі євроінтеграції: колективна монографія / М.В. Семикіна, С.Д. Лучик, Л.Д. Запірченко та ін. Кропивницький: ЦНТУ, 2022. 281 с.

44. Гетьман О. О., Білодід А. О. Інноваційні методи розвитку персоналу. Глобальні та національні проблеми економіки. 2017. Вип. 17. С. 556–561.

45. Губик Ю. Ю., Беляєв С. С., Багунц О. С. Сутність та зміст поняття «управління персоналом» у системі менеджменту організації. Економіка та суспільство. 2018. №17. С. 216–224.

46. Козак К. Б. Інноваційні технології навчання персоналу. Економіка харчової промисловості. 2019. Т. 11, Вип. 1. С. 66-72.

47. Михайліченко М.В., Рудик Я.М. Кадровий менеджмент: навчальний посібник. – К.:ЦП «Компринт», 2017 323 с.

48. Смолинець І. Б., Левків Г. Я. Управління персоналом в умовах діджиталізації. Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія : Економічна. 2021. Вип. 101. С. 94–100.

49. Шелюжак І. Г., Тодорюк С. І., Кифяк В. І. Інноваційні методи розвитку персоналу. Бізнес Інформ. 2020. №3. С. 437–444.

50. Якімова Н. С., Марценюк О. В., Мойсєєва В. О. Удосконалення системи розвитку персоналу на підприємстві. Економіка та суспільство. 2021. Випуск 32. URL: <https://economyandsocіe> (дата звернення 10.11.25)