

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Сумський державний університет
Навчально-науковий інститут фінансів, економіки і менеджменту
імені Олега Балацького
Медичний інститут
Кафедра управління

Наказ ректора
про затвердження теми

«До захисту допускається»
завідувачка кафедри
_____ Г. О. Швіндіна

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття освітнього ступеня магістра

спеціальність 281 «Публічне управління та адміністрування»
освітня програма «Управління та адміністрування в охороні здоров'я»

**«Впровадження державно-приватного партнерства в умовах
реформування охорони здоров'я в Україні (на прикладі Сумського
обласного клінічного кардіологічного диспансеру)»**

Здобувач вищої освіти

Марцovenko Ігор Михайлович

Наукові керівники

Д.м.н., професор Сміянов В.А.
(науковий ступінь, вчене звання, прізвище, ініціали)

К.е.н., доцент Лук'янихін В.О.
(науковий ступінь, вчене звання, прізвище, ініціали)

Форма № У-9.01¹
 Затверджено наказом Мінвузу
 УРСР
 від 3 серпня 1984 р. № 253

Сумський державний університет
 Факультет ННІ ФЕМ ім. Олега Балацького
 Кафедра управління
 Спеціальність спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування»,
освітня програма «Управління та адміністрування у галузі охорони здоров'я»
ступеню вищої освіти «магістр»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідуючий
 кафедрою _____

_____” _____ 20__ р.

З А В Д А Н Н Я НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧЕВІ

Марцовенку Ігорю Михайловичу

1. Тема проекту (роботи): «Впровадження державно-приватного партнерства в умовах реформування охорони здоров'я в Україні (на прикладі Сумського обласного клінічного кардіологічного диспансеру)»

затверджена наказом по інституту від „_____” _____ 20__ р. № _____

2. Термін задачі закінченого проекту (роботи) _____

3. Вихідні дані до проекту (роботи) Закони України, Постанови Кабінету Міністрів України, накази Міністерства охорони здоров'я та Міністерства соціальної політики України, накази управління охорони здоров'я Сумської обласної державної адміністрації, монографії, підручники, навчальні посібники, статті та тези конференцій вітчизняних та зарубіжних авторів, Інтернет-ресурси, щорічна статистична звітність підприємства (КНП Сумської облради «Сумський обласний кардіологічний диспансер»).

¹ Відповідає формі № 24 наказу Мінвузу СРСР від 6 квітня 1983 р. № 429

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, що їх належить розробити)

1. Теоретичні аспекти державно- приватного партнерства у комунальному закладі охорони здоров'я.

2. Напрями покращання управлінських та організаційних технологій надання якості медичної допомоги хворим на гострий коронарний синдром на основі моделі державно-приватного партнерства.

3. Рекомендації з впровадження сучасних управлінських та організаційних технологій в царині державно-приватного партнерства на рівні регіону.

6. Консультанти по проекту (роботі), із зазначенням розділів проекту, що стосуються їх

Розділ	Консультант	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Теоретичні аспекти державно-приватного партнерства в охороні здоров'я			
Дослідження сучасного стану державно-приватного партнерства в охороні здоров'я та особливості його розбудови за даними міжнародних і вітчизняних науково-інформаційних джерел			
Вивчення якості надання медичної допомоги хворим на гострий коронарний синдром у КНП «Сумський обласний клінічний			

кардіологічний диспансер» на основі договору державно-приватного партнерства з ТОВ «Альфа-Медика»			
Наукове обґрунтування та розробка заходів з оптимізації державно-приватного партнерства на рівні закладу охорони здоров'я			

7. Дата видачі завдання _____

Керівники

(підпис)

(підпис)

Завдання прийняв до виконання

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

Пор. №	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Термін виконання етапів проекту (роботи)	Примітка
1	Збір матеріалів з теоретичних аспектів державно-приватного партнерства в галузі охорони здоров'я	Початок практики – кінець практики	
2	Дослідити особливості побудови та організації моделей державно-приватного партнерства в охороні здоров'я за даними міжнародних і вітчизняних науково-інформаційних джерел.	2019	виконав
4	Провести аналіз нормативно-правового забезпечення державно-приватного партнерства в системі охорони здоров'я України	2019	виконав
5	Вивчити динаміку захворюваності та смертності хворих на гострий коронарний синдром та провести аналіз якості надання медичної допомоги на основі договору державно-приватного партнерства між КНП «Сумський обласний клінічний кардіологічний диспансер» та ТОВ «Альфа-Медика»	2019	виконав
6	Науково обґрунтувати та розробити заходи з оптимізації державно-приватного партнерства для покращання якості надання медичної допомоги хворим на ГКС на рівні закладу охорони здоров'я	2020	виконав
7	Систематизувати розроблені матеріали та оформити роботу	Грудень 2020	виконав
8	Передати роботу для перевірки на плагіат	Не менше ніж за 5 робочих днів до захисту	виконав
9	Передати на рецензування	За день до рецензування	виконав

Здобувач

_____ (підпис)

Керівники проекту

_____ (підпис)

_____ (підпис)

РЕФЕРАТ

Структура й обсяг роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що включає 44 найменування. Загальний обсяг магістерської роботи становить 44 с., у тому числі 7 таблиць, 2 рисунки, 3 додатки, список використаних джерел - 4 сторінки.

Метою «Впровадження державно-приватного партнерства в умовах реформування охорони здоров'я в Україні (на прикладі Сумського обласного клінічного кардіологічного диспансеру)»

Відповідно до поставленої мети були вирішені такі *задачі*:

1. Вивчити сучасні концепції й моделі державно-приватного партнерства в галузі охорони здоров'я та дослідити їх особливості.
2. Проаналізувати нормативно-правову базу державно-приватного партнерства в системі охорони здоров'я України.
3. Дослідити та проаналізувати динаміку захворюваності та смертності населення Сумської області на гострий коронарний синдром (ГКС).
4. Вивчити шляхи оптимізації надання якості медичної допомоги хворим на ГКС на основі використання можливостей моделі державно-приватного партнерства на основі договору про спільну діяльність між КНП «Сумський обласний клінічний кардіологічний диспансер» та ТОВ «Альфа Медика».
5. Розробити рекомендації щодо впровадження інфраструктурних проектів державно-приватного партнерства в діяльності закладів охорони здоров'я на регіональному рівні та поширення досвіду на рівні держави.

Предметом дослідження є показники захворюваності та смертності населення Сумської області на гострий коронарний синдром, якість надання медичної допомоги хворим на гострий коронарний синдром, нормативно-правова база державно-приватного партнерства в охороні здоров'я, медико-технологічні документи, заходи з оптимізації моделі державно-приватного партнерства.

Об'єктом дослідження є система державно-приватного партнерства в охороні здоров'я.

Методи дослідження. У роботі було використано методи системного аналізу, синтезу та наукової абстракції, структурно-логічного, порівняльного та статистичного аналізу, бібліосемантичний та ретроспективний методи, метод моделювання.

Наукова новизна отриманих результатів полягає в тому, що вперше:

- проведено медико-соціальне обґрунтування покращання якості надання медичної допомоги хворим на гострий коронарний синдром на основі моделі державно-приватного партнерства;
- виявлені проблеми та недоліки в сучасному стані державно-приватного партнерства в охороні здоров'я;

- запропоновано впровадження моделі державно-приватного партнерства на основі договору про спільну діяльність між комунальним закладом охорони здоров'я та приватною структурою з метою покращання якості надання невідкладної медичної допомоги хворим з гострими коронарними станами;
- розроблена й імплементована Обласна цільова програма розвитку реперфузійної, кардіохірургічної та реабілітаційної допомоги в Сумській області на 2018-2020 роки.
- вперше в Сумській області забезпечено якісне надання ургентної допомоги хворим з гострими коронарними станами в КНП «Сумський обласний клінічний кардіологічний диспансер» на основі використання сучасних лікувально-діагностичних методик з залученням фахівців ТОВ «Альфа-Медика».

Набули подальшого розвитку дослідження щодо:

- правового регулювання системи державно-приватного партнерства в галузі охорони здоров'я;
- методичного підґрунтя оптимізації існуючих моделей державно-приватного партнерства в медицині;
- шляхів залучення можливостей медичного приватного підприємства до покращення якості надання невідкладної медичної допомоги хворим на ГКС.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	9
РОЗДІЛ 1 СУТНІСТЬ ТА КЛЮЧОВІ ПОНЯТТЯ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
1.1 Сутність державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я.....	11
1.2 Нормативно-правова база з питань ДПП у сфері охорони здоров'я.....	12
1.3 Поняття про об'єкти й суб'єкти ДПП у сфері охорони здоров'я.....	13
РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ ІСНУЮЧИХ МОДЕЛЕЙ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА	
2.1 Особливі функції, що можуть передаватися приватному партнеру в рамках ДПП	16
2.2 Моделі державно-приватного партнерства, форми їх фінансування	17
2.3 Огляд існуючої практики проектів ДПП у сфері охорони здоров'я в Україні	21
РОЗДІЛ 3. СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ЗАХВОРЮВАНOSTІ Й СМЕРТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ НА ХВОРОБИ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ ТА ГКС ТА ШЛЯХИ ЇХ ВИРІШЕННЯ НА ОСНОВІ МЕХАНІЗМУ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА	
3.1 Аналіз стану захворюваності й смертності населення України та Сумської області на хвороби системи кровообігу та гострий коронарний синдром за період 2015-2019 років.....	23
3.2 Аналіз стану надання інтервенційної медичної допомоги хворим на ГКС на основі договору державно-приватного партнерства між КНП «Сумський обласний клінічний кардіологічний диспансер» та ТОВ «Альфа-Медика» за період 2015-2019 рр.....	28
3.3. Наукове обґрунтування та розробка заходів з оптимізації надання невідкладної медичної допомоги хворим на ГКС в Сумській області	29
ВИСНОВКИ.....	32
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	35
ДОДАТОК А.....	40
ДОДАТОК Б.....	43
ДОДАТОК В.....	45

ВСТУП

Для сучасного етапу реформування сфери охорони здоров'я, що частиною соціально-економічних перетворень в Україні, характерною є проблема державного регулювання інвестиційним забезпеченням розвитку медичної галузі. Головною метою змін є побудова такої моделі охорони здоров'я, яка б забезпечувала рівний та справедливий доступ усіх членів суспільства до необхідних медичних послуг, їх високу якість та економічність при збереженні соціально-прийнятого обсягу державних гарантій» [16,26].

Щорічні дослідження ВООЗ з оцінки стану здоров'я населення, породжують нові актуальні проблеми перед державами світу, які треба вирішувати. До них можна зарахувати появу нових захворювань та швидке поширення їх унаслідок зростання мобільності, старіння населення, проблеми фінансування в умовах обмежених ресурсів і зростання вартості послуг, підвищені вимоги до доступності та якості медичної допомоги [13].

Жодна країна у світі не може фінансувати охорону здоров'я тільки за допомогою бюджетних коштів, необхідні приватні інвестиції. Переваги обох видів власності, державної і приватної, можна використати, при цьому уникнувши великих соціальних змін, тільки на основі державно-приватного партнерства [20].

Зараз потреба суспільства в медичних послугах сучасного рівня і високої їх якості зростає швидше, ніж можливості державного бюджету, навіть у країнах з розвинутою економікою. Тому, у світі набуває популярності державно-приватне партнерство (ДПП).

В Україні часто трактують ДПП у сфері охорони здоров'я як пошук інвестора щодо закупівлі обладнання для лікувального закладу. Але це виступає скоріше як благодійництво ніж партнерство. Тому потрібно стимулювати бізнес-партнерство до такого акту доброї волі як надання преференції, залежно від того, скільки коштів вони вкладають у розвиток національної системи охорони здоров'я, особливо у її матеріально-технічне переоснащення [4,5].

Рівень державного регулювання охорони здоров'я України сьогодні не відповідає новим умовам й потребує формування якісно нової системи управління нею. Головним засобом підвищення ефективного функціонування державної власності є розвиток партнерських відносин держави та бізнесу, що дозволить залучити у державний сектор економіки додаткові ресурси, насамперед інвестиції.

Недостатність фінансування галузі охорони здоров'я, відсутність дороговартісного сучасного обладнання для надання пацієнтам нових діагностично-лікувальних методик, що ґрунтуються на базі доказової медицини і дають можливість суттєво знизити рівні смертності та

інвалідності населення при гострій кардіальній патології, пошук нових можливостей залучення матеріальної та кадрової бази приватних медичних закладів до надання якісної медичної допомоги хворим на кардіологічну патологію спонукали нас до проведення даного дослідження.

РОЗДІЛ 1 СУТНІСТЬ ТА КЛЮЧОВІ ПОНЯТТЯ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Сутність державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я

«Взаємодія держави та бізнесу є об'єктивною потребою збалансованого розвитку суспільних відносин, а світова практика свідчить, що варіації моделей такої співпраці практично не обмежені. Тим не менше, в Україні інструментарій юридичного оформлення партнерських відносин між державним та приватним партнером перебуває лише на етапі свого становлення» [24, 22].

«До загальних вимог законодавства щодо реалізації проектів ДПП, які є спільними для проектів будь-якої сфери, в т. ч. у сфері охорони здоров'я, необхідно віднести такі:

- участь відповідних державних органів та/або органів місцевого самоврядування у якості державних партнерів;- підставою для співпраці між державним та приватним партнером є договір ДПП;- визначення приватного партнера відбувається переважно на конкурсних засадах;- обов'язковою умовою є внесення приватним партнером інвестицій в об'єкти партнерства;
- строк ДПП становить від 5 до 50 років.

ДПП у сфері охорони здоров'я передбачає наступні цілі:

- підвищення якості надання медичних послуг;
- забезпечення ефективності використання бюджетних коштів;
- забезпечення вищої ефективності діяльності завдяки залученню компетенцій та досвіду приватного партнера тощо» [24,14].

«Специфічні особливості проектів ДПП у сфері охорони здоров'я:

- заборона скорочення мережі державних та комунальних ЗОЗ (наслідком передачі відповідного об'єкта приватному партнеру не повинна стати втрата можливості надання медичних послуг державним чи комунальним ЗОЗ);
- особлива структура суб'єктів відносин, адже сторона державного партнера має бути представлена або на рівні МОЗ (для об'єктів державної власності, що знаходяться в його управлінні) або органів місцевого самоврядування (для об'єктів комунальної власності);
- необхідність збалансування соціальної та комерційної складової проекту (повернення інвестицій приватного партнера здійснюється, як правило, за рахунок надання платних послуг);
- конституційні обмеження щодо платності послуг у державних і комунальних ЗОЗ, вичерпність переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних ЗОЗ та вищих медичних навчальних закладах» [24,17].

Оскільки система охорони здоров'я України знаходиться в умовах медичної реформи, то структурування будь-якого проєкту ДПП в цьому напрямку повинно враховувати наступні аспекти:

- «процеси автономізації закладів охорони здоров'я;
- плановість переходу на фінансування медичної послуги залежно від видів медичної допомоги;
- вимоги НСЗУ до надавачів послуг з медичного обслуговування населення;
- процеси утворення госпітальних округів та деякі інші аспекти» [24,15].

На сьогодні реформування системи фінансування охорони здоров'я є підґрунтям для створення передумов для позитивних змін у сфері медичного обслуговування населення. Далі потрібно вжити комплексних заходів щодо оновлення матеріально-технічного оснащення лікарень. Враховуючи той факт, що тариф на медичні послуги не покриває видатки на придбання медичного обладнання, а виділення таких коштів із місцевих бюджетів складно прогнозувати, то з урахуванням усіх цих факторів принципово необхідно максимально розширити наявний інструментарій для залучення альтернативних джерел фінансування інвестиційних проєктів у сфері охорони здоров'я, одним із яких є кошти приватного інвестора, що можуть бути залучені в рамках ДПП.

1.2 Нормативно-правова база з питань ДПП у сфері охорони здоров'я

Загальне законодавство у сфері ДПП

Питання державно-приватного партнерства в Україні регулюються низкою законодавчих актів, які можна поділити на законодавчі норми загального характеру, до яких відносяться:

- «Закон України «Про державно-приватне партнерство» від 01.07.2010 № 2404-VI;
- Розпорядження Кабінету Міністрів України від 14.08.2013 № 739 «Про схвалення Концепції розвитку державно-приватного партнерства в Україні на 2013 - 2018 роки»;
- Постанова Кабінету Міністрів України від 09.02.2011 № 81 «Про затвердження Порядку надання приватним партнером державному партнеру інформації про виконання договору, укладеного в рамках державно-приватного партнерства»;
- Постанова Кабінету Міністрів України від 17.03.2011 № 279 «Про затвердження Порядку надання державної підтримки здійсненню державно-приватного партнерства»;
- Постанова Кабінету Міністрів України від 26.04.2017 № 298 «Про затвердження Порядку заміни приватного партнера за договором, укладеним у рамках державно-приватного партнерства»;

– Наказ Міністерства економічного розвитку і торгівлі України від 27.02.2012 № 255 «Деякі питання проведення аналізу ефективності здійснення державно-приватного партнерства» [24, 30].

Концесійне законодавство України ґрунтується на наступних нормативно-правових актах:

- «Господарський кодекс України від 16.01.2003 № 436-IV (Глава 40 «Концесії»);
- Податковий кодекс від 01.12.2010 № 2755-VI (стаття 98 ПК України; підпункти 196.1.2 та 196.1.15 ПК України);
- Закон України «Про концесії» від 16.07.1999 № 997-XIV;
- Постанова Кабінету Міністрів України від 11.12.1999 № 2293 «Про затвердження Переліку об'єктів права державної власності, які можуть надаватися в концесію»;
- Постанова Кабінету Міністрів України від 12.04.2000 № 642 «Про затвердження Положення про проведення концесійного конкурсу та укладення концесійних договорів на об'єкти права державної і комунальної власності, які надаються у концесію»;
- Постанова Кабінету Міністрів України від 12.04.2000 № 643 «Про затвердження Типового концесійного договору»;
- Постанова Кабінету Міністрів України від 12.04.2000 № 639 «Про затвердження Методики розрахунку концесійних платежів»;
- Постанова Кабінету Міністрів України від 13.07.2000 № 1114 «Про затвердження Порядку визначення об'єктів концесії, концесіонерам яких можуть надаватись пільги щодо концесійних платежів, дотації, компенсації, та умов їх надання»;
- Наказ Фонду державного майна України від 29.04.2013 № 591 «Про затвердження Технологічної карти адміністративної послуги з реєстрації договорів концесії державного майна»;
- Роз'яснення Міністерства юстиції України від 19.01.2011 «Особливості укладення договору концесії» [24, 31].

1.3 Поняття про об'єкти й суб'єкти ДПП у сфері охорони здоров'я

«Основним в процесі структурування проектів ДПП є наявність (або створення у процесі реалізації проекту) певного об'єкта, що перебуває у державній та/або комунальній власності, що тимчасово передається приватному партнеру» [16].

Відповідно до частини другої статті 7 Закону України «Про державно-приватне партнерство» об'єктами державно-приватного партнерства є:

«1) існуючі, зокрема відтворювані (шляхом реконструкції, модернізації, технічного переоснащення) об'єкти, що перебувають у державній або комунальній власності чи належать Автономній Республіці Крим, у тому числі ділянки надр;

2) створювані або придбані об'єкти в результаті виконання договору, укладеного в рамках державно-приватного партнерства.

Існує певна специфіка щодо реалізації концесійних проектів у сфері охорони здоров'я. За загальним правилом припинення діяльності державного або комунального підприємства, майно якого передається в концесію, здійснюється шляхом його ліквідації (частина перша статті 409 ГКУ, частина перша статті 23 Закону про концесії). За таких умов передача цілісного майнового комплексу діючої лікарні суперечитиме приписам статті 49 Конституції України та частини 3 статті 16 Основ, відповідно до яких забороняється скорочення існуючої мережі державних і комунальних закладів охорони здоров'я» [24, 31].

1.4 Суб'єкти ДПП у сфері охорони здоров'я

На відміну від договорів, що укладаються в рамках публічних закупівель, ДПП є співробітництвом між державними та приватними партнерами.

Співробітництво між державними та приватними партнерами

Таблиця 1

Державні партнери	Приватні партнери
Держава Україна, Автономна Республіка Крим, територіальні громади в особі відповідних державних органів та органів місцевого самоврядування (наприклад, МОЗ або орган місцевого самоврядування)	Юридичні особи, крім державних та комунальних підприємств, або фізичні особи – підприємці
Надають приватному партнеру право на проектування, будівництво та/або реконструкцію будівель ЗОЗ (або окремих приміщень) та подальше управління об'єктом (з правом або без права надання медичних послуг); придбання діагностичного та/або медичного обладнання, його сервісне обслуговування (з правом або без права надання медичних послуг)	Обираються за результатами конкурсу та забезпечують відповідно створення (будівництво), реконструкцію будівель ЗОЗ (або окремих приміщень), придбання обладнання та/або управління об'єктом (комбінація може відрізнятися залежно від моделі ДПП) з обов'язковим поверненням об'єкта ДПП у державну/комунальну власність після завершення строку ДПП (від 5 до 50 років)

В таблиці 1 наведені приклади співробітництва між державними та приватними партнерами.

«З боку державного (публічного) партнера може виступати (чинним законодавством допускається участь на стороні державного партнера декількох суб'єктів):

- для об'єктів державної власності: держава Україна в особі уповноваженого ЦОВВ, в управлінні якого перебуває потенційний об'єкт ДПП (як правило, МОЗ або інший ЦОВВ, у підпорядкуванні якого може знаходитись відомча лікарня);
- для об'єктів комунальної власності: територіальна громада в особі відповідних органів місцевого самоврядування» [24,7,8].

«Щодо можливості участі лікарні у договірних відносинах ДПП, слід вказувати, що ступінь залученості лікарні залежить від організаційної форми:

- для бюджетних установ: не передбачається можливості участі у договорі ДПП (фактично бюджетна установа, а саме окреме її майно, виступає об'єктом, а не суб'єктом таких відносин);
- для автономізованих лікарень: за рішенням державного партнера державне підприємство, комунальне підприємство або господарське товариство, 100% статутного капіталу якого належать державі чи територіальній громаді, може брати участь у договорі, укладеному в рамках ДПП, на стороні відповідного державного партнера» [24,16].

Державний партнер несе відповідальність за зобов'язаннями такого підприємства або господарського товариства відповідно до договору, укладеного в рамках ДПП.

РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ ІСНУЮЧИХ МОДЕЛЕЙ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА

2.1 Особливі функції, що можуть передаватися приватному партнеру в рамках ДПП

Розглянувши практично взаємодію держави та бізнесу, спостерігаємо, що є чимало різних форм співпраці з різним ступенем задіяння приватного сектору.

Компетенція публічних суб'єктів у сфері ДПП

Таблиця 2

Компетенція у сфері ДПП	Для об'єктів державної власності	Для об'єктів комунальної власності
Подання пропозицій про здійснення ДПП	Будь-який ЦОВВ (навіть у разі, якщо він не є органами управління щодо потенційного об'єкта ДПП)	Будь-який МОВВ або ОМС (навіть у разі, якщо вони не є органами управління щодо потенційного об'єкта ДПП)
Проведення аналізу ефективності здійснення ДПП	ЦОВВ, що здійснює функції з управління з подальшим погодженням з Мінекономрозвитку (якщо не визначено – Мінекономрозвитку)	Уповноважений виконавчий орган місцевого самоврядування, з подальшим погодженням з Мінекономрозвитку якщо вимагатиметься залучення державного фінансування (якщо не визначено – виконком)
Прийняття рішення про здійснення ДПП	ЦОВВ, що здійснює функції з управління (якщо не визначено – КМУ)	ОМС
Організація конкурсу з визначення приватного партнера для укладення договору у сфері ДПП	ЦОВВ, що здійснює функції з управління (якщо не визначено – КМУ)	ОМС

Таблиця 2 демонструє способи залучення приватного партнера залежно від типу проєктів ДПП.

Перевагами ДПП у сфері охорони здоров'я є:

- «можливість залучення коштів приватних інвесторів для розвитку державних та комунальних ЗОЗ;
- збереження майна у комунальній/державній власності (пряма заборона на приватизацію);
- передача новостворених та придбаних в рамках ДПП об'єктів у державну/комунальну власність;
- підвищення якості медичних послуг для населення» [24].

Перспективами впровадження ДПП в умовах медичної реформи є те, що програма медичних гарантій дозволить чітко відмежувати медичні послуги, охоплені державними гарантіями, та платні послуги, за рахунок яких приватний партнер зможе компенсувати вкладені інвестиції; проведення автономізації ЗОЗ дасть можливість впроваджувати такі форми ДПП як концесія та спільна діяльність та надасть можливість автономізованим закладам стати учасником ДПП на стороні державного партнера; програми «місцевих стимулів» (за рахунок коштів місцевих бюджетів) можуть стати додатковим джерелом компенсації витрат інвестора для стимулювання його до участі у проєктах ДПП. [6,9]

2.2 Моделі державно-приватного партнерства

У чинному Законі про ДПП не показано повний перелік моделей ДПП. Основні форми здійснення ДПП закріплено статтею 5 Закону про ДПП. Розглянемо деякі з них.

Договір концесії являє собою «надання концесієдавцем (Міністерством охорони здоров'я України або органом місцевого самоврядування) на платній та строковій основі (10-50 років) концесіонеру (переможцю концесійного конкурсу) права на управління (експлуатацію) об'єкта концесії (цілісний майновий комплекс, об'єкт незавершеного будівництва, спеціально збудований об'єкт), за умови взяття суб'єктом підприємницької діяльності (концесіонером) на себе зобов'язань по створенню (будівництву) та (або) управлінню об'єктом концесії, майнової відповідальності та можливого підприємницького ризику. Передбачає використання спеціальної процедури, визначеної концесійним законодавством.

Обмеження: не підлягає скороченню існуюча мережа державних та комунальних закладів охорони здоров'я, у зв'язку з чим потребує додаткового законодавчого врегулювання передача у концесію цілісного майнового комплексу діючої лікарні, оскільки такий формат за діючими законодавчими вимогами призводить до ліквідації ЗОЗ як державного або комунального підприємства. Тим не менше, спеціально збудований об'єкт може бути об'єктом ДПП у сфері охорони здоров'я» [24, 25].

Договір спільної діяльності: «за договором про спільну діяльність публічний та приватний партнери зобов'язуються діяти спільно; без створення юридичної особи; для досягнення певної мети, що не суперечить законові. Найпоширенішим варіантом є передача у спільну діяльність з боку публічного партнера майна (об'єкти нерухомості, обладнання тощо), а з боку приватного – інвестицій (наприклад, у формі будівництва нових об'єктів, їхньої реконструкції тощо). Що ж до вирішення питання управління, то хоча форма спільної діяльності вимагає спільного ведення справ, тим не менше, на практиці управлінська функція делегується приватному партнеру.

Форми: існує дві форми спільної діяльності: без об'єднання вкладів і договір простого товариства.

Обмеження: форма «без об'єднання вкладів» не є ефективною для інвестиційних зобов'язань, а просте товариство як модель за участі державного підприємства передбачає ряд обмежень:

- під час укладення договорів про спільну діяльність розмір частки державних підприємств має становити не менше 50 відсотків спільного майна учасників спільної діяльності (аналогічним чином певні обмеження можуть встановлюватися органами місцевого самоврядування щодо комунальної власності);
- не може бути вкладом у спільну діяльність майно, яке належить до основних фондів підприємств державної власності, що не підлягають приватизації;
- укладення державним підприємством або установою договору про спільну діяльність зумовлює необхідність прийняття Кабінетом Міністрів України рішення про погодження укладення такого договору» [24,29].

Договір управління майном: державний партнер, який є установником управління, передає приватному партнеру на певний строк державне майно в управління, а приватний партнер зобов'язується за плату здійснювати від свого імені управління цим майном в інтересах установника управління.

Обмеження: даний договір належить до ДПП виключно за умови передбачення інвестиційних зобов'язань приватного партнера. Дані договори не є поширеними, бо використовується, частіше за все, як елемент змішаного договору в рамках ДПП. [24,30]

Договір оренди (виключно у разі наявності інвестиційних зобов'язань): «орендою є засноване на договорі строкове платне користування майном, необхідним орендареві для здійснення підприємницької та іншої діяльності. За загальним правилом об'єктом оренди може виступати єдиний майновий комплекс підприємства, його структурні підрозділи (філії, цехи, дільниці), нерухоме майно (будівлі, споруди, нежитлові приміщення) та інше окреме індивідуально визначене майно підприємств.

Обмеження:

- необхідність включення до орендних відносин Фонду державного майна України та/або його регіональних відділень, адже ЗОЗ можуть виступати орендодавцями виключно щодо нерухомого майна, загальна площа якого не перевищує 200 квадратних метрів на одне підприємство, установу, організацію, та іншого окремого індивідуально визначеного майна;
- орендар не зможе отримати компенсацію внесених інвестицій виключно за наявності згоди орендодавця на здійснення поліпшень, що ставить орендаря у залежність від орендодавця;
- фіксовані розміри орендних платежів, що суттєво звужує рамки для структурування проекту» [24,32].

Спільне підприємство: «створення підприємства, яке базується на спільному капіталі державної/комунальної та приватної власності, на спільному управлінні та на спільному розподілі результатів та ризиків. Спільне підприємство може бути створено у формі господарського товариства (наприклад, товариства з обмеженою відповідальністю, акціонерного товариства тощо).

Обмеження: - нерухоме майно об'єктів державної власності, що не підлягають приватизації, не може бути передане до статутного капіталу господарських організацій і щодо такого майна не можуть вчинятися дії, наслідком яких може бути їх відчуження;

- обмежена можливість реінвестування прибутків у розвиток підприємства (для господарських товариств, у статутному капіталі яких є корпоративні права держави, встановлюється базовий норматив відрахування частки прибутку, що спрямовується на виплату дивідендів).

Умови застосування: створення господарських організацій на базі об'єктів державної власності здійснюється за умови, що розмір корпоративних прав держави перевищуватиме 50 відсотків їх статутного капіталу (при цьому, засновником з боку держави є Фонд державного майна України» [24,33].

Таблиця 3 складена на матеріалі джерел: USAID та ULEAD.

У Європі за останні роки широко використовується модель DBFO, відповідно до якої приватний партнер знаходить фінансування, будує або реконструює об'єкт, здає його в експлуатацію, а потім відповідає за технічний стан будівель.

Моделі комбінації функцій, які передаються приватному партнеру

Таблиця 3

Коротка назва	Розшифрування назви	Суть моделі
ВОТ	Build-Operate-Transfer	«Будівництво-Управління-Передача»: приватний партнер здійснює будівництво й експлуатацію (в основному на правах власності) протягом встановленого строку, після чого об'єкт передається державі
ВТО	Build-Transfer-Operate	«Будівництво-Передача-Управління»: приватний партнер будує об'єкт, який передається державі (концеденту) у власність відразу після завершення будівництва, після чого він передається в експлуатацію концесіонеру
ВОО	Build-Own-Operate	«Будівництво-Володіння-Управління»: приватний партнер будує об'єкт і здійснює подальшу експлуатацію, володіючи ним на правах власності, термін дії якого не обмежується
ВВО	Buy-Build-Operate	«Придбання-Будівництво-Експлуатація»: передача об'єкта державної або комунальної власності приватній структурі на умовах контракту, згідно з яким такий об'єкт повинен бути модернізований та експлуатуватись упродовж встановленого терміну
DBFO	Design-Build-Finance-Operate	«Розробка-Будівництво-Фінансування-Управління»: приватна компанія розробляє і будує медичний заклад відповідно до вимог і стандартів, затверджених органами влади, а також фінансує капітальні витрати і здійснює управління об'єктом
DBFM	Design-Build-Finance-Maintain	«Розробка-Будівництво-Фінансування-Утримання»: даний вид контрактів передбачає 33 додаткове надання неклінічних послуг, в тому числі окремих (прибирання, логістика, безпека тощо)

Фінансування державно-приватного партнерства

Відповідно до частини першої статті 9 Закону України «Про державно-приватне партнерство фінансування ДПП може здійснюватися за рахунок:

- «фінансових ресурсів приватного партнера;
- фінансових ресурсів, запозичених в установленому порядку;
- коштів державного та місцевих бюджетів;
- інших джерел, не заборонених законодавством.

Проекти ДПП передбачають внесення приватним партнером інвестицій в об'єкти партнерства із джерел, не заборонених законодавством. Тим не менше, структурування проектів ДПП не обмежується виключно інвестиціями, залученими від приватного партнера. Традиційно проекти ДПП структуруються з урахуванням можливості проектного фінансування, під яким розуміється цільове фінансування позичальника під проект з узгодженим правом регресу фінансової установи, при якому забезпеченням зобов'язань за проектом в основному є грошові потоки, генеровані проектом, а також активи, що належать до нього» [24, 28].

З метою стимулювання проектів ДПП публічний партнер може надавати державну підтримку у здійсненні державно-приватного партнерства. З метою стимулювання проектів ДПП публічний партнер може надавати державну підтримку здійсненню державно-приватного партнерства. Рішення про її надання приймається Кабміном чи уповноваженим органом виконавчої влади чи місцевого самоврядування залежно від права власності на об'єкт.

«Порядок отримання державної підтримки врегульовано постановою КМУ від 17 березня 2011 р. № 279 «Про затвердження Порядку надання державної підтримки здійсненню державно-приватного партнерства». Перспективним напрямком структурування проектів є робота над способами запровадження гарантій придбання державним партнером певного обсягу товарів (робіт, послуг), що виробляються (виконуються, надаються) приватним партнером за договором, укладеним у рамках державно-приватного партнерства» [24].

2.3 Огляд існуючої практики проектів ДПП у сфері охорони здоров'я в Україні

Одним із проектів, які можна розглядати як приклади ДПП у сфері охорони здоров'я в Україні, однак, які не є такими за своєю природою, є Український центр томотерапії на базі Кіровоградського обласного онкологічного диспансеру (внесок публічного партнера – площа центру 1000 кв. м., внесок приватного партнера – високоспеціалізоване обладнання, в т.ч. лінійний прискорювач, та безкоштовне лікування 50 пацієнтів на рік). Також, в цьому аспекті, заслуговує на увагу Сумський обласний центр служби крові (створення спільного підприємства на 25% участь ОМС та 75%

участі приватного інвестора ТОВ «Біофарма»; вигода приватного інвестора полягає в отриманні доступу до придбання компонентів крові, які ТОВ «Біофарма» використовує за своєю основною діяльністю для виготовлення препаратів крові).

Ще, важливо зазначити, до даної категорії відносяться Клінічний науково-методичний центр рентгеноваскулярної медицини на базі університетської клініки Одеського національного медичного університету (внесок приватного партнера – високоспеціалізоване обладнання, в т.ч. ангиограф) та Центр медичних інновацій Novo на базі Львівської комунальної міської дитячої клінічної лікарні (внесок приватного партнера – ремонт приміщення та високоспеціалізоване обладнання).

Також існує категорія проєктів, які позиціонують себе як приклади ДПП у сфері охорони здоров'я в Україні, що перебувають на етапі впровадження. Зокрема, серед них важливим є будівництво та відкриття Діагностичного центру на території Бориспільської центральної районної лікарні (добудова площею 300 кв.м. до головного корпусу). Приватний партнер ТОВ «СканДіагностика» (проєкт реалізовано як приватну ініціативу).

Також, готується до оголошення конкурсу проєкт щодо створення Центру малоінвазивної хірургії на третьому поверсі хірургічного корпусу Трускавецької міської лікарні (на умовах спільної діяльності).

На етапі розробки ТЕО знаходиться проєкт ІФС щодо об'єднання кількох старих лікарень в одну нову (КМДА спільно з ІФС).

РОЗДІЛ 3 СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ЗАХВОРЮВАНOSTІ Й СМЕРТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ НА ХВОРОБИ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ ТА ГКС ТА ШЛЯХИ ЇХ ВИРІШЕННЯ НА ОСНОВІ МЕХАНІЗМУ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА

3.1 Аналіз стану захворюваності й смертності населення України та Сумської області на хвороби системи кровообігу та гострий коронарний синдром за період 2015-2019 років

Хвороби системи кровообігу протягом кількох десятиліть є причиною смерті населення розвинутих країн, серед яких і Україна, і в 2019 році становили 67,0% від загальної смертності населення. Показники летальності від цих захворювань в Україні в 2-4 рази вище, ніж у західноєвропейських країнах, США, Канаді, Австралії, і поки що спостерігається тенденція до зростання смертності. В структурі смертності від серцево-судинних захворювань на частку ішемічної хвороби серця доводиться у чоловіків на 60%, у жінок - 40%.

Хвороби системи кровообігу (ХСК) є найбільш поширеними серед мешканців України та слугують основною причиною смертності населення. Ці патології реєструються у 57,5% жителів України, що становить 26,4 млн. хворих, при чому 9,6 млн. осіб з них знаходяться в працездатному віці. Від цих хвороб щорічно стають інвалідами близько 15 осіб на кожні 10 тис. дорослого населення України, вони є причиною смерті 160 тис. осіб на рік.

Поширеність ішемічної хвороби серця (ІХС) в Україні серед осіб працездатного віку у 2019 році становила 9,7 тис. на 100 тис. населення, поширеність ІХС серед осіб дорослого віку у 2019 році в Україні становила 24 тис. на 100 тис. населення.

За даними МОЗ України в 2019 р. виявлено 50744 випадків гострого та повторного інфаркту міокарду серед дорослого населення (135,7 випадків на 100 тис. населення). Також, показники захворюваності та смертності від цього захворювання є високими майже у всіх промислово розвинених країнах світу. Згідно з даними американського національного реєстру, в США ішемічною хворобою серця (ІХС) страждають понад 5 млн. осіб. Для чоловіків у віці до 35 років вона є головною причиною смерті, а у віці після 45 років ІХС – головна причина смерті як для чоловіків, так і для жінок. В Англії та Уельсі більше 30% смертей чоловіків і 22% смертей жінок обумовлене ІХС. Термін «ішемічна хвороба серця», прийнятий Всесвітньою організацією охорони здоров'я в 1985 році, позначав такий патологічний стан, який характеризується абсолютним або відносним порушенням кровопостачання міокарда внаслідок ураження коронарних артерій серця. Летальність від ІХС становить половину випадків смерті від ССЗ. ІХС як будь-яке хронічне захворювання характеризується періодами стабільного

перебігу і загострень. Саме в період загострення ІХС істотно підвищується ризик смерті, яка нерідко настає в перші години від початку клінічних проявів. Період загострення ІХС в даний час позначається як гострий коронарний синдром (ГКС).

ГКС – це клініко-електрокардіографічний симптомокомплекс, який розвивається при гострій невідповідності потреб міокарда у кисні та його доставки внаслідок тромботичної обструкції (до 95% випадків), або стійкого спазму (до 5% випадків) коронарної артерії. Для ГКС характерна наявність симптоматики, що дозволяє запідозрити розвиток у пацієнта або нестабільної стенокардії, або інфаркту міокарда, у поєднанні зі змінами на ЕКГ у вигляді підйому сегмента ST чи без підйому сегмента ST.

Досягнення в лікуванні самого серйозного прояви ІХС – інфаркту міокарда добре відомі, летальність при якому в стаціонарах знизилася в середині століття з 40-50 до 10%, а в даний час в окремих установах навіть до 5%.

Варто зазначити, що більше половини, людей з інфарктом міокарда гинуть протягом першої години захворювання, тобто тоді, коли медична допомога їм ще не надається. Слід також знати, що приблизно у чверті хворих на інфаркт міокарда клінічні прояви можуть протікати настільки малосимптомно, що на них не звертають уваги, хоча мають той же самий несприятливий прогноз, що і у хворих з розгорнутою клінічною картиною інфаркту. Це в якійсь мірі може пояснити ту обставину, що ІХС нерідко проявляється лише у вигляді раптової смерті. Останнім часом з'явилися нові дані про механізми розвитку ГКС, в клініку впроваджені нові лікарські засоби і методи лікування, здатні істотно поліпшити прогноз. У той же час, незважаючи на сучасні підходи до ведення хворих, рівень смертності при ГКС залишається високим. Необхідною умовою для підвищення виживаності пацієнтів із загостренням ІХС є своєчасна діагностика і правильний вибір тактики лікування в перші хвилини і години захворювання. ГКС – область медицини, в якій на практиці можуть бути втілені принципи «медицини заснованої на доказах». Майже всі методи терапії, що мають серйозні теоретичні передумови для застосування, були вивчені в багатоцентрових рандомізованих порівняльних дослідженнях, результати яких дали можливість розробити клінічні рекомендації з діагностики та лікування ОКС.

Державна політика охорони здоров'я спрямована на забезпечення збереження здоров'я населення, зниження смертності від захворювань серцево-судинної системи.

У 2017 році розпорядженням Кабінету Міністрів України від 03.04.2017 №275 затверджений план пріоритетних дій Уряду до 2020 року у п'ятому розділі якого з метою удосконалення надання високоспеціалізованої медичної допомоги за напрямом «Боротьба із серцево-судинними та судинно-мозковими захворюваннями» є забезпечення лікування

невідкладних станів, які загрожують життю пацієнтів із хворобами системи кровообігу.

На його виконання Міністерством охорони здоров'я України видано наказ від 29.08.2017 року № 975 «Про вдосконалення системи кардіологічної допомоги в закладах охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 09 жовтня 2017 р. за № 1209/31077, яким затверджується Положення про обласний кардіологічний центр та склад клінічних підрозділів, серед яких обов'язкова наявність відділення інтервенційної кардіології і реперфузійної терапії, а також відділень аритмій серця, кардіохірургічного та реабілітаційного.

За результатами моніторингу Міністерства охорони здоров'я України, Сумська область за останнє десятиріччя є областю з високим рівнем депопуляції населення.

Кількість людей, які мають хвороби системи кровообігу в Сумській області, досягла 600 тисяч осіб (в Україні - 25,8 млн.) - більше 60% дорослого населення, з них 27% хворих на гіпертонічну хворобу. Поширеність ХСК серед населення займала перше місце у структурі загальної поширеності захворювань і становила 57459,63 випадків на 100 тис. осіб. Причому за останні 10 років поширеність цієї групи хвороб зросла на 17,8%. Враховуючи це, лікування даної групи патологій, а також розробка профілактичних заходів щодо зниження захворюваності та смертності населення, є одним з пріоритетних завдань системи охорони здоров'я.

Поширеність, захворюваність на ХСК та ГІМ населення Сумської області (на 100 тис. населення) за період 2015-2019 рр.

Таблиця 4

	На 100 тис. населення				
	2015	2016	2017	2018	2019
ХСК поширеність	65511,7	67024,5	67682,8	67715,8	61310,2
ХСК захворюваність	4 972,6	5 077,0	4 940,5	4 586,5	4 439,9
Гострий та повторний інфаркт міокарда	129,91	134,40	140,26	135,80	132,91
У тому числі великовогнищевий (трансмуральний)	80,76	85,94	83,85	85,50	74,25

Як видно з таблиці 4 протягом останніх п'яти років по області спостерігається тенденція до зниження рівнів поширеності та захворюваності

населення на ХСК з 65511,7 випадків на 100 тис. населення у 2015 р. до 61310, випадки у 2019р. Також знизились рівні гострого та повторного інфаркту міокарда, в тому числі і великовогневищеві інфаркти (трансмуральні) з 80, 76 випадків на 100 тис. населення у 2015 р. до 74,25 випадків у 2019 р.



Рис.1.-- Динаміка захворюваності на ГІМ населення Сумської області (2015-2019 рр.).

Динаміка захворюваності на ГІМ населення Сумської області на сьогоднішній час має тенденцію до її зниження.

«У структурі причин первинної інвалідності хвороби системи кровообігу становлять 24,3%, серед причин смертності - 64,5% (в Україні - 66,3 %), а показник смертності на 8% вище загальнодержавного (2011р. - 1046,7, в Україні - 963,4)»[37].

«У структурі смертності найбільша частина належить ішемічній хворобі серця, цереброваскулярним захворюванням та артеріальній гіпертензії, що є причиною виникнення ускладнень (інфаркт, інсульт) та смертності. Щороку реєструється до 1150 випадків гострого інфаркту міокарда і 2300 хворих на гострі цереброваскулярні захворювання, унаслідок чого первинну інвалідність отримують до 1000 осіб, з яких 60% хворих у працездатному віці» [37].

Смертність населення Сумської області (на 100 тис. населення) від ХСК та ГІМ за період 2015-2019 рр.

Таблиця 5

	Смертність									
	всього					На 100 тис. нас.				
	2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019
ХСК	1249 6	1234 1	1118 5	1182 1	1118 2	1112, 9	1110, 7	1008, 7	1085, 6	1037, 7
Від ГІМ по області	231	232	223	223	203	20,7	20,9	18,9	20,5	18,8
Працездатний вік	37	37	47	41	32	6,3	5,7	7,5	6,5	5,3

З таблиці 5 можна зробити висновок, що протягом 2015-2019 рр. відбулося зниження рівнів смертності населення Сумської області як від ХСК взагалі, так і від ГІМ (всього і в працездатному віці).

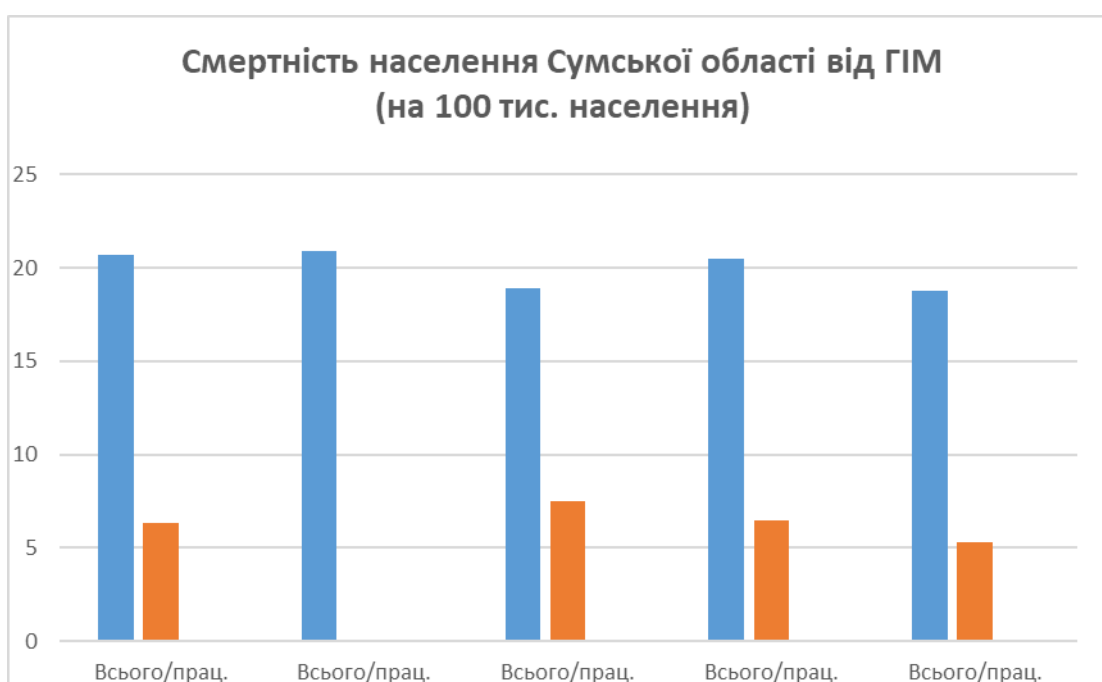


Рис. 3.2 Рівні смертності від ГІМ населення області (всього населення і працездатного населення) за період 2015-2019 рр.

Рисунок 3.2. демонструє зниження рівнів смертності населення Сумської області як від ХСК взагалі, так і від ГІМ (всього і в працездатному віці).

3.2 Аналіз стану надання інтервенційної медичної допомоги хворим на ГКС на основі договору державно-приватного партнерства між КНП «Сумський обласний кардіологічний диспансер» та ТОВ «Альфа-Медика» за період 2015-2019 рр.

Сучасні вимоги до надання кардіологічної допомоги хворим з гострою кардіологічною патологією потребують негайної коронарографії та первинного стентування судин серця, яке повинно проводитись у цілодобовому режимі 7 днів на тиждень. Проте, умови для їх проведення у Комунальному закладі Сумської обласної ради «Сумський обласний кардіологічний диспансер» відсутні при щорічній потребі до 1200 хворих на гострий інфаркт міокарда та понад 5000 хворих на стенокардію, не враховуючи пацієнтів на стабільну стенокардію, яких в області налічується до 19 000 осіб лише працездатного віку.

У 2013 році директором Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги Міністерства охорони здоров'я України затверджений «Регіональний план заходів щодо створення кардіохірургічних та реперфузійних центрів надання допомоги хворим на гостру серцево-судинну та судинно-мозкову патологію у Сумській області на 2013-2017 роки».

Реперфузійну допомогу кардіологічним хворим області (ургентну) з 2013 року надає ТОВ «Альфа-Медика», яке орендує приміщення у КЗ СОР СОКД на основі договору державно-приватного партнерства, але її отримує лише 10% потребуючих хворих – можливості даного підприємства обмежені.

Інтервенційна допомога хворим, в тому числі на гострий інфаркт міокарда за 2015 – 2019 рр. (коронарографія)

Таблиця 6

Коронарографія					
	2015	2016	2017	2018	2019
Всього	74	284	381	578	929
ТОВ «Альфа-Медика»	74	284	381	519	345

Інтервенційна допомога хворим, в тому числі на гострий інфаркт міокарда за 2015 – 2019 рр. (стентування)

Таблиця 7

Стентування					
	2015	2016	2017	2018	2019
Всього	27	136	228	355	504
ТОВ «Альфа-Медика»	27	136	228	334	338

Протягом 2015-2017 рр. всі інтервенційні втручання хворим з ГКС проводились виключно на обладнанні ТОВ «Альфа-Медика» (таблиці 6 та 7), так як тільки цей медичний заклад мав єдиний ангиограф в Сумській області.

В межах реалізації «Обласної цільової програми розвитку реперфузійної, кардіохірургічної та реабілітаційної допомоги в Сумській області на 2018 - 2022 роки» в області були відкриті ще 2 відділення реперфузійної кардіохірургічної допомоги на базі КНП обласної ради «Сумська обласна клінічна лікарня» та КНП «Клінічна лікарня №1 Сумської міської ради» міської ради, що дало змогу покращити якість надання медичної допомоги хворим на ГКС.

Прибуток, що отримується Комунальним некомерційним підприємством Сумської обласної ради «Сумський обласний клінічний кардіологічний диспансер» від оренди приміщень ТОВ АЛЬФА-МЕДИКА, щорічно коливається в межах 100 тис. гривень (2020 рік – 104,2 тис. грн.).

3.3 Наукове обґрунтування та розробка заходів з оптимізації надання невідкладної медичної допомоги хворим на ГКС в Сумській області

Для Сумської області гострим є питання створення умов для впровадження високотехнологічних процедур надання високоспеціалізованої кардіохірургічної, реперфузійної допомоги, в тому числі при гострих кардіологічних станах.

Протягом останніх років «обсяг хірургічних втручань на серці в Сумській області обмежувався ургентними операціями при його пораненнях і тільки з 2005 року на базі обласного судинного відділення 5 міської лікарні хворим з порушенням ритму серця застосовуються планові операції з імплантації постійних електрокардіостимуляторів. Проте необхідне сучасне рентгенологічне обладнання та ангиограф відсутні.

Щороку в хірургічному лікуванні ішемічної хвороби серця та її наслідків, а також порушень серцевого ритму мають потребу до 1000 хворих працездатного віку. Проте умови для його надання в області відсутні, а у науково-дослідних інститутах отримує допомогу лише до 10% цього контингенту.

Первинну інвалідність та високий рівень смертності від серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань зумовлені рядом причин, а саме:

недостатністю виявлення хвороб на ранніх доклінічних стадіях;

низьким рівнем оснащення закладів охорони здоров'я обладнанням, необхідним для своєчасної діагностики, лікування та надання інтенсивної допомоги;

недостатнім рівнем первинної та вторинної профілактики серцево-судинних захворювань;

недостатністю бюджетного фінансування для закупівлі лікарських засобів;

обмеженою доступністю сучасних методів лікування основних серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань (інвазійна кардіологія, кардіохірургія);

недостатньою інформованістю населення про чинники ризику та можливість запобігання серцево-судинним і судинно-мозковим захворюванням.

Найбільш розповсюджені захворювання системи кровообігу, що потребують створення чіткої системи надання медичної допомоги з моменту виявлення до здійснення реабілітаційних заходів, - це ішемічна хвороба серця, судинно-мозкові захворювання та вроджені (набуті) вади серця» [37].

Таким чином, серцево-судинні та судинно-мозкові захворювання є соціальною проблемою, для розв'язання якої необхідна державна підтримка та координація зусиль усіх органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування області. Враховуючи це, лікування даної групи патологій, а також розробка профілактичних заходів щодо зниження захворюваності та смертності населення, є одним з пріоритетних завдань системи охорони здоров'я.

Для розв'язання широкого кола проблем, зв'язаних з покращанням надання якісної медичної допомоги пацієнтам з ГКС в Сумській області з 2013 року діє регіональна програма під назвою «Обласна цільова програма розвитку реперфузійної, кардіохірургічної та реабілітаційної допомоги в Сумській області», яка постійно перезатверджується органами місцевого самоврядування (додатки А, Б) та виконання якої постійно проходить моніторинг та оцінювання з внесенням необхідних заходів.

Основними «завдання Програми є:

- удосконалення діагностики серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань та високоспеціалізованої допомоги хворим;
- визначення потреб і пріоритетів в організації надання кардіологічної і кардіохірургічної допомоги населенню з урахуванням рівня, динаміки та структури захворюваності;
- постійний моніторинг рівня захворюваності населення на серцево-судинні і судинно-мозкові хвороби та стану надання кардіологічної та кардіохірургічної допомоги;
- забезпечення лікарями-кардіологами та лікарями функціональної діагностики лікувально-профілактичних закладів області відповідно до нормативу та підвищення кваліфікації медичних працівників з питань раннього виявлення захворювань та забезпечення сучасної висококваліфікованої допомоги хворим;
- активне залучення громадськості до профілактики серцево-судинних захворювань через засоби масової інформації» [20].

Для запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань необхідно здійснити наступні заходи:

- а) забезпечити проведення первинної та вторинної профілактики шляхом:

- створення системи виявлення хвороб на ранніх, доклінічних стадіях;
- обладнання закладів охорони здоров'я сучасною діагностичною апаратурою; - підготовки висококваліфікованих спеціалістів - кардіологів, лікарів функціональної та ультразвукової діагностики для 18 центральних районних лікарень області;
- впровадження сучасних стандартів запобігання серцево-судинним судинно-мозковим захворюванням;
- проведення сучасної медикаментозної терапії;
- 2) забезпечити своєчасне надання спеціалізованої медичної допомоги та здійснити реабілітаційні заходи, а саме:
 - дотримання клінічних протоколів при проведенні диспансерного нагляду за кардіологічними хворими та створення відділення відновної терапії для їх реабілітації на 60 ліжок на базі обласного кардіологічного диспансеру;
 - організації системи стандартизованого обстеження хворих на всіх рівнях надання медичної допомоги;
 - приведення у відповідність матеріально-технічної бази стаціонарних відділень центральних районних лікарень міст обласного значення, обласного кардіологічного диспансеру, у тому числі добудова корпусу для кардіохірургічного лікування та реабілітації хворих після інвазійних та кардіохірургічних втручань;
 - організація обласного судинного відділення та його оснащення сучасним діагностичним та лікувальним обладнанням для надання спеціалізованої медичної допомоги в необхідному обсязі;
 - надання високоспеціалізованої медичної допомоги хворим з серцево-судинними захворюваннями, у тому числі з використанням інтервенційних та хірургічних методів.

Реалізація всіх завдань і заходів Програми передбачає «досягти збільшення середньої тривалості життя населення шляхом:

- підвищення якості профілактичних оглядів на 1-2% (виявлення патології на ранніх стадіях);
- зменшення рівня первинної інвалідності, зумовленої серцево-судинним і судинно-мозковими захворюваннями в працездатному віці до 1,5% у 2022 р.;
- зменшення рівня смертності від інсультів на 3%, від ішемічної хвороби серця – до 4%» [37].

ВИСНОВКИ

Комплексним медико-соціальним дослідженням виявлено недосконалість існуючої системи державно-приватного партнерства в галузі охорони здоров'я в Україні та Сумській області. На основі аналізу стану реалізації проектів державно-приватного партнерства в області представлено теоретичне узагальнення і нове розв'язання проблеми шляхом оптимізації надання якісної медичної допомоги хворим на гострий кардіальний синдром шляхом партнерської взаємодії з приватним медичним закладом та використанням його матеріально-технічних можливостей та кадрового потенціалу для надання якісної медичної допомоги жителям Сумської області в нових соціальних умовах та в період перебудови системи ОЗ в Україні.

1. Існуюча система державно-приватного партнерства в галузі охорони здоров'я потребує подальшого удосконалення на рівні державного нормативно-правового забезпечення.

2. Механізм державно-приватного партнерства потребує його більш широкого впровадження в організацію роботи закладів охорони здоров'я державної та комунальної власності з метою використання можливостей приватних медичних закладів для покращення якості надання медичної допомоги населенню.

3. В структурі поширеності та смертності населення Сумської області лідируючу позицію займають хвороби системи кровообігу, в тому числі гострий кардіальний синдром.

4. Протягом 2015-2017 рр. всі інтервенційні втручання хворим з ГКС проводились виключно на обладнанні ТОВ «Альфа-Медика» (табл. №6 та табл. №7), так як тільки цей медичний заклад мав єдиний ангиограф в Сумській області.

5. Використовуючи можливості механізму державно-приватного партнерства, залучивши до надання якісної медичної допомоги матеріально-технічні та кадрові ресурси приватного медичного підприємства «Альфа-Медика» шляхом надання інвазивної медичної допомоги хворим на гострий кардіальний синдром в період 2015-2019 рр. вдалося досягти зниження показників смертності населення та його інвалідності.

6. В області діє Обласна цільова програма розвитку реперфузійної, кардіохірургічної та реабілітаційної допомоги в Сумській області на 2018 - 2022 роки, яка дала можливість відкрити 2 нових відділення інтервенційної кардіологічної допомоги та покращити стан її надання пацієнтам з гострим кардіальним синдромом.

ПРОПОЗИЦІЇ:

1. Застосування моделі ДПП в Україні сьогодні може здійснюватися з метою розвитку соціально-медичної сфери поряд із моделлю державного фінансування, яка характеризується обмеженістю бюджетних ресурсів і залежить від історичних та інституціональних умов нашої країни.

2. Можливе об'єднання фінансових ресурсів державного і приватного сектора, що дозволить акумулювати більше коштів та ефективніше вирішувати економічні і соціальні завдання у сфері охорони здоров'я.

3. При взаємодії державної влади та приватного сектора можливою буде реалізація соціально-медичних проєктів в умовах недостатнього фінансування закладів охорони здоров'я.

4. При створенні стратегії впровадження та реалізації проєктів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я в Україні має бути врахована пріоритетність державних та регіональних інтересів при вирішенні медико-соціальних проблем шляхом розробки і реалізації відповідних програм.

5. Запровадження зазначених інфраструктурних моделей державно-приватного партнерства в діяльність закладів медичної допомоги в Україні може бути дієвим інструментом зменшення частки неринкового сектора в галузі охорони здоров'я.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алексєєва Т.І., Биховець К.В., Саєнко А.О. Особливості державно-приватного партнерства в українській медицині [Електронний ресурс]. – Режим доступу <https://socpharm.nuph.edu.ua/files/2014/03.pdf>
2. Андрієвська С.О. Гострий коронарний синдром: міжнародний досвід і сучасні позиції / С.О. Андрієвська // Ліки України. – 2015. – №2 (23). – С. 24-29.
3. Антонюк С. А. Державне регулювання розвитку приватного сектора в охороні здоров'я України на регіональному рівні [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://dysertaciya.org.ua/disertaciya_1_416.htm;
4. Брайловський І.А. Держано-приватне партнерство як інструмент задоволення суспільних потреб / І.А.Брайловський // Наукові записки На. Університету. – 2013. – № 23. – С. 11-14.
5. Безбах Н. Проблеми функціонування механізмів державного регулювання партнерських відносин в Україні / Н. Безбах // Держава та регіони. – 2011. – № 2. – С. 92–96.
6. Варнавский В. Государственно-частное партнерство в здравоохранении / В. Варнавский. – М. : Наука. – 2013. – 112 с.
7. Васильєв Є. Законодавче забезпечення державно-приватного партнерства в інноваційній сфері в Україні. // Сучасна регіональна політика : освіта, наука, практика : матер. підсумк. наук.-практ. конф. за міжнар. участю (Одеса, 28 жовтня 2011 р.). – Одеса, 2011. – С. 18–19.
8. Вивчення оптимальних моделей державно-приватного партнерства для промислових парків в Яворові і Новому Роздолі [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.institute.lviv.ua/doc/02ppp.pdf>.
9. Вилицов М. В. Государственно-частное партнерство: политико-правовой аспект / М. В. Вилицов // Власть. – 2006. – № 7. – Режим доступу : http://www.rusrand.ru/public/public_

10. Власов А. «Особый путь Петербурга в сфере государственно-частного партнерства» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.konkir.ru/article.html?id=3772>
11. Вовк С.М. Інституційні дефініції державно-приватного партнерства в медицині // Державне управління. – 2016. – №3. – С. 23-27.
12. Господарський кодекс України від 16.01.2003 № 436- [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/436-15#Text>
13. Державно-приватне партнерство в контексті нової економічної політики України // Матеріали III Міжнародного інвестиційного саміту DID [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://www.ch.kiev.ua/ru>
14. Досвід та перспективи впровадження державно-приватних партнерств в Україні та за кордоном / Б. Винницький, М. Лендъел, Б. Онищук, П. Сегварі. – Київ: «К.І.С.», 2008. – 146 с.
15. Закон України «Про державно-приватне партнерство» від 01.07.2010 р. № 2404VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T102404.html.
16. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 р №2168 –VIII [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
17. Закон України «Про концесію» від 16.07.1999 № 997-XIV [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/155-20#Text>
18. Концепція розвитку державно-приватного партнерства в Україні 2012-2017 роки [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://pppukraine.org/wp-content/uploads/2015/03/PPP-Development-Concept-2012-2017.pdf>.
19. Кузовльов О. П. Стан та проблеми приватної охорони здоров'я. Державно-приватне партнерство в охороні здоров'я. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.mednp.ru/gosudarstvennochastnoe>
20. Київська обласна цільова програма «Запобігання та лікування серцево-судинних захворювань на 2017-2019 роки» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://koda.gov.ua/wp-content/uploads/2017/04/212_2017.doc

21. Круглий стол: Частная медицина – эффективная медицина. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.tassural.ru>
22. Лохтина Л.К. Понятие и сущность государственно-частного партнерства / Л.К. Лохтина, Э.Д. Батуев // Медицинский вестник [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/212/30/lang,ru>.
23. Мельникова М., Градобоеві Є. Механізми державно-приватного партнерства в проектах розвитку міських агломерацій / М. Мельникова, Є. Градобоеві // СХІД : наук. журн. – Серія : Економічні науки. – № 2. – С. 9–13.
24. Методичні рекомендації для впровадження проектів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://moz.gov.ua/uploads/1/7840-1234567890.pdf>
25. Наказ Міністерства економічного розвитку і торгівлі України від 07.06.2016 № 944 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо застосування Методики виявлення ризиків здійснення державно-приватного партнерства, їх оцінки та визначення форми управління ними» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0944731-16#Text>
26. Наказ Фонду державного майна України від 29.04.2013 № 591 «Про затвердження Технологічної карти адміністративної послуги з реєстрації договорів концесії державного майна» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0591224-13#Text>
27. Павлюк К. В. Сутність і роль державно-приватного партнерства в соціально-економічному розвитку держави / К. В. Павлюк, С. М. Павлюк // Наукові праці КНТУ. Економічні науки. —2010. — Вип. 17. — С. 3. — Режим доступу : <http://www.nbu.gov.ua>.
28. Пахомова Т. І. Державно-приватне партнерство як форма взаємодії влади та бізнесу : конспект лекцій / Т. І. Пахомова, Н. В. Піроженко. – Київ : НАДУ, 2012. – 56 с.
29. Податковий кодекс від 01.12.2010 № 2755-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2755-17>

30. Постанова Кабінету Міністрів України від 09.02.2011 № 81 «Про затвердження Порядку надання приватним партнером державному партнеру інформації про виконання договору, укладеного в рамках державно-приватного партнерства» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/81-2011-%D0%BF#Text>
31. Постанова Кабінету Міністрів України від 16.02.2011 № 232 «Про затвердження Методики виявлення ризиків здійснення державно-приватного партнерства, їх оцінки та визначення форми управління ними» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/232-2011-%D0%BF#Text>
32. Постанова Кабінету Міністрів України від 17.03.2011 № 279 «Про затвердження Порядку надання державної підтримки здійсненню державно-приватного партнерства» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/279-2011-%D0%BF#Text>
33. Постанова Кабінету Міністрів України від 26.04.2017 № 298 «Про затвердження Порядку заміни приватного партнера за договором, укладеним у рамках державно-приватного партнерства» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/298-2017-%D0%BF#Text>
34. Постанова Кабінету Міністрів України від 11.04.2011 № 384 «Деякі питання організації здійснення державно-приватного партнерства» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/384-2011-%D0%BF#Text>
35. Постанова Кабінету Міністрів України від 09.02.2011 № 81 «Про затвердження Порядку надання приватним партнером державному партнеру інформації про виконання договору, укладеного в рамках державно-приватного партнерства» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/81-2011-%D0%BF#Text>
36. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 14.08.2013 № 739 «Про схвалення Концепції розвитку державно-приватного партнерства в Україні на

- 2013 - 2018 роки» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/739-2013-%D1%80#Text>
37. Розпорядження Голови Сумської обласної державної адміністрації від 14.02.2012 № 508-ОД «Про схвалення проекту Обласної програми запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань у Сумській області на 2013-2017 роки» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://sm.gov.ua/images/docs/2012/508.doc>
38. Стоян О. Ю. Державно-приватне партнерство у сфері відновлювальної енергетики України: особливості, тенденції, перспективи розвитку / О. Ю. Стоян // Інвестиції : практика та досвід. – Київ, 2015. – №2. – С. 123–126.
39. Федичева К. Модели и тенденции развития здравоохранения в мире 2006–2007 гг. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.cnews.ru>
40. Частная медицина – эффективная медицина [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.tassural.ru>.
41. Aman, Alfred C. The human Side of Public-Private Partnerships: From New Deal Regulation to Administrative Law Management / Aman, Alfred C., Josef C. Dugan // Indiana Legal Studies Research Paper 329, (2015).
42. Guidelines for Successful Public – Private Partnerships, 2003. — 100 p. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/guides/ppp_en.pdf.
43. Loosemore M. Implementing systems thinking to manage risk in public private partnership projects / Loosemore M. and Cheung E. // International Journal of Project Management, 2015. – V.33.6. – P. 1325-1334.
44. Shrivastava Ritu. Importance of Public- Private Partnerships: Strengthening Laboratory Medicine Systems and Clinical Practice in Africa / Shrivastava Ritu, Renuca Gadde and John N. Nkengason // Journal of Infectious Diseases. – 2016. – V. 213.suppl. 2. – P. 35-40.

Договір про співпрацю

м. Київ

“ 14 ” листопада 20 13р.

Сторони:

Сторона-1 Товариство з обмеженою відповідальністю «Альфа-Медика», в особі Директора Комісаренко Олеси Володимирівни, що діє на основі Статуту, з одного боку, та

Сторона-2 Комунальний заклад Сумської обласної ради «Сумський обласний кардіологічний диспансер», в особі головного лікаря Марцовенка Ігоря Михайловича, що діє на основі Статуту, з другого боку, уклали цей Договір про наступне:

1. Предмет договору

1.1. Предметом цього Договору є організаційно-методична та лікувальна співпраця між Сторонами з метою впровадження нових технологій та методів надання фізичним особам висококваліфікованої спеціалізованої медичної допомоги, зокрема у сфері консервативного і оперативного лікування хворих, надання консультативно-діагностичної, лікувально-профілактичної і медико-реабілітаційної допомоги, проведення заходів з підготовки та підвищення кваліфікації медичних кадрів, у т. ч. у формі семінарів, з'їздів, конференцій, симпозіумів з питань кардіології, кардіохірургії, рентгенендоваскулярної діагностики та лікування, здійснення інших видів діяльності, передбачених їхніми Статутами.

2. Взаємні обов'язки Сторін

2.1. В рамках цього Договору Сторони здійснюють медичну діяльність на підставі Основ законодавства України про охорону здоров'я, інших актів законодавства з питань охорони здоров'я, нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України, Управління охорони здоров'я Сумської обласної державної адміністрації.

2.2. Сторона-2 направляє пацієнта закладу за його вибором та згодою на інвазивне втручання в кабінет ендоваскулярної діагностики та лікування Сторони – 1.

2.3. Після інвазивного втручання Сторона - 1 передає хворого з протоколом коронарографії та актом виконаних робіт в палату інтенсивної терапії Стороною – 2, де в подальшому проводиться лікування хворого лікарями закладу Сторони-2.

2.4. Відповідальність за стан здоров'я пацієнта під час інвазивного втручання та до передачі хворого в палату інтенсивної терапії (стабільність гемодинаміки, купування ускладень під час або після інвазивного втручання) несе Сторона-1.

2.5. Сторонами медична допомога надається дозволеними до застосування в Україні методами діагностики та лікування (відповідні протоколи, стандарти), включаючи лікарські засоби, кров та її компоненти і препарати, апаратуру, лабораторні та інші дослідження з використанням наявної матеріально-технічної бази.

2.6. Сторони можуть брати спільну участь у нарадах різного рівня з питань надання й удосконалення медичної допомоги, а також запрошувати представників сторін для участі в зазначених заходах.

2.7. Обидві Сторони зобов'язуються вчасно інформувати один одного про заплановані реорганізаційні заходи, ремонтні роботи, перехід на нові умови господарювання, впровадження нових методик діагностики, лікування та профілактики.

2.8. Кожна із Сторін зобов'язується надавати, якщо буде потреба, наукову, статистичну, методичну інформацію відповідно до рішення керівництва тієї й іншої сторони в кожному конкретному випадку.

2.9. Сторони мають право здійснювати взаємний контроль над діяльністю один одного у рамках даного Договору.

3. Зобов'язання Сторони-1.

Сторона-1 за даним Договором зобов'язується:

3.1. З моменту підписання та протягом строку дії цього Договору:

3.1.1. Надавати пацієнтам Сторони-2 висококваліфіковані спеціалізовані медичні послуги, зокрема у сфері рентгеноваскулярної діагностики та лікування серцево-судинних захворювань.

3.1.2. На безоплатній основі надавати висококваліфіковану допомогу у вигляді рентгеноваскулярної діагностики та лікування 50 пацієнтів на рік з мешканців Сумської області з незахищених верств населення.

3.1.3. Письмово повідомляти Сторону-2 про всі зміни, які можуть вплинути на виконання Сторонами своїх зобов'язань по цьому Договору за 10 (десять) календарних дні до дати введення змін.

4. Зобов'язання Сторони-2.

Сторона-2 за даним Договором зобов'язується:

4.1. Надавати організаційну та медичну допомогу профільним пацієнтам з серцево-судинними захворюваннями для огляду та проведення рентгеноваскулярної діагностики та лікування Стороною-1.

4.2. Надавати медичну допомогу у відповідності до стандартів якості та інших нормативних документів, затверджених МОЗ України.

5. Відповідальність Сторін

5.1. У разі порушення своїх зобов'язань по Договору Сторона несе відповідальність, визначену чинним законодавством України. Порушенням зобов'язань по Договору є його невиконання або неналежне виконання, тобто виконання з порушенням умов, визначених змістом Договору.

5.2. Сторона-2 не несе відповідальність за наслідки, які виникли у результаті порушень працівниками Сторони-1 рекомендацій та приписів Сторони-2.

5.3. Сторона не несе відповідальності за порушення Договору, якщо воно сталося не з її вини та якщо вона доведе, що вжила всіх залежних від неї заходів для належного виконання Договору.

Договору він вважається продовженим на такий самий строк і на тих самих умовах, які були передбачені Договором.

8.5. Питання, що не врегульовані умовами цього Договору, вирішуються відповідно до діючого законодавства України.

8.6. Сторона -1 є платником єдиного податку. Ставка єдиного податку – 5%.

8.7. Сторона -2 є неприбутковою установою.

9. Місцезнаходження і реквізити Сторін

Сторона -1

ТОВ «Альфа-Медика»
Юр. адреса: 02660, м. Київ, Дніпровський район, бульвар Верховної Ради, буд. 36
Поштова адреса: 02660, м. Київ, бульвар Верховної Ради, буд. 36
Тел.. (044) 291-61-26
р/р 26009395811 в АТ «Райффайзен Банк Аваль»
МФО 380805
Код ЄДРПОУ - 38576693
Св-во платника єдиного податку серія А № 381159 від 04.02.2013р.

Сторона-2

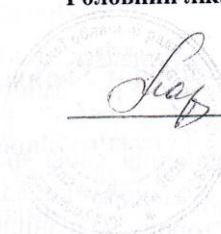
КЗ СОР «СОКД»
Юр. адреса: 40031, м. Суми, вул. Ковпака, 30
Тел.. (0542) 77-31-57, 67-14-00
Поштова адреса: 40031, м. Суми, вул. Ковпака, 30
р/р 35413001002820
ГУДКСУ у Сумській обл.
МФО 837013
Код ЄДРПОУ 03568362

Директор



О.В. Комісаренко

Головний лікар



І.М. Марцовенко

Заст. гол. лікаря
І.М. Марцовенко

Додаток Б

ЗАТВЕРДЖЕНО
Рішення обласної ради
шостого скликання
16.08.2013

**ОБЛАСНА ЦІЛЬОВА ПРОГРАМА
ЗАПОБІГАННЯ ТА ЛІКУВАННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ
І СУДИННО-МОЗКОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ
У СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ
НА 2013-2017 РОКИ**

1. Паспорт

Обласної цільової програми запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань у Сумській області на 2013-2017 роки (далі – Програма)

1.	Ініціатор розроблення Програми	Сумська обласна державна адміністрація
2.	Дата, номер і назва розпорядчого документа органу виконавчої влади про розроблення Програми	Розпорядження голови Сумської обласної державної адміністрації від 14.12.2012 № 508-ОД «Про схвалення проекту Обласної програми запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2013-2017 роки»
3.	Розробник Програми	Управління охорони здоров'я Сумської обласної державної адміністрації
4.	Відповідальний виконавець Програми	Управління охорони здоров'я Сумської обласної державної адміністрації
5.	Учасники Програми	Департамент інформаційної діяльності та комунікацій з громадськістю, управління капітального будівництва Сумської обласної державної адміністрації, районні державні адміністрації, виконавчі комітети міських (міст обласного

		значення) рад
6.	Період реалізації Програми	2013-2017 роки
7.	Етапи виконання Програми	I етап - 2013 рік, II етап - 2014-2015 роки, III етап - 2016-2017 роки,
8.	Перелік місцевих бюджетів, які беруть участь у виконанні Програми	Державний, обласний, місцеві
9.	Загальний орієнтовний обсяг фінансових ресурсів, необхідних для реалізації Програми, усього:	180,623 млн. гривень
	у тому числі коштів: державного бюджету обласного бюджету місцевих бюджетів інші джерела	51,586 млн. грн. 123,001 млн. грн. 5,986 млн. грн. 0,05 тис. грн.

Додаток В

ЗАТВЕРДЖЕНО

Рішення обласної
ради

сьомого скликання

**Обласна цільова програма
розвитку реперфузійної, кардіохірургічної та реабілітаційної допомоги
в Сумській області на 2018 - 2022 роки**

1. Паспорт

**Обласна цільова програма розвитку реперфузійної,
кардіохірургічної та реабілітаційної допомоги в Сумській області
на 2018 - 2022 роки (далі – Програма)**

1.	Ініціатор розроблення Програми	Сумська обласна державна адміністрація
2.	Дата, номер і назва розпорядчого документа органу виконавчої влади про схвалення проекту Програми	Розпорядження голови Сумської обласної державної адміністрації від 08.12.2017 № 712–ОД про «Обласну цільову Програму розвитку реперфузійної, кардіохірургічної та реабілітаційної допомоги в Сумській області на 2018-2022 роки»
3	Розробник Програми	Управління охорони здоров'я Сумської обласної державної адміністрації
4.	Відповідальний виконавець Програми	Управління охорони здоров'я Сумської обласної державної адміністрації
5.	Учасники Програми	Лікувально-профілактичні заклади області третинного та вторинного рівнів
6.	Період реалізації Програми	2018 - 2022 роки
7.	Перелік бюджетів, які беруть участь у виконанні Програми	Обласний бюджет Місцевий бюджет
8.	Загальний орієнтовний обсяг фінансових ресурсів, необхідних для реалізації Програми, всього:	134443,55 тис. гривень
8.1	у тому числі коштів: обласного бюджету місцевих бюджетів	73790,0 тис. гривень 60653,55 тис. гривень