

Міністерство освіти і науки України
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
Навчально-науковий інститут «Українська інженерно-педагогічна академія»
Кафедра педагогіки, методики та менеджменту освіти

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

магістра

на тему

«Державно-приватне партнерство в управлінні охороною здоров'я (на
прикладі закладів охорони здоров'я м.Києва)»
(тема кваліфікаційної роботи)

Виконала: здобувачка освіти 2 курсу,
групи ЗЗОЗ-24мг

спеціальності: 073 Менеджмент

(код і найменування спеціальності)

_____ / Ганна НЕСТЕРЕНКО
(підпис) (ім'я та прізвище)

Керівник _____ / Вікторія КОВАЛЬСЬКА
(підпис) (ім'я та прізвище)

Рецензент _____ / Олександр КУПРІЯНОВ
(підпис) (ім'я та прізвище)

«До захисту допущено»

В.о. завідувачки кафедри _____ / Наталія
БРЮХАНОВА

(підпис) (ім'я та прізвище)

Нормоконтроль _____ / Влада МАРКОВА
(підпис) (ім'я та прізвище)

Секретар ЕК _____ / Валентина БУРБИГА
(підпис) (ім'я та прізвище)

Харків – 2025 рік

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. В.Н.КАРАЗІНА

Інститут: Навчально-науковий інститут «Українська інженерно-педагогічна академія»

Кафедра: педагогіки, методики та менеджменту освіти

Спеціальність: 073 «Менеджмент»

Освітньо-професійна програма: «Менеджмент закладів охорони здоров'я»

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри
д.пед.н., проф.
Наталія БРЮХАНОВА

(підпис)

«__»_____ 2025 р.

ЗАВДАННЯ
на кваліфікаційну роботу (дипломну роботу)
другого (магістерського) рівня вищої освіти
здобувачці Ганні НЕСТЕРЕНКО

Тема: Державно-приватне партнерство в управлінні охороною здоров'я (на прикладі закладів охорони здоров'я м.Києва)» затверджена наказом по академії

№ _____ від «__» _____ 2025 р.

2. Термін здачі закінченої роботи: «__» _____ 2025 р.

3. Вихідні дані до роботи: Закони України, Постанови Верховної Ради, Постанови Кабінету Міністрів, теоретичні та практичні розробки вітчизняних та зарубіжних авторів за темою роботи, періодичні видання, статистичні дані.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) Розділ 1. Державно-приватне партнерство як механізм фінансування у розвиток інфраструктури системи охорони здоров'я. Розділ 2. Аналіз стану ресурсного забезпечення та організація надання амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню м.Києва. Розділ 3. Функціонально-організаційна модель консультативно-діагностичного центру на принципах ДПП.

5. Перелік графічного (ілюстративного) матеріалу 11 рис., 15 табл., презентаційний матеріал

6. Консультант:

Розділ	Консультант	Підпис, дата		Оцінка (бали)
		Завдання видав	Завдання прийняв	
-	Не передбачено	-	-	-

7. Дата видачі завдання: «01» 09 2025 р.

Керівник: _____ Вікторія
(підпис) КОВАЛЬСЬКА

Завдання прийняла до виконання: _____ Ганна НЕСТЕРЕНКО
(підпис)

**КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН-ГРАФІК
виконання кваліфікаційної роботи
(дипломної роботи)**

№ з/п	Назва етапів роботи та питань, які мають бути розроблені відповідно до завдання	Термін виконання	Позначки керівника про виконання завдань
1	Систематизація матеріалів про діяльність об'єкту дослідження	04.10.2025	
2	Вивчення теоретичного матеріалу, написання першого розділу роботи	16.10.2025	
3	Аналіз діяльності об'єкту дослідження, написання другого розділу	30.10.2025	
4	Розробка та написання рекомендаційної частини роботи	15.11.2025	
5	Завершення висновків, формування анотації, впорядкування списку літератури	25.11.2025	
6	Оформлення дипломної роботи та представлення її на кафедрі	30.11.2025	

Здобувачка _____ Ганна НЕСТЕРЕНКО
(підпис)

Нормоконтроль: _____ Влада МАРКОВА
(підпис)

АНОТАЦІЯ

Тема: «Державно-приватне партнерство в управлінні охороною здоров'я (на прикладі закладів охорони здоров'я м.Києва)».

Магістерська кваліфікаційна робота містить: 147 стор., 11 рис., 15 табл., 120 джерел.

Об'єкт дослідження- державно-приватне партнерство в управлінні охороною здоров'я України.

Предмет дослідження – функціонально-організаційна модель консультативно-діагностичного центру на принципах державно-приватного партнерства.

Мета дослідження: обґрунтувати і розробити модель консультативно-діагностичного центру як форму медичного обслуговування на принципах державно-приватного партнерства.

Основні завдання дослідження: Здійснити аналіз світового та вітчизняного досвіду з проблеми розвитку державно-приватного партнерства у світовій економіці та в охороні здоров'я розвинених країн світу. Здійснити аналіз стану ресурсного забезпечення та діяльності консультативно-діагностичних центрів у м. Києві. Розробити функціонально-організаційну модель консультативно-діагностичного центру на принципах державно-приватного партнерства та провести експертну оцінку її прогностичної ефективності.

У дослідженні використані наступні методи: - *системного підходу та системного аналізу* – для обґрунтування концепції розвитку, методичних підходів до моделювання, обґрунтування та розробки функціонально-організаційної моделі КДЦ на принципах ДПП; *концептуального моделювання* – для розробки моделі консультативно-діагностичного центру на принципах державно-приватного партнерства.

Ключові слова: заклад охорони здоров'я, консультативно-діагностичний центр, державно-приватне партнерство.

ANNOTATION

Topic: "Public-private partnership in health care management (on the example of health care institutions in Kyiv)".

Master's qualification paper contains: 147 pages, 11 figures, 15 tables, 120 sources.

The object of research is public-private partnership in the management of health care of Ukraine.

Subject of research - functional-organizational model of consulting and diagnostic center on the principles of public-private partnership.

The purpose of the research: to substantiate and develop the model of the consulting and diagnostic center as a form of medical care on the principles of public-private partnership.

Main tasks of the study: To analyze the world and national experience on the development of public-private partnership in the world economy and in the health care of the developed countries. To analyze the status of resource support and activities of consulting and diagnostic centers in Kyiv. To develop a functional and organizational model of the consulting and diagnostic center on the principles of public-private partnership and to conduct an expert evaluation of its predictive efficiency.

The research uses the following methods: - system approach and system analysis - to substantiate the concept of development, methodological approaches to modeling, substantiation and development of functional and organizational model of KDC on the principles of PPP; conceptual modeling - to develop a model consulting and diagnostic center on the principles of public-private partnership.

Key words: health protection institution, consulting and diagnostic center, public-private partnership.

ЗМІСТ

	Стор.
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	9
ВСТУП.....	
РОЗДІЛ 1. ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНЕ ПАРТНЕРСТВО ЯК МЕХАНІЗМ ІНВЕСТУВАННЯ У РОЗВИТОК ІНФРАСТРУКТУРИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	14
1.1. Теоретично-методологічні засади та процеси розвитку державно- приватного партнерства у світі.....	14
1.2. Практика державно-приватного партнерства у зарубіжних країнах	26
1.3. Форми ДПП в охороні здоров'я розвинених країн.....	41
1.4. Державно-приватне партнерство в управлінні охороною здоров'я України	48
Висновки до розділу 1.....	63
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СТАНУ РЕСУРСНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ М. КИЄВА.....	65
2.1. Загальна характеристика мережі та діяльності амбулаторно- поліклінічних закладів м. Києва.....	65
2.2. Аналіз ресурсного забезпечення та діяльності консультативно- діагностичних центрів у м. Києві.....	68
Висновки до розділу 2.....	84
РОЗДІЛ 3. ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНА МОДЕЛЬ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДІАГНОСТИЧНОГО ЦЕНТРУ НА ПРИНЦИПАХ ДПП.....	87
3.1. Основні методичні підходи до моделювання консультативно- діагностичного центру на принципах державно-приватного партнерства	87
3.2. Розробка функціонально-організаційної моделі КДЦ на принципах ДПП.....	99
3.3. Формування управлінської системи моделі КДЦ.....	110
3.4. Порівняльна характеристика діючої та розробленої моделі КДЦ Експертна оцінка ефективності розробленої моделі.....	127
Висновки до розділу 3.	132

ВИСНОВКИ	134
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	138

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АП	- абсолютний приріст
АПЗ	- амбулаторно-поліклінічний заклад
АСУ	- автоматична система управління
ВООЗ	- Всесвітня організація охорони здоров'я
ДПП	- державно-приватне партнерство
ЗОЗ	- заклад охорони здоров'я
КДЦ	- консультативно-діагностичний центр
КМУ	- Кабінет Міністрів України
КНП	- комунальне некомерційне підприємство
МЕС	- медико-економічні стандарти
МОЗ	- Міністерство охорони здоров'я
НПВ	- населення працездатного віку
ООН	- Організація Об'єднаних Націй
ПМСД	- первинна медико-санітарна допомога
ТПр	- темп приросту

ВСТУП

В Україні поступово формуються нові економічні відносини, а її економіка стає все більш інтегрованою у світову, виникає гостра необхідність в ефективних структурних змінах і більш тісній взаємодії держави і приватного сектора. Заклади охорони здоров'я, функціонуючи в умовах обмежених ресурсів, недосконалості управлінських і економічних механізмів, підтримують кризовий стан системи, що вимагає пошуку нових економічних інструментів і управлінських рішень, які базуються на принципах державно-приватного партнерства. Підкріплюється дане твердження:

- вимогами Декларації тисячоліття ООН (2000) і положеннями Європейської політики «Здоров'я - 2020» (2012), які наголошують на необхідності надання не тільки доступної і соціально справедливої, а й максимально якісної медичної допомоги, орієнтованої на пацієнта;

- незадовільним станом здоров'я населення (Вороненко Ю. В., 2010, 2014; Грузева Т. С. 2012, 2015); невдоволеністю населення організацією медичної допомоги (71,5%) (дані Інституту соціології НАН України, 2011);

недостатнім фінансуванням системи охорони здоров'я в поєднанні з низькою ефективністю використання ресурсів і незбалансованістю структур догоспітального етапу вторинної медичної допомоги (Гойда Н. Г., 2005, 2008; Лехан В. М. 2009; Шевченко М.В. 2014);

низьким рівнем інтегрального показника якості лікування (56%) і структурної ефективності системи охорони здоров'я (36,0-44,0% в залежності від регіону) (Лехан В. М., Крячкова Л. В., 2010; Орлова Н. М., 2012);

прийняттям Концепції управління якістю медичної допомоги в галузі охорони здоров'я на період до 2020 року (2011) і Закону України від 1 липня 2010 року № 2404-VI «Про державно-приватне партнерство».

У світовій практиці з'явилося і починає відіграти все більш важливу роль державно-приватне партнерство (ДПП), як форма взаємодії держави і приватного бізнесу. Зростання інтересу до ДПП пояснюється тим, що у багатьох країнах воно дозволяє ефективно вирішувати вагомі соціальні та

економічні проблеми шляхом об'єднання ресурсів державного та приватного секторів. Слід також підкреслити той факт, що в умовах функціонування партнерських відносин між державою і бізнесом у світовій практиці з'являються нові ефективні моделі фінансування, зазнають суттєвих змін відносини власності, з'являються більш прогресивні методи управління. Формуються інноваційні відносини в охороні здоров'я на принципах державно-приватного партнерства, що безпосередньо пов'язано з перетвореннями інституціонального середовища у галузі.

У світовій практиці проведені широкі теоретичні дослідження потенціалу ДПП, сформульовані його визначення, історично склались форми і методи реалізації ДПП, накопчено достатній досвід практичного впровадження такого партнерства.

Проблема розвитку державно-приватного партнерства у сучасному світі та роль ДПП у формуванні інноваційної складової постійно знаходиться у центрі уваги багатьох вітчизняних і зарубіжних вчених та практиків.

Визначальний вплив на формування і розвиток теорії взаємодії влади і бізнесу на принципах ДПП мали наукові роботи таких вчених з країн заходу як Д. Барр, Р. Буссе, М. Блюмель, Дж. Каппелларо, А. Річчі, Е. Кляйн, Г. Тейсман, Н. Сехрі, А. Шмуелі, М. Торчія, Х. Ван та інші.

Теоретико-методологічні основи вивчення теорії державно-приватного партнерства в охороні здоров'я представлені системою поглядів таких російських вчених як Варнавська В. Г., Вінницький Д. В., Дерябіна М. А., Добрусіна М. Є., Габуєва Л. А., Кабашкін В. А., Кельбаха С. В., Колесникова І. В., Матявіна М. В.

У вітчизняній науці дослідження присвячені вивченню перспектив використання державно-приватного партнерства в охороні здоров'я з'явилися зовсім недавно, проте свій внесок у дослідження даної проблеми вже внесли: Гойда Н. Г., Горожанкіна М. Є., Запатріна І. В., Касенко О. В., Кравченко Л. А., Курдиль Н. В., Лехан В. Н., Луценко А. Г., Мартякова О. В., Муцинська Н. Ю., Павлюк К. В., Пахомова Т. І., Підгаєць С. В., Проневич О. С., Рожкова Е. В.,

Степанова О. В., Тараненко І. В. та інші. Автори розглядають дану проблему з різних позицій.

У той же час, незважаючи на велику увагу вітчизняних учених до проблем становлення і розвитку ДПП в Україні, питання застосування державно-приватного партнерства в інноваційній сфері охорони здоров'я залишаються недостатньо розробленими. На сьогодні, з точки зору науки і практики, є необхідність у комплексному науковому дослідженні, спрямованому на медико-соціальне обґрунтування функціонально-організаційної моделі консультативно-діагностичного центру (КДЦ) на принципах державно-приватного партнерства. Необхідність наукового дослідження за запропонованою тематикою обумовлена відсутністю комплексних досліджень, спрямованих на наукове обґрунтування методологічних підходів до підвищення якості медичної допомоги у системі новостворених комунальних некомерційних підприємств консультативно-діагностичних центрів (КДЦ) на основі механізму державно-приватного партнерства (ДПП). А також назрілою необхідністю створення у системі охорони здоров'я організаційно-правових форм саморегульованих медичних організацій на принципах державно-приватного партнерства, які забезпечать надання якісної медичної допомоги, дієвий організаційно-фінансовий механізм, економічну стійкість, високу технологічну озброєність ЗОЗ і кваліфікацію кадрів, гідну оплату праці медичних працівників.

Все вищезгадане обумовило вибір теми нашого магістерського дослідження: **«Державно-приватне партнерство в управлінні охороною здоров'я (на прикладі закладів охорони здоров'я м.Києва)»**.

Об'єкт дослідження- державно-приватне партнерство в управлінні охороною здоров'я України.

Предмет дослідження – функціонально-організаційна модель консультативно-діагностичного центру на принципах державно-приватного партнерства.

Мета дослідження: обґрунтувати і розробити модель консультативно-діагностичного центру як форму медичного обслуговування на принципах державно-приватного партнерства.

Для досягнення даної мети були поставлені наступні **завдання:**

1. Здійснити аналіз світового та вітчизняного досвіду з проблеми розвитку державно-приватного партнерства у світовій економіці та в охороні здоров'я розвинених країн світу.

2. Здійснити аналіз стану ресурсного забезпечення та діяльності консультативно-діагностичних центрів у м. Києві.

3. Розробити функціонально-організаційну модель консультативно-діагностичного центру на принципах державно-приватного партнерства та провести експертну оцінку її прогностичної ефективності.

У дослідженні використані наступні методи:

- *системного підходу та системного аналізу* – для обґрунтування концепції розвитку, методичних підходів до моделювання, обґрунтування та розробки функціонально-організаційної моделі КДЦ на принципах ДПП, формування механізмів і технологій сучасного управління комунальним консультативно-діагностичним центром в умовах переходу на принципи державно-приватного партнерства;

бібліосемантичний – для вивчення даних літератури щодо організації та управління комунальними амбулаторними ЗОЗ в умовах ринкової економіки, державно-приватного і комунально-приватного партнерства в охороні здоров'я, досвіду організації амбулаторної допомоги в країнах Європи, США та в Україні;

соціологічний – для вивчення точки зору пацієнтів та лікарів стосовно стану, проблем та шляхів удосконалення вторинної медичної допомоги, яка надається в амбулаторних умовах;

концептуального моделювання – для розробки моделі консультативно-діагностичного центру на принципах державно-приватного партнерства, який надає високоякісну медичну допомогу населенню;

експертних оцінок – для одержання експертної оцінки стану, проблем та

шляхів модернізації існуючих комунальних КДЦ, оцінки потенційної ефективності розробленої концептуальної моделі консультативно-діагностичного центру на принципах державно-приватного партнерства.

Структура роботи: робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного з розділів, висновків та списку використаних джерел.

РОЗДІЛ 1

ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНЕ ПАРТНЕРСТВО ЯК МЕХАНІЗМ ІНВЕСТИВАННЯ У РОЗВИТОК ІНФРАСТРУКТУРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Теоретично-методологічні засади та процеси розвитку державно-приватного партнерства у світі

Термін «*державно-приватне партнерство*» є українським відповідником усталеного у світовій практиці поняття *public-private partnership*. Разом із тим, аналіз зарубіжної економічної літератури свідчить про значну варіативність у трактуванні цього явища. Як зазначає В. Г. Варнавський, у країнах континентальної Європи поширена аббревіатура PPP (Public-Private Partnership), тоді як у США та Канаді частіше вживають позначення PS або, рідше, PP Partnerships. Британська практика сформувала власну термінологію – «приватна фінансова ініціатива» (Private Finance Initiative – PFI) [19]. У Франції тривалий час моделі сучасного ДПП визначалися поняттям «концесія» [24]. В українському науковому дискурсі закріпився термін «державно-приватне партнерство» (ДПП) [68].

Історичні витоки ДПП пов'язані передусім із потребою подолання *інфраструктурного дефіциту*, характерного як для розвинених, так і для країн з перехідною економікою. Перевантажені транспортні мережі, зношені системи водопостачання та каналізації, незадовільний технічний стан медичних і освітніх закладів, а також інші критично важливі об'єкти інфраструктури зумовлюють суттєві соціальні втрати – від демографічних ризиків до зростання рівня травматизму та погіршення якості життя населення [33].

Формування інституту ДПП у його сучасному розумінні почалося в Європі у 1980-х роках, насамперед у Великобританії [5,22]. Концептуально ДПП спирається на положення «Декларації тисячоліття ООН» 2000 р. [45] та доктрину «Монтерейського консенсусу», ухвалену під час Міжнародної конференції з фінансування розвитку (18–22 березня 2002 р., Монтерей, Мексика).

На сьогодні механізми державно-приватної взаємодії застосовуються більш ніж у 150 державах світу, однак наукова категорія «державно-приватне партнерство» досі перебуває у стадії концептуального формування. Світова практика вкладає у поняття ДПП різні моделі реалізації інфраструктурних проектів, різноманітні типи контрактів і комплекс відносин, пов'язаних із використанням ресурсів приватного сектора – фінансових, технологічних, управлінських – задля забезпечення суспільних потреб у сферах транспорту, зв'язку, нерухомості, охорони здоров'я тощо. ДПП у цьому контексті виступає як інституціональна система відносин між державою та бізнесом, що сприяє економічному й соціальному розвитку на різних управлінських рівнях (національному, регіональному, муніципальному), а також як конкретні проекти, реалізовані спільними зусиллями публічних органів і приватних компаній на об'єктах державної чи комунальної власності [19].

Світовий банк пропонує одне з найбільш узагальнених тлумачень: «ДПП – це угоди між публічною і приватною сторонами з приводу виробництва і надання інфраструктурних послуг, які укладаються з метою залучення додаткових інвестицій і, що ще більш важливо, як засіб підвищення ефективності бюджетного фінансування» [84].

У наукових працях провідних зарубіжних авторів присутні різні акценти у визначенні природи ДПП. Так, Е. Сава (США) характеризує ДПП як «будь-яку угоду, згідно якої державний і приватний сектори економіки об'єднуються для виробництва товарів і надання послуг». Такий підхід фактично прирівнює ДПП до широкого спектра взаємин держави та бізнесу – від контрактів до грантів – що ускладнює виділення специфічних ознак партнерства як окремої економічної категорії [17]. Інакше окреслюють ДПП Е.Н. Кляйн і Г.Р. Тейсман (2001), які підкреслюють «стійку взаємодію державного і приватного секторів, при якій розробляється спільний продукт і / або послуги, а ризики, витрати і прибутки розподіляються між партнерами» [91]. У цьому визначенні акцент зроблено на меті партнерства та обов'язковому розподілі ключових проектних параметрів.

В. Г. Варнавський пропонує більш юридично зорієнтоване трактування: «ДПП є юридично закріпленою формою взаємодії (закон, договір, статут і т.п.) між державою і приватним сектором щодо об'єктів державної і муніципальної власності, а також послуг, що надаються державними та муніципальними органами, установами та підприємствами, з метою реалізації суспільно значущих проектів у широкому спектрі видів економічної діяльності» [19].

Практичне керівництво Європейської економічної комісії ООН (ЄЕК ООН) також підкреслює комплексність завдань ДПП: «ДПП створюється з метою забезпечення фінансування, планування, виконання та експлуатації об'єктів, виробництв та надання послуг державного сектора» [187]. ЄЕК ООН та ВООЗ систематично розробляють рекомендації щодо ефективного застосування ДПП, зокрема в охороні здоров'я [184,187,309,315,328].

Кінцева мета державно-приватного партнерства полягає в модернізації суспільно важливої інфраструктури шляхом комбінування ресурсів і компетенцій кожної зі сторін, забезпеченні високої якості публічних послуг та реалізації суспільно значущих проектів із мінімальними витратами й ризиками. У цьому сенсі ДПП є не лише інструментом залучення інвестицій, але й механізмом прискорення соціально-економічного розвитку територій та підвищення ефективності роботи об'єктів міської інфраструктури [20].

ДПП реалізує три взаємопов'язані стратегічні цілі:

1. прискорене соціально-економічне зростання за рахунок інвестицій у критично важливі об'єкти інфраструктури та підвищення якості суспільних послуг;
2. економію бюджетних ресурсів у короткостроковій перспективі внаслідок розподілу фінансового навантаження в часі;
3. підвищення ефективності витрачання бюджетних коштів через залучення управлінських, фінансових і технологічних можливостей приватного сектора.

Використання механізмів ДПП у сфері охорони здоров'я сприяє зміцненню матеріально-технічної бази закладів, оптимізації бюджетних витрат,

збільшенню обсягів і покращенню якості державних медичних послуг, що забезпечується за рахунок інвестицій з позабюджетних джерел.

Як зазначає Т. В. Панова, до ключових характеристик ДПП належать:

- а) довгостроковість реалізації партнерських проектів (до 50 років);
- б) передача частини ризиків приватному партнерові;
- в) різноманіття довгострокових контрактних форм, що укладаються між юридичними особами та державними або комунальними структурами [69].

Розвиток ДПП у різних країнах визначається комплексом факторів. По-перше, воно відповідає логіці змішаної економіки, що створює умови для конструктивної взаємодії держави та бізнесу. По-друге, партнерство дає змогу мобілізувати приватні ресурси у сферах, які перебувають у власності держави і традиційно фінансуються з бюджету, а також забезпечує підвищення ефективності витрат. По-третє, спільне виконання проектів формує додаткові конкурентні переваги: приватний сектор володіє мобільністю, інноваційністю, здатністю до оперативного прийняття рішень, що знижує часові та фінансові витрати реалізації [21].

Сутність механізму ДПП полягає у тому, що держава виступає замовником послуг та визначає правила взаємодії з приватними партнерами, надаючи їм можливість для прийняття управлінських рішень і здійснюючи контроль над реалізацією проекту. Незважаючи на широке залучення приватного капіталу, об'єкти інвестування залишаються у державній власності [61]. На відміну від приватизації, ДПП забезпечує збереження контролю держави над соціально значущими об'єктами, водночас дозволяючи використовувати більш гнучкі й ефективні інструменти приватного сектора.

Розвинені європейські країни мають широкі системи публічного сектора, у межах яких активно функціонують різні моделі ДПП. Масштаби цього сектора змінюються залежно від економічної політики, стадії економічного циклу та зовнішньоекономічних умов [42]. Досвід міжнародної практики свідчить, що успішність ДПП залежить від низки умов: усунення конфліктів між приватними й суспільними інтересами, формування інституційного

середовища партнерства, а також збереження провідної ролі держави при раціональному використанні механізмів приватизації й управління активами.

І. М. Аблаєв визначає низку принципів, що лежать в основі ДПП:

- рівність сторін і свобода вибору дій;
- стабільність контракту із можливістю його адаптації;
- відповідальність за виконання зобов'язань;
- конкуренція;
- прозорість і наявність зворотного зв'язку;
- невтручання держави у сферу компетенції приватного партнера;
- система стимулів і гарантій;
- рівне ставлення до іноземних компаній.

З позицій державного регулювання ДПП розглядається як механізм залучення приватного бізнесу до реалізації капіталомістких та інфраструктурних проектів, що сприяє зміцненню виробничого потенціалу економіки і, в кінцевому підсумку, підвищенню рівня життя населення.

На думку В. Г. Варнавського, об'єктом ДПП є майно, що належить до соціальної інфраструктури або становить частину публічного сектора, тобто споруди, будівлі, інженерні системи та служби, необхідні для забезпечення життєдіяльності суспільства. Предметом ДПП та МПП угод є юридично закріплене співробітництво між публічним і приватним партнерами на певний строк із визначенням ресурсів та розподілом ризиків [19].

Для ДПП характерне поєднання інвестиційної діяльності та надання послуг. Структура проектів передбачає «витратний» етап, який охоплює інвестиції у створення чи модернізацію об'єктів, та «прибутковий» етап, під час якого здійснюється експлуатація об'єктів та повернення вкладених коштів. Саме наявність прибуткового етапу є однією з ключових ознак, що відрізняє ДПП від державного замовлення. Прибуток може формуватися як за рахунок тарифів, так і за рахунок бюджетних платежів.

Проекти ДПП реалізуються на довгостроковій основі, що зумовлено необхідністю повернення приватних інвестицій. Середній строк реалізації перевищує 10 років, причому прибутковий етап є найбільш тривалим.

Обов'язковою умовою партнерства є розподіл проектних ризиків, серед яких найбільш складним є визначення оптимальної моделі їх розподілу відповідно до специфіки проекту. Держава, зберігаючи відповідальність за надання публічних благ (public goods), поєднує свої функції з можливостями приватного бізнесу, який відзначається ефективністю та інноваційністю.

Для соціального сектора участь у проектах ДПП означає підвищення якості послуг, розвиток інфраструктури державної власності, поширення підприємницького мислення у системі публічного управління, модернізацію технологій менеджменту та запровадження нових фінансових інструментів [71]. Приватний бізнес, зі свого боку, отримує доступ до державних активів на тривалий період, гарантований ринок збуту, можливість повернення інвестицій із високим ступенем надійності завдяки розподілу ризиків з державою [53,70,78].

У світовій економіці накопичено значний практичний досвід реалізації ДПП у різних сферах. Водночас темпи та моделі впровадження механізмів партнерства в окремих країнах суттєво різняться. Дослідження дозволяють виділити три етапи розвитку ДПП (табл. 1), на яких перебувають держави залежно від рівня інституційної сформованості та масштабів практичного застосування інструментів партнерства.

За висновками С. В. Кельбаха (2015), до третього етапу розвитку ДПП наразі належать лише Великобританія та Австралія [92], тоді як Ірландія лише розпочала перехід до цього етапу [83,92,295]. Другий етап охоплює більшість економічно розвинених країн Європи (Франція, Іспанія, Італія, Греція, Німеччина), а також США, Канаду, Японію та Нову Зеландію [184,252,292,301]. На першому етапі, що передбачає розробку законодавчої та методичної бази, перебувають держави Східної Європи та Латинської Америки, включно з Україною [99,91].

Аналізуючи галузеву структуру проектів ДПП, можна побачити значні відмінності між регіонами світу. У країнах «Великої сімки» (США, Великобританія, Німеччина, Італія, Канада, Франція, Японія) високою є частка проектів у соціальній сфері: найбільше реалізовано у галузі охорони здоров'я

(184 проекти – 29,9%), далі йде освіта (138 проектів – 22,4%), після чого – автодороги (92 проекти – 15,0%) [6,19].

Три етапи розвитку ДПП*

Перший етап	Другий етап	Третій етап
<p>Ухвалення політичних рішень.</p> <p>Перевірка відповідності чинному законодавству. Формування портфеля проектів. Розробка базових концепцій.</p> <p>Застосування раніше накопиченого досвіду в інших секторах. Початок формування ринку.</p>	<p>Здійснення реформи законодавства.</p> <p>Публікація стратегічних і практичних керівних принципів. Створення спеціалізованих структур, які займаються проблемами ДПП.</p> <p>Уточнення моделей ДПП. Стимулювання розвитку ринку для ДПП. Розширення портфеля проектів і охоплення інших секторів.</p> <p>Залучення нових джерел фінансування.</p>	<p>Створення комплексної системи. Усунення юридичних бар'єрів.</p> <p>Розробка та уточнення моделей ДПП. Комплексний розподіл ризиків.</p> <p>Формування гарантованого портфеля проектів.</p> <p>Забезпечення довгострокового політичного консенсусу.</p> <p>Використання всього арсеналу джерел фінансування. Створення інвестиційного ринку для об'єктів інфраструктури, який охоплює пенсійні та приватні пайові фонди.</p> <p>Використання досвіду ДПП добре підготовленими співробітниками державних і комунальних установ.</p>

Упродовж останніх десятиліть у низці держав спостерігається тенденція до реалізації проектів державно-приватного партнерства у сферах, які раніше розглядалися виключно як зона відповідальності держави. Показовими є приклади США, Німеччини та Великобританії, де впроваджуються моделі ДПП, що поєднують можливості державного планування з приватною мотивацією досягати високих результатів у виконанні національних програм, зокрема у сфері космічних досліджень [14].

Аналіз цих тенденцій дає підстави стверджувати, що в економічно розвинених країнах із високими показниками продуктивності праці, значним рівнем ВВП на душу населення та розвинутою системою соціального захисту населення, механізми ДПП найактивніше застосовуються у соціально орієнтованих галузях — насамперед охороні здоров'я та освіті. Це зумовлено пріоритетністю соціальної політики в таких державах та прагненням забезпечити стабільні стандарти публічних послуг.

Водночас у ряді інших країн (Австрія, Бельгія, Данія, Австралія, Ізраїль, Ірландія, Фінляндія, Іспанія, Португалія, Греція, Південна Корея, Сінгапур) перше місце за кількістю проектів ДПП стабільно займає дорожня інфраструктура. Будівництво та модернізація автодоріг у цих державах використовується найчастіше, тоді як охорона здоров'я та освіта реалізуються у межах партнерства з помітно меншою інтенсивністю [25].

Статистичні дані за 2015 р. підтверджують зростання ролі соціальних секторів у структурі ДПП Європейського Союзу. Лідером за кількістю укладених угод стала сфера освіти (34%), яка впевнено випередила традиційно домінуючий транспортний сектор (21%). Значну частку становили також проекти у галузі охорони здоров'я (17%). Принципово важливо, що саме у 2015 р. «нетранспортні» сегменти вперше перевищили половину загальної вартості усіх європейських проектів ДПП. Сукупна частка освіти та охорони здоров'я становила 35% у вартісному вимірі та 51% — за кількістю угод. За даними Кельбаха С. В. (2015), найбільш активними країнами за кількістю угод ДПП у Європі виступають Великобританія (39%), Франція (17%), Німеччина (13%) та Іспанія (12%) [92].

У світовій практиці механізми державно-приватного партнерства зазвичай поділяють на три базові форми [88]:

1. **контрактні моделі**, тобто адміністративні договори про ДПП;
2. **орендні схеми**, що включають як традиційну оренду, так і лізингові операції;
3. **концесійні угоди**, що передбачають передачу приватному партнеру права на використання й експлуатацію об'єкта на визначений строк.

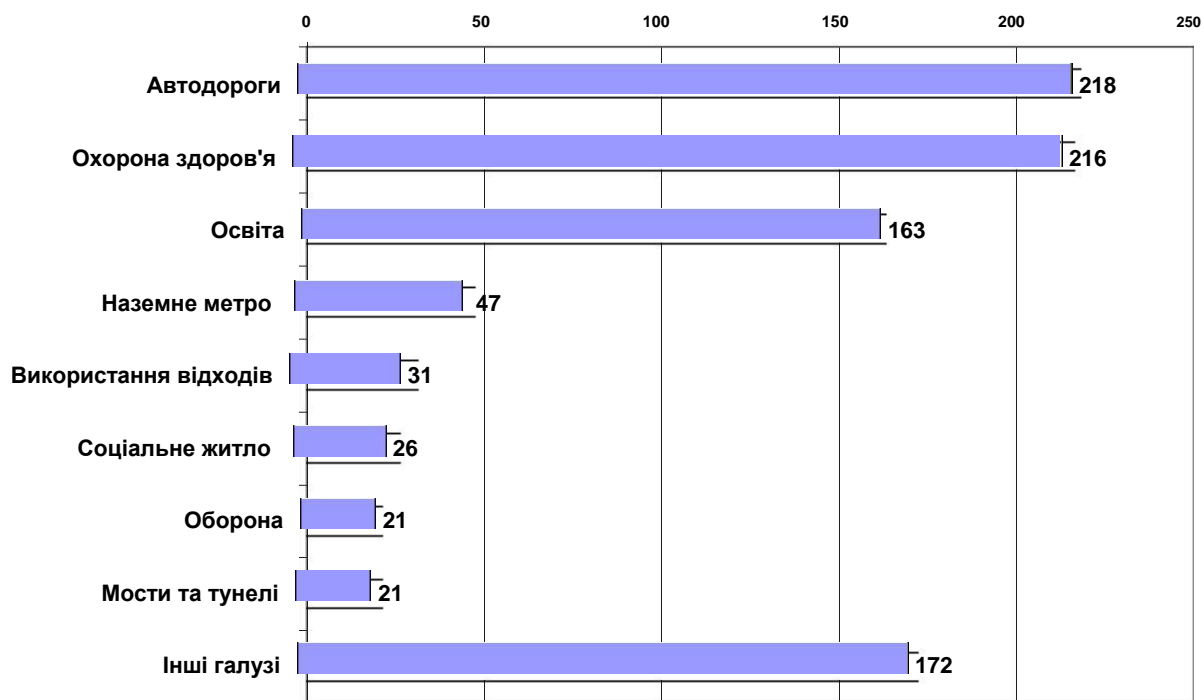


Рис. 1.1. Рейтинг галузей, у яких використовуються проекти ДПП у світі (абсолютна кількість проектів)

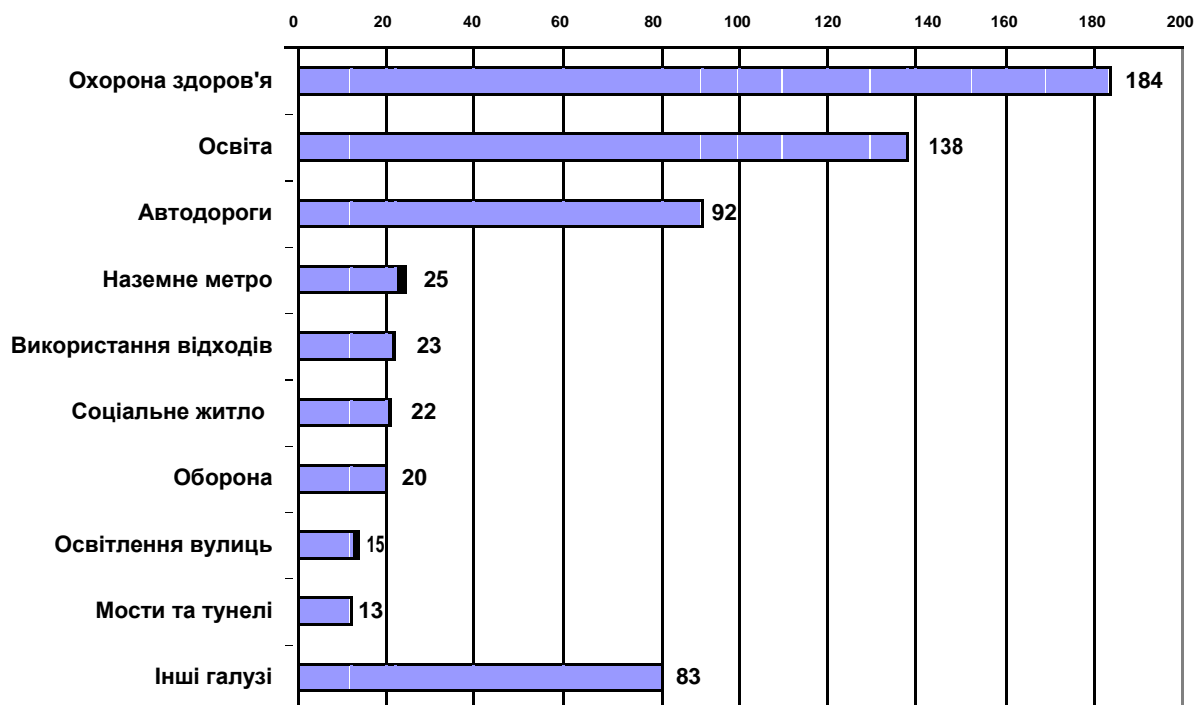


Рис. 1.2. Рейтинг галузей, у яких використовуються проекти ДПП у країнах «великої сімки» (абсолютна кількість проектів)

Контракт як різновид адміністративного договору укладається між державою (або органом місцевого самоврядування) та приватною компанією з метою реалізації певних суспільно значущих і корисних видів діяльності. У межах механізмів державно-приватного партнерства (ДПП) найбільш поширеними є контракти на виконання робіт, надання громадських послуг, управління об'єктами, постачання продукції для державних потреб, а також договори щодо надання технічної допомоги. Важливою рисою таких адміністративних договірних відносин є те, що права власності на майно не переходять до приватного партнера, а основний обсяг витрат і ризиків несе держава. Зацікавленість приватного учасника зумовлена тим, що за контрактом він одержує право на обумовлену частку доходу або прибутку.

Специфіка орендних відносин між органами публічної влади та приватним бізнесом полягає у тому, що відповідно до умов договору приватному партнеру передається державне чи муніципальне майно у тимчасове платне користування. Класичні договори оренди передбачають обов'язкову зворотність об'єкта оренди після завершення строку дії договору, при цьому повноваження щодо розпорядження цим майном зберігаються за власником і не переходять до приватного суб'єкта. В окремих, спеціально передбачених законом або договором випадках орендні відносини можуть завершуватися викупом об'єкта оренди. Для договорів лізингу характерною є наявність у лізингоодержувача права викупу державного або муніципального майна після виконання визначених зобов'язань.

Концесія (концесійна угода) становить особливу, специфічну форму взаємодії держави й приватного партнера, яка в останні десятиліття набуває все ширшого застосування. Її сутність полягає в тому, що держава або муніципальний орган, зберігаючи право повної власності на майно, що є предметом концесійної угоди, делегує приватному партнеру на визначений строк окремі функції щодо експлуатації й управління відповідним об'єктом. З цією метою приватний партнер наділяється необхідними повноваженнями для забезпечення належного функціонування об'єкта концесії.

За використання державного чи муніципального майна концесіонер сплачує плату в обсягах і формах, визначених концесійною угодою. Водночас право власності на продукцію, виготовлену в межах концесійної діяльності, належить концесіонеру.

Держава, будучи публічною стороною у відносинах з приватним бізнесом, виконує регулятивні та координуючі функції у сфері ДПП.

Як суб'єкт публічної влади у партнерстві з приватним сектором держава реалізує такі основні завдання:

- ідентифікація потреби в укладенні партнерських угод із приватними бізнес-структурами у конкретних секторах економіки;
- формування пропозицій та рекомендацій щодо ініціювання, розроблення і відбору проектів ДПП;
- визначення ключових параметрів проектів з урахуванням публічних (громадських) інтересів, організація прозорих процедур відбору приватних партнерів;
- підготовка повного пакета документації для реалізації проектів, проведення переговорів з потенційними партнерами та укладання відповідних угод;
- здійснення контролю за виконанням договірних зобов'язань, моніторинг реалізації проектів та забезпечення дотримання публічних інтересів у процесі партнерства;
- оцінювання ступеня виконання приватним партнером умов укладених договорів;
- вироблення пропозицій щодо продовження, модифікації або припинення договірних відносин із приватними партнерами.

Слід підкреслити, що ДПП не тотожне процесам приватизації. У межах ДПП приватному партнеру передається частина економічних, організаційних та управлінських функцій стосовно державних і муніципальних об'єктів, проте право власності на самі об'єкти залишається за державою та органами місцевого самоврядування [1,74,94].

1.2. Практика державно-приватного партнерства у зарубіжних країнах

Міжнародний досвід свідчить, що державно-приватне партнерство є поширеним інструментом реалізації публічної політики у країнах Європейського Союзу, Канаді, США, Китаї, Японії, Австралії, Індії, Туреччині, державах СНД тощо. Частка ДПП у структурі загального фінансування в країнах ЄС різняться: у Німеччині та Ірландії вона становить близько 1%, у Нідерландах – 3%, Італії – 5%, Іспанії – 8%, Греції – 10%, Португалії – 19%, у Данії та Швеції – 25%, а у Великобританії сягає 28% [33,78,92, 93].

Склад галузей, у яких активно використовуються механізми ДПП, значною мірою залежить від особливостей національної економіки, територіальної організації та пріоритетів публічної політики окремих країн і регіонів. Органи публічної влади самостійно визначають сфери, де доцільно застосовувати ДПП, виходячи з уявлень про стратегічну важливість конкретних галузей і очікувану ефективність проектів.

Аналіз практики використання різних моделей ДПП у країнах «Великої сімки» засвідчує, що в кожній із них існують «провідні» галузі, в яких партнерські проекти реалізуються найактивніше. Так, у США переважна більшість ДПП-проектів здійснюється у дорожньому будівництві (32 з 36 проектів), тоді як у Великобританії пріоритетними сферами є охорона здоров'я (123 із 352 проектів, або 35%) та освіта (113 із 352 проектів, або 32%). У Німеччині, Франції та Італії ДПП найбільш поширене саме в освітній сфері та галузі охорони здоров'я [14,169].

До держав із найбільш розвиненою інституційною інфраструктурою ДПП відносять Великобританію, Ірландію та Австралію [83].

Британська модель ДПП

У Великобританії сформовано найбільш розгалужену й інституційно оформлену систему державно-приватного партнерства. Її становлення розпочалося у 1992 р., коли уряд Дж. Мейджора проголосив нову програму ДПП та концепцію управління державною власністю – «Приватну фінансову ініціативу» (Private Finance Initiative, PFI). Саме ця програма дала поштовх активному поширенню механізмів ДПП у світі [22, 191, 270, 301, 329].

Сутність британської моделі полягала у залученні приватних інвестицій для фінансування будівництва великих державних об'єктів: приватний бізнес здійснював проектування, будівництво й експлуатацію об'єкта за власні кошти, отримуючи винагороду через довгострокові державні контрактні платежі. Починаючи з 1992 р. у рамках британської моделі ДПП реалізовано понад 700 проектів із загальним обсягом капітальних вкладень понад 50 млн фунтів стерлінгів. За даними уряду Великобританії, використання PFI-підходів дає змогу заощаджувати близько 17% бюджетних витрат [22].

Ключовим органом, відповідальним за оцінювання урядових програм PFI, є Національне фінансово-ревізійне управління (National Audit Office, NAO). Другим важливим суб'єктом контролю виступає Комітет з контролю за витратами державних коштів (The Committee of Public Accounts, CPA), який від імені Палати громад здійснює аудит ефективності використання бюджетних ресурсів. NAO і CPA реалізують контрольні та регулятивні повноваження щодо підприємств виробничої інфраструктури незалежно від форми власності; при цьому для приватних, змішаних чи концесійних компаній установлюються однакові регуляторні вимоги [191,214].

За аналогічними принципами побудовано системи управління ДПП у низці інших розвинених держав, зокрема у Нідерландах [93, 100], Іспанії [31, 64], Німеччині [62, 54, 75, 99], Італії [73, 80], Франції [24, 96, 100], Австралії [19, 83], Канаді [42, 14, 51], США [14, 17], Туреччині [76, 30].

Ірландія

За оцінками експертів, Ірландія посідає друге після Великобританії місце за масштабами впровадження національної програми ДПП, яка динамічно реалізується з 2000 р. Тут впроваджуються численні інфраструктурні проекти у сфері енергетики, транспорту, переробки відходів та соціальних послуг.

У 1998 р. у структурі Департаменту навколишнього середовища, пам'ятників архітектури і місцевих органів влади було створено робочу групу для вивчення потенційних переваг ДПП. На основі її напрацювань уряд Ірландії схвалив концепцію застосування ДПП як одного з ключових механізмів реалізації державних інфраструктурних проектів.

1 червня 1999 р. уряд оголосив про запуск дев'яти пілотних проектів на засадах ДПП. Уже в 2006 р. у країні реалізовувалося 56 проектів партнерства.

Для Ірландії характерною є модель централізованого управління ДПП-проектами: загальну координацію здійснює Центральний відділ ДПП у Департаменті фінансів, який формує політику в цій сфері та контролює її реалізацію. Безпосереднє управління окремими проектами покладено на спеціалізовані підрозділи галузевих департаментів, що несуть політичну та адміністративну відповідальність перед урядом. Центральний відділ підзвітний безпосередньо урядові Ірландії, а штат державних службовців, які професійно працюють із проектами ДПП, становить близько 30 осіб [200, 206, 223, 295].

Нідерланди

Модель розвитку ДПП у Нідерландах вважається однією з найбільш структурованих. Вона передбачає три послідовні етапи.

1. **Сканування ринку** – аналіз потреб та визначення економічної й соціальної доцільності реалізації потенційних проектів.

2. **Застосування компаратора ДПП (Public-Private Comparator, PPC)** – порівняння ефективності й ризиків традиційних інвестиційних контрактів зі сценаріями реалізації проекту на засадах ДПП. PPC у Нідерландах є обов'язковим для контрактів вартістю понад 60 млн євро.

3. **Використання компаратора державного сектора (Public Sector Comparator, PSC)** – після ухвалення рішення про реалізацію проекту в форматі ДПП здійснюється відбір оптимального приватного партнера для його впровадження [14, 97, 93].

Іспанія

Іспанія – один із найбільших світових інвесторів і п'ята за розміром ВВП економіка ЄС – має значний досвід використання ДПП, зокрема завдяки понад 35-річній історії розвитку концесійних форм партнерства. Враховуючи федеративний характер державного устрою (17 автономних областей, розгалужена система місцевого самоврядування), кооперація між владою та бізнесом особливо активно розвивається саме на муніципальному рівні.

Базовим нормативним актом, що регулює ДПП в Іспанії, є Закон від 31 жовтня 2007 р. «Про державні контракти», який набув чинності 1 травня 2008 р. Документ передбачає дві основні форми партнерства:

- **інституційну** – створення підприємств зі змішаним (державно-приватним) капіталом для надання соціально важливих послуг;
- **контрактну** – укладання угод про виконання робіт на державних об'єктах, концесійні договори, угоди про управління громадськими послугами, про постачання, надання послуг, а також спеціальні угоди про ДПП.

В автономних областях порядок реалізації ДПП додатково регулюється «Королівським декретом про закупівлі на регіональному рівні» (1986 р.), а на муніципальному рівні – «Положенням про послуги місцевих органів влади» (1955 р.). Співпраця органів місцевого самоврядування з приватним бізнесом є одним із ключових інструментів модернізації муніципальної інфраструктури [31, 64].

Німеччина

Німеччина – держава з традиційно сильною роллю публічної влади – порівняно пізно розпочала системну реалізацію проектів ДПП. Лише з 2002 р. ринок ДПП став активно розвиватися, забезпечуючи підвищення ефективності використання бюджетних ресурсів та створення нових об'єктів соціальної, економічної, екологічної й інформаційної інфраструктури. Партнерські проекти розглядаються не лише як засіб економічного розвитку, а й як інструмент боротьби з бідністю [15, 18, 28].

У грудні 2007 р. за рішенням федерального уряду було створено державно-приватну компанію Partnerschaft Deutschland (PD) [20, 94, 100]. Відповідно до рамкових угод із PD замовниками проектів виступають федеральний уряд, десять федеральних земель, 82 комуни, а також низка публічно-правових організацій та підприємств. На PD покладено функції стимулювання розвитку ринку ДПП і розширення практики державно-приватної кооперації.

Основними сферами використання ДПП у Німеччині є інформаційно-комунікаційні технології, комунальне господарство та соціальні послуги [32]. Частка ДПП у структурі публічних інвестицій становить орієнтовно 2–4%. Для

посилення інституційної спроможності у 2002 р. при Міністерстві фінансів ФРН було створено «Центр компетенції з ДПП» [20].

Німецьке законодавство не виокремлює ДПП як самостійний правовий інститут; воно органічно інтегроване до існуючого правового поля й розглядається як альтернативний метод здійснення бюджетних видатків та виконання державних і муніципальних зобов'язань. Кожен суб'єкт бюджетного процесу зобов'язаний аналізувати великі інвестиційні проекти з урахуванням можливості їх реалізації у форматі ДПП.

Італія

Перші практики залучення приватного капіталу в соціальну сферу в Італії сягають 1923 р., коли було ухвалено перший закон про концесії. У галузі охорони здоров'я ДПП-проекти активно запроваджуються з 1998 р. Уже у 1999 р. було розпочато низку проектів із залучення приватних інвестицій у медичну сферу загальним обсягом близько 6 млрд євро, що дозволило Італії посісти третє місце у світі за обсягами інвестицій в охорону здоров'я після Великобританії та Канади [63, 92].

Станом на сьогодні в Італії близько 50 проектів ДПП у сфері великих лікарень та закладів для людей похилого віку вже підписані або перебувають у стадії підготовки; 30 із них стосуються створення медичних центрів на 500 ліжко-місць і більше із загальною вартістю близько 3,5 млрд євро [81].

Відповідно до чинного італійського законодавства, що узгоджується з правом ЄС, ДПП може реалізовуватись у трьох основних формах:

1. концесії в рамках громадської ініціативи;
2. концесії в рамках ініціативи приватного сектора;
3. концесії на сервісні контракти, які не передбачають масштабного будівництва й пов'язані переважно з наданням медичних послуг [31].

Крім того, приватним компаніям дозволяється здійснювати комерційну діяльність на території об'єктів, що є предметом концесійних угод. Витрати на охорону здоров'я у проектах ДПП становлять до 50% видатків регіональних бюджетів (близько 110 млрд євро за даними 2014 р.), а використання ДПП дає змогу покривати до 60% цих витрат за рахунок приватних інвестицій [79].

Франція

У Франції сформовано дві базові моделі ДПП: концесію та оренду.

У разі концесії приватний партнер, відібраний на конкурсній основі, фінансує, будує і протягом тривалого строку надає послуги з експлуатації інфраструктурного об'єкта. Після завершення терміну дії договору об'єкт передається у власність держави, а приватний сектор протягом усього періоду реалізації проекту отримує регулярні (квартальні або річні) платежі від держави. Ця модель широко відома як BOT (Built, Own, Transfer / будівництво – володіння – передача). Самі назви моделей ДПП, як правило, відображають ступінь передачі певних видів діяльності від держави до приватного сектору [96].

У випадку орендного контракту (affermage contract) приватна компанія відповідає за проектування, будівництво й/або управління інфраструктурним об'єктом, тоді як його фінансування здійснюється державою [329]. При виборі цієї моделі укладається єдиний контракт на будівництво та управління, а приватний партнер може додатково залучати інші приватні компанії на умовах субпідряду.

Застосування зазначених механізмів створює вигоди як для приватного, так і для державного сектора:

- **для приватного бізнесу** – забезпечення гарантованого доходу протягом усього строку проекту та розширення ринкових можливостей;
- **для держави** – покращення співвідношення «ціна – якість» у реалізації проектів у порівнянні з традиційною системою державного замовлення, а також зменшення фіскального навантаження завдяки розподілу виплат приватному партнеру на тривалий період.

У Франції ДПП активно застосовується й у сфері охорони здоров'я. Показовим є проект клінічного центру «СюдФрансільєн», переданий великій будівельно-концесійній групі країни. Договір укладено за результатами конкурсу, в якому компанія Elqafe здобула перемогу над іншими провідними французькими фірмами завдяки значному досвіду участі у проектах ДПП [87]. Загальна вартість контракту становила 315 млн євро; проект розрахований на

30 років, із чотирирічним періодом будівництва. Площа клінічного центру має сягнути близько 110 тис. м², що еквівалентно 15 футбольним полям [87].

У травні 2015 р. у Парижі створено Центр передового досвіду міжнародних концесій і ДПП, покликаний аналізувати та узагальнювати світову практику, спрощувати процедури та сприяти формуванню нових стандартів належного управління проектами ДПП на глобальному рівні. Центр засновано з ініціативи Французького інституту міжнародних юридичних експертів (IFEJI), Конфедерації міжнародних будівельних асоціацій (НВЗДА), МЕДЕФ та Міністерства закордонних справ і економіки під егідою ООН [15].

Угорщина

В Угорщині з 2006 р. функціонує Європейський центр ДПП (European PPP Center, EPPPC). Його діяльність спрямована на посилення законодавчої та регуляторної бази, відбір релевантних проектів, оцінку їх технічної, економічної та фінансової здійсненності, розробку фінансових і закупівельних стратегій, підготовку процедур закупівель і переговорів, а також моніторинг виконання контрактів. Центр організовує конференції та навчальні заходи, а експертна група надає консультації щодо новітніх тенденцій у промисловій сфері [195].

Греція

У Греції з 2005 р. діє Спеціальний секретаріат з питань ДПП (Special Secretariat for PPPs), створений за ініціативи Міністерства економіки та фінансів. Він відповідає за визначення нових сфер, у яких може впроваджуватися партнерство, оцінювання пропозицій від недержавних організацій, підтримку приватних учасників під час реалізації проектів, а також моніторинг виконання контрактів [97, 98].

Польща

У Польщі у 2009 р. стартувало понад 30 проектів ДПП, у тому числі в охороні здоров'я. Переважна більшість з них була ініційована органами місцевого самоврядування різних рівнів – від громад і міст до воєводств та повітів. Розвитку партнерства сприяло ухвалення Закону про ДПП від 19 грудня 2008 р. та Закону про концесії на будівельні роботи і послуги від 9 січня 2009 р., які повністю відповідають директивам ЄС.

У 2013 р. Міністерство регіонального розвитку отримало десять заявок від медичних установ на підтримку ДПП-проектів, переважно від лікарень. Вартість проектів коливалася від 4 до 120 млн євро і передбачала будівництво нових медичних закладів або модернізацію існуючих. Серед найбільших ініціатив – проекти регіональної онкологічної лікарні для Вроцлава, відділення променевої терапії у Зеленій Гурі, а також лікарні матері та дитини у Познані.

Проекти у сфері охорони здоров'я, як правило, реалізуються за моделлю «Будуй–Здавай–Передавай» (Build–Operate–Transfer), при цьому держава зберігає пріоритетні повноваження щодо надання медичних послуг [59].

Швеція та Фінляндія

Швеція однією з перших почала впроваджувати елементи державно-приватної взаємодії у формі корпоративної соціальної відповідальності бізнесу (КСВ). За рейтингом відповідальної конкурентоспроможності міжнародної неприбуткової організації AccountAbility, Швеція посіла перше місце серед 108 країн. Оцінювання компаній, що практикують КСВ, здійснювалося за показниками виробничого середовища, рівня корупції та соціальної компоненти. Успіх Швеції пояснюється не лише активністю бізнесу, а й цілеспрямованою політикою уряду щодо стимулювання КСВ. Висуваючи високі вимоги до державних підприємств і підтримуючи ініціативи у сфері сталого розвитку, уряд заохочує зусилля бізнесу, що у підсумку сприяє зростанню національної економіки та підвищенню рівня соціально-економічного розвитку суспільства [68,95].

Фінляндія, яка тривалий час утримує високі позиції у світових рейтингах конкурентоспроможності, розглядає ДПП як ключову основу інноваційної економіки. Щороку у межах партнерства мобілізується близько 6 млрд євро, з яких близько 70% – це приватні інвестиції, а 30% – бюджетні кошти. За рахунок державного фінансування підтримується 23 технологічні центри та технопарки (приблизно один на кожні 225 тис. населення). Така політика сприяє залученню технологічних лідерів (зокрема концерну Nokia), а інноваційна модель Фінляндії стала зразком для інших країн [35].

Канада та США

У Канаді, як колишній британській колонії, відчутно простежуються британські традиції державного управління, партійно-політичної системи та соціальної політики. За браком бюджетних ресурсів для модернізації таких галузей, як енергетика, транспорт, комунальне господарство, держава передала відповідні об'єкти у довгострокову концесію приватному сектору, зберігаючи функції контролю. Згодом ДПП стало широко застосовуватися і в соціальній сфері [42, 51].

У США ДПП розуміється як договірна угода між державою і приватною компанією, яка надає останній право використовувати державну власність і виконувати функції, традиційно притаманні органам публічної влади. Поняття «ДПП» охоплює широкий спектр форм співпраці – від простих контрактів із підвищеними ризиками та штрафними санкціями до комплексних проектів, що охоплюють будівництво, модернізацію, експлуатацію й управління об'єктами.

Регулювання взаємодії сторін здійснюється на основі федеральних і місцевих нормативних актів, ухвалених Конгресом (для загальнонаціональних програм) або органами місцевого самоврядування. Частина американських дослідників наголошує на домінуючій ролі держави у партнерських відносинах; альтернативна позиція полягає у тому, що держава, включаючись у процеси накопичення капіталу й ринкові відносини, сама стає залежною від бізнесу [66].

Нині у США реалізуються тисячі проектів ДПП за участю федеральних та муніципальних органів влади і ділових кіл. Національна рада з питань ДПП визначає загальну стратегію та координує діяльність у цій сфері. Ключовими напрямками співробітництва є модернізація інфраструктури, розвиток транспортної системи, раціональне використання водних ресурсів, утилізація відходів тощо. За даними Національної ради, з 65 середньостатистичних муніципальних сервісів близько 23 функціонує у форматі ДПП (понад 30%), що дозволяє заощаджувати від 20 до 50% бюджетних коштів [20].

Туреччина та Індія

У Туреччині відсутній єдиний кодифікований закон про ДПП і не створено централізованого органу, відповідального за його координацію. Партнерство регулюється галузевими законами і кодексами, а право укладати

ДПП-контракти надане практично кожному міністерству, державній установі та органу місцевого самоврядування. Попри фрагментарність регулювання, сектор ДПП розвивається досить активно: лише в галузі транспортної інфраструктури за останнє десятиліття було укладено контрактів на суму близько 60 млрд турецьких лір [91].

Значним є й медичний компонент ДПП. Так, у м. Газіантеп на півдні Туреччини реалізується проект будівництва найбільшого на Близькому Сході медичного центру на 1875 ліжок у рамках 25-річної програми Міністерства охорони здоров'я Туреччини з розвитку ДПП, спрямованої на зменшення регіональних диспропорцій у медичному обслуговуванні [76].

В Індії для забезпечення доступу до діалізу пацієнтів, які живуть за межею бідності, компанія B. Braun Medical уклала концесійну угоду за моделлю BOT строком на 7 років щодо створення й експлуатації центрів діалізу в одинадцяти медичних закладах (державних лікарнях і медичних коледжах). З 2010 р. у 11 центрах встановлено 111 апаратів гемодіалізу, що істотно підвищило доступність цієї процедури для малозабезпечених громадян і створило можливість тиражування досвіду в інших регіонах країни [98].

Китай, Австралія, Японія

У Китаї протягом останніх десятиліть відбувся перехід від планової до ринкової економіки й формування сучасної індустріальної моделі розвитку. ДПП стало важливим інструментом державної політики в галузі інфраструктури та послуг. Однак, як підкреслюють Ху J., Ліу G. [99], партнерство часто сприймається переважно як додатковий канал фінансування, а не як комплексний механізм взаємодії держави й приватного сектора.

Основним органом, що здійснює державне управління у сфері ДПП, є Національна комісія з розвитку та реформ КНР, яка відповідає за формування і реалізацію політики економічного й соціального розвитку. При ній функціонує Центр досліджень державної політики Китаю (Товариство економічної реформи), покликаний сприяти розвитку ДПП шляхом оптимізації взаємодії між владою, науковцями та бізнесом, накопичення й аналізу практичного досвіду. При цьому багато сфер послуг – водопостачання, енергетика, громадський транспорт – усе ще перебувають під контролем держави, а

більшість проектів реалізується за схемою «Будівництво–експлуатація–передача» [13].

Австралія однією з перших запровадила модель BOOT (Built, Own, Operate, Transfer) [288, 311, 328], за якою приватний сектор фінансує, будує, володіє, управляє й експлуатує інфраструктурний об'єкт до закінчення строку контракту, після чого право власності переходить до держави [19]. У 1980–1990-х рр. у федеративній Австралії ДПП активно розвивалося на рівні штатів і муніципалітетів [76, 83].

У 2004 р. створено Національний форум ДПП (National Australian PPP Forum), який координує взаємодію національних, регіональних і місцевих органів влади та бізнесу у сфері партнерства і виступає ключовим інституційним центром ДПП [89, 91].

У Японії при Кабінеті міністрів функціонує відділ з просування приватних фінансових ініціатив (PFI Promotion Office), який готує керівні документи та організовує заходи з тематикою ДПП. Партнерські проекти реалізуються у широкому колі сфер: інфраструктура, ЖКГ, транспорт, освіта, охорона здоров'я тощо. Найпоширенішими формами співпраці є концесії, контракти, оренда, угоди про розподіл продукції, спільні підприємства [14, 77, 248].

Казахстан і Молдова

У Казахстані ДПП законодавчо оформлено й практично реалізується переважно у формі концесії. Для підтримки реалізації державної політики в цій сфері у серпні 2008 р. створено Казахстанський центр ДПП при Міністерстві економіки і бюджетного планування. Основними завданнями Центру є підвищення якості оцінювання та експертизи концесійних і бюджетних інвестиційних проектів, а також розробка рекомендацій щодо вдосконалення інституційної системи ДПП [38].

Останніми роками реалізується комплекс заходів зі стимулювання розвитку партнерства: створено Національне агентство з технологічного розвитку, дослідно-конструкторські бюро, спеціальні економічні зони, технопарки, центри трансферу технологій. Водночас країна все ще відстає у

розвитку законодавчих, організаційно-економічних і фінансових механізмів ДПП [67, 91].

У Республіці Молдова у 2008 р. ухвалено Закон «Про приватно–державне партнерство», на розвиток якого уряд підготував проект постанови про створення Національної ради з ДПП. Основними завданнями цього органу є координація дій з ефективною організацією та реалізації проектів, оцінка державної політики у сфері ДПП, визначення пріоритетних напрямів, сприяння формуванню сприятливого інвестиційного середовища тощо. Реалізація ДПП забезпечується такими структурами, як Міністерство економіки та торгівлі, Міністерство фінансів, органи місцевого публічного управління [72].

Нині у Молдові активно формується нормативно-правова база ДПП, реалізується низка проектів, створюються інституційні засади партнерства і визначається інструментарій для залучення регіонів до участі в роботі ДПП. Однак термін «ДПП» у національному законодавстві поки не має однозначного, юридично вивіреного визначення і трактується по-різному, що зумовлює потребу в його чіткому правовому закріпленні, зокрема щодо прав і обов'язків партнерів у сфері інвестицій, власності та розподілу ризиків [72].

Україна та Білорусь

В Україні відбуваються глибокі трансформації у взаємодії державного та приватного секторів. Унаслідок ринкових реформ частка державного сектору істотно скоротилася, а управління значною частиною життєво важливих об'єктів поступово передається приватному бізнесу. У таких умовах для органів публічної влади першочерговим завданням є формування стратегічного партнерства з приватним сектором, вибудова такої системи економічних і правових відносин, яка б забезпечувала довгострокову стійкість розвитку держави [82].

Водночас тема розвитку ДПП в Україні залишається дискусійною. З одного боку, існує нагальна потреба залучення інвестицій для реалізації інфраструктурних проектів; з іншого – нормативно-правове регулювання ДПП потребує подальшого вдосконалення.

Правове регулювання ДПП здійснюється, насамперед, Законом України від 1 липня 2010 року № 2404-VI «Про державно-приватне партнерство» (із

наступними змінами, внесеними, зокрема, Законом № 5007-VI від 21.06.2012, 16.10.2012), а також Законом України від 24.11.2015 № 817-VIII «Про внесення змін до деяких законів України щодо усунення регуляторних бар'єрів для розвитку державно-приватного партнерства та стимулювання інвестицій в Україні» (Відомості Верховної Ради, 2016, № 10, ст. 97) [68, 69].

Станом на сьогодні в Україні на умовах концесії укладено 77 договорів соціальної спрямованості у сфері житлово-комунальних послуг (водопостачання – 61 договір, тепло- та електропостачання, вивезення твердих побутових відходів тощо). Окрім цього, діє 39 договорів ДПП про спільну діяльність щодо об'єктів державної (комунальної) власності, з яких 16 укладені морськими торговельними портами. Реалізуються також 44 проекти за участю орендних договорів (42 угоди) та договорів про пайову участь (2 угоди) – тобто за двома іншими формами ДПП, передбаченими національним законодавством [97].

На відміну від більшості європейських країн та держав СНД, де ДПП уже має усталені інституційні форми, у Республіці Білорусь державно-приватне партнерство перебуває на стадії становлення. Одним із пріоритетних завдань уряду є створення ефективних механізмів взаємодії держави та приватного сектора. У країні послідовно формуються умови для розвитку бізнесу через удосконалення національного законодавства [17, 37].

1.3. Форми ДПП в охороні здоров'я розвинених країн

У сучасних умовах жодна держава не продемонструвала створення абсолютно досконалої системи охорони здоров'я. У зв'язку з цим перспективним напрямом інноваційного розвитку галузі визнається поєднання та збалансування двох моделей управління – державної та приватної. Саме на такому поєднанні ґрунтується концепція державно-приватного партнерства (ДПП), принципи якого широко застосовуються у світовій практиці. У наукових та прикладних дослідженнях обґрунтовується висновок, що модернізація й подальший розвиток системи охорони здоров'я неможливі без використання сучасного механізму ефективною та компетентною інвестиційною

політики – моделі ДПП. У розвинених країнах світу саме ДПП виступає провідним інструментом залучення інвестиційного капіталу, що істотно сприяє оновленню та розбудові інфраструктури закладів охорони здоров'я. У межах цієї концепції домінуючою організаційно-правовою формою ДПП у сфері приватної медицини визнаються відкриті акціонерні товариства з державною участю [78,80].

До основних організаційних форм залучення приватних інвесторів у державну систему охорони здоров'я відносять: продаж державних закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), передачу таких закладів в оренду без зміни їх функціонального призначення, створення спільних підприємств, а також концесію державних ЗОЗ. Вибір конкретної форми ДПП залежить від профілю медичного закладу, регіональних особливостей та інвестиційної привабливості проекту. Водночас, незалежно від обраного варіанту партнерства, принципово важливим є збереження державного замовлення як основи забезпечення суспільно значущих медичних послуг.

Одним із перспективних напрямів вважається створення великих медико-соціальних холдингів (відкритих акціонерних товариств), у капіталі яких поєднуються державна й приватна участь. Функціональне призначення таких холдингів полягає в організації надання як первинної, так і спеціалізованої медичної допомоги, що дозволяє вибудовувати цілісні інтегровані системи медичного обслуговування. Базовими структурними елементами холдингів пропонується формувати територіальні багатопрофільні центри [94, 92].

Наголошується, що партнерська взаємодія держави і бізнесу в охороні здоров'я дає змогу акумулювати сильні сторони кожного з учасників. Однак така взаємодія можлива лише за умови наявності спільного, взаємно визнаного інтересу. Зарубіжний досвід переконливо свідчить про високу результативність приватного сектора в управлінні закладами охорони здоров'я [200].

Показовою є структура лікарняного сектору Німеччини. На початок 2015 р. у країні функціонувало близько 2000 лікарень із сумарною потужністю приблизно 500 тис. ліжок. Середня тривалість перебування пацієнта на ліжку становила 7 днів проти 10 днів у 1998 р. Власницька структура лікарень є змішаною: 31% закладів належать державі (федеральним землям та

муниципалітетам), 33% – приватним компаніям, а 36% – некомерційним організаціям (церковним громадам, Червоному Хресту тощо) [254].

За відносно короткий період частка приватних медичних закладів у системі охорони здоров'я Німеччини істотно збільшилася – з 4 до 33%, що свідчить про активне залучення приватного капіталу та управлінських практик до лікарняного сектору.

Нормативно-правове поле Німеччини також демонструє чітке закріплення принципів ефективності в управлінні бюджетними ресурсами. Так, у Положенні про федеральний бюджет принципу ефективності та результативності використання бюджетних коштів відповідає § 7, де у пункті 3 зафіксовано, що ДПП доречно застосовувати за умови, коли «.. приватні особи можуть виконати .. державні завдання, так само добре або краще, ніж держава» [95].

Водночас у федеральній системі охорони здоров'я Німеччини визначено, що норма прибутку клінік не повинна бути нижчою за 25%. Такий норматив покликаний гарантувати можливість систематичного оновлення медичного обладнання та інфраструктури. Саме на основі цього критерію формується підхід до ціноутворення у системі охорони здоров'я Німеччини. Важливим компонентом є також високий рівень оплати праці медичного персоналу, частка якого в структурі витрат медичного закладу сягає 55% [69].

Досвід Італії, де ДПП у сфері охорони здоров'я має відносно тривалу історію розвитку, демонструє багатоформатність підходів до партнерства. Відповідно до італійського законодавства, що узгоджується з нормами ЄС, ДПП може реалізовуватися у трьох основних форматах [63]:

- **концесії в рамках громадської ініціативи**, коли проектна документація (попередні або деталізовані проектні рішення, бізнес-план, схема концесії) готується Міністерством охорони здоров'я Італії, а подальша реалізація проекту відбувається за результатами конкурсу;

- **концесії в рамках ініціативи приватного сектора**, коли приватні компанії самостійно готують повний пакет проектної документації і подають його до Міністерства охорони здоров'я; у разі схвалення проекту державою також обов'язково оголошується конкурс;

- **концесії на сервісні контракти**, що не передбачають реалізації масштабних будівельних проектів і стосуються переважно надання медичних послуг.

Характерною ознакою італійської моделі є дозвіл приватним компаніям здійснювати комерційну діяльність на території об'єктів, що охоплені концесійними угодами. Витрати на охорону здоров'я у проектах ДПП можуть досягати до 50% обсягів регіональних бюджетів, що за даними 2014 р. становить близько 110 млрд євро. При цьому використання механізмів ДПП дає змогу до 60% витрат у сфері охорони здоров'я покривати за рахунок приватних інвестицій [80].

Великобританія традиційно розглядається як держава з однією з найбільш розвинених інституційних систем ДПП у сфері охорони здоров'я. Згідно з рішенням парламенту, інструмент «Приватна фінансова ініціатива» у медичних проектах з 1997 р. може застосовуватися лише після проведення повномасштабного економічного аналізу, який має засвідчити доцільність його використання для конкретного закладу. При цьому підкреслюється [5], «що сукупні витрати у галузі охорони здоров'я у Великобританії складають приблизно 7,5% від ВВП. При цьому 95% лікувальних закладів перебувають у державній власності, а управління ними передано трастам». Траст у цьому контексті – самоврядний медичний заклад, бюджет якого визначається встановленими урядом лімітами видатків. Такі структури не мають права самостійно підвищувати ціни на послуги або розширювати ринки збуту медичних послуг [22].

Національна служба охорони здоров'я Великобританії є прикладом державної моделі фінансування, успішно поєднаної з ринковими механізмами. Вона побудована за принципом єдиного платника, роль якого виконує держава, що безпосередньо оплачує надані медичні послуги і фінансує систему охорони здоров'я за рахунок податкових надходжень до бюджету [191].

Швеція також має показовий досвід трансформації системи охорони здоров'я на основі залучення приватного сектора. Реформування розпочалося у 1991 р., коли приватні суб'єкти отримали право володіти та управляти госпіталями, службами швидкої допомоги, лабораторіями. Уже на перших

етапах реформ було досягнуто відчутних економічних результатів: вартість рентгенологічних послуг зменшилася на 50%, лабораторних досліджень – на 40%, послуг швидкої допомоги – на 10%, а тривалість очікування діагностики й лікування скоротилася протягом року на 30% [95].

Подальший розвиток ДПП у Швеції у 2007 р. був зосереджений переважно на первинній медичній допомозі. До серпня 2010 р. було створено 223 нових центри первинної медико-санітарної допомоги, що становило 23% усієї системи ПМСД. Нові заклади відкривалися насамперед у найбільш густонаселених регіонах. У 2010 р. було засновано орган з питань конкуренції у трьох великих окружних радах/регіонах – Стокгольмі, Сконе та Вестра-Гьоталанд [68].

Цікавий досвід демонструє й Австрія, де надання соціальних послуг, включаючи медичні, законодавчо визначено як обов'язок держави з чітким розмежуванням компетенції між федеральним та регіональним рівнями. У центрі уваги соціальних служб перебувають доступність і якість соціальних послуг для вразливих груп населення, що реалізується, зокрема, на основі ДПП.

Соціальна організація «Соціальний фонд Відня» є приватною економічною структурою, яка від імені міської влади надає соціальні послуги. На конкурсних засадах вона розміщує замовлення серед приватних комерційних і некомерційних організацій, допомагає клієнтам обрати надавача послуг, здійснює необхідні доплати, перераховуючи кошти безпосередньо обраній організації, та контролює дотримання узгоджених умов надання послуг [202].

В Австралії проекти ДПП у сфері охорони здоров'я реалізуються переважно на рівні штатів. За оцінками експертів, економія бюджетних ресурсів при будівництві лікарень у форматі ДПП становить у середньому 9–11%. Попри те, що номінально ці показники не видаються дуже високими, слід враховувати загалом високий рівень ефективності економіки й державного сектора в розвинутих країнах [76]. У результаті реформування системи охорони здоров'я в Австралії витрати на будівництво нових госпіталів скоротилися на 20%, тоді як кількість пацієнтів, які обслуговуються, зросла на 30% протягом року [66].

Разом з тим, організаційна, методична та функціональна архітектура ДПП в австралійській системі охорони здоров'я характеризується високою складністю, що не дозволяє розраховувати на швидке та радикальне підвищення всіх фінансово-економічних показників лише за рахунок приходу приватних операторів та інвесторів [305].

Впровадження ДПП загалом має вагомий вплив на процеси реформування систем охорони здоров'я. Для трансформації галузі виокремлюють такі можливі напрямки використання ДПП [66]:

- розвиток сучасної інфраструктури медичної допомоги шляхом залучення приватного сектора до будівництва нових медичних потужностей;
- підвищення технологічного рівня наявних закладів (створення національної мережі банків крові, діалітичних і перинатальних центрів, розгортання служб швидкої медичної допомоги поблизу транспортних магістралей для оперативного реагування на дорожньо-транспортні пригоди тощо);
- впровадження інноваційних технологій лікувально-діагностичного процесу за участю приватного сектора (комплексна інформатизація ЗОЗ, постачання медичного й інформаційного обладнання, технічний супровід і підтримка розвитку інформаційної інфраструктури закладів охорони здоров'я).

На думку J. Sinisammal (2016), «взаємодія держави і приватного бізнесу в охороні здоров'я може проявлятися у безпосередній участі приватних медичних установ в наданні безкоштовної для населення медичної допомоги, наприклад, підключення приватних медичних організацій до реалізації територіальної програми обов'язкового медичного страхування (ОМС), надання безкоштовної для населення допомоги у рамках державного замовлення» [119].

Однак приватні медичні заклади нерідко демонструють стримане ставлення до участі в системі ОМС. Причини такого підходу пов'язані, зокрема, з тим, що комерційні медичні організації розглядають роботу в системі ОМС як малоприбуткову, оскільки за її рахунок відшкодовуються переважно базові статті витрат (без покриття витрат на утримання будівель, оновлення й обслуговування обладнання тощо); приватні клініки орієнтуються на готівкові платежі; частина керівників незацікавлена у поєднанні потоків

платоспроможних пацієнтів та осіб, які звикли отримувати безкоштовну допомогу; працівники приватних закладів вважають розцінки ОМС на діагностичні й лікувальні послуги заниженими на 20–30% порівняно з ринковою вартістю. Усі ці аспекти потребують урахування при розробці заходів зі стимулювання участі приватного бізнесу в системах ОМС [123, 177].

Для результативної інтеграції інтересів держави і бізнесу у форматі ДПП необхідно створити комплекс відповідних зовнішніх і внутрішніх умов. До зовнішніх умов відносять:

- забезпечення рівних конкурентних можливостей (встановлення єдиних вимог до медичних організацій незалежно від форми власності, відмова від адміністративного прикріплення пацієнтів, реальне забезпечення права громадян на вибір страхової медичної організації);
- формування збалансованої тарифної політики (включення всіх необхідних статей витрат до складу тарифу, застосування механізмів часткового фондоутримання, економічне обґрунтування рівня тарифів);
- розподіл ризиків (впровадження механізмів прямих взаєморозрахунків між медичними організаціями, створення ризик-фондів для стабілізації кризових ситуацій, винесення екстреної допомоги за межі стандартного тарифу, оскільки в короткі терміни неможливо реалізувати масштабні профілактичні програми для істотного скорочення кількості екстрених госпіталізацій) [91, 126, 143, 278].

Внутрішніми умовами ефективного ДПП виступають: запровадження дієвого менеджменту у сфері управління ресурсами та витратами, побудова системи управлінського обліку в медичному закладі; формування професійної команди (добір кваліфікованих кадрів), створення сприятливого внутрішнього середовища (привабливий імідж організації, конкурентний рівень оплати праці, розвиток корпоративної культури, безперервне підвищення кваліфікації, організація навчальних заходів і психологічних тренінгів); наявність сучасного високотехнологічного обладнання й розвиненої інформаційної інфраструктури; орієнтація на задоволення потреб пацієнтів шляхом підвищення якості медичної допомоги та створення комфортних умов (розширення режиму

роботи, надання додаткових сервісів, активна інформаційна підтримка, розширення спектра діагностичних послуг) [27, 50].

Як зазначають N. McIntosh та співавтори (2015), ДПП відкриває можливості для підвищення рівня громадського здоров'я, зміцнення соціальної стабільності, наближення якості медичного обслуговування до світових стандартів, оптимізації державних витрат і зменшення структурних диспропорцій, виступаючи ефективним інструментом реформування систем охорони здоров'я [308].

У межах ДПП особливої уваги потребує аналіз практики взаємодії приватних медичних організацій з бюджетними закладами. У літературі пропонуються різні класифікації таких форм співпраці; одна з них включає такі варіанти:

1. сприяння бюджетним закладам в організації надання ними як платних, так і безкоштовних медичних послуг;
2. використання тимчасово вільних потужностей бюджетних закладів;
3. залучення до бюджетних закладів додаткових матеріальних і трудових ресурсів;
4. вирівнювання умов і можливостей щодо надання платних послуг (заміна платних послуг бюджетних ЗОЗ на послуги приватних структур, що діють на базі бюджетних закладів).

У рамках зазначених варіантів Е. А. Таппасханова та С. А. Мустафаєва (2012) відокремлюють найбільш доцільні схеми взаємодії, які загалом зводяться до такого:

- а) допомога у наданні певних видів медичної допомоги бюджетним закладам у разі відсутності обладнання, необхідних фахівців і т. п. ;
- б. залучення до бюджетних ЗОЗ додаткових комерційних пацієнтів; в) продаж окремих видів медичних послуг приватним клінікам;
- г) надання пацієнтам бюджетних ЗОЗ додаткових послуг комерційними закладами;
- д) надання бюджетним закладам інформаційних, довідкових, аналітичних та інших послуг» [223].

D. K. Ciccone (2010) підкреслює, що ДПП може розглядатися також як інструмент залучення до державного сектора охорони здоров'я управлінських підходів, традиційних для приватного сектора, що сприяє підвищенню ефективності функціонування системи [284].

1.4. Державно-приватне партнерство в управлінні охороною здоров'я України

Згідно з офіційною статистикою Міністерства охорони здоров'я України, стан здоров'я населення характеризується низкою загрозливих тенденцій. Поєднання високих рівнів смертності (особливо серед чоловіків працездатного віку) з низькими рівнями народжуваності зумовлює формування негативного природного приросту населення практично у всіх регіонах країни. Хоча смертність дітей першого року життя має тенденцію до зниження, її рівень залишається удвічі вищим, ніж у державах Європейського Союзу. Середня очікувана тривалість життя становить лише 71,7 року, що майже на 10 років менше, ніж у країнах ЄС.

Зростає захворюваність, поширеність та смертність від хронічних неепідемічних захворювань (ХНЕЗ), серед яких провідне місце за соціально-медичним значенням посідають хвороби системи кровообігу (ХСК) та злоякісні новоутворення (ЗН). Стандартизовані за віком коефіцієнти смертності від ХСК у віці до 64 років в Україні перевищують відповідні показники країн ЄС у 4,4 рази (167,6 проти 38,0 на 100 тис. населення у 2014 р.), а від ЗН – у 1,3 рази (90,0 проти 66,4 на 100 тис. населення у 2014 р.). На тлі зростання значущості ХНЕЗ, які формують понад 85% загального тягара хвороб у країні, залишається невирішеною проблема подолання епідемії соціально небезпечних інфекцій – туберкульозу та ВІЛ/СНІДУ. Стандартизовані за віком коефіцієнти смертності від туберкульозу в Україні у 17,7 рази перевищують середньоєвропейські показники (11,3 проти 0,64 на 100 тис. населення у 2017 р.) [56].

Однією з ключових проблем для України є доступність медичної допомоги. Цей комплексний показник включає три складові: справедливість доступу (можливість отримати послугу залежить від потреби, а не від платоспроможності), належну якість медичних послуг (достатню для реального

поліпшення стану здоров'я), а також захист від фінансових ризиків (гарантію того, що вартість лікування не призведе до фінансових потрясінь для домогосподарств) [119].

За результатами вибіркового обстеження доступності медичної допомоги, проведеного Держкомстатом України [105] у 2015 р., 29,3% домогосподарств повідомили, що при потребі хтось із членів родини протягом останніх 12 місяців не зміг отримати медичну допомогу, придбати ліки або медичне приладдя.

Серед домогосподарств, де була потреба, але не було можливості отримати медичну допомогу, у 52% випадків члени сімей не змогли відвідати лікаря, у 45% – пройти лікування у стаціонарі. Серед тих, хто все ж перебував на стаціонарному лікуванні, 93% пацієнтів були змушені забезпечувати себе медикаментами власним коштом, 80% – привозити до лікарні їжу, 65% – постільну білизну.

Найвагомішою причиною неможливості звернутися за медичною допомогою респонденти називали занадто високу вартість послуг: 87,8% опитаних вказали фінансові бар'єри як перешкоду для візиту до лікаря, 97,1% – для проведення медичного обстеження, 98,4% – для отримання лікувальних процедур, 98,7% – для лікування у стаціонарі.

Дані спеціального соціологічного дослідження, проведеного Київським міжнародним інститутом соціології, підтверджують ці тенденції: 39% респондентів віком 18 років і старше зазначили, що протягом останніх 12 місяців через брак коштів не змогли звернутися до лікаря в амбулаторно-поліклінічному закладі (АПЗ). Найчастіше від необхідного візиту відмовлялися жінки (46,0%), особи віком понад 60 років (50,0%) та респонденти із доходом до 1500 грн на одного члена сім'ї (48,0%) [81].

Незадоволеність населення стосується не лише доступності, а й якості медичних послуг. Якість є ключовою характеристикою медичної допомоги і водночас критерієм ефективності лікування пацієнта. Якість медичної допомоги визначається як «ступінь відповідності медичної допомоги сучасному рівню медичної науки, стандартам медичних технологій, а також потребам пацієнта». На сьогоднішній день в Україні медична допомога в

цілому не відповідає ні сучасному рівню медичної науки, ні чинним стандартам, ні реальним потребам населення [35, 116].

Серйозною проблемою залишається наявність структурних диспропорцій, недостатня укомплектованість і нерівномірний розподіл кадрів, у тому числі менеджерського рівня, а також низький рівень оплати праці медичних працівників [70, 86]. Система охорони здоров'я характеризується хронічною нестачею фінансових ресурсів, їх нераціональним використанням та недостатнім рівнем виконання програми державних гарантій щодо надання медичної допомоги [120].

Порівняння обсягів фінансування охорони здоров'я у різних країнах підтверджує необхідність докорінної зміни ситуації в Україні. Згідно зі «Світовим статистичним звітом» за 2013 р., частка витрат на охорону здоров'я у ВВП становила: у Великобританії – 9,0%, у Бразилії – 10,0%, у Німеччині – 11,0%, у Канаді – 11,0%, у США – 17,0% [2]. В Україні у 1997–2017 рр. обсяги фінансування охорони здоров'я коливалися в межах 3,5–4,2% ВВП [93]. Відповідно до фінансово-економічного обґрунтування до законопроекту № 6327 на 2018 р. пропонувалося зменшити частку державного фінансування медичної галузі до 2,4% ВВП. Логічним наслідком такого скорочення є зростання витрат домогосподарств на медичні послуги (рис. 1.3).

У державному бюджеті на 2017 р. на медичну сферу було передбачено 55,7 млрд грн. З урахуванням кількості та стану медичних закладів очевидно, що цього обсягу недостатньо: коштів вистачає лише на підтримання поточного, здебільшого незадовільного, стану інфраструктури – із застарілим обладнанням, будівлями, технологіями, в умовах, коли пацієнти змушені самостійно забезпечувати себе лікарськими засобами [80].

Проблема недофінансування у вітчизняній системі охорони здоров'я ускладнюється неефективністю управлінських рішень та корупційними ризиками, що в комплексі призводить до обмеженого доступу населення до якісних медичних послуг.

Попри це, державні кошти залишаються базовим джерелом фінансування галузі. Однак їх обсягу явно недостатньо для забезпечення технологічного оновлення медичної інфраструктури, формування належної мотивації

медичного персоналу до надання високотехнологічної допомоги відповідно до сучасних стандартів, а також для повноцінного забезпечення безкоштовного або пільгового доступу до лікарських засобів [117, 253].

У таких умовах запровадження та розширення механізмів державно-приватного партнерства в охороні здоров'я України може розглядатися як один із ключових інструментів подолання фінансових, організаційних і структурних обмежень, підвищення ефективності використання наявних ресурсів та формування більш справедливої і стійкої моделі медичного забезпечення населення.

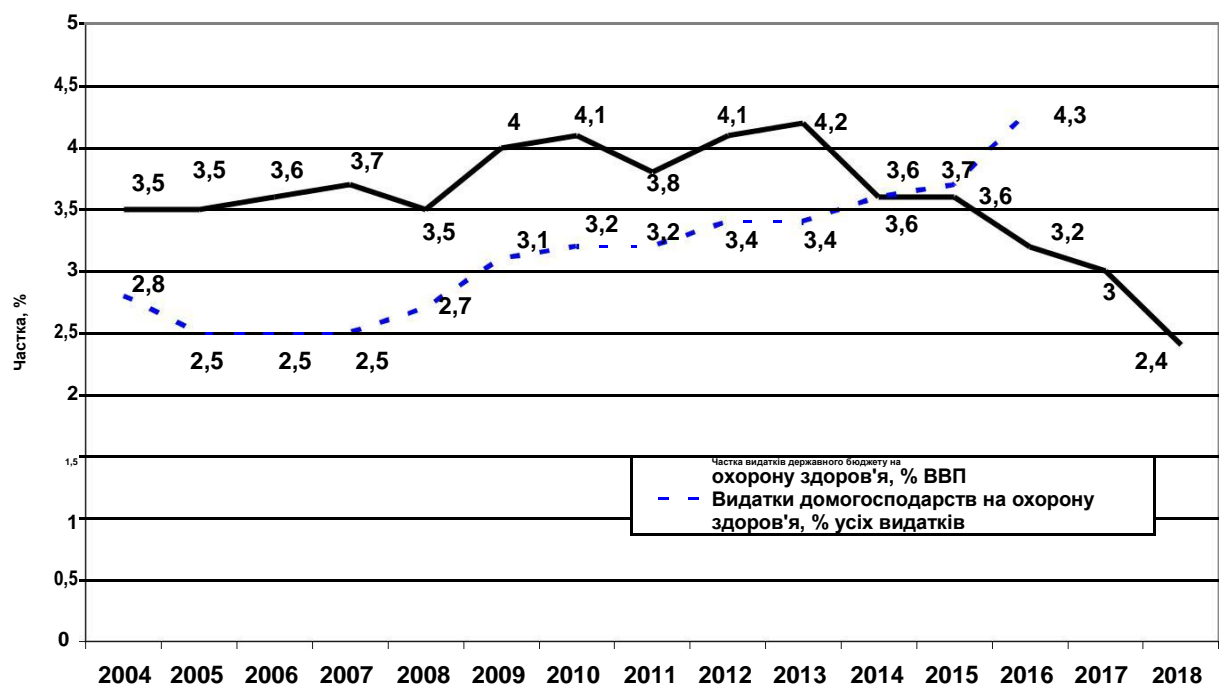


Рис. 1.3. Динаміка витрат на охорону здоров'я з боку держави та домогосподарств

Постійне зростання вартості медичного обладнання та медичних технологій об'єктивно висуває перед державою дилему: або суттєво нарощувати обсяги бюджетного фінансування охорони здоров'я, або здійснювати глибокі структурні реформи галузі з одночасним пошуком альтернативних інструментів залучення інвестицій. До таких інструментів, насамперед, належить запровадження та розширення механізмів державно-приватного партнерства [166, 189].

Реформаторські заходи мають бути спрямовані на ключові, найбільш проблемні сегменти системи, насамперед – на подолання хронічного дефіциту ресурсів. Оскільки «коріння» більшості проблем лежить саме у браку фінансового забезпечення, першочерговим завданням стає пошук додаткових джерел фінансування. Експерти відзначають, що тенденція до скорочення державних асигнувань на охорону здоров'я з високою ймовірністю зберігатиметься і в подальшому. За цих умов єдиним реалістичним шляхом виходу із ситуації визнається підвищення ефективності функціонування всієї системи охорони здоров'я [77].

За умов недостатнього фінансування та відсутності радикальних перетворень сформувалася малоефективна модель охорони здоров'я, яка не спроможна адекватно реагувати на виклики часу й усунути накопичені дисфункції. До таких негативних чинників належать: низький рівень матеріально-технічного забезпечення закладів, незадовільний рівень оплати праці медичного персоналу, відсутність повноцінно запровадженої системи обов'язкового медичного страхування (ОМС).

Зростання суспільного невдоволення якістю та доступністю медичної допомоги актуалізує потребу в удосконаленні економічних механізмів державного управління галуззю. Вирішення цих завдань виявилось неможливим лише в межах повноважень та фінансових можливостей державного сектора, що

й зумовило формування інституту державно-приватного партнерства як особливої форми співробітництва держави і бізнесу [35, 98].

Подальша траєкторія розвитку української системи охорони здоров'я значною мірою залежатиме від того, які механізми забезпечення населенню медичних послуг належної якості будуть обрані як пріоритетні. Наразі домінуючу роль у цій площині відіграють саме механізми державно-приватного партнерства.

Поєднання ДПП із системою ОМС розглядається як змістовна альтернатива чинній моделі організації медичної допомоги. Обов'язкове медичне страхування виступає невід'ємним супутником проектів ДПП у сферах охорони здоров'я розвинених країн світу, формуючи стійку фінансову основу їх функціонування [33, 107].

Практика держав, які уже інтегрували механізми ДПП у систему охорони здоров'я, свідчить про низку позитивних результатів. Зокрема, використання ДПП дозволило: оптимізувати бюджетні витрати; впорядкувати ринок приватних медичних послуг і спрямувати його розвиток відповідно до реальних потреб регіонів; залучати додаткові інвестиційні ресурси для реструктуризації наявних об'єктів охорони здоров'я; формувати мережу нових закладів охорони здоров'я на основі сучасних медичних технологій; стимулювати залучення висококваліфікованого персоналу; підвищити рівень якості, доступності та сервісу медичних послуг [114, 118].

Водночас запровадження платних послуг у державних і муніципальних закладах не повинно трансформувати медицину в суто комерційний бізнес і перетворювати оплату лікування на непосильний фінансовий тягар для населення.

Характерною рисою організації фінансування медичної допомоги в таких країнах, як Великобританія, Нідерланди, Німеччина, Австрія, є те, що об'єктом диференціації виступають не види чи обсяги медичних послуг (поділ на «платні» та «безкоштовні»), а самі групи населення, розмежовані за рівнем доходів і фінансовими можливостями. При цьому всі громадяни отримують медичну допомогу за єдиними стандартами якості, однак фінансування здійснюється з різних джерел, яких виділяють щонайменше три: державний

бюджет, кошти ОМС та ресурси добровільного медичного страхування (ДМС) [97, 106].

Концепція державно-приватного партнерства у цьому контексті виступає сучасною альтернативою повній приватизації об'єктів державної та комунальної власності. Йдеться насамперед про ті об'єкти, які не підлягають приватизації з огляду на їх стратегічне, економічне або соціально-політичне значення. Функціонування таких об'єктів безпосередньо впливає на рівень безпеки життєдіяльності населення, що потребує збереження публічного контролю за ними [71].

ДПП покликане виконувати комплекс функцій, пов'язаних із стимулюванням інноваційного, інвестиційного та інфраструктурного розвитку системи охорони здоров'я. Його завданнями є: створення сучасної матеріально-технічної бази галузі; забезпечення більш ефективного використання наявних фінансових і матеріальних ресурсів; організація надання якісних медичних послуг на засадах раціонального розподілу ризиків і відповідальності між державою та приватним партнером [50, 56].

Оригінальне концептуальне бачення ролі та змісту державно-приватного партнерства в охороні здоров'я подає І. А. Косач (2016), що ілюструється на рис. 1.4, де узагальнено ключові елементи, принципи та очікувані результати реалізації ДПП у медичній сфері.

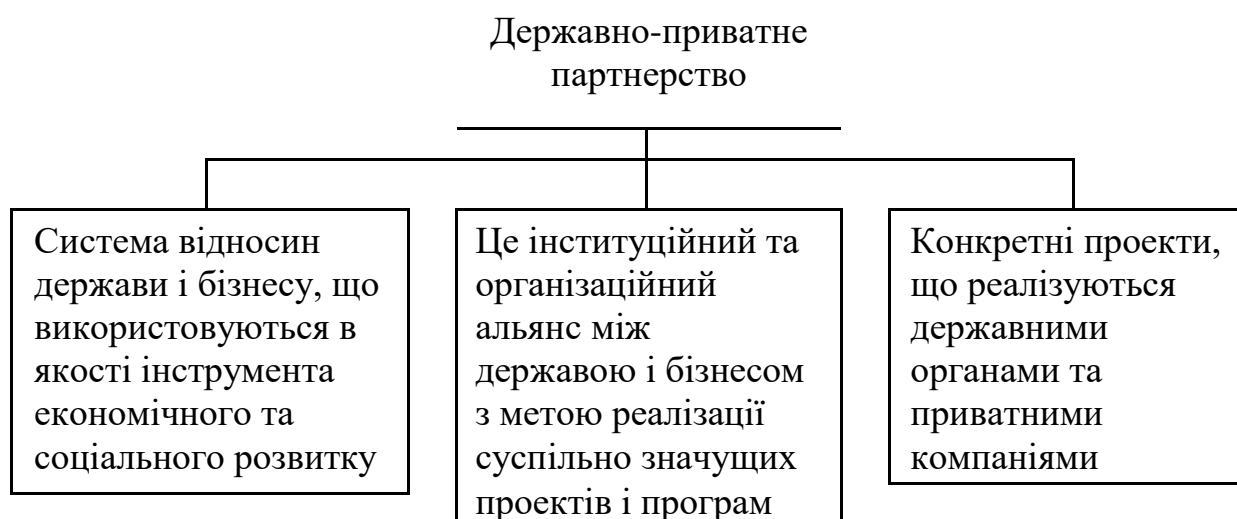


Рис. 1.4. Основні підходи до визначення державно-приватного партнерства

З організаційно-економічних позицій державно-приватне партнерство доцільно розглядати як цілісну систему інститутів і механізмів, що враховує регіональну, муніципальну, галузеву та відомчу специфіку й орієнтована на формування договірних відносин між партнерами. Такі відносини оформлюються у вигляді договорів (угод, контрактів) із чітко визначеними взаємними зобов'язаннями сторін, розподілом ризиків та передбаченням спільної діяльності суб'єктів ринкових відносин у межах узгоджених проектів.

За подібного підходу для приватного бізнесу формується стійкий економічний інтерес до участі в партнерстві: відкривається можливість інвестувати кошти й отримувати прогнозований, відносно гарантований прибуток. Приватний сектор зацікавлений у тому, щоб у межах спільних проектів запроваджувати сучасні технології, передові управлінські практики, ноу-хау, моделі ефективного менеджменту. Держава, зі свого боку, завдяки ДПП отримує доступ до додаткових інвестиційних ресурсів, що дозволяє не лише розв'язувати інфраструктурні проблеми та раціональніше використовувати бюджетні кошти, а й активніше залучати позабюджетні джерела фінансування, підтримуючи при цьому соціальну стабільність [82].

У системі охорони здоров'я України наразі здійснюються лише початкові кроки щодо впровадження механізмів державно-приватного партнерства. Важливим етапом стало схвалення у 2011 році Концепції загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір», де наголошується на необхідності системної взаємодії державного та приватного секторів у медичній сфері. На доцільності розвитку ДПП наголошується також у Програмі економічних реформ на 2012–2014 роки, де партнерство розглядається як один із ключових інструментів модернізації інфраструктури та підвищення ефективності використання ресурсів [65].

Правове підґрунтя для регулювання державно-приватного партнерства у секторі охорони здоров'я в Україні загалом уже сформовано. Прийнято низку нормативно-правових актів, серед яких провідне місце посідають: Закон України від 1 липня 2010 року № 2404-VI «Про державно-приватне партнерство» із подальшими змінами, внесеними Законами № 5007-VI (5007-17) від 21.06.2012, 16.10.2012; Закон України від 24.11.2015 № 817-VIII «Про внесення змін до

деяких законів України щодо усунення регуляторних бар'єрів для розвитку державно-приватного партнерства та стимулювання інвестицій в Україні» [68, 69], а також інші законодавчі акти, що деталізують підходи до організації партнерства.

У сфері охорони здоров'я ДПП в Україні може реалізовуватися у формі контрактів (договорів) про виконання проектів, де з одного боку виступають органи державної або комунальної влади, а з іншого – приватні компанії. За таких умов сторони є рівноправними партнерами, але державна (комунальна) сторона отримує можливість закріплювати в договорах спеціальні умови своєї участі, визначати обсяг прав і зобов'язань, межі відповідальності та особливі гарантії в межах конкретного проекту.

Ухвалені закони фактично заклали нові підходи до взаємодії між державою, органами місцевого самоврядування та приватним бізнесом під час реалізації інфраструктурних проектів, важливих для економічного розвитку, забезпечення належних умов життєдіяльності населення та підвищення якості життя громадян. Загалом поява такого законодавства може бути оцінена як позитивний крок для України.

Згідно із Законом України «Про державно-приватне партнерство» від 01.07.2010 р. № 2404-V, державно-приватне партнерство трактується як співробітництво між державою Україна, територіальними громадами в особі відповідних державних органів та органів місцевого самоврядування (державні партнери) і юридичними особами, крім державних та комунальних підприємств, або фізичними особами – підприємцями (приватні партнери). Таке співробітництво здійснюється на договірній основі відповідно до цього Закону та інших нормативно-правових актів і повинно відповідати ознакам державно-приватного партнерства, визначеним законодавством [68].

Відповідно до Закону України № 2404-V від 01.07.2010 р., ДПП характеризується низкою ключових ознак:

- діяльність у рамках партнерства має забезпечувати вищі техніко-економічні показники ефективності, ніж у випадку, коли ту саму діяльність здійснює лише державний партнер без залучення приватного інвестора;

- партнерські проекти мають довгостроковий характер – від 5 до 50 років;
- частина ризиків у процесі реалізації ДПП передається приватному партнеру;
- приватний партнер здійснює інвестування в об'єкти ДПП за рахунок коштів із джерел, не заборонених законодавством [68].

У статті 4 Закону України «Про державно-приватне партнерство» чітко зазначено, що охорона здоров'я належить до потенційних сфер, у яких можуть застосовуватися механізми ДПП. Реалізація партнерських проектів у медичній галузі може передбачати виконання однієї або кількох функцій: проектування; фінансування; будівництво; відновлення (реконструкція, модернізація); експлуатація; управління та обслуговування об'єктів, а також здійснення інших видів діяльності, безпосередньо пов'язаних із виконанням договорів, укладених у межах ДПП.

Стаття 5 Закону визначає, що в межах державно-приватного партнерства можуть укладатися договори концесії, договори про спільну діяльність, а також інші види договорів. Таким чином, ДПП в Україні має виразно договірний характер і може бути інструментально адаптоване для використання у сфері охорони здоров'я [15].

Прийняття цього Закону сприяло зростанню інтересу суспільства до сучасних інноваційних підходів у реалізації суспільно значущих проектів, розширило можливості приватних партнерів щодо ініціювання таких проектів, а також створило передумови для покращення регуляторного середовища в країні.

Розвиток механізмів ДПП набуває особливої актуальності в умовах обмежених бюджетних ресурсів і наявності кризових явищ в економіці. За таких обставин державно-приватне партнерство може стати одним із ключових чинників та каталізаторів економічного реформування в Україні [48, 65].

Водночас ухвалений Закон та інші нормативні акти, які регулюють реалізацію інфраструктурних проектів через співпрацю публічного та приватного секторів, поки що не забезпечили формування цілісного системного бачення ДПП і не вибудували прозору та зрозумілу для всіх учасників модель організації такого співробітництва. Це значною мірою пояснюється новизною

механізму для українських реалій, недостатньою зрозумілістю самої ідеї партнерства, а також невизначеністю його економічного, соціального змісту, правової природи й термінології.

Серед потенційних учасників публічно-приватного партнерства – органів державної влади, приватних підприємств, населення – відсутня єдина, усталена інтерпретація сутності ДПП та його переваг. Немає спільного уявлення про ті позитивні ефекти, які може забезпечити інтеграція ресурсів і зусиль держави та бізнесу для реалізації суспільно значущих проектів [70].

Як зазначають Н. Г. Гойда та Н. В. Курділь (2012), «незважаючи на суттєвий прогрес у питанні створення правового поля ДПП, Україна знаходиться на початку складного та тривалого процесу інституціонального перетворення відносин між державою та бізнесом в охороні здоров'я, що потребує подальшого вдосконалення законодавства та приведення його у відповідність до норм і принципів міжнародного права, що передбачають чітку і скоординовану взаємодію усіх гілок влади та сприятливе для бізнес партнерства адміністративне середовище» [34].

На думку академіка НАН України О. І. Амоші (2015), вітчизняна система державного управління інноваційною діяльністю досі не продемонструвала належної ефективності. Не сформовано чіткої, послідовної позиції щодо ролі інновацій у розвитку економіки; чинні механізми управління не створюють достатніх стимулів для співпраці між виробниками та споживачами знань, між державним та приватним секторами, не сприяють нарощуванню інвестицій в інноваційну діяльність і високотехнологічні виробництва [4].

Т. В. Семигіна (2012) обґрунтовує, що побудова суспільної моделі охорони здоров'я та розвиток ДПП, у межах якого держава здійснює стратегічне управління й організаційно-правове регулювання галузі, є ключовими передумовами для адаптації України до сучасної європейської стратегії розвитку соціальної політики та охорони здоров'я [207].

Л. А. Кравченко, аналізуючи основні напрями застосування механізмів державно-приватного партнерства для реалізації інноваційного потенціалу в Україні, запропонувала власне бачення форм і переваг ДПП та окреслила заходи державної політики, спрямовані на стимулювання його розвитку [111].

Д. Куц (2013) вважає, що найбільш поширеною формою ДПП в Україні є концесія. Така тенденція загалом відповідає світовій практиці. Суть моделі полягає у тому, що держава і приватний партнер укладають концесійний договір, відповідно до якого об'єкт державної власності на тривалий, але обмежений у часі період передається у користування приватному партнеру [117].

В Україні вже сформовано окремі прецеденти реалізації державно-приватного партнерства в охороні здоров'я. Так, створено Міжнародну клініку відновного лікування у Трускавці, Український центр томотерапії у Кропивницькому тощо. Серед перспективних напрямів подальшої кооперації зусиль держави та бізнесу називають: проектування, будівництво, реконструкцію, модернізацію та управління інфраструктурою медичних закладів; безпосереднє надання клінічних послуг; спільні проекти у сфері розробки та виробництва нових фармацевтичних препаратів і медичної техніки; технічне обслуговування медичного обладнання та інформаційних систем [186].

Разом з тим, кількість реальних проектів із використанням механізмів ДПП у сфері охорони здоров'я в Україні залишається дуже невеликою. Це зумовлює особливу актуальність наукових досліджень, спрямованих на вивчення потенціалу ДПП, його конкретних організаційних форм, моделей і можливостей адаптації до українських умов із врахуванням зарубіжного досвіду [116].

У суспільстві водночас існують побоювання, що ДПП може стати прихованим етапом подальшої приватизації державних підприємств і закладів соціальної сфери, що нібито неминуче призведе до різкого зростання вартості соціальних послуг, у тому числі медичних. З іншого боку, підприємці стурбовані потенційним посиленням ролі держави й її «вторгненням» у бізнес-середовище. Висловлюється думка, що, оволодівши ресурсами та новими технологіями, використовуючи адміністративний ресурс, держава може посилити власні конкурентні позиції порівняно з приватним сектором, підвищити податковий і митний тиск, що негативно позначиться на інтересах бізнесу.

Попри ці побоювання, О. І. Амоша (2015) зазначає, що для державних підприємств і установ ДПП є потенційно вигідним, оскільки дозволяє

реалізовувати програми соціально-економічної модернізації з мінімальними витратами та втратами для громадського сектора [4].

Особливістю сфери охорони здоров'я є те, що більшість об'єктів соціально-медичної інфраструктури за своїм статусом не підлягають приватизації. Водночас бюджетні ресурси, які спрямовуються на фінансування медичної галузі на всіх рівнях, є недостатніми для забезпечення належної якості медичної допомоги.

Подолати ці суперечності можливо через активніше застосування механізмів ДПП, в основі яких лежить альтернатива прямій приватизації соціально важливих і стратегічно значущих об'єктів державної власності [78].

Н. В. Курділь та О. Г. Луценко (2014) наголошують, що система контрактів виступає одним із дієвих інструментів регулювання спектра медичних послуг і контролю якості їх надання [116]. Вибір набору медичних послуг має ґрунтуватися на глобальній концепції розвитку національної системи охорони здоров'я і забезпечення потреб населення конкретної країни. Контрактні механізми можуть ефективно функціонувати як у моделі жорсткого державного регулювання (скандинавський варіант), так і в умовах ліберальних ринкових відносин (західноєвропейська модель), що створює підґрунтя для адаптації контрактних технологій у системі охорони здоров'я України [15, 25].

З метою вдосконалення функціонування механізмів ДПП, розширення спектра гарантій для приватних інвесторів та усунення суперечностей між окремими законодавчими актами у цій сфері 24.11.2015 р. Верховна Рада України прийняла Закон «Про внесення змін до деяких законів України щодо усунення регуляторних бар'єрів для розвитку державно-приватного партнерства та стимулювання інвестицій в Україні». Закон набув чинності 24 травня 2016 р. і вніс зміни до Законів «Про концесії», «Про державно-приватне партнерство», «Про управління об'єктами державної власності», «Про міжнародне приватне право» [61].

Зокрема, була розширена сфера діяльності, у якій можливе застосування ДПП. Статтю 4 доповнено положенням: «надання соціальних послуг, управління соціальною установою, закладом». Частину другу статті 7 викладено в такій редакції: «Об'єктами державно-приватного партнерства є: існуючі, зокрема,

відтворювані (шляхом реконструкції, модернізації, технічного переоснащення) об'єкти, які перебувають у державній або комунальній власності». У частині першій статті 1 абзац другий доповнено нормою: «Відносини між приватними партнерами та порядок визначення приватного партнера для представництва інтересів інших приватних партнерів у відносинах з державним партнером визначаються умовами договору, укладеного між приватними партнерами, або умовами договору, укладеного в рамках державно-приватного партнерства».

Таким чином, законодавчо закріплено можливість застосування ДПП у соціальних закладах, до яких належать і заклади охорони здоров'я. Об'єктами партнерства можуть бути як наявні, так і відтворювані (через реконструкцію, модернізацію, технічне переозброєння) об'єкти державної чи комунальної власності, а структура відносин між приватними та державними (комунальними) партнерами визначається умовами договорів, укладених у межах ДПП.

Світова практика впровадження державно-приватного партнерства демонструє, що така форма співпраці між публічними структурами й приватними організаціями має ґрунтуватися на базових принципах партнерства [25] (табл. 1.2). При цьому важливо пам'ятати, що цілі та мотиви участі державних і приватних партнерів відрізняються, а отже, для ефективності співробітництва потрібне чітке погодження інтересів та баланс вигод для кожної зі сторін.

Цілі держави і бізнесу при використанні механізму ДПП*

№	Цілі держави	Цілі бізнесу
1	Підвищення рівня життя населення, сприяння розвитку «людського капіталу»	Розширення простору для вільного руху капіталу, його проникнення у ті сфери, які раніше були для нього недоступними
2	Усунення структурних обмежень економічного зростання	Залучення бюджетних коштів для здійснення проекту
3	Сприяння підвищенню конкурентоспроможності компаній, зміцнення їх позицій на внутрішньому і зовнішньому ринках	Розширення можливостей для отримання кредитів під проект від українських і зарубіжних фінансових організацій за рахунок отримання державних гарантій
4	Соціально-економічний розвиток регіонів	Полегшення роботи з органами влади та управління за рахунок участі держави у проекті, у тому числі отримання ліцензій, дозвільної документації, висновків наглядових органів
5	Раціональна інтеграція України у світову економіку	Підвищення статусу проекту за рахунок участі держави. Створення позитивного іміджу компанії

Зацікавленість держави у реалізації проектів державно-приватного партнерства в галузі охорони здоров'я зумовлена низкою стратегічно важливих чинників.

Передусім, ідеться про можливість залучення інвестицій для реструктуризації матеріально-технічної бази системи охорони здоров'я. Галузь тривалий час функціонує в умовах хронічного недофінансування за відсутності гарантій щодо збільшення бюджетних асигнувань у майбутньому. Значна частина потужностей (поліклініки, лікарні) була зведена 30–50 років тому, понад третина з них потребує капітального ремонту, а більш як половина медичного обладнання є морально застарілим і підлягає заміні [109].

Другим важливим мотивом є стимулювання інвестиційної та інноваційної активності галузі, що дає можливість не лише оновлювати інфраструктуру, а й упроваджувати сучасні медичні технології та організаційні підходи.

Третій аспект пов'язаний з можливістю більш рівномірного розподілу бюджетного навантаження протягом усього періоду реалізації проекту. За умов ДПП державі не потрібно одночасно фінансувати весь обсяг капітальних витрат: витрати розтягуються в часі, що полегшує бюджетне планування.

Крім того, держава зацікавлена у звільненні від частини функцій, пов'язаних із капітальним ремонтом, введенням об'єктів у експлуатацію, оснащенням закладів охорони здоров'я сучасним медичним обладнанням, підбором і навчанням персоналу, організацією виробництва медичних послуг. Частину цих завдань може перебрати на себе приватний партнер, що дає змогу раціональніше використовувати адміністративні та фінансові ресурси.

Серед інших мотивів – можливість обрати професійного партнера, який має необхідну компетентність та досвід реалізації складних інфраструктурних проектів; передача частини ризиків приватному партнеру, що зменшує навантаження на державу; а також економія бюджетних коштів за рахунок залучення приватних інвестицій та підвищення ефективності управління.

Зацікавленість приватного партнера

Для приватного партнера головною метою участі у ДПП традиційно є отримання прибутку, причому бажано максимального за можливості. Втім,

мотиви участі не обмежуються лише фінансовим результатом. Інтерес бізнесу до державно-приватного партнерства зумовлений такими чинниками:

- гарантований та стабільний попит на послуги, що забезпечує вихід на новий, часто захищений ринок із прогнозованим обсягом споживання;
- доступ до державних активів на пільгових або особливих умовах, що в іншому випадку міг би бути недосяжним;
- можливість перерозподілу ризиків, коли частина ризиків, пов'язаних із реалізацією проекту, покладається на державу;
- одержання гарантованого доходу протягом тривалого періоду дії договору.

З огляду на те, що **цільові настанови бізнесу і держави в рамках ДПП істотно відрізняються** (для бізнесу пріоритетом є прибуток, для держави – захист і реалізація суспільних інтересів), проекти державно-приватного партнерства мають бути ретельно опрацьовані.

Дисбаланс на користь держави може знизити мотивацію бізнес-структур до участі у партнерстві, тоді як перекис в бік інтересів приватного сектору створює ризик ігнорування суспільних потреб. Тому при ініціюванні проектів ДПП ключовим завданням є **ретельне опрацювання системи стимулів для приватних інвесторів, а також створення механізмів контролю ефективності реалізації проекту та забезпечення його окупності впродовж визначеного терміну.**

Основний напрям розвитку ДПП в охороні здоров'я полягає у **розбудові та модернізації інфраструктури галузі** на основі довгострокової взаємодії держави та бізнесу. У таких моделях приватна сторона не лише бере участь у створенні інфраструктурного об'єкта, а й забезпечує його технічне обслуговування, експлуатацію, сприяє підвищенню якості та доступності медичної допомоги для населення. При цьому використовується комплекс «класичних» інструментів ДПП, із залученням приватних інвестицій до розвитку об'єктів, що перебувають у державній та комунальній власності.

Перспективною моделлю є варіант, за якого приватний партнер здійснює реконструкцію державного (комунального) медичного закладу та отримує право експлуатувати і обслуговувати його інфраструктуру протягом

строку, достатнього для повернення вкладених інвестицій. За умов дефіциту державних ресурсів така схема є вигідною для публічної сторони, оскільки дозволяє оновити об'єкт без значних одноразових бюджетних витрат.

Істотною перевагою цієї моделі є те, що **оплата як платних медичних послуг, так і послуг, що надаються в рамках ОМС, у кінцевому рахунку здійснюється державою**, що забезпечує для приватного партнера стабільність фінансових потоків.

Водночас упровадження механізмів ДПП вимагає обов'язкового врахування **національних, регіональних та місцевих особливостей**: специфіки законодавства, організаційної структури системи управління, інвестиційного клімату, рівня розвитку інфраструктури тощо.

Таким чином, можна констатувати, що у XXI столітті в Україні поступово зростає значення формування системи партнерства як конструктивної взаємодії органів влади, бізнесу та некомерційних організацій при розв'язанні завдань розвитку охорони здоров'я. Стає очевидним, що модернізація державного сектора системи охорони здоров'я, насамперед у площині фінансування та управління, **практично неможлива без активної участі бізнесу**.

Разом з тим, залишається низка питань, які потребують детального наукового та практичного опрацювання з урахуванням досвіду попередніх реформ у галузі. Головною декларованою метою реформи медичної сфери згідно з Програмою економічних реформ на 2010–2014 роки було **поліпшення здоров'я населення та забезпечення рівного, справедливого доступу всіх громадян до медичних послуг належної якості**.

Однак у ході реформування системи охорони здоров'я відповідно до Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» № 3612-VI від 07.07.2011 р. [62] не були враховані пропозиції низки дослідників. Зокрема, не було запроваджено **механізм пайової участі пацієнтів в оплаті медичних послуг**, тобто не відбулася інституціалізація системи ОМС. У результаті населення, залишаючись фактично незастрахованим, почало оплачувати лікування безпосередньо «з власної кишені» [106].

Отже, **зміна способів і джерел фінансування системи охорони здоров'я**, як один із ключових компонентів упровадження ДПП, потребує глибокого аналізу й комплексного, міжсекторального підходу.

Висновки до розділу 1

У результаті проведеного аналізу встановлено, що інститут державно-приватного партнерства є складовою загальносвітової практики. Як юридично оформлена форма взаємодії між державою і приватним сектором (закон, договір, статут тощо) щодо об'єктів державної та муніципальної власності, він демонструє позитивну динаміку розвитку, багаторазово перевірену зарубіжним досвідом.

Державно-приватне партнерство в системі охорони здоров'я доцільно характеризувати як **договірні відносини між державою та приватними партнерами**, спрямовані на довгострокову взаємовигідну співпрацю з досягненням не лише економічних, а й соціальних результатів.

Застосування механізмів ДПП у системі охорони здоров'я України набуває дедалі більшої актуальності, оскільки стає очевидним, що держава не має достатніх фінансових можливостей для повноцінного виконання свого конституційного обов'язку щодо створення умов для ефективного та доступного для всіх громадян медичного обслуговування. В існуючих економічних і політичних реаліях саме проекти державно-приватного партнерства потенційно можуть стати **реальним інструментом виведення системи охорони здоров'я з кризового стану**.

Для забезпечення ефективного функціонування системи охорони здоров'я України необхідно розробити і впровадити **науково обґрунтовані функціонально-організаційні моделі закладів охорони здоров'я**, що діятимуть на засадах державно-приватного партнерства й реалізовуватимуть узгоджену інвестиційну, інноваційну та інфраструктурну політику. Такі моделі мають бути орієнтовані на підвищення доступності та якості медичної допомоги, забезпечення сталості фінансування та оптимальне поєднання ресурсів держави й бізнесу.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ СТАНУ РЕСУРСНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ М. КИЄВА

2.1. Загальна характеристика мережі та діяльності амбулаторно-поліклінічних закладів м. Києва

У м. Києві відповідно до Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» було проведено структурну реорганізацію міської системи медичної допомоги.

Поліклініки, які раніше забезпечували амбулаторно-поліклінічну допомогу дорослому та дитячому населенню, трансформовано у **центри первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД)** та **консультативно-діагностичні центри (КДЦ)**, що надають первинну та вторинну амбулаторну допомогу без розмежування за віком пацієнтів.

Реформування відбувалося поетапно. На першому етапі (2011–2012 рр.) пілотні перетворення впроваджено у двох районах – Дарницькому та Дніпровському. На другому етапі (2013 р. та початок 2014 р.) аналогічні зміни були поширені на інші вісім адміністративних районів міста.

У результаті на базі колишніх поліклінічних закладів організовано **28 центрів ПМСД** з мережею **82 відокремлених амбулаторій** та **13 консультативно-діагностичних центрів**, з яких два спеціалізуються на обслуговуванні дитячого населення. Станом на кінець 2016 р. у системі міста функціонувало **257 амбулаторій загальної практики – сімейної медицини**. Усі новостворені заклади працюють у статусі **комунальних некомерційних підприємств**.

Кадровий потенціал первинної ланки у м. Києві

Оцінка забезпеченості первинної медичної ланки кадровими ресурсами виявила, що станом на кінець 2016 р. для надання первинної медико-санітарної допомоги було передбачено **2201,5 штатних посад лікарів**, серед них:

- 1128,75 посад лікарів загальної практики – сімейних лікарів;
- 642,75 посад дільничних педіатрів;
- 430 посад дільничних терапевтів.

Фактично на цих посадах працювало **1613 лікарів**, зокрема 837 сімейних лікарів, 484 дільничних педіатри та 292 дільничних терапевти. Загальний рівень укомплектованості лікарських посад первинної ланки становив **73,3%**, у тому числі:

- лікарів загальної практики – 74,2%;
- дільничних педіатрів – 75,3%;
- дільничних терапевтів – 67,9%.

Активність звернень населення на амбулаторному рівні

У 2016 р. до лікарів амбулаторних закладів м. Києва було здійснено **28951,3 тис. відвідувань**, що відповідає **10,0 відвідуванням у середньому на одного жителя**. Порівняно з 2007 р. (11,2 відвідувань на одного жителя) відбулося зниження показника на **9,8%** (табл. 2.1).

Деталізований аналіз динаміки середньої кількості відвідувань у розрахунку на 1 жителя за районами м. Києва показав, що за десятирічний період зростання відбулося лише в **Дніпровському районі** – на **11,8%** (з 10,7 до 11,4 відвідувань). В інших районах зафіксовано спад, причому найбільш виражений:

- у Солом'янському районі – на **46,8%** (з 9,4 до 5,0);
- у Подільському – на **28,7%** (з 10,1 до 7,2);
- у Печерському – на **22,1%** (з 8,6 до 6,7).

Одним із ключових напрямів роботи амбулаторно-поліклінічних закладів є розвиток **стаціонарозамінних форм медичної допомоги**. З огляду на обмеженість фінансових ресурсів у м. Києві послідовно розширюється мережа **денних стаціонарів та стаціонарів удома**, які забезпечують медичну допомогу пацієнтам, що не потребують цілодобового стаціонарного нагляду. Функціонування денних стаціонарів підвищує доступність і своєчасність стаціонарної допомоги, сприяє більш раціональному використанню ліжкового фонду.

Станом на кінець 2016 р. у амбулаторно-поліклінічних закладах, підпорядкованих управлінням охорони здоров'я районних у місті Києві державних адміністрацій, нараховувалося **1161 ліжко денного стаціонару для дорослих**. Порівняно з 2007 р. (1167 ліжок) загальна потужність денних стаціонарів фактично не змінилася. Водночас кількість пролікованих у цих стаціонарах пацієнтів за період у 10 років зросла на **17,8%** (з 103 008 до 121 314 осіб). Це зростання стало можливим завдяки **скороченню середньої тривалості перебування хворого у денному стаціонарі на 15,7%** (з 8,9 до 7,5 дня).

Таблиця 2.1

Середня кількість відвідувань до лікарів у розрахунку на одного жителя
у районах м. Києва

Район	2007	2011	2012	2016	ТПр 2016/2007, %
Голосіївський	9,6	9,1	8,8	8,4	-12,5
Дарницький	10,0	10,5	9,6	8,7	-13,0
Деснянський	8,5	8,5	8,4	8,1	-4,7
Дніпровський	10,2	10,7	11,5	11,4	11,8
Оболонський	8,3	8,4	8,2	7,3	-12,0
Печерський	8,6	8,3	8,2	6,7	-22,1
Подільський	10,1	8,9	8,4	7,2	-28,7
Святошинський	9,7	9,6	9,5	8,2	-15,5
Солом'янський	9,4	8,5	7,4	5,0	-46,8
Шевченківський	10,5	9,8	9,7	9,1	-13,3
Всього по районах	н/д	9,1	8,8	8,1	-
Всього м. Київ	11,2	11,3	11,1	10,0	-9,8
Середня арифметична по районах	9,5	9,2	9,0	8,0	-15,6
Середнє квадр. відхилення	0,8	0,9	1,2	1,7	
Коефіцієнт варіації (Cv), у%	8,2	9,5	12,8	20,9	
Мінімум	8,3	8,3	7,4	5,0	
Максимум	10,5	10,7	11,5	11,4	
Нижній кuartиль	8,8	8,5	8,3	7,2	
Верхній кuartиль	10,1	9,8	9,6	8,6	
Розмах	2,2	2,4	4,1	6,4	

Таблиця 2.2

Характеристика мережі та діяльності денних стаціонарів для надання медичної допомоги дорослому населенню у районах м. Києва за 2015-2016 роки

Райони	Кількість ліжок (абс)		На 10 тисяч населення		Проліковано хворих (абс)		Середня тривалість лікування хворого	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Голосіївський	85	88	4,2	4,4	6692	7324	6,3	6,3
Дарницький	157	157	6,3	6,3	15563	15672	9,1	9,1
Деснянський	140	140	4,9	4,9	13700	13925	7,2	7,6
Дніпровський	173	173	6,1	6,1	14130	13765	8,1	8,2
Оболонський	103	103	3,9	3,9	11657	19969	9,6	8,6
Печерський	65	65	6,1	6,0	4817	5033	7,9	7,1
Подільський	126	126	8,3	8,2	5625	5398	7,5	7,5
Святошинський	98	98	3,8	3,8	12127	11770	9,0	8,9
Солом'янський	82	82	2,6	2,6	18745	18273	4,2	3,9
Шевченківський	139	129	6,6	6,2	8389	10185	8,4	7,7
Всього	1168	1161	5,0	5,0	111445	121314	7,6	7,5

2.2. Аналіз ресурсного забезпечення та діяльності консультативно-діагностичних центрів у м. Києві

Вторинну амбулаторну медичну допомогу населенню столиці надають **13 консультативно-діагностичних центрів (КДЦ)**, з яких два обслуговують дитяче населення, а **11 КДЦ** забезпечують медичною допомогою дорослих жителів міста.

Усі КДЦ м. Києва мають статус **лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я – неприбуткових комунальних підприємств**, які належать до власності територіальної громади міста. Вони віднесені до сфери управління районних у місті Києві державних адміністрацій (як органів управління майном КДЦ) і підпорядковуються відповідним управлінням охорони здоров'я.

Таким чином, КДЦ функціонують як **комунальні некомерційні юридичні особи**, що володіють відокремленим майном і, відповідно до статутів, здійснюють некомерційну господарську діяльність, орієнтовану на **збереження, зміцнення та відновлення здоров'я населення та досягнення інших соціально значущих результатів без мети отримання прибутку**.

Основні функції та завдання КДЦ

До провідних завдань консультативно-діагностичних центрів належать:

- **Надання консультативно-діагностичної допомоги** пацієнтам, які направляються лікарями загальної практики – сімейними лікарями району, а також лікарями інших закладів охорони здоров'я.
- **Проведення необхідних консультацій і обстежень** із метою уточнення діагнозу, визначення тяжкості стану хворого, вибору місця подальшого обстеження, лікування, реабілітації та, у разі потреби, направлення на госпіталізацію до стаціонарних відділень.
- **Організація взаємодії** з іншими ланками системи охорони здоров'я, що надають первинну, вторинну, третинну, екстрену медичну допомогу та здійснюють медичну реабілітацію.
- **Організація й надання невідкладної медичної допомоги** в амбулаторних умовах.

- **Фінансове, матеріально-технічне та кадрове забезпечення** амбулаторної вторинної медичної допомоги.

- **Координація роботи структурних та відокремлених підрозділів** КДЦ в інтересах підвищення якості і результативності медичної допомоги та збереження здоров'я населення.

Фінансування утримання КДЦ і оплати праці здійснюється переважно за рахунок коштів міського бюджету, а також інших джерел, передбачених чинним законодавством України.

Матеріально-технічну базу КДЦ становлять основні засоби, оборотні кошти, інші матеріальні цінності та фінансові ресурси, які відображаються у самостійному балансі закладу. Майно КДЦ належить територіальній громаді міста Києва та закріплюється за закладом на праві оперативного управління.

Джерела формування майна КДЦ включають:

- внески засновника (грошові та матеріальні);
- доходи від надання платних медичних послуг;
- доходи від цінних паперів;
- кредити банків та інших кредиторів;
- бюджетні капітальні вкладення і дотації;
- майно, придбане в інших суб'єктів господарювання та громадян;
- надходження від оренди майнових комплексів;
- благодійні внески, дарунки та пожертви;
- інші джерела, не заборонені законодавством.

КДЦ мають право стягувати плату за надані послуги, залучати матеріальні й фінансові ресурси, отримувати гранти, благодійні внески тощо відповідно до встановлених законодавством процедур.

Вибір репрезентативних КДЦ для поглибленого аналізу

Для детальнішого вивчення ресурсного забезпечення та діяльності КДЦ методом типологічного добору було відібрано **три з 11** центрів, що обслуговують доросле населення:

- КДЦ Дніпровського району;
- КДЦ Голосіївського району;

- КДЦ Подільського району.

Ці заклади мають **типові для міста потужність, структуру та рівень оснащення**, що дозволяє розглядати їх як репрезентативні для всієї системи КДЦ.

У 2016 р. чисельність дорослого населення, прикріпленого до зазначених центрів, становила:

- Дніпровський КДЦ – **239 735 осіб**;
- Голосіївський – **202 304**;
- Подільський – **152 854**.

Планова пропускна спроможність у відвідуваннях за зміну дорівнювала:

- Дніпровський КДЦ – **970**;
- Голосіївський – **1253**;
- Подільський – **1000**.

Фактично ж кількість відвідувань за зміну становила відповідно **2549, 3291 та 2612**, тобто **реальна потужність перевищувала планову в 2,6 раза** у кожному з трьох центрів.

Структура КДЦ включала стандартний набір підрозділів: реєстратуру, лікувально-діагностичне, хірургічне, офтальмологічне, отоларингологічне, стоматологічне відділення, підрозділ профілактичних оглядів, відділення відновлювального лікування, функціональної діагностики, рентгенологічне відділення, клініко-діагностичну лабораторію, жіночу консультацію, травматологічний пункт, кабінет інфекційних захворювань, соматичні та хірургічні денні стаціонари. До складу кожного КДЦ входила також низка окремо розташованих структурних підрозділів (філій) без статусу юридичної особи.

Фінансові ресурси та матеріально-технічний стан КДЦ

Аналіз фінансування засвідчив, що протягом 2014–2016 рр. **обсяг коштів загального фонду бюджету, який виділявся на КДЦ, становив лише 50–60% від реальної потреби**.

Найгострішою проблемою всіх центрів є **зношеність та моральне старіння медичного обладнання**, значна частина якого має **повністю**

вичерпаний експлуатаційний ресурс (приблизно 100%). Оціночна потреба кожного КДЦ у високовартісному діагностичному та лікувальному обладнанні становить **близько 9–13 млн грн.**

Кадрове забезпечення КДЦ

Прийом пацієнтів у КДЦ здійснюється більш ніж за **20 лікарськими спеціальностями.** У всіх трьох досліджуваних закладах доросле населення обслуговують терапевти, пульмонологи, ревматологи, кардіологи, гастроентерологи, ендокринологи, інфекціоністи, фізіотерапевти, лікарі з функціональної діагностики, хірурги, ортопеди-травматологи, урологи, ендоскопісти, онкологи, стоматологи, акушери-гінекологи, офтальмологи, отоларингологи, невропатологи, дерматовенерологи, бактеріологи, лікарі-лаборанти, фахівці з ультразвукової діагностики, рентгенологи.

Додатково в Голосіївському та Дніпровському КДЦ прийом ведуть нефролог, алерголог, лікарі лікувальної фізкультури та лікарі-психологи. У штатному розписі Дніпровського КДЦ передбачені й заповнені посади хірурга-проктолога (1,0), психотерапевта (0,75) та рефлексотерапевта (0,5).

Таблиця 2.3

Характеристика кадрового забезпечення КДЦ Дніпровського, Голосіївського та Подільського р-нів, 2014-2016 рр.

Показник	2014	2015	2016	Тпр, у %
КДЦ Дніпровського району				
Кількість штатних посад лікарів	297,75	297,25	291,75	-2,0
Кількість зайнятих посад лікарів	256,0	252,75	251,75	-1,7
Кількість лікарів фізичних осіб	252	238	255	1,2
Укомплектованість посад лікарів	86,0%	85,0%	86,3%	
Коефіцієнт сумісництва	1,02	1,06	0,99	-3,2
Чисельність та відсоток лікарів, які мають кваліфікаційну категорію, абс./%	196/77,7%	199/83,6%	208/81,6%	
у т.ч. вищу, абс./%	104/53,1%	109/54,8%	117/56,3%	
першу, абс./%	57/ 29,1%	59/29,6%	61/29,3%	
другу, абс./%	35/17,9%	31/ 15,6%	30/14,4%	
Кількість штатних посад м/с	409,00	410,00	405,00	-1,0
Кількість зайнятих посад м/с	347,75	344,5	336,75	-3,2
Укомплектованість посад м/с	85,0%	84,0%	83,1%	

Показник	2014	2015	2016	Тпр, у %
КДЦ Голосіївського району				
Кількість штатних посад лікарів	357,25	357,25	357,25	0,0
Кількість зайнятих посад лікарів	301	293,25	281,75	-6,4
Кількість лікарів фізичних осіб	305	296	290	-4,9
Укомплектованість посад лікарів	84,3%	82,1%	78,9%	
Коефіцієнт сумісництва	0,99	0,99	0,97	-1,9
Чисельність та відсоток лікарів, які мають кваліфікаційну категорію, абс./%	216/71,7%	210/70,9%	212/73,1%	
у т.ч. вищу, абс./%	91/ 42,1%	94/44,8%	105/49,5%	
першу, абс./%	88/40,7%	83/39,5%	78/36,8%	
другу, абс./%	37/17,1%	33/15,7%	29/13,7%	
Кількість штатних посад м/с	496,25	498,25	498,25	0,4
Кількість зайнятих посад м/с	425	391,25	361	-15,1
Укомплектованість посад м/с	85,6%	78,5%	72,5%	
КДЦ Подільського району				
Кількість штатних посад лікарів	179,75	178,75	178,75	-0,6
Кількість зайнятих посад лікарів	170,50	172,0	167,50	-1,8
Кількість лікарів фізичних осіб	177	167	166	-6,2
Укомплектованість посад лікарів	94,9%	96,2%	93,7%	
Коефіцієнт сумісництва	0,96	1,03	1,01	5,1
Чисельність та відсоток лікарів, які мають кваліфікаційну категорію, абс./%	137/77,4%	126/75,4%	131/78,9%	
у т.ч. вищу, абс./%	73/53,3%	79/62,7%	84/64,1%	
першу, абс./%	40/29,2%	30/23,8%	28/21,4%	
другу, абс./%	24/17,5%	17/13,5%	19/14,5%	
Кількість штатних посад м/с	241,25	240,25	241,25	0,0
Кількість зайнятих посад м/с	217	211	201	-7,4
Укомплектованість посад м/с	89,9%	87,8%	83,3%	

Зокрема, у Дніпровському КДЦ у 2016 р. було передбачено **291,75 штатних посад лікарів** та **405,0 – середнього медичного персоналу**, укомплектованих відповідно на **86,3%** та **83,1%**.

Найнижчі показники укомплектованості лікарських посад стосуються лікарів-онкологів (53,8%), фахівців із функціональної діагностики (54,2%), інфекціоністів (66,7%) та ендоскопістів (75,0%).

Атестаційний рівень лікарів є відносно високим: **81,6%** лікарів мають кваліфікаційні категорії. Серед них **56,3%** мають вищу, **29,3%** – першу, **14,4%** – другу категорію.

У Голосіївському КДЦ штатний розпис включає **357,25 лікарських посад** і **498,25 посад середнього медичного персоналу**, які заповнені відповідно лише на **78,9%** та **72,5%** – це найнижчий рівень серед трьох проаналізованих центрів. Особливо проблемною є укомплектованість посад рентгенологів (48,4%), інфекціоністів (56,5%), офтальмологів (57,9%), лікарів функціональної діагностики (58,6%), лікарів-лаборантів (64,7%). Частка лікарів із категоріями становить 73,1%, з них 49,5% мають вищу категорію, 36,8% – першу, 13,7% – другу.

У Подільському КДЦ передбачено **178,75 посад лікарів** і **241,25 посад середнього медичного персоналу**. Тут зафіксовано **найвищу укомплектованість** кадрів: 93,7% за лікарськими посадами та 83,3% – за середнім медичним персоналом. Найнижче укомплектовані посади онкологів (75,0%), отоларингологів (76,5%) та офтальмологів (88,2%).

Серед лікарів Подільського КДЦ **78,9%** мають категорії: з них **64,1%** – вищу, **21,4%** – першу, **14,5%** – другу.

Узагальнюючи, для кадрового складу КДЦ характерні:

- неповна укомплектованість посад лікарів (78,9–93,7%) та середнього персоналу (72,5–83,3%);
- коефіцієнт сумісництва лікарів на рівні 0,9–1,0;
- співвідношення посад середнього медичного персоналу до лікарських – 1,4 : 1,0;
- частка атестованих лікарів – 73,1–81,6%;
- серед атестованих лікарів 50–64,1% мають вищу, 21,1–36,8% – першу, 13,7–14,5% – другу категорію.

Обсяги та структура відвідувань до КДЦ

Дніпровський КДЦ щороку обслуговує понад **1 млн відвідувань**, більшість з яких пов'язана з лікувальною метою (67–70%) (табл. 2.4). Питома вага профілактичних відвідувань становить близько 28–32%, а частка відвідувань лікарів удома – не більше 2,0%.

За період спостереження загальна кількість відвідувань до Дніпровського КДЦ зменшилася на **14,5%**, а середня кількість відвідувань на одного жителя – на **13,7%** (з 5,1 до 4,4).

Голосіївський КДЦ щорічно приймає майже **1 млн відвідувань**, причому з 2014 по 2016 р. цей показник зріс на **6,3%**, а середня кількість відвідувань на одного жителя – на **5,0%** (з 4,6 до 4,8). Структура звернень схожа з Дніпровським КДЦ.

Подільський КДЦ має найменшу абсолютну кількість відвідувань (що відповідає меншим розмірам прикріпленого населення), але при цьому демонструє й **найнижчий** рівень відвідувань на одного жителя. За десять років абсолютна кількість відвідувань зменшилася на 8,3%, а кількість відвідувань на одного жителя – на 9,7% (з 3,62 до 3,27). Частка профілактичних візитів становить близько чверті всіх відвідувань (25,6% у 2016 р.), на відміну від третини в Дніпровському та Голосіївському КДЦ.

Таблиця 2.4

Характеристика відвідувань до КДЦ Дніпровського, Голосіївського та Подільського р-нів, 2014-2016 рр.

Показник	2014	2015	2016	Тпр, у %
КДЦ Дніпровського району				
Кількість відвідувань всього (абс)	1220680	1161517	1043229	-14,5
Кількість відвідувань на 1-го жителя	5,1	4,8	4,4	-13,7
Питома вага профілактичних відвідувань (%)	30,4	31,4	28,3	
Питома вага профілактичних відвідувань з приводу захворювань (%)	67,9	67,0	69,9	
Питома вага відвідувань лікарями хворих вдома (%)	1,7	1,6	1,8	
КДЦ Голосіївського району				
Кількість відвідувань всього (абс)	921469	917519	979795	6,3
Кількість відвідувань на 1-го жителя	4,6	4,6	4,8	5,0
Питома вага профілактичних відвідувань (%)	32,2	30,5	31,7	
Питома вага профілактичних відвідувань з приводу захворювань (%)	66,7	68,3	67,4	
Питома вага відвідувань лікарями хворих вдома (%)	1,2	1,2	1,0	
КДЦ Подільського району				
Кількість відвідувань всього (абс)	545499	505403	500145	-8,3
Кількість відвідувань на 1-го жителя	3,6	3,3	3,3	-9,7
Питома вага профілактичних відвідувань (%)	24,8	26,3	25,6	
Питома вага профілактичних відвідувань з приводу захворювань (%)	72,6	72,0	73,0	
Питома вага відвідувань лікарями хворих вдома (%)	2,6	1,7	1,5	

Узагальнено КДЦ забезпечують **38,6–57,1%** усіх відвідувань до амбулаторно-поліклінічних закладів, що свідчить про їх суттєву роль у наданні амбулаторної допомоги дорослому населенню міста. Водночас значна частка звернень до КДЦ без направлення сімейного лікаря (30% за аналізом маршрутів пацієнтів) вказує на **структурний дисбаланс** між первинною та вторинною ланками.

Структура відвідувань за лікарськими спеціальностями

За результатами аналізу (табл. 2.5), перше місце за часткою відвідувань займають **акушери-гінекологи – 24,7–27,2%** від усіх консультацій. Близько кожне десяте звернення припадає на **хірургів (9,1–13,0%)**.

Високою є частка відвідувань до:

- невропатологів (5,9–10,1%);
- отоларингологів (6,8–10,2%);
- ортопедів-травматологів (6,0–10,0%);
- офтальмологів (5,1–8,4%);
- ендокринологів (2,9–4,7%).

Разом консультації семи перелічених спеціальностей складають **68–75%** усіх відвідувань до КДЦ.

Таблиця 2.5

Структура відвідувань до лікарів у розрізі окремих спеціальностей,
Дніпровський, Голосіївський, Подільський КДЦ, 2016 р. (у %)

Посади лікарів	Дніпровський КДЦ	Голосіївський КДЦ	Подільський КДЦ
Акушер-гінекологи	26,0	24,7	27,2
Хірурги	13,0	10,1	9,1
Невропатологи	9,1	5,9	10,1
Отоларингологи	6,8	10,2	7,9
Травматологи	6,0	6,1	10,5
Офтальмологи	5,1	8,4	5,6
Ендокринологи	4,7	2,9	4,5
Інші	29,3	31,7	25,1
Всього	100	100	100

Таблиця 2.6

Характеристика профілактичної роботи КДЦ Дніпровського,
Голосіївського та Подільського р-нів, 2014-2016 рр.

Показник	2014	2015	2016
КДЦ Дніпровського району			
Кількість осіб, які підлягали профоглядам (абс)	895	1719	1238
Кількість осіб оглянутих в порядку профогляду (абс)	799	1662	1211
Виконання плану профоглядів (у %)	89,3	96,7	97,8
Виконання плану флюорографічних оглядів (у %)	98	97	96
Питома вага жінок оглянутих з цитологічним обстеженням серед жінок, які підлягали обстеженню (у %)	84,3	83,8	84,1
Питома вага злоякісних новоутворень (ЗН), виявлених на профоглядах (у %)	61,4	59,9	57,2
Питома вага ЗН, виявлених у занедбаних стадіях (у %)	8,3	8,2	7,5
КДЦ Голосіївського району			
Кількість осіб, які підлягали профоглядам (абс)	11141	11290	11737
Кількість осіб оглянутих в порядку профогляду (абс)	10742	11094	11648
Виконання плану профоглядів (у %)	96,4	98,3	99,2
Виконання плану флюорографічних оглядів (у %)	52,9	48,3	45,5
Питома вага жінок оглянутих з цитологічним обстеженням серед жінок, які підлягали обстеженню (у %)	99,3	99,3	99,7
Питома вага злоякісних новоутворень (ЗН), виявлених на профоглядах (у %)	54,6	52,1	50,1
Питома вага ЗН, виявлених у занедбаних стадіях (у %)	12,5	12,5	12,6

Показник	2014	2015	2016
КДЦ Подільського району			
Кількість осіб, які підлягали профоглядам (абс)	1906	1724	1490
Кількість осіб оглянутих в порядку профогляду (абс)	1906	1724	1490
Виконання плану профоглядів (у %)	100	100	100
Виконання плану флюорографічних оглядів (у %)	100	100	100
Питома вага жінок оглянутих з цитологічним обстеженням серед жінок, які підлягали обстеженню (у %)	56,95	54,54	50,18
Питома вага злоякісних новоутворень (ЗН), виявлених на профоглядах (у %)	56,3	61,4	56,4
Питома вага ЗН, виявлених у занедбаних стадіях (у %)	15,6	13,4	14,1

У той же час аналіз показників виконання плану флюорографічних оглядів засвідчив суттєву диференціацію між КДЦ: у Подільському центрі цей показник становив 100%, у Дніпровському – 96,0%, тоді як у Голосіївському – лише 45,5%. Таке відставання Голосіївського району безпосередньо пов'язане з виходом з ладу флюорографічного обладнання, що істотно обмежило можливості проведення профілактичних досліджень.

Питома вага жінок, які пройшли цитологічне обстеження серед тих, що підлягали йому, також істотно варіювала між закладами. Найнижчі показники відзначені у Подільському КДЦ – 50,2%, тоді як у Дніпровському цей показник становив 84,1%, а в Голосіївському досягав 99,7%.*

Понад половину злоякісних новоутворень, діагностованих у КДЦ, виявляють саме під час профілактичних медичних оглядів. Зокрема, у 2016 р. частка злоякісних новоутворень, виявлених на профоглядах, становила 66,7% у Дніпровському КДЦ, 56,4% – у Подільському та 50,1% – у Голосіївському. Для порівняння, в середньому по м. Києву цей показник дорівнював 58,8%, що свідчить про вищу результативність профілактичної роботи у Дніпровському районі порівняно з міським рівнем.

Ключовим індикатором ефективності профілактичної діяльності, спрямованої на своєчасне виявлення злоякісних новоутворень, є частка випадків, діагностованих у занедбаних стадіях. У 2016 р. в цілому по м. Києву

питома вага злоякісних новоутворень, виявлених на стадіях III–IV, становила 9,4%.

У розрізі аналізованих районів показник занедбаності стабільно був найнижчим у Дніпровському районі (7,5% у 2016 р.), тоді як у Подільському досягав 14,1%. Протягом усього періоду спостереження значення показника занедбаності у Дніпровському районі залишалося нижчим за середній рівень по місту, тоді як у Голосіївському та Подільському районах він перевищував міський показник у 1,2–1,5 раза.

У м. Києві загалом зберігається досить високий рівень занедбаності візуальних форм злоякісних новоутворень. Так, у 2016 р. кожний сьомий (14,7%) пацієнт із вперше в житті встановленим діагнозом візуальної форми ЗН (ураження ротової порожнини (C01–C10), молочної залози (C50) та шийки матки (C53)) мав занедбану стадію (III–IV). Серед досліджуваних районів тільки у Дніпровському показник занедбаності візуальних форм ЗН (9,8%) був нижчим за середній по місту. У Голосіївському районі у занедбаній стадії діагностувався кожний четвертий випадок візуальних форм ЗН (25,3%), а в Подільському – кожний п'ятий (22,6%). Особливо тривожною тенденцією є зростання частки занедбаних форм ЗН у Голосіївському та Подільському районах.

Несвоєчасне виявлення злоякісних новоутворень безпосередньо зумовлює високі показники дорічної летальності хворих на рак. У 2016 р. у м. Києві кожний п'ятий (21,8%) пацієнт із вперше встановленим діагнозом ЗН помирає протягом року з моменту його виявлення. Серед районів міста найнижчий показник дорічної летальності був зареєстрований у Дніпровському районі (18,9%), тоді як у Голосіївському він досягав 25,2%, а в Подільському становив 21,3%, що відповідає середньоміському рівню.

Статистичний аналіз виявив наявність сильного зворотного кореляційного зв'язку між часткою ЗН, виявлених під час медичних оглядів, та рівнем дорічної летальності ($r = -0,93$; $p < 0,05$), а також зворотного зв'язку середньої сили між часткою ЗН, виявлених під час профоглядів, та показником занедбаності ($r = -0,64$; $p < 0,05$). Водночас між показником занедбаності та рівнем дорічної летальності встановлено прямий кореляційний зв'язок

середньої сили ($r = 0,59$; $p < 0,05$). Отримані дані переконливо свідчать, що систематичні медичні огляди є ефективною медико-організаційною технологією для своєчасного виявлення злоякісних новоутворень та подальшого результативного лікування пацієнтів.

Забезпечення якісної амбулаторної вторинної медичної допомоги можливе лише за умов наявності належним чином оснащеної та ефективно функціонуючої діагностичної служби. У зв'язку з цим під час аналізу ресурсного забезпечення та діяльності КДЦ особливу увагу було зосереджено на роботі діагностичних підрозділів, зокрема відділень рентгенології, ультразвукової діагностики, кабінетів ендоскопічної та функціональної діагностики, а також клінічних лабораторій.

Так, у Подільському КДЦ у 2016 р. виконано 1423 ендоскопічних дослідження, що становить 0,28 дослідження на 100 амбулаторних відвідувань та 9,3 – на 1000 дорослого населення. Вихід із ладу колоноскопа призвів до зменшення питомої ваги колоноскопій у загальній структурі ендоскопічних досліджень. Порівняно з 2014 р. істотних змін ані в абсолютних, ані у відносних показниках діяльності ендоскопічного кабінету не відбулося. Стабільним залишалось й річне навантаження на лікаря ендоскопічної діагностики (1412–1536 досліджень), однак навантаження на один ендоскопічний апарат збільшилося удвічі – з 353 досліджень у 2014 р. до 711,5 у 2016 р.

Порівняльний аналіз середнього навантаження на один діючий ендоскопічний апарат у досліджуваних КДЦ із середнім показником по закладах охорони здоров'я, підпорядкованих ДОЗ м. Києва (805,1 дослідження у 2016 р.), показав, що у Голосіївському КДЦ навантаження практично відповідає середньому по ДОЗ, у Подільському – дещо нижче, тоді як у Дніпровському перевищує середньоміський показник у 1,3 раза.

Середнє навантаження на одну зайняту посаду лікаря-ендоскопіста змінюється в дуже широких межах – від 689 досліджень на рік у Дніпровському КДЦ до 1584 – у Голосіївському. Така значна варіабельність як навантаження на один діючий апарат, так і на одну лікарську посаду свідчить про потребу в

удосконаленні системи планування роботи ендоскопічної служби КДЦ, включно з раціональним розподілом потоків пацієнтів і ресурсів.

Аналіз діяльності кабінетів функціональної діагностики у досліджуваних КДЦ у порівнянні з середніми даними по ЗОЗ, підпорядкованих ДОЗ м. Києва, показав, що у Голосіївському та Подільському районах кількість функціональних досліджень на 100 амбулаторних відвідувань є нижчою за міський середній показник (4,9 у 2016 р.). Це свідчить про недостатнє використання потенціалу функціональної діагностики в зазначених закладах.

Виявлено, що середнє навантаження на одну зайняту посаду лікаря-лаборанта різняться між КДЦ більш ніж утричі: від 90 186 аналізів на рік у Подільському КДЦ до 303 859 – у Дніпровському. Така різниця в рівні завантаження персоналу лабораторій вимагає оптимізації організації роботи лабораторної служби, раціонального планування трудових ресурсів і перерозподілу обсягів досліджень.

Одним із ключових напрямів удосконалення медичної допомоги населенню, який послідовно реалізується в м. Києві протягом останніх десятиліть, є розвиток стаціонарозамінних форм медичної допомоги. На базі всіх аналізованих КДЦ розгорнуті денні стаціонари: у Дніпровському КДЦ – на 42 ліжка, у Голосіївському – на 63, у Подільському – на 94 ліжка. Рівень забезпеченості населення ліжками денних стаціонарів є суттєво неоднорідним: у Подільському КДЦ на 10 000 дорослого населення припадає понад 6 ліжок, у Голосіївському – майже 5, тоді як у Дніпровському – менше 2 ліжок (табл. 2.7). Це свідчить про потребу в подальшому вирівнюванні доступу населення різних районів до стаціонарозамінних форм допомоги та про необхідність перегляду підходів до планування ліжкового фонду денних стаціонарів.

Таблиця 2.7

Характеристика роботи денних стаціонарів КДЦ Дніпровського,
Голосіївського та Подільського р-нів, 2014-2016 рр.

Показник	2014	2015	2016	Тпр, у%
КДЦ Дніпровського району				
Забезпеченість населення ліжками у денних стаціонарах (на 10 000 дорослого населення)	1,76	1,74	1,75	-0,6
Кількість пролікованих у денних стаціонарах на 1000 населення	11,3	10,9	11,1	-1,8
КДЦ Голосіївського району				
Забезпеченість населення ліжками у денних стаціонарах (на 10 000 дорослого населення)	4,95	4,8	4,79	-3,2
Кількість пролікованих у денних стаціонарах на 1000 населення	32,7	33,5	36,3	11,0
КДЦ Подільського району				
Забезпеченість населення ліжками у денних стаціонарах (на 10 000 дорослого населення)	6,24	6,21	6,12	-1,9
Кількість пролікованих у денних стаціонарах на 1000 населення	28,23	29,40	26,01	-7,9

Ефективність функціонування денних стаціонарів у різних КДЦ істотно варіює. Найвищі показники використання ліжкового фонду спостерігаються у Голосіївському КДЦ, де щороку в умовах денного стаціонару проходять лікування понад 30 пацієнтів на 10 000 дорослого населення. У Подільському КДЦ цей показник перевищує 25 осіб на 10 000 дорослих жителів, тоді як у Дніпровському районі вдається пролікувати лише 10–11 пацієнтів на 10 000 дорослого населення, що свідчить про суттєво нижчий рівень використання наявних стаціонарозамінних можливостей.

У структурі всіх проаналізованих консультативно-діагностичних центрів передбачена наявність хірургічних відділень, а також хірургічних ліжок у денних стаціонарах. Частка звернень до лікарів-хірургів залишається стабільно вагомою й становить 9–13% від загальної кількості відвідувань КДЦ. Аналіз показників хірургічної активності продемонстрував значну диференціацію закладів за інтенсивністю оперативних втручань. Так, у Голосіївському КДЦ виконують 470–548 операцій на 10 000 прикріпленого дорослого населення на рік; у Дніпровському цей показник коливається в межах 350–377 втручань, тоді як у Подільському КДЦ він є найнижчим і становить лише 246–256 операцій на 10 000 дорослих мешканців (табл. 2.8).

Попри відмінності в рівні операційної активності, структура хірургічних втручань у Дніпровському, Голосіївському та Подільському КДЦ загалом є подібною. Домінуючу позицію в усіх трьох закладах посідають операції на шкірі та підшкірній клітковині, частка яких перевищує половину від загального обсягу хірургічних втручань (58,1% – у Дніпровському, 51,0% – у Голосіївському та 59,0% – у Подільському КДЦ у 2016 р.). На другому місці за частотою у Дніпровському та Подільському КДЦ перебувають операції на сечостатевої системі (19,7% та 24,1% відповідно у 2016 р.), переважну частину яких становлять втручання на жіночих статевих органах.

У Голосіївському КДЦ другою за значущістю групою є операції на органах вуха, горла та носа з питомою вагою 16,4% (2016 р.), тоді як третю

позицію ділять операції на щелепно-лицьовій ділянці та в ротовій порожнині і втручання на сечостатевої системі (по 10,0%). У Дніпровському КДЦ третє місце за частотою посідають операції на щелепно-лицьовій ділянці та в ротовій порожнині (7,6%), тоді як у Подільському КДЦ третьою за поширеністю групою є оперативні втручання на кістково-м'язовій системі (5,8%). Така структура хірургічної діяльності свідчить про переважання малотравматичних, амбулаторно виконуваних операцій, що відповідає концепції розвитку стаціонарозамінних форм медичної допомоги.

Таблиця 2.8

Характеристика хірургічної роботи КДЦ Дніпровського, Голосіївського та Подільського р-нів, 2014-2016 рр.

Показник	2014	2015	2016
КДЦ Дніпровського району			
Абсолютна кількість виконаних оперативних втручань	8981	8574	8603
Кількість оперативних втручань на 10 000 дорослого населення	377,1	357,1	358,9
Структура оперативних втручань:			
- операції на шкірі та підшкірній клітковині	57,5	57,4	58,1
- операції на сечостатевої системі (%)	16,9	17,9	19,7
- з них операції на жіночих статевих органах (%)	15,7	16,5	18,2
- на щелепно-лицьовій ділянці та ротовій порожнині (%)	5,5	6,7	7,6
- операції на органах вуха, горла, носа (%)	6,3	6,4	5,2
- операції на кістково-м'язовій системі (%)	5,3	4,9	5,2
- операції на органах зору (%)	3,5	3,4	1,3
КДЦ Голосіївського району			
Абсолютна кількість виконаних оперативних втручань	9759	11015	9576
Кількість оперативних втручань на 10 000 дорослого населення	488,3	547,9	473,3
Структура оперативних втручань:			
- операції на шкірі та підшкірній клітковині	46,5	49,2	51,0
- операції на органах вуха, горла, носа (%)	15,8	17,9	16,4
- операції на щелепно-лицьовій ділянці та ротовій порожнині (%)	11,2	12,3	10,0
- операції на сечостатевої системі (%)	14,1	10,3	10,0
- з них операції на жіночих статевих органах (%)	11,7	9,1	9,2
- операції на кістково-м'язовій системі (%)	9,8	8,0	10,1
- операції на органах зору (%)	0	0	0
КДЦ Подільського району			

Абсолютна кількість виконаних оперативних втручань	3715	3880	3877
Кількість оперативних втручань на 10 000 дорослого населення	246,7	256,5	253,6
Структура оперативних втручань			
- операції на шкірі та підшкірній клітковині	63,8	51,2	59,0
- операції на сечостатевої системі (%)	22,0	30,3	24,1
- з них операції на жіночих статевих органах (%)	22,0	22,1	24,1
- операції на кістково-м'язовій системі (%)	6,1	6,4	5,8
- операції на органах зору (%)	3,3	4,6	5,0
- операції на органах вуха, горла, носа (%)	1,7	2,4	2,6
- операції на щелепно-лицьовій ділянці та ротовій порожнині (%)	0,4	1,2	0,6

SWOT-аналіз стану діючої системи КДЦ у м. Києві. На заключному етапі оцінки стану діючої системи КДЦ у м. Києві нами був проведений (табл. 2.9) SWOT-аналіз. SWOT-аналіз – це метод стратегічного планування, який полягає у виявленні факторів внутрішнього і зовнішнього середовища організації та їх розподіл на чотири категорії: Strengths (сильні сторони), Weaknesses (слабкі сторони), Opportunities (можливості), Threats (загрози), які повинні бути враховані при розробці стратегії розвитку організації.

Таблиця 2.9

SWOT-аналіз системи КДЦ у м. Києві та можливості запровадження механізмів державно-приватного партнерства

Сильні сторони	Слабкі сторони	Сприятливі можливості	Загрози
<p>Велике соціальне значення амбулаторної вторинної медичної допомоги.</p> <p>Наявність кваліфікованих кадрів.</p> <p>Накопичений досвід організації консультативно-діагностичної допомоги у комунальних КДЦ.</p> <p>Тенденції у галузі охорони здоров'я до переходу на ДПП</p>	<p>Незадовільна матеріально-технічна база КДЦ.</p> <p>Неготовність КДЦ до роботи у ринкових умовах.</p> <p>Дефіцит сучасних діагностичних технологій.</p> <p>Слабка конкурентоспроможність, невідповідність фактичного фінансування плановому.</p> <p>Низький рівень оплати праці та економічної мотивації у медичного персоналу.</p> <p>Неефективний менеджмент.</p> <p>Відсутність програм вивчення попиту потенційних та реальних пацієнтів</p>	<p>Наявність Законів України: № 2404-VI від 1 липня 2010 року «Про державно-приватне партнерство» та Закону України № 817-VIII від 24.11.2015 «Про внесення змін до деяких законів України щодо усунення регуляторних бар'єрів для розвитку державно-приватного партнерства та стимулювання інвестицій в Україні».</p> <p>Ринок медичних послуг надає необмежені можливості для розвитку КДЦ на принципах державно-приватного партнерства</p>	<p>Економічний стан країни і низькі показники ВВП, які виділяються на фінансування системи охорони здоров'я.</p> <p>Відсутність гарантованого обґрунтованого переліку консультативно-діагностичних послуг для населення і діагностичного устаткування для КДЦ.</p> <p>Низька культура населення щодо питань охорони здоров'я</p>

Сильні (S) та слабкі (W) сторони, визначені в межах SWOT-аналізу, характеризують внутрішній потенціал і обмеження досліджуваної системи, тоді як можливості (O) та загрози (T) відображають зовнішні фактори, які впливають на діяльність організації, але не контролюються нею безпосередньо [111]. Такий підхід дозволяє комплексно оцінити функціонування консультативно-

діагностичних центрів (КДЦ) у сучасних умовах та окреслити орієнтири їхнього подальшого розвитку.

Проведений аналіз продемонстрував, що система КДЦ має певні ресурси та напрацювання, проте одночасно перебуває у стані структурної та організаційної вразливості. Поєднання обмежених економічних можливостей держави, недостатньої автономності комунальних закладів і застарілих моделей управління ускладнює їхню здатність адаптуватися до сучасних ринкових умов. З огляду на це, подальше вдосконалення КДЦ потребує нових управлінських рішень і структурних змін, серед яких ключовим напрямом виступає розширення застосування механізмів державно-приватного партнерства.

Суттєвим обмеженням розвитку КДЦ є той факт, що жодна з чинних бюджетних програм, спрямованих на амбулаторну вторинну медичну допомогу, не здатна забезпечити необхідного рівня фінансування. Матеріально-технічна база центрів потребує значного оновлення, а вартість сучасного діагностичного обладнання перевищує можливості поточних бюджетних надходжень. Внаслідок цього відтворення інфраструктури практично неможливе без залучення додаткових інвестицій.

Функціонуванню КДЦ також перешкоджає жорстка регламентація з боку органів комунального управління. Представники місцевої влади фактично визначають ключові аспекти роботи закладів — від структури надання допомоги до цінової політики й напрямів капіталовкладень. При цьому будь-яке відхилення від кошторису трактується як порушення, що залишає закладам мінімальну свободу для управлінських рішень та впровадження інноваційних підходів.

Окремо слід наголосити на недосконалості нормативно-правового поля, що регулює статус та повноваження комунальних закладів охорони здоров'я. Збереження «адміністративно-командних» елементів у взаємовідносинах між управлінськими структурами та закладами призводить до консервації неефективних практик і стримує модернізаційні процеси. Усунення цих недоліків потребує законодавчого врегулювання правового статусу КДЦ та надання їм реальної автономії з можливістю застосування інструментів державно-приватного партнерства.

Висновки до розділу 2

У м. Києві відповідно до Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» було здійснено масштабну реструктуризацію системи амбулаторної допомоги. На основі існуючих поліклінік сформовано 28 центрів первинної медико-санітарної допомоги та 13 консультативно-діагностичних центрів.

Усі КДЦ функціонують як комунальні некомерційні підприємства, які мають статус юридичних осіб та здійснюють діяльність, спрямовану на охорону здоров'я населення без мети отримання прибутку. Аналіз їхнього фінансового та матеріально-технічного забезпечення за 2014–2016 рр. показав, що фінансування загального фонду покривало лише 50–60% реальної потреби, а технічний стан обладнання характеризувався повним вичерпанням експлуатаційного ресурсу. Кожен КДЦ потребував 9–13 млн грн для відновлення високовартісної діагностичної апаратури.

Кадрова ситуація також залишається напруженою: укомплектованість лікарських посад становила 73,1–93,7%, середнього медичного персоналу — 72,5–83,3%. Водночас значна частина лікарів має кваліфікаційні категорії (73,1–81,6%), що позитивно характеризує кадровий потенціал закладів.

КДЦ забезпечують від 38,6% до 57,1% усіх відвідувань амбулаторно-поліклінічних закладів міста, що підкреслює їхню центральну роль у системі амбулаторної вторинної допомоги. Проте майже 35% пацієнтів звертаються до КДЦ без направлення лікаря первинного рівня, що свідчить про недосконалість маршрутизації та дисбаланс між первинною і вторинною ланками.

Профілактичний компонент роботи залишається недостатньо результативним: частка профілактичних відвідувань становить 25,6–31,5%, тоді як виявлення онкологічних захворювань на ранніх стадіях є вкрай низьким. Кожний сьомий випадок злоякісних новоутворень візуальної локалізації у столиці, а в окремих районах — кожний п'ятий, виявляється вже у занедбаній стадії, що негативно впливає на показники смертності.

Діагностична служба КДЦ продовжує працювати переважно на застарілому обладнанні, використовуючи рутинні методики, що не відповідають

сучасним клінічним потребам. Виявлені значні відмінності у навантаженні на персонал і медичну техніку вказують на потребу перегляду моделі планування діяльності діагностичних підрозділів.

Проведений SWOT-аналіз дозволив комплексно оцінити стан КДЦ, визначити їхні можливості та загрози розвитку. Наявна ситуація свідчить, що комунальна медична інфраструктура столиці перебуває у складному становищі. Для забезпечення її стійкого розвитку потрібні інноваційні організаційно-економічні підходи, серед яких особливе місце займає впровадження механізмів державно-приватного партнерства, здатних забезпечити модернізацію матеріально-технічної бази та підвищення якості медичної допомоги.

РОЗДІЛ 3

ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНА МОДЕЛЬ

КОНСУЛЬТАТИВНО-ДІАГНОСТИЧНОГО ЦЕНТРУ НА ПРИНЦИПАХ

ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА

2.1. Основні методичні підходи до моделювання консультативно-діагностичного центру на принципах державно-приватного партнерства

Перспективність упровадження механізмів державно-приватного партнерства (ДПП) у системі охорони здоров'я підтверджується тим, що у країнах Західної Європи близько двох третин проєктів у медичній сфері реалізуються саме в такому форматі взаємодії між державою та приватним сектором [21]. Така статистика демонструє ефективність цього інструменту та обґрунтовує необхідність адаптації його принципів у вітчизняну практику, зокрема під час моделювання консультативно-діагностичних центрів (КДЦ).

Концепція розвитку КДЦ на засадах ДПП ґрунтується на сучасних теоретико-методологічних підходах та нормативно-правових актах України, серед яких: Закон України від 01.07.2010 р. № 2404-VI «Про державно-приватне партнерство» у редакції зі змінами, внесеними Законами № 5007-VI (5007-17) від 21.06.2012 р. та від 16.10.2012 р.; Закон України від 24.11.2015 р. № 817-VIII, спрямований на усунення регуляторних бар'єрів для розвитку ДПП і стимулювання інвестицій; Закон України від 06.04.2017 р. № 2002-VIII, яким оновлено нормативну базу щодо діяльності закладів охорони здоров'я. Відповідно до останнього документа стаття 16 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» доповнена положенням, що заклади охорони здоров'я можуть функціонувати у формах державної, комунальної, приватної або змішаної власності.

Державно-приватне партнерство не є новим для українського економічного середовища. Протягом багатьох років воно фактично існувало у формах спільної діяльності, оренди державного майна, концесійних угод та інших моделей управління державними активами із залученням приватних структур. Однак саме ухвалення зазначених вище нормативних актів дало змогу

суттєво систематизувати практику, наділивши її чіткими юридичними рамками та відобразивши в законодавстві ті риси, які є бажаними з точки зору державної політики.

Слід підкреслити, що термін «державно-приватне партнерство» є переважно політико-управлінською, а не суто юридичною категорією. Він відображає загальний принцип співробітництва держави, представленої її органами, із суб'єктами господарювання на договірних умовах. У цьому контексті важливо розрізняти юридичні форми такої взаємодії. Наприклад:

- **оренда** — договір майнового характеру, відповідно до якого власник передає актив у тимчасове користування або володіння за встановлену плату;
- **концесія** — специфічний вид договору, який передбачає створення або реконструкцію об'єкта (здебільшого нерухомості) за кошти інвестора чи у співфінансуванні з державою, із подальшим правом експлуатації на платній основі;
- **угода про розподіл продукції (Production Sharing Agreement)** — форма співробітництва, за якої інвестор і держава спільно реалізують проєкт, розподіляючи між собою отримані результати (доходи, продукцію, інші вигоди).

Отже, незалежно від формату, будь-яка модель ДПП базується на договірних відносинах, що визначають права, обов'язки, відповідальність та механізми розподілу ризиків між партнерами.

У процесі створення та функціонування КДЦ на засадах державно-приватного партнерства ключову роль відіграють правові механізми регулювання взаємовідносин між партнерами. До таких механізмів належать:

- договори, що укладаються у межах ДПП відповідно до законодавства;
- установчі документи сторін;
- внутрішні регламенти й положення, що визначають порядок організації спільної діяльності.

Структурно ці елементи можна представити у вигляді функціональної моделі (рис. 3.1), яка відображає логіку взаємодії державного та приватного партнерів, їхні ролі, зони відповідальності та інструменти управління.

Таким чином, нормативно-правова база створює фундамент для формування КДЦ нового типу — закладів, здатних працювати у партнерстві з приватним сектором, залучати інвестиції, ефективно управляти ресурсами та впроваджувати інноваційні моделі медичного обслуговування.



Рис. 3.1. Потенціали держави і приватного бізнесу при організації нової моделі КДЦ на принципах ДПП [97]

Договір у межах державно-приватного партнерства виступає основним інструментом формалізації взаємодії між двома економічними суб'єктами, які добровільно погоджуються на спільну реалізацію проекту консультативно-діагностичного центру (КДЦ). У такій угоді визначаються всі ключові елементи співпраці: інформація про сторони, зміст домовленостей, коло зобов'язань партнерів, умови виконання договору, механізми відповідальності за їх

порушення, а також порядок пролонгації чи розірвання договору. Обов'язковим є і зазначення юридичних реквізитів усіх учасників партнерства.

Перед тим як перейти до представлення методики моделювання КДЦ на принципах державно-приватного партнерства, доцільно окреслити методичні підходи, що формують основу відповідної моделі та подані у таблиці 3.1. Саме ці підходи визначають логіку, структуру й ключові акценти подальшого моделювання.

Організація моделі КДЦ на принципах ДПП вимагає чіткого формулювання цілей і завдань, які мають бути послідовно вирішені для забезпечення ефективної реалізації партнерського проєкту. Відповідно, у процесі моделювання було визначено як загальні стратегічні цілі, так і комплекс операційних завдань, що забезпечують поступовий перехід від концепції до практичного втілення моделі.

Сукупність та зміст етапів, а також їх послідовність, які необхідно пройти для формування КДЦ на засадах державно-приватного партнерства, систематизовано у таблиці 3.2. Ця структура дозволяє представити процес моделювання як логічно впорядковану систему дій, що забезпечує узгодженість рішень, прозорість операційних процедур та ефективність упровадження партнерської моделі.

Методичні підходи до моделювання концептуального консультативно-діагностичного центру, який працює на принципах ДПП[97]

Назва методичних підходів	Зміст методичних підходів
Системності	Об'єднання процесорного, ситуаційного і програмно-цільового підходів при моделюванні
Науковості	Розробка моделі з урахуванням досягнень соціальної медицини та законів розвитку виробництва у ринкових умовах
Первинності функцій	У відповідності до трудомісткості функцій формуються структурні одиниці та їх персонал
Оптимальності функцій	Оптимізація пропорцій між функціями організації та розвитку моделі, функціями управління, функціями забезпечення виробництва.
Економічності	Економічно ефективна організація моделі, що забезпечує підвищення ефективності виробничих процесів.
Прогресивності	Відповідність організації та управління моделі передовим зарубіжним аналогам
Перспективності	Прогноз розвитку моделі на стадії її створення
Комплексності	Врахування при формуванні моделі факторів, які впливають на стан управління, зв'язків з вищестоящими органами, договірних зв'язків тощо
Оптимальності	Багатоаспектний аналіз різних варіантів формування моделі та вибір найбільш раціонального варіанту з урахуванням конкретних умов
Різноманітності	Різноманітність елементів моделі, що дасть можливість враховувати багатофункціональний характер дослідницьких завдань
Автономності	Забезпечення автономності структурних відділень
Узгодженості	Узгодження робочих планів усіх ланок моделі з основними цілями моделі
Багатоаспектності	Управління персоналом моделі за різними напрямками: правовим, адміністративно-господарським, економічним тощо
Комфортності управління	Система управління персоналом забезпечує максимум зручностей для творчих процесів менеджерів
Розмежування	Розмежування інтересів держави і економіки моделі
Взаємовигідності	Відпрацювання механізму взаємовигідного державно-приватного партнерства
Концентрації	Концентрація зусиль персоналу на вирішенні основних завдань
Спеціалізації	Розподіл праці (виділяються процеси праці керівників, фахівців і службовців). Формування процесорного підходу, націленість персоналу на виконання своїх функцій і відповідальність за кінцевий результат
Точності	Відповідність концептуальних параметрів даним, відображеним у моделі об'єкта
Стандартизації	Створення єдиної методичної основи при розробці моделі та стандартизація обсягів праці фахівців

Після визначення принципів моделювання, а також структури й послідовності завдань, що формують основу організації моделі, можна переходити до її логічного обґрунтування. Враховуючи системний та комплексний підхід, а також інтерес міських органів влади у забезпеченні населення висококваліфікованою консультативно-діагностичною та лікувальною допомогою, і водночас інтерес приватного інвестора щодо повернення вкладених коштів у межах 5–7 років, оптимальним видається такий варіант консультативно-діагностичного центру (КДЦ), який функціонує на принципах державно-приватного партнерства.

Запропонована модель КДЦ має виконувати методичну, координаційну та організаційну функції щодо амбулаторно-поліклінічної служби району, забезпечуючи змістовну та якісну основу її діяльності. Ключовою особливістю моделі є поєднання у її структурі двох взаємопов'язаних блоків — комунального та комерційного. Їхня інтеграція дозволяє сформуванню характеристики «змішаної економіки», у якій поєднуються соціальна орієнтація державного сектору та ефективність, інноваційність і операційна гнучкість приватного партнера.

КДЦ, організований за принципами ДПП, має відповідати низці вимог, що забезпечують його сучасність, ефективність і конкурентоспроможність. Серед таких вимог — наявність економічно дієвого механізму управління, властивого приватному сектору, використання сучасного діагностичного обладнання та технологій, можливість залучення висококваліфікованих медичних кадрів. Метою моделі є забезпечення високої якості медичних послуг та їх доступності для всіх категорій населення, незалежно від соціального статусу чи рівня матеріального забезпечення.

Таким чином, подальший виклад спрямований на розробку структурно-функціональної моделі районного консультативно-діагностичного центру великого міста, що працюватиме на принципах державно-приватного партнерства. Результатом такого моделювання має стати комплексна концепція КДЦ, здатного ефективно функціонувати у сучасному ринковому середовищі, виконувати соціально значущі функції та забезпечувати сталість розвитку за рахунок оптимального поєднання ресурсів держави і приватного сектору.

Сукупність і послідовність завдань організації концептуальної моделі
консультативно-діагностичного центру на принципах ДПП [97]

Послідовність виконання завдань організації моделі КДЦ	
Завдання	Зміст
Визначення мети організації моделі	Підвищення ефективності економічного управління КДЦ, якості та доступності вторинної амбулаторної допомоги.
Організація моделі як суб'єкта	Держава, в особі міських органів влади (стратегічного суб'єкта управління), спільно з приватним інвестором (господарським суб'єктом управління) створюють – самоврядний юридично і господарсько самостійний Суб'єкт – КДЦ на принципах ДПП. – Приватний інвестор або призначений ним менеджер – головний лікар КДЦ, є юридичною особою, суб'єктом, носієм правовідносин, наділеним відповідними правами та обов'язками. Суб'єкт управляє об'єктом (КДЦ на принципах ДПП) протягом певного терміну у відповідності до договору

Завдання	Зміст	
Визначення змісту моделі як суб'єкта	КДЦ, як комерційна організація, володіє необмеженою правоздатністю. Має право в установленому порядку: укласти договори із закладами, організаціями, підприємствами і фізичними особами на надання робіт і послуг у відповідності до видів діяльності закладу; залучати для здійснення своєї діяльності на економічно вигідній договірній основі інші заклади, організації, підприємства і фізичних осіб; має право придбати або орендувати при здійсненні діяльності основні та оборотні кошти за рахунок наявних у нього фінансових ресурсів і одержаних для цих цілей позик і кредитів; планувати свою діяльність і визначати перспективи розвитку за погодженням з департаментом охорони здоров'я, а також відповідно до попиту пацієнтів на послуги	
Розмежування функцій між двома суб'єктами управління моделлю	Партнерські відносини двох суб'єктів управління моделлю (міських органів влади і приватного інвестора) мають чітке розмежування функцій кожного з партнерів. Приватний інвестор управляє моделлю, вкладає в її розвиток професійний досвід управління, свій капітал, інноваційність в експлуатацію обладнання, матеріалів і організацію надання послуг. Міські органи влади виконують контролюючі функції (стратегічне управління), виділяють бюджетні кошти за договорами для оплати послуг соціальним пацієнтам, визначають податкові та інші пільги	
Визначення механізмів управління	Партнерство міських органів влади та приватних інвестицій забезпечує розподіл ризиків і вигод між партнерами на рівних. Приватний інвестор використовує усі механізми управління – фінансові ресурси, професійний досвід управління, інноваційність у діяльності моделі. Держава, в особі структур міської влади надає, крім інвестицій, приміщення для КДЦ (оренда), інфраструктуру і ресурси, податкові та інші пільги і гарантії	
Визначення особливостей структури моделі	Особливість структури моделі полягає в об'єднанні двох секторів, комунального (державного) та приватного, які володіють своїми власними унікальними характеристиками і перевагами, при об'єднанні яких створюється можливість для більш ефективної діяльності та досягнення кращих результатів	
Визначення	Для державних структур влади	Скорочення бюджетних витрат, фінансування проектів без збільшення дефіциту бюджету і державного боргу, підвищення ефективності та зниження вартості реалізації, використання більш
	Для приватного інвестора	Розширення діяльності, що є особливо актуальним в умовах ринкової економіки, гарантоване отримання прибутку в середній та довгостроковій перспективі, що є гарантією стабільності бізнесу, можливістю залучення позикових коштів на більш вигідних умовах під гарантії держави
Визначення технологій	Технологія діяльності моделі забезпечується сукупністю методів, процесів, які використовуються у виробничій діяльності, із застосуванням сучасних технологій управління та надання послуг, з урахуванням останніх досягнень науки.	
Визначення інструментів	Бюджетне фінансування, ДМС, приватні інвестиції, державні гарантії у проекті ОМС.	
Визначення інститутів	Державні цільові програми, регіональні, комунальні програми.	

Партнерами та безпосередніми суб'єктами управління консультативно-діагностичного центру (КДЦ), що функціонує на принципах державно-приватного партнерства, виступають три ключові інституції. Стратегічну роль виконує Департамент охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) або відповідна районна державна адміністрація; юридичним партнером є приватна юридична особа, що бере участь у проєкті на інвестиційних засадах; господарським суб'єктом є власне КДЦ як самостійний заклад. Уся взаємодія цих сторін закріплюється в офіційних нормативних документах, передусім у статуті КДЦ, який визначає правовий статус, повноваження та межі відповідальності партнерів.

Додатково укладається низка угод між приватним партнером і міською чи районною державною адміністрацією. Термін їх дії становить, як правило, від 5 до 15 років і охоплює:

- **інвестиційний договір**, що визначає права й обов'язки сторін щодо створення нового господарськи та фінансово самостійного суб'єкта — КДЦ, який функціонує за механізмами ДПП;
- **договір-замовлення**, у якому фіксується обсяг медичних послуг, що надаватимуться комунальним відділенням центру, та порядок їх фінансування з боку державного партнера;
- **гарантоване бюджетне фінансування** діяльності комунального блоку КДЦ на весь період дії договору;
- **сервісні контракти** — договори на управління, експлуатаційне обслуговування, технічну підтримку й інші функції, що забезпечують безперервність роботи установи;
- **механізми розподілу ризиків**, побудовані на принципі симетрії, відповідно до якого кожен із партнерів бере на себе ті ризики, які він може ефективніше контролювати або мінімізувати. Такий підхід забезпечує збалансованість інтересів і знижує вірогідність фінансових чи операційних диспропорцій протягом реалізації проєкту.

У рамках формування моделі КДЦ визначаються також ключові функції, управлінські механізми та інструменти, що забезпечують її ефективність, а

також переваги, які отримують кожен із партнерів — приватний бізнес, органи місцевої влади та населення. Умовно ці компоненти моделі можуть бути представлені у вигляді узагальненої структури (рис. 3.2), що відображає їх взаємозв'язки та операційну логіку.

Організаційна діяльність КДЦ, сформована на принципах ДПП, ґрунтується на поєднанні економічно ефективного механізму управління та сучасної виробничої й соціальної інфраструктури. До її базових складових належать: реалістична та стабільна система фінансування; сучасне матеріально-технічне забезпечення, у тому числі високотехнологічне обладнання; достатній кадровий ресурс з належним рівнем фахової компетентності. У комплексі ці чинники спрямовані на досягнення головної мети — забезпечення високої якості та доступності консультативно-діагностичної допомоги для населення району та міста загалом.

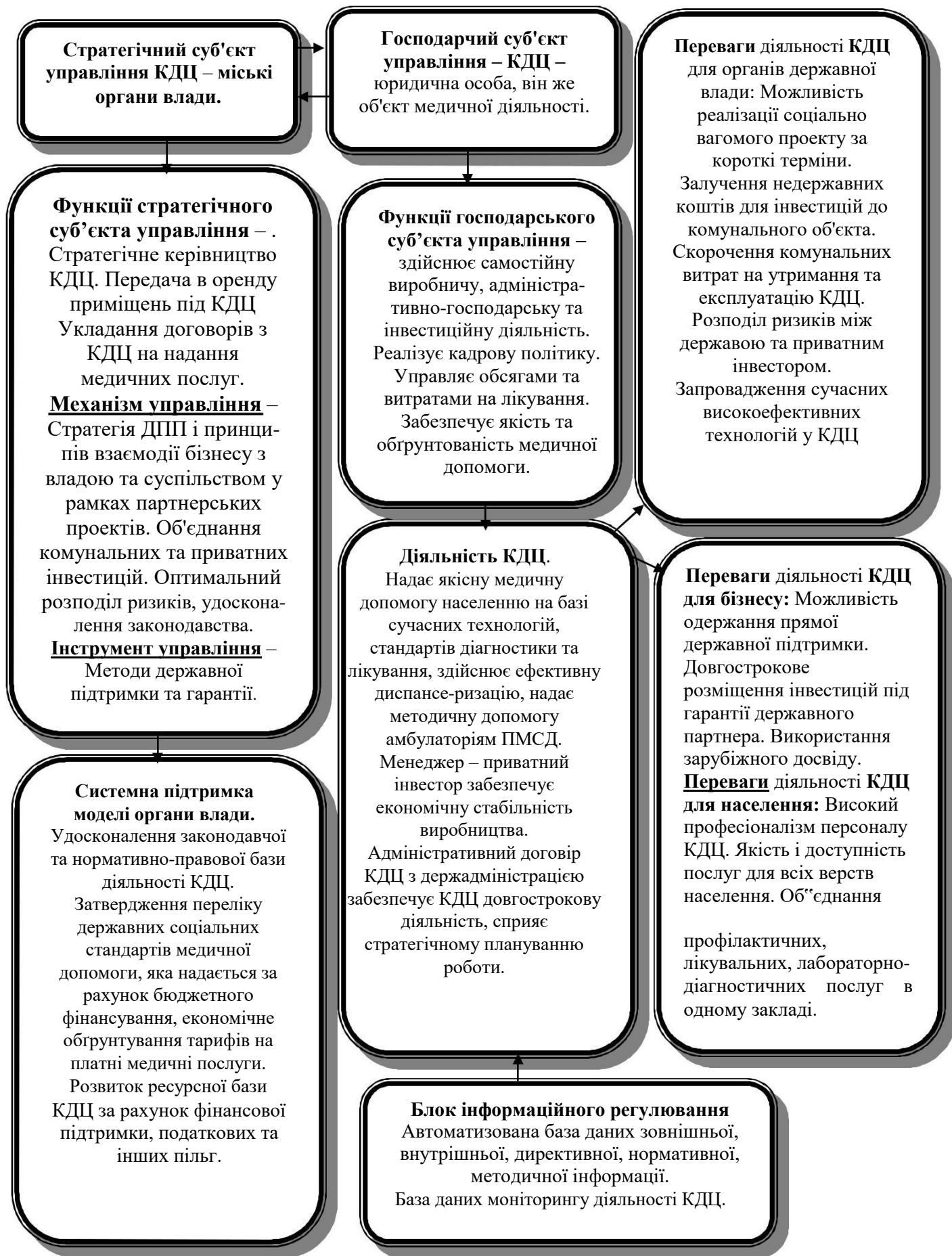


Рис. 3.2. Функції, механізми, інструменти управління моделі КДЦ [97]

Концептуальна функціонально-організаційна модель консультативно-діагностичного центру (КДЦ), побудована на засадах державно-приватного партнерства, спрямована на розв'язання комплексу соціально значущих завдань із урахуванням інтересів усіх ключових стейкхолдерів. Передусім ідеться про інтереси держави, яку в цьому контексті представляють районні державні адміністрації. Для них пріоритетом є гарантування якісної, доступної для різних верств населення амбулаторної медичної допомоги, що надається у формах, прийнятних як з економічного, так і з організаційного погляду.

Другий важливий суб'єкт — населення району, очікування якого пов'язані з можливістю отримувати медичну допомогу, що відповідає сучасним вимогам щодо якості, доступності й організаційної привабливості. Населення також зацікавлене у свободі вибору лікаря та структурного підрозділу, в якому надаватиметься допомога.

Не менш вагомою складовою є інтереси медичного персоналу, для якого модель КДЦ на принципах ДПП створює потенціал для поліпшення умов професійної діяльності: забезпечення гідного рівня оплати праці, соціальних гарантій, можливості вільно обирати місце роботи (у межах законодавства), а також систематично підвищувати кваліфікацію.

Центральною установкою концепції моделі є побудова оптимальної системи функціонування КДЦ через визначення реальної потреби населення кожного міського району у консультативно-діагностичних та інших видах спеціалізованої амбулаторної допомоги. При цьому важливими є як раціональне використання наявних ресурсів, так і створення умов для підвищення доступності та якості медичних послуг.

Для розробки найраціональнішої структурно-функціональної моделі було вирішено комплекс завдань, що включав визначення її адміністративно-правового статусу, встановлення організаційної структури та окреслення специфіки функцій, механізмів і процесів управління — з урахуванням результатів аналізу чинного правового поля функціонування медичних установ на основі ДПП.

Першим етапом стало визначення адміністративно-правового статусу моделі. Задумана як сучасний амбулаторний лікувально-господарський комплекс, модель КДЦ виконує не лише суто медичні (лікувально-діагностичні) функції, а й низку адміністративних, постачальницьких, експлуатаційних та інших функцій. Кожна з них належить до сфери регулювання відповідними нормами різних галузей права. Сукупність цих норм формує правову основу діяльності КДЦ, визначаючи його правовий статус та межі правосуб'єктності.

Адміністративно-правовий статус моделі охоплює сукупність її прав та обов'язків у межах адміністративної правосуб'єктності. Він передбачає здатність самостійно приймати рішення, формулювати власні цілі та завдання, взаємодіяти з органами державної влади та місцевого самоврядування в межах чинного правового поля.

Діяльність моделі КДЦ ґрунтується на низці визначальних параметрів, серед яких:

- цілі та завдання функціонування центру;
- функціональні напрями його роботи;
- обсяг повноважень, тобто прав та обов'язків, які й утворюють зміст адміністративно-правового статусу закладу;
- організаційна структура центру;
- гарантії реалізації його прав і законних інтересів.

Головна мета діяльності КДЦ, організованого на принципах ДПП, полягає у досягненні реальних соціальних результатів — зниженні суспільних втрат від захворюваності, інвалідності та передчасної смертності. Водночас важливою складовою мети є забезпечення економічної ефективності діяльності закладу. Усі ці цілі мають бути зафіксовані в основному правовому документі — Статуті (Положенні) закладу.

Ключове завдання моделі — гарантування реалізації конституційного права громадян на охорону здоров'я, що передбачає надання своєчасної, доступної й високоякісної медичної допомоги. Це завдання відображено у структурно-функціональній схемі моделі (рис. 3.3).

Функції КДЦ визначаються нормативно й включають комплекс дій, які мають забезпечити адміністрація та колектив КДЦ для досягнення визначених стратегічних і операційних цілей.

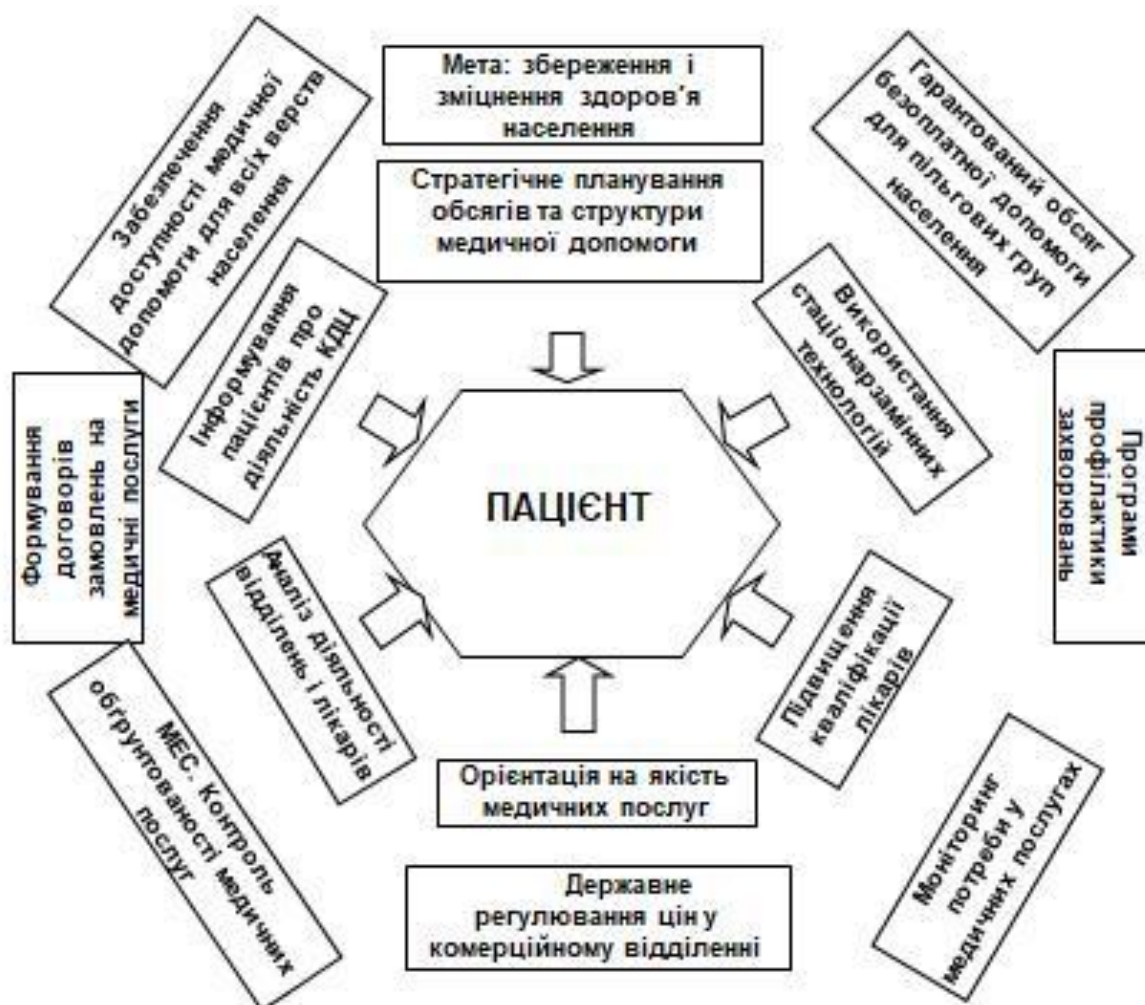


Рис 3.3. Функції КДЦ направлені на пацієнта

Відповідно до положень Статуту, консультативно-діагностичний центр (КДЦ), створений на принципах державно-приватного партнерства, функціонує не лише як суб'єкт, що надає медичну допомогу, але й як самостійна господарююча одиниця. Наявність матеріально-технічної бази, необхідної для реалізації основних видів діяльності, зумовлює потребу у чіткому правовому регулюванні його повноважень. Саме тому центр наділяється комплексом прав і обов'язків, які забезпечують можливість виконання визначених функцій і

досягнення поставлених завдань. У цьому контексті права та обов'язки становлять ключовий елемент адміністративно-правового статусу закладу.

Суттєве значення мають адміністративно-правові гарантії діяльності КДЦ, які забезпечують захист його законних прав та інтересів. До таких гарантій належать:

- можливість оскарження в судовому порядку нормативних актів державних органів, що суперечать чинному законодавству та порушують права центру;
- відшкодування збитків, завданих незаконними діями або бездіяльністю державних органів та їх посадових осіб, включно з випадками видання актів, що не відповідають законодавству;
- обов'язок держави гарантувати дотримання встановлених умов функціонування закладу охорони здоров'я.

Таким чином, адміністративно-правовий статус КДЦ формує правові підвалини його діяльності, забезпечує стабільність роботи закладу та створює умови для реалізації покладених на нього функцій.

Організаційна структура моделі складається з двох логічно взаємопов'язаних блоків. Внутрішньоорганізаційний блок охоплює систему управління закладом, включаючи адміністративні органи, виробничі підрозділи та усі структурні елементи, створені засновником відповідно до Статуту. Зовнішньоорганізаційний блок відображає систему взаємодії центру з органами державної влади та включає повноваження щодо створення, державної реєстрації, ліцензування, реорганізації або ліквідації закладу.

Функціонування моделі КДЦ визначається нормами законодавства України та принципами державно-приватного партнерства, що формують специфічну організаційну конфігурацію, у межах якої здійснюється лікувально-діагностична, профілактична, господарська й управлінська діяльність. Модель передбачає впровадження сучасних клінічних технологій, розвиток виробничих процесів та застосування економічних інструментів управління, підкріплених надійним інформаційним забезпеченням.

Особливого значення набувають управлінські технології, які забезпечують цілісність функціонування моделі та дозволяють інституційно поєднати інтереси державного та приватного секторів. Саме від ефективності управлінської підсистеми залежить можливість практичної реалізації моделі.

Отже, на даному етапі дослідження сформовано фундаментальні методичні засади моделювання КДЦ на засадах ДПП. Визначено послідовність завдань та етапів розробки моделі, обґрунтовано основні організаційні параметри, окреслено адміністративно-правовий статус закладу та специфічні характеристики його функціонування.

3.2. Розробка функціонально-організаційної моделі КДЦ на принципах державно-приватного партнерства

Узагальнення результатів аналізу наукових джерел та проведених нами досліджень надало можливість сформулювати функціонально-організаційну модель консультативно-діагностичного центру, побудовану на принципах державно-приватного партнерства (рис. 3.4).

Модель ґрунтується на визначенні основних параметрів: адміністративно-правового статусу, статутних засад діяльності, організаційної структури, функцій підрозділів, механізмів та інструментів економічного управління, стратегічних переваг для бізнес-партнера, органів місцевої влади та населення.

Концептуальна функціонально-організаційна модель КДЦ як системна конструкція відображає сучасні тенденції розвитку амбулаторної консультативно-діагностичної допомоги. Вона описує принципові властивості та закономірності функціонування системи, визначає нові підходи до менеджменту та ресурсного забезпечення, а також закладає основу для прогнозованості результатів.

Серед ключових параметрів діяльності моделі слід виділити:

- орієнтацію закладу на потреби пацієнтів, що передбачає забезпечення доступності та високої якості медичної допомоги на основі сучасних технологічних процесів, інноваційного обладнання та професійних кадрових ресурсів;

- системне надання вторинної консультативно-діагностичної та лікувальної допомоги населенню району;
- впровадження передових амбулаторних діагностичних технологій, включно з використанням ультрасучасного обладнання: високоточних систем ультразвукової діагностики, цифрових рентгенодіагностичних комплексів із мінімізованим променевим навантаженням, магнітно-резонансних та комп'ютерно-томографічних апаратів.

Таким чином, модель КДЦ на принципах ДПП формує якісно нову архітектуру амбулаторної допомоги та створює дієві механізми поєднання суспільних і приватних інтересів у сфері охорони здоров'я.

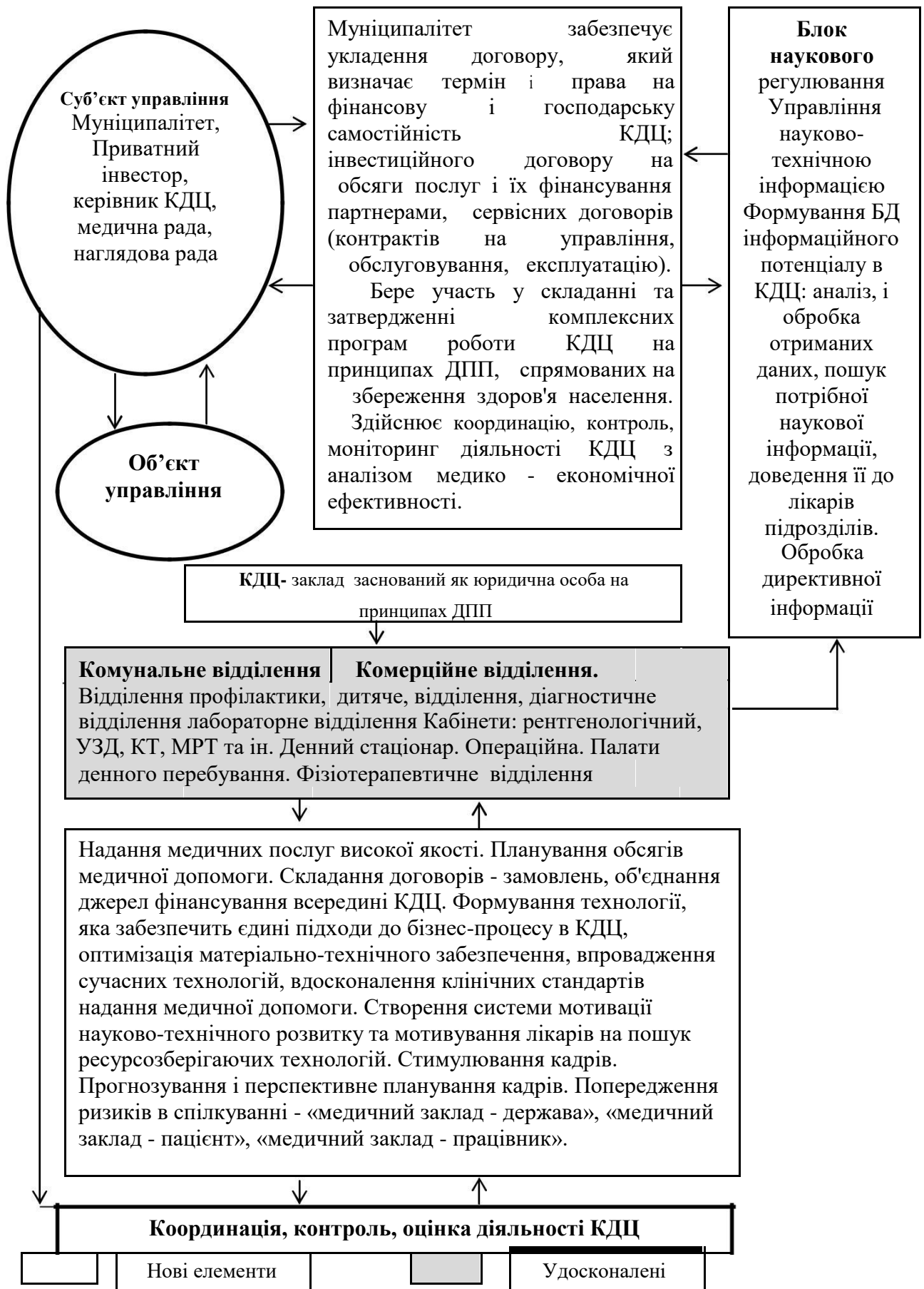


Рис. 3.4. Функціонально - організаційна модель КДЦ на принципах державно-приватного партнерства[97]

У межах реалізації консультативно-діагностичної діяльності важливим компонентом сучасного КДЦ, сформованого на принципах державно-приватного партнерства, є застосування високотехнологічних лабораторних досліджень. Використання новітніх лабораторних тестів із високою чутливістю та специфічністю забезпечує отримання ключової діагностичної інформації, зокрема щодо наявності інфекційних агентів, гормонального статусу пацієнтів, визначення онкомаркерів і вибору оптимальних методів лікування. Поряд із цим модель передбачає реалізацію комплексних профілактичних програм, що формують системний підхід до раннього виявлення патологій та контролю факторів ризику.

Планування потреби населення у консультативно-діагностичній амбулаторній допомозі має здійснюватися на доказовій основі. Його фундамент складають дані про чисельність населення, структуру та рівень захворюваності, результати вивчення потреб громади, а також обґрунтовані нормативи щодо частоти надання медичних послуг та часових витрат на їх реалізацію. Саме такий комплексний підхід дозволяє забезпечити відповідність обсягів допомоги фактичному попиту і потребам населення.

Ефективність функціонування КДЦ досягається завдяки високому рівню концентрації ресурсів, оптимальному використанню потужностей та максимальному наближенню широкого спектра амбулаторно-поліклінічної допомоги до місця проживання пацієнтів. Такий підхід сприяє підвищенню доступності медичних послуг і зниженню витрат часу для пацієнтів.

Концептуальна функціонально-організаційна модель КДЦ, побудована на принципах ДПП, має низку базових організаційних характеристик. Центр постає юридично та фінансово самостійною господарською одиницею, діяльність якої організована відповідно до положень ДПП. Він володіє економічно спроможною виробничою та соціальною інфраструктурою, має стабільні джерела фінансування, сучасні матеріально-технічні й кадрові ресурси та ефективні механізми управління. Така інституційна конструкція дає змогу забезпечити високу якість і доступність медичної допомоги, а також здійснювати централізоване методичне керівництво діяльністю центрів ПМСД району.

У межах запропонованої моделі КДЦ розглядається як заклад охорони здоров'я другого рівня, що забезпечує надання вторинної амбулаторної консультативно-діагностичної допомоги.

Структура моделі

Структурна конфігурація концептуальної функціонально-організаційної моделі КДЦ включає такі основні блоки (рис. 3.5):

Адміністративно-господарський блок

Оснащується автоматизованою системою управління (АСУ). Для кожного лікаря створюється автоматизоване робоче місце, інтегроване в єдину локальну мережу. Статистична обробка даних забезпечується спеціалізованою інформаційною системою «Статистика».

Відділення профілактики

Організовує та реалізує комплекс профілактичних заходів і програм скринінгових оглядів.

Лікувальний блок, який складається з двох консультативно-діагностичних відділень:

- *комерційного*, що надає послуги на платній основі відповідно до укладених договорів;
- *комунального*, яке виконує медичні послуги на підставі договорів-замовлень із районними державними адміністраціями; його склад доповнюється дитячим відділенням.

Допоміжний блок, до якого входять:

- діагностичне відділення;
- лабораторне відділення;
- фізіотерапевтичне відділення.

Відділення денного стаціонару

Містить операційну та палати денного перебування, що забезпечують можливість проведення малоінвазивних втручань та короткотермінового лікування.

На базі центру можуть функціонувати кафедри медичних університетів, наприклад, кафедра променевої та ультразвукової діагностики, що сприяє інтеграції практичної медицини, науки та освіти.

Механізми діяльності

Обсяг та структура медичних послуг, що надаються КДЦ, визначаються ринковими механізмами попиту і пропозиції. При цьому лікувально-профілактичні відділення мають власні системи економічного управління, різні джерела фінансування та автономні механізми регулювання потоків пацієнтів, контролю якості та обсягів медичних послуг.

У комерційному сегменті діяльність формується відповідно до платоспроможного попиту населення, тоді як у комунальному секторі застосовується принцип суспільної солідарності, а фінансування здійснюється замовником, а не пацієнтом.



3.5. Орієнтовна функціонально-організаційна структура моделі КДЦ на принципах ДПП[97]

Особливе значення у забезпеченні доступності медичної допомоги для соціально вразливих груп населення має сектор безоплатних медичних послуг. У його функціонуванні провідна роль належить державі, яка формує правові засади для отримання гарантованого пакета медичних послуг та визначення пілг для основних категорій пацієнтів — дітей, ветеранів війни, осіб похилого віку, представників декретованих груп та інших соціально незахищених контингентів.

Наявність у складі КДЦ двох відділень — комунального та комерційного — створює можливість забезпечувати дотримання фундаментальних прав людини на життя та охорону здоров'я. Поєднання платних і гарантованих безоплатних послуг дозволяє реалізувати принципи доступності, достатності й об'єктивності медичної допомоги, а також забезпечує гнучке регулювання соціально-економічних відносин відповідно до сучасного стану економіки, рівня розвитку охорони здоров'я та очікувань пацієнтів.

Комунальне відділення функціонує як структурний підрозділ, що забезпечує надання вторинної амбулаторної допомоги прикріпленому населенню в межах конституційних гарантій, визначених статтею 49 Конституції України та статтями 4 і 5 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Окремі категорії осіб отримують медичну допомогу відповідно до спеціальних правових актів, зокрема Закону України № 796-ІХ від 04.01.1991 р. «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи». Фінансування комунального сектору здійснюється районними державними адміністраціями на основі укладених договорів-замовлень.

Комерційне відділення, побудоване на засадах госпрозрахунку, забезпечує надання висококваліфікованих і технологічно складних медичних послуг із підвищеним рівнем сервісу. Його діяльність фінансується приватним інвестором. Наявність такого відділення є невід'ємним компонентом моделі КДЦ, оскільки саме воно формує додаткові фінансові ресурси, сприяє підвищенню економічної сталості закладу та задовольняє потреби частини населення, орієнтованої на ринкові механізми отримання медичної допомоги.

Організація лікувально-діагностичного процесу в комерційному секторі здійснюється на основі економічного аналізу, що особливо важливо при формуванні тарифів на платні медичні послуги. Крім того, комерційне відділення виступає каталізатором інновацій, сприяє впровадженню нових технологій і сучасних методик діагностики та лікування, підвищує рівень професіоналізму медичного персоналу та якість послуг.

Допоміжні структурні підрозділи КДЦ — діагностичне, лабораторне та фізіотерапевтичне відділення — працюють у змішаній моделі фінансування. Денний стаціонар, який включає як звичайні палати, так і палати підвищеної комфортності, також функціонує на засадах комбінованого фінансового забезпечення.

Міжнародний досвід переконливо свідчить, що найбільш ефективною формою організації закладів охорони здоров'я в економічно розвинених країнах є створення потужних медичних центрів. Їх діяльність дозволяє досягати високих клінічних результатів при раціональному використанні ресурсів. Результати наших досліджень підтверджують ефективність такого підходу і засвідчують, що формування самостійного консультативно-діагностичного центру на принципах державно-приватного партнерства потребує впровадження інноваційної стратегії організації діагностичного процесу. Саме на базі таких центрів має концентруватися організаційно-методична робота для центрів первинної медичної допомоги району.

Ефективність моделі значною мірою визначається побудовою раціональної лабораторно-діагностичної служби. У межах КДЦ доцільно інтегрувати всі лабораторні й діагностичні послуги для населення району, сформувавши два рівні їх надання. У допоміжному відділенні створюється централізована лабораторна служба, що складається з двох секторів: сектору першого рівня, орієнтованого на заклади первинної допомоги, та сектору другого рівня, який обслуговує пацієнтів, скерованих на вторинну амбулаторну допомогу. Аналогічна двоступенева структура формується у діагностичному відділенні.

Завдання першого рівня включають:

- проведення первинної діагностики патологічних станів у пацієнтів, які

звернулися з клінічними симптомами;

- доклінічне (скринінгове) виявлення патологій у здорового населення;
- визначення підстав для направлення на вторинний рівень або госпіталізацію.

Оснащення лабораторного й діагностичного секторів сучасною апаратурою дозволяє лікарям первинної ланки поряд із базовими дослідженнями використовувати нові, економічно доступні та інформативні методики. Зокрема, безперешкодно мають бути доступні:

- широкий спектр біохімічних аналізів, гормональних досліджень, тестів коагулограми;
- мікробіологічні методи з ідентифікацією збудників і визначенням їх антибіотикорезистентності;
- клінічні лабораторні аналізи біологічних рідин та цитологічні дослідження;
- рентгенодіагностика (крім складних інвазивних процедур);
- ультразвукові методи (за винятком високотехнологічних доплерівських систем та 3D/4D-методів);
- ендоскопічні дослідження (гастро-, колоно-, бронхоскопія);
- ехокардіографія, судинна доплерографія;
- електрокардіографічні навантажувальні тести;
- електроенцефалографія та ехоенцефалографія.

Такий перелік забезпечує можливість своєчасної діагностики та контролю ефективності лікування близько 90% пацієнтів, які звертаються за амбулаторною допомогою.

Другий рівень лабораторно-діагностичної допомоги передбачає проведення високотехнологічних обстежень, застосування спеціальних методик, визначення показань до госпіталізації, аналіз помилок первинної ланки та надання організаційно-методичної підтримки закладам першого рівня. Обстеження проводяться у відповідності до затвердженої номенклатури та включають консультації лікарів щонайменше за 15–20 спеціальностями.

Лабораторно-діагностична служба КДЦ фінансується за змішаною моделлю. Важливе місце у структурі КДЦ посідає відділення профілактики, яке організовує медичні огляди з метою раннього виявлення захворювань.

Профілактичні огляди адресовані насамперед здоровим особам і формують основу системи попередження хронічної патології.

Основні завдання відділення профілактики включають:

- проведення профілактичних медичних оглядів;
- формування системи інформування населення щодо збереження здоров'я;
- навчання методам самоконтролю та профілактичної поведінки;
- диспансерне спостереження за особами з факторами ризику;
- проведення соціологічних досліджень щодо потреб населення в профілактичних медичних послугах.

Структура КДЦ визначається його керівником та погоджується з територіальним органом охорони здоров'я.

Організація моделі КДЦ на засадах державно-приватного партнерства має дві ключові особливості. По-перше, районні державні адміністрації передають у користування центру комунальні об'єкти медичної інфраструктури — приміщення, обладнання, що забезпечує можливість ефективного управління собівартістю послуг, які фінансуються з бюджету. По-друге, діючі КДЦ трансформуються із споживачів державних ресурсів у юридично та господарсько самостійні суб'єкти медичної діяльності, які розпоряджаються виробничими засобами та мають право самостійно формувати штатний розпис.

Уся діяльність КДЦ регламентується статутом — базовим організаційним документом, що визначає порядок створення, компетенцію, функції, завдання, внутрішню структуру та механізми управління закладом як суб'єктом муніципально-приватної форми власності. Статут встановлює правила взаємодії КДЦ з органами влади, установами та громадянами, конкретизує його права та обов'язки, а також визначає правові основи здійснення господарської й лікувально-діагностичної діяльності.

Наводимо приблизний зразок статуту, розроблений для КДЦ (табл. 3.3).

Зразок статуту КДЦ

ЗАТВЕРДЖЕНО _____ (громадянин або юридична особа)

СТАТУТ

медичного державно- приватного закладу – консультативно-діагностичного центру
(засновник, головний лікар)

ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

Медичний державно-приватний заклад «Консультативно-діагностичний центр» (повне фірмове найменування), у подальшому іменується Заклад, заснований як юридична особа, у подальшому – засновник.

Офіційне найменування Закладу: Повне: Медична державно-приватний заклад «Консультативно-діагностичний центр». Скорочене: КДЦ.

Місце знаходження: (повна адреса згідно з державною реєстрацією).

Заклад є юридичною особою, має самостійний баланс, розрахунковий та інші рахунки в установах банку, має відокремлене майно, має печатку із своїм найменуванням, бланки, фірмове найменування. Заклад вважається створеним як юридична особа з моменту його державної реєстрації в установленому законами порядку, може від свого імені набувати і здійснювати майнові та немайнові права, виконувати обов'язки, бути позивачем і відповідачем у суді.

Заклад має у своєму складі відокремлені підрозділи (вказуються найменування і місце знаходження відокремлених підрозділів).

Заклад відноситься до державно – приватної системи охорони здоров'я. Заклад не відповідає за зобов'язання держави та її органів.

Заклад відповідає за своїми зобов'язаннями та грошовими коштами, які знаходяться у його розпорядженні. При дефіциті зазначених коштів субсидіарну відповідальність за зобов'язаннями Закладу несе засновник.

Заклад діє відповідно до законодавства України, нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України та даного Статуту.

Заклад створюється без обмеження терміну.

Примітка. Термін, на який він створюється, може бути обмеженим.

МЕТА. ПРЕДМЕТ. ВИДИ ДІЯЛЬНОСТІ

Метою створення Закладу є надання соціальних та платних медичних послуг населенню у вигляді медичної допомоги.

Предметом діяльності Закладу є: реалізація комплексу заходів щодо зміцнення здоров'я населення, зниження захворюваності, інвалідності, передчасної смертності, формування у населення здорового способу життя. Проведення заходів щодо забезпечення функціонування структурних підрозділів КДЦ. Реалізація комплексу заходів щодо проведення профілактичної роботи серед населення.

Заклад може здійснювати декілька видів діяльності. Законодавством України можуть встановлюватись обмеження на види діяльності, якими має право займатися Заклад.

Окремі види діяльності можуть здійснюватися Закладом тільки на підставі спеціальних дозволів (ліцензій). Перелік цих видів діяльності визначається законом.

В інтересах досягнення своєї мети Заклад може вступати в асоціації та спілки. Втручання у господарську та іншу діяльність Закладу з боку державних та інших організацій не допускається, якщо воно не обумовлено їх правом на здійснення контролю над діяльністю Закладу.

МАЙНО ТА ФІНАНСИ ЗАКЛАДУ

Районні державні адміністрації передають засновнику (Закладу) необхідне приміщення і майно в оперативне управління або в оренду. Право оперативного управління переданими приміщеннями і майном виникає у Засновника (Закладу) з моменту передачі їх за актом, якщо інше не встановлене рішенням засновника.

Заклад не має права відчужувати або іншим способом розпоряджатися будівлею, майном, закріпленим за ним Районними державними адміністраціями, за винятком майна придбаного Закладом за рахунок коштів, виділених йому засновником на придбання такого майна.

Заклад володіє, користується і розпоряджається цим майном у межах, встановлених законом, відповідно до цілей своєї діяльності, завдань засновника і призначення даного майна.

Засновник має право вилучити зайве майно, яке не використовується або використовується не за призначенням, придбане за рахунок коштів, виділених на придбання цього майна. Майном, вилученим у Закладу, засновник має право розпоряджатись на свій розсуд. Доходи від використання майна, що знаходиться в оперативному управлінні, а також майно, придбане Закладом за договором або на інших підставах, надходять в оперативне управління Закладу у порядку, встановленому Цивільним кодексом України, іншими законами та іншими правовими актами для набуття права власності.

Право на оперативне управління майном припиняється на підставі та у порядку, передбаченими Цивільним кодексом України, іншими законами та іншими правовими актами для припинення права власності, а також у випадках правомірного вилучення майна у Закладу за рішенням засновника.

При переході права власності від Закладу до іншої особи Заклад зберігає право оперативного управління на належне йому майно.

Джерелами фінансових ресурсів Закладу є:

фінансування засновником;

цільове фінансування цільових програм районними державними адміністраціями,

ДМС;

кошти від різного виду договірних робіт, платних послуг;

безоплатні або благодійні внески, пожертвування організацій, установ і громадян.

3.3. Формування управлінських систем у моделі КДЦ

Управління в системі консультативно-діагностичних центрів (КДЦ), що функціонують на принципах державно-приватного партнерства (ДПП), є органічною складовою соціальної медицини та організації охорони здоров'я. Це зумовлено тим, що «організація» розглядається як одна з ключових функцій ширшої категорії «управління», а отже, питання управління КДЦ безпосередньо пов'язані з проблематикою організації медичної допомоги на сучасному етапі.

Формування системи управління на засадах ДПП передбачає становлення управлінця нового типу — професійного менеджера, який здатен діяти в умовах змішаної економіки. Такий менеджер повинен не лише орієнтуватися у традиціях управління в системі приватних закладів охорони здоров'я, а й критично оцінювати попередній досвід, розуміти закономірності становлення та розвитку світового менеджменту та адаптувати найбільш прийнятні напрацювання до українського контексту.

Необхідність співіснування державного та приватного секторів у форматі партнерства зумовлена як економічними, так і соціальними причинами. Соціально значущі види медичної допомоги, що надаються у КДЦ, мають вагомим суспільним значенням не лише з точки зору індивідуальної користі для пацієнтів, а й з огляду на економічні наслідки для суспільства в цілому. Забезпечення загальної доступності певних видів допомоги, які реалізуються у комунальному відділенні моделі КДЦ, дозволяє попередити значні економічні втрати, що виникають у разі відсутності своєчасної медичної допомоги.

Натомість діяльність комерційного відділення КДЦ підпорядковується логіці ринкових відносин і визначається передусім критеріями економічної доцільності. У цьому секторі діють ринкові механізми ціноутворення та управління витратами, що в ряді випадків може зумовлювати вищу вартість послуг, ніж у системі, де обсяги та тарифи жорстко регулюються державою. Водночас саме ринкова складова забезпечує додаткові стимули до підвищення ефективності, запровадження інновацій та розширення спектра високотехнологічних послуг.

Міжнародний досвід переконливо свідчить, що системи охорони здоров'я можуть функціонувати за різного ступеня ринкової насиченості — від майже повної комерціалізації до мінімальної присутності ринкових механізмів. У розробленій моделі КДЦ на засадах ДПП це відображається через функціонування двох відділень: комунального — як інструмента реалізації принципу соціальної справедливості, та комерційного — як інструмента забезпечення економічної ефективності. Таким чином, запропонована модель працює в умовах «змішаної економіки», де поєднуються соціальні й ринкові механізми регулювання.

Управління КДЦ за такою моделлю потребує врахування комплексу факторів, які визначають ефективність управлінського процесу в умовах ДПП і змішаної економіки. До ключових чинників належать:

- високий рівень кваліфікації та компетентності керівника закладу;
- ретельний добір висококваліфікованого персоналу та економічно підготовлених менеджерів;
- орієнтація менеджменту на науковий стиль роботи, використання аналітичних методів ухвалення рішень;
- реалізація комплексного управлінського процесу, що передбачає чітке та ефективне виконання основних функцій управління;
- відповідність організаційної структури апарату управління функціональній структурі КДЦ;
- стимулювання творчої активності колективу при вирішенні завдань розвитку закладу;
- забезпечення управлінського апарату повною, своєчасною, достовірною й систематизованою інформацією;
- наявність достатніх економічних можливостей КДЦ для реалізації стратегічних цілей;
- збалансованість витрат на надання безоплатної медичної допомоги із закладеними в договорах-замовленнях обсягами послуг;
- урахування особливостей ринку медичних послуг, включаючи характер попиту, специфіку «медичної послуги» як товару, рівень платоспроможності населення, попит з боку страхових організацій;
- аналіз ступеня задоволення потреб різних соціально-економічних груп населення.

Врахування перелічених чинників у процесі управління КДЦ на принципах ДПП дозволяє моделі впливати не лише на пропозицію медичних послуг, але й певною мірою формувати попит, що, у свою чергу, відображається на рентабельності діяльності закладу.

Ключовою ідеєю управління КДЦ є забезпечення економічної конвергенції його відділень. Конвергенція (від лат. «convergo» — «зближую») у даному контексті означає процес взаємного наближення, узгодження та

компромісу між комунальним і комерційним секторами. Модель КДЦ поєднує два структурні блоки, які відрізняються за джерелами фінансування й економічними механізмами управління, тому особливого значення набуває ефективна взаємодія між ними.

По суті, в економічному управлінні КДЦ формується «змішана економіка», яка відображає тенденцію до поєднання зусиль комунального та комерційного секторів у забезпеченні потреб різних верств населення. У багатьох західних країнах уже сформувалася чітка орієнтація на підтримку розумного балансу між різними типами організацій — державними, приватними, некомерційними, — їх інтеграцію та взаємне запозичення управлінських практик. У цьому сенсі в рамках КДЦ частково реалізується принцип, який умовно можна сформулювати як «заможніший пацієнт частково компенсує витрати на лікування менш забезпечених».

Такий дуальний характер економічних механізмів потребує особливої управлінської культури. Насамперед це стосується налагодження конструктивної взаємодії між комунальним і комерційним відділеннями, запобігання конфліктам інтересів та дисбалансу в розподілі ресурсів. Досить поширена в сучасному дискурсі ідея про доцільність застосування в державному секторі методів управління, притаманних приватному бізнесу, отримує в цьому контексті конкретне практичне втілення.

Менеджмент КДЦ у цьому розумінні виступає як технологія, що дозволяє раціонально використовувати обмежені ресурси, зменшувати організаційні втрати та підвищувати результативність діяльності соціального сектору. Запровадження принципів управління, характерних для приватних організацій, у практику медичних закладів не обмежується суто «технологічним» трансфером інструментів. Йдеться про формування нової управлінської ідеології — менеджеріалізму.

Під менеджеріалізацією у сфері охорони здоров'я розуміють процес впровадження принципів менеджменту та орієнтації на підвищення управлінської ефективності підсистем охорони здоров'я, включаючи застосування практик, які походять із приватного сектора економіки [63]. Менеджеріалізація спирається на переконання, що чітке, орієнтоване на

результат управління, засноване на реалістичній оцінці ресурсів і ясному стратегічному баченні, здатне забезпечити глибокі структурні зміни та надати новий імпульс розвитку публічних інституцій.

Стратегія економічного управління моделлю КДЦ

Розроблена структура КДЦ на принципах ДПП зумовлює необхідність відбору адекватних методів управління, провідне місце серед яких відведено економічним методам. Впровадження економічного управління означає пошук таких стратегій і інструментів, які оптимізують функціонування закладу, забезпечують більш раціональне використання ресурсів та застосування соціально й економічно прийнятних підходів до обслуговування пацієнтів. Одночасно це сприяє розширенню обсягів і спектра доступної та якісної консультативно-діагностичної допомоги.

У ринкових умовах КДЦ слід розглядати як суб'єкт економічно керованої медичної допомоги на комунальному рівні. Під економічно керованою медичною допомогою розуміють комплекс управлінських, організаційно-економічних та клінічних заходів, спрямованих на подолання фрагментарності системи надання та фінансування допомоги, а також на підвищення економічної ефективності функціонування закладу в цілому.

Економічний менеджмент у КДЦ орієнтований на підвищення ефективності управління трудовими, матеріальними, технічними, фінансовими та інформаційними ресурсами. До основних напрямків, що оптимізують управління моделлю КДЦ на принципах ДПП, можна віднести:

- забезпечення юридичної та господарської самостійності КДЦ;
- гарантування фінансової надійності проекту, формування багатоканальної системи стабільного фінансування;
- чітке розмежування функцій замовника та виконавця медичних послуг;
- покладення на покупця (замовника) медичної допомоги ролі «інформованого замовника» та фінансування комунального відділення на договірних засадах;

- комплексну перебудову системи економічних відносин, включно з упровадженням стратегічного планування, змішаної економіки, інтегрованої системи фінансування, посиленням конвергенції відділень та менеджеріалізації;
- формування системи економічної мотивації персоналу;
- контроль ефективності діяльності за показниками прибутку, рентабельності, зокрема з використанням показника EBITDA (Earnings Before Interest, Tax, Depreciation and Amortization);
- запровадження та контроль медико-економічних стандартів, стандартизацію складу послуг, методів оплати допомоги, процедур управління ресурсами та планування консультативно-діагностичної допомоги;
- підтримку інноваційних процесів, впровадження сучасного медичного обладнання, пріоритет високоефективних медичних технологій і методів діагностики та лікування;
- ефективне використання матеріальних, кадрових і фінансових ресурсів для підвищення медичної та соціально-економічної результативності послуг;
- планування потоків пацієнтів, визначення раціональних обсягів та структури кожного виду медичної допомоги.

У структурі моделі КДЦ формуються інтегровані системи фінансування та надання консультативно-діагностичної допомоги, які функціонують як комплекс взаємопов'язаних керованих операцій. При цьому визначаються об'єкти управління, серед яких:

- організаційна структура закладу та ресурси управління (трудові, матеріальні, технічні, фінансові, інформаційні);
- планування медичних послуг і вибір найбільш ефективних варіантів їх надання;
- обсяги та структура медичної допомоги в кожному відділенні КДЦ;
- витрати на завершений випадок лікування з урахуванням усіх етапів надання допомоги;
- обґрунтованість обраних методів лікування та консультацій фахівців;
- кінцеві результати діяльності персоналу;

- моніторинг і оцінка виконання договорів-замовлень;
- економічна мотивація персоналу;
- координація й наступність роботи відділень;
- аналіз результатів діяльності всіх структурних підрозділів і окремих лікарів.

Управління процесом надання медичної допомоги має здійснюватися на основі єдиних, узгоджених для всіх відділень правил. Тому важливим завданням є створення загальної системи економічних стимулів, яка забезпечує функціонування всіх підрозділів за консолідованою логікою.

До комплексу економічних завдань, що розв'язуються в моделі КДЦ, належать:

- встановлення оптимального співвідношення між комерційним і комунальним відділеннями, а також між лікарями спеціалістами та допоміжними службами;
- формування єдиної системи економічних інтересів для всіх відділень, що надають медичну допомогу;
- забезпечення координації та наступності в роботі структурних підрозділів;
- вибір економічно найбільш раціонального варіанта лікування кожного конкретного випадку без зниження якості допомоги;
- стимулювання лікарів до впровадження ресурсозберігаючих технологій;
- заохочення населення до здорового способу життя та раціональної поведінки пацієнтів.

Важливою умовою розвитку КДЦ в ринкових умовах є планування, що ґрунтується на узгодженні обсягів і структури консультативно-діагностичної допомоги з очікуваними фінансовими ресурсами. Такий підхід принципово відрізняється від традиційної для вітчизняної системи охорони здоров'я моделі планування, заснованої переважно на нормативних показниках мережі закладів.

У загальному вигляді порядок фінансового планування в моделі КДЦ включає:

- розрахунок прогнозованих фінансових ресурсів з усіх джерел надходження;
- аналіз обсягів і структури вже наданої допомоги, ідентифікацію зон низької ефективності;
- формування рекомендацій щодо доцільних обсягів консультативно-діагностичної допомоги;
- розробку натуральних і фінансових нормативів (середніх витрат у розрахунку на одиницю медичної послуги);
- узгодження обсягів медичної допомоги з районними державними адміністраціями;
- підготовку сценаріїв фінансового моделювання;
- планування підвищення кваліфікації та стимулювання персоналу;
- формування замовлень на надання консультативно-діагностичної допомоги у КДЦ;
- проведення переговорів і укладання договорів між покупцями медичної допомоги та КДЦ;
- моніторинг і оцінку виконання укладених договорів.

У процесі такого планування накопичується об'єктивна економічна інформація, яка слугує основою для прийняття управлінських рішень щодо раціонального розміщення замовлень на медичну допомогу, формування вимог до замовників послуг та оцінки їхніх заявок. Одночасно фінансове планування сприяє формуванню економічного мислення як у замовників, так і у виконавців, що є важливою передумовою ринкових трансформацій у галузі.

У системі КДЦ одним із ключових елементів економічного управління є методика управління використанням ресурсів. Вона включає:

- розробку локальних протоколів та критеріїв надання медичної допомоги;
- аналіз поточної діяльності КДЦ, відділень і окремих лікарів;
- планування медичної допомоги з орієнтацією на пошук найбільш ефективних варіантів;
- контроль обґрунтованості призначеного лікування;

- забезпечення максимально ефективного використання матеріальних, кадрових та фінансових ресурсів.

Особливої уваги потребує управління застосуванням високовартісних, технологічно складних діагностичних методів. У цій сфері використовуються загальні управлінські інструменти, однак інтенсивність та жорсткість контролю є значно вищими.

Окрім стратегічних напрямів оптимізації управління, комплексу економічних завдань і системи фінансового планування, модель КДЦ включає низку алгоритмів реалізації стратегії управління, спрямованих на практичне втілення ключових управлінських рішень. Узагальнення результатів розробки дозволило сформулювати комплексну стратегію оптимізації управління, що охоплює:

- стратегічні напрями вдосконалення управління;
- систему економічних завдань, які мають вирішувати менеджери КДЦ;
- порядок фінансового планування;
- методи управління використанням ресурсів.

Крім того, визначено основні напрями реалізації стратегії вдосконалення управління:

- організаційно-правовий;
- ресурсно-мотиваційний;
- економічного регулювання;
- структурно-технологічного планування;
- контролю;
- науково-технічного управління (рис. 3.6).

Запропоновані напрями становлять систему економічно та соціально прийнятних управлінських рішень, які оптимізують діяльність КДЦ, забезпечують раціональне використання ресурсів та спрямовані на максимальне задоволення потреб пацієнтів у якісній медичній допомозі.

Маркетингові підходи до управління, а також системний підхід до організації та фінансування медичних служб займають провідне місце в діяльності КДЦ. Для управління моделлю КДЦ на принципах ДПП розроблено цільову систему управління, яка представлена у вигляді ієрархії

взаємопов'язаних цілей, завдань та ключових аналітичних показників, що дозволяють оцінювати ступінь досягнення поставлених цілей і своєчасно коригувати управлінські рішення.

Напрямки реалізації стратегії оптимізації управління концептуальною моделлю КДЦ



Рис. 3.6 Напрямки реалізації стратегії оптимізації управління концептуальною моделлю КДЦ

На рис. 3.7. представлений приклад ієрархічної схеми цільового управління, спрямованого на підвищення виробничої ефективності медичної діяльності.



Рис. 3.7. Схема цільового управління у моделі КДЦ, спрямованого на підвищення виробничої ефективності

Цільове управління розглядається як специфічний різновид менеджменту та форма його практичної реалізації в організації діяльності закладу. У контексті моделі КДЦ на принципах державно-приватного партнерства (ДПП) цільове управління виконує функцію інструмента, що забезпечує розгортання стратегічної мети до рівня конкретних оперативних показників. Такі показники деталізують окремі аспекти функціонування моделі КДЦ, роблячи стратегічні орієнтири керованими й підконтрольними в повсякденній управлінській практиці.

Кожен із відповідних показників має відповідати базовому принципу стратегічного управління SMART, тобто бути: конкретним (Specific), чітко вимірюваним (Measurable), досяжним (Achievable), реалістичним (Realistic) і

визначеним у часових рамках (Timed / Time-bound). Дотримання цих вимог дозволяє забезпечити прозорість цілей, можливість їх кількісної та якісної оцінки, а також створює основу для об'єктивного моніторингу досягнення результатів.

Процесне управління

Ключовим викликом для менеджерів КДЦ, що працює в ринкових умовах на засадах ДПП, є модернізація системи управління діяльністю закладу. Насамперед це вимагає концентрації уваги на тих процесах, які є критичними для реалізації стратегічних цілей. У цьому контексті застосування процесного управління стає необхідною умовою формування ефективної організаційної побудови КДЦ.

Відповідно до процесного підходу управління, діяльність КДЦ розглядається не як набір ізольованих функцій чи обов'язків окремих підрозділів, а як система взаємопов'язаних медичних бізнес-процесів. Кожен бізнес-процес являє собою послідовність дій, спрямованих на отримання наперед визначеного результату, що має значущість для КДЦ як цілісної системи.

Відмінною рисою процесного підходу від, наприклад, традиційного функціонального є фокус на кінцевому результаті та оптимальному способі його досягнення. Виокремлення частини діяльності як окремого об'єкта управління – бізнес-процесу – створює умови для цілеспрямованого впливу на нього: його можна проектувати, регламентувати, оптимізувати, планувати, а також оцінювати з позицій результативності та ефективності.

Таким чином, управління всією сукупністю бізнес-процесів фактично означає управління діяльністю КДЦ у цілому як системи, побудованої на мережі взаємопов'язаних процесів.

Формалізація управлінських процесів відкриває можливість чітко визначити критерії оцінки їх ефективності та результативності. Якщо КДЦ функціонує на принципах ДПП у режимі, орієнтованому на економічну ефективність, стає можливим створення об'єктивної системи матеріальної мотивації персоналу, яка базується на оцінці результатів роботи. Процесний

підхід сприяє визначенню єдиного відповідального за конкретний процес, який несе відповідальність як за виконання окремих дій, так і за отримання кінцевого результату. Унаслідок цього в межах КДЦ формується система ефективних горизонтальних зв'язків між підрозділами.

У полі зору головного лікаря, як керівника організації, опиняється передусім внутрішнє середовище закладу – процесна система в цілому. Управлінські впливи на підрозділи реалізуються через регулювання показників «входу» та «виходу» кожного процесу. Провідним завданням управління є підвищення прозорості діяльності та ефективності використання ресурсів. При цьому переважним стилем управління виступає делегування повноважень і відповідальності.

Запровадження процесного управління закономірно веде до необхідності регламентації бізнес-процесів. Для кожного процесу описується його типовий (стандартний) хід, визначаються можливі точки ухвалення рішень для виконавців. Так, у КДЦ функціонують два основні клінічні відділення – комунальне та комерційне, у складі яких працюють лікарі різних спеціальностей. У процесі реалізації бізнес-процесів ці відділення взаємодіють із допоміжними службами (фізіотерапевтичним, рентгенологічним та іншими підрозділами). Така взаємодія підлягає чіткій регламентації: встановлюються нормативи часу, вимоги до якості обслуговування, правила маршрутизації пацієнтів.

Регламентація бізнес-процесів досягається шляхом стандартизації їх перебігу та варіантів рішень, доступних виконавцям на ключових етапах процесу.

До основних переваг процесного управління належать:

- орієнтація як керівників, так і виконавців на досягнення цільового результату, значущого для КДЦ; при цьому системи мотивації персоналу прив'язуються саме до досягнутих результатів, а не лише до формального виконання обов'язків;

- концентрація повноважень щодо управління усією сукупністю операцій, що забезпечують досягнення певної мети, в руках одного відповідального керівника процесу;
- можливість керівників вищого рівня зосередитись на стратегічних і організаційних аспектах управління, не відволікаючись на надмірне «ручне» втручання в операційну діяльність;
- зниження залежності організації від окремих співробітників завдяки наявності формалізованих стандартів бізнес-процесів, що полегшує передання знань новим працівникам.

Процесне (процесорне) управління створює дієві інструменти для реалізації виробничої стратегії в частині досягнення головної стратегічної мети – підвищення якості вторинної амбулаторної допомоги населенню. Планування, організація, мотивація та контроль є базовими функціями процесного управління, які забезпечують координацію діяльності всіх структурних підрозділів КДЦ у напрямі досягнення спільних цілей. На сучасному етапі процесне управління становить органічну єдність маркетингових підходів та менеджменту.

Маркетинг у КДЦ виконує завдання з виявлення, вивчення та задоволення потреб населення, що звертається за медичними послугами. Він спрямований на формування стійкого попиту, узгодженого з можливостями й пріоритетами закладу.

Менеджмент у КДЦ виступає як самостійний вид організаційно-управлінської діяльності, який охоплює такі ключові напрями:

- управління ресурсами закладу (фінансовими, матеріальними, інформаційними);
- управління виробництвом медичних послуг;
- планування та організацію діяльності КДЦ;
- управління персоналом;
- управління маркетинговою діяльністю;
- управління інвестиційною діяльністю.

Мета менеджменту в роботі з людськими ресурсами має двовимірний характер. З одного боку, кожен лікар і керівник структурного підрозділу повинен володіти базовими управлінськими компетенціями, тобто фактично виконувати функції менеджера. З іншого боку, кожен менеджер має бути висококваліфікованим фахівцем у сфері фінансів. Це вимагає спеціальної фінансової підготовки керівників усіх рівнів, особливо завідувачів кабінетів та відділень.

Водночас важливо досягти такого рівня підготовки персоналу, щоб кожен співробітник КДЦ був здатний орієнтуватися в основних фінансових питаннях, оскільки значна частина управлінських рішень потребує колегіального розгляду й базується на розумінні економічних наслідків тих чи інших дій. Це стосується обговорення фінансових аспектів будь-яких господарських заходів або змін у організації роботи.

Одним із ключових завдань керівника КДЦ є формування концепції управління трудовим колективом. Організація праці ґрунтується на здатності менеджера:

- раціонально розподіляти функції та обов'язки між працівниками;
- формулювати конкретні завдання з чітко визначеними кількісними та якісними параметрами;
- встановлювати реалістичні строки виконання завдань;
- забезпечувати працівників інформаційними ресурсами та технічними засобами, необхідними для реалізації поставлених завдань;
- визначати послідовність виконання завдань відповідно до їхньої важливості та терміновості.

В умовах сучасної організації медичної допомоги важливим чинником досягнення стратегічних цілей КДЦ стає створення гнучких, самокерованих структур, які зазвичай позначаються терміном «команда». Командний підхід у роботі дозволяє підвищити адаптивність закладу до змін зовнішнього середовища.

Команда в цьому контексті — це ретельно сформований, добре скоординований колектив, здатний швидко й ефективно реагувати на зміни

ринкової ситуації та спільно вирішувати весь комплекс завдань. Кожен учасник команди повинен постійно вдосконалювати свою кваліфікацію, набуваючи широких, системних знань у своїй сфері діяльності та високого рівня професійних навичок.

Механізми ефективної організації виробництва у КДЦ

Одним із ключових елементів аналітичної функції маркетингу в діяльності КДЦ є вивчення потреб споживачів медичних послуг. Для успішної реалізації послуг необхідно глибоко розуміти психологію пацієнтів, механізми формування та задоволення їхніх потреб.

Важливе значення має правильна організація прийому пацієнтів. Графіки роботи лікарів та діагностичних підрозділів повинні максимально відповідати очікуванням і можливостям пацієнтів, мінімізуючи час очікування на прийом. Раціональна організація запису, черг, маршрутизації між лікарями й діагностичними службами безпосередньо впливає на задоволеність пацієнтів та ефективність використання ресурсів.

Однією з найважливіших складових організації процесу надання послуг є формування обґрунтованої цінової політики. Системний підхід до ціноутворення має бути спрямований на встановлення такого рівня цін, який забезпечуватиме досягнення максимального можливого прибутку за умови мінімізації витрат. Визначаючи вартість послуг, КДЦ одночасно окреслює коло пацієнтів, на яких орієнтовано дану пропозицію. Для цих пацієнтів заклад повинен гарантувати високий рівень сервісу: належний стан приміщень, сучасне оснащення та ретельно відібраний, належно підготовлений персонал.

Рівень цін на діагностичні послуги значною мірою зумовлений сервісною складовою. Якість сервісу, у свою чергу, визначається наявністю високотехнологічного обладнання та оптимально підбраного мотивованого персоналу.

Проблема мотивації персоналу є важливою складовою управління й нерідко виявляється складнішою, ніж здається на перший погляд. Для роботи з пацієнтами, які отримують платні послуги, доцільно запроваджувати

психологічний відбір персоналу, орієнтуючись на комунікабельність, стресостійкість та клієнтоорієнтованість.

Цінова інформація для пацієнта має бути максимально прозорою. Доцільно вказувати діапазон цін — від мінімальної до максимальної, із зазначенням можливих знижок, пільг та варіантів оплати. Остаточний рахунок за послуги не повинен перевищувати суму, про яку пацієнта було поінформовано перед початком лікування. Уже на старті медичного втручання пацієнт має чітко розуміти вартість послуги й бути захищеним від непередбачуваного підвищення ціни після завершення обстеження чи лікування.

Опитування пацієнтів свідчать про важливість не лише повідомлення загальної суми оплати, але й надання деталізованого звіту щодо її формування — у розрізі окремих отриманих послуг. Одночасно доцільно чітко визначити перелік сервісних послуг, які входять у загальну вартість.

До таких сервісних компонентів, зокрема, може належати супровід пацієнта під час обстежень з метою уникнення плутанини та черг, особливо в умовах змішаної (платної та безоплатної) форми обслуговування.

За умов, коли пацієнт має вибір між платними та безоплатними послугами, платний сегмент обирають особи, які можуть дозволити собі підвищений рівень сервісу. За умови відповідності реальної якості послуг очікуванням пацієнтів із цієї групи може формуватися стабільний контингент постійних споживачів. Рівень чутливості до зміни ціни буде залежати від матеріального становища пацієнта та суб'єктивної оцінки співвідношення «ціна/якість».

Важливим напрямом діяльності КДЦ є раціональна організація матеріально-технічного постачання. Вона істотно впливає на величину накладних витрат і, відповідно, на собівартість послуг. Надмірні запаси витратних матеріалів, медикаментів або обладнання можуть уповільнювати оборот капіталу, погіршувати фінансовий стан і конкурентні позиції закладу. Оптимальним є формування стабільного кола постачальників за основними групами витратних матеріалів, причому обсяги закупівель у ключових

постачальників мають становити не менше двох третин загального обсягу закупівель.

На відміну від традиційних комунальних КДЦ, консультативно-діагностичний центр, що функціонує на принципах ДПП, протягом певного часу матиме значну частку капітальних витрат, пов'язаних із розширенням виробничих площ та модернізацією інфраструктури. Це потребує високого рівня фінансового менеджменту, але не змінює стратегічної установки: основою стратегії відтворення основних фондів залишається прагнення вдосконалювати технологічний процес з метою забезпечення високого рівня доступності та якості консультативно-діагностичних послуг.

Нові елементи організації та управління моделлю КДЦ на засадах ДПП відображають підвищення ефективності виробництва медичних послуг у КДЦ, що знаходить своє відображення у відповідних узагальнювальних показниках (табл. 3.4).

Таблиця. 3.4

Нові елементи організації та управління моделлю КДЦ на принципах ДПП

Нові елементи організації моделі	Нові елементи управління моделлю
Функціонування моделі на принципах ДПП з обслуговуванням безоплатних і платних пацієнтів	Виявлення передумов, факторів та можливих ризиків у процесі переходу КДЦ на принципи ДПП
Реалізація у моделі КДЦ потенціалу приватного бізнесу при збереженні контрольних функцій держави	Стабільна система фінансування відділень КДЦ.
Методичні підходи до характеристики діючої системи КДЦ	Більш ефективне використання кадрових, матеріальних і фінансових ресурсів
SWOT-аналіз діючої системи КДЦ	Застосування економічної мотивації праці персоналу
Концептуальні підходи до реструктуризації КДЦ для організації моделі на принципах ДПП	Впровадження стратегічного планування обсягів діагностичної та лікувальної допомоги
Справедливий розподіл ризиків між партнерами, перехід від державного управління до державно-приватної форми управління, формування нової структури КДЦ	Формування сучасних організаційно-правових, економічних, структурно – технологічних і ресурсних механізмів управління моделлю
Безоплатні обсяги медичних послуг надаються за договорами «субпідряду» на основі територіальних замовлень	Розробка адміністративно-правового статусу концептуальної моделі КДЦ на принципах ДПП

Інвестування проекту моделі та впровадження інновацій приватним партнером	Впровадження функцій націлених на задоволення пацієнтів у якісній та доступній медичній допомозі
Визначення найбільш раціональних обсягів і структури для кожного виду медичної допомоги	Контроль ефективності виробництва за критеріями прибутку та рентабельності

3.4. Порівняльна характеристика діючої та розробленої моделі КДЦ. Експертна оцінка ефективності розробленої моделі

Компаративний аналіз характеристик існуючих комунальних КДЦ та запропонованої моделі КДЦ, що функціонує на засадах державно-приватного партнерства, проведений в організаційно-правовому, структурно-технологічному, ресурсно-економічному та інформаційному вимірах, дав змогу виокремити ключові переваги розробленої моделі. Узагальнення результатів порівняння здійснено з подальшою їх систематизацією та представленням у табл. 3.5.

Важливим етапом дослідження було наукове обґрунтування моделі шляхом її експертної оцінки. З цією метою було організовано експертизу, у якій взяли участь 10 фахівців, що мають вищу кваліфікаційну категорію за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я». Оцінювання здійснювалося за спеціально розробленою програмою, у якій був визначений перелік основних параметрів моделі КДЦ на принципах ДПП, що підлягали експертному аналізу.

Процедура експертної оцінки проводилася поетапно із застосуванням методу Дельфі. На першому етапі кожен із 10 експертів надавав індивідуальні, незалежні оцінки за кожним із відібраних параметрів моделі, використовуючи десятибальну шкалу. Надалі, на другому та третьому етапах, експертам було представлено узагальнені результати колективного оцінювання, що дало їм змогу співвіднести власну позицію із груповою думкою та, за потреби, уточнити або скоригувати свої первинні оцінки.

За підсумками третього етапу експертизи, окрім обчислення середніх балів та середньої похибки для кожного з оцінюваних параметрів, були визначені коефіцієнти варіації, які використовувалися для характеристики ступеня варіабельності суджень експертів за кожною з позицій. Це дозволило оцінити узгодженість експертних думок та надійність отриманих результатів. Систематизовані дані експертної оцінки подано в табл. 2.6.

Таблиця 3.5.

Переваги моделі КДЦ на принципах ДПП над діючою комунальною моделлю

Діюча модель КДЦ	Модель КДЦ на принципах ДПП
Основні організаційно – правові елементи	
Діючі комунальні КДЦ утримуються органами місцевої державної адміністрації та є об'єктами суспільного споживання. Фінансуються за залишковим принципом. Не забезпечують конституційного права громадян на безоплатне отримання медичної допомоги.	КДЦ на принципах ДПП має статус юридично і господарсько самостійного суб'єкта, що сприяє: - розмежуванню інтересів держави і економіки КДЦ, тобто переходу від принципу утримання комунальних КДЦ до принципу оплати конкретних обсягів допомоги та переведення об'єкта зі сфери суспільного споживання у сферу суспільного відтворення; - формуванню договорів – замовлень на конкретні обсяги медичної допомоги між районною державною адміністрацією та КДЦ, що гарантує оплату замовлених послуг. У той же час зберігається контроль держави над поточною діяльністю КДЦ.
Основні структурно – технологічні елементи	
Структура діючих комунальних КДЦ в основному складається з відділень, які надають послуги в обмежених обсягах і не високої якості.	Модель КДЦ на принципах ДПП є сучасним юридично самостійним амбулаторним лікувально-господарським комплексом з багатоканальним фінансуванням і економічно ефективним процесорним управлінням. Вона здатна задовольнити потреби населення у доступній та якісній медичній допомозі із застосуванням сучасних технологічних процесів, високоефективного обладнання та кваліфікованого персоналу.
Для діючих КДЦ притаманне фінансування за залишковим принципом, недостатнє ресурсне забезпечення, що обмежує можливість розвитку матеріально-технічної бази і запровадження сучасних технологій. У зв'язку з чим відсутні можливості забезпечення населення доступною та якісною медичною допомогою.	Для моделі КДЦ на принципах ДПП притаманне багатоканальне фінансування, сучасне матеріально-технічне та технологічне забезпечення, високий рівень професіоналізму кадрів, запровадження системи економічної мотивації персоналу, фінансового менеджменту, логістики, участі персоналу в управлінні якістю медичної допомоги.
Існуюча законодавча база не сприяє економічному розвитку діючих КДЦ. Законодавчо оформлене лише одноканальне бюджетне фінансування, що не сприяє їх економічній ефективності.	Забезпечення економічної ефективності моделі КДЦ досягається за рахунок: - переведення моделі зі сфери суспільного споживання у сферу відтворення; - реального фінансування, стратегічного планування обсягів і структури мед. допомоги; - оптимізації технологічних процесів, ресурсного забезпечення виробництва; - оптимізації механізмів управління КДЦ.

Таблиця 3.6

Результати експертної оцінки моделі КДЦ на принципах ДПП

(W=0,79, p<0,05)

Основні переваги моделі КДЦ	Середній бал, M±m	Cv, (%)
Загальна оцінка моделі КДЦ на принципах ДПП, її відповідність міжнародним рекомендаціям і сучасним вимогам	9,75±0,09	5,6
2. Об'єднання у юридично і господарсько самостійній моделі КДЦ державних і приватних ресурсів (у т. ч. фінансових) з метою спільного управління закладом на принципах державно-приватного партнерства, збереження власності держави на медичний об'єкт (КДЦ) і впровадження у практичну діяльність найбільш перспективних економічних технологій	9,57±0,0	5,2
3. Структурна інтеграція у моделі КДЦ двох відділень: комунального (державного) та приватного, які володіють своїми характеристиками і перевагами, при об'єднанні яких створюється можливість підвищити ефективність господарської діяльності, оптимізувати витрати, підвищити якість і доступність медичних послуг	9,73±0,08	4,5
4. Забезпечення економічної ефективності моделі КДЦ за рахунок:		
4.1.- переведення моделі зі сфери суспільного споживання до сфери відтворення;	9,23±0,10	6,0
4.2. – переведення моделі на принципи оплати конкретних обсягів медичної допомоги за договорами «субпідряду» на основі територіальних замовлень.	9,63±0,09	5,0
4.3.- забезпечення реального планування обсягів і структури допомоги у відповідності до очікуваних фінансових ресурсів;	9,17±0,11	6,3
4.4.- оптимізації технологічних процесів, ресурсного забезпечення виробництва.	9,33±0,11	6,4
5. Забезпечення медико-соціальної ефективності моделі за рахунок:		
5.1. – концентрації організаційно-методичної роботи з закладами ПМСД району та інтеграції у КДЦ лабораторно-діагностичних послуг для населення району;	9,50±0,13	7,6
5.2.- реалізації стратегії оптимізації управління моделлю КДЦ	9,40±0,14	8,1
5.3. – запровадження процесорного управління у виробничий процес.	9,13±0,11	6,8
5.4. – організація АСУ та оргметод відділу.	9,10±0,10	5,9
6. Запровадження механізмів менеджменту і маркетингу у КДЦ.	9,43±0,10	5,9

Значення коефіцієнтів варіації (CV) для всіх виокремлених переваг моделі, що підлягали експертному оцінюванню, в жодному випадку не перевищували 10,0%, що свідчить про низький рівень розкиду індивідуальних суджень та високий ступінь однотайності позицій експертів. Додатковим підтвердженням узгодженості експертних оцінок є високе значення коефіцієнта конкордації ($W=0,79$, $p<0,05$).

Високий рівень відповідності обґрунтованої та розробленої функціонально-організаційної моделі КДЦ на принципах державно-приватного партнерства сучасним міжнародним рекомендаціям і актуальним вимогам практики охорони здоров'я підтверджено загальною інтегральною оцінкою експертів – $9,75\pm 0,09$ бала за десятибальною шкалою. До ключових переваг моделі, за результатами експертного опитування, віднесено передусім структурну інтеграцію в її межах двох відділень – комунального (державного) та приватного, кожне з яких має власні функціональні характеристики та специфічні сильні сторони. Їх поєднання у межах єдиної моделі створює можливості для оптимізації витрат, підвищення результативності господарської діяльності, а також поліпшення якості та доступності медичних послуг ($9,73\pm 0,08$ бала). Високо оцінено також перехід до механізму оплати чітко визначених обсягів медичної допомоги за договорами «субпідряду» на підставі територіальних замовлень ($9,63\pm 0,09$ бала).

Суттєвою перевагою розробленої моделі, на думку експертів, є об'єднання в юридично та господарсько самостійній структурі КДЦ державних і приватних ресурсів (у тому числі фінансових) для спільного управління закладом на основі принципів державно-приватного партнерства, із забезпеченням збереження державної форми власності на медичний об'єкт (КДЦ) та впровадженням у практику найбільш перспективних економічних технологій ($9,57\pm 0,09$ бала). Високі оцінки одержали й такі елементи моделі, як запровадження сучасних механізмів менеджменту та маркетингу в діяльність КДЦ ($9,33\pm 0,11$ бала).

На думку експертів, досягнення економічної ефективності моделі КДЦ передбачається за рахунок переведення закладу із площини виключно суспільного споживання у сферу відтворення ($9,23\pm 0,10$ бала); впровадження

принципів оплати конкретних обсягів медичної допомоги за договорами «субпідряду» на основі територіальних замовлень ($9,63 \pm 0,09$ бала); створення умов для реального планування обсягів та структури медичної допомоги відповідно до очікуваних фінансових ресурсів ($9,17 \pm 0,11$ бала); оптимізації технологічних процесів, а також удосконалення ресурсного забезпечення виробництва ($9,43 \pm 0,10$ бала).

Досягнення медико-соціальної ефективності моделі, за оцінками експертів, забезпечуватиметься завдяки концентрації організаційно-методичної роботи з закладами ПМСД та інтеграції в КДЦ лабораторно-діагностичних послуг для населення району ($9,50 \pm 0,13$ бала); реалізації стратегії оптимізації управління КДЦ ($9,40 \pm 0,14$ бала), у тому числі впровадженню процесорного управління ($9,13 \pm 0,11$ бала), а також створенню автоматизованої системи управління (АСУ) та організаційно-методичного відділу ($9,10 \pm 0,10$ бала).

Узагальнюючи результати експертних оцінок, можна стверджувати, що медико-соціальна та економічна результативність розробленої моделі буде досягтися завдяки переходу на принципи державно-приватного партнерства, залученню інвестиційних ресурсів та інновацій, оптимізації організаційної структури, інтеграції двох різноспрямованих відділень і їх технологічних функцій, впорядкуванню потоків пацієнтів та забезпеченню наступності між різними організаційними рівнями системи. Важливою відмінною рисою моделі КДЦ, побудованої на засадах ДПП, є функціонування в умовах юридичної та господарської самостійності, використання договорів «субпідряду» для реалізації територіальних заявок на надання медичної допомоги, відповідно до Програми територіальних гарантій.

Отже, аналіз результатів експертної оцінки дав можливість чітко виокремити ключові переваги моделі, що підтверджують її відповідність сучасним науковим підходам та практичним потребам системи охорони здоров'я. Експертні висновки одночасно засвідчують прогнозну медико-соціальну та економічну ефективність моделі та обґрунтовують доцільність її впровадження для організації вторинної амбулаторної консультативно-діагностичної допомоги населенню великих міст України.

Висновки до розділу 3

У третьому розділі магістерської кваліфікаційної роботи здійснено розробку адміністративно-правового статусу моделі КДЦ на засадах державно-приватного партнерства та виявлено ключові особливості її функціонування. Обґрунтовано основні напрями реалізації стратегії оптимізації управління моделлю, сформовано технологію організації лабораторного та діагностичного обстеження, що забезпечує комплексне надання діагностичних і лікувальних послуг населенню району, а також розроблено стратегію маркетингу і менеджменту для КДЦ.

Проведене порівняльне вивчення характеристик функціонуючих комунальних КДЦ та моделі КДЦ на принципах ДПП дало змогу виявити суттєві переваги розробленої моделі в організаційно-правовому, структурно-технологічному та ресурсно-економічному вимірах.

Експертна оцінка моделі КДЦ, побудованої на засадах ДПП, підтвердила її прогностичну ефективність і обґрунтувала доцільність використання такої моделі для організації вторинної амбулаторної медичної допомоги жителям великих міст.

Серед провідних переваг моделі, за результатами експертизи, виокремлено структурну інтеграцію в її межах двох відділень – комунального (державного) та приватного, кожне з яких має власні функціональні характеристики та переваги. Їх поєднання забезпечує можливість оптимізувати витрати, підвищити результативність господарської діяльності, поліпшити якість і доступність медичних послуг ($9,73 \pm 0,08$ бала). Високо оцінено перехід моделі на механізми оплати конкретних обсягів медичної допомоги за договорами «субпідряду» на основі територіальних замовлень ($9,63 \pm 0,10$ бала). Важливим є і поєднання в межах юридично та господарсько самостійного КДЦ державних і приватних ресурсів (у т. ч. фінансових) для спільного управління закладом на принципах ДПП, зі збереженням державної власності на об'єкт КДЦ та впровадженням інноваційних економічних технологій ($9,53 \pm 0,09$ бала).

Забезпечення медичної ефективності моделі пов'язується з концентрацією організаційно-методичної роботи з закладами ПМСД і інтеграцією в структурі КДЦ лабораторно-діагностичних послуг для населення

району ($9,50 \pm 0,11$ бала), а також із впровадженням сучасних управлінських механізмів менеджменту і маркетингу ($9,43 \pm 0,10$ бала).

У сукупності це дозволяє стверджувати, що розроблена модель КДЦ на принципах державно-приватного партнерства володіє суттєвим потенціалом прогнозної медико-соціальної та економічної ефективності, що досягається за рахунок залучення приватних інвестицій, застосування багатоканальних підходів до фінансування та раціонального використання ресурсів закладу.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі розв'язано актуальну науково-практичну задачу медико-соціального обґрунтування та створення сучасної концептуальної функціонально-організаційної моделі консультативно-діагностичного центру на принципах державно-приватного партнерства, спроможної забезпечити якісну вторинну амбулаторну медичну допомогу населенню різних соціальних груп. Модель КДЦ на засадах ДПП побудована з урахуванням міжнародних рекомендацій, вітчизняних і зарубіжних напрацювань у сфері ДПП, а також результатів власних досліджень, що підтверджують її прогностичну медичну, соціальну та економічну ефективність.

Встановлено, що становлення та розвиток державно-приватного партнерства у світовій економіці загалом і в системах охорони здоров'я розвинених країн, зокрема, є усталеною міжнародною практикою. ДПП виступає юридично оформленою формою взаємодії між державним сектором і приватним бізнесом щодо об'єктів державної та комунальної власності. По суті, це система договірних відносин між державою та приватним партнером, спрямована на досягнення взаємовигідних результатів і отримання значущих економічних та соціальних ефектів.

Показано, що до кола актуальних медико-демографічних проблем столиці належать високий рівень демографічного постаріння населення, регресивний тип його вікової структури, а також значна смертність осіб працездатного віку. Останнє призводить до суттєвого відставання Києва від розвинених європейських країн за ключовим інтегральним показником стану здоров'я – середньою очікуваною тривалістю життя. Для міста характерний неепідемічний тип патології: у структурі загальної захворюваності, інвалідності та смертності домінують хронічні неінфекційні хвороби. Найбільше значення мають хвороби системи кровообігу та злоякісні новоутворення, питома вага яких у структурі смертності становить 63,9% та 17,2%, відповідно, а у структурі первинної інвалідності дорослого населення – 22,3% та 29,6%. Упродовж 2007–2016 рр. у м. Києві відзначено приріст поширеності хронічних неінфекційних захворювань за всіма провідними класами хвороб за рахунок накопичення контингенту хронічних пацієнтів.

Рівень поширеності хвороб ендокринної системи за десятирічний період збільшився на 249,8 випадків, хвороб системи кровообігу – на 131,2, новоутворень – на 127,2, патології кістково-м'язової системи та сполучної тканини – на 59,3, хвороб органів травлення – на 56,9 випадків на 10 тисяч дорослого населення.

Виявлено низку системних проблем в організації амбулаторно-поліклінічної допомоги жителям м. Києва. Аналіз фінансового забезпечення та матеріально-технічного стану КДЦ показав, що у 2014–2016 рр. обсяг фінансування з загального фонду бюджету становив лише 50–60% від розрахункової потреби. Для усіх центрів є надзвичайно актуальною проблема оновлення морально застарілого та фізично зношеного обладнання з повністю (на 100%) вичерпаним експлуатаційним ресурсом. Потреба кожного КДЦ у високовартісному діагностичному обладнанні оцінюється в межах 9–13 млн грн. Виявлено також специфіку кадрового забезпечення КДЦ: неповну укомплектованість посад лікарів (73,1–93,7%) та середнього медичного персоналу (72,5–83,3%), при цьому частка атестованих лікарів становить 73,1–81,6%.

Порівняльне дослідження результатів соціологічного опитування пацієнтів комунальних і приватних КДЦ засвідчило суттєву різницю в оцінці якості одержаної медичної допомоги: у комунальних центрах задоволені $46,9 \pm 2,4\%$ пацієнтів, тоді як у приватних – $93,7 \pm 1,2\%$ ($p < 0,05$). Для комунальних КДЦ достовірно нижчою ($p < 0,05$), ніж у приватних закладах, є частка відвідувачів, які не очікували у черзі на прийом до лікаря ($6,6 \pm 1,2\%$ проти $89,9 \pm 1,1\%$), позитивно оцінюють роботу реєстратури ($54,5 \pm 2,4\%$ проти $98,0 \pm 0,7\%$), графік прийому лікарів ($49,2 \pm 2,4\%$ проти $94,7 \pm 1,1\%$) і ставлення медичного персоналу ($77,1 \pm 2,0\%$ проти $98,5 \pm 0,6\%$).

Результати опитування лікарів показали, що організацію медичної допомоги в комунальних КДЦ позитивно оцінили $61,8 \pm 2,4\%$ респондентів, натомість у приватних центрах – $97,2 \pm 1,6\%$ ($p < 0,05$). Серед основних проблем комунальних КДЦ лікарі відзначили: відсутність стабільного фінансування ($83,0 \pm 1,9\%$), дефіцит сучасного діагностичного обладнання та витратних матеріалів ($80,5 \pm 2,0\%$), обмежений доступ до сучасних методів діагностики й

лікування ($81,5 \pm 1,9\%$), недостатню господарську та юридичну самостійність закладів ($77,6 \pm 2,1\%$), низький рівень оплати праці медичних працівників ($82,0 \pm 1,9\%$) і відсутність достатньої економічної мотивації персоналу ($76,9 \pm 2,1\%$). Більшість опитаних ($86,4 \pm 1,7\%$) вважають перспективним напрямом розвитку комунальних КДЦ створення нових організаційних моделей на принципах державно-приватного партнерства як інструменту реалізації інноваційної економіки та залучення інвестицій.

Сформульовано та обґрунтовано концепцію розвитку системи КДЦ на принципах ДПП. До її основних складових належать: методичні підходи до оцінювання характеристик існуючої системи КДЦ; концептуальні принципи реструктуризації мережі КДЦ; концептуальне підґрунтя моделі КДЦ на засадах державно-приватного партнерства.

На основі обґрунтованої концепції розвитку системи КДЦ на принципах ДПП розроблено відповідну модель КДЦ. Її специфічними рисами є: функціонування на засадах ДПП; реалізація потенціалу приватного бізнесу при одночасному збереженні контролюючої ролі держави; упровадження стратегічного планування обсягів діагностичної та лікувальної допомоги; використання сучасних економічних, структурно-технологічних і ресурсних механізмів управління; створення систем мотивації персоналу; запровадження моніторингу ефективності використання кадрових, матеріальних та фінансових ресурсів.

Відповідність розробленої концептуальної функціонально-організаційної моделі КДЦ на принципах ДПП міжнародним рекомендаціям та актуальним вимогам охорони здоров'я підтверджено високою інтегральною оцінкою моделі, наданою експертами ($9,75 \pm 0,09$ бала за десятибальною шкалою). Високі оцінки отримали такі ключові компоненти моделі, як структурна інтеграція у КДЦ двох відділень (комунального і комерційного) ($9,73 \pm 0,08$ бала), перехід комунальних КДЦ на принципи ДПП та оплату обсягів медичної допомоги за договорами «субпідряду» на основі територіальних замовлень ($9,63 \pm 0,09$ бала). Об'єднання в моделі КДЦ державних і приватних ресурсів (у т. ч. фінансових) для спільного управління закладом на принципах ДПП при збереженні

державної форми власності на об'єкт КДЦ створює підстави рекомендувати цю модель для впровадження в Україні.

Прогнозована медична, соціальна та економічна результативність запропонованої концептуальної функціонально-організаційної моделі КДЦ підтверджується даними експертної оцінки та наявністю вбудованих механізмів державно-приватного партнерства, що забезпечують інвестиційну й інноваційну складову розвитку системи КДЦ і сприяють реалізації довгострокового проєкту, орієнтованого на збереження та зміцнення здоров'я населення.

Амоша О. І. Удосконалення системи управління інноваціями як умова прискорення структурних реформ в Україні / О. І. Амоша, А. І. Землянкін,

Ю. Підоричева // Економіка України. – 2015. – № 9. – С. 49 – 65.

25?Pop=1&tmpl=component&. – Заглавие с экрана.

Бойко А. Державно-приватне партнерство: світовий досвід, перспективи реалізації в Україні [Електронний ресурс] / А. Бойко // Юрид. газета. – 2013. – № 22. – С. 42–43. – Режим доступу : URL : <http://www.interlegal.com.ua/corporate/?p=383>. – Назва з екрана.

Бондарєв Т. Реалізація державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України / Т. Бондарєв, Н. Поливка // Практика упр. мед. закладом. – 2011. – № 11. – С. 58 – 66.

Винницький Б. Досвід та перспективи впровадження державно-приватних партнерства в Україні та за кордоном / Б. Винницький, М. Лендел, Б. Онищук. – Київ : К.І.С., 2008. – 146 с.

Вороненко Ю. В. Фінансовий менеджмент з основами економіки охорони здоров'я : навч.-метод. посібник / Ю. В. Вороненко, В. М. Пащенко. – Київ : Медінформ, 2011. – 499 с.

Вороненко Ю. В. Реформування охорони здоров'я: успіхи та перешкоди / Ю. В. Вороненко, Н. Г. Гойда // Сучас. мед. технології. – 2013. – № 2. – С. 24 – 26.

Гойда Н. Г. Державно-приватне партнерство в діяльності лікарні: світовий досвід та перспективи впровадження в Україні / Н. Г. Гойда, Н. В. Курділь // Східноєвроп. журн. громад. здоров'я. – 2012. – № 2/3. – С. 68 – 71.

Горачук В. В. Медико-соціальне обґрунтування моделі системи управління якістю медичної допомоги : автореф. дис. .. д-ра мед. наук : 14.02.03 / Горачук Вікторія Валентинівна ; Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України. – Київ, 2015. – 44 с.

Горожанкіна М. Є. Державно-приватне партнерство: сучасна модель інтеграції інтересів / М. Є. Горожанкіна // Наук. вісник НЛТУ України. –

2011. – Вип. 21. – С. 176 – 183.

Грузєва Т. С. Вплив соціально-економічних детермінант на популяційне здоров'я / Т.С. Грузєва // Гл. врач. – 2007. – № 9. – С. 40 – 50.

Закон України від 06.04.2017 р. № 2002-VIII Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу : URL : <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/2002-19/>. – Назва з екрана.

Закон України від 01.07.2010 р. № 2404-VI Про державно-приватне партнерство [Електронний ресурс]. – Режим доступу : URL : <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/2404-17>. – Назва з екрана.

Закон України від 24.11.2015 р. № 817-VIII Про внесення змін до деяких законів України щодо усунення регуляторних бар'єрів для розвитку державно-приватного партнерства та стимулювання інвестицій в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступу : URL : <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/817-19>. – Назва з екрана.

Запатріна І. В. Публічно-приватне партнерство в Україні: перспективи застосування для реалізації інфраструктурних проектів і надання публічних послуг / І. В. Запатріна // Економіка і прогнозування. – 2010. – 4. – С. 62 – 86.

Індекс здоров'я. Україна – 2016. Результати загальнонаціонального дослідження. – Київ, 2016. – 165 с.

Калініченко О. О. Кадрове забезпечення системи охорони здоров'я на сучасному етапі / О. О. Калініченко // Вісн. Житомир. держ. технол. ін-ту. Сер. Економ. науки. – 2013. – № 1. – С. 248 – 250.

Конституція України : прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 року. – К. : Юрінком, 1996. – 80 с.

Косач І. А. Аналіз підходів до дефініції терміну «державно-приватне партнерство» / І. А. Косач, Д. Ю. Голубчик, О. В. Курінська // Наук.

вісн. Полісся. – 2016. – № 4, ч. 1. – С. 70 – 74.

Котлер Ф. Стратегический менеджмент по Котлеру. Лучшие приемы и методы / Ф. Котлер, Р. Бергер, Н. Бикхофф. – М. : Альпина Паблишер, 2012. – 144 с.

97.Кравченко В. В. Функціонально-організаційна модель консультативно-діагностичного центру на основі державно-приватного партнерства (монографія) / В. В. Кравченко. – Київ, 2018. – 206 с.

Кравченко В. В. Основні аспекти організації та перспективи розвитку комунальних КДЦ за результатами соціологічного опитування лікарів / Кравченко // Семейная медицина. – 2017. – № 4 (72). – С. 52-56.

Кравченко В. В. Характеристика діяльності амбулаторних закладів міста Києва за умов реформування системи охорони здоров'я / В. В. Кравченко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2017. – № 3. – С. 72-79.

Кравченко В. В. Експертна оцінка організаційних аспектів діяльності комунальних і приватних консультативно-діагностичних центрів м. Києва / В. Кравченко // Україна. Здоров'я нації. 2017. – № 4/1. – С. 67-72.

Кравченко В. В. Методологія розвитку консультативно-діагностичних центрів на базі комунально-приватного партнерства / В. В. Кравченко Здоров'я суспільства. – 2017. – Т. 6, № 3-4. – С. 128-132.

Кравченко В. В. Аналіз діяльності системи консультативно-діагностичних центрів у м. Києві та доцільність її переходу на принципи державно-приватного партнерства / В. В. Кравченко // Економіка і право охорони здоров'я. – 2017. – № 2 (6). – С. 42-46.

Кравченко В. В. Удосконалення консультативно-діагностичної та паліативної допомоги через застосування механізмів державно-приватного партнерства / В. В. Кравченко// Реабілітація та паліативна медицина. – 2017. – № 1-2. –С. 120-124.

Лехан Н. В. Стратегія розвитку охорони здоров'я: український вимір / В. Н. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – Київ : Сфера, 2009. – 134 с.

Медведовська Н. В. Регіональні особливості захворюваності на онкологічну патологію та її профілактика в сучасних умовах / Н. В. Медведовська // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 4. – С. 9 – 14.

Медведовська Н. В. Оцінка залежності динаміки стану здоров'я дорослого населення від мережі та кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я України / Н. В. Медведовська // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № – С. 55 – 59.

Мельник А. Державно-приватне партнерство в системі інституційного забезпечення економічних процесів / А. Мельник, С. Підгаєць // Вісн. Терноп. нац. економ. університету. – 2011. – № 2. – С. 7 – 19.

monterrey.shtml. – Заглавие с экрана.

Москаленко В. Ф. Біостатистика : підручник / В. Ф. Москаленко, О. П. Гульчій, М. В. Голубчиков. – Київ : Кн. плюс, 2009. – 183 с.

Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2014 році: Статистичний бюллетень / Державна служба статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : URL : https://ukrstat.org/uk/druk/publicat/Arhiv_u/15/Arch_nroz_bl.htm. – Назва з екрана.

Орлова Н. М. Медико-соціальне обґрунтування реструктуризації мережі амбулаторно-поліклінічних закладів із врахуванням медико-демографічних особливостей регіонів України : автореф. дис. .. д-ра мед. наук : 14.02.03 / Орлова Наталія Михайлівна ; Нац. мед. акад. післядиплом. освіти імені П.Л. Шупика. – Київ, 2012. – 40 с.

Павлюк К. В. Сутність і роль державно-приватного партнерства в соціально-економічному розвитку держави / К. В. Павлюк, С. М. Павлюк // Наукові праці Кіровоградського національного технічного університету. Економічні науки. – 2010. – Вип. 17. – С. 10 – 19.

Павлюк К. В. Розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я / К. В. Павлюк, Е. В. Степанова // Фінанси України. – 2011. – № 2. – С. 43 – 55.

Павлюк К. В. Охорона здоров'я: спробувати механізми державно-приватного партнерства / К. В. Павлюк // Незалеж. аудитор. – 2013. – № 3. – С. 66 – 70.

Підгаєць С. В. Проблеми та перспективи розвитку державно-приватного партнерства в системі охорони здоров'я / С. В. Підгаєць, Т. Д. Сіташ Економіка розвитку. – 2012. – № 3. – С. 32 – 37.

Постанова Верховної Ради України Про Рекомендації парламентських слухань від 21.04.2016 р. № 1338-VIII на тему: "Про реформу охорони здоров'я в Україні" [Електронний ресурс]. – Режим доступу : URL : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1338-19#n11>. – Назва з екрана.

Приходько О. Чому медична реформа від МОЗ приречена на поразку? [Електронний ресурс] / О. Приходько // Аптека. – 2017. – № 34. – Режим доступу : URL : <https://www.apteka.ua/article/424421>. – Назва з екрана.

Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів : закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII [Електронний ресурс]. – Режим доступу : URL : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2168-viii>. – Назва з екрана.

Проневич О. С. Державно-приватне партнерство як економіко-правовий механізм європеїзації системи охорони здоров'я України [Електронний ресурс] / О. С. Проневич // Економіко-правові аспекти державно-приватного партнерства в умовах децентралізації економіки України : матеріали Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф. молодих учених і студентів, 1-28 лют. 2017 р. – Харків : ХНУМГ ім. О. М. Бекетова, 2017. – С. 156–159. – Режим доступу : URL : http://eprints.kname.edu.ua/45466/1/ilovepdf_com-157-160.pdf. –

Назва з екрана.

Рекомендації Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії : посіб. до Нац. прогр. профілактики і лікування артеріал. гіпертензії / підгот. : Є. П. Свіщенко, А. Е. Багрій, Л. М. Єна [та ін.]. – 4-е вид., випр. і доп. – Київ, 2008. – 76 с.

Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1013-р Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу : URL : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80>. – Назва з екрана.

Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окре-

мих видів медичної допомоги у 2015 році / Держстат України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : URL : https://ukrstat.org/uk/druk/publicat/kat_u/trpubldomogosp_u.htm. – Назва з екрана.

Семигіна Т. В. Формування державно-приватного партнерства в охороні здоров'я у контексті Європейської політики «Здоров'я – 2020» / Т. В. Семигіна // Східноєвроп. журн. громад. здоров'я. – 2013. – № 1. – С. 242 – 243.

Слабкий В. Г. Перерозподіл видів надання медичної допомоги між лікарями загальної практики – сімейної медицини та лікарями-спеціалістами / В. Г. Слабкий // Упр. закл. охорони здоров'я. – 2010. – № 7. – С. 19 – 24. . – 2013. – № 1. – С. 45.

Степанова О. В. Стратегічні орієнтири розвитку державно-приватного партнерства в системі охорони здоров'я України [Електронний ресурс] / О. В. Степанова // Ефективна економіка. 2014. – № 6. – Режим доступу : URL : <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=3157>. – Назва з екрана.

Стеценко В. Ю. Якість медичної допомоги: адміністративно-правовий вимір / В. Ю. Стеценко // Наук. вісн. Міжнар. гуманітар. ун-ту. Юриспруденція. – 2013. – Т. 1, вип. 6. – С. 199 – 201.

Стратегія розвитку м. Києва до 2025 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : URL : <http://dei.kievcity.gov.ua/files/docs/Kyiv-strategy-2025.pdf>. – Назва з екрана.

Тараненко І. В. Державно-приватне партнерство в інноваційній сфері: світовий досвід та перспективи розвитку в Україні / І. В. Тараненко // Бюл. Міжнар. Нобелівського економ. форуму. – 2011. – № 1. – С. 376–386. опыт реформирования и развития; Государственно-частное партнерство: опыт и пути развития в Германии и Российской Федерации : материалы междунар. науч.-практ. конф., 24-25 нояб. 2011 г. – М. : МГУУ ПМ, 2012. – С. 132 – 140.

Чернецький В. Економічні механізми державного управління системою охорони здоров'я / В. Чернецький // Держ. управління та місцеве самоврядування. – 2013. – Вип. 1. – С. 145 – 150.

Шевчук Ю. В. Розвиток державно-приватного партнерства у кон-

тексті вдосконалення фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я / В. Шевчук // Економ. вісн. університету. – 2017. – Вип. 33/1. – С. 416–428.

Шевченко М. В. Аналіз законодавства України та окремих країн ЄС і СНД щодо законодавчого врегулювання надання платних послуг населенню у сфері охорони здоров'я / М. В. Шевченко, Є. М. Матюшко, О. Дорошенко // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 1. – С. 120 – 124.

Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2017. – 516 с.

Ярош Н. П. Порівняльний аналіз розвитку державних стандартів надання медичної допомоги в Україні та зарубіжних країнах / Н. П. Ярош // Україна. Здоров'я нації. – 2009. – № 4. – С. 62 – 71.

