

Дишкантьок Оксана Володимирівна,
*кандидат технічних наук, професор,
декан факультету менеджменту,
готельно-ресторанної справи та туризму,
Міжнародний університет,
м. Одеса, Україна*

Мельниченко Наталія Сергіївна,
*аспірант кафедри менеджменту,
Міжнародний університет,
м. Одеса, Україна*

Мельниченко Станіслав Юрійович,
*аспірант кафедри менеджменту,
Міжнародний університет,
м. Одеса, Україна*

МЕДИЧНИЙ ТУРИЗМ ЯК СФЕРА КОНВЕРГЕНЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я І ТУРИЗМУ: УПРАВЛІННЯ КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНІСТЮ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНОЮ СТІЙКІСТЮ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Стрімке зростання світового ринку медичного туризму перетворило його на одну з найдинамічніших ланок глобальної сфери послуг, яка безпосередньо поєднує дві галузі — охорону здоров'я й туризм. Під медичним туризмом розуміють подорож особи за межі країни постійного проживання з метою отримання медичних послуг [26; 27]. У цьому феномені заклад охорони здоров'я перестає бути суто медичною установою й перетворюється на суб'єкта туристичного ринку, що конкурує за міжнародного пацієнта нарівні з готелями, курортами та туроператорами. Саме тому медичний туризм

є природною точкою інтеграції проблематики управління закладами охорони здоров'я у стратегію дослідження інноваційного менеджменту підприємств сфери послуг, якій присвячено цю монографію.

Актуальність обраної тематики зумовлена одночасною дією кількох різноспрямованих тенденцій. З одного боку, глобальний ринок медичних подорожей зростає темпами, що суттєво перевищують динаміку більшості інших туристичних сегментів, формуючи для країн-учасниць потужне джерело валютних надходжень, інвестицій та створення робочих місць. З іншого боку, цей ринок надзвичайно чутливий до кризових потрясінь: пандемія COVID-19 та збройні конфлікти здатні за лічені тижні паралізувати міжнародну мобільність пацієнтів. Для України ця подвійність набуває особливого змісту: країна володіє значним, але недостатньо реалізованим потенціалом медичного та лікувально-оздоровчого туризму, реалізацію якого нині ускладнюють безпекові виклики воєнного часу. За таких обставин наукове обґрунтування управлінських механізмів, що забезпечують водночас конкурентоспроможність і стійкість закладів охорони здоров'я, набуває безпосереднього практичного значення.

Успіх закладу охорони здоров'я на ринку медичного туризму визначається двома взаємопов'язаними управлінськими чинниками. Перший — конкурентоспроможність, тобто здатність запропонувати міжнародному пацієнтові якість і безпеку послуг, підтверджені визнаними стандартами, за прийнятної вартості. Другий — організаційна стійкість, тобто здатність зберігати цю конкурентну спроможність в умовах кризових викликів, від пандемій до воєнних дій. Відповідно, у цьому розділі управління конкурентоспроможністю та управління організаційною стійкістю закладів охорони здоров'я розглядаються як два ключові інноваційні механізми розвитку медичного туризму, а сам медичний туризм — як міст, що з'єднує медичну проблематику дисертаційних досліджень із туристичною стратегією монографії. Логіка викладу передбачає послідовний перехід від теоретичного осмислення медичного туризму та методологічних засад дослідження до аналізу світового ринку, розгляду

механізмів управління якістю й стійкістю, їхньої цифрової інтеграції та, нарешті, обґрунтування перспектив розвитку медичного туризму в Україні.

Медичний туризм як точка конвергенції сфери охорони здоров'я і туристичної індустрії

Теоретичне осмислення медичного туризму сформувалося у зарубіжній науці на початку ХХІ століття. Основоположною вважається праця Дж. Коннелла, який запропонував образну формулу «сонце, море, пісок і ... хірургія», підкресливши органічне поєднання лікування з туристичним досвідом [26]. Н. Лант і П. Каррера систематизували докази щодо лікування за кордоном і визначили медичний туризм як усвідомлений вибір пацієнта на глобальному ринку медичних послуг [27], а П. Каррера і Дж. Бріджес пов'язали його зростання з процесами глобалізації охорони здоров'я [28]. Л. Тернер акцентував етичний і соціальний вимір явища, зокрема доступ до «медичної допомоги першого світу за цінами третього» [29]. М. Горовіц зі співавторами описали медичний туризм як прояв глобалізації ринку охорони здоров'я, у межах якого пацієнти перетворюються на активних споживачів, що порівнюють постачальників у різних країнах [41]. Т. Ербек, К. Гевара і П. Манго на основі масштабного емпіричного дослідження уточнили реальні мотиви й обсяги медичних подорожей, показавши, що ключовим драйвером є не лише ціна, а й доступність та якість [38]. Ці підходи узагальнено у фундаментальному довіднику за редакцією Н. Ланта, Д. Горсфолла і Й. Ганефельд [37], а також у працях, присвячених стану наукового знання про медичний туризм [40], бар'єрам його розвитку [39], медичному туризму в країнах, що розвиваються [33], і соціальному добробуту через міжнародну торгівлю послугами [34].

Попри значний доробок, у науковій літературі й досі відсутня однозначність у трактуванні базових понять. Поряд із терміном «медичний туризм» уживаються поняття «туризм здоров'я», «лікувально-оздоровчий туризм», «оздоровчий (велнес) туризм»,

«спа-туризм», «санаторно-курортний» і «реабілітаційний туризм», межі між якими залишаються розмитими [24]. У широкому розумінні до туризму здоров'я відносять усі подорожі, метою яких є збереження, відновлення чи зміцнення здоров'я. У вузькому розумінні медичний туризм охоплює подорожі задля отримання власне медичних послуг — діагностики, лікування, хірургічного втручання, — тоді як оздоровчий (велнес) туризм спрямований на профілактику й підтримання балансу фізичного та психологічного здоров'я [35]. Для потреб управління принциповим є критерій втручання медичного персоналу: там, де надаються послуги системи охорони здоров'я, діяльність відбувається одночасно у двох регульованих секторах — медицини й туризму, що зумовлює підвищені вимоги до якості, безпеки та ліцензування.

У генезі медичного туризму дослідники виокремлюють два історичні типи. «Старий» медичний туризм передбачав переміщення заможних пацієнтів із менш розвинених країн до провідних клінік розвиненого світу задля доступу до недосяжних удома технологій. «Новий» медичний туризм, що сформувався наприкінці ХХ століття внаслідок глобалізації транспорту й комунікацій, має протилежний вектор: пацієнти з розвинених країн вирушають до країн, що розвиваються, за якісним лікуванням за суттєво нижчою ціною [26]. Саме другий тип визначає сучасну структуру ринку й пояснює лідерство держав Азії, Латинської Америки та Близького Сходу.

Медичний туризм має розгалужену внутрішню структуру. За спрямуванням потоків розрізняють в'їзний (лікування іноземців у межах країни) та виїзний (лікування громадян за кордоном) медичний туризм; за характером послуг — лікувальний, діагностичний, хірургічний, стоматологічний, репродуктивний, естетичний, реабілітаційний і оздоровчий сегменти; за організаційною формою — індивідуальні подорожі та організовані через посередників комплексні програми. Суб'єктами ринку виступають заклади охорони здоров'я, агенції та фасилітатори медичного туризму, туроператори, страхові компанії, органи акредитації, транспортні й готельні підприємства,

а також держава, що формує нормативне середовище й здійснює промоцію дестинації [37; 40]. Ця багатосуб'єктність перетворює медичний туризм на типовий міжгалузевий сервісний кластер.

Спорідненість охорони здоров'я і туризму має глибоку економічну природу. Обидві галузі належать до сфери послуг і поділяють родові ознаки послуги, узагальнені моделлю ІНІР: нематеріальність, невіддільність виробництва від споживання, неоднорідність якості та неможливість зберігання. Медична допомога, як і туристичний продукт, споживається за безпосередньої участі клієнта, оцінюється не лише за результатом, а й за процесом обслуговування, і критично залежить від людського чинника. Незатребувана потужність — вільний номер, незайняте ліжко-місце, простий діагностичного обладнання — втрачається безповоротно, що зумовлює спільність завдань управління завантаженістю. Саме тому інструменти оцінювання якості послуг, розроблені в маркетингу послуг, зокрема модель SERVQUAL А. Парасурамана, В. Цайтамл і Л. Беррі з її вимірами надійності, чуйності, впевненості, емпатії та матеріального оточення [25], однаково застосовні і до готельного сервісу, і до медичної допомоги.

У медичному туризмі ця спорідненість набуває інституційного оформлення: навколо клініки формується повний туристичний ланцюг — інформування та дистанційна консультація, оформлення документів і візова підтримка, трансфер, розміщення, супровід і переклад, власне лікування, післяопераційна реабілітація та дозвілля, — а заклад охорони здоров'я стає ядром сервісного кластера. Управління таким кластером вимагає компетенцій, характерних водночас для медичного менеджменту й для індустрії гостинності: проектування цілісного шляху клієнта, управління точками контакту, вимірювання задоволеності, формування лояльності та бренду. Це підтверджує доцільність застосування до закладу охорони здоров'я управлінського інструментарію сфери послуг і водночас обґрунтовує зворотний трансфер: досвід медицини у сферах управління ризиками, безпеки та стандартизації якості є цінним для готельно-ресторанного бізнесу й туризму.

Таким чином, медичний туризм постає не як периферійне явище на стику двох галузей, а як самостійний сегмент сфери послуг зі спільною управлінською логікою. Це створює теоретичне підґрунтя для того, щоб механізми управління конкурентоспроможністю та організаційною стійкістю, розроблювані для закладів охорони здоров'я, розглядати як внесок у загальну теорію інноваційного менеджменту сервісних підприємств, що узгоджується зі стратегічним задумом монографії.

Із суто економічного погляду медичний туризм доцільно розглядати як форму експорту послуг: країна-дестинація, надаючи медичну допомогу нерезидентам, отримує валютні надходження, не вивозячи товар за кордон, а «імпортуючи» споживача. Мультиплікативний ефект такого експорту є значним, оскільки медичний турист витрачає кошти не лише на лікування, а й на розміщення, харчування, транспорт, дозвілля та супутні послуги, залучаючи до створення доданої вартості широке коло суміжних галузей. Саме тому провідні держави розглядають медичний туризм як інструмент структурної трансформації економіки й цілеспрямовано розбудовують відповідні кластери за участю держави, приватних клінік, страхових компаній і туристичного бізнесу [37; 40]. Ця кластерна природа остаточно закріплює приналежність медичного туризму до сфери послуг і робить його показовим об'єктом дослідження інноваційного менеджменту сервісних підприємств.

Слід також урахувати, що медичний туризм несе не лише економічні вигоди, а й супроводжується соціальними та етичними ризиками, які потребують управлінського врахування. До них належать нерівність доступу до якісної допомоги, ризик впливу медичних кадрів на обслуговування іноземних пацієнтів на шкоду місцевому населенню, проблеми юридичної відповідальності за неякісне лікування та безперервності післяопераційного супроводу після повернення пацієнта додому [29; 32]. Урахування цих застережень у стратегії розвитку дестинації є ознакою зрілого управління й необхідною умовою сталості галузі, що додатково

підкреслює роль якості та інституційної прозорості як базових управлінських пріоритетів.

Конвергенція охорони здоров'я й туризму проявляється також на рівні ланцюга створення цінності. Туристичний продукт медичного туризму є комплексним: він поєднує основну медичну послугу з широким спектром супутніх туристичних послуг, які формують цілісний досвід пацієнта-туриста. Управління цим комплексним продуктом вимагає координації багатьох незалежних постачальників — клініки, готелю, транспортної компанії, страховика, перекладача, — що є класичним завданням менеджменту туристичної дестинації. Відповідно, успіх дестинації медичного туризму залежить не лише від якості медичної складової, а й від злагодженості всього сервісного ланцюга, від першого контакту пацієнта з інформаційним ресурсом до його повернення додому й подальшого дистанційного супроводу. Це остаточно підтверджує, що управління суб'єктом медичного туризму є різновидом управління сервісним підприємством, а не суто медичним менеджментом.

Теоретико-методологічні засади дослідження конкурентоспроможності та організаційної стійкості підприємств сфери послуг

Дослідження управлінських механізмів медичного туризму спирається на систему взаємодоповнюваних наукових підходів. Системний підхід дозволяє розглядати заклад охорони здоров'я як цілісну соціально-економічну систему, що складається з взаємопов'язаних підсистем і взаємодіє із зовнішнім середовищем. Процесний підхід зосереджує увагу на управлінні наскрізними процесами створення цінності для пацієнта, що відповідає ідеології стандарту ISO 9001 [6]. Ситуаційний підхід підкреслює залежність управлінських рішень від конкретних обставин, зокрема кризових. Ризик-орієнтований підхід вбудовує ідентифікацію та оброблення ризиків у щоденну управлінську практику. Компетентнісний підхід акцентує роль людського капіталу як носія якості послуги. Поєднання цих

підходів формує методологічний каркас дослідження, у межах якого конкурентоспроможність і стійкість постають як інтегральні властивості керованої системи.

Категорія конкурентоспроможності у сфері послуг має багатоврівневу природу. На макрорівні йдеться про конкурентоспроможність національної системи охорони здоров'я як дестинації медичного туризму; на мезорівні — про конкурентоспроможність регіону чи медичного кластера; на мікрорівні — про конкурентоспроможність окремого закладу. Ці рівні взаємопов'язані: привабливість країни створює середовище, у якому окремий заклад реалізує власні конкурентні переваги. Джерелами конкурентних переваг сервісного підприємства є якість і безпека послуги, цінова політика, репутація та бренд, кваліфікація персоналу, технологічна оснащеність, сервісна складова та здатність до інновацій. У медичному туризмі особливої ваги набуває підтверджена третьою стороною якість, оскільки саме вона знижує сприйнятий пацієнтом ризик вибору закладу в іншій країні [39; 40].

Специфіка оцінювання якості послуги зумовлена її нематеріальністю. Модель розривів (*gap model*), покладена в основу методики SERVQUAL, трактує якість як різницю між очікуваннями споживача та його фактичним сприйняттям послуги за п'ятьма вимірами — матеріальне оточення, надійність, чуйність, упевненість (компетентність) та емпатія [25]. Управління якістю за цією логікою полягає в системному скороченні розривів між очікуваннями й сприйняттям, між сприйняттям керівництва та реальними очікуваннями клієнтів, між стандартами й фактичним виконанням. Стосовно медичної допомоги ці виміри доповнюються специфічними характеристиками — клінічною результативністю, безпекою пацієнта та дотриманням протоколів, — що зумовлює потребу в галузевій адаптації інструментарію [7].

Категорія організаційної стійкості (*resilience*) увійшла в управлінську науку відносно нещодавно й еволюціонувала від інженерного розуміння здатності системи повертатися до рівноваги до сучасного

трактування як динамічної здатності організації адаптуватися й розвиватися в умовах змін. Організаційна стійкість є результатом взаємодії різних властивостей організації та видів управлінської діяльності; вона не має абсолютної міри й досягається не єдиним універсальним підходом, а поєднанням багатьох чинників — від управління ризиками до організаційної культури [9]. На відміну від фінансової, технологічної чи кадрової стійкості, які характеризують окремі підсистеми, організаційна стійкість є інтегральною властивістю всієї керованої системи.

У науковій літературі виокремлюють кілька взаємопов'язаних вимірів організаційної стійкості: адаптивність (здатність пристосовуватися до нових умов), робастність (здатність зберігати функції під навантаженням), резервованість (наявність запасів і дублювальних потужностей), гнучкість (здатність швидко перерозподіляти ресурси) та здатність до навчання (реконфігурація процесів на основі досвіду криз). Управлінське значення цієї категорії полягає в тому, що стійкість не виникає стихійно, а є результатом цілеспрямованої побудови відповідних механізмів, які інтегруються у загальну систему менеджменту закладу.

Методичний інструментарій дослідження медичного туризму охоплює методи системного та структурно-функціонального аналізу, порівняльного аналізу, економіко-статистичного оброблення даних, експертного оцінювання, SWOT- та PEST-аналізу, бенчмаркінгу, процесного й сценарного моделювання, а також методи оцінювання результативності систем менеджменту якості та управлінських ризиків. Поєднання цих методів дозволяє переходити від якісного опису явища до формування вимірюваних управлінських моделей. Саме на цій методологічній основі у наступних підрозділах здійснено аналіз світового ринку медичного туризму та обґрунтовано механізми управління конкурентоспроможністю й стійкістю закладів охорони здоров'я.

Теоретичне підґрунтя аналізу конкурентоспроможності становлять кілька усталених концепцій стратегічного менеджменту. Згідно з теорією конкурентних переваг, стійка перевага підприємства виникає

або внаслідок лідерства за витратами, або внаслідок диференціації — унікальної цінності, за яку споживач готовий платити більше. У медичному туризмі обидві стратегії реалізуються одночасно: дестинації країн, що розвиваються, спираються переважно на цінове лідерство, тоді як преміальні клініки конкурують диференціацією за якістю, репутацією та технологіями. Ресурсний підхід (resource-based view) доповнює це трактування, пояснюючи довгострокову перевагу наявністю цінних, рідкісних і важковідтворних ресурсів та компетенцій; для закладу охорони здоров'я такими ресурсами є висококваліфікований персонал, репутація, акредитація та відлагоджені процеси якості. Ці концепції обґрунтовують центральну роль системи менеджменту якості у формуванні конкурентоспроможності.

Категорія організаційної стійкості спирається на суміжні теоретичні побудови. Концепція динамічних здатностей трактує стійкість як здатність організації цілеспрямовано створювати, інтегрувати й реконфігурувати внутрішні та зовнішні компетенції у відповідь на швидкі зміни середовища. Інженерія стійкості (resilience engineering) виокремлює чотири засадничі здатності резильєнтної системи — реагувати на події, відстежувати загрози, передбачати розвиток ситуації та навчатися з досвіду, — які у сукупності забезпечують керованість в умовах невизначеності. Застосування цих концепцій до закладу охорони здоров'я дозволяє трактувати стійкість не як статичний запас міцності, а як сукупність управлінських здатностей, що піддаються цілеспрямованому розвитку та вимірюванню. Таким чином, і конкурентоспроможність, і стійкість постають як керовані інтегральні властивості, формування яких є завданням інноваційного менеджменту.

Світовий ринок медичного туризму: масштаби, динаміка та географія

Світовий ринок медичного туризму демонструє стійке двоцифрове зростання, однак його кількісні оцінки суттєво різняться залежно від методики та меж поняття, що застосовує аналітична

компанія. Ця розбіжність є не технічною похибкою, а відображенням концептуальної невизначеності самого явища й браку єдиної системи статистичного обліку міжнародних пацієнтів [27; 50]. Узагальнення оцінок провідних дослідницьких організацій наведено в таблиці 1.

Таблиця 1 — Оцінки обсягу та динаміки світового ринку медичного туризму за даними провідних аналітичних компаній (станом на 2024 рік)

Аналітична компанія (звіт)	Обсяг ринку у 2024 р., млрд дол. США	Прогнозований обсяг, млрд дол. США (рік)	CAGR, %
Precedence Research	35,78	252,94 (2034)	21,6
Grand View Research	34,0 (2025)	126,2 (2035)	14,1
Towards Healthcare	41,79	186,27 (2034)	16,1
IMARC Group	144,5	704,8 (2033)	19,1
Future Market Insights	107,5	1000,2 (2036)	12,3
SkyQuest Technology	30,53	117,01 (2033)	16,1

Джерело: складено авторами за даними [51; 52; 53; 54] та супутніх галузевих звітів

Аналіз наведених у таблиці 1 даних дозволяє зробити кілька висновків. По-перше, оцінки обсягу ринку у 2024 році різняться майже в п'ять разів — від 30,5 до 144,5 млрд дол. США. Така розбіжність пояснюється не помилками вимірювання, а різним трактуванням меж явища: одні компанії враховують лише власне лікувальні послуги, тоді як інші додають оздоровчий (велнес) сегмент, транспортні витрати й розміщення. Ця методична невизначеність відображає давно відзначену в науковій літературі проблему браку надійної статистики медичного туризму [27; 40] і підтверджує потребу в стандартизації обліку та розмежуванні понять. По-друге, попри розбіжність абсолютних значень, усі без винятку оцінки збігаються у прогнозі стійкого зростання з річним темпом від

12 до 22 %, що свідчить про формування ринку як самостійного експортного сектору охорони здоров'я. По-третє, прогнозна база зростання спільна для всіх оцінок: старіння населення в розвинених країнах, збільшення тягаря хронічних захворювань, черги на планові втручання в системах державної медицини та розбудова приватної лікарняної інфраструктури в країнах-дестинаціях.

Економічне значення медичного туризму виходить далеко за межі доходів окремих клінік. За оцінками галузевих досліджень, сукупний внесок медичного туризму у світову економіку становить десятки мільярдів доларів щорічно, а з урахуванням супутніх туристичних витрат і мультиплікативного ефекту — значно більше [50]. Для країн-дестинацій це джерело валютних надходжень, іноземних інвестицій, створення робочих місць та підвищення міжнародного іміджу, а також стимул до модернізації національної системи охорони здоров'я, від якої виграє й місцеве населення. Саме тому дедалі більше держав розглядають розвиток медичного туризму як складову національної економічної стратегії й запроваджують цільові програми його підтримки. Це надає дослідженню управлінських механізмів галузі не лише мікроекономічного, а й макроекономічного значення, зокрема для країн із невикористаним потенціалом, до яких належить Україна.

Ключовим економічним стимулом медичного туризму залишається різниця у вартості лікування, яка в популярних дестинаціях сягає 40–80 % порівняно зі США та Західною Європою за співставної якості. Водночас, як показують емпіричні дослідження, ціна не є єдиним мотивом: суттєве значення мають скорочення часу очікування, доступ до процедур, недоступних або заборонених удома, а також якість і репутація конкретних клінік [38; 41]. Сукупність чинників, що стимулюють і стримують розвиток медичного туризму, узагальнено в таблиці 2.

Дані таблиці 2 засвідчують, що розвиток медичного туризму є результатом балансу різноспрямованих чинників, а стійка конкурентна позиція дестинації досягається тоді, коли драйвери

посилуються, а бар'єри системно долаються засобами управління — насамперед через забезпечення якості, безпеки та інституційної прозорості. Це безпосередньо пов'язує макрорівневу привабливість ринку з мікрорівневими механізмами управління закладом.

Таблиця 2 — Драйвери та бар'єри розвитку світового ринку медичного туризму

Група чинників	Драйвери зростання	Бар'єри та ризики
Економічні	Економія 40–80 % на лікуванні; нижча вартість супутніх послуг	Приховані витрати; відсутність страхового покриття за кордоном
Медичні	Доступ до спеціалізованих процедур; скорочення черг	Ризики якості та безпеки; ускладнення післяопераційного супроводу
Інституційні	Міжнародна акредитація (JCI); державні програми промоції	Правова невизначеність; проблеми відповідальності за шкоду
Технологічні	Телемедицина, цифрові платформи-посередники	Кіберризики; асиметрія інформації
Соціокультурні	Мовний супровід, культурна сумісність, туристична привабливість	Мовні й культурні бар'єри; етичні застереження

Джерело: складено авторами за даними [37; 38; 39; 41]

Географія ринку концентрується у кількох регіонах-лідерах, кожен з яких сформував власну модель конкурентоспроможності. Азійська модель (Таїланд, Індія, Сінгапур, Малайзія, Південна Корея) поєднує масштаб акредитованої інфраструктури, цінову перевагу та розвинений сервіс гостинності. Близькосхідна модель (ОАЕ) робить ставку на преміальний сегмент, розкіш і залучення провідних міжнародних клінік. Латиноамериканська модель (Мексика, Коста-Ріка, Бразилія) використовує географічну близькість до США та спеціалізацію на стоматології й естетичній хірургії. Європейська модель (Туреччина, Угорщина, Німеччина) поєднує цінову доступність

окремих напрямів із високими стандартами якості. Порівняльну характеристику провідних дестинацій подано в таблиці 3.

Таблиця 3 — Провідні дестинації світового медичного туризму, їхня спеціалізація та конкурентні переваги

Країна	Провідні напрями лікування	Орієнтовна економія витрат (порівняно зі США / 3х. Європою)	Конкурентні переваги
Таїланд	Косметична хірургія, кардіологія, велнес	50–75 %	Мережа JCI-акредитованих клінік, розвинений сервіс
Індія	Кардіо-, ортопедична хірургія, трансплантологія	50–80 %	Понад 1600 акредитованих лікарень; 7,3 млн пацієнтів у 2024 р.
Туреччина	Трансплантація волосся, стоматологія, естетика	40–70 %	Пакетні пропозиції; лідер за часткою доходу (2025 р.)
Сінгапур	Складна хірургія, онкологія	Низька / преміум	Найвища якість, репутація, JCI-акредитація
Мексика	Стоматологія, косметична хірургія, бариатрія	40–65 %	Географічна близькість до США
Півд. Корея	Естетична медицина, дерматологія, онкологія	30–50 %	Державна програма «Medical Korea», технології

Джерело: складено авторами за даними [50; 51; 53; 56]

Дані таблиці 3 демонструють, що конкурентоспроможність дестинації формується не одним чинником, а комбінацією трьох груп детермінант, які відповідають вимірам міжнародного Індексу медичного туризму (Medical Tourism Index) — привабливість країни,

розвиненість галузі та якість медичних закладів і персоналу [50; 56]. Показово, що цінова перевага сама собою не гарантує лідерства: Сінгапур конкурує саме якістю та репутацією, а не дешевизною, тоді як Індія й Туреччина поєднують низьку ціну з масштабом акредитованої інфраструктури. Спільним знаменником для всіх успішних дестинацій є міжнародна акредитація закладів (передусім за стандартом JCI) як універсальна «валюта довіри». Це підтверджує положення про те, що на рівні окремого закладу вирішальним чинником конкурентоспроможності стає зрілість системи управління якістю, до розгляду якої й переходимо.

Особливе місце в структурі ринку посідає велнес-сегмент, що зростає навіть швидше за власне лікувальний і формує окрему, ще більшу за обсягом велнес-економіку. Його розвиток розмиває межу між медичним закладом, курортом і готелем, породжуючи гібридні формати — медичні спа, реабілітаційно-оздоровчі центри, курортні клініки, — у яких управлінська конвергенція охорони здоров'я й гостинності проявляється найповніше [35; 57]. Для країн із розвинутою санаторно-курортною базою, зокрема України, саме цей сегмент є найбільш природним напрямом виходу на міжнародний ринок.

Аналіз потоків міжнародних пацієнтів виявляє стійку структуру ринку за принципом «країни-споживачі — країни-постачальники». Основними країнами походження медичних туристів є держави з високою вартістю медичних послуг або тривалими чергами на планове лікування — Сполучені Штати, Канада, Велика Британія, країни Перської затоки та Західної Європи. Основними країнами-дестинаціями виступають держави, що поєднують цінову перевагу з розвинутою акредитованою інфраструктурою. Показовим є приклад Індії, яка у 2024 році прийняла близько 7,3 млн медичних туристів проти 6,1 млн роком раніше, спираючись на понад 1600 акредитованих лікарень і цінову перевагу, за якої вартість лікування у три-чотири рази нижча, ніж у США [51; 53]. Такі масштаби перетворюють медичний туризм на повноцінну експортну галузь національної економіки.

За структурою затребуваних процедур ринок є неоднорідним. Найбільші частки припадають на косметичну та естетичну хірургію, стоматологію, кардіологічні та ортопедичні втручання, онкологічне лікування, репродуктивні технології, бariatричну хірургію й трансплантологію. Вибір напрямку значною мірою визначає географію: Туреччина й Південна Корея лідирують в естетичній медицині та трансплантації волосся, Мексика й Коста-Ріка — у стоматології, Індія — у кардіо- та ортопедичній хірургії, Таїланд — у комплексних програмах, що поєднують лікування з відновленням [50; 56]. Ця спеціалізація є результатом свідомого управлінського позиціонування: дестинація концентрує ресурси на кількох напрямках, у яких здатна досягти світового рівня якості за конкурентної ціни, і буде навколо них упізнаваний бренд.

Пандемія COVID-19 стала найсуворішим випробуванням стійкості галузі за всю історію її існування. Закриття кордонів, авіасполучення та переорієнтація лікарень на боротьбу з інфекцією призвели до різкого падіння міжнародних потоків, скасування планових втручань і тимчасового згортання цілих сегментів ринку. Водночас криза прискорила впровадження телемедицини, дистанційних консультацій та цифрових інструментів супроводу, а також підвищила увагу пацієнтів до питань безпеки й акредитації. Післякризове відновлення виявилось швидким і супроводжувалося структурними змінами — посиленням ролі акредитаційних систем, формалізацією державних програм промоції та впровадження спеціальних медичних віз [50]. Цей досвід емпірично підтверджує центральну тезу розділу про нерозривний зв'язок конкурентоспроможності та організаційної стійкості: галузі й заклади, що поєднали якість із резильєнтністю, відновилися швидше.

Прогнозні дослідження вказують на структурну еволюцію ринку медичного туризму від неформальних мереж направлення пацієнтів до інституціоналізованої моделі, побудованої навколо акредитаційних рамок якості, державних програм спеціальних медичних віз та розбудови лікарняних потужностей у країнах-дестинаціях.

Формалізація транскордонних маршрутів пацієнтів, поширення цифрових платформ порівняння клінік і застосування штучного інтелекту для персоналізації пропозицій та оптимізації адміністративних процесів визначатимуть конкурентний ландшафт найближчого десятиліття. Ця тенденція посилює значення саме тих управлінських механізмів, що є предметом цього розділу: зростає роль підтвердженої якості як умови входження на ринок і роль цифрової та організаційної стійкості як умови утримання позицій. Отже, обґрунтована далі інтеграція управління якістю та стійкістю відповідає не лише поточному стану, а й перспективним напрямам розвитку галузі.

Окремої уваги заслуговує масштаб велнес-сегмента. За оцінками галузевих досліджень, світова велнес-економіка, що охоплює оздоровчий туризм, спа-послуги, превентивну медицину та супутні напрями, багаторазово перевищує обсяг власне лікувального медичного туризму й демонструє стійке зростання [57]. Це формує для країн із розвиненою санаторно-курортною базою окреме стратегічне вікно можливостей: вихід на міжнародний ринок не лише через високотехнологічну медицину, а й через оздоровчі та реабілітаційні програми, які органічно поєднують медичну складову з туристичною й потребують саме тих управлінських компетенцій, що є предметом цього розділу.

Важливим елементом інституційної структури ринку є посередники — агенції та фасилітатори медичного туризму, що виконують функції інформування, підбору клініки, організації подорожі та супроводу пацієнта. Їхня поява зумовлена інформаційною асиметрією й складністю самостійної навігації пацієнта у чужій системі охорони здоров'я. Дослідження засвідчують, що якість роботи посередників, зокрема повнота й достовірність інформації, суттєво впливає на рішення пацієнта та на репутацію дестинації загалом [30; 31]. Для закладу охорони здоров'я вибудовування партнерських відносин із надійними фасилітаторами, а також розвиток власних каналів прямої взаємодії з пацієнтом стають частиною

стратегії конкурентоспроможності. Водночас недобросовісні посередники здатні завдати шкоди репутації всієї дестинації, що знову підкреслює значення інституційної прозорості та стандартизації якості на рівні національної політики.

Управління якістю як чинник конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я на ринку медичного туризму

На ринку медичного туризму пацієнт обирає заклад в іншій країні, не маючи змоги попередньо оцінити його безпосередньо. За цих умов вирішальним інструментом зниження сприйнятого ризику й формування довіри стає підтверджена якість, засвідчена незалежною акредитацією та сертифікованою системою менеджменту якості. Емпіричні дослідження свідчать, що наявність міжнародної акредитації є одним із визначальних критеріїв вибору закладу міжнародними пацієнтами, а прозорість інформації про якість — необхідною умовою прийняття рішення [39; 40]. Тому конкурентоспроможність закладу охорони здоров'я на цьому ринку є похідною від зрілості його системи управління якістю [11; 12].

Традиційні підходи до управління якістю в медицині мають істотне обмеження: вони орієнтовані переважно на відповідність окремим стандартам чи клінічним протоколам і забезпечують контроль ізольованих процесів, недостатньо враховуючи взаємозв'язок між системою якості та конкурентною позицією закладу. Подолати цю фрагментарність дозволяє перехід до інтегрованої системи менеджменту якості (ІСМЯ) — управлінської конструкції, що об'єднує раніше відокремлені підсистеми в єдиний контур і підпорядковує їх спільній меті — забезпеченню конкурентоспроможності. Структуру такої системи стосовно закладу охорони здоров'я узагальнено в таблиці 4.

Ключова теза полягає в тому, що конкурентна перевага виникає не із суми підсистем, а з їхньої синергії — узгодженого функціонування у складі цілісного механізму. Так, високий рівень клінічної якості без ефективних комунікацій і цифрової присутності

не конвертується у приплив міжнародних пацієнтів, а розвинений сервіс без реальної безпеки створює лише короточасну перевагу, зруйновну першим серйозним інцидентом. Саме інтеграція підсистем перетворює якість із внутрішньої характеристики на ринкову конкурентну перевагу.

Таблиця 4 — Підсистеми інтегрованої системи менеджменту якості закладу охорони здоров'я та їхній внесок у конкурентоспроможність

Підсистема	Управлінська функція	Внесок у конкурентоспроможність
Управління клінічною якістю	Дотримання протоколів, доказова медицина	Результативність лікування, довіра пацієнта
Управління безпекою пацієнтів	Профілактика помилок і ускладнень	Зниження ризиків, репутація безпечного закладу
Управління медичними процесами	Процесний підхід, оптимізація потоків	Скорочення часу очікування, ефективність
Управління людськими ресурсами	Кваліфікація, мотивація, протидія вигоранню	Компетентність і стабільність персоналу
Цифрове управління	Електронні записи, телемедицина, аналітика	Доступність, персоналізація, швидкість
Управління взаємодією з пацієнтами	Проектування шляху пацієнта, зворотний зв'язок	Задоволеність і лояльність
Управління репутацією та брендом	Комунікації, відгуки, промоція	Впізнаваність на глобальному ринку
Конкурентна аналітика	Бенчмаркінг, моніторинг ринку	Обґрунтованість стратегічних рішень
Безперервне вдосконалення	Цикл PDCA, аудит, коригувальні дії	Стала динаміка поліпшень

Джерело: розроблено авторами

Нормативно-методичним підґрунтям побудови ІСМЯ слугує сімейство стандартів управління якістю. Базовим є ДСТУ ISO 9001:2015, що встановлює вимоги до системи управління якістю на засадах процесного підходу, ризик-орієнтованого мислення, лідерства та циклу постійного вдосконалення PDCA [6]. Галузева адаптація цих вимог закріплена в ДСТУ EN 15224:2019, який транслює логіку ISO 9001 на специфіку медичних послуг, наголошуючи на клінічних ризиках, безпеці пацієнтів і результативності допомоги [7]. На міжнародному ринку медичного туризму особливу роль відіграє акредитація Joint Commission International (JCI), що стала фактичним глобальним стандартом якості для клінік, орієнтованих на іноземних пацієнтів, а також галузеві схеми на кшталт Global Healthcare Accreditation. Показово, що ця сама архітектура — процесний підхід, орієнтація на споживача, управління ризиками та безперервне вдосконалення — є універсальною й застосовується для сертифікації систем якості готельних і ресторанних підприємств, що вкотре підтверджує міжгалузеву природу механізму [16; 17].

Причинно-наслідковий зв'язок між якістю та конкурентоспроможністю у медичному туризмі реалізується через ланцюг «якість і безпека процесів — задоволеність міжнародного пацієнта — позитивні відгуки й репутація — приплив нових пацієнтів — зростання експортних доходів закладу». Висока якість медичних процесів знижує частоту ускладнень і повторних звернень, підвищує безпеку та результативність лікування; це формує довіру, яка через цифрові канали й рекомендації трансформується у впізнаваність бренду закладу на глобальному ринку. Аналогічний ланцюг створення цінності діє й у гостинності, де якість сервісу конвертується у повторні візити та рекомендації гостей [16]. Ця тотожність механізмів підтверджує можливість взаємного трансферу управлінських рішень між медичним туризмом і готельно-ресторанним бізнесом.

Сучасним розвитком ідеї управління якістю в медицині є концепція цінності для пацієнта (value-based healthcare), що зміщує акцент із обсягу наданих послуг на результат, який має значення

для пацієнта, віднесений до витрат на його досягнення. За управлінською логікою ця концепція є прямим аналогом концепції клієнтського досвіду (customer experience) у гостинності: в обох випадках організація проєктує цілісний шлях споживача, вимірює результат і задоволеність та формує лояльність. Це дозволяє інтегрувати клінічні та сервісні показники в єдину систему оцінювання.

Для того щоб механізм управління якістю був керованим, а не декларативним, ІСМЯ потребує вимірюваності. Тому невід'ємним її елементом є система збалансованих показників результативності, яка охоплює клінічні індикатори (частота ускладнень, повторні госпіталізації, результативність лікування), процесні індикатори (час очікування, дотримання протоколів, завантаженість потужностей), індикатори задоволеності пацієнтів і персоналу, а також економічні показники, зокрема частку та динаміку доходів від міжнародних пацієнтів [19; 21; 23]. Інтегральне оцінювання за такою системою переводить абстрактну категорію якості у площину конкретних управлінських рішень і дозволяє відстежувати їхній вплив на конкурентоспроможність у динаміці.

Особливу роль у забезпеченні конкурентоспроможності на ринку медичного туризму відіграє інститут міжнародної акредитації. На відміну від національної ліцензії, що засвідчує мінімальну відповідність вимогам, міжнародна акредитація підтверджує відповідність визнаним у світі стандартам якості й безпеки та слугує для іноземного пацієнта головним орієнтиром за умов інформаційної асиметрії. Найпоширенішою є акредитація Joint Commission International (JCI), що охоплює сотні стандартів, згрупованих навколо безпеки пацієнтів, управління процесами, прав пацієнта та безперервного вдосконалення. Наявність такої акредитації фактично є перепусткою на глобальний ринок і суттєвим чинником цінового преміуму. Поряд із JCI функціонують галузеві схеми, зокрема Global Healthcare Accreditation, орієнтована саме на готовність закладу до обслуговування міжнародних пацієнтів. Інтеграція вимог цих схем у внутрішню систему менеджменту

якості є прямим управлінським завданням закладу, що прагне експортувати послуги [39; 40].

Управлінське значення якості найкраще розкривається через категорію вартості неякості (*cost of poor quality*). Медичні помилки, ускладнення, повторні втручання й пов'язані з ними репутаційні втрати становлять для закладу значні прямі та непрямі витрати, а на ринку медичного туризму — ще й ризик безповоротної втрати іноземного сегмента, надзвичайно чутливого до негативної інформації. Тому інвестиції у формування культури безпеки пацієнтів, систему управління клінічними ризиками та безперервне вдосконалення процесів є не витратами, а вкладенням у конкурентоспроможність. Формування культури безпеки, за якої персонал відкрито повідомляє про інциденти й помилки задля їх системного усунення, а не приховування, є одним із найскладніших, але й найрезультативніших управлінських завдань, що безпосередньо визначає репутацію закладу на міжнародному ринку [7; 40].

Методичне вимірювання сприйнятої якості медичної допомоги ґрунтується на адаптації універсальних інструментів маркетингу послуг до галузевої специфіки. На основі моделі SERVQUAL розроблено спеціалізовані інструменти оцінювання якості медичних послуг, що враховують такі виміри, як матеріальне оточення (сучасність обладнання й комфорт середовища), надійність (точність діагностики й лікування), чуйність (готовність персоналу допомоги), упевненість (компетентність і довіра) та емпатія (індивідуальний, людяний підхід до пацієнта) [25]. Ці виміри доповнюються систематичним вимірюванням досвіду пацієнта (*patient experience*) — цілісного враження від усього шляху взаємодії із закладом. Регулярний збір і аналіз таких даних дозволяє виявляти розриви між очікуваннями та сприйняттям і цілеспрямовано вдосконалювати процеси, перетворюючи зворотний зв'язок пацієнта на інструмент управління конкурентоспроможністю, який за своєю логікою тотожний управлінню задоволеністю гостя в готельному бізнесі.

Організаційна стійкість закладів охорони здоров'я як передумова сталого розвитку медичного туризму в умовах кризових викликів

Конкурентоспроможність, здобута завдяки якості, є необхідною, але недостатньою умовою успіху: вона потребує захисту в умовах потрясінь. Ринок медичного туризму надзвичайно чутливий до криз, оскільки його основою є міжнародна мобільність пацієнтів. Пандемія COVID-19 наочно це підтвердила: закриття кордонів, обмеження на пересування та переорієнтація лікарень на боротьбу з інфекцією призвели до різкого падіння потоків міжнародних пацієнтів і скорочення планових втручань, поставивши під питання саме існування галузі у низці дестинацій [40]. Це висуває на перший план другий управлінський механізм — забезпечення організаційної стійкості закладу охорони здоров'я.

Під організаційною стійкістю розуміють здатність організації передбачати кризові впливи, готуватися до них, реагувати та адаптуватися до раптових збоїв і поступових змін, зберігаючи спроможність виконувати основну місію. Концептуальні засади управління стійкістю закріплені в міжнародних стандартах: ISO 22316 визначає принципи та атрибути організаційної стійкості, наголошуючи, що вона є результатом ефективного управління ризиками й належної ділової практики та не досягається єдиним універсальним підходом [9]; ISO 22301 встановлює вимоги до систем управління безперервністю діяльності, закладаючи процедури аналізу впливу на діяльність, планування відновлення критичних процесів і підтримання їхньої безперервності [8]. На національному рівні відповідні орієнтири визначені Концепцією забезпечення національної системи стійкості, що інституціоналізувала поняття стійкості в управлінській практиці [3; 47].

Механізм управління організаційною стійкістю сервісного підприємства доцільно розглядати як інтеграцію шести функціональних складових, узагальнених у таблиці 5.

Таблиця 5 — Функціональні складові механізму управління організаційною стійкістю закладу охорони здоров'я

Складова	Зміст	Роль у забезпеченні стійкості
Ризик-менеджмент	Ідентифікація, оцінювання та оброблення загроз	Запобігання кризі до її настання
Кризове управління	Прийняття рішень і координація в умовах потрясіння	Швидке реагування, мінімізація втрат
Кадрова стійкість	Протидія вигоранню й плинності, резерв компетенцій	Збереження працездатності персоналу
Ресурсне забезпечення	Резерви, диверсифікація постачань і потужностей	Автономність у кризових умовах
Цифрова стійкість	Резервування даних, кіберзахист, дистанційні канали	Безперервність інформаційних процесів
Комунікаційна політика	Узгоджені внутрішні та зовнішні комунікації	Збереження довіри стейкхолдерів

Джерело: розроблено авторами за [8; 9]

Інтеграція наведених у таблиці 5 складових у єдиний контур і забезпечення безперервності операційної діяльності становлять сутність механізму. Принципово важливим є розуміння організаційної стійкості не як пасивної здатності «витримати удар», а як динамічної здатності до адаптації й розвитку. Резильєнтна організація не лише повертається до попереднього стану після кризи, а й навчається на її досвіді, реконфігуруючи процеси й нарощуючи адаптивний потенціал. У цьому виявляється глибокий зв'язок стійкості з інноваційністю: криза виступає не тільки загрозою, а й тригером управлінських і технологічних інновацій, а здатність швидко впроваджувати нові рішення сама стає джерелом стійкості [14; 18]. Досвід сервісних підприємств, які під час пандемії опанували телемедицину, безконтактні формати та цифрові канали взаємодії, підтверджує цей взаємозв'язок.

Для України проблема стійкості закладів охорони здоров'я набула критичного значення внаслідок повномасштабної війни. Руйнування інфраструктури, кадровий дефіцит, міграція медичних працівників, фінансова нестабільність, енергетичні та безпекові ризики докорінно змінили умови функціонування медичних закладів, які, на відміну від більшості сервісних підприємств, не можуть призупинити діяльність — медична допомога має надаватися безперервно навіть за умов прямої загрози. Для медичного туризму наслідки виявилися двоякими: в'їзний потік іноземних пацієнтів різко скоротився через безпекові чинники, тоді як виїзний потік українських пацієнтів за кордон зріс. За таких умов організаційна стійкість перетворюється на передумову самого існування експортного потенціалу галузі та ключовий чинник її повоєнного відновлення.

Управління стійкістю, як і управління якістю, потребує вимірюваності. Систему показників організаційної стійкості доцільно будувати за складовими механізму: час відновлення критичних процесів після збою, рівень диверсифікації ресурсів і постачальників, стабільність кадрового складу та плинність, готовність резервних і автономних потужностей, захищеність інформаційних систем, результативність кризових комунікацій. Оцінювання за такою системою перетворює стійкість із декларативної якості на керований параметр і дозволяє своєчасно спрямовувати управлінські впливи на найвразливіші ланки організації, а також інтегрувати показники стійкості із показниками якості в єдину управлінську панель.

Практична реалізація механізму стійкості потребує формалізованого планування безперервності діяльності відповідно до логіки стандарту ISO 22301. Цей процес охоплює кілька послідовних етапів: аналіз впливу на діяльність (визначення критичних процесів і допустимого часу їх простою), оцінювання ризиків, розроблення стратегій відновлення, підготовку планів реагування та відновлення, а також їх регулярне тестування й актуалізацію [8]. Для закладу охорони здоров'я, що обслуговує міжнародних пацієнтів, критичними процесами є не лише клінічна діяльність, а й канали комунікації

з пацієнтами, інформаційні системи та логістика супроводу, безперервність яких визначає збереження експортного сегмента. Формалізація цих процедур переводить стійкість зі сфери інтуїтивного реагування у площину керованої управлінської функції.

Різні виміри стійкості потребують специфічних управлінських інструментів. Фінансова стійкість забезпечується диверсифікацією джерел доходу, формуванням резервів і гнучким управлінням витратами, що дозволяє закладу пережити періоди падіння попиту. Ресурсна стійкість спирається на диверсифікацію постачальників критичних матеріалів і обладнання та створення страхових запасів, актуальність яких різко зросла після порушення глобальних ланцюгів постачання під час пандемії та війни. Кадрова стійкість досягається через розвиток резерву компетенцій, програми підтримки добробуту персоналу й протидії професійному вигоранню, що є особливо важливим в умовах підвищеного навантаження та впливу медичних працівників. Інтеграція цих вимірів у єдину систему й становить сутність організаційної стійкості як інтегральної управлінської властивості.

Цифрова трансформація як інтегрувальний чинник конкурентоспроможності та стійкості суб'єктів медичного туризму

Механізми управління якістю (конкурентоспроможністю) та управління стійкістю поєднує спільний драйвер сучасного розвитку сфери послуг — цифрова трансформація, яка у медичному туризмі відіграє особливу роль, оскільки саме цифрові канали є основним середовищем взаємодії закладу з міжнародним пацієнтом. Ще на ранніх етапах становлення галузі дослідники відзначали визначальну роль вебсайтів і онлайн-інформації у прийнятті рішення про лікування за кордоном, а також появу спеціалізованих інтернет-посередників — фасилітаторів медичного туризму [30; 31]. Сьогодні телемедицина, електронні медичні записи, системи дистанційних консультацій, платформи порівняння клінік і цифрові сервіси

супроводу формують наскрізний цифровий шлях міжнародного пацієнта — від первинного інформування до післяопераційного контролю.

З погляду конкурентоспроможності цифрові технології підвищують доступність і персоналізацію послуги, скорочують час обслуговування, зменшують імовірність помилок та формують нову якість клієнтського досвіду. Цифрова присутність закладу — багатомовний вебсайт, керування відгуками, просування в пошукових системах і соціальних мережах — стає обов'язковою умовою впізнаваності на глобальному ринку, де рішення пацієнта значною мірою ґрунтується на онлайн-інформації. Технології штучного інтелекту дедалі активніше застосовуються для автоматизації адміністративних процесів, персоналізації пропозицій і підтримки клінічних рішень, підвищуючи як ефективність, так і якість обслуговування.

З погляду стійкості цифрова інфраструктура забезпечує безперервність діяльності в кризових умовах: хмарне зберігання й резервування даних захищають критичну інформацію від фізичного знищення, дистанційні канали дозволяють надавати консультації та підтримувати зв'язок із пацієнтом за неможливості очного контакту, а системи аналітики й моделювання підвищують якість управлінських рішень в умовах невизначеності. Водночас цифровізація породжує нові ризики — кіберзагрози, витоки персональних медичних даних, залежність від безперебійного живлення та зв'язку, — управління якими саме стає складовою організаційної стійкості. Отже, цифрова трансформація одночасно посилює обидва механізми й вимагає їх узгодженого впровадження, а не ізольованої автоматизації окремих функцій.

Особливого значення цифровізація набуває для України в умовах війни. Розвиток телемедицини, електронної системи охорони здоров'я та дистанційних форм взаємодії дозволяє частково компенсувати руйнування фізичної інфраструктури, зберегти зв'язок із пацієнтами, зокрема з тими, хто виїхав за кордон, і закласти технологічну основу для повоєнного відновлення експорту медичних

послуг. Таким чином, цифрова трансформація виконує роль сполучної ланки, що інтегрує управління конкурентоспроможністю та управління стійкістю в єдину модель інноваційного менеджменту суб'єкта медичного туризму.

Ефективна цифрова трансформація потребує належного управління даними та кібербезпекою, оскільки медична інформація є особливо чутливою категорією персональних даних, а її захист — обов'язковою умовою довіри міжнародного пацієнта. Управління даними охоплює забезпечення їх якості, сумісності інформаційних систем, дотримання вимог захисту приватності та формування аналітичної спроможності закладу. Водночас цифровізація не зводиться до впровадження окремих технологій: вона є комплексною зміною управлінських процесів, організаційної культури та компетенцій персоналу. Саме тому цифрову трансформацію слід розглядати як стратегічний проєкт, що узгоджується з контурами якості та стійкості, а не як ізольовану модернізацію ІТ-інфраструктури; лише за такого підходу вона реалізує свій інтеграційний потенціал.

Концептуальна модель інтегрованого механізму управління суб'єктом медичного туризму

Узагальнення проведеного аналізу дозволяє запропонувати концептуальну модель інтегрованого механізму управління суб'єктом медичного туризму, у якій управління конкурентоспроможністю та управління організаційною стійкістю постають не як відокремлені завдання, а як два взаємодоповнювані контури єдиної управлінської системи. Перший контур (якість — конкурентоспроможність) відповідає за створення цінності та здобуття конкурентних переваг у поточній діяльності; другий контур (ризик — стійкість) відповідає за збереження й відновлення цієї здатності в умовах потрясінь. Інтегрувальним ядром моделі виступає цифрова платформа, а спільною метою — сталий розвиток закладу як експортера медичних послуг.

Логіка взаємодії контурів полягає в їх взаємному підсиленні. Розвинена система менеджменту якості з її процесним підходом, управлінням ризиками та культурою безперервного вдосконалення створює організаційне підґрунтя для стійкості: заклад із відлагодженими процесами легше адаптується до збоїв. І навпаки, організаційна стійкість захищає нагромаджені конкурентні переваги від руйнування в кризу, забезпечуючи безперервність надання якісної послуги. Конкурентоспроможність без стійкості є крихкою, а стійкість без конкурентоспроможності — безмістовною; лише їх інтеграція гарантує довгостроковий успіх на ринку медичного туризму.

Структурно модель об'єднує розглянуті раніше елементи: підсистеми інтегрованої системи менеджменту якості (таблиця 4) утворюють контур конкурентоспроможності; функціональні складові управління стійкістю (таблиця 5) утворюють контур резильєнтності; цифрова трансформація виступає інтегрувальною платформою; а спільна система збалансованих показників забезпечує вимірюваність і керованість обох контурів. Управлінський цикл моделі відтворює логіку PDCA: планування цілей якості та стійкості, реалізація процесів, моніторинг показників, коригувальні дії та безперервне вдосконалення. Це надає моделі не лише описового, а й інструментального характеру, придатного для практичного впровадження.

Важливою властивістю запропонованої моделі є її галузева інваріантність. Хоча модель конкретизована на матеріалах закладів охорони здоров'я та ринку медичного туризму, її архітектура зберігається за заміни медичної специфіки на специфіку інших сервісних галузей: клінічної якості — на якість сервісу, безпеки пацієнтів — на безпеку гостей, медичних процесів — на процеси обслуговування. Це підтверджує основну тезу розділу: інтегрований механізм управління конкурентоспроможністю та стійкістю є універсальним інноваційним механізмом менеджменту підприємств сфери послуг, а медичний туризм слугує його найбільш показовою сферою застосування, у якій вимоги до якості, безпеки та безперервності є максимальними.

Практична цінність моделі полягає в тому, що вона надає керівникам закладів охорони здоров'я цілісний орієнтир для розбудови управлінської системи, орієнтованої на міжнародний ринок: від упровадження акредитованої системи якості й цифрової присутності як умов конкурентоспроможності до формування механізмів безперервності й адаптації як умов стійкості. Для органів державного управління модель окреслює напрями політики розвитку медичного туризму як експортної галузі — стандартизація якості, підтримка акредитації, цифрова інфраструктура та забезпечення стійкості системи охорони здоров'я загалом.

Упровадження запропонованої моделі у практику доцільно здійснювати поетапно. На першому етапі проводиться діагностика наявного стану — оцінювання зрілості системи якості, рівня цифровізації та готовності до кризових ситуацій. На другому етапі формується контур конкурентоспроможності: впроваджується інтегрована система менеджменту якості, здійснюється підготовка до міжнародної акредитації та розбудовується цифрова присутність на зовнішніх ринках. На третьому етапі формується контур стійкості: розробляються плани безперервності діяльності, механізми ризик- та кризового управління, забезпечується кадрова, ресурсна й цифрова стійкість. На четвертому етапі обидва контури інтегруються навколо єдиної цифрової платформи та системи збалансованих показників, а управлінський цикл переводиться в режим безперервного вдосконалення. Така етапність робить модель практично застосовною для закладів різного рівня зрілості й форми власності.

Медичний туризм в Україні: потенціал, бар'єри та перспективи розвитку

Україна володіє значним потенціалом для розвитку медичного та лікувально-оздоровчого туризму, зумовленим поєднанням природно-рекреаційних ресурсів, розвиненої санаторно-курортної бази, наукової школи курортології та відновлювальної медицини й цінних конкурентних переваг [10; 20; 40]. Країна історично належала

до світових лідерів за різноманітням природних лікувальних ресурсів — мінеральних і термальних вод, лікувальних грязей та озокериту, ропи лиманів, унікальних кліматичних зон, — що створює основу для санаторно-курортного та оздоровчого сегментів. Водночас відносно низька вартість медичних послуг за наявності кваліфікованих фахівців формує передумови для розвитку власне лікувального напрямку.

Правове підґрунтя розвитку галузі формують Основи законодавства України про охорону здоров'я, що визначають засади функціонування системи охорони здоров'я [1], та комплекс актів у сфері туризму й курортної справи, зокрема Стратегія розвитку туризму та курортів [4]. Водночас чинне регулювання не містить цілісного визначення медичного туризму як окремого виду діяльності, не розмежовує понять лікувального, оздоровчого й медичного туризму та не встановлює спеціальних вимог до закладів, що обслуговують іноземних пацієнтів. Ця нормативна прогалина створює правову невизначеність, ускладнює захист прав міжнародних пацієнтів і стримує інституціоналізацію галузі. Удосконалення законодавчого забезпечення з урахуванням міжнародного досвіду є, таким чином, однією з передумов реалізації управлінських механізмів, обґрунтованих у цьому розділі.

Найперспективнішими експортними напрямами вітчизняного медичного туризму традиційно вважаються стоматологія, офтальмологія, репродуктивна медицина та допоміжні репродуктивні технології, естетична й пластична хірургія, ортопедія, а також реабілітація й санаторно-курортне оздоровлення на базі унікальних природних ресурсів [10; 24]. Кожен із цих напрямів поєднує суттєву цінову перевагу порівняно з країнами Західної Європи з достатнім рівнем якості, що за умови міжнародної акредитації здатне забезпечити конкурентні позиції на регіональному ринку. Для систематизації управлінських висновків доцільно узагальнити сильні й слабкі сторони, можливості та загрози розвитку медичного туризму України у форматі SWOT-аналізу (таблиця 6).

Таблиця 6 — SWOT-аналіз розвитку медичного туризму в Україні

Сильні сторони (S)	Слабкі сторони (W)
Багаті природні лікувальні ресурси; наукова школа курортології; цінова перевага; кваліфіковані фахівці	Правова й термінологічна невизначеність; брак міжнародної акредитації; слабка цифрова промоція; зношена інфраструктура
Можливості (O)	Загрози (T)
Зростання світового ринку; попит на репродуктивну, стоматологічну, реабілітаційну медицину; цифровізація; повоєнне відновлення	Воєнні та безпекові ризики; конкуренція сусідніх дестинацій; вплив кадрів; втрата довіри іноземних пацієнтів

Джерело: складено авторами за [10; 20; 24; 44]

Аналіз таблиці 6 засвідчує, що потенціал України реалізується не автоматично, а лише за умови цілеспрямованого управління, здатного перетворити сильні сторони на конкурентні переваги, а можливості — на реальні ринкові позиції, водночас нейтралізуючи слабкі сторони й загрози. Реалізацію потенціалу нині стримує низка чинників: термінологічна й правова невизначеність меж лікувально-оздоровчого туризму та відсутність цілісного нормативного регулювання [24]; недостатня інтеграція вітчизняних закладів у міжнародні системи акредитації, що знижує довіру іноземних пацієнтів; обмежена цифрова присутність і промоція на зовнішніх ринках; зношеність частини санаторно-курортної інфраструктури; і, передусім, безпекові ризики воєнного часу, що фактично призупинили в'їзний медичний туризм.

Війна суттєво змінила структуру українського медичного туризму: в'їзний потік іноземних пацієнтів скоротився до мінімуму, натомість зріс виїзний потік українських громадян, які отримують лікування за кордоном, зокрема в межах програм підтримки, наданих країнами-партнерами. Це створює подвійне управлінське завдання: у короткостроковій перспективі — збереження кадрового,

наукового та інфраструктурного потенціалу галузі засобами організаційної стійкості; у середньо- та довгостроковій перспективі — розбудова конкурентоспроможності для повоєнного повернення на міжнародний ринок. Реабілітаційний напрям, попит на який різко зріс унаслідок війни, може стати одним із драйверів повоєнного відновлення галузі за умови розвитку відповідної інфраструктури та стандартів.

Стратегічні орієнтири розвитку галузі частково закладені у Стратегії розвитку туризму та курортів на період до 2026 року [4], проте потребують оновлення з урахуванням воєнних реалій і сучасних тенденцій світового ринку. З огляду на проведений аналіз, першочерговими управлінськими завданнями є: упровадження у вітчизняних закладах інтегрованих систем менеджменту якості та проходження міжнародної акредитації як основи конкурентоспроможності; розбудова механізмів організаційної стійкості як передумови збереження й повоєнного відновлення експортного потенціалу; прискорена цифрова трансформація, зокрема телемедицина й цифрова промоція на зовнішніх ринках; удосконалення нормативно-правового забезпечення та розмежування понять; а також формування державної політики промоції України як дестинації медичного й оздоровчого туризму.

Саме поєднання двох ключових управлінських механізмів — управління якістю (конкурентоспроможністю) та управління організаційною стійкістю, — підсилене цифровою трансформацією, здатне перетворити наявний ресурсний потенціал України на реальні конкурентні позиції на світовому ринку медичних послуг. Цей висновок безпосередньо продовжує запропоновану у попередньому підрозділі інтеграційну модель і демонструє її прикладну застосовність до вітчизняних умов.

Ресурсний потенціал медичного та оздоровчого туризму України розподілений територіально нерівномірно, що зумовлює регіональну спеціалізацію. Історично провідними центрами санаторно-курортної діяльності є Одеський, Закарпатський, Львівський,

Прикарпатський та причорноморський регіони, які володіють унікальними природними лікувальними ресурсами — мінеральними й термальними водами, лікувальними грязями, ропою лиманів, сприятливими кліматичними умовами. Урбаністичні центри — Київ, Львів, Одеса, Харків, Дніпро — зосереджують високотехнологічну приватну медицину, орієнтовану на стоматологію, естетичну хірургію, офтальмологію та репродуктивні технології. Така структура потенціалу передбачає диференційовані управлінські стратегії: для санаторно-курортних закладів — розвиток оздоровчих і реабілітаційних програм міжнародного рівня, для міських клінік — вихід на ринок високоспеціалізованих медичних послуг. Водночас воєнні дії найсуттєвіше зачепили саме частину традиційних курортних територій, що додатково актуалізує механізми стійкості й повоєнного відновлення.

Серед експортних сегментів вітчизняного медичного туризму особливе місце посідає репродуктивна медицина: Україна свого часу набула міжнародного визнання як один із європейських центрів допоміжних репродуктивних технологій завдяки поєднанню якості, доступного законодавчого регулювання та відносно низької вартості. Стоматологія та естетична медицина зберігають стійкий попит з боку пацієнтів із сусідніх країн завдяки суттєвій ціновій перевазі. Офтальмологія та мікрохірургія ока спираються на сильну наукову школу. Окремим драйвером повоєнного розвитку може стати реабілітаційна медицина, попит на яку різко зріс унаслідок війни й потребує розбудови сучасної інфраструктури, підготовки кадрів та інтеграції у міжнародні стандарти. Кожен із цих сегментів потребує окремого управлінського позиціонування в межах єдиної стратегії конкурентоспроможності.

Реалізацію потенціалу України ускладнює конкуренція з боку сусідніх країн, які раніше й системніше розбудовували галузь. Туреччина сформувала потужний бренд у сфері естетичної медицини та трансплантації волосся, підкріплений державною промоцією й мережею акредитованих клінік; Угорщина спеціалізувалася

на стоматології та термальному оздоровленні; Польща та інші країни Центральної Європи активно залучають пацієнтів завдяки поєднанню якості та членства в європейському правовому просторі. Досвід цих країн засвідчує, що успіх на ринку медичного туризму є результатом не стихійного розвитку, а цілеспрямованої державної політики, що поєднує стандартизацію якості, підтримку акредитації, цифрову промоцію дестинації та формування сприятливого правового середовища [39]. Для України врахування цього досвіду є передумовою конкурентного входження на регіональний ринок.

Окремим чинником реалізації потенціалу є інвестиційне та кадрове забезпечення галузі. Модернізація санаторно-курортної й медичної інфраструктури до міжнародного рівня потребує залучення значних інвестицій, зокрема на засадах державно-приватного партнерства, за якого держава забезпечує сприятливе регуляторне середовище й базову інфраструктуру, а приватний сектор — управлінську ефективність і клієнтоорієнтований сервіс. Не менш важливою є підготовка управлінських кадрів нового типу — менеджерів охорони здоров'я, які поєднують медичну обізнаність з компетенціями у сфері якості, маркетингу послуг, цифрових технологій та управління ризиками. Формування таких компетенцій у закладах вищої освіти є необхідною передумовою впровадження розглянутих у цьому розділі управлінських механізмів і безпосередньо пов'язує наукове дослідження з практикою підготовки фахівців для сфери послуг.

З огляду на викладене, державна політика розвитку медичного туризму України має ґрунтуватися на поєднанні двох управлінських пріоритетів, обґрунтованих у цьому розділі. Політика конкурентоспроможності передбачає стимулювання впровадження систем менеджменту якості та міжнародної акредитації, підтримку цифрової трансформації й промоцію України як дестинації медичного та оздоровчого туризму на зовнішніх ринках, а також удосконалення нормативно-правового забезпечення з розмежуванням понять лікувального, оздоровчого та медичного туризму. Політика стійкості

передбачає збереження кадрового, наукового та інфраструктурного потенціалу галузі, розбудову механізмів безперервності діяльності й повоєнного відновлення, а також залучення інвестицій у модернізацію санаторно-курортної та медичної інфраструктури. Узгоджена реалізація цих двох напрямів, підсилена цифровою трансформацією, здатна перетворити значний, але наразі недостатньо реалізований потенціал України на реальні конкурентні позиції на світовому ринку медичних послуг.

Висновки до розділу

Проведене дослідження дозволило обґрунтувати медичний туризм як природну сферу конвергенції охорони здоров'я і туристичної індустрії, що інтегрує проблематику управління закладами охорони здоров'я у загальну стратегію інноваційного менеджменту підприємств сфери послуг. Показано, що заклад охорони здоров'я на цьому ринку виступає повноцінним суб'єктом сфери послуг, конкуруючи за міжнародного пацієнта на засадах, спільних із гостинністю й туризмом, а спільність родових ознак послуги зумовлює взаємний трансфер управлінських механізмів між цими галузями.

На основі системного, процесного, ситуаційного, ризик-орієнтованого та компетентнісного підходів визначено теоретико-методологічні засади дослідження конкурентоспроможності та організаційної стійкості сервісного підприємства. Аналіз статистичних даних засвідчив стійке двоцифрове зростання світового ринку медичного туризму за одночасної суттєвої розбіжності його кількісних оцінок, що вказує на потребу стандартизації обліку. Установлено, що конкурентоспроможність дестинації та окремого закладу формується комбінацією цінових переваг, розвиненості галузі та якості, підтвердженої міжнародною акредитацією, а розвиток галузі визначається балансом драйверів і бар'єрів, який піддається управлінському впливу.

Обґрунтовано, що визначальним управлінським чинником конкурентоспроможності закладу є зрілість інтегрованої системи

менеджменту якості, синергія підсистем якої перетворює якість із внутрішньої характеристики на ринкову перевагу. Доведено, що організаційна стійкість є комплементарним механізмом, який забезпечує збереження й відновлення конкурентних переваг закладу в умовах кризових викликів, і має інтеграцію ризик-менеджменту, кризового управління, кадрової, ресурсної, цифрової та комунікаційної складових; цей механізм є особливо актуальним для України в умовах воєнного стану.

Обґрунтовано, що цифрова трансформація виступає інтегруючим чинником, який одночасно посилює конкурентоспроможність і стійкість, поєднуючи обидва механізми в єдину систему. На цій основі запропоновано концептуальну модель інтегрованого механізму управління суб'єктом медичного туризму, що поєднає контур конкурентоспроможності та контур стійкості навколо цифрової платформи й спільної системи показників, та доведено її галузеву інваріантність. На матеріалах України показано прикладну застосовність моделі: реалізацію значного потенціалу вітчизняного медичного й оздоровчого туризму та його повоєнне відновлення забезпечує саме поєднання управління якістю, організаційною стійкістю та цифровою трансформацією. Отримані результати становлять внесок у розвиток теорії інноваційного менеджменту підприємств сфери послуг і можуть бути використані в подальших дисертаційних дослідженнях та управлінській практиці.

Список використаних джерел

Нормативно-правові акти та стандарти

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII. База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 03.02.2025).
2. Про заходи щодо підвищення конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я та забезпечення додаткових гарантій

- медичних працівників : Указ Президента України від 18.06.2021 № 261/2021. База даних «Законодавство України» / Президент України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/261/2021#Text> (дата звернення: 05.02.2025).
3. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України «Про Концепцію забезпечення національної системи стійкості» : Указ Президента України від 27.09.2021 № 479/2021. База даних «Законодавство України» / Президент України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/479/2021#Text> (дата звернення: 07.02.2025).
 4. Про схвалення Стратегії розвитку туризму та курортів на період до 2026 року : розпорядження Кабінету Міністрів України від 16.03.2017 № 168-р. База даних «Законодавство України» / Кабінет Міністрів України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/168-2017-р#Text> (дата звернення: 10.02.2025).
 5. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 01.08.2011 № 454. База даних «Законодавство України» / Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/v0454282-11> (дата звернення: 14.02.2025).
 6. ДСТУ ISO 9001:2015. Системи управління якістю. Вимоги (ISO 9001:2015, IDT). Київ : ДП «УкрНДНЦ», 2016. 22 с.
 7. ДСТУ EN 15224:2019. Системи управління якістю. EN ISO 9001:2015 у сфері охорони здоров'я. Київ : ДП «УкрНДНЦ», 2019.
 8. ДСТУ ISO 22301:2017. Системи управління безперервністю бізнесу. Вимоги (ISO 22301:2012, IDT). Київ : ДП «УкрНДНЦ», 2017.
 9. ISO 22316:2017. Security and resilience — Organizational resilience — Principles and attributes. Geneva : International Organization for Standardization, 2017.

Наукова література (вітчизняна)

10. Бабов К. Д., Дмитрієва Г. О., Тихохід Л. В., Гавловський О. Д. Лікувально-оздоровчий туризм — один із сучасних напрямів підвищення ефективності діяльності санаторно-курортної сфери. *Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія*. 2019. № 2. С. 5–9.
11. Бачинська О. М., Винниченко-Куликова Л. О. Формування системи управління якістю медичної допомоги в Україні в реаліях сьогодення. *Інклюзивна економіка*. 2024. № 2 (04). С. 10–15.
12. Валах В., Рудінська О., Бусел С., Князькова В. Управління якістю медичних послуг в Україні в контексті міжнародного досвіду. *Економічний аналіз*. 2024. Т. 34, № 2. С. 94–105. DOI: 10.35774/econp2024.02.094.
13. Дерезюк А. В., Яреміна І. В., Головчанська-Пушкар С. Є., Байдюк І. А. Покращення ефективності діяльності закладів охорони здоров'я з використанням SWOT-аналізу. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2023. Т. 27, № 3. С. 512–517.
14. Кичко І. І., Холодницька А. В., Петрук Н. В. Соціальна ефективність формування конкурентного середовища на ринку надання медичних послуг: економічні та екологічні засади. *Інноваційна економіка*. 2021. № 5–6. С. 45–52.
15. Літвінов О. С. Управління закладами охорони здоров'я в умовах конкурентного середовища. *Ефективна економіка*. 2015. № 2. URL: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=5418> (дата звернення: 17.02.2025).
16. Оцінка якості продукції та послуг готельно-ресторанного бізнесу. *Економіка та суспільство*. 2023. Вип. 56. DOI: 10.32782/2524-0072/2023-56-35.
17. Переваги інновацій для підвищення якості обслуговування у готельно-ресторанному бізнесі. *Економіка та суспільство*. 2024. Вип. 68. DOI: 10.32782/2524-0072/2024-68-101.

18. Стахів О., Зошук І. Конкурентоспроможність закладів охорони здоров'я в умовах мінімального безпекового середовища. *Науковий вісник Полісся*. 2024. № 1 (28). С. 470–483.
19. Толстанов О. К., Круть А. Г., Дмитренко І. А., Горачук В. В. Проблеми регулювання якості медичної допомоги в Україні та основні напрями їх вирішення. *Медичні перспективи*. 2022. Т. 27, № 1. С. 166–173.
20. Холявка В. З., Лешко Г. С., Мочульська О. М., Кухтій А. О. Сучасні аспекти, фактори впливу і перспективи розвитку медичного та лікувально-оздоровчого туризму в Україні. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2019. № 1 (79). С. 25–33.
21. Шалько М. Н. Державне регулювання якості надання медичних послуг. *Економіка, управління та адміністрування*. 2023. № 4 (106). С. 123–128.
22. Шведа Ю. І. Вплив конкуренції на ефективність системи охорони здоров'я України. *Ефективність державного управління*. 2018. № 56. DOI: 10.33990/2070-4011.56.2018.164421.
23. Шкільняк М. М., Кривокульська Н. М. Розвиток концептуальних підходів до управління якістю медичних послуг закладів охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я в Україні*. 2020. № 2 (84). С. 22–29.
24. Щука Г. П., Ковальська Л. В., Гальків Л. І. Визначення змісту та структури лікувально-оздоровчого туризму. *Індустрія туризму і гостинності в Центральній та Східній Європі*. 2022. № 5. С. 91–97. DOI: 10.36477/tourismhospcee-5-11.

Наукова література (зарубіжна)

25. Parasuraman A., Zeithaml V. A., Berry L. L. SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*. 1988. Vol. 64, No. 1. P. 12–40.
26. Connell J. Medical tourism: Sea, sun, sand and ... surgery. *Tourism Management*. 2006. Vol. 27, No. 6. P. 1093–1100. DOI: 10.1016/j.tourman.2005.11.005.

27. Lunt N., Carrera P. Medical tourism: Assessing the evidence on treatment abroad. *Maturitas*. 2010. Vol. 66, No. 1. P. 27–32. DOI: 10.1016/j.maturitas.2010.01.017.
28. Carrera P. M., Bridges J. F. P. Globalization and healthcare: understanding health and medical tourism. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*. 2006. Vol. 6, No. 4. P. 447–454.
29. Turner L. “First World health care at Third World prices”: globalization, bioethics and medical tourism. *BioSocieties*. 2007. Vol. 2, No. 3. P. 303–325.
30. Cormany D., Baloglu S. Medical travel facilitator websites: an exploratory study of web page contents and services offered to the prospective medical tourist. *Tourism Management*. 2011. Vol. 32, No. 4. P. 709–716.
31. Lunt N., Hardey M., Mannion R. Nip, tuck and click: medical tourism and the emergence of web-based health information. *The Open Medical Informatics Journal*. 2010. Vol. 4. P. 1–11.
32. Crooks V. A., Turner L., Snyder J., Johnston R., Kingsbury P. Promoting medical tourism to India: messages, images, and the marketing of international patient travel. *Social Science & Medicine*. 2011. Vol. 72, No. 5. P. 726–732.
33. Bookman M. Z., Bookman K. R. Medical Tourism in Developing Countries. New York : Palgrave Macmillan, 2007. 256 p.
34. Reisman D. Health Tourism: Social Welfare through International Trade. Cheltenham : Edward Elgar, 2010. 236 p.
35. Smith M., Puczkó L. Health and Wellness Tourism. Oxford : Butterworth-Heinemann, 2009. 400 p.
36. Whittaker A. Pleasure and pain: medical travel in Asia. *Global Public Health*. 2008. Vol. 3, No. 3. P. 271–290.
37. Lunt N., Horsfall D., Hanefeld J. (eds.). Handbook on Medical Tourism and Patient Mobility. Cheltenham : Edward Elgar, 2015. 432 p.

38. Ehrbeck T., Guevara C., Mango P. D. Mapping the market for medical travel. *The McKinsey Quarterly*. 2008. May. P. 1–11.
39. Heung V. C. S., Kucukusta D., Song H. Medical tourism development in Hong Kong: an assessment of the barriers. *Tourism Management*. 2011. Vol. 32, No. 5. P. 995–1005.
40. Hopkins L., Labonté R., Runnels V., Packer C. Medical tourism today: what is the state of existing knowledge? *Journal of Public Health Policy*. 2010. Vol. 31, No. 2. P. 185–198.
41. Horowitz M. D., Rosensweig J. A., Jones C. A. Medical tourism: globalization of the healthcare marketplace. *MedGenMed*. 2007. Vol. 9, No. 4. Article 33.

Електронні ресурси та аналітичні матеріали

42. Медичний туризм в Україні: сучасний стан та перспективи розвитку. *Туристична бібліотека* : вебсайт. URL: https://tourlib.net/statti_ukr/didenko3.htm (дата звернення: 19.02.2025).
43. Сучасні тенденції розвитку медичного туризму в Україні. *Туристична бібліотека* : вебсайт. URL: https://tourlib.net/statti_ukr/baev2.htm (дата звернення: 21.02.2025).
44. Лікувально-оздоровчий туризм: актуальні цілі та сучасні підходи до організації. *Туристична бібліотека* : вебсайт. URL: https://tourlib.net/statti_ukr/rutynsky7.htm (дата звернення: 24.02.2025).
45. Медичний туризм в Україні: проблеми та перспективи. *Медична газета «Здоров'я України»* : вебсайт. URL: <https://health-ua.com/article/19417-medichniy-turizm-v-ukran-problemi-ta-perspektivi> (дата звернення: 26.02.2025).
46. Медичний туризм як актуальний тренд сучасного розвитку сфери туризму в Україні. *Економіка та держава* : вебсайт. URL: <https://economicscience.com.ua/uk/journals/t-12-3-4-2021> (дата звернення: 28.02.2025).
47. Першочергові цілі і завдання у сфері забезпечення організаційної стійкості. *Національний інститут стратегічних досліджень* :

- вебсайт. URL: <https://niss.gov.ua/doslidzhennya/natsionalna-bezpeka/pershocherhovi-tsili-i-zavdannya-u-sferi-zabezpechennya> (дата звернення: 03.03.2025).
48. ISO 9001 у медицині: як управління якістю змінює медичні заклади та поліпшує послуги для пацієнтів. *Центр громадського здоров'я України* : вебсайт. URL: <https://phc.org.ua/news/iso-9001-u-medicini-yak-upravlinnya-yakistyu-zminyue-medichni-zakladi-ta-polipshue-poslugi> (дата звернення: 05.03.2025).
49. Сертифікація системи управління якістю закладу охорони здоров'я на відповідність вимогам стандарту ISO 9001. *Новини медицини та фармації* : вебсайт. URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/39168> (дата звернення: 07.03.2025).
50. Medical Tourism Index (MTI): Key Findings. *International Healthcare Research Center* : website. URL: <https://www.medicaltourism.com/mti/mti-key-findings> (дата звернення: 10.03.2025).
51. Medical Tourism Market Size, Share & Trends Analysis Report. *Grand View Research* : website. URL: <https://www.grandviewresearch.com/industry-analysis/medical-tourism-market> (дата звернення: 14.03.2025).
52. Medical Tourism Market Size, Share, Growth Report. *Precedence Research* : website. URL: <https://www.precedenceresearch.com/medical-tourism-market> (дата звернення: 17.03.2025).
53. Medical Tourism Market Size, Share and Trends 2033. *IMARC Group* : website. URL: <https://www.imarcgroup.com/medical-tourism-market> (дата звернення: 19.03.2025).
54. Medical Tourism Market Size, Trends & Forecast. *Future Market Insights* : website. URL: <https://www.futuremarketinsights.com/reports/medical-tourism-market> (дата звернення: 21.03.2025).
55. Health Care Index by Country 2024. *Numbeo* : website. URL: https://www.numbeo.com/health-care/rankings_by_country.jsp?title=2024 (дата звернення: 24.03.2025).

56. Top 20 destinations worldwide based on the total medical tourism index in 2020. *Statista* : website. URL: <https://www.statista.com/statistics/889983/top-medical-tourism-countries-of-destination-by-total-index-rating> (дата звернення: 26.03.2025).
57. Global Wellness Economy Monitor. *Global Wellness Institute* : website. URL: <https://globalwellnessinstitute.org/industry-research/global-wellness-economy-monitor> (дата звернення: 28.03.2025).

Ключові слова: медичний туризм, конкурентоспроможність, організаційна стійкість, менеджмент якості, механізм управління.