

УДК 331.104

Борщ В. І.

viktoriya.borshh@onmedu.edu.ua, ORCID ID: 0000-0001-9106-9078

*доктор економічних наук, доцент,
професор кафедри менеджменту охорони здоров'я,
Одеський національний медичний університет, м. Одеса*

РОЛЬ УПРАВЛІНСЬКОГО КАПІТАЛУ В РОЗВИТКУ ТА МОДЕРНІЗАЦІЇ МЕДИЧНИХ КЛАСТЕРІВ: КЕЙС-АНАЛІЗ РЕГІОНАЛЬНИХ СТРАТЕГІЙ

Анотація. У статті досліджується стратегічна роль управлінського капіталу у формуванні, розвитку та модернізації медичних кластерів в умовах трансформації системи охорони здоров'я України. На тлі сучасних викликів управлінський капітал розглядається як ключовий інтегратор клінічної, освітньої, наукової та інноваційної складових. Автор аналізує міжнародний досвід функціонування медичних кластерів, порівнюючи їх із обмеженим функціоналом вітчизняної кластерної моделі, заснованої на адміністративно-медичній логіці. Стаття містить детальний кейс-аналіз українського нормативного поля, в якому виявлено п'ять системних бар'єрів: відсутність системної підготовки управлінців, слабе розуміння крос-секторального лідерства, фрагментацію між медичною, науковою та освітньою сферами, нестачу механізмів оцінки управлінської ефективності, а також негнучкість у кризових умовах. Автор обґрунтовує, що подолання цих бар'єрів потребує глибокого переосмислення управлінських підходів та інтеграції міжгалузевих стратегій. Запропоновано низку практичних рекомендацій, зокрема впровадження міжсекторальних програм професійного розвитку, створення стратегічних рад, оновлення нормативно-правової бази, розробку систем KPI для оцінювання ефективності кластерного управління. Таким чином, автор стверджує, що управлінський капітал є не лише ресурсом адміністрування, а критично важливою передумовою сталого розвитку, інноваційності та конкурентоспроможності медичних кластерів у сучасних умовах.

Ключові слова: управлінський капітал, медичні кластери, стратегічне управління, реформа охорони здоров'я, регіональна політика, цифрова трансформація, міжсекторальна співпраця.

Borshch Viktoriia

viktoriya.borshh@onmedu.edu.ua, ORCID ID: 0000-0001-9106-9078

*Doctor of Economics, Associate Professor,
Professor of the Department of Healthcare Management,
Odesa National Medical University, Odesa*

THE ROLE OF MANAGERIAL CAPITAL IN THE DEVELOPMENT AND MODERNIZATION OF MEDICAL CLUSTERS: A CASE ANALYSIS OF REGIONAL STRATEGIES

Abstract. This article examines the strategic role of managerial capital in shaping the formation, development, and modernization of medical clusters within the context of ongoing healthcare transformation in Ukraine. Amidst the complex challenges posed by digitalization, war, demographic decline, and the need for post-war recovery, managerial capital is conceptualized as a key integrative resource that aligns clinical practice, education, scientific research, and innovation. The author critically evaluates international models of medical clusters (EU, Canada, South Korea), comparing them

with the administrative-medical logic that currently dominates the Ukrainian approach, which lacks structural integration and strategic depth. The paper presents a case-based analysis of Ukraine's regulatory framework, identifying five critical barriers that hinder effective cluster development: the absence of systemic managerial training tailored to multi-level healthcare systems; limited awareness of cross-sectoral leadership as a management tool; fragmentation between healthcare, education, and science sectors; a lack of mechanisms for evaluating managerial performance; and the rigidity of governance structures during crises. These barriers collectively constrain the diffusion of innovation, reduce inter-institutional synergy, and weaken cluster sustainability. To address these challenges, the author proposes a set of practical solutions, including the implementation of cross-sectoral professional development programs for health managers; the creation of strategic councils within clusters; the revision of national legislation to reflect global best practices; and the introduction of performance-based management systems using KPIs. The study concludes that managerial capital is not merely a support function but a cornerstone of sustainable, competitive, and innovation-driven healthcare cluster ecosystems.

Keywords: managerial capital, medical clusters, strategic governance, healthcare reform, innovation, cross-sectoral leadership, Ukraine.

JEL Classification: I10, I18, J24

DOI: <https://doi.org/10.32782/2522-1256-2025-45-14>

Постановка проблеми. У контексті глобалізації, швидкого розвитку медичних технологій, цифрової трансформації та переходу до ціннісно-орієнтованої медицини, система охорони здоров'я України стикається з потребою модернізації інституційних структур і підвищення ефективності управління. Сучасні виклики, такі як нерівність у доступі до медичних послуг та необхідність інтеграції медичної, наукової та освітньої складових, зумовлюють актуальність пошуку нових моделей організації надання медичної допомоги.

Однією з таких моделей є медичні кластери – просторово й функціонально інтегровані платформи, які забезпечують синергію між закладами охорони здоров'я, освітніми та науковими установами, індустріальними партнерами та органами влади. Ефективність діяльності таких кластерів значною мірою залежить від розвинутого управлінського капіталу, здатного забезпечити стратегічне бачення, міжсекторальну координацію, впровадження інновацій і підтримку сталого розвитку. За останні роки управлінський капітал почав розглядатися як ключовий актив медичних кластерів, адже саме він забезпечує стратегічне бачення, ефективне прийняття рішень, гнучкість до змін і адаптацію до викликів. Згідно з дослідженнями ВООЗ та OECD, управлінські спроможності є важливими детермінантами функціонування медичних систем на рівні регіонів [5; 7].

Попри зростання інтересу до кластерного підходу у сфері охорони здоров'я, роль управлінського капіталу у цьому процесі досі залишається недостатньо дослідженою. Це ускладнює імплементацію кластерних моделей у регіональні стратегії розвитку, стримує ефективну цифровізацію медичної сфери та послаблює здатність системи адаптуватися до змін.

Тому вивчення впливу управлінського капіталу на розвиток і модернізацію медичних кластерів, з урахуванням кращих міжнародних практик і регіонального досвіду, є на сьогодні надзвичайно актуальним. Результати такого дослідження можуть лягти в основу розробки стратегій розвитку людського капіталу, реформування управлінських структур і вдосконалення регіональної політики в охороні здоров'я.

Мета статті. Таким чином, метою дослідження, представленого у цій статі, є аналіз впливу управлінського капіталу на ефективність розвитку та модернізації медичних кластерів у межах регіональних стратегій охорони здоров'я, з урахуванням сучасних викликів та потреб системи охорони здоров'я, а також обґрунтувати механізми посилення управлінського потенціалу як ключового чинника успішного функціонування кластерних моделей.

Автором була визначена наступна гіпотеза: наявність розвинутого управлінського капіталу (вимірюваного через компетентність

управлінців, лідерство, стратегічне бачення, здатність до міжсекторальної координації, впровадження інновацій та управління змінами) істотно підвищує ефективність медичних кластерів на регіональному рівні, сприяє впровадженню інтегрованих моделей медичної допомоги, інноваційних рішень та зміцненню системи охорони здоров'я в цілому.

Виклад основного матеріалу дослідження. У сучасній глобальній практиці поняття «медичний кластер» охоплює широку систему взаємопов'язаних інституцій, що функціонують у межах певного регіону з метою підвищення ефективності медичної допомоги, розвитку інновацій, забезпечення кадрового ресурсу та сприяння сталому розвитку охорони здоров'я. У теорії кластерів, розробленій Майклом Портером, кластер визначається як географічне скупчення взаємопов'язаних фірм, постачальників, сервісних організацій та установ, які створюють синергію та сприяють підвищенню конкурентоспроможності галузі [8].

У медичній сфері кластер розглядається як інтеграції лікувальних закладів (лікарень, клінік, реабілітаційних центрів), науково-дослідних установ, університетів, технопарків, приватного сектору та органів місцевого самоврядування. Наприклад, у Саудівській Аравії медичні кластери функціонують як автономні корпоративні структури, що включають всі медичні установи регіону в єдину систему управління з метою підвищення доступності та якості допомоги. Аналогічно, Health Valley у Швейцарії об'єднує понад 1 000 організацій, які працюють у сфері біомедицини, фармації та медичних технологій, створюючи потужну інноваційну екосистему на базі партнерства між наукою, бізнесом і охороною здоров'я. Інший яскравий приклад – кластер Healthy Technology Research & Innovation Cluster (HTRIC) у Нідерландах. Він поєднує медичні установи, університети, інженерні лабораторії, IT-компанії та соціальні служби, забезпечуючи повний цикл інновацій: від дослідження – до впровадження медичних технологій в практику.

Медичні кластери також розглядаються як ефективний інструмент медичного туризму. Такі утворення сприяють створенню спільного бренду, стандартизації послуг, координації лікування та підвищенню довіри пацієнтів як на національному, так і міжнародному рівнях.

Світовий досвід доводить, що ефективні медичні кластери мають спільні риси: міжгалузеву взаємодію, інтеграцію з вищою освітою, відкритість до інновацій, орієнтацію на потреби населення, а також чітку управлінську модель. Водночас українське законодавство, хоч і вводить поняття «кластерного» та «надкластерного» закладу охорони здоров'я [1], здебільшого зосереджується на функціональній класифікації лікарень у межах госпітального округу, без урахування ширшої екосистемної логіки – наукової, інноваційної та економічної взаємодії, яка є характерною для міжнародної практики.

В Україні немає окремого закону про медичні кластери. Питання госпітальних округів та кластерів регулюється постановою Кабінету Міністрів України № 174 від 28 лютого 2023 року, яка визначає «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я». Ця постанова передбачає поділ територій на госпітальні округи, а округи – на кластери.

У новій редакції статті 3 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» дано наступні визначення:

«Кластерний заклад охорони здоров'я – багатопрофільний лікарняний заклад, спроможний забезпечити на території госпітального кластера потребу населення в медичному обслуговуванні у найбільш поширених захворюваннях і станах за напрямками медичного обслуговування в стаціонарних умовах відповідно до переліку, визначеного Кабінетом Міністрів України»;

«Надкластерний заклад охорони здоров'я – багатопрофільний лікарняний заклад, в якого наявні ресурси та технології, орієнтовані на забезпечення медичного обслуговування у найбільш складних та/або рідкісних випадках захворювань населення всього госпітального округу за напрямками медичного обслуговування в стаціонарних умовах відповідно до переліку, визначеного Кабінетом Міністрів України».

Також запроваджено терміни госпітального округу, тобто «території, у межах якої забезпечено надання якісної, комплексної, безперервної і орієнтованої на пацієнтів медичної та реабілітаційної допомоги шляхом організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я» і госпітального кластера (тобто територіального об'єднання медичних закладів, які спільно забезпечують потреби

населення в медичній допомозі, зокрема, в стаціонарному лікуванні, використовуючи ресурси один одного та розподіляючи функції. Він є частиною спроможної мережі закладів охорони здоров'я, яка створюється в межах госпітальних округів), які мають відповідати принципам територіальної доступності, інтеграції медичної допомоги та спроможності мережі [2].

Таким чином, українське законодавство та практика організації охорони здоров'я значно звужують поняття медичного кластеру, зводячи його лише до системи організації надання медичної допомоги.

Порівняємо розуміння терміну «медичний кластер» (healthcare cluster) в українській та міжнародній науковій та управлінській практиці (табл. 1).

Таким чином, у світовій практиці медичні кластери поєднують освітні, наукові, клінічні та інноваційні підрозділи в єдину екосистему, спрямовану на покращення доступу до високоякісної допомоги, трансфер технологій, розвиток людського капіталу. А українське визначення кластеру є інституційно звуженим і медико-центричним, не охоплює ширшого міждисциплінарного й міжсекторального підходу, характерного для сучасної європейської та глобальної практики, а отже не враховує ключових характеристик повноцінного медичного кластеру як цілісної інноваційної екосистеми.

По-перше, інноваційна інфраструктура, яка включає медичні бізнес-інкубатори, центри

трансферу технологій, лабораторії прикладних досліджень і стартап-платформи, є фундаментальною для забезпечення технологічного прориву в охороні здоров'я. Саме така інфраструктура дозволяє перетворювати наукові розробки в практичні рішення – від нових медичних виробів до цифрових додатків для моніторингу здоров'я. В українському законодавстві ці компоненти кластерів повністю відсутні, що унеможливлює створення середовища для впровадження інновацій.

По-друге, інтеграція з вищою освітою та науковими установами є визначальною рисою ефективних медичних кластерів у світі. Медичні університети й дослідницькі інститути в таких моделях не лише готують кадри, але й виступають центрами створення знань, інновацій та розвитку управлінських практик. В Україні ж нормативне регулювання кластерів не передбачає прямої або інституційної участі закладів вищої освіти, що знижує потенціал для сталого розвитку людського капіталу та генерації знань у межах кластера.

По-третє, партнерства з бізнесом, зокрема ІТ-сферою та фармацевтичним сектором, є рушієм цифрової трансформації охорони здоров'я. Світовий досвід свідчить про успішність таких партнерств у створенні електронних медичних платформ, телемедичних сервісів, мобільних застосунків, а також у впровадженні нових моделей фінансування медичної допомоги. Законодавча база України наразі не містить положень, які би стимулювали або навіть визнавали важливість таких

Таблиця 1

**Порівняльний аналіз терміну «медичний кластер»
в українській та міжнародній науковій та управлінській практиці**

Світова практика	Українська модель
Кластери розглядаються як екосистеми співпраці між різними гравцями: лікарнями, університетами, стартапами, фармацевтичними компаніями, ІТ-компаніями, науково-дослідними організаціями, місцевими органами влади.	Кластер – це окремий заклад, що виконує функцію «базового постачальника медичних послуг».
Акцент на інноваціях, експортному потенціалі, інтеграції науки, практики й бізнесу.	Акцент виключно на медичній допомозі в межах визначеної території.
Кластери сприяють розвитку регіональної економіки, стимулюють конкурентоспроможність охорони здоров'я регіону, підтримують інновації та державно-приватне партнерство.	Не враховано функції економічного зростання, інноваційного потенціалу, освіти та наукових досліджень.
Стратегічне об'єднання медичних закладів, наукових інститутів, університетів, виробників медичних технологій, інвесторів та регіональну владу.	Не передбачено інтеграції закладів вищої освіти, інноваційних підприємств чи партнерів за межами медичних закладів.

партнерств у межах кластерів – цей компонент повністю відсутній.

Четвертим критичним аспектом є кооперація з міжнародними організаціями, такими як ВООЗ, ЮНІСЕФ, USAID, GIZ, Світовим банком, ЄІБ тощо. У розвинених країнах такі організації беруть участь у створенні, фінансуванні та незалежному моніторингу медичних кластерів. В українському контексті ж участь міжнародних партнерів не конкретизується на рівні нормативних документів щодо госпітальних округів і кластерів, що обмежує потенціал міжнародної інтеграції та залучення інвестицій.

Нарешті, важливою прогалиною є відсутність формалізації управлінського капіталу як окремого елемента кластера. Світова практика передбачає чіткі вимоги до кваліфікацій керівників кластерів, наявність стратегічних рад, незалежних дорадчих органів, використання КРІ для оцінки ефективності управління. В Україні ж управлінський компонент зведено до адміністративного управління медичними закладами, без врахування стратегічного менеджменту, крос-секторальної координації та участі громадянського суспільства.

Таким чином, незважаючи на важливий крок до формалізації кластерного підходу в охороні здоров'я, чинне українське законодавство значною мірою зберігає фокус на вертикальній і медико-адміністративній логіці організації медичних послуг, уникаючи багатовимірного, мультидисциплінарного та інноваційного підходу, що є ознакою сучасних медичних кластерів у світі. Це становить виклик для ефективної реалізації потенціалу кластерної моделі в умовах трансформації системи охорони здоров'я та потребує глибокого нормативного доопрацювання.

Отже, для ефективної модернізації української системи охорони здоров'я варто переглянути підхід до формування медичних кластерів: не лише як мережі закладів, що забезпечують стаціонарну допомогу, а як стратегічного інструменту інтеграції охорони здоров'я, освіти, науки, цифрових технологій і місцевого розвитку. Це дозволить сформувати сталі інституційні екосистеми, здатні відповідати на виклики як війни, так і післявоєнного відновлення.

Як зазначалось вище, роль управлінського капіталу у розвитку та модернізації медичних кластерів є визначальною, оскільки саме

управлінські ресурси забезпечують інтеграцію клінічної, освітньої, наукової та інноваційної складових у межах єдиної системи охорони здоров'я. Успішні медичні кластери у світі функціонують не лише як географічні чи адміністративні утворення, а як інституціоналізовані платформи для міжсекторальної співпраці, трансферу технологій, розбудови людського капіталу й залучення інвестицій. І всі ці процеси координуються через ефективні моделі управління.

Сучасні виклики, зокрема демографічна криза, воєнні дії, післявоєнна відбудова та цифрова трансформація галузі, потребують не лише технічного чи інфраструктурного оновлення, а й глибоких змін в управлінських практиках. Саме управлінський капітал формує підґрунтя для цих змін. Таким чином, роль управлінського капіталу визначається через наступні ключові аспекти його діяльності.

По-перше, управлінські команди ініціюють трансформаційні процеси в межах кластерів, впроваджуючи нові моделі організації медичної допомоги. Зокрема, йдеться про запуск сервісів телемедицини, реабілітаційних та медичних програм, цифрових платформ для керування маршрутами пацієнтів, систем е-контролю за якістю допомоги тощо. Без здатності менеджменту аналізувати середовище, визначати пріоритети й реалізовувати інновації ці перетворення залишаються декларативними.

По-друге, управлінський капітал інституалізує взаємозв'язок між медичною практикою, наукою та освітою, що є критично важливим у контексті підготовки конкурентоздатних кадрів. У межах кластерів з'являється потреба у створенні платформ спільного користування (наприклад, навчально-клінічних центрів), де здобувачі вищої освіти, інтерни, молоді лікарі, науковці та практики мають доступ до реального клінічного досвіду, сучасного обладнання та міждисциплінарної взаємодії. Саме управлінці формують правила цієї взаємодії, впроваджують моделі наставництва, двостороннього зворотного зв'язку та оцінки якості навчального процесу.

По-третє, управлінський капітал забезпечує ефективне використання ресурсів. Йдеться як про матеріально-технічні й фінансові, так і про інтелектуальні, інформаційні та людські ресурси. Завдяки стратегічному плануванню та аналізу потоків пацієнтів, управлінці запобігають дублюванню функ-

цій між закладами кластерного й надкластерного рівнів, удосконалюють маршрутизацію пацієнтів, оптимізують логістичні та інфраструктурні рішення. Таким чином знижується витратність системи, підвищується ефективність медичного обслуговування та рівень доступу до високоспеціалізованої допомоги.

По-четверте, управлінці створюють інноваційне середовище в межах кластера, залучаючи до співпраці представників фармацевтичного сектору, медичних стартапів, ІТ-компаній, венчурних інвесторів. Через впровадження механізмів державно-приватного партнерства, запуск спільних дослідницьких проєктів, розвиток біомедичних інкубаторів кластери перетворюються на точки зростання інноваційної економіки. Саме управлінський капітал тут виступає посередником, фасилітатором і гарантованим генератором нових форматів взаємодії.

Нарешті, управлінський капітал має критичне значення для формування довіри громадськості до медичних реформ. Залучення громадянського суспільства, прозорість прийняття рішень, належна комунікація стратегій розвитку кластера, участь пацієнтів у наглядових радах – усе це елементи, які закладаються та координуються управлінськими структурами. Без ефективної комунікації змін, відкритості до діалогу, системи зворотного зв'язку реформи залишаються технократичними й не здобувають легітимності у населення.

Отже, управлінський капітал є не лише внутрішнім ресурсом організаційної ефективності медичних кластерів, але й основою сталого розвитку та модернізації системи охорони здоров'я загалом. Його стратегічне посилення має стати пріоритетом державної політики у сфері медичного менеджменту в найближчі роки.

Проте існують, з наукової та практичної точки зору, бар'єри, які пов'язані з нефункціональним станом управлінського капіталу у медичних кластерах України. Ці бар'єри мають системний характер і потребують глибокої переоцінки управлінських підходів у контексті сучасних викликів, зокрема війни, демографічного спаду, ресурсного дефіциту та потреби у післявоєнному відновленні. Далі опишемо ці бар'єри.

По-перше, відсутність системної підготовки управлінських кадрів для медичних кластерів. З наукового погляду, управлінський

капітал – це не лише сукупність формальної кваліфікації управлінців, а й їхня здатність до стратегічного мислення, адаптивності, комунікації, інноваційної діяльності та побудови партнерств. Проте в Україні підготовка керівників медичних закладів все ще значною мірою базується на нормативно-адміністративній парадигмі, а не на сучасних принципах стратегічного менеджменту, evidence-based управління, data-driven прийняття рішень тощо.

Негативним наслідком цього бар'єру є дефіцит кадрів, здатних управляти багаторівневими системами медичних кластерів, де поєднуються клінічна, наукова, освітня та інноваційна функції. Такий кадровий розрив особливо критичний у період реформ та війни.

Для усунення цього бар'єру відсутності доцільно впровадити комплексне рішення, що базується на інтеграції сучасних освітніх, управлінських і кластерних підходів. Пропоноване рішення охоплює декілька рівнів втручання:

- Створення освітніх програм підготовки управлінців медичних кластерів, які будуть пітримані на національному рівні;

- Закріплення вимог до компетенцій управлінського персоналу в сфері охорони здоров'я та затвердження стандартів атестації керівників закладів охорони здоров'я, зокрема у розділі, що стосується кадрового забезпечення кластерних і надкластерних лікарень, із обов'язковим включенням компетенцій зі стратегічного планування, інноваційного менеджменту, партнерського управління, управління проєктами в сфері охорони здоров'я [4].

Таким чином, для розв'язання проблеми нестачі підготовлених управлінців потрібна не просто підвищення кваліфікації, а формування інституційної екосистеми розвитку управлінського капіталу. Це сприятиме сталому розвитку медичних кластерів, інтеграції освіти, науки та клініки, а також підвищенню ефективності реформ у сфері охорони здоров'я. Це дозволить зрушити фокус із адміністративної логіки управління до стратегічної.

Другим критичним бар'єром є недостатнє розуміння ролі крос-секторального лідерства в управлінні складними структурами. Світова практика [5; 6; 7] визнає, що медичні клас-тери – це мультиакторні структури, якими не

можна ефективно управляти через ієрархічні моделі. Вони вимагають лідерства, здатного інтегрувати медичний, освітній, науковий, бізнесовий і цифровий компоненти.

В українській системі охорони здоров'я така модель лідерства лише формується. Більшість керівників мають клінічний, а не управлінський або стратегічний бекграунд. Як наслідок, слабка інтеграція інновацій, невикористання потенціалу партнерств, повільна реакція на зміни.

Важливим кроком для усунення цього бар'єру є створення дорадчих стратегічних рад при медичних кластерах при госпітальних округах або кластерних лікарнях. До складу рад мають входити представники закладів охорони здоров'я; університетів і наукових установ; ІТ та фармацевтичного сектору; місцевої влади; пацієнтських і громадських організацій. Роль таких рад зосереджена на стратегічному плануванні, моніторингу інновацій, оцінці потреб регіону, фандрайзингу.

З іншого боку, подолання бар'єру недостатнього розуміння ролі крос-секторального лідерства потребує переосмислення парадигми управління: від ієрархії – до співлідерства, від командування – до фасилітації, від замкнутості – до відкритої інтеграції. Саме такий підхід забезпечить стійкість і гнучкість медичних кластерів.

По-третє, неузгодженість між медичними, освітніми, науковими та управлінськими компонентами кластерів становить критичний бар'єр для формування повноцінної інноваційної екосистеми у сфері охорони здоров'я України.

Науково обґрунтовані підходи до формування медичних кластерів передбачають, як вже зазначалося вище, органічну взаємодію між університетами, клініками, науково-дослідницькими центрами, бізнесом і управлінськими структурами. Така взаємодія створює цілісний ланцюг цінності «освіта – наука – клініка – ринок медичних послуг», який дозволяє швидко трансформувати знання у практичні рішення, продукти, технології та послуги. Ідея кластеризації передбачає організаційну синергію, але в українській практиці ці компоненти часто діють у паралельних площинах. В українських реаліях спостерігається фрагментація цих елементів:

Лікарні не впливають на зміст медичної освіти. Хоча вони є основними базами для практичної підготовки здобувачів вищої

освіти та інтернів, управлінські рішення щодо освітніх програм, змісту навчання та інтернування приймаються незалежно від клінічних реалій і кадрових запитів.

Наукові розробки не інтегруються у клінічну практику. Брак механізмів трансферу технологій, відсутність спільних клініко-наукових платформ або R&D офісів у лікарнях перешкоджає імплементації результатів досліджень у повсякденну медичну практику.

Інвестиції в освітню та наукову інфраструктуру залишаються розпорошеними та не скоординованими. Відсутність міжсекторального планування призводить до дублювання або, навпаки, до «білих плям» в інфраструктурі підтримки інновацій (наприклад, відсутність спільних регіонально значущих симуляційних центрів, біобанків або лабораторій для клінічних досліджень).

Управлінські структури не мають повноважень або компетенцій для інтеграції цих елементів у єдину стратегію розвитку кластеру. Бракує стратегічних рад кластерів, які включали б представників з усіх секторів, а саме охорони здоров'я, освіти, науки, бізнесу, громадськості, і діяли як колегіальний центр прийняття рішень.

У результаті:

- втрачається синергія, що є сутністю кластерного підходу;
- уповільнюється впровадження інновацій;
- знижується конкурентоздатність регіональних медичних систем;
- формується недовіра між секторами, що унеможливує стратегічне партнерство.

Для усунення цього бар'єра необхідне нормативне закріплення кластерного підходу як міжсекторальної моделі розвитку охорони здоров'я, впровадження спільного стратегічного планування, створення платформ для інтеграції освіти, науки та клініки (подібно до концепції Academic Health Science Centres у Великій Британії [3] чи University Medical Centres у Нідерландах), а також інституціоналізація ролі управлінського капіталу як інтегратора цих процесів.

Четвертим бар'єром є відсутність механізмів оцінки ефективності управління. Ефективне управління передбачає наявність КРІ, прозорих механізмів аудиту, стратегічного планування, залучення стейкхолдерів до прийняття рішень. В Україні, попри законодавчі спроби оновити структури госпітальних округів, відсутні формалізовані механізми:

- стратегічного аналізу на рівні кластеру;
- діяльності незалежних наглядових чи дорадчих рад;
- інтегрованої інформаційної системи управління.

Без цього неможливо управляти кластером як єдиною системою, що знижує ефективність ресурсного використання, інвестиційного планування та управлінської підзвітності.

Низька гнучкість управлінських структур у відповідь на виклики війни та необхідність післявоєнної відбудови є п'ятим бар'єром, важливим для переосмислення ролі управлінського капіталу.

У стані воєнної нестабільності управлінський капітал повинен бути адаптивним, здатним до кризового управління, мобілізації ресурсів, швидкого прийняття рішень. Однак більшість українських медичних установ залишаються бюрократизованими, з низькою цифровою зрілістю, обмеженими повноваженнями на місцевому рівні, що унеможливорює оперативну модернізацію процесів.

Крім того, немає системного підходу до планування післявоєнного відновлення кластерів як ключових точок зростання, з урахуванням регіональної специфіки, втрат інфраструктури, потреб переміщеного населення та нових вимог до реабілітації.

Висновки і перспективи подальших досліджень у даному напрямі. На основі проведеного теоретичного аналізу, кейс-дослідження українського нормативного поля, порівняння зі світовими практиками та виявлення ключових бар'єрів і рекомендацій, можна стверджувати, що висунута гіпотеза підтверджується. Дослідження продемонструвало, що управлінський капітал відіграє критично важливу роль у функціонуванні й модернізації медичних кластерів. Саме ті регіони або країни, де управлінський капітал інституційно підтримується, демонструють вищий рівень ефективності впровадження інтегрованих моделей медичної допомоги, гнучкість у кризових умовах та здатність до інноваційного прориву. Успішне функціонування та модернізація медичних кластерів в Україні неможливі без цілеспрямованого формування та розвитку управлінського капіталу.

Водночас дослідження показало, що в українському контексті цей потенціал наразі використовується не повною мірою через низку системних бар'єрів: від нормативних прогалин до браку стратегічного мислення

в управлінських командах. Таким чином, результати статті підтверджують гіпотезу: розвиток управлінського капіталу є необхідною умовою для ефективного функціонування медичних кластерів, а його цілеспрямоване посилення має стати одним із ключових пріоритетів державної політики у сфері охорони здоров'я.

В українських реаліях управлінський капітал залишається латентним ресурсом, він існує фрагментарно, не інтегрується у систему стратегічного розвитку, не підтримується на інституційному та нормативному рівні. Відсутність офіційного визнання управлінського капіталу як системної категорії в законодавстві, нестача підготовлених кадрів нового покоління, відсутність механізмів оцінки управлінської ефективності значно стримують реформування медичної галузі.

З огляду на виклики, пов'язані з війною, демографічною кризою, потребою у відновленні медичної інфраструктури, цифровізації, європейській інтеграції, розбудова управлінського капіталу повинна стати пріоритетом державної політики у сфері охорони здоров'я.

У зв'язку з цим пропонуються такі ключові заходи:

1. Впровадити міжгалузевих програм професійного розвитку управлінців у сфері охорони здоров'я.
2. Розробити систему оцінювання ефективності управлінського капіталу у кластерах.
3. Залучати управлінців з досвідом у стратегічному плануванні, проєктному менеджменті, цифровій трансформації.
4. Підтримати створення національної стратегії розвитку медичних кластерів з акцентом на управлінську складову.
5. Внесення відповідних змін у чинне законодавство України

ЛІТЕРАТУРА

1. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я : Постанова КМУ від 28 лютого 2023 р. № 174. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/deiaki-pytannia-orhanizatsii-spromozhnoi-merezhi-zak-a174>
2. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України № 2801-XII від 19 листопада 1992 року (в ред. від 09.07.2025). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
3. Academic Health Science Centres. URL: <https://www.england.nhs.uk/aac/what->

we-do/innovation-for-healthcare-inequalities-programme/academic-health-science-centres/

4. Buse K., Mays N., Walt G. Making Health Policy. McGraw-Hill Education. Open University Press, 2012. URL: <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=047b12ff3abb511b41798c2f0b7d7dfb4c2c1be4>

5. European Observatory on Health Systems and Policies, Sagan, Anna, Greer, Scott L., Webb, Erin, McKee, Martin. et al. Strengthening health system resilience in the COVID-19 era. *Eurohealth*. 2022. Vol. 28 (1). P. 4–8. World Health Organization. Regional Office for Europe. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/351076>

6. Harvard Global Health Institute. URL: <https://globalhealth.harvard.edu/>

7. Health in the 21st Century: Putting Data to Work for Stronger Health Systems, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1787/e3b23f8e-en>

8. Porter M. Clusters and the New Economics of Competition. *Harvard Business Review*. 1998. Vol. 76. P. 77–90.

REFERENCES

1. Deiaki pytannia orhanizatsii spromozhnoi merezhi zakladiv okhorony zdorovia : Postanova KMU vid 28 liutoho 2023 r. № 174 [Issues of organization of the promotion of the establishment of health insurance: Resolution of the KMU dated July 28, 2023 No. 174], available at: <https://www.kmu.gov.ua/npas/deiaki-pytannia-orhanizatsii-spromozhnoi-merezhi-zak-a174> [in Ukrainian]

2. Osnovy zakonodavstva Ukrainy pro okhoronu zdorovia : Zakon Ukrainy № 2801-XII vid 19 lystopada 1992 roku (v red. vid 09.07.2025) [Fundamentals of the legislation of Ukraine on health insurance: Law of Ukraine No. 2801-XII dated July 19, 1992 (as amended on July 9, 2025)], available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> [in Ukrainian]

3. Academic Health Science Centres, available at: <https://www.england.nhs.uk/aac/what-we-do/innovation-for-healthcare-inequalities-programme/academic-health-science-centres/>

4. Buse, K., Mays, N., Walt, G. (2012), Making Health Policy. McGraw-Hill Education.

5. European Observatory on Health Systems and Policies, Sagan, Anna, Greer, Scott L., Webb, Erin, McKee, Martin. et al. (2022), Strengthening health system resilience in the COVID-19 era. *Eurohealth*, 28 (1), 4–8. World Health Organization. Regional Office for Europe, available at: <https://iris.who.int/handle/10665/351076>

6. Harvard Global Health Institute. URL: <https://globalhealth.harvard.edu/>

7. OECD (2019), Health in the 21st Century: Putting Data to Work for Stronger Health Systems, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, DOI: <https://doi.org/10.1787/e3b23f8e-en>

8. Porter, M. (1998), Clusters and the New Economics of Competition. *Harvard Business Review*, 76, 77–90.

Стаття надійшла до редакції
12 квітня 2025 р.