Kravchenko V. V. Historical aspects of the development of public-private partnership in the countries of the world and Ukraine. Feasibility of using PPP mechanisms to optimize secondary outpatient. Journal of Education, Health and Sport. 2017;7(7):1295-1309. eISSN 2391-8306. DOI http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.1208046
http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/5387

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 1223 (26.01.2017).
1223 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7
© The Authors 2017;
This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland
Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.
This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.
The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.
Received: 01.07.2017. Revised: 02.07.2017. Accepted: 31.07.2017.

HISTORICAL ASPECTS OF THE DEVELOPMENT OF PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP IN THE COUNTRIES OF THE WORLD AND UKRAINE. FEASIBILITY OF USING PPP MECHANISMS TO OPTIMIZE SECONDARY OUTPATIENT

V. V. Kravchenko

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Abstract

Introduction. Today, in the face of failure of funding and absence of a radical change in the country, the current situation is ineffective health care system. The need for solving these tasks made necessary the development of complex of measures that go beyond the competences and financial capabilities of the State and share sectors, which allowed to establish the Institute for public-private cooperation.

Objective: to study historical aspects of development of private partnership in the countries of the world and Ukraine. the feasibility of using PPP mechanisms to optimize secondary outpatient care.

Materials and methods: the research performed using the method of the system approach and analysis. Information Base for its implementation have become scientific papers of foreign dealers.

The results of the study. The research found that in the world formed the successful experience of wide use and high level of development of mechanisms for public-private partnerships. The transition to using PPP mechanisms in the system of secondary outpatient care, in particular, in the Organization of work of the consultative-diagnostic centers, will greatly improve the situation through the use of additional investment, optimize costs and

creation of conditions for technological leapfrogging and sustainable development of CDC, will create conditions for efficient address use of resources, improving the accessibility and quality of care to the population.

Keywords: world practice of public-private partnerships, consultative-diagnostic center, accessibility, quality.

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ГОСОДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА В СТРАНАХ МИРА И УКРАИНЫ. ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕХАНИЗМОВ ПГЧС ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ВТОРИЧНЫХ АМБУЛАТОРНО

В. В. Кравченко

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика, г. Киев

Реферат

Введение: Сегодня в условиях недостаточности финансирования и отсутствие радикальных изменений в стране, нынешняя ситуация является неэффективной системы здравоохранения. Необходимость решения этих задач сделал необходимым разработку комплекса мер, которые выходят за рамки компетенции и финансовых возможностей государства и доля секторов, которые позволили учредить институт государственно частного сотрудничества.

Цель: изучить исторические аспекты развития частного партнерства в странах мира и Украины. Целесообразность применения механизмов ПГЧС для оптимизации вторичных амбулаторных уход.

Материалы и методы: исследование выполняется с помощью метода системного подхода и анализа. Информационная база для его осуществления стали научных работ иностранных и отечественных экспертов, документы проблемы, а также результаты их собственных исследования.

Результаты этого исследования. Исследование показало, что в мире создали успешный опыт широкого использования и высокий уровень развития механизмов государственного частного партнерства. Переход к использованию механизмов ПГЧС в системе вторичных амбулаторий, в частности, в организации работы консультативно

диагностических центров, значительно улучшит ситуацию с помощью дополнительных инвестиций, оптимизировать затраты и создание условий для технологического прорыва и устойчивого развития CDC, создаст условия для эффективного адреса использования ресурсов, повышения доступности и качества медицинской помощи населению.

Ключевые слова: мировая практика, государственно-частное партнерство, консультативно-диагностический центр, доступность, качество.

ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА В КРАЇНАХ СВІТУ ТА УКРАЇНІ. ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ МЕХАНІЗМІВ ДПП ДЛЯ ОПТИМІЗАЦІЇ ВТОРИННОЇ АМБУЛАТОРНОЇ ДОПОМОГИ

В. В. Кравченко

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ

Реферат

Вступ. Сьогодні в умовах недостатності фінансування і відсутності радикальних змін у країні склалася малоефективна система охорони здоров'я. Потреба вирішення цих завдань зробила необхідним розробку комплексу заходів, що виходять за рамки компетенцій і фінансових можливостей державного і частки секторів, що дозволило сформувати інститут державно-приватного співробітництва.

Мета: Дослідити історичні аспекти розвитку державно-приватного партнерства в країнах світу та Україні. Доцільність застосування механізмів ДПП для оптимізації вторинної амбулаторної допомоги.

Матеріали і методи: Дослідження виконане із застосуванням методу системного підходу і аналізу. Інформаційною базою для його реалізації стали наукові праці зарубіжних та вітчизняних фахівців, нормативні документи за проблемою, а також результати власних досліджень.

Результати дослідження

За результатами дослідження встановлено, що у світовій практиці сформувався успішний досвід широкого застосування та високого рівня розвитку механізмів державно-приватного партнерства.

Перехід до використання механізмів ДПП у системі вторинної амбулаторної допомоги, зокрема в організації роботи консультативно-діагностичних центрів дозволить значно покращити ситуацію за рахунок використання додаткових інвестицій, оптимізації витрат і створення умов для технологічного прориву та стабільного розвитку КДЦ, створить умови для забезпечення ефективного адресного використання ресурсів, підвищення доступності та якості медичної допомоги населенню.

Ключові слова: **світова практика, державно-приватне партнерство, консультативно-діагностичний центр, доступність, якість.**

Сьогодні в Україні існують проблеми, вирішення яких важливе для держави, але внаслідок своєї масштабності, капіталоємності і соціальної значущості вони не можуть бути реалізовані ринковими або бюджетними інструментами [4]. Охорона здоров'я в Україні характеризується зниженням якості і доступності медичної допомоги, несприятливою медико-демографічною ситуацією, недостатнім фінансуванням, низькою ефективністю використання ресурсів, незбалансованістю структури медичної допомоги, незадовільним виконанням програми державних гарантій надання медичної допомоги та іншими недоліками. Таким чином, в умовах недостатності фінансування і відсутності радикальних змін у країні склалася малоефективна система охорони здоров'я. У зв'язку з низьким рівнем технологічного оснащення, структурними диспропорціями, існуючою проблемою кваліфікації кадрів, в тому числі управлінських, якість надання медичної допомоги в державних ЛПЗ залишається низькою. Також слабке фінансування сприяє розвитку тіньової медицина [11, 12, 13]. Зростаюча незадоволеність вітчизняною охороною здоров'я вимагає підвищення його ефективності і якості [14]. Потреба вирішення цих завдань зробила необхідним розробку комплексу заходів, що виходять за рамки компетенцій і фінансових можливостей державного і частки секторів, що дозволило сформувати інститут державно-приватного співробітництва. Дана форма взаємодії держави і приватного капіталу отримала назву «державно-приватне партнерство» (public-private partnership, ДПП [4].

Мета: Дослідити історичні аспекти розвитку державно-приватного партнерства в країнах світу та Україні. Доцільність застосування механізмів ДПП для оптимізації вторинної амбулаторної допомоги.

Матеріали і методи: Дослідження виконане із застосуванням методу системного підходу і аналізу. Інформаційною базою для його реалізації стали наукові

праці зарубіжних та вітчизняних фахівців, нормативні документи за проблемою, а також результати власних досліджень.

Результати дослідження

Інтерес до ДПП виник досить давно: перше спорудження каналу за концесійним принципом у Франції датується 1552 роком. Україна має досвід застосування концесійних угод ще з 1885 р., коли було оголошено Київською міською Думою конкурс на будівництво міської залізниці. Сплеск ДПП спостерігався в країнах, що розвиваються, в 90-х рр. минулого століття: за період 1990-2001 рр. більше 130 країн з низьким і середнім рівнем доходів прийняли програми по залученню приватного сектора в проекти інфраструктури із залученим об'ємом інвестицій в 750 млрд. доларів США [1, 2]. У світовій практиці найбільш успішний досвід, широке застосування і високий рівень розвитку форм ДПП спостерігаються у високорозвинених країнах Західної Європи і Північної Америки [2].

Термін «Public Private Partnership» з'явився на початку 90-х рр. XX ст. як приклад британської моделі ДПП. У 1992 році уряд Великобританії представив проект про «приватну фінансову ініціативу» (Private Finance Initiative, PFI), який пропонував нову концепцію управління державною власністю. У відповідність з PFI передбачалося, у рамках контрактів про ДПП запропонувати бізнесу інвестиції у будівництво, реконструкцію, експлуатацію, участь в управлінні об'єктами соціально-культурної і виробничої інфраструктури, що знаходяться у власності держави. Це кардинальне нововведення в системі державного управління в Англії викликало глобальні зміни в інституціональному середовищі, а також у взаємовідносинах державних органів влади і приватного бізнесу [8].

Чинне європейське законодавство безпосередньо не регулює ДПП. Однак загальні принципи, встановленні Угодою про європейські співтовариства, зокрема положення про свободу створення юридичних осіб та надання послуг, а також нормативно-правові акти про публічні тендери та концесії, створюють правові засади для формування ДПП [3].

Згідно закону України «Про державно-приватне партнерство» 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 [5]. Як стверджують Н. Г. Гойда та Н. В. Курділь (2012), незважаючи на суттєвий прогрес в 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 [36]. 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 охороною здоров'я, є ключовими елементами для адаптації д сучасної європейської стратегії України [37].

Досвід багатьох країн світу свідчить, що однією з сфер застосування ДПП є охорона здоров'я: держава зацікавлена у поліпшенні якості медичної допомоги, а бізнес може вигідно вкласти кошти, одночасно виконуючи значимі для суспільства завдання [5]. Водночас, виникає занепокоєність, що ДПП може стати черговим етапом приватизації державних підприємств і установ соціальної сфери, а це призведе до різкого підвищення оплати за соціальні послуги, у тому числі в сферах освіти, охорони здоров'я. Підприємці, у свою чергу, стурбовані посиленням ролі держави і її вторгненням у бізнес-сферу. Висловлюються думки, 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. Також виникає ціла низка запитань щодо ефективності ДПП [6]. Тим не менш, державним підприємствам і закладам вигідно ДПП, оскільки саме воно здатне сприяти реалізації програм соціально-економічної модернізації з найменшими витратами і втратами для громадського сектора [7].

Особливістю сфери охорони здоров'я є те, що більшість організацій соціально-медичної інфраструктури не підлягає приватизації. В той же час, у державному бюджеті на різних рівнях недостатньо коштів, призначених для фінансування надання якісної медичної допомоги. Це протиріччя можна вирішити через використання у практиці ДПП, в основу якого закладається альтернативність приватизації об'єктів державної власності, що мають суспільну значущість і стратегічне значення [24].

Зарубіжна практика свідчить, що монополізація соціальної сфери державою або бізнесом демонструє і в тому, і в іншому випадку низьку ефективність у економіках різних країн [31, 32, 33].

Констатовано, 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 частки інвестиційного капіталу, що значно покращує інфраструктуру лікувальних закладів. 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 в державну охорону здоров'я розглядаються: продаж державних ЛПЗ, здача державних ЛПЗ в оренду без зміни функціонального призначення, створення спільних підприємств і передача державних ЛПЗ в концесію. Держава може реалізовувати будь-які форми ДПП залежно від профілю, регіону і інвестиційної привабливості проекту. При усіх варіантах доцільне збереження державного замовлення. Перспективним вважають створення великих медико-соціальних холдингів (відкриті акціонерні товариства) за участю держави і приватних інвесторів. Діяльність таких холдингів має бути орієнтована на надання як первинної, вторинної так і спеціалізованої медичної допомоги. Структурна основа холдингів – територіальні багатопрофільні центри [9, 19, 31].

Підкреслюється, що взаємодія держави і бізнесу в охороні здоров'я об'єднує сильні сторони кожного з партнерів, і для того, щоб ця взаємодія відбулася, потрібно спільний інтерес кожної з сторін. Зарубіжний досвід доводить високу ефективність приватного сектора в управлінні ЛПЗ [18]. У Німеччині державні ЛПЗ продають інвесторам за символічну суму в обмін на інвестиції і зобов'язання по виконанню державного замовлення. Відсоток приватних ЛПЗ у Німеччині за останні 10 років збільшився з 4 до 22 %. В результаті на тлі зниження державних витрат рівень охорони здоров'я залишається високим [15]. У Швеції процес ринкових трансформацій охорони здоров'я почався з 1991 р. Приватний сектор був допущений до володіння і управління госпіталями, сервісами швидкої допомоги і лабораторіями. Результатом стало: зниження вартості рентгенівських послуг на 50 %, вартості лабораторних послуг – на 40 %, швидкої допомоги – на 10 %, а тривалість очікування діагностичних послуг і лікування скоротилась на 30 % за рік [16]. В Австралії в результаті реформи охорони здоров'я витрати на будівництво нових госпіталів знизилися на 20 %, а кількість пацієнтів, що обслуговуються, зросла на 30 % за рік [17].

Впровадження ДПП має свій вплив на реформу охорони здоров'я. Для реформування охорони здоров'я можливі наступні варіанти ДПП [20]:

- розвиток сучасної інфраструктури надання медичної допомоги із залученням приватного сектори до будівництва нових медичних потужностей і підвищенню 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 тощо);

- перехід до інноваційних технологій забезпечення лікувально-діагностичного процесу із залученням приватного сектора (програма комплексної інформатизації ЛПЗ, поставка медичного і інформаційного обладнання, супровід і технічна підтримка інформаційної інфраструктури медичних закладів);

- підвищення кваліфікації медичного персоналу із залученням приватного сектора до організації і фінансування безперервного процесу удосконалення, в тому числі на базі зарубіжних клінік (організація учбового процесу на базі високотехнологічних медичних центрів, обмін спеціалістами і організація зарубіжних стажувань);

- можливість залучення приватного сектори до проведення експертних досліджень і вдосконаленню нормативно-правової бази (розробка нормативної бази, організація діалогу з населенням і медичною спільнотою, створення ефективної системи моніторингу соціальної задоволеності і результатів);

- формування конкурентного середовища в охороні здоров'я, створення рівних умов для організацій охорони здоров'я з різними формами власності, розвиток добровільного медичного страхування і привабливого інвестиційного клімату для бізнес-структур [20].

На думку J. Sinisammal та співавт. (2016), взаємодія держави і приватного бізнесу в охороні здоров'я може проявлятися в безпосередній участі приватних медичних закладів у наданні безоплатної для населення медичної допомоги, наприклад, підключення приватних медичних організацій до реалізації територіальної програми обов'язкового медичного страхування (ОМС); надання безоплатної для населення допомоги в рамках державного замовлення [28]. Водночас, приватна медицина не дуже підтримує власну участь в ОМС. Обґрунтуванням такої позиції є наступні причини: комерційні медичні заклади, як правило, розглядають роботу в системі ОМС як неефективну складову своєї діяльності, що пов'язано з тим, що за рахунок засобів ОМС

зазвичай відшкодовуються тільки основні статті витрат (не входять витрати по утриманню будівель, придбанню і обслуговуванню обладнання тощо); недержавні клініки вважають за краще мати справу з готівкою; деякі керівники приватних організацій не бажають змішувати заможних пацієнтів і пацієнтів, які звикли отримувати безкоштовну медичну допомогу; працівники недержавних медичних закладів вважають розцінки ОМС на вартісне дослідження і лікування заниженими на 20-30 % від ринковій вартості. Ці проблеми необхідно враховувати при стимулюванні участі приватного бізнесу в системі ОМС [29, 30].

Для ефективної інтеграції інтересів держави і бізнесу у формі ДПП мають бути сформовані необхідні умови (внутрішні та зовнішні). До зовнішніх умов відносять [24, 25, 26]:

- створення рівних конкурентних можливостей (пред'явлення єдиних вимог до медичних організацій незалежно від форми власності, відмова від адміністративного прикріплення, реалізація права вибору пацієнтом страхової медичної організації);

- тарифна політика (включення усіх статей витрат до складу тарифу, часткове фондоутримання, економічно обґрунтована величина тарифу);

- розподіл ризиків (введення прямих взаєморозрахунків між медичними організаціями; створення ризик-фондів для своєчасної стабілізації кризових ситуацій; не введення екстреної допомоги до структури тарифу, оскільки за малий проміжок часу неможливо провести масивні профілактичні заходи, що дозволяють знизити кількість екстрених госпіталізацій) [24, 25, 26].

До внутрішніх умов відносять: ефективний менеджмент в управлінні ресурсами і витратами, організацію управлінського обліку в медичному закладі; наявність кваліфікованих кадрів, створення привабливого середовища для працівників (імідж організації, розмір заробітної плати, формування корпоративної культури, підвищення кваліфікації і навчання персоналу, застосування психологічних тренінгів); наявність сучасного високотехнологічного обладнання та інформаційної інфраструктури; задоволення потреби пацієнтів на основі підвищення якості медичної допомоги і створення привабливого середовища (подовження часу роботи закладу, реклама, надання супутніх послуг (аптека, пункт серопрофілактики), розширення спектру діагностичних послуг) [24, 25, 26].

Як підкреслюють N. McIntosh та співавт. (2015), ДПП створює можливості підвищувати рівень здоров'я, зберігати соціальну стабільність в суспільстві, підвищувати якість медичного обслуговування до рівня світових стандартів,

оптимізувати державні витрати і мінімізувати структурні диспропорції, тим самим виступаючи дієвим інструментом при реформуванні охорони здоров'я [27].

У рамках ДПП особливої увагу потребує практика взаємодії приватних медичних організацій з бюджетними установами. Деякі автори класифікували цю взаємодію і виділили кілька варіантів: 1) сприяння бюджетним закладам в організації ними медичної допомоги, як платної, так і безкоштовної; 2) використання тимчасово вільних потужностей бюджетних закладів; 3) залучення до державних установ додаткових матеріальних і трудових ресурсів; 4) вирівнювання можливостей і умов надання платних послуг (заміна платних послуг, що надаються бюджетними ЛПЗ на надання послуг приватними закладами на базі цієї ж установи) [33, 34]. У рамках кожного варіанту Є. О. Таппасханова та З. А. Мустафаєва (2012) виділяють найбільш доцільні схеми взаємодії; у загальному виді вони зведені до наступних: а) допомога в наданні певних видів медичної допомоги бюджетним закладам у разі відсутності обладнання, необхідних спеціалістів і т. п.; 6) залучення в державні ЛПЗ додаткових комерційних пацієнтів; в) продаж окремих видів медичних послуг приватним клінікам; г) надання комерційними закладами пацієнтам бюджетних ЛПЗ додаткових послуг; д) надання бюджетним установам інформаційних, довідкових, аналітичних та інших послуг [35]. Окрім цього, на думку D. K. Ciccone (2010), ДПП може розглядатися як інструмент залучення до державного сектора економіки традицій ефективного управління [32].

ДПП у системі первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) є новим і прогресивним інструментом підвищення ефективності системи охорони здоров'я. Існують дані про перспективність ДПП при наданні послуг у ПМСД на основі контрактування [38, 39]. Перші контракти у ПМСД передбачали надання таких послуг, як організація харчування, прання, прибирання і дезінфекція. Надалі отримало широкий розвиток контрактування клінічних послуг, перш за все у профілактичній медицині і службах психічного здоров'я [42]. У наш час система державних контрактів у наданні послуг ПМСД є успішною у більшості країн світу [40, 41].

Контрактування ефективне для систем охорони здоров'я країн з різною економікою і моделями охорони здоров'я. Контрактування 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 [37].

За результатами власного дослідження запровадження механізмів ДПП також має стати дієвим інструментом підвищення якості та доступності медичної допомоги на вторинному рівні для надання амбулаторної допомоги в консультативно-діагностичних центрах. Саме для надання амбулаторної допомоги вторинного рівня на базі консультативно-діагностичних центрів застосування контрактування стане ефективним вектором покращення доступності та якості медичних послуг населенню країни.

Для успішного розвитку ДПП в охороні здоров'я необхідна розробка єдиного понятійного апарату; вдосконалення законодавчо-правової бази; визначення розділів охорони здоров'я, де різниця сутностей держави і бізнесу не створить протиріч для суспільства у цілому і при поєднаному використанні результатів ДПП [36].

Висновки: У світовій практиці сформувався успішний досвід широкого застосування та високого рівня розвитку механізмів державно-приватного партнерства.

В Україні зростає значущість формування системи партнерства як конструктивної взаємодії органів влади, бізнесу і некомерційних організацій при вирішенні завдань розвитку охорони здоров'я. У наш час стає очевидним, що модернізація державного сектору системи охорони здоров'я в частині його фінансування і управління може бути здійснена тільки за участю бізнесу. Різні форми взаємодії при ДПП як основа для формування оптимальної моделі функціонування системи вторинної амбулаторної допомоги на базі консультативно-діагностичних центрів дозволять забезпечити приведення у відповідність наявні фінансові ресурси об'ємам державних гарантій і ефективне адресне використання ресурсів, Багатовекторність взаємодії бізнесу і держави, формування видів співпраці і інтеграції інтересів держави, бізнесу і пацієнтів, що розвиваються на інноваційній основі, – це один з найважливіших напрямів досліджень в управлінні охороною здоров'я країни.

Перехід до використання механізмів ДПП у системі вторинної амбулаторної допомоги, зокрема в організації роботи консультативно-діагностичних центрів дозволить значно покращити ситуацію за рахунок використання додаткових інвестицій, оптимізації витрат і створення умов для технологічного прориву та стабільного розвитку КДЦ.

Перспективою для розвитку системи амбулаторної консультативно-діагностичної допомоги на вторинному рівні є застосування механізмів державно-приватного партнерства та формування функціонально-організаційної моделі КДЦ на

принципах ДПП яка дозволить забезпечити ефективне адресне використання ресурсів, підвищення доступності та якості медичної допомоги населенню.

Результати дослідження будуть враховані при обґрунтуванні та розробці сучасної моделі консультативно-діагностичного центру на принципах державно-приватного партнерства та механізмів управління нею.

Referances

1. Gosudarstvenno-chastnoye partnerstvo: novyye vozmozhnosti dlya razvitiya infrastruktury v stranakh s perekhodnoy ekonomikoy [Elektronnyy resurs]. – Rezhim dostupa: URL : http://veb.ru/common/upload/files/veb/ppp/actions/20081021/ c0810_ses1.pdf.-10.11.2012. (in Russian)
2. Dosvid ta perspektyvy vprovadzhennya derzhavno-pryvatnykh partnerstv v Ukrayini ta za kordonom / B. Vynnyts′kyy, M. Lend′el, B. Onyshchuk, P. Sehvari. – Kyyiv : «K.I.S.», 2008. – 146 s. (in Ukrainian)
3. Mushchyns′ka N. YU. Doslidzhennya suchasnoho stanu rozvytku vidnosyn derzhavno-pryvatnoho partnerstva v nimechchyni ta ukrayini / N. YU. Mushchyns′ka // Ekonomichni nauky. Ser. : Ekonomika ta menedzhment. – 2011. – Vyp. 8. – S. 246–256. (in Ukrainian)
4. Horozhankina M. YE. Derzhavno-pryvatne partnerstvo: suchasna model′ intehratsiyi interesiv / M. YE. Horozhankina // Nauk. visnyk NLTU Ukrayiny. – 2011. – Vyp. 21. – S. 176–183. (in Ukrainian)
5. Experiences of selected countries in the use of public-private partnership in hospital services provision / A. Sadeghi, O. Barati, P. Bastani [et al.] // J. Pak. Med. Assoc. – 2016. – Vol. 66, N 11. – P. 1401–1406.
6. Vinitskiy D. V. Gosudarstvenno-chastnoye partnerstvo v zdravookhranenii Rossii / D. V. Vinitskiy // Sots.-ekonom. yavleniya i protsessy. – 2009. – № 4. – S. 24–27. (in Russian)
7. Angayeva S. P. Gosudarstvenno-chastnoye partnerstvo : ucheb. posobiye / S. P. Angayeva, S. D-N Dagbayeva. – Ulan-Ude : Izd-vo VSGUTU, 2016. – 81 s. (in Russian)
8. Ivanov O. V. Teoriya i mirovaya praktika gosudarstvenno-chastnogo partnerstva : uchebnik / O. V. Ivanov. – M. : MGIMo-Universitet, 2016. – 298 s. (in Russian)
9. Plokhov V. N. O natsional'noy sisteme zdravookhraneniya / V. N. Plokhov // Menedzher zdravookhraneniya. – 2016. – № 6. – S. 45–52. (in Russian)

10. Klimin V. G. Gosudarstvenno-chastnoye partnerstvo v zdravookhranenii / V. G. Klimin // Finansy i kredit. – 2010. – № 27. – S. 32–35. (in Russian)

11. Romanova A. A. Finansuvannya haluzi okhorony zdorov″ya yak okremyy element systemy zabezpechennya prava lyudyny na zdorov″ya / A. A. Romanova // Publichne pravo. – 2013. – № 1. – S. 113–118. (in Ukrainian)

12. Chernets′kyy V. Ekonomichni mekhanizmy derzhavnoho upravlinnya systemoyu okhorony zdorov″ya / V. Chernets′kyy // Derzh. upravlinnya ta mistseve samovryaduvannya. – 2013. – Vyp. 1. – S. 145–150. (in Ukrainian)

13. Kalinichenko O. O. Kadrove zabezpechennya systemy okhorony zdorov″ya na suchasnomu etapi / O. O. Kalinichenko // Visn. Zhytomyr. derzh. tekhnol. -tu. Ser. Ekonom. nauky. – 2013. – № 1. – S. 248–250. (in Ukrainian)

14. Chernets′kyy V. YU. Pryntsypy orhanizatsiyi systemy okhorony zdorov″ya naselennya / V. YU. Chernets′kyy // Teoriya ta praktyka derzh. upravlinnya. – 2012. – Vyp. 4. – S. 278–285. (in Ukrainian)

15. Busse R. Germany: Health system review / R. Busse, M. Blümel // Health Syst. Transit. – 2014. – Vol. 16, N 2. – P. –296.

16. Mason C. Public-private health care delivery becoming the norm in Sweden / C. Mason // CMAJ. – 2008. – Vol. 179, N 2. – P. 129–131. **277**

17. Shmueli A.Private and public patients in public hospitals in Australia / A. Shmueli, E. Savage // Health Policy. – 2014. – Vol. 115, N 2/3. – P. 189–195.

18. Sachek M. M. Gosudarstvenno-chastnoye partnorstvo v zdravookhranenii: mezhdunarodnyy opyt / M. M. Sachek, N. Ye. Kheyfets, V. S. Petrov // Vopr. organizatsii i informatizatsii zdravookhraneniya. – 2016. – № 1. – S. 18–34. (in Russian)

19. Kachkin D. V. Sposobno li GCHP obespechit' privlecheniye investitsiy v zdravookhraneniye? / D. V. Kachkin, M. D. Skryabina // Zdravookhraneniye: zhurn. rabochikh situatsiy gl. vracha. – 2016. – № 3. – S. 36–43. (in Russian)

20. Zhilinskiy Ye. V. Partnerstvo gosudarstva i biznesa v zdravookhranenii: sotsial'no-trudovoy aspekt / Ye. V. Zhilinskiy // Zhurn. ros. prava. 2010. – № 2. – S. 22–30. (in Russian)

21. 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.

22. Does hospital ownership affect patient experience? An investigation into public-private sector differences in England / V. Pérotin, B. Zamora, R. Reeves [et al.] // J. Health Econ. – 2013. – Vol. 32, N 3. – P. 633–646.

23. 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.

24. Gosudarstvenno-chastnoye partnerstvo kak innovatsionnaya forma razvitiya rossiyskogo zdravookhraneniya / M. Ye. Dobrusina, G. N. Zav'yalova, O. N. Tulupova, S. M. Khlynin // Vestn. Tomsk. gos. un-ta. Ekonomika. – 2011. – № 1. – S. 142–147. (in Russian)

25. Utilization and expenditure at public and private facilities in 39 low-income countries / P. Saksena, K. Xu, R. Elovainio, J. Perrot // Trop. Med. Int. Health. – 2012. – Vol. 17, N 1. – P. 23–35.

26. Sekhri N. Public-private integrated partnerships demonstrate the potential to improve health care access, quality, and efficiency / N. Sekhri, R. Feachem, A. Ni // Health Aff. – 2011. – Vol. 30, N 8. – P. 1498–1507.

27. A public-private partnership improves clinical performance in a hospital network in Lesotho / N. McIntosh, A. Grabowski, B. Jack [et al.] // Health Aff. – 2015. – Vol. 34, N 6. – P. 954–962.

28. Entrepreneurs' perspective on public-private partnership in health care and social services / J. Sinisammal, P. Leviäkangas, T. Autio, E. Hyrkäs // J. Health Organ. Manag. – 2016. – Vol. 30, N 1. – P. 174–191.

29. Pirogov M. V. Chastnyye meditsinskiye organizatsii v sisteme OMS / M. V. Pirogov // Glavvrach. – 2014. – № 11. – S. 58–68. (in Russian)

30. Makarenko M. P. Bar'yery dlya uchastiya chastnykh medorganizatsiy v sisteme OMS / M. P. Makarenko, A. A. Abdin // Zdravookhraneniye: zhurn. rabochikh situatsiy gl. vracha. – 2016. – № 2. – S. 34–39. (in Russian)

31. Mileshko Ye. V. Opyt primeneniya mekhanizma kontsessii dlya razvitiya infrastruktury zdravookhraneniya na federal'nom urovne / Ye. V. Mileshko // Zdravookhraneniye: zhurn. rabochikh situatsiy gl. vracha. – 2015. – № 7. – S. 60–65. (in Russian)

32. Ciccone D. K. Arguing for a centralized coordination solution to the public-private partnership explosion in global health / D. K. Ciccone // Glob, Health Promot. – 2010. – Vol. 17, N 2. – P. 48–51.

33. Potapchik Ye. G. Analiz mirovogo opyta otbora proyektov, realizuyemykh posredstvom gosudarstvenno-chastnogo partnerstva v sfere zdravookhraneniya / Ye. G. Potapchik, L. D. Popovich // Zdravookhraneniye: zhurn. rabochikh situatsiy gl. vracha. – 2015. – № 8. – S. 66–75. (in Russian)

34. Andreyeva O. V. Gosudarstvenno-chastnoye partnerstvo v zdravookhranenii / O. V. Andreyeva, A. A. Saitgareyeva, O. A Volkova // Obshchestv. zdorov'ye i zdravookhraneniye. – 2014. – № 4. – S. 61–68. (in Russian)

35. Tappaskhanova Ye. O. Gosudarstvenno-chastnoye partnerstvo v zdravookhranenii / Ye. O. Tappaskhanova, Z. A. Mustafayeva // Ros. predprinimatel'stvo. – 2012. – № 13. – S. 112–118. (in Russian)

36. Meshcheryakova ZH. V. Gosudarstvenno-chastnoye partnerstvo v sfere zdravookhraneniya: problemy i puti resheniya / ZH. V. Meshcheryakova, V. S. Dzekunskas // Nauch. al'manakh – № 12. – S. 254–257. (in Russian)

37. Kurdil' N. V. Gosudarstvenno-chastnoye partnerstvo v pervichnoy mediko-sanitarnoy pomoshchi: predostavleniye uslug na osnove kontraktirovaniya / N. V. Kurdil', A. G. Lutsenko // Símeyna meditsina. – 2014. – № 3. – S. 15–18. (in Russian)

38. Expanding the primary health care workforce through contracting with nongovernmental entities: the cases of Bahia and Rio de Janeiro / M. Ireland, L. Cavalini, S. Girardi [et al.] // Hum. Resour. Health. – 2016. – Vol. 14. – Art. No 6.

39. Lazaroff A. Using risk contracting to reduce service use, improve quality, and strengthen primary care / A. Lazaroff // Chest. – 2013. – Vol. 144, N 4. – P. 1368–1375.

40. Heard A. Contracting urban primary healthcare services in Bangladesh - effect on use, efficiency, equity and quality of care / A. Heard, D. K. Nath, B. Loevinsohn // Trop. Med. Int. Health. – 2013. – Vol. 18, N 7. – P. 861–870.

41. Donato R. Extending transaction cost economics: towards a synthesised approach for analysing contracting in health care markets with experience from the Australian private sector / R. Donato // Soc. Sci. Med. – 2010. – Vol. 71, N 11. – P. 1989–1996.

42. Gabuyeva L. A. Osnovnyye podkhody k razvitiyu gosudarstvenno-chastnogo partnerstva v regional'nykh programmakh zdravookhraneniya / L. A. Gabuyeva, A. A. Almazov // Zdravookhraneniye: zhurn. rabochikh situatsiy gl. vracha. – 2014. – № 7. – S. 36–42. (in Russian)