

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО

Балогланова Ірина Василівна

На правах рукопису

614.212/.213(477.73)

Магістерська робота

**ПОРІВНЯННЯ ПОКАЗНИКІВ ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ РОБОТИ
ПРИВАТНОГО ТА КОМУНАЛЬНОГО КОНСУЛЬТАТИВНО-
ДІАГНОСТИЧНИХ ЦЕНТРІВ МІСТА МИКОЛАЄВА**

223 Медсестринство

Науковий керівник:

кандидат медичних наук, доцент
кафедри внутрішньої медицини №1
Тернопільського національного медичного
університету імені І.Я. Горбачевського
Боб А.О.

Тернопіль – 2021

ЗМІСТ

Перелік умовних орочень.....	3
Вступ.....	4
РОЗДІЛ 1. ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНЕ ПАРТНЕРСТВО В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я: ДОСВІД, ПРОБЛЕМИ ТА СУЧАСНИЙ СТАН.....	11
1.1 Форми державно-приватного партнерства в охороні здоров'я розвинених країн.....	11
1.2 Державно-приватне партнерство в управлінні охороною здоров'я України.....	18
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ, МЕТОДИ І ОБСЯГИ ДОСЛІДЖЕННЯ	32
2.1 Загальна характеристика програми і методів дослідження.....	32
2.2 Методика оцінки діяльності комунального консультативно-діагностичного центру.....	38
2.3 Методологічні підходи до проведення соціологічного дослідження.....	42
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ТЕНДЕНЦІЙ У СТАНІ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ М. МИКОЛАСВА.....	49
3.1 Загальний аналіз стану здоров'я населення м. Миколаєва.....	49
3.2 Загальна характеристика захворюваності населення м. Миколаєва	55
РОЗДІЛ 4. ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДІАГНОСТИЧНИХ ТА ЛІКУВАЛЬНИХ ЦЕНТРІВ М. МИКОЛАСВА ЗА МАТЕРІАЛАМИ АНКЕТУВАННЯ	58
4.1 Порівняльна характеристика стану організації медичної допомоги у комунальному та приватному консультативно-діагностичних центрах м. Миколаєва за матеріалами анкетування пацієнтів.....	58
4.2 Програма оптимізації роботи консультативно-діагностичних центрів	67
ВИСНОВКИ.....	69
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	72
ДОДАТКИ.....	83

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ДПП	-	державно-приватне партнерство
ВООЗ	-	Всесвітня організація охорони здоров'я
ЗОЗ	-	заклад охорони здоров'я
КДЛЦ	-	консультативно-діагностичний лікувальний центр
КМУ	-	Кабінет Міністрів України
КНП	-	комунальне некомерційне підприємство
МЕС	-	медично-економічні стандарти
МОЗ	-	Міністерство охорони здоров'я
НПВ	-	населення працездатного віку
ХНЕЗ	-	хронічні неепідемічні захворювання
ЯЖ	-	якість життя

ВСТУП

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.

Актуальність теми дослідження

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

Ступінь розробки проблеми. 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 лікувальних центрів (КДЛЦ) 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.

Актуальність напрямку дослідження визначається об'єктивною необхідністю комплексного аналізу і теоретичного осмислення сутності терміна «державно-приватне партнерство», його місця в охороні здоров'я, наукового обґрунтування та розробки моделі консультативно-діагностичного центру для міста Миколаєва на принципах ДПП, що пов'язано, перш за все, з інтенсифікацією розвитку інституту ДПП в Україні.

Мета дослідження: обґрунтувати доцільність розробки моделі консультативно-діагностичного та лікувального центру, як нову організаційно-правову форму медичного обслуговування населення на принципах державно-приватного партнерства для надання вторинної медичної допомоги на амбулаторному та стаціонарному рівні з доведеною ефективністю.

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 заходу.
2. Провести аналіз стану здоров'я населення, ресурсів і діяльності приватного консультативно-діагностичного та лікувального медичного центру «АРТ» у місті Миколаїв та комунального консультативно-діагностичного центру.
3. Отримати характеристику задоволеності населення медичною допомогою, яка надається у приватному і комунальному консультативно-діагностичних центрах м. Миколаєва, за матеріалами анкетування пацієнтів.
4. Оцінити стан організації роботи та перспектив розвитку комунального та приватного консультативно-діагностичних центрів за результатами опитування медиків.
5. Виявити передумови, та сприяючі фактори можливості переходу комунальних консультативно-діагностичних центрів на принципи державно-приватного партнерства.

Наукова база дослідження – мережа приватного консультативно-діагностичного та лікувального медичного центру «АРТ» м. Миколаєва та комунального некомерційного підприємства "консультативно-діагностичний центр №4" миколаївської міської ради для оцінки стану здоров'я та організації надання амбулаторної та стаціонарної допомоги населенню міста для проведення соціологічних досліджень, поглибленого аналізу стану ресурсів та діяльності КДЛЦ.

Об'єкт дослідження – медико-демографічні особливості здоров'я населення та стан надання вторинної амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги у місті Миколаєві.

Предмет дослідження – сучасні тенденції у стані здоров'я населення України; мережа приватного консультативно-діагностичного та лікувального медичного центру «АРТ» м. Миколаєва та комунального амбулаторно-поліклінічного закладу: консультативно-діагностичний центр №4 миколаївської міської ради, їх ресурсне забезпечення та показники діяльності; задоволеність населення наданою у приватному КДЛЦ медичною допомогою, проблеми та шляхи удосконалення організації медичної допомоги в умовах КДЛЦ; концепція переходу КДЦ на принципи державно-приватного партнерства.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що при виконанні магістерської роботи вперше:

- обґрунтовано вітчизняну функціонально-організаційну модель консультативно-діагностичного та лікувального центру, яка є новою господарською і юридично самостійною організаційно правовою формою медичного обслуговування населення на принципах державно-приватного партнерства зі збереженням контролюючих функцій держави;
- одержано медико-соціальну характеристику стану ресурсного забезпечення, діяльності та організації медичної допомоги у системі КДЛЦ м. Миколаєва;

- розроблено методичні підходи до концептуального моделювання консультативно-діагностичного центру на принципах державно-приватного партнерства;
- визначено ставлення медичних працівників до перспективи розвитку комунальних консультативно-діагностичних центрів на принципах ДПП.

Удосконалено на галузевому рівні формування правового регулювання КДЦ з боку держави та приватного бізнесу шляхом розробки адміністративно-правового статусу концептуальної моделі КДЦ на принципах ДПП.

Набули подальшого розвитку дослідження з:

- аналізу захворюваності, інвалідності населення та медично-демографічних проблем міста Миколаєва;
- виявлення передумов, факторів та можливих ризиків у процесі переходу комунальних консультативно-діагностичних центрів на принципи державно-приватного партнерства;
- удосконалення системи оплати послуг, які надаються у КДЦ, у відповідності до договорів з місцевими органами влади на конкретні обсяги вторинної медичної допомоги за територіальними замовленнями.

Практичне значення одержаних результатів дослідження полягає у тому, що вони стали підставою для:

- обґрунтування методичних підходів до одержання характеристики діючої системи КДЛЦ;
- розробки функціонально-організаційної моделі консультативно-діагностичного та лікувального центру, який функціонує на принципах державно-приватного партнерства та забезпечує надання вторинної медичної допомоги у амбулаторних та стаціонарних умовах з доведеною ефективністю.

Особистий внесок здобувача. Автором самостійно здійснено інформаційний пошук і проведено аналіз літератури за проблемою, визначено мету та завдання дослідження, розроблено його програму, обрано методи для досягнення поставленої мети, розроблено анкети для опитування медиків та пацієнтів КДЛЦ, здійснено збір первинних матеріалів, формування баз даних та їх статистичне опрацювання із використанням програмних продуктів Microsoft Excel та Statistica 8.0.

Отримано комплексну характеристику стану здоров'я населення м. Миколаєва, здійснено аналіз мережі, кадрового забезпечення та діяльності комунального КДЛЦ у м. Миколаєві; узагальнено думку пацієнтів та медиків комунального і приватного КДЛЦ, а також експертні оцінки організаторів охорони здоров'я щодо стану, проблем та перспектив удосконалення організації медичної допомоги у комунальному КДЛЦ, обґрунтовано концепцію розвитку комунальних консультативно-діагностичних центрів, розроблено організаційно-функціональну модель КДЛЦ на принципах ДПП та здійснено оцінку її прогностичної ефективності, узагальнено отримані результати дослідження та обґрунтовано наукові положення, сформульовано висновки, які знайшли відображення в опублікованих наукових працях за темою магістерської роботи.

Апробація результатів роботи. Результати досліджень, що включені до магістерської роботи, висвітлювалися на засіданнях циклових комісій медсестринства, терапевтичних дисциплін педагогічної ради Миколаївського обласного базового медичного училища (2019-2021 н.р).

Публікації. За матеріалами магістерської роботи опубліковано 2 наукових праці у фаховому науковому журналі «Медсестринство».

Обсяг та структура магістерської роботи. Магістерська робота викладена на 90 сторінках і складається із вступу, огляду літератури, власних досліджень, аналізу результатів дослідження, висновків, списку використаної літератури. Робота містить 3 таблиці, 8 рисунків, 2 додатки. Бібліографія включає 74 праці українських та зарубіжних авторів.

РОЗДІЛ 1. ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНЕ ПАРТНЕРСТВО В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я: ДОСВІД, ПРОБЛЕМИ ТА СУЧАСНИЙ СТАН

1.1. Форми державно-приватного партнерства в охороні здоров'я розвинених країн

На сьогодні у жодній країні світу не вдалось створити ідеальну систему охорони здоров'я, тому перспективною для інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я залишається збалансована взаємодія двох форм управління: державної та приватної. Принципи державно-приватного партнерства активно застосовуються у міжнародній практиці. Доведено, що модернізація і розвиток охорони здоров'я неможливі без використання сучасного механізму ефективної і компетентної інвестиційної політики – моделі ДПП. У розвинених країнах світу ДПП є основним інструментом залучення інвестиційного капіталу, що значно покращує інфраструктуру лікувальних установ. Дана концепція визнає основною організаційно-правовою формою ДПП у сфері приватної охорони здоров'я відкриті акціонерні товариства з державною участю [8,10]. Як форми залучення приватних інвесторів до державної системи охорони здоров'я розглядаються: продаж державних ЗОЗ, здача державних ЗОЗ в оренду без зміни функціонального призначення, створення спільних підприємств і передача державних ЗОЗ у концесію. Держава може реалізовувати будь-які форми ДПП в залежності від профілю, регіону та інвестиційної привабливості проекту. Але при усіх варіантах доцільним є збереження державного замовлення. Перспективним вважається створення великих медико-соціальних холдингів (відкритих акціонерних товариств) за участю держави та приватних інвесторів. Діяльність таких холдингів повинна бути орієнтована на надання як первинної, так і спеціалізованої медичної допомоги. Структурна основа холдингів – територіальні багатопрофільні центри [14, 32]. Підкреслюється, що взаємодія держави і бізнесу в охороні здоров'я об'єднує сильні сторони кожного з партнерів, і для того, щоб ця взаємодія відбулась, потрібен спільний інтерес для кожної зі сторін. Зарубіжний досвід доводить високу ефективність приватного сектора в управлінні ЗОЗ [20]. У Німеччині на початок 2015 р.

налічувалось 2000 лікарень, приблизно 500 тис. ліжок, середня тривалість перебування на ліжку складала 7 днів (у 1998 р. – 10 днів). Лікарні у Німеччині належать різним власникам: 31% – державі в особі регіонів і муніципалітетів; 33% – приватним структурам і 36% – некомерційним організаціям (церковним громадам, Червоному хресту та ін) [25]. Частка приватних медичних закладів у системі охорони здоров'я Німеччини за останній час суттєво зросла – з 4 до 33%. У Положенні про федеральний бюджет Німеччини принципу ефективності та результативності витрачання бюджетних коштів відповідає §7, у пункті 3 якого зазначено, що ДПП можливо використовувати тоді, коли «.. приватні особи можуть виконати .. державні завдання, так само добре або краще, ніж держава» [15]. У федеральній системі охорони здоров'я Німеччини визначено, що у клініках норма прибутку не може бути нижчою за 25%. Мета такого нормативу полягає у забезпеченні можливості постійного оновлення медичного обладнання. Відповідно до вказаної норми здійснюється ціноутворення у федеральній системі охорони здоров'я Німеччини. При цьому встановлено високий рівень заробітної плати медичного персоналу, який досягає 55% від усіх витрат медичного закладу [16]. У відповідності до італійського законодавства, яке не суперечить законодавству ЄС, ДПП може реалізовуватись у трьох форматах [16]:

- 1) концесії у рамках громадської ініціативи, коли проектна документація, включаючи попередні або деталізовані проектні роботи, бізнес-план і схему концесії, готується Міністерством охорони здоров'я Італії, а потім по проекту оголошується конкурс;
- 2) концесії у рамках ініціативи приватного сектора, коли приватні компанії надають усю проектну документацію Міністерству охорони здоров'я Італії. Якщо Міністерство схвалює проект, все рівно оголошується конкурс;
- 3) концесії на сервісні контракти, в яких не фігурують великі об'єкти будівництва і які відносяться тільки до сфери надання медичних послуг». Крім

того, приватним компаніям у Італії дозволяється вести комерційну діяльність на території об'єктів концесійної угоди. Витрати на охорону здоров'я у проектах ДПП складають у Італії до 50% від регіональних бюджетів, що приблизно, за даними на 2014 року, складає 110 млрд. євро. Використання ДПП дозволяє до 60% витрат у сфері охорони здоров'я забезпечити за рахунок приватних інвестицій [28]. Великобританія вважається державою з найбільш розвиненою інституціональною інфраструктурою державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. За постановою парламенту механізм «Приватна фінансова ініціатива» з 1997 р. використовується тільки після повноцінного економічного аналізу проекту, який має підтвердити ефективність його застосування у медичному закладі. Слід відмітити, «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 – це самоврядний медичний заклад. Бюджети трастів визначаються лімітами на витрати, встановленими урядом. Трасти не мають права самостійно підвищувати ціни на послуги або розширювати ринок збуту медичних послуг [22]. Британська Національна служба охорони здоров'я є прикладом державної моделі фінансування, суміщеної з ефективними ринковими механізмами; вона представляє централізований варіант системи, побудованої за принципом єдиного платника в особі держави, яка безпосередньо оплачує надані медичні послуги і фінансує охорону здоров'я за рахунок податкових доходів бюджету [19]. У Швеції процес ринкових трансформацій у системі охорони здоров'я 71 розпочався у 1991 році, коли приватний сектор був допущений до володіння і управління госпіталями, сервісами швидкої допомоги і лабораторіями. У результаті було досягнуто зниження вартості рентгенівських послуг на 50%, вартості лабораторних послуг – на 40%, швидкої допомоги – на 10%, а тривалість очікування діагностичних послуг і лікування скоротилася на 30% за рік [30]. У 2007 році основний акцент у використанні ДПП в охороні здоров'я Швеції був зроблений на первинній медичній допомозі. До серпня 2010 року було створено 223 нових центрів

первинної медико-санітарної допомоги, що склало 23% від усієї системи ПМСД. Нові підрозділи були відкриті у найбільш населених районах. У 2010 р. був заснований орган з питань конкуренції у трьох великих окружних радах / регіонах Стокгольма, регіоні Сконе і Вестра-Гьоталанд. [28]. Показовим є і досвід Австрії, де надання соціальних послуг, у тому числі і медичних, є обов'язком держави з розмежуванням федеральних і регіональних повноважень. Соціальні служби приділяють велику увагу забезпеченню доступності та якості соціальних послуг, перш за все, для соціально вразливих груп населення на основі ДПП. Соціальна організація «Соціальний фонд Відня» – приватна економічна організація, яка надає соціальні послуги від імені магістрату Відня. Вона за конкурсом розміщує замовлення на соціальні послуги у приватних комерційних і некомерційних організаціях, допомагає клієнтам зробити вибір, здійснює необхідні доплати, перераховуючи кошти безпосередньо обраній клієнтом організації, перевіряє дотримання узгоджених умов надання соціальних послуг [22]. У системі охорони здоров'я Австралії проекти ДПП передані на рівень штатів. Згідно з оцінками, у Австралії економія фінансових коштів при будівництві лікарень у проектах ДПП складає 9-11%. З одного боку, наведені цифри не такі й великі, але слід враховувати, що у розвинених країнах економіка є ефективною, у тому числі і державний сектор [27]. У Австралії 72 у результаті реформи системи охорони здоров'я витрати на будівництво нових госпіталів знизилися на 20%, а кількість пацієнтів, які обслуговуються зросла на 30% за рік [6]. Організаційно, методично та функціонально державно-приватне партнерство у системі охорони здоров'я Австралії є дуже складним феноменом. Тому важко очікувати, що прихід приватних операторів та інвесторів у галузь може істотно підвищити фінансово-економічні показники і якість обслуговування [30]. Впровадження ДПП має великий вплив на реформування системи охорони здоров'я. Для реформування системи охорони здоров'я можливі наступні варіанти ДПП [6]: - розвиток сучасної інфраструктури надання медичної допомоги із залученням приватного сектора до будівництва нових медичних потужностей і підвищення

технологічної оснащеності існуючих (створення національної мережі банків крові, діалізних і перинатальних центрів, служби швидкої медичної допомоги поблизу доріг для надання екстреної спеціалізованої допомоги при дорожньо-транспортних пригодах і т.д); - перехід до інноваційних технологій забезпечення лікувально-діагностичного процесу із залученням приватного сектора (програм комплексної інформатизації ЗОЗ, постачання медичного та інформаційного обладнання, супровід і технічна підтримка розвитку інформаційної інфраструктури медичних установ). 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» [31]. У той же час, приватна медицина не дуже підтримує участь у ОМС. Обґрунтуванням такої позиції є наступні причини: комерційні медичні установи, як правило, розглядають роботу в системі ОМС як неефективну складову своєї діяльності, так як за рахунок коштів ОМС зазвичай відшкодовуються тільки основні статті витрат (не входять витрати по утриманню будинків, придбання і обслуговування устаткування тощо); недержавні клініки бажають мати справу з готівкою; деякі керівники приватних організацій не бажають змішувати потоки заможних пацієнтів і пацієнтів, які звикли отримувати безкоштовну медичну допомогу; працівники недержавних медичних установ вважають розцінки ОМС на дослідження і лікування заниженими на 20-30% від ринкової вартості. Ці проблеми необхідно враховувати при стимулюванні участі приватного бізнесу у системі ОМС [12, 17]. Для ефективної інтеграції інтересів держави і бізнесу у формі ДПП повинні бути сформовані необхідні умови (внутрішні та зовнішні). До зовнішніх умов відносять: - створення рівних конкурентних можливостей (пред'явлення єдиних вимог до медичних організацій незалежно від форми власності, відмова від адміністративного прикріплення, реалізація права вибору

пацієнтами страхової медичної організації); - тарифна політика (включення усіх статей витрат до складу тарифу, часткове фонд утримання, економічно обґрунтована величина тарифу); - розподіл ризиків (введення прямих взаєморозрахунків між медичними організаціями, створення ризик-фондів для своєчасної стабілізації кризових ситуацій; не включення екстреної допомоги до структури тарифу, оскільки за короткий проміжок часу неможливо провести масивні профілактичні заходи, які дозволяють знизити кількість екстрених госпіталізацій) [9, 26, 33, 27]. До внутрішніх умов відносяться: ефективний менеджмент в управлінні ресурсами та витратами, організація управлінського обліку у медичному закладі; підбір кваліфікованих кадрів, створення привабливого середовища для працівників (імідж організації, розмір заробітної плати, формування корпоративної культури, підвищення кваліфікації та навчання персоналу, застосування психологічних тренінгів); наявність сучасного високотехнологічного обладнання та інформаційної інфраструктури; задоволення потреби пацієнтів на основі підвищення якості медичної допомоги та створення привабливого середовища (подовження часу роботи закладу, реклама, надання супутніх послуг, розширення спектра діагностичних послуг) [7, 15, 32, 38]. Як підкреслюють N. McIntosh і співавтори (2015), ДПП створює можливості підвищувати рівень здоров'я, зберігати соціальну стабільність у суспільстві, підвищувати якість медичного обслуговування до рівня світових стандартів, оптимізувати державні витрати і мінімізувати структурні диспропорції, тим самим виступаючи дієвим інструментом при реформуванні системи охорони здоров'я [38]. У рамках ДПП на особливу увагу вимагає практика взаємодії приватних медичних організацій з бюджетними закладам. Деякі автори класифікували цю взаємодію і виділили декілька варіантів: 1) сприяння бюджетним закладам в організації надання ними медичної допомоги, як платної, так і безкоштовної; 2) використання тимчасово вільних потужностей бюджетних закладів; 3) залучення до бюджетних закладів додаткових матеріальних та трудових ресурсів; 4) вирівнювання можливостей і умов надання платних послуг (заміна платних послуг бюджетних ЗОЗ на

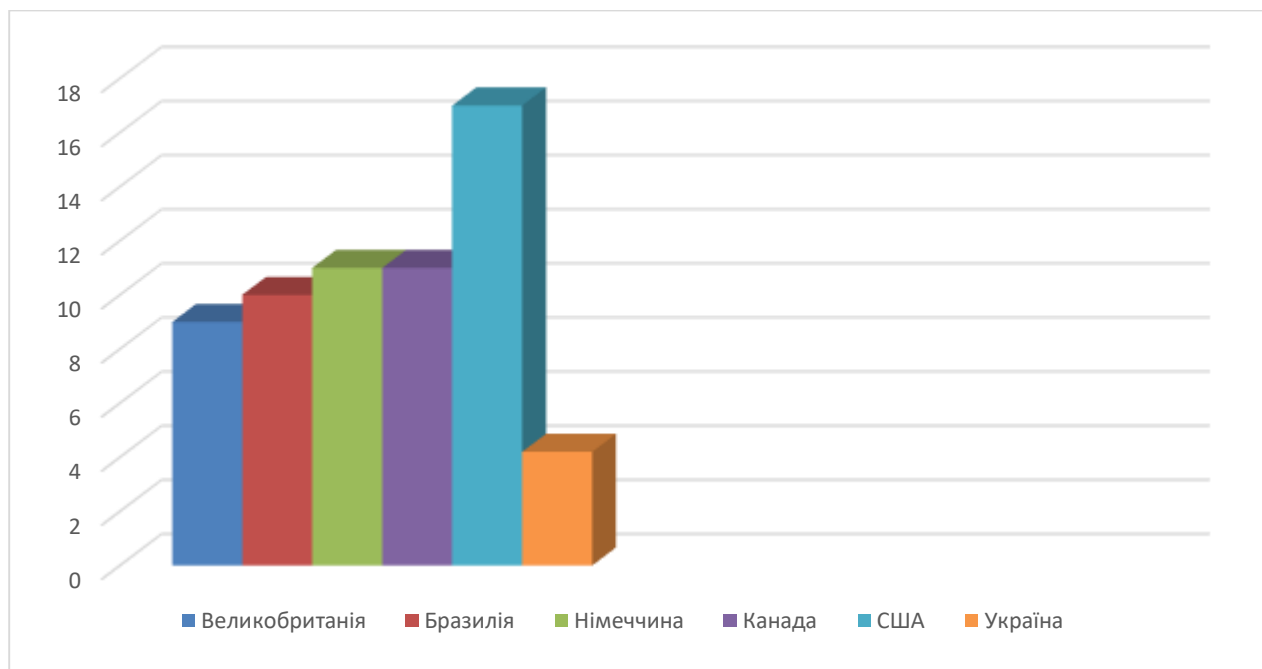
надання послуг приватними закладами на базі бюджетного ЗОЗ). У рамках кожного варіанту Е. А. Таппасханова та С. А. Мустафаєва (2012) виділяють найбільш доцільні схеми взаємодії; які у загальному вигляді зведені до наступного: «а) допомога у наданні певних видів медичної допомоги бюджетним закладам у 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» [23]. На думку D. K. Ciccone (2010), ДПП може також розглядатись як інструмент залучення до державного сектора охорони здоров'я традиційного для приватного сектора ефективного управління [24].

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

Згідно з офіційними статистичними даними Міністерства охорони здоров'я України, для стану здоров'я населення України притаманні наступні загрозливі тенденції: високі рівні смертності (особливо серед чоловіків працездатного віку) на тлі низьких рівнів народжуваності призводять до формування негативного природного приросту населення практично у всіх регіонах України. Смертність дітей першого року життя, хоча має тенденцію до зниження, але її рівень залишається у 2 рази вищим, ніж у країнах Євросоюзу. Середня очікувана тривалість життя складає лише 71,7 роки, що майже на 10 років менше, ніж у країнах Євросоюзу. Зростає захворюваність, поширеність та смертність від хронічних неепідемічних захворювань (ХНЕЗ), серед яких найбільше соціально-медичне значення мають хвороби системи кровообігу (ХСК) та злоякісні новоутворення (ЗН). Стандартизовані за віком коефіцієнти смертності від ХСК у віці до 64 років в Україні у 4,4 рази вищі, ніж у країнах ЄС (167,6 та 38,0 на 100 тис. населення, відповідно, 2014 р), а від ЗН у 1,3 рази вищі (90,0 та 66,4 на 100 тис. населення, відповідно, 2014 р). В Україні на тлі зростання актуальності ХНЕЗ, які обумовлюють понад 85% від загального тягаря хвороб у країні, залишається не вирішеною проблема подолання епідемії соціально вагомих інфекційних захворювань – туберкульозу та ВІЛ/СНІДу. Стандартизовані за віком коефіцієнти смертності від туберкульозу серед всього населення в Україні у 17,7 разів перевищують аналогічні показники у ЄС (11,3 та 0,64 на 100 тис. населення, відповідно, 2017 р.) [25]. Актуальною для України проблемою залишається доступність медичної допомоги для населення. Доступність включає три складові: справедливість у доступі до медичних послуг – послуги повинні отримувати всі хто їх потребують, а не тільки, хто може заплатити за них; якість медичних послуг – вона повинна бути достатньою для поліпшення стану здоров'я осіб, які отримують ці послуги; захист від фінансового ризику – повинна бути гарантія, що вартість медичних

послуг не буде створювати фінансові труднощі для населення [19, 25]. За матеріалами вибіркового дослідження доступності медичної допомоги, проведених Держкомстатом України [20] у 2015 р. відсоток домогосподарств в Україні, у яких хто-небудь із членів родини протягом останніх 12 місяців при потребі не зміг отримати медичну допомогу, придбати ліки та медичне приладдя складав 29,3%. Серед домогосподарств, члени яких потребували, але не отримали медичної допомоги 52% не змогли відвідати лікаря, 45% – одержати лікування у стаціонарних закладах. Серед осіб, які перебували на стаціонарному лікуванні 93% брали з собою до лікарні медикаменти, 80% – їжу, 65% – постільну білизну. Занадто висока вартість була названа респондентами домінуючою причиною неможливості відвідати лікаря (87,8% опитаних), провести медичне обстеження (97,1%), отримати лікувальні процедури (98,4%), лікування у стаціонарі (98,7%). Згідно результатів спеціально організованого вибіркового соціологічного дослідження проведеного Київським міжнародним інститутом соціології, 39% опитаних у віці 18 років і старше, не змогли протягом останніх 12 місяців відвідати у разі потреби лікаря у АПЗ через брак коштів. Найбільш часто від візиту до лікаря відмовлялись через брак коштів жінки (46,0%), особи старше 60 років (50,0%) та особи із доходом 1500 грн. на члена сім'ї (48,0%) [8]. У населення України великі претензії і до якості медичних послуг. На сьогодні медична допомога в Україні не відповідає ні рівню медичної науки, ні стандартам, ні потребам населення [15, 21]. Існує проблема структурних диспропорцій, укомплектованості та кваліфікації кадрів, особливо управлінських, залишається низькою оплата праці медичних працівників [7,13]. Система охорони здоров'я в Україні характеризується недостатнім фінансуванням, низькою ефективністю використання ресурсів, незадовільним рівнем виконання програми державних гарантій надання медичної допомоги [12, 34]. Порівняльний аналіз обсягів фінансування охорони здоров'я у різних країнах засвідчує про необхідність зміни ситуації в Україні. Так, у Світовому статистичному звіті за 2018 р. представлені наступні індикатори обсягів фінансування охорони здоров'я:

Великобританія – 9,0%, Бразилія 10,0, Німеччина – 11,0%, Канада – 11,0%, США – 17,0% від ВВП [2]. В Україні протягом 1997-2017 рр. обсяги фінансування охорони здоров'я коливались у межах від 3,5% до 4,2% (табл.1)від ВВП [19].



Таблиця №1. Обсяги фінансування охорони здоров'я у різних країнах світу.

Виходячи з фінансово-економічного обґрунтування до законопроекту № 6327 на 2019 р. пропонується зменшити обсяги державного фінансування медичної галузі до 2,4% ВВП. Нескладно передбачити наслідки, якщо обсяги державного фінансування скорочуються, то зростають витрати домогосподарств. У бюджеті на 2019 рік на медичну сферу передбачено 55,7 млрд грн. – якщо їх розділити на всі ЗОЗ, то у нас буде те, що ми маємо зараз тобто ЗОЗ у сьогоднішньому їх стані – із застарілим обладнанням, стінами, методиками, апаратурою, в яких пацієнти повинні самі забезпечувати себе ліками [18]. В українській дійсності на проблему недофінансування накладається проблема неефективного управління і корупції, що призводить до неможливості отримання якісних медичних послуг. На сьогодні державні кошти залишаються основою фінансування галузі охорони здоров'я. Однак цих коштів недостатньо для того, щоб підняти технологічний рівень охорони здоров'я, підвищити мотивацію

медичного персоналу до надання високотехнологічної медичної допомоги на рівні сучасних стандартів, забезпечити безкоштовне або пільгове надання лікарських засобів [11, 25]. У той же час, постійне подорожчання медичного обладнання, медичних технологій диктує необхідність все більшого збільшення розмірів державного фінансування охорони здоров'я або реформування галузі, використання інших способів залучення інвестицій у систему, зокрема механізмів державно-приватного партнерства [16, 18]. Реформи мають бути спрямовані на больові точки системи і, оскільки коріння усіх проблем у відсутності коштів – потрібно знайти кошти. Експерти впевнені, що скорочення державного фінансування системи охорони здоров'я неминуче і в майбутньому. Єдиний вихід із ситуації – збільшення ефективності системи охорони здоров'я [22].

Україні, в умовах недостатнього фінансування та відсутності радикальних змін склалась малоефективна система охорони здоров'я, не здатна у повній мірі відповісти на вимоги часу і позбавити себе від таких негативних чинників, як: низький рівень матеріально-технічного оснащення закладів, низька оплата праці медичного персоналу, відсутність системи обов'язкового медичного страхування (ОМС). Зростаюче невдоволення населення вимагає підвищення ефективності економічних механізмів державного управління системою охорони здоров'я. Потреба вирішення цих завдань зробила необхідним розробку комплексу заходів, що виходять за рамки компетенції і фінансових можливостей державного сектора, що дозволило сформувати інститут державно-приватного співробітництва [35].

Майбутнє української охорони здоров'я у значній мірі залежить від того, які механізми надання населенню послуг необхідної якості будуть найбільш ефективними. Зараз це переважно механізми державно-приватного партнерства. Такі механізми у поєднанні з ОМС є альтернативою існуючій системі охорони здоров'я. Система обов'язкового медичного страхування є невід'ємним супутником проектів державно-приватного партнерства у системах охорони здоров'я розвинених країн світу [33]. Досвід країн, які впровадили механізм ДПП у систему охорони здоров'я, засвідчує, що це дозволило оптимізувати витрати бюджету;

систематизувати ринок приватних медичних послуг і розвивати його з урахуванням реальних потреб регіонів; інвестувати додаткові ресурси у реструктуризацію існуючих об'єктів охорони здоров'я, створювати мережу нових ЗОЗ на основі новітніх технологій у медицині, залучати висококваліфікований персонал, підвищити якість і доступність медичних послуг та рівень сервісу [21]. У той же час платні послуги у державних і муніципальних закладах охорони здоров'я не повинні перетворювати медицину на бізнес та бути не посильним тягарем для населення. У таких країнах як Великобританія, Нідерланди, Німеччина, Австрія, розподіляються не медичні послуги (на платні і безкоштовні), не види і обсяги допомоги, а розподіляється населення (за доходами і можливостями). Все населення одержує медичну допомогу за однаковими стандартами, але з різних фінансових джерел, яких є не менше 3-х груп: з бюджету, з коштів ОМС, з коштів ДМС [19, 26]. Концепція ДПП є сучасною альтернативою приватизації об'єктів державної та комунальної власності, оскільки стосується тих об'єктів, які не можуть бути приватизовані у зв'язку з їх стратегічним, економічним і соціально-політичним значенням. Функціонування саме таких об'єктів має першочерговий вплив на рівень безпеки життєдіяльності населення [7]. ДПП призначене виконувати функції, пов'язані із стимулюванням інноваційного, інвестиційного і інфраструктурного розвитку охорони здоров'я, створенням сучасної інфраструктури, ефективним використанням коштів, матеріально-технічних ресурсів і наданням якісних послуг [50]. З організаційно-економічних позицій ДПП – це система інститутів і механізмів, яка враховує регіональну, муніципальну, галузеву та відомчу Державно-приватне партнерство Система відносин держави і бізнесу, що використовуються в якості інструмента економічного та соціального розвитку Це інституційний та організаційний альянс між державою і бізнесом з метою реалізації суспільно значущих проектів і програм Конкретні проекти, що реалізуються державними органами та приватними компаніями специфіку, спрямовану на взаємодію партнерських відносин у вигляді договору (угоди, контракту) із взаємними зобов'язаннями,

розподілом ризиків та передбачає спільну діяльність суб'єктів ринкових відносин. При такому підході у приватного бізнесу виникає інтерес вкладати інвестиції та отримувати гарантований прибуток. Приватний сектор зацікавлений у залученні до спільних проектів сучасних технологій, ноу-хау, ефективного менеджменту. Держава, у свою чергу, отримує додаткове фінансування спільних проектів і вирішує не тільки інфраструктурні проблеми, забезпечуючи ефективне використання бюджетних та залучення позабюджетних коштів, а й досягає соціальної стабільності [8]. У системі охорони здоров'я України на сьогодні здійснюються лише перші кроки щодо запровадження механізмів державно-приватного партнерства. Зокрема, у 2011 році схвалено Концепцію загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір», у якій зазначається необхідність взаємодії державного та приватного секторів. На доцільність розвитку державно-приватного партнерства вказує Програма економічних реформ на 2012-2014 роки [16]. На сьогодні в Україні сформована правова база для регулювання ДПП у секторі охорони здоров'я. ДПП у сфері охорони здоров'я в Україні може запроваджуватись у формі укладення контрактів (договорів) про реалізацію проектів, у яких як рівноправні партнери беруть участь, з одного боку структури державної (або комунальної) влади, з іншого – приватні компанії. Такі проекти можуть реалізовуватись на підставі договорів і контрактів, які передбачають особливі умови для участі державної (комунальної) сторони, із визначеним обсягом зобов'язань і прав у рамках проекту. Прийняті закони визначили нові підходи до співпраці держави, органів місцевого самоврядування та приватного бізнесу у реалізації інфраструктурних проектів, які важливі для розвитку економіки, забезпечення належного рівня життєдіяльності суспільства, підвищення якості життя громадян. В цілому закони є позитивним явищем для України. Згідно закону України «Про державно-приватне партнерство» України від 01.07.2010 р. № 2404-V, державно-приватне партнерство – це співробітництво між державою Україна, територіальними громадами в особі відповідних державних органів та органів

місцевого самоврядування (державними партнерами) та юридичними особами, крім державних та комунальних підприємств, або фізичними особами – підприємцями (приватними партнерами), що здійснюється на основі договору в порядку, встановленому цим Законом та іншими законодавчими актами, та відповідає ознакам державно-приватного партнерства, визначеним цим Законом [68]. Відповідно до Закону України № 2404-V від 01.07.2010 р. ДПП характеризується наступними ознаками: - забезпечення вищих техніко-економічних показників ефективності діяльності, ніж у разі здійснення такої діяльності державним партнером без залучення приватного партнера; - довгостроковість від 5 до 50 років; передача приватному партнеру частини ризиків у процесі здійснення державно-приватного партнерства; - приватне інвестування в об'єкти ДПП з джерел, не заборонених законодавством [68]. У ст. 4 Закону України «Про державно-приватне партнерство» зазначено, що охорона здоров'я є однією із потенційних сфер застосування механізмів державно-приватного партнерства в Україні. При реалізації проектів державно-приватного партнерства в охороні здоров'я передбачено виконання однієї або кількох наступних функцій: проектування; фінансування; будівництво; відновлення (реконструкція, модернізація); експлуатація; пошук; обслуговування, а також інших функцій, пов'язаних з виконанням договорів, укладених у рамках державно-приватного партнерства. Стаття 5 зазначеного Закону України передбачає, що у межах здійснення державно-приватного партнерства можуть укладатися договори про: концесію, спільну діяльність, інші договори. Таким чином, державно приватне партнерство в Україні є договірним. І може реалізовуватись у сфері охороні здоров'я [21]. Цей Закон, нарешті, привернув увагу суспільства до нових інноваційних підходів до реалізації суспільно значимих проектів, відкрив можливості для приватних партнерів ініціювати такі проекти, створив умови для поліпшення регуляторного середовища у країні. Розвиток механізмів державно-приватного партнерства є особливо актуальним в умовах обмежених бюджетних можливостей і наявності кризових явищ в економіці. Державно-приватне

партнерство в Україні може стати ключовим фактором і двигуном економічного реформування в Україні [14, 16]. Водночас ухвалений Закон, та інші законодавчі акти, що регулюють діяльність у сфері реалізації інфраструктурних проектів шляхом співробітництва публічного та приватного секторів, не сформували єдиного системного бачення та не відбудували зрозумілу модель організації такого співробітництва. Це значною мірою пов'язано з тим, що такий механізм є новим та недостатньо зрозумілим в Україні, як з точки зору ідеології, так і з точки зору його економічної та соціальної сутності, правової природи, термінології. Серед більшості потенційних учасників публічно-приватного партнерства (органів публічної влади, приватних підприємств, населення) відсутнє єдине бачення сутності цього явища та переваг, які може надати поєднання зусиль держави та влади у реалізації суспільно значимих проектів [7]. Як стверджують 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 Національної академії наук України О. І. Амоша (2015), в Україні досі не сформувалося чітке ставлення до інноваційної діяльності. Система державного управління інноваціями, поки що не довела свою ефективність. Діючі механізми управління інноваціями не створюють ефективних стимулів для співробітництва виробників і споживачів знань, державного і приватного секторів економіки, не сприяють нарощуванню інвестицій в інноваційну діяльність і високотехнологічні виробництва [4]. На думку Т. В. Семигіної (2012), побудова суспільної моделі охорони здоров'я та розвиток ДПП, у межах якого держава покликана здійснювати стратегічне управління та організаційно-правове регулювання охорони здоров'я, є ключовими елементами для адаптації

України до сучасної європейської стратегії [27]. Л. А. Кравченко, проаналізувавши основні напрямки використання механізму державно-приватного партнерства у реалізації інноваційного потенціалу в Україні, розкрила своє бачення форм і переваг державно приватного партнерства, запропонувала заходи державної політики щодо стимулювання його розвитку [11]. На думку Д.Куц (2013), найбільш популярною формою ДПП в Україні є концесія. Дана тенденція збігається зі світовою. Суть даної моделі полягає у тому, що держава і приватний партнер підписують концесійний договір, у відповідності до якого об'єкт державної власності тимчасово, але довгостроково, передається у користування приватному партнеру [17]. В Україні створено окремі прецеденти налагодження державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я (наприклад, відкрито Міжнародну клініку відновного лікування у Трускавці, Український центр томотерапії у Кропивницькому). Перспективними напрямками подальшої кооперації зусиль є: проектування, будівництво, реконструкція, модернізація та управління інфраструктурою медичних закладів; надання клінічних послуг; розробка та виробництво нових фармацевтичних препаратів і медичної техніки; технічне обслуговування медичної техніки та інформаційних систем [18]. Водночас конкретних проектів із застосуванням механізму ДПП у сфері охорони здоров'я в Україні дуже мало, тому дослідження розвитку державно-приватного партнерства, його конкретних форм, моделей і можливостей їх застосування в Україні з урахуванням зарубіжного досвіду є вкрай актуальним завданням [16]. Але слід відмітити, що у суспільстві виникає занепокоєність, що ДПП може стати черговим етапом приватизації державних підприємств і закладів соціальної сфери, що призведе до різкого підвищення оплати за соціальні послуги, у тому числі в охороні здоров'я. Підприємці, у свою чергу, стурбовані посиленням ролі держави та її вторгненням у бізнес-сферу. Висловлюється думка, що держава, оволодівши капіталом і новими технологіями, використовуючи адміністративний ресурс, може стати переможцем в конкуренції з бізнесом, може збільшити податки і мита з платників податків,

що негативно вплине на інтереси приватного бізнесу. Тим не менш, на думку О. І. Амоша (2015), для державних підприємств і закладів ДПП є вигідним, оскільки воно здатне реалізувати програми соціально-економічної модернізації з найменшими витратами і втратами для громадського сектора [4]. Слід підкреслити, що особливістю сфери охорони здоров'я є те, що більшість організацій соціально-медичної інфраструктури не підлягають приватизації. У той же час, у державному бюджеті на різних рівнях недостатньо коштів, призначених для фінансування надання якісної медичної допомоги. Вирішити ці протиріччя можливо шляхом використання у практиці ДПП, в основу якого закладена альтернатива приватизації об'єктів державної власності, які є соціально вагомими і мають стратегічне значення [27]. Н. В. Курділь та О. Г. Луценко (2014) визнають, що система контрактів є ефективним регулятором спектру медичних послуг та якості їх надання [11]. Вибір спектру медичних послуг закладають у глобальну концепцію розвитку національної системи охорони здоров'я і задоволення потреб населення кожної конкретної країни у медичних послугах. Система контрактів є ефективною для систем охорони здоров'я країн з різною економікою і моделями охорони здоров'я. Контрактне можливе як при системі жорсткого державного регулювання (Скандинавська модель), так і у системі ліберальних ринкових відносин (Західноєвропейська модель), що створює передумови для планування контрактних технологій у системі охорони здоров'я України [15, 25]. З метою поліпшення функціонування механізму ДПП, розширення обсягу гарантій для приватних інвесторів і усунення протиріч між законодавчими актами в даній 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». Даним Законом, який набув чинності з 24 травня 2016 року, вносяться зміни до Законів «Про концесії», «Про державно-приватне партнерств», «Про управління об'єктами державної власності», «Про міжнародне приватне право» [61]. Зокрема, доповнена сфера діяльності, у якій може застосовуватись ДПП.

Так, стаття 4 доповнена абзацом тринадцятим: «надання соціальних послуг, управління соціальною установою, закладом». У статті 7 частина друга викладена у 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 таким положенням: «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, тепер ДПП в Україні може застосовуватись у соціальних закладах, до яких належать заклади охорони здоров'я. Об'єктами державно-приватного партнерства є існуючі, або відтворювані (шляхом реконструкції, модернізації, технічного переозброєння) об'єкти, що знаходяться у державній або комунальній власності, а відносини між приватними партнерами з державним (комунальним) партнером визначаються умовами договору, укладеного в рамках державно-приватного партнерства. Практичний досвід впровадження ДПП у багатьох країнах світу показує, що ця форма співпраці між громадськими структурами і приватними організаціями повинна бути заснована на базових принципах партнерів [25]. Основна мета приватного партнера – одержати максимальний прибуток. Зацікавленість у ДПП для приватного партнера обумовлена: 1. гарантією стабільного попиту на послуги та виходом на новий ринок; 2. наданням державних активів на пільгових умовах; 3. можливістю перекласти на державу частини ризиків від реалізації проекту; 4. можливістю одержати гарантований дохід. З огляду на те, що цілі у бізнесу і держави у ДПП є різними: бізнес прагне отримати прибуток, в той час як держава націлена на захист громадських інтересів, проекти ДПП повинні бути добре продуманими. Перекіс у бік інтересів держави може відштовхнути бізнес спільноту від участі у таких проектах. Перекіс у бік інтересів бізнесу, в свою чергу, може

нехтування суспільними інтересами. При започаткуванні проекту ДПП важливо продумати мотивацію для приватних інвесторів та забезпечити контроль ефективності здійснення проекту, а у процесі реалізації проекту вирішити проблему щодо його окупності. Основний шлях розвитку ДПП в охороні здоров'я – це розвиток інфраструктури охорони здоров'я, заснований на довгостроковій взаємодії держави і бізнесу, при якому приватна сторона (бізнес) бере участь не тільки у створенні об'єкта інфраструктури охорони здоров'я, а й в його технічному обслуговуванні, подальшій експлуатації, підвищенні якості та доступності медичної допомоги для населення. І цей шлях полягає у залученні приватних інвестицій до розвитку інфраструктури охорони здоров'я, яка знаходиться у державній та комунальній власності з використанням «класичних» інструментів державно-приватного партнерства. Перспективною моделлю державно-приватного партнерства в охороні здоров'я є здійснення приватним партнером реконструкції державного (комунального) медичного закладу, а також одержання права експлуатувати і обслуговувати інфраструктуру даних закладів впродовж терміну, який окупає його фінансові інвестиції. Державі дана модель вигідна у разі відсутності достатніх ресурсів для самостійної реконструкції медичного об'єкта. Перевагою такої моделі є те, що і за надання платних медичних послуг, і за надання послуг у системі ОМС платить держава. Впровадження механізмів державно-приватного партнерства неможливе без урахування специфіки країни, регіону, міста: законодавства, організаційної структури, інвестиційного клімату. Таким чином, слід відмітити, що у XXI столітті в Україні зростає вагомість формування системи партнерства як конструктивної взаємодії органів влади, бізнесу та некомерційних організацій при вирішенні завдань розвитку системи охорони здоров'я. Стає очевидним, що модернізація державного сектора системи охорони здоров'я у частині його фінансування і управління може бути здійснена лише за участі бізнесу. У той же час, залишаються невирішеними багато питань, які потребують детального вивчення, з урахуванням особливостей проведення попередніх реформ у галузі. Головною метою реформи медичної сфери згідно з

Програмою економічних реформ на 2015–2020 роки було поліпшення здоров'я населення, забезпечення рівного й справедливого доступу усіх громадян до медичних послуг належної якості. Однак під час реформування системи охорони здоров'я в Україні згідно із Законом 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 ряду дослідників. Не було прийнято положення про пайову участь пацієнта в оплаті медичних послуг, тобто не була впроваджена система ОМС. Населення, як не застраховані особи, стало платити за лікування безпосередньо зі своєї кишені [12]. Зміна способів і джерел фінансування системи охорони здоров'я, як один з ключових моментів запровадження ДПП, вимагає детального аналізу і комплексного підходу.

Висновки до розділу 1.

1. Перший розділ присвячений розвитку державно-приватного партнерства у світовій економіці, в охороні здоров'я розвинених країн Заходу і в Україні.
2. З'ясовано, що інститут ДПП є загальносвітовою практикою. Як юридично закріплена форма взаємодії (закон, договір, статут і т.д.) між державою і приватним сектором щодо об'єктів державної і муніципальної власності, має свою позитивну динаміку перевірену часом у зарубіжній практиці.
3. Державно-приватне партнерство у системі охорони здоров'я визначається як договірні відносини, які укладаються між державою і приватними партнерами, метою яких є довгострокова взаємовигідна співпраця та досягнення як економічних, так і соціальних результатів.
4. Використання механізму державно-приватного партнерства у системі охорони здоров'я України набуває все більшої актуальності, оскільки очевидним стає той факт, що держава не має фінансової можливості для виконання свого конституційного обов'язку щодо створення умов для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У

сформованих економічних і політичних умовах розвитку України саме проекти державно-приватного партнерства зможуть стати реальним інструментом для виходу системи охорони здоров'я із кризи.

5. Для ефективного функціонування системи охорони здоров'я України необхідні науково обґрунтовані функціонально-організаційні моделі ЗОЗ, які працюють на принципах державно-приватного партнерства та реалізують інвестиційну, інноваційну та інфраструктурну політику, спрямовану на забезпечення доступності та якості медичної допомоги.

РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ, МЕТОДИ І ОБСЯГИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Загальна характеристика програми і методів дослідження

Виконання дослідження здійснювалось за спеціально розробленою у відповідності до мети та завдань дослідження.

Мета дослідження: обґрунтувати доцільність розробки моделі консультативно-діагностичного та лікувального центру, як нову організаційно-правову форму медичного обслуговування населення на принципах державно-приватного партнерства для надання вторинної медичної допомоги на амбулаторному та стаціонарному рівні з доведеною ефективністю.

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

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 заходу.
2. Провести аналіз стану здоров'я населення, ресурсів і діяльності приватного консультативно-діагностичного та лікувального медичного центру «АРТ» у місті Миколаїв та комунального консультативно-діагностичного центру.
3. Отримати характеристику задоволеності населення медичною допомогою, яка надається у приватному і комунальному консультативно-діагностичних центрах м. Миколаєва, за матеріалами анкетування пацієнтів.
4. Оцінити стан організації роботи та перспектив розвитку комунального та приватного консультативно-діагностичних центрів за результатами опитування медиків.

5. Виявити передумови, та сприяючі фактори можливості переходу комунальних консультативно-діагностичних центрів на принципи державно-приватного партнерства.

Для вирішення поставлених у дослідженні завдань використані відповідні методи: - системний підхід та системний аналіз – для обґрунтування концепції розвитку, методичних підходів до моделювання, обґрунтування та розробки концептуальної функціонально-організаційної моделі КДЦ на принципах ДПП, формування механізмів і технологій сучасного управління комунальним консультативно-діагностичним центром в умовах переходу на принципи ДПП:

- бібліосемантичний (рис1) – 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;

- медико-статистичний – для аналізу стану здоров'я населення, ресурсів і діяльності комунальних КДЦ, визначення обсягу спостережень у соціологічних та експертних дослідженнях, а також статистичного узагальнення та оцінки достовірності отриманих результатів;

- епідеміологічний – для вивчення стану здоров'я населення;

- 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 концептуальної 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.

Методи використані у дослідженні



Рисунок 1. Методи використані у дослідженні для системного аналізу.

Об'єктом дослідження були медико-демографічні особливості здоров'я населення та стан надання вторинної амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги в пілотному регіоні (на прикладі міста Миколаїв), а його предметом – сучасні тенденції у стані здоров'я населення; мережа комунальних амбулаторно-поліклінічних закладів, її ресурсне забезпечення та показники діяльності; задоволеність населення наданою у КДЦ медичною допомогою, проблеми та шляхи удосконалення організації медичної допомоги в умовах КДЦ; сучасна нормативно-правова база для реалізації ДПП у системі охорони здоров'я; концепція переходу КДЦ на принципи державно-приватного партнерства; концептуальна функціонально-реорганізаційна модель КДЦ на принципах державно-приватного партнерства. Науковою базою для виконання

дослідження було комунальне та приватне консультативно-діагностичні центри у м. Миколаїв.

Програма дослідження передбачала його виконання усіх послідовних етапів, на кожному з яких вирішувались певні завдання, а одержані результати ставали основою для реалізації наступних етапів. Виконання завдань першого етапу дослідження потребувало критичного та системного аналізу даних вітчизняної та зарубіжної літератури щодо питань державно-приватного партнерства в охороні здоров'я. На підставі бібліосемантичного аналізу 74 наукових джерел (48 кирилицею та 26 латиницею) вдалось виявити основні теоретико-методологічні основи та процеси розвитку державно-приватного партнерства у світовій економіці та в охороні здоров'я розвинених країн. Це забезпечило дослідження матеріалом для обґрунтування напрямків оптимізації організації амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги у ТОВ медичний центр «АРТ» м. Миколаєва. Відбір наукової інформації для подальшого аналізу здійснений із використанням ресурсів Інтернету (мереж Medline, Pubmed та ін). Проведений аналіз надав можливість критично оцінити теоретико-методологічні основи та процеси розвитку державно-приватного партнерства у світовій економіці та в охороні здоров'я розвинених країн заходу, стан наукової проблеми, що вивчалась, визначити основні питання, які підлягали подальшому науковому дослідженню.

На другому етапі здійснено аналіз стану здоров'я населення м. Миколаєва.

Аналіз стану здоров'я здійснювався комплексно із використанням усіх можливих джерел інформації і включав оцінку:

- медико-демографічну ситуації у м. Миколаїв;
- захворюваності населення, у т. ч. захворюваності та поширеності хронічних неепідемічних захворювань і соціально вагомих інфекційних хвороб (туберкульоз, ВІЛ/СНІД);

- первинної інвалідності населення. Як інформаційна база для аналізу медично-демографічної ситуації у м. Миколаєві використані статистичні довідники ЦМС МОЗ України [17] та МНІАЦ МС ГУОЗ м. Миколаєва [62] за 2009-2019 роки.

Для аналізу були відібрані ті класи хвороб та нозологічні форми, які відіграють найвагомішу роль у формуванні тягаря хвороб через передчасну смертність та інвалідність. Аналіз динаміки показників захворюваності здійснений за десятирічний період (2010-2020 рр.) із використанням показників абсолютного приросту (АПр) і темпу приросту (ТПр). Тенденції, властиві динаміці показників, виявлялись на підставі вирівнювання динамічних рядів з використанням методу найменших квадратів. Взаємозв'язок між показниками активності, своєчасності виявлення злоякісних новоутворень (ЗН) та дорічною летальністю визначався за допомогою парного коефіцієнта кореляції Пірсона (r). Статистичний аналіз матеріалів дослідження на даному та наступних етапах дослідження виконаний із використанням пакетів програм Excel Microsoft 10.0 та Statistica 6.0. Результати виконання даного етапу дослідження дозволили виявити основні тенденції у стані здоров'я населення м. Миколаєва, а також виявити проблеми, які можуть бути вирішені шляхом удосконалення організації амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги жителям міста Миколаєва.

На третьому етапі проведено аналіз стану мережі, ресурсного забезпечення та діяльності комунального амбулаторно-поліклінічного закладу. Інформаційним джерелом для здійснення даного етапу дослідження виступили матеріалами державних форм статистичної звітності (ф. 20, ф. 17) в динаміці за 2016-2019 рр., а також річні звіти керівників даних закладів. Автор також особисто ознайомився з матеріально-технічною базою та організацією роботи комунального КДЛЦ (у заводському районі м. Миколаєва) і приватного ТОВ медичного центру «АРТ».

Проведене дослідження дало можливість критично оцінити стан досліджуваного об'єкта і зробити висновок про незадовільне фінансування, матеріально-технічне оснащення та кадрове забезпечення комунального КДЛЦ.

На четвертому етапі здійснено аналіз організації амбулаторної медичної допомоги дорослому населенню м. Миколаєва у і приватному КДЛЦ за матеріалами соціологічного опитування 150 респондентів за спеціально розробленими анкетами (Додатки А, Б). Для експертної оцінки застосовувався метод безпосередньої оцінки. За допомогою карти експертної оцінки (Додаток В), яка містила шість блоків питань, кожне з яких слід було оцінити за п'яти бальною шкалою. У відповідності до програми дослідження, ми мали оцінити структурно-організаційні, результативні складові діяльності комунального та приватного КДЛЦ, стан їх кадрового потенціалу та керівництва, а також необхідні умови для оптимізації роботи комунальних КДЛЦ.

Результати соціологічного дослідження дозволили на даному етапі дослідження одержати комплексну та різнобічну характеристику стану та проблем організації медичної допомоги у комунальному КДЛЦ за невідображеними у статистичних звітах параметрами, а також визначити основні перспективні напрямки удосконалення їх роботи та подальшого розвитку.

На п'ятому етапі дослідження, на основі системного підходу та системного аналізу, із використанням інформаційно-аналітичного методу, були виявлені передумови та фактори, а також визначені можливі ризики переходу комунальних консультативно-діагностичних центрів на принципи державно-приватного партнерства.

2.2. Методика оцінки діяльності комунального консультативно-діагностичного центру

На сьогодні у м. Миколаєві спостерігається виражена диференціація медичної допомоги населенню: певна частина населення отримує послуги у приватних клініках, проте більшість продовжує звертатись до комунальних ЗОЗ, у яких має місце недостатній рівень фінансування, знос переважної більшості медичного обладнання та брак сучасних діагностичних технологій. Дані обставини обумовлюють необхідність пошуку нових підходів до оцінки діяльності цих закладів. У дослідженні здійснений бібліосемантичний аналіз публікацій, присвячених діяльності КДЦ різних форм власності та можливостям держави розвивати даний сектор. З'ясовано, що реалізації намірів МОЗ України активно розвивати територіальні ЗОЗ і будувати інноваційну економіку охорони здоров'я перешкоджають обмежені фінансові можливості бюджетів усіх ланок та інвестиційного фонду. Частка витрат держави на охорону здоров'я, за експертними оцінками, складає $2,4\pm\%$ від ВВП і в умовах кризових явищ не покриває існуючої потреби у розвитку інфраструктури [27]. До того ж у сучасній Україні, коли поступово формуються нові економічні відносини, а її економіка стає все більш інтегрованою у світову, виникає гостра необхідність у структурних змінах і більш тісній взаємодії держави і приватного сектора. У зв'язку з цим залишається відкритим питання підвищення ефективності використання бюджетних коштів і стимулювання припливу приватних інвестицій у сферу охорони здоров'я, пошуку можливостей залучення приватних інвесторів та розвитку державно-приватного партнерства в охороні здоров'я на рівні державної політики і програм. Слід констатувати, що модернізація і розвиток системи охорони здоров'я неможливі без використання такого сучасного механізму інвестиційної політики як державно-приватне партнерство. Держава, в особі органів регіональної та місцевої влади, за допомогою механізмів ДПП зможе перейти від прямого бюджетного фінансування об'єктів охорони здоров'я, до перспективної моделі

залучення приватних коштів на умовах розподілу ризиків, тим самим підвищуючи ефективність своєї діяльності. ДПП зможе допомогти профінансувати інфраструктурні об'єкти і скоротити державні проектні ризики в охороні здоров'я. Проведений аналіз нормативних документів МОЗ України та вивчення досвіду виробничої діяльності комунальних КДЦ переконує у тому, що проблему оцінки стану організації консультативно-діагностичної допомоги слід розглядати комплексно з точки зору якості технологічного забезпечення ЗОЗ, професійної компетенції медичного персоналу, створення комфортних і безпечних умов для пацієнта. Особливо важливою є оцінка задоволеності населення рівнем медичної допомоги у комунальних КДЛЦ. У процесі обробки матеріалів дослідження була вивчена практика надання медичної допомоги дорослому населенню у комунальному КДЛЦ м. Миколаєва. Оцінена її потужність, проаналізовано кадровий потенціал та інші параметри діяльності у порівнянні з приватним КДЛЦ. Здійснена статистична оцінка показників роботи служб у динаміці. Соціологічна оцінка організації надання медичної допомоги населенню у КДЛЦ дозволила вивчити думку пацієнтів щодо організації роботи закладу, причини звернення, причини обрання респондентами комунальних або приватних ЗОЗ для отримання медичних послуг, а також пропозиції щодо вдосконалення медичної допомоги у КДЛЦ. Узагальнення результатів опитування медиків КДЛЦ дозволило визначити перспективи розвитку комунальних КДЛЦ у м. Миколаєві. Основні напрямки розвитку медичної допомоги у КДЛЦ визначались за результатами соціологічного дослідження, а також спеціально проведеної експертної оцінки. Були визначені пріоритети за основними видами діяльності, комплекс заходів щодо їх розвитку. Складені каталоги вагомості кожного із перспективних заходів. На основі цього розроблена соціально гігієнічна оцінка та етапи планування медичної допомоги у КДЛЦ для задоволення потреб жителів мегаполісу. Також було визначено, що подальший розвиток як комунальних, так і приватних КДЦ, неможливий без визначення маркетингової стратегії та виявлення різних компонентів, які впливають на показники здоров'я населення.

Здійснення планування вимагало вивчення інформаційних джерел, які характеризують систему комунальних КДЛЦ. Вивчались обсяг і структура проведених робіт, потреба населення у послугах, матеріальна база і науково-технічний рівень відділень КДЛЦ, розподіл ресурсів у комунальних КДЛЦ, їх кадровий потенціал. Слід відмітити, що існуючі статистичні показники, які використовуються для оцінки роботи КДЛЦ, не дають повного уявлення про медичну, соціальну та організаційну спрямованість діяльності даних закладів. Знадобилось використання методологічних прийомів, які дозволяють здійснювати аналіз діяльності комунальних КДЛЦ адекватно до існуючої ситуації для виявлення резервів щодо поліпшення матеріально-технічного оснащення, підвищення кваліфікації кадрів та ефективності медичної допомоги. Так, для виявлення резервів з метою задоволення потреби населення у кваліфікованій медичній допомозі використовувався системний підхід. Для отримання інформації про організацію медичної допомоги використовувався сучасний методичний інструментарій SWOT-аналізу, який дозволяє визначити маркетингову стратегію ЗОЗ на ринку медичних послуг і виявити факторіальні компоненти, які впливають на показники здоров'я населення. У дослідженні ми використовували метод SWOT-аналізу для оцінки діяльності комунальних КДЦ, а також для створення системи мотивації персоналу з метою підвищення ефективності діяльності закладу та якості медичних послуг.

SWOT – аналіз – це метод стратегічного планування, який полягає у розподілі факторів і явищ на чотири категорії: Strengths (Сильні сторони), Weaknesses (Слабкі сторони), Opportunities (Можливості) и Threats (Загрози). Тобто SWOT-аналіз дозволяє виявити і структурувати сильні та слабкі сторони організації, а також потенційні можливості та загрози. Методика аналізу полягає у порівнянні внутрішніх сил і слабких місць КДЛЦ з можливостями, які надає йому ринок. На підставі отриманих даних ми визначили вихідну матрицю SWOT-аналізу для комунального КДЛЦ м. Миколаєва та напрямки її розвитку та сегмент розподілу ресурсів. Таким чином, поєднання зазначених

методологічних прийомів дозволило нам отримати досить повні та об'єктивні дані про діяльність комунального КДЛЦ, обсяги і якість їх послуг, а систематизація отриманої інформації виступила основою для прийняття зважених управлінських рішень, спрямованих на підвищення конкурентоспроможності комунальних КДЛЦ на ринку медичних послуг.

2.3. Методологічні підходи до проведення соціологічного дослідження

Актуальність проблеми удосконалення амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги населенню обумовлена високою поширеністю захворювань, згортанням профілактичних заходів, скороченням державного фінансування амбулаторно-поліклінічних та стаціонарних служб, низьким рівнем задоволеності населення даним видом медичної допомоги [28]. В умовах кризи, яку переживає державна медицина, і дефіциту фінансування комунальних медичних амбулаторно-поліклінічних закладів, необхідно вирішити правові, організаційні, управлінські та економічні питання, що дозволить збалансувати економічні стимули з етичними імперативами доступності та якості амбулаторної консультативно-діагностичної допомоги для основної маси населення [47]. Подолати цю складну проблему дефіциту фінансування, зниження якості та доступності амбулаторної допомоги можливо лише за умови оптимізації організаційних аспектів консультативно-діагностичної допомоги населенню на засадах ДПП [59]. На сьогодні недостатньо вивчені обсяг і характер консультативно-діагностичної амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги населенню, не проводиться аналіз задоволеності населення, експертна оцінка стану організації КДЛЦ у м. Миколаєві. Одним із пріоритетних напрямків у вирішенні даної проблеми є моніторинг думки населення, медиків і керівників про стан організації роботи КДЛЦ та якості наданої ними допомоги. Провідним інструментом при вивченні проблем організації медичної допомоги у системі КДЛЦ є соціологічний метод і метод експертної оцінки, які забезпечують об'єктивність, всебічність, комплексність, компетентність і надійність прийнятих управлінських рішень щодо оптимізації організації роботи КДЛЦ [45].

Соціологічна оцінка задоволеності населення медичною допомогою є необхідною умовою для здійснення науково обґрунтованої управлінської діяльності у системі охорони здоров'я і однією зі складових планування

лікувально-профілактичних заходів, розробки організаційних форм і методів роботи, а також методом контролю за ефективністю його діяльності щодо збереження здоров'я населення. Таким чином, одним з основних методів соціологічних досліджень, які використовуються у системі охорони здоров'я, є анкетування. Особливістю даного метода можна назвати його анонімність (особистість респондента не реєструється, фіксуються лише відповіді), що дозволяє одержати найбільш точну інформацію [36]. У 2018 у м. Миколаєві за спеціально розробленою програмою було проведене соціологічне дослідження двох груп респондентів. Перше дослідження було проведене серед населення, яке звернулось за медичною допомогою до комунального і приватного консультативно-діагностичних центрів, та мало на меті здійснити порівняльний аналіз задоволеності пацієнтів організацією медичної допомоги у даних типах ЗОЗ. На підготовчому етапі проведення соціологічного дослідження – анкетування, була розроблена програма, визначений об'єкт дослідження і методи збору інформації, складений робочий план і програма обробки даних. На думку А. М. Меркова, Л. Є. Полякова (1984), соціологічні дослідження проведені при відсутності робочих гіпотез, характеризуються незадовільною якістю результатів. Тому у ході розробки програми соціологічного дослідження була сформована робоча гіпотеза: «організація медичної допомоги у комунальних КДЦ вимагає реорганізації». Результати дослідження повинні були підтвердити, спростувати або коригувати висунуту гіпотезу. Неможливо здійснювати ефективне управління системою охорони здоров'я не одержуючи інформацію про результати впливу на систему, без зворотного зв'язку, який повинен відображати результативність вжитих кроків в організації системи. Джерелами такої інформації можуть служити як дані державної та галузевої статистичної звітності, так і матеріали вивчення задоволеності населення медичними послугами, які можна одержати тільки шляхом проведення медико-соціологічного дослідження. Як тільки у результаті соціологічного дослідження отримуються нові факти, достатні для оцінки системи, вони перетворюються у системну інформацію, яка може використовуватись науковцями та

організаторами охорони здоров'я. Сучасні методи дослідження соціології медицини дозволяють вивчати процеси формування громадської думки про медико-соціальні явища і отримувати інформацію не тільки у формі суб'єктивних оцінок, а й у формі об'єктивних медично-соціологічних показників результативності функціонування системи охорони здоров'я. Подальший розвиток системи КДЛЦ має бути направленим на поліпшення не тільки кількісних, а й якісних показників і бути орієнтованим, перш за все, на модернізацію та оптимізацію функціонування, створення умов, за яких система КДЛЦ працюватиме на забезпечення здоров'я Миколаєва найбільш ефективно. Для реалізації даного напрямку, який полягає у підвищенні якості надання медичної допомоги, задоволеності населення роботою КДЛЦ, необхідно одержати та узагальнити думку таких груп населення, які безпосередньо пов'язані з одержанням та наданням медичної допомоги у КДЛЦ. Такими групами є пацієнти та медичний персонал КДЛЦ. Вивчаючи думку пацієнтів та медиків можна відстежити тенденції у змінах, які відбуваються у сфері організації медичної допомоги у КДЛЦ, а також здійснити оцінку існуючої ситуації та можливих змін у майбутньому. Практичне використання результатів, отриманих у ході проведення медично-соціологічного дослідження, дозволить виділити найбільш прийнятні форми перетворень у системі КДЛЦ, а також отримати легітимне схвалення громадянами заходів щодо реформування системи охорони здоров'я, у тому числі її консультативно-діагностичної служби. Таким чином, мета соціологічного дослідження мала прикладний характер і була покликана надати інформацію для прийняття на її основі певних рекомендацій – управлінських рішень. Отримані матеріали планувалось використати на наступних етапах дослідження. Тип проведеного медико-соціологічного дослідження – вивчення впливу умов організації роботи КДЛЦ на комплекс показників результатів їх діяльності. Об'єктом соціологічного дослідження були КДЛЦ м. Миколаєва – комунальний ЗОЗ, який надавав консультативно-діагностичні та лікувальні послуги населенню конкретного району м. Миколаєві у 2019 році. Предмет дослідження –

організаційно-управлінські аспекти діяльності КДЛЦ та їх вплив на якість обслуговування населення. Методом соціологічного дослідження було анкетування. За допомогою методу анкетування вивчався вплив комплексу факторів організації і управління КДЛЦ на комплекс результативних показників – задоволеність пацієнтів, якість обслуговування, оснащеність сучасним медичним обладнанням КДЛЦ тощо. Метою проведеного соціологічного дослідження було вивчення проблем організації медичної допомоги у КДЛЦ м. Миколаєва та можливостей її оптимізації шляхом узагальнення думки населення та медиків. Тому програма соціологічного дослідження була оформлена у вигляді двох блоків анонімного соціологічне анкетування пацієнтів та медиків КДЛЦ за спеціально розробленими анкетами (відповідно нами були розроблені дві анкети для проведення вибіркового анонімного анкетування). Важливим елементом підготовки дослідження було визначення методів збору і обробки інформації, розробка програм спостереження (анкет). Усі питання, включені до анкет, були умовно розділені на декілька груп.

I За змістом:

1. Питання про фактори: «Ким Ви були направлені до КДЛЦ?»
2. Питання про поведінку: «Чи підвищували Ви кваліфікацію на циклах у закладах післядипломної освіти впродовж останніх 5-ти років?» (в анкеті для медиків).
3. Питання про мотиви: «Чому Ви не звернулись до приватного КДЛЦ?»
4. Питання – оцінки: «Ви задоволені якістю наданої медичної допомоги?»
5. Питання, які характеризують особистість респондента (стать, вік, освіта).

II За формою:

1. відкриті;

- 2 закриті (альтернативні або питання-набір);
- 3 прямі;
- 4 непрямі.

Відкриті питання не передбачають жодних підказок і можливих варіантів відповіді. У зв'язку із складністю статистичного узагальнення відповідей на відкриті питання, вони не були включені до розроблених анкет. Закритими питаннями є ті, які містять варіанти можливих відповідей. Так, в анкеті респондентам пропонували закриті питання – набір. Вони повинні були обрати один з варіантів при відповіді на питання, наприклад: «Ваші доходи на одного члена сім'ї за останні 12 місяців? – більше 2500 грн.; 1000-2500 грн., до 1000 грн.». Питання, які націлені на отримання прямої, безпосередньої інформації є прямими. Вони формулюються в особистій формі. Так, наприклад, в анкеті для пацієнтів прямим питанням було наступне: «Чи знайомі Ви з методами профілактики Вашого захворювання?». Непрямі питання формулювались у безособовій формі, а як Ви думаєте? Наприклад, у анкеті для медиків, «Чи необхідні, на Вашу думку, організаційні зміни у закладі, у якому Ви працюєте?»

III за функціями – вступні; – основні; – контрольні.

Вступні питання призначалися для невимушеного залучення респондента до досліджуваних проблем.

Основні питання розкривають досліджувану тему і несуть соціологічну інформацію. До них відноситься питання: «Скільки часу Ви витратили в очікуванні прийому лікаря?»

Контрольні питання використовувались для перевірки щирості респондентів і достовірності відповідей. Зазвичай в анкеті основні та контрольні питання розташовуються таким чином, щоб респондент не зміг вловити прямого зв'язку між ними. Наприклад, у анкеті для медиків було питання: «Чи вважаєте Ви достойною оплату Вашої праці?», контрольним стосовно якого було питання:

«Чи необхідні, на Вашу думку, організаційні зміни у закладі, в якому Ви працюєте, з метою підвищення економічної зацікавленості персоналу?». З методичної точки зору, важливо було схему анкет укласти у рамки композиції. Композиція анкети, як правило, характеризується наступною послідовністю розділів: вступна частина, соціально-демографічна частина («паспортні дані»), основна частина (може бути кілька блоків питань). Чого ми і дотримувались у проведеному дослідженні. Вступна частина анкети у нас представляє звернення до респондента, в якому у простій і зрозумілій формі вказується мета опитування, і яким чином надалі будуть використані його результати. Гарантується анонімність відповідей, чітко викладаються правила і техніка заповнення анкети. Призначення вступної частини полягає у тому, щоб максимально привернути до себе опитуваного, зацікавити його темою опитування і спонукати брати участь у дослідженні. У соціально-демографічній частині анкети («паспортна частина») поставлені питання, які стосуються об'єктивного статусу респондента (стать, вік, соціальна належність). Соціально-демографічний блок питань дозволяє, по-перше, перевірити надійність зібраних даних, їх якісну репрезентативність і, по-друге, зробити більш якісним заключний аналіз результатів дослідження. Основна частина анкети включила питання, послідовність яких поступово розкриває зміст досліджуваної теми. Ця частина анкети є найбільшою за обсягом і найскладнішою за змістом. Головна мета питань основної частини анкети полягала в тому, щоб зацікавити опитуваного питаннями, націленими на отримання фактичної інформації, з'ясування думки, визначення оцінки респондента за тією інформацією, яка має пряме відношення до теми дослідження. Питання формулювались у зрозумілій для респондентів формі. Таким чином, основне значення соціологічного дослідження полягало в отриманні групової думки, інформації, відображеної у свідомості респондентів про стан медичного обслуговування у КДЛЦ. Ця інформація надходила з висловлювань респондентів з приводу зафіксованих в анкеті у вигляді питань дослідницьких завдань і категорій аналізу. При підготовці соціологічного

дослідження завжди постає питання про його обсяг (кількість одиниць спостереження), тобто його кількісну репрезентативність. Розрахунок необхідної кількості одиниць спостереження для забезпечення репрезентативності результатів соціологічного опитування пацієнтів та медиків КДЛЦ. Анкети заповнювались анонімно. За матеріалами дослідження здійснено аналіз стану організації медичної допомоги у комунальному КДЛЦ у порівнянні з приватним.

РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ТЕНДЕНЦІЙ У СТАНІ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ М. МИКОЛАЄВА

3.1. Загальний аналіз стану здоров'я населення м. Миколаєва

Виконання основного стратегічного завдання діяльності системи охорони здоров'я – збереження та зміцнення здоров'я населення, поліпшення якості медичної допомоги, розробка конкретних лікувальних і профілактичних заходів, форм і методів роботи окремих служб не можливі без знання основних характеристик, тенденцій та закономірностей стану здоров'я населення. Оцінка стану та тенденцій здоров'я населення є необхідною умовою для здійснення науково обґрунтованої управлінської діяльності у системі охорони здоров'я. Статистичні дані про стан здоров'я населення є основою планування лікувально-профілактичних заходів, розробки організаційних форм та методів роботи органів та закладів охорони здоров'я, а також для контролю за ефективністю їх діяльності щодо збереження здоров'я населення. Моніторинг за станом здоров'я населення передбачає здійснення постійного динамічного спостереження із використанням комплексної інформації щодо медично-демографічної ситуації, захворюваності, інвалідності.

Аналіз медично-демографічної ситуації у м. Миколаєві засвідчив, що чисельність постійного населення на 1 січня 2018 року складала 2865,3 тисяч осіб та становила 6,7% від кількості населення України. Чисельність постійного населення міста зросла, порівняно із 2015 роком, на 18,6 тисяч осіб, а за 10 років – на 28,4 тисяч. Збільшення чисельності населення міста відбувалось як за рахунок міграційних процесів, так і за рахунок природного приросту населення. Дані процеси сприяли тому, що демографічна ситуація у місті мала позитивну тенденцію. Починаючи з 2008 року у м. Миколаєві кількість народжених переважала над кількістю померлих. У 2016 році це перевищення склало 5903 особи, показник природного приросту, відповідно, становив 2,0 на 1000 населення Миколаєва, як і більшість міст економічно розвинутих країн Європи,

відноситься до міст із демографічно старим населенням, так як частка осіб у віці старше 60 років становить 20% від чисельності населення. Питома вага осіб старше 50 років перевищує частку осіб у віці 0-14 років, що свідчить про регресивний тип вікової структури населення столиці. У 2018 р., порівняно із 2013 р., частка осіб у віці 0-15 років зросла з 14,8% до 16,3%; осіб у віці 16-60 років – скоротилась з 66,2% до 63,7%; осіб старше 60-ти років – зросла з 19% до 20%. За рахунок таких структурних зрушень загальне демографічне навантаження за даний період зросло з 510 до 570 осіб на 1000 осіб працездатного віку. З 2008 року у місті намітилась позитивна тенденція до зростання народжуваності. Загальний коефіцієнт народжуваності у м. Миколаєві протягом 2009-2019 рр. зріс з 10,4 до 14,5 випадків на 1000 населення і починаючи з 2008 року його рівень перевищував рівень загального коефіцієнта смертності. Проте слід відмітити, що позитивна динаміка показників народжуваності та плідності (сумарний коефіцієнт плідності зріс з 1,17 у 2007 році до 1,57 у 2016 р.; на 34,2%) не призвела до зміни типу відтворення населення у місті, він залишився звуженим. У 2016 р. бруто та нетто коефіцієнти відтворення населення становили 0,75 та 0,74, відповідно (для простої заміни поколінь – стаціонарного типу відтворення, необхідно щоб значення цих показників склали 1,2 та 1,0, відповідно).

Аналіз динаміки загального коефіцієнта смертності засвідчив його зниження у м. Миколаєві впродовж 2009-2019 рр. За цей період кількість померлих у розрахунку на 1000 населення зменшилась з 11,4 до 9,6. Починаючи з 2012 р. рівень загального коефіцієнта смертності почав зростати і протягом 2018-2019 р. стабілізувався на значенні 10,5 випадків смерті на 1000 населення. За рахунок вказаних тенденцій у народжуваності та смертності у м. Миколаєві починаючи з 2009 р. реєструється позитивний природний приріст, значення якого у 2018 р. склало 2,0 на 1000 населення. Суттєве значення для визначення пріоритетів щодо можливостей запобігання смертності відіграє аналіз її причин. Слід також відмітити, що її структура (за умови відсутності повних та системних

матеріалів щодо захворюваності населення) найкращим чином акумулює усю патологію населення. Структурний розподіл причин смерті населення м. Миколаєва залишається досить стабільним (рис.2). У 2018 р., як і попередні роки, перше місце із питомою вагою 63,9% обійняли хвороби системи кровообігу (ХСК), друге – злоякісні новоутворення (ЗН) (17,2%), третє – травми та отруєння (4,9%), четверте – хвороби органів травлення (4,4%), п’яте – хвороби органів дихання (2,4%), шосте – інфекційні хвороби (1,5%).

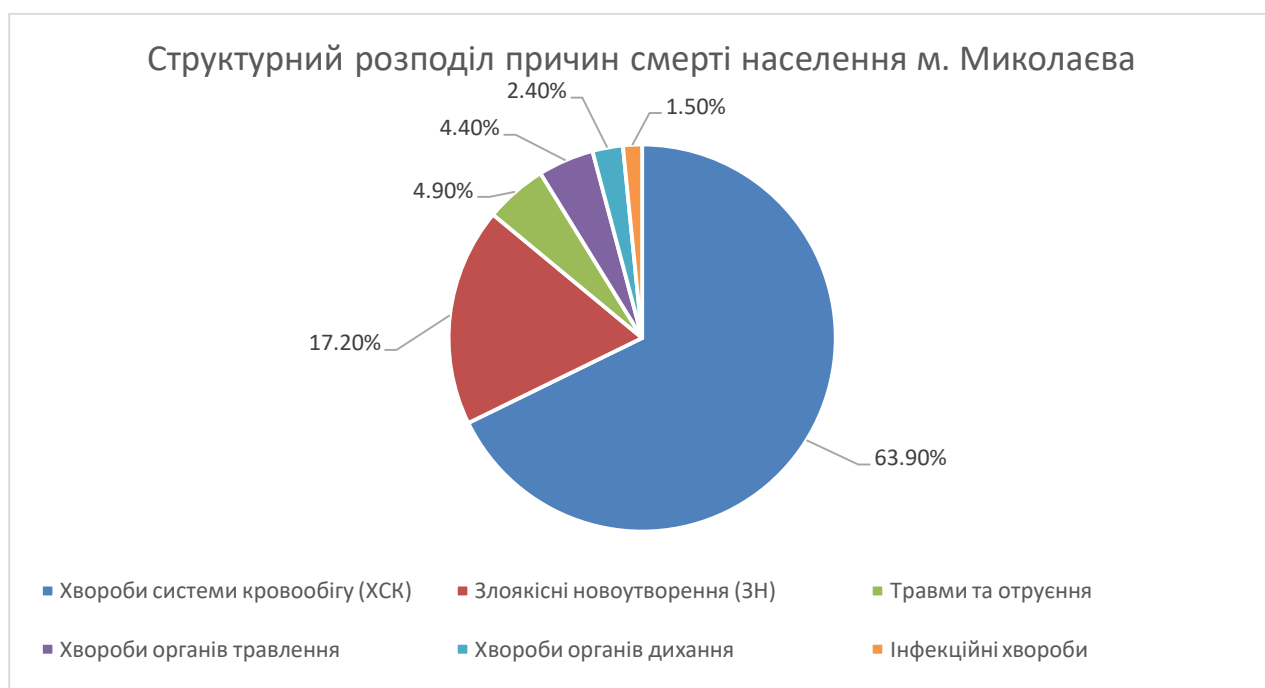


Рисунок 2. Структурний розподіл причин смерті населення м. Миколаєва за 2019 рік.

Таким чином, у м. Миколаєві сформувався неепідемічний тип смертності населення: ХСК та ЗН складають понад 80% у структурі причин смерті. Аналіз динаміки рівнів смертності населення за основними причинами засвідчив найбільш несприятливий тренд у смертності від ЗН, рівні якої хвильоподібно коливались із загальною тенденцією до росту. Рівні смертності від ХСК знижувались впродовж 2009-2019 рр., а з 2016 року сформувалась тенденція до зростання частоти смертності від цієї причини.

Таким чином, ХСК та ЗН не тільки є домінуючими причинами смерті у м. Миколаєві, а й характеризуються несприятливими динамічними тенденціями серед жителів України. Однією з найбільш гострих проблем м. Миколаєва, як і України в цілому, є висока смертність населення у працездатному віці. Щорічні втрати населення працездатного віку по місту складають 5 – 7 тисяч осіб. У 2018 році у працездатному віці померло 6427 осіб (20,9% від усіх померлих, 12,1% від померлих чоловіків та 8,7% від померлих жінок), (рис.3).



Рисунок 3. Гендерний розподіл смертності працездатного віку.

У структурі причин смерті населення працездатного віку провідні місця обіймають хронічні неінфекційні захворювання. У 2016 р. питома вага хвороб системи кровообігу складала 37,7%, злоякісних новоутворень – 17,0%, хвороб органів травлення – 11,0%. У м. Миколаєві висока питома вага випадків смерті від ендогенних та квазіендогенних причин (хвороби системи кровообігу, злоякісні новоутворення) межує із значними частками випадків смерті від екзогенної патології (травми та отруєння (15,4%), інфекційні та паразитарні хвороби (6,1%), які на сьогодні є керованими причинами смерті, яким можна

запобігти. Одним із ключових індикаторів здоров'я населення, який віддзеркалює не тільки стан здоров'я дітей, а й їх батьків, а також рівень соціально економічного та санітарно-гігієнічного благополуччя у суспільстві, а також організацією роботи системи охорони здоров'я, є смертність дітей у віці до одного року (немовлят). Аналіз смертності немовлят засвідчив, що динаміка даного ключового індикатора стану здоров'я населення впродовж 2009- 2019 рр. характеризувалась стабільною тенденцією до зниження, а його рівень скоротився на 42,6% (з 9,7 до 5,6 випадків на 1000 народжених живими). Стратегією розвитку м. Миколаєва до 2025 року передбачено зниження смертності немовлят до 4,0 випадків на 1000 народжених живими. Узагальнену оцінку смертності, незалежно від особливостей вікової структури населення, дає аналіз середньої очікуваної тривалості життя (СОТЖ). Цей показник інтегрує у собі не тільки зміни життєдіяльності різних статевих-вікових груп, але також є одним із основних показників, які характеризують стан здоров'я населення міста, рівень його життя та рівень медичного обслуговування. Величина середньої очікуваної тривалості життя населення визначається рівнем смертності від основних причин та є найкращим індикатором, який чутливо реагує на коливання смертності населення і дає можливість аналізувати та порівнювати її у часі та просторі. Аналіз динаміки СОТЖ у м. Миколаєві впродовж 2009-2019 рр. засвідчив її зростання на 2,9 роки з 71,3 до 74,2 років. Гендерні відмінності у показниках смертності також чутливо відображаються на середній очікуваній тривалості життя чоловіків та жінок. Тенденція до зростання СОТЖ була притаманна як для жіночого (на 2,2 роки), так і чоловічого населення. Більш вагомий приріст СОТЖ у чоловіків скоротив гендерний розрив у значенні даного показника, але і у 2016 р. він залишався дуже вагомим – СОТЖ у чоловіків на 8,4 роки коротша, ніж у жінок. Як і у попередні роки СОТЖ у місті суттєво перевищувала значення даного показника в Україні (71,7 у 2016 р.). Але навіть у м. Миколаєві СОТЖ є суттєво нижчою, ніж у країнах ЄС (80 років). Це пояснюється дуже високими показниками смертності серед чоловічого населення м. Миколаєва та України, особливо – у

працездатному віці, та більш високими, ніж у країнах ЄС, показниками смертності немовлят. Одним із завдань Стратегії розвитку м. Миколаєва до 2025 року є збільшення тривалості життя Миколаїва до 79,8 років [21]. Виконати це завдання можливо за рахунок активізації профілактичної роботи, а також удосконалення організації медичної допомоги населенню міста, у першу чергу, її амбулаторно-поліклінічної ланки, яка має найбільші важелі впливу на стан здоров'я населення.

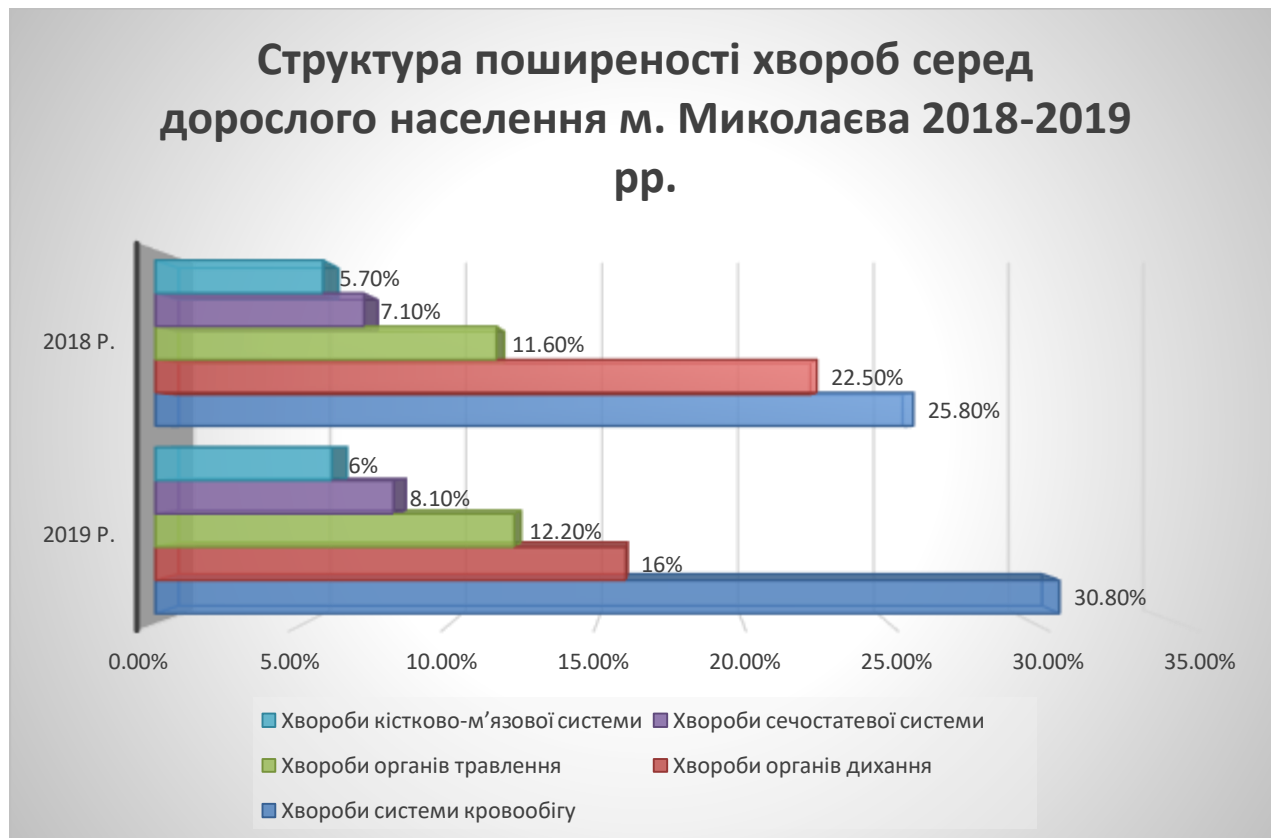
3.2. Загальна характеристика захворюваності населення м. Миколаєва

За даними звернень до амбулаторно-поліклінічних закладів у 2019 р. у м. Миколаєві було зареєстровано майже 6,7 млн. випадків захворювань, серед яких більше 2,5 млн. припадало на вперше виявлену патологію. Рівень первинної захворюваності у м. Миколаєві становив у 2018 р. 8684,4 випадки на 10 тис. всього населення. Значення показника у районах міста коливалось у межах від 5549,1 до 8823,8 захворювань на 10 тис. всього населення. Одним із чинників територіальної диференціації рівня захворюваності була забезпеченість населення районів міста лікарськими кадрами. Встановлено наявність прямого кореляційного зв'язку середньої сили між кількістю зайнятих лікарських посад у амбулаторно-поліклінічних закладах району та рівнем первинної захворюваності ($r=0,64$, $p\leq 0,05$).

Поширеність хвороб у м. Миколаєві у 2019 р. складала 22938 випадків на 10 000 всього населення, 19456,9- на 10 000 дитячого населення та 23816,3 – на 10 000 дорослого населення. Поширеність хвороб серед всього населення м. Миколаєва характеризувалась хвилеподібною динамікою з максимальними рівнями показника у 2008 та 2013 роках і мінімальними значеннями у 2007, 2011 та 2015 роках. У 2018 р. було зареєстровано 22938 захворювань на 10 тис. всього населення. Поширеність хвороб серед дорослого населення м. Миколаєва зростала з 2009 р. до 2012 року, знижувалась впродовж 2013-2014 років та стабілізувалась починаючи з 2015 року. У 2018 році її рівень склав 23816,3 на 10 тис. дорослого населення. Про накопичення хронічних захворювань серед дорослого населення м. Миколаєва свідчить зменшення питомої ваги вперше зареєстрованих захворювань серед усіх хвороб з 33,8% у 2009 р. до 30,3% у 2016 р. та зростання індексу накопичення хвороб з 2,9 у 2009 р. до 3,3 у 2016 році.

У 2018 р. у структурі поширеності хвороб серед всього населення м. Миколаєва перші п'ять місць посідали: хвороби системи кровообігу – 25,8%, хвороби

органів дихання – 22,5%, хвороби органів травлення – 11,6%, хвороби сечостатевої системи – 7,1%, хвороби кістково-м'язової системи – 5,7% (таб.2).



Таблиця 2. Структурний розподіл поширеності хвороб серед дорослого населення м. Миколаєва.

Структурний розподіл поширеності хвороб серед всього населення м. Миколаєва був незмінний протягом усього періоду спостереження. Структура поширеності хвороб серед дитячого населення також характеризувалась стабільністю у часі: у 2016 р., як і у попередні роки більше, половини захворювань зареєстрованих серед дітей складала хвороби органів дихання, з питомою вагою 54,4%. Друге місце належало хворобам органів травлення (8,7%). Наступні позиції посідали травми (5,9%), хвороби ока та його придаткового апарату (4,7%), хвороби кістково-м'язової системи (4,2%).

У структурі поширеності хвороб серед дорослого населення м. Миколаєва у 2019 р. перше місце обіймали хвороби системи кровообігу (30,8%), друге – хвороби органів дихання (16,0%), третє – хвороби органів травлення (12,2%), четверте – хвороби сечостатевої системи (8,1%), п'яте – хвороби кістково-м'язової системи (6,0%).

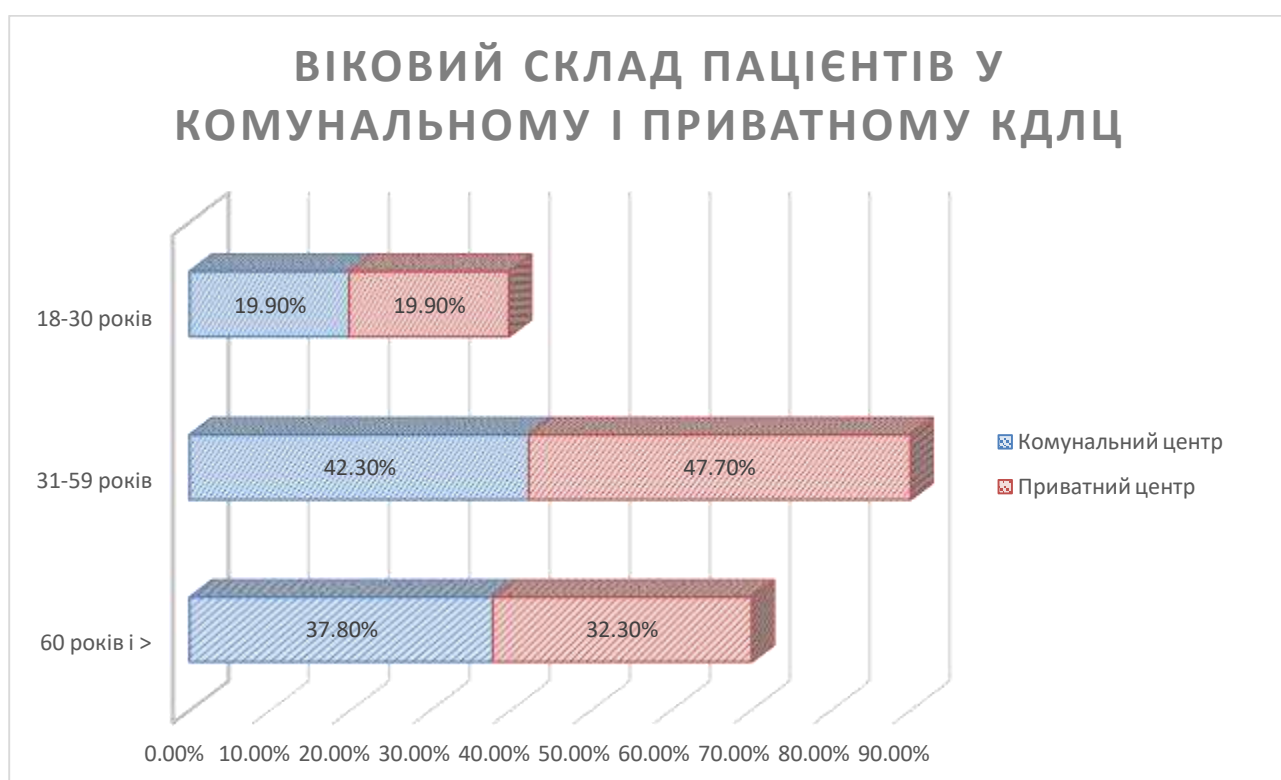
РОЗДІЛ 4. ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДІАГНОСТИЧНИХ ТА ЛІКУВАЛЬНИХ ЦЕНТРІВ М. МИКОЛАЄВА ЗА МАТЕРІАЛАМИ СОЦІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

4.1. Порівняльна характеристика стану організації медичної допомоги у комунальному та приватному консультативно-діагностичних центрах

м. Миколаєва за матеріалами анкетування пацієнтів

У 2019 р. у м. Миколаєві за спеціально розробленою програмою було проведене дослідження задоволеності населення медичною допомогою у комунальному і приватному консультативно-діагностичних центрах з метою подальшого їх порівняльного аналізу. Матеріали даного дослідження були використані на наступних етапах дослідження для обґрунтування напрямів удосконалення організації діяльності комунальних КДЛЦ. Соціологічне дослідження здійснювалось шляхом анкетування пацієнтів, які звернулись до комунального (37 пацієнтів) і приватного (39 пацієнтів) КДЛЦ м. Миколаєва. Обидві вибірки були якісно та кількісно репрезентативними. Анкети заповнювались респондентами анонімно. Опитування пацієнтів проводилось за спеціально розробленою анкетною, яка містила 21 питання і 61 підпитання. Статистична обробка матеріалів соціологічного дослідження передбачала використання методів статистичної групування, табличного зведення, аналізу абсолютних і відносних рядів розподілу, оцінку статистичної вірогідності відмінностей результатів соціологічного опитування респондентів у комунальному і приватному КДЛЦ (за критерієм Пірсона χ^2). Аналіз матеріалів проведеного дослідження дозволив визначити статевовіковий склад пацієнтів комунального та приватного КДЛЦ, здійснити порівняльний аналіз їх розподілу за соціальним, матеріальним станом, рівнем освіти, а також вивчити їх задоволеність одержаною у КДЛЦ медичною допомогою.

Встановлено, що серед пацієнтів як комунального, так і приватного діагностичних центрів, переважали жінки ($62,7 \pm 2,3\%$ та $55,8 \pm 2,5\%$, відповідно). Віковий склад пацієнтів у комунальному і приватному КДЛЦ не мав суттєвих відмінностей. У комунальному центрі питома вага вікової групи 18–30 років складала $19,9 \pm 1,9\%$; 31–59 років – $42,3 \pm 2,4\%$, а старше працездатного віку (60 і більше) – $37,8 \pm 2,3\%$. У приватному, відповідно – $19,9 \pm 2,0\%$; $47,7 \pm 2,5\%$; $32,3 \pm 2,4\%$.



Таблиця 3. Віковий склад пацієнтів у комунальному і приватному консультативно-діагностичних центрах.

При проведенні соціологічного дослідження важливе значення має освітній рівень опитаних, від якого у значній мірі залежить санітарна культура, медична активність респондентів, а також їх задоволеність наданою медичною допомогою. Частка осіб, які мали вищу освіту, складала майже половину ($48,1 \pm 2,4\%$) серед пацієнтів комунального і більше половини ($66,9 \pm 2,4\%$) серед пацієнтів приватного КДЛЦ. Вагомою була також питома вага осіб, які мали спеціальну середню освіту ($39,6\% \pm 2,3\%$ та $26,8 \pm 2,2\%$, відповідно). За

соціальною належністю розподіл респондентів у комунальному та приватному КДЛЦ суттєво відрізнявся 24,7±2,1% серед пацієнтів комунального КДЛЦ становили службовці, 16,7±1,8% – пенсіонери, 15,6±1,7% – робітники, 12,6±1,6% – домогосподарки. Серед пацієнтів приватного центру найбільшу частку склали підприємці (44,7±2,5%) та службовці (30,1±2,3%). При аналізі результатів соціологічних опитувань вагоме значення має матеріальний стан респондентів, який суттєво впливає на їх ставлення до багатьох аспектів організації медичного обслуговування, а також вибір для отримання медичної допомоги комунального або приватного КДЛЦ. Серед опитаних пацієнтів комунальних КДЛЦ – 41,9±2,4% мали доходи протягом останніх 12 місяців понад 2500 грн. на місяць у розрахунку на одного члена сім'ї, 53,5±2,4% – від 1000 до 2500 грн. і 4,6±1,0% – менше 1000 грн. У приватному закладі частка пацієнтів, які мали доходи понад 2500 грн. на місяць у розрахунку на одного члена сім'ї становила 78,3±2,1%. Тобто розподіл пацієнтів комунального та приватного КДЛЦ за матеріальним станом суттєво відрізнявся ($p < 0,05$).

Важливою складовою ефективною організації лікувально-діагностичного процесу у закладах охорони здоров'я є скоординована взаємодія лікарів загальної практики-сімейної медицини та лікарів вузьких спеціальностей. Згідно діючих на сьогодні нормативних документів, пацієнти мають скеровуватись до лікарів вузьких спеціальностей лікарями загальної практики-сімейної медицини. За результатами нашого соціологічного дослідження, переважна більшість (66,1±2,3%) респондентів звернулась до комунального КДЛЦ самостійно і тільки третина (33,9±2,3%) за направленням лікаря загальної практики-сімейної медицини (рис.4). Маючи вільний вибір платних медичних послуг, пацієнти приватного діагностичного центру у 90,4±1,5% звернулись самостійно ($p < 0,05$).

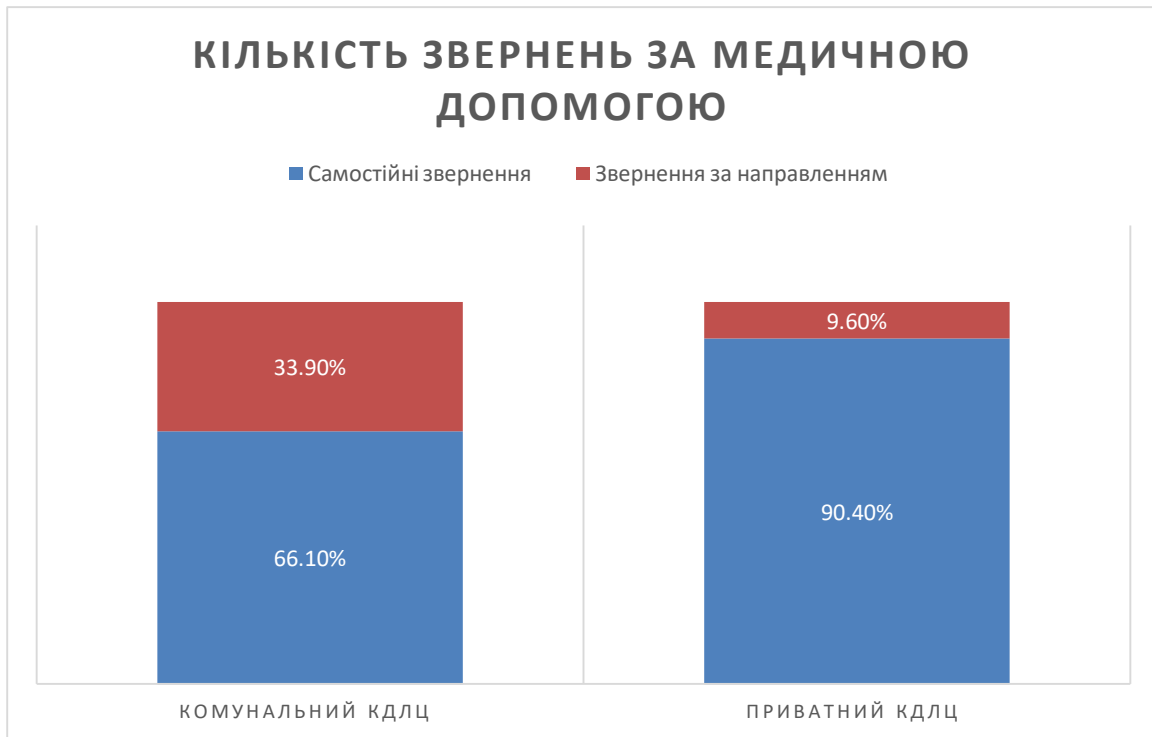


Рисунок 4. Розподіл пацієнтів за кількістю звернень пацієнтів у комунальному і приватному консультативно-діагностичних центрах.

При організації роботи КДЛЦ важливим є забезпечення раціонального розподілу потоку пацієнтів за днями тижня і годинами прийому лікарів. Актуальною проблемою є організація прийому таким чином, щоб пацієнти не очікували у черзі тривалий час перед кабінетом лікаря. Дослідження показало, що витрати часу пацієнтів на очікування прийому у комунальних і приватних КДЛЦ істотно різняться.

При зверненні до лікарів лікування призначалось $79,2 \pm 1,8\%$ пацієнтів у комунальному і $97,2 \pm 0,8\%$ у приватному КДЛЦ. Це свідчить про те, що частині хворих ($20,8 \pm 1,8\%$) у комунальному КДЛЦ не потрібне було лікування і вони приходили за різними довідками, роз'ясненнями та т.п. (рис.5).

Порівняльна характеристика комунального та приватного КДЛЦ щодо призначення лікування

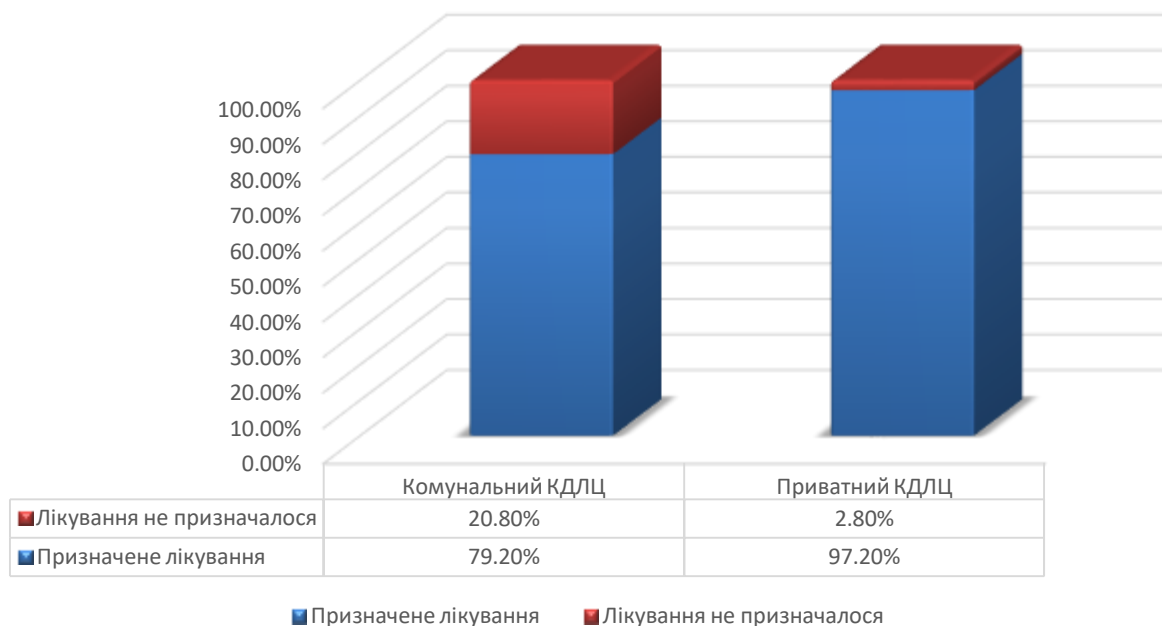


Рисунок 5. Розподіл пацієнтів за кількістю призначення лікування пацієнтів у комунальному і приватному консультативно-діагностичних центрах.

При правильній організації роботи для таких пацієнтів повинен бути організований кабінет сестринського прийому, де пацієнти зможуть отримати різні довідки, не відволікаючи лікаря від прийому. $8,2 \pm 1,3\%$ пацієнтів у комунальному КДЛЦ були незрозумілі рекомендації надані лікарем по завершенню лікування. Ймовірно дефіцит часу у лікарів на прийомі призводить до такої ситуації. Одним з ефективних методів активного динамічного спостереження за хворими є диспансерний метод. У комунальному КДЛЦ, згідно результатів опитування, під диспансерним наглядом перебувало $19,7 \pm 1,9\%$ пацієнтів, а більша частина ($80,3 \pm 1,9\%$) респондентів впевнено відповіла, що не перебуває під диспансерним спостереженням. У приватному закладі диспансерним наглядом охоплено $86,6 \pm 1,7\%$ пацієнтів. Таким чином, повнота охоплення диспансерним спостереженням істотно різниться.

Вітчизняними та зарубіжними дослідниками доведено, що у зміцненні здоров'я населення провідна роль належить профілактиці. Шляхи і методи вторинної

профілактики більшості захворювань розроблені та можуть широко використовуватись для багатьох груп пацієнтів. $51,0 \pm 2,4\%$ респондентів у комунальному КДЦ відповіли, що вони добре знають питання профілактики свого захворювання, проте $49,0 \pm 2,4\%$ респондентів зізнались, що питання профілактики знають незадовільно. У приватному закладі, відповідно, $92,7 \pm 1,3\%$ і $7,3 \pm 1,3\%$ (рис.6).

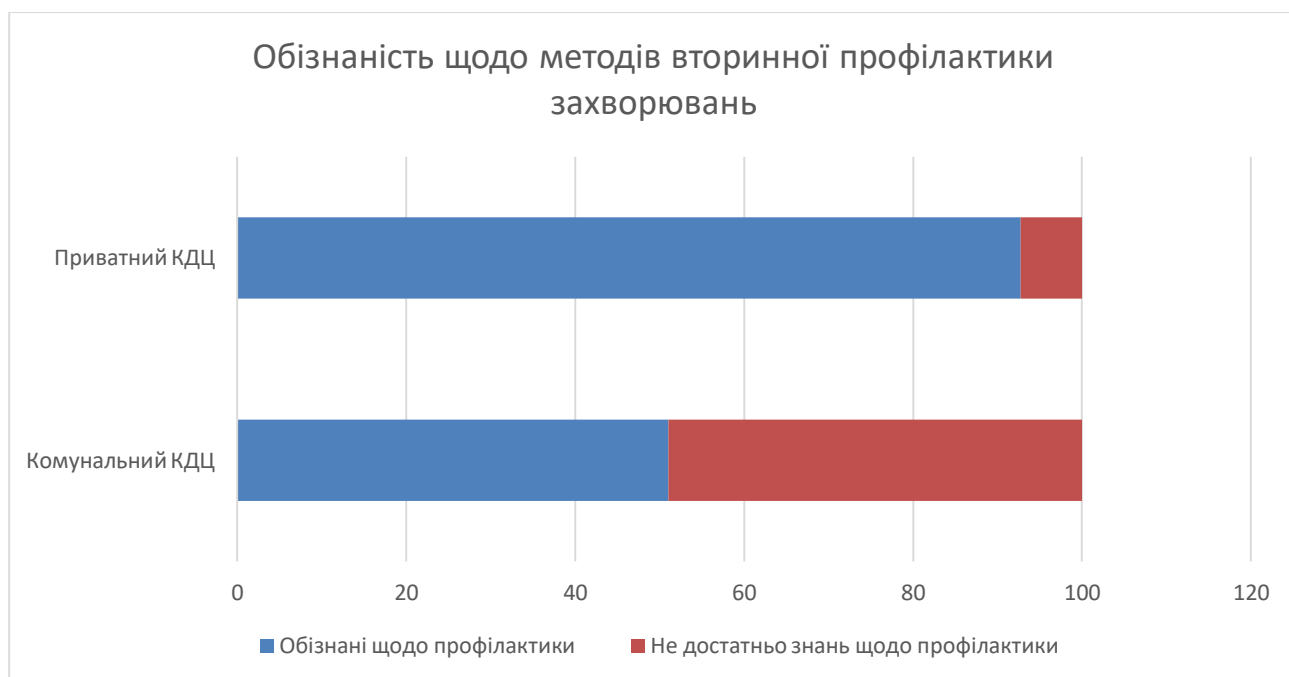


Рисунок 6. Розподіл пацієнтів за методами вторинної профілактики захворювань у комунальному і приватному консультативно-діагностичних центрах.

Рівнем сервісу у кабінетах комунального КДЦ, естетичним оформленням приміщень залишились задоволені $41,4 \pm 2,4\%$ респондентів, а у приватному центрах – $96,2 \pm 1,0\%$ (рис.7).

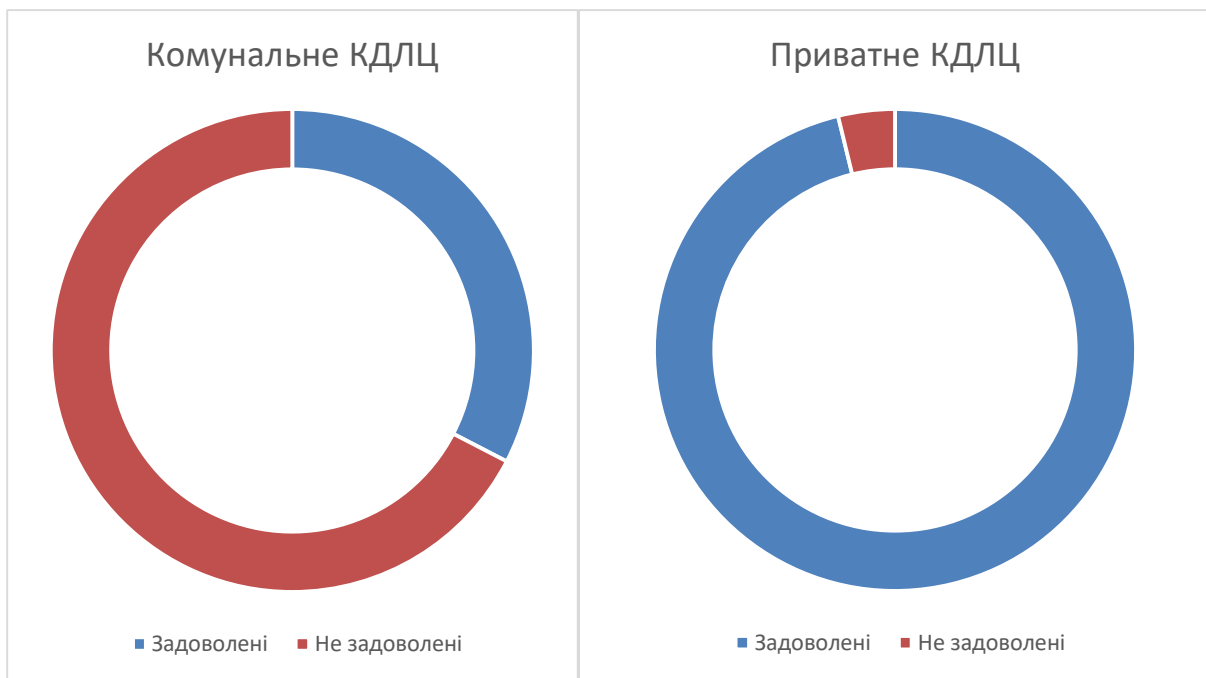


Рисунок 7. Розподіл пацієнтів за рівнем задоволеності пацієнтів у комунальному і приватному консультативно-діагностичних центрах.

Відмінності у матеріально-технічному, сервісному забезпеченні та організації прийому у комунальних та приватних закладах позначаються на обслуговуванні пацієнтів та їх задоволеності одержаною допомогою. Задоволені якістю наданої медичної допомоги $46,9 \pm 2,4\%$ пацієнтів у комунальному КДЛЦ, у приватному $93,7 \pm 1,2\%$ ($p < 0,05$).



Рисунок 8. Розподіл пацієнтів за рівнем задоволеності надання медичної допомоги у комунальному і приватному консультативно-діагностичних центрах.

Програмою соціологічного дослідження було передбачене вивчення причин, через які пацієнти комунального КДЛЦ не звернулись до приватних закладів, а пацієнти приватного КДЛЦ не звернулись до комунальних закладів. На питання, адресоване пацієнтам комунального КДЛЦ: «Чому Ви не звернулись до приватного закладу?», $98,6 \pm 0,6\%$ респондентів відповіли – дорогі послуги, $92,2 \pm 1,3\%$ – лікарі призначають дорогі медикаменти. На питання, поставлене пацієнтам приватного закладу: «Чому Ви не звернулись до комунального закладу?» – $98,0 \pm 0,7\%$ відповіли: «Що все рівно доведеться оплачувати послуги». Іншими причинами відмови у зверненні до комунального КДЛЦ було неуважне ставлення медичного персоналу ($91,7 \pm 1,4\%$), великі черги ($80,1 \pm 2,0\%$) та незадовільне оснащення комунальних закладів діагностичним обладнанням ($66,2 \pm 2,4\%$). Наявність платних послуг у комунального КДЛЦ засвідчують і результати опитування пацієнтів даних закладів, які підтвердили, що їм доводилось платити за лабораторні аналізи ($90,8 \pm 1,4\%$), діагностичні

обстеження ($97,3 \pm 0,8\%$), ін'єкції та інші маніпуляції ($95,2 \pm 1,1\%$). Таким чином, проведене соціологічне дослідження дозволило провести порівняльний аналіз і дати характеристику стану організації вторинної амбулаторної допомоги дорослому населенню м. Миколаєва у комунальній та приватній КДЛЦ. Встановлено, що на попит пацієнтів на медичні послуги впливає рівень доходів і платоспроможності населення, а також імідж медичного закладу (оснащення, кадри, технології, якість медичної допомоги). Показано, що в умовах скорочення фінансових можливостей комунального сектора, значного зниження витрат держави на вторинну амбулаторну допомогу, загострюються проблеми доступності та якості медичної допомоги. Результати проведеного соціологічного дослідження порівняні з результатами аналогічних досліджень інших авторів. На існування проблем у забезпеченні якості та доступності амбулаторної допомоги, виявлених у ході соціологічних опитувань пацієнтів, вказує багато дослідників [4, 12, 16]. У той же час соціологічне дослідження задоволеності пацієнтів у новостворених комунальних КДЛЦ, у порівнянні з приватними КДЛЦ, здійснене нами вперше. Результати проведеного дослідження засвідчили, що існуюча система надання вторинної амбулаторної допомоги у комунальних КДЛЦ м. Миколаєва не забезпечує сучасні потреби населення. Порівняльний аналіз результатів соціологічного опитування пацієнтів комунального та приватного КДЛЦ дає підстави стверджувати, що існує необхідність наукового обґрунтування нової оптимізованої моделі КДЛЦ для населення великого міста з використанням форм і моделей державно-приватного партнерства [71].

4.2. Програма оптимізації роботи консультативно-діагностичних центрів

В умовах незадовільного фінансування системи охорони здоров'я в Україні надзвичайно гостро постає питання про необхідність прискореного переходу галузі від екстенсивно орієнтованої, розподільної системи ресурсного забезпечення на інтенсивну модель розвитку з економічними методами управління, зокрема, на реалізацію державно-приватного партнерства. Розглядається система відносин між державним та приватним партнерами, ресурси яких при реалізації проекту об'єднуються з відповідним розподілом ризиків, що дозволяє реалізовувати потенціал приватного бізнесу при одночасному збереженні контрольних функцій держави.

Концепція розвитку системи консультативно-діагностичних центрів м. Миколаєва на принципах ДПП представлена у вигляді: методології реструктуризації – концептуального аналізу діючої системи; концепції реструктуризації КДЦ – системного підходу до розвитку об'єкта, його функцій, структури, організації, управління на принципах ДПП і третьої складової – обґрунтування організаційно-економічного формування моделі КДЦ на принципах ДПП – програми реалізації розвитку КДЦ. На практиці розвиток партнерських відносин держави і бізнесу в організації та розвитку КДЦ дозволить залучити до комунального сектора охорони здоров'я додаткові ресурси. Розподіл сфер діяльності у комунальній системі охорони здоров'я між державним сектором, приватною медициною і державно-приватним партнерством сприятиме розвитку інноваційних форм проектного менеджменту. Новий механізм взаємодії держави, бізнес-структур та суспільства в комунальному секторі охорони здоров'я повинен включати створення інститутів, механізмів і інструментів, які забезпечують залучення інвестицій приватного сектора. Це можливо реалізувати за рахунок багатоканального фінансування, вливання фінансових ресурсів держави і приватних інвесторів до проектів ДПП, а також за рахунок підвищення рівня корпоративної соціальної відповідальності; запровадження добровільного та

обов'язкового медичного страхування; залучення коштів бізнес-структур для фінансування системи охорони здоров'я, залучення коштів приватних інвесторів тощо. Таким чином, взаємодія державної влади і приватного сектора щодо об'єднання ресурсів і потенціалів, справедливий розподіл ризиків між сторонами-партнерами дозволить активно залучати інвестиції, якісно і своєчасно реалізовувати соціально-медичні проекти, підвищити якість надання медичних послуг населенню, збільшити рівень управління соціальною інфраструктурою, сприяти розвитку медичних закладів державної (комунальної) власності. При цьому ДПП допоможе ефективно використовувати фінансові ресурси, досвід і професіоналізм приватного сектора при збереженні державного контролю над активами системи охорони здоров'я.

Одержані у ході наукового дослідження результати магістерської роботи, а саме, концепції реалізації державно-приватного партнерства у системі консультативно-діагностичних центрів, як нової функціонально організаційної моделі, яка є новою господарською і юридично самостійною організаційно-правовою формою медичного обслуговування населення на принципах державно-приватного партнерства зі збереженням контролюючих функцій держави, направлена на підвищення якості медичної допомоги населення у системі новостворених комунальних некомерційних підприємств консультативно-діагностичних лікувальних центрів.

ВИСНОВКИ

Нашим дослідженням встановлено недосконалість організації існуючої системи комунальних некомерційних консультативно-діагностичних центрів КДЛЦ (недостатнє фінансування, кадрове та матеріально-технічне забезпечення), її невідповідність міжнародним стратегіям, потребам пацієнтів і особливостям стану здоров'я населення. У роботі вирішена актуальна науково-практична проблема медично-соціального обґрунтування і розробки сучасної функціонально-організаційної моделі консультативно-діагностичного центру на принципах державно-приватного партнерства, яка здатна забезпечити якісну вторинну амбулаторну та стаціонарну медичну допомогу для всіх верств населення. Модель КДЛЦ на принципах ДПП повинна бути побудована з урахуванням міжнародних рекомендацій, зарубіжного та вітчизняного досвіду реалізації ДПП з доведеною прогнозованою медичною, соціальною та економічною ефективністю.

1. Проаналізувавши дані світової літератури, доведено, що розвиток державно-приватного партнерства у світовій економіці та в охороні здоров'я розвинених країн є загально світовою практикою. Це юридично закріплена форма взаємодії між державою і приватним сектором щодо об'єктів державної і комунальної власності. Державно-приватне партнерство визначає договірні відносини між державою і приватним партнером з метою взаємовигідної співпраці та досягнення значних економічних і соціальних результатів.

2. Встановлено, що актуальними медично-демографічними проблемами великих міст є високий ступінь демографічного постаріння населення, регресивний тип його вікової структури, висока смертність населення працездатного віку, яка обумовлює суттєве відставання України від розвинених країн Європи за ключовим індикатором здоров'я – середньою очікуваною тривалістю життя. Для м. Миколаєва характерним є неепідемічний тип патології: у структурі загальної захворюваності, інвалідності, смертності

провідне значення відіграють хронічні неінфекційні захворювання. Серед них найбільш актуальну проблему становлять хвороби системи кровообігу та злоякісні новоутворення, питома вага яких у структурі смертності складає 63,9% та 17,2%, відповідно, а у структурі первинної інвалідності дорослого населення – 22,3% та 29,6%, відповідно. Проаналізовано, що на протязі 2018-2019 рр. у м. Миколаєві поширеність хронічних неінфекційних хвороб зросла за всіма провідними класами хвороб за рахунок накопичення контингенту хронічних хворих. Рівень поширеності хвороб ендокринної системи виріс за 10 років на 24,8, системи кровообігу на 13,2, новоутворень – на 12,2, хвороб кістковом'язевої системи та сполучної тканини – на 9,3, органів травлення – на 6,9 випадки захворювань на 10 тисяч дорослого населення.

3. Виявлено ряд проблем в організації амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню м. Миколаєва на прикладі комунального некомерційного підприємства «консультативно-діагностичний центр №4». Неефективність існуючої системи організації профілактичних оглядів засвідчує надзвичайно низька питома вага хворих на рак легенів (6,7%) та туберкульоз (27,0%), виявлених при профілактичних оглядах, висока частка злоякісних новоутворень діагностованих у занедбаних стадіях (у т. ч. візуальних локалізацій: ротової порожнини – 25,2%, молочної залози – 15,5%, прямої кишки – 12,7%), зниження повноти виявлення цукрового діабету та первинна реєстрація кожного п'ятого (21,7%) його випадку на такій стадії, коли вже виникли ускладнення.

4. Порівняльний аналіз результатів соціологічного опитування пацієнтів комунального та приватного КДЦ показав, що якістю одержаної медичної допомоги задоволено лише $46,9 \pm 2,4\%$ пацієнтів у комунальних КДЦ, у приватних – $93,7 \pm 1,2\%$. На думку медиків, основними проблемами комунальних КДЛЦ є відсутність надійного фінансування ($83,0 \pm 1,9\%$), сучасного діагностичного обладнання та матеріалів ($80,5 \pm 2,0\%$), сучасних методів діагностики і лікування ($81,5 \pm 1,9\%$), недостатня господарська і

юридична самостійність КДЛЦ ($77,6 \pm 2,1\%$), низький рівень оплати праці медичних працівників ($82,0 \pm 1,9\%$) та відсутність у персоналу економічної мотивації до праці ($76,9 \pm 2,1\%$).

5. Нагальною проблемою для усіх КДЛЦ є заміна і оновлення існуючого морально застарілого та фізично зношеного обладнання з 100% вичерпаним експлуатаційним ресурсом. Потреба у високовартісному обладнанні у кожному КДЛЦ становить на суму порядку 9- 13 млн. грн. Встановлено, що для кадрових ресурсів КДЛЦ характерні наступні особливості: неповна укомплектованість посад медичних працівників (посади лікарів укомплектовані на 73,1-93,7%, середнього медичного персоналу – на 72,5-83,3%).

6. Обґрунтування концепції розвитку системи КДЛЦ на принципах ДПП дозволить розробити нову модель: функціонування на принципах ДПП, реалізація потенціалу приватного бізнесу при одночасному збереженні контрольних функцій держави, впровадження стратегічного планування обсягів діагностичної та лікувальної допомоги, сучасних економічних, структурно – технологічних і ресурсних механізмів управління, економічної мотивації персоналу, моніторингу ефективності використання кадрових, матеріальних і фінансових ресурсів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аблаев И. М. Основные принципы государственно-частного партнерства в условиях модернизации российской экономики / И. М. Аблаев // Эконом. науки. 2013. – № 2. – С. 17 – 21.
2. Аввакумов А. А. Проектирование моделей государственно-частного партнерства в реализации инновационной деятельности / А. А. Аввакумов // Государственно-частное партнерство. – 2015. – № 2. – С. 61 – 74.
3. Авдеева О. В. Развитие государственно-частного партнерства в инвестиционных проектах в сфере здравоохранения / О. В. Авдеева // Известия Тул. гос. ун-та. Эконом. и юрид. науки. – 2008. – № 2. – С. 141 – 150.
4. Амоша О. І. Удосконалення системи управління інноваціями як умова прискорення структурних реформ в Україні / О. І. Амоша, А. І. Землянкін, І. Ю. Підоричева // Економіка України. – 2015. – № 9. – С. 49 – 65.
5. Анализ ГЧП в системе здравоохранения Великобритании // Эксперт. журнал. – 2014. – № 4. – С. 36.
6. Ангаева С. П. Государственно-частное партнерство : учеб. пособие / С. П. Ангаева, С. Д. Дагбаева. – Улан-Удэ : Изд-во ВСГУТУ, 2016. – 81 с.
7. Ангаева С. П. Барьеры развития механизма государственно-частного партнерства в России / С. П. Ангаева. – М. : Эксперт. институт, 2010. – 32 с.
8. Андреева О. В. Государственно-частное партнерство в здравоохранении / О. В. Андреева, А. А. Сайтгареева, О. А. Волкова // Обществ. здоровье и здравоохранение. – 2014. – № 4. – С. 61 – 68.
9. Антонова К. А. Государственно-частное партнерство: современные подходы / К. А. Антонова // Экономика и управление. – 2010. – № 3. – С. 49–51.

10. Аришков А. А. Факторы успеха реализации проектов государственно-частного партнерства в субъектах Российской Федерации [Электронный ресурс] / А. А. Аришков // Управление эконом. системами. – 2015. – Режим доступа : URL : <http://uecs.ru/uecs-82-822015/item/3734-2015-10-07-05-57-33525?Pop=1&tmpl=component&>. – Заглавие с экрана
11. Астахова А. А. Государственно-частное партнерство: научно-теоретические и практические аспекты / А. А. Астахова // Лизинг. – 2011. – № 1. – С. 14–21.
12. Бабак Ю. П. Социологический опрос как альтернативный метод изучения состояния здоровья различных категорий населения / Ю. П. Бабак, С. А. Ефименко, С. С. Белоносов // Информационные технологии и общество, 2006 : материалы междунар. форума, 18-25 сент. 2006 г. – М. : Форсикон, 2006. – С. 54 – 57.
13. Балакин В. И. Государственно-частное партнерство в зарубежных интеграционных проектах КНР / В. И. Балакин // Китай в мировой и региональной политике, история и современность. – 2014. – Т. 19. – С. 281–290.
14. Балашов С. Опыт функционирования ГЧП в развитых странах. Государственно-частное партнерство в условиях кризиса / С. Балашов. – М., 2009. – С. 281 – 282.
15. 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.
16. Бондарєв Т. Реалізація державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України / Т. Бондарєв, Н. Поливка // Практика упр. мед. закладом. – 2014. – № 11. – С. 58 – 66.

17. Винницький Б. Досвід та перспективи впровадження державноприватних партнерства в Україні та за кордоном / Б. Винницький, М. Лендел, Б. Онищук. – Київ : К.І.С., 2018. – 146 с.
18. 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.
19. Вороненко Ю. В. Реформування охорони здоров'я: успіхи та перешкоди / Ю. В. Вороненко, Н. Г. Гойда // Сучас. мед. технології. – 2013. – № 2. – С. 24 – 26.
20. 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.
21. 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.
22. Горожанкіна М. Є. Державно-приватне партнерство: сучасна модель інтеграції інтересів / М. Є. Горожанкіна // Наук. вісник НЛТУ України. – 2011. – Вип. 21. – С. 176 – 183.
23. Государственно-частное партнерство и перспективы его развития в Беларуси. Дискуссионный материал. [Электронный ресурс]. – Минск : Исслед. центр ИПМ, 2010. – 10 с. – Режим доступа : URL : <http://www.research.by/webroot/delivery/files/pdp2010r04.pdf>. – Заглавие с экрана. 338
24. Государственно-частное партнерство как способ развития отечественного здравоохранения [Электронный ресурс] // Респ. обществ.- полит. газета (Республика Казахстан). – Режим доступа : URL : liter.kz/ru/articles/show/15324-gosudarstvenno. – Заглавие с экрана.

25. Гостева Н. А. Преимущества механизмов государственно-частного партнерства при реализации проектов в социальной сфере в зарубежных странах / Н. А. Гостева, Г. Г. Вялкин // Финанс. аналитика: пробл. и решения. – 2014. – № 41. – С. 29 – 38.
26. Гришина Н. К. Социологический мониторинг в информационном обеспечении управления здравоохранением [Электронный ресурс] / Н. К. Гришина // Соц. аспекты здоровья населения. – 2010. – № 4. – Режим доступа : URL : <http://vestnik.mednet.ru/content/view/248/30>. – Заглавие с экрана.
27. Грузева Т. С. Вплив соціально-економічних детермінант на популяційне здоров'я / Т.С. Грузева // Гл. врач. – 2007. – № 9. – С. 40 – 50.
28. ГЧП в системе здравоохранения Канады [Электронный ресурс] // Концессии и инфраструктурные инвестиции : эксперт. журнал [Офиц. сайт]. – Режим доступа : URL : <http://www.investinfra.ru/mirovoy-opyt/41-gchp-v-sisteme-zdravoohraneniya-kanady.html>. – Заглавие с экрана.
29. Державно-приватне партнерство: МОЗ України провело нараду з питань його впровадження у сфері охорони здоров'я. Матеріали Круглого столу з міжнародною участю «Актуальні питання міжнародної співпраці у 339 сфері охорони здоров'я» м. Київ, 17 грудня 2015 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : URL : <http://www.apteka.ua/article/338281>. – Назва з екрана.
30. Дерябина М. А. Теоретические и практические проблемы государственно-частного партнерства [Электронный ресурс] / М. А. Дерябина // Госбук. Экспертная сеть по вопросам государственного управления. 04.07.2011 г. – 27 с. – Режим доступа : URL : <http://www.gosbook.ru/node/27464>. – Заглавие с экрана.
31. Дмитрик Е. Государственно-частное партнерство. Украина [Электронный ресурс] / Е. Дмитрик // Аптека. – 2017. – № 33. – Режим доступа : URL : <http://www.apteka.ua/article/423444>. – Заглавие с экрана.

32. Добагян Е. К. Факторы и современные тенденции развития ГЧП в здравоохранении на примере зарубежного опыта / Е. К. Добагян // Человеч. капитал и профессион. образование. – 2016. – № 2. – С. 75–78.
33. Евлаев А. Н. Социально-политическая ответственность бизнеса в механизме государственно-частного партнерства / А. Н. Евлаев // Власть. – 2010. – № 7. – С. 93 – 97.
34. Еганян А. С. Государственно-частное партнерство в России / 340 А. С. Еганян // Государственно-частное партнерство. Пути совершенствования законодательной базы : сб. науч. ст. / под ред. А. А. Зверева. – М., 2009. – С. 48 – 57.
35. Ельсиновская С. О. Продвижение платных медицинских услуг: инструменты, которые работают / С. О. Ельсиновская // Здравоохранение: журн. рабочих ситуаций гл. врача. – 2016. – № 5. – С. 28 – 35.
36. Емельянов Ю. С. Государственно-частное партнерство в инновационном развитии экономики России : автореф. дис. .. д-ра эконом. наук : 08.00.05 / Емельянов Юрий Станиславович ; Ин-т экономики РАН. – М., 2012. – 60 с.
37. Ершов Д. Л. Перспективы реализации государственно-частного партнерства в здравоохранении субъектов в РФ / Д. Л. Ершов // Междунар. исследоват. журнал. – 2013. – № 10/13. – С. 33 – 35.
38. Сухих В. А. Государственно-частное партнерство: опыт России и Германии / В. А. Сухих, М. Н. Руденко, Е. Д. Оборина // Вестн. Перм. университета. – 2013. – Вып. 3. – С. 32 – 35.
39. Сычева И. В. Исследование форм и механизмов государственно-частного партнерства в мировой и отечественной практике / И. В. Сычева // Известия Тул. гос. ун-та. Эконом. и юрид. науки. – 2013. – № 2. – С. 23–33.

40. Сюткин М. В. Государственно-частное партнёрство в сфере здравоохранения в регионах России / М. В. Сюткин // Пробл. соврем. экономики. – 2011. – № 4. – С. 314 – 316.
41. 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.
42. Типовое руководство по подготовке проектов государственно-частного партнерства в регионах Республики Казахстан. – Астана, 2011. – 90 с. 227.
43. Хачатурян Н. С. Мировой опыт формирования эффективных механизмов взаимодействия государства и бизнеса в современных условиях / Н. С. Хачатурян // Terra economicus. – 2013. – Т. 11, № 1, ч. 3. – С. 14–18.
44. Чернецький В. Економічні механізми державного управління системою охорони здоров'я / В. Чернецький // Держ. управління та місцеве самоврядування. – 2013. – Вип. 1. – С. 145 – 150.
45. Чудинова И. Э. Экспертная оценка основных направлений развития государственно-частного партнерства в здравоохранении / И. Э. Чудинова, Б. А. Нисан // Организация лечебно-профилактической помощи населению и вызовы глобализации : материалы Междунар. науч.-практ. конференции. – М., 2012. – С. 279 – 281.
46. Шевчук Ю. В. Розвиток державно-приватного партнерства у контексті вдосконалення фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я / Ю. В. Шевчук // Економ. вісн. університету. – 2017. – Вип. 33/1. – С. 416–428.
47. 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. О. Дорошенко // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 1. – С. 120 – 124.

48. Ярош Н. П. Порівняльний аналіз розвитку державних стандартів надання медичної допомоги в Україні та зарубіжних країнах / Н. П. Ярош // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4. – С. 62 – 71.
49. A comparison of outpatient healthcare expenditures between public and private medical institutions in urban China: an instrumental variable approach / J. Xu, G. Liu, G. Deng [et al.] // Health Econ. – 2015. – Vol. 24, N 3. – P. 270 – 279.
50. Acerete B. Spanish healthcare public private partnerships: The „Alzira 363 model“ / B. Acerete, A. Stafford, P. Stapleton // Crit. Perspect. Account. – 2011. – Vol. 22, N 6. – P. 533 – 549.
51. Aksan H. A. The change in capacity and service delivery at public and private hospitals in Turkey: a closer look at regional differences / H. A. Aksan, I. Ergin, Z. Ocek // BMC Health Serv. Res. – 2010. – Vol. 10. – Art. No 300.
52. Allard G. Public-private partnerships in the Spanish health care sector / G. Allard, A. H. Y. Cheng // Eur. Public Priv. Partnership Law Rev. – 2009. – Vol. 2, N 1. – P. 82 – 88.
53. Alonso J. M. Public private partnerships for hospitals. Does privatization affect employment? / J. M. Alonso, J. Clifton, D. Díaz-Fuentes // J. Strateg. Contract. Negot. – 2016. – Vol. 2, N 4. – P. 313 – 325.
54. Anell A. Sweden: Health system review / A. Anell, A. H. Glenngard, S. Merkur // Health Syst. Transit. – 2012. – Vol. 14, N 5. – P. 1 – 159.
55. Asante A. D. Public-private partnerships and global health equity: prospects and challenges / A. D. Asante, A. B. Zwi // Indian J. Med. Ethics. – 2007. – Vol. 4, N 4. – P. 176 – 180.
56. Barlow J. Europe sees mixed results from public-private partnerships for building and managing health care facilities and services / J. Barlow, J. K. Roehrich, S. Wright // Health Aff. – 2013. – Vol. 32, N 1. – P. 146 – 154.

57. Barlow J. The private finance initiative, project form and design innovation: The UK's hospitals programme / J. Barlow, M. Köberle-Gaiser // *Res. Policy*. – 2008. – Vol. 37, N 8. – P. 1392 – 1402.
58. Barretta A. Ex-ante evaluation of PFIs within the Italian Health-Care sector: What is the Basis for this PPP? / A. Barretta, P. Ruggiero // *Health Policy*. – 2008. – Vol. 88, N 1. – P. 15 – 24.
59. Barrows D. Public private partnerships in Canadian healthcare. A case study of the Brampton civic hospital / D. Barrows, I. MacDonald, A. Supapol // *OECD J. Budgeting*. – 2012. – N 1. – P. 21 – 34.
60. Beck C. H. Gesellschaft bürgerlichen Rechts und Partnerschaftsgesellschaft: GbR Part G Kommentar. Sonderausgabe aus Band 6 (Schuldrecht Besonderer Teil IV) des Münchener Kommentars zum Bürgerlichen Gesetzbuch / C. H. Beck. – Berlin : Elsevier, 2017. – 696 p.
61. Blanken A. PPPs in health: static or dynamic? / A. Blanken, R. Dewulf // *Aust. J. Public Adm.* – 2010. – Vol. 69, N 1. – P. 35 – 47.
62. Brogaard L. The impact of innovation training on successful outcomes in public-private partnerships / L. Brogaard // *Public Manage. Rev.* – 2017. – Vol. 19, N 8. – P. 1184 – 1205.
63. Buse K. Global public-private health partnerships: lessons learned from ten years of experience and evaluation / K. Buse, S. Tanaka // *Int. Dent. J.* – 2011. – Vol. 61, suppl. 2. – P. 2 – 10.
64. Busse R. Germany: Health system review / R. Busse, M. Blümel // *Health Syst. Transit.* – 2014. – Vol. 16, N 2. – P. 1 – 296.
65. Cappellaro G. Institutional public private partnerships for core health services: evidence from Italy / G. Cappellaro, F. Longo // *BMC Health Serv. Res.* – 2011. – Vol. 11. – Art. No 82.

66. Cappellaro G. Diffusion of medical technology: the role of financing / G. Cappellaro, S. Ghislandi, E. Anessi-Pessina // *Health Policy*. – 2014. – Vol. 100, N 1. – P. 51 – 59.
67. Cappellaro G. PPPs in health and social services: a performance measurement perspective / G. Cappellaro, A. Ricci // *Public Money Manage.* – 2017. – Vol. 37, N 6. – P. 417 – 424.
68. Cheung E. Factors contributing to successful public private partnership projects: comparing Hong Kong with Australia and the United Kingdom / E. Cheung, A. P. C. Chan, S. Kajewski // *J. Facil. Manage.* – 2016. – Vol. 10, N. 1. – P. 45 – 58.
69. Ciccone D. K. Arguing for a centralized coordination solution to the 365 public-private partnership explosion in global health / D. K. Ciccone // *Glob. Health Promot.* – 2018. – Vol. 17, N 2. – P. 48 – 51.
70. Cruz C. O. Integrating infrastructure and clinical management in PPPs for health care / C. O. Cruz, R. C. Marques // *J. Manage. Eng.* – 2017. – Vol. 29, N 4. – P. 36 – 42.
71. Łakomy-Zinowik M. Public-private partnerships as a way of financing in the healthcare system (Based on the examples of Poland and the United Kingdom) / M. Łakomy-Zinowik // *J. Int. Stud.* – 2016. – Vol. 9, N 3. – P. 150 – 158.
72. Martin M. H. Public-private partnerships in global health: Addressing issues of public accountability, risk management and governance / M. H. Martin, A. Halachmi // *Public Adm. Quarterly*. – 2012. – Vol. 36, N 2. – P. 189 – 237.
73. Sadeghi A. Experiences of selected countries in the use of publicprivate partnership in hospital services provision / A. Sadeghi, O. Barati, P. Bastani // *J. Pak. Med. Assoc* – 2016. – Vol. 66, N 11. – P. 1401 – 1406.

74. Torchia M. Increasing the Governance Standards of Public-Private Partnerships in Healthcare. Evidence from Italy / M. Torchia, A. Calabria // Public Organ. Rev. – 2016. – N 12. – P. 1 – 18.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

АНКЕТА

Шановні громадяни! Проводиться соціологічне дослідження, результати якого будуть використані при удосконаленні організації медичної допомоги населенню. Ми просимо Вас ознайомитися з анкетною і відповісти на запитання. Ваші відповіді допоможуть в реорганізації медичного обслуговування населення. Анкета є анонімною тому жодних посилань на Вас як на автора відповідей зроблено не буде. Заповнення анкети проводиться виключно за Вашим бажанням. Заздалегідь дякуємо Вам за допомогу.

№ з/п	Питання	Варіант відповіді
1	Ваша стать	1.1 – чоловік
		1.2 – жінка
2	Ваш вік	2.1. – 18 – 30 років
		2.2 – 31 – 59 років
		2.3 – 60 років і старше
3	Ваша освіта	3.1. вища
		3.2. середня спеціальна
		3.3. середня
		3.4 початкова
4	Ваша соціальна належність	4.1. робітник
		4.2. службовець
		4.3. підприємець
		4.4. безробітний
		4.5. домогосподарка
		4.6. пенсіонер
		4.7. інша

		4.8. особливий статус (учасник війни, учасник ліквідації аварії на ЧАЕС, та інший пільговий статус)	
5	Ваші доходи на одного члена сім'ї за останні 12 місяців	5.1 більше 2500 грн.	
		5.2. 1000–2500 грн.	
		5.3. до 1000 грн.	
6	Ким Ви були направлені до КДЦ?	6.1. лікарем ЗП-СМ	
		6.3. звернувся самостійно	
7	Скільки часу Ви витратили в очікуванні прийому лікаря?	7.1. до 15 хвилин	
		7.2. від 15 до 30 хвилин	
		7.3. від 30 до 60 хвилин	
		7.4 не очікував	
8	Чи стягувалась з Вас плата за наступні послуги?	8.1.лабораторні дослідження	так ні
		8.2.діагностичні обстеження	так ні
		8.3.ін'єкції та інші маніпуляції	так ні
9	Чи є у КДЦ лікарі усіх спеціальностей, консультація яких Вам необхідна?	9.1. так	
		9.2. ні	
10	Чи є можливість бути обстеженим у визначеному лікарем обсязі?	10.1. так	
		10.2. ні	
11	Ви задоволені якістю наданої медичної допомоги?	11.1. так	
		11.2. не зовсім	

		11.3. ні
12	Ви задоволені графіком роботи лікарів?	12.1. так
		12.2. ні
13	Ви задоволені організацією роботи реєстратури?	13.1. так
		13.2. ні
14	Ви задоволені ставленням до Вас персоналу?	14.1. так
		14.2. не зовсім
		14.3. ні
15	Чи перебуваєте Ви на диспансерному обліку?	15.1. так
		15.2. ні
16	Чи знайомі Ви з шляхами і методами профілактики Вашого захворювання?	16.1. так
		16.2. ні
17	Чи влаштовує Вас рівень сервісу у кабінетах, естетичність оформлення КДЛЦ?	17.1. – так
		17.2. ні
18	Під час прийому лікаря Вам було призначене лікування?	18.1. так
		18.2. ні
19	Чи зрозумілі Вам надані лікарем рекомендації?	19.1. так
		19.2. ні
20	Чому Ви не звернулись до комунального КДЛЦ?	20.1. великі черги
		20.2. не уважне ставлення медичного персоналу
		20.3. все рівно доведеться оплачувати послуги
		20.4. застаріле або відсутнє діагностичне обладнання
21	Чому Ви не звернулись до	21.1. дорогі послуги

	приватного КДЛЦ?	21.2. призначають дорогі медикаменти
--	------------------	--------------------------------------

ДОДАТОК Б

АНКЕТА

Шановні медичні працівники! Ми звертаємось до Вас із проханням ознайомитись з анкетною та дати відповіді на запитання. Ваші відповіді допоможуть в удосконаленні медичної допомоги населенню. Заздалегідь дякуємо Вам за допомогу. Анкета є анонімною тому жодних посилань на Вас як на автора відповідей зроблено не буде. Анкета заповнюється виключно за Вашим бажанням.

№ з/п	Питання	Варіант відповіді
1	Ваша стать?	1. 1 – чоловіча 1.2 – жіноча
2	Ваш вік?	2.1 до 50 років
		2.2 50-59 років
		2.3 – 60 і більше
3	Ваш медичний стаж роботи?	3.1.- до 7 р.
		3.2. – 8-19 р.
		3.3. – 20 і більше
4	Ваша кваліфікаційна категорія за спеціальністю?	4.1 вища
		4.2 перша
		4.3. друга
		4.4. немає
5	Чи підвищували Ви кваліфікацію впродовж останніх 5-ти років?	так
		ні
6	Чи можете Ви позитивно оцінити організацію медичної допомоги у закладі, в якому працюєте?	так
		ні

7	Як Ви характеризуєте стиль менеджменту у закладі, в якому працюєте?	7.1. Як формально правильна і офіційна політика. так ні
		7.2. Як прагнення допомогти і навчити персонал Так ні
		7.3. Як високий ступінь довіри, відкритості. так ні
8	Чи має Ваш амбулаторний заклад?	8.1. Надійне фінансування так ні
		8.2. Юридичну та господарську самостійність де факто так ні
		8.3. Сучасне медичне обладнання та матеріали і т.п. так ні
		8.4. Сучасні методи діагностики та лікування так ні
		8.5. Економічні форми мотивації персоналу так ні
9	Чи достатньо є, на Вашу думку, підготовка керівництва закладу до роботи у нових економічних умовах?	так
		ні
10	Чи є позитивна динаміка в оснащенні закладу сучасним діагностично-лікувальним обладнанням (щорічна)?	так
		ні
11	Чи доступна Вам інформація	11.1. статистичних показників роботи закладу

	щодо:	Так ні
		11.2. фінансових показників роботи закладу так ні
		11.3. сучасних методів діагностики та лікування так ні
		11.4. клінічних стандартів так ні
		11.5. нормативно-правового регулювання професійного ризику так ні
		11.6. цільових планових індикаторів якості так ні
12	Чи обговорюються результати аналізу економічної ефективності з колективом закладу?	так ні
13	Яку Ви маєте мотивацію до якісного виконання своєї роботи?	13.1. Матеріальне стимулювання так ні
		13.2. Кар'єрний ріст так ні
		13.3. Можливість працювати у достойних умовах так ні
14.	Чи виписували Ваші пацієнти скарги на організацію лікарського	так ні

	прийому у закладі ?	
15.	Чи здійснюється у закладі аналіз задоволеності пацієнтів?	так ні
16	Чи задовольняє Вас система післядипломної підготовки і підвищення кваліфікації, їх методичного та інформаційного забезпечення?	Так ні
17	Чи вважаєте Ви достойною оплату Вашої праці?	так ні
18	Чи задовольняє Ваших пацієнтів:	18.1- якість медичної допомоги так ні
		18.2- вартість медичної допомоги так ні
19	Чи необхідні, на Вашу думку, організаційні зміни у закладі, в якому Ви працюєте, з метою:	19.1. формування юридичної, економічної та господарської самостійності так ні
		19.2. підвищення якості медичної допомоги так ні
		19.3. підвищення економічної зацікавленості персоналу так ні
		19.4. покращення матеріально-технічного оснащення та сервісу так ні

		19.5. забезпечення фінансової стабільності закладу так ні
20	Чи є потреба у запровадженні державно-приватного партнерства з метою оптимізації організації роботи закладу?	Так ні

