

**КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ  
ВАДИМА ГЕТЬМАНА МОН УКРАЇНИ**

**КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ  
ВАДИМА ГЕТЬМАНА МОН УКРАЇНИ**

Кваліфікаційна наукова праця  
на правах рукопису

**ШАПРАН ОЛЕКСАНДР АНДРІЙОВИЧ**

УДК 005.591.452:614(477):330.341.1

**ДИСЕРТАЦІЯ**

**ФОРМУВАННЯ ІННОВАЦІЙНОГО ПАТЕРНУ КВАНТОВОГО  
ПАРТНЕРСТВА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Спеціальність 076 – Підприємництво, торгівля та біржова діяльність

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,  
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

---

О.А.Шапран

Науковий керівник: РСПНА Інна Миколаївна, доктор економічних наук, професор

**Київ - 2025**

## АНОТАЦІЯ

**Шапран О.А. Формування інноваційного патерну квантового партнерства у сфері охорони здоров'я. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.**

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 076 «Підприємництво, торгівля та біржова діяльність» – Київський національний економічний університет імені Вадима Гетьмана, Київ, 2025.

Дисертація виконана відповідно до плану науково-дослідних робіт Київського національного економічного університету імені Вадима Гетьмана, кафедри бізнес-економіки та підприємництва за темами: «Неоекономіка та імперативи розвитку підприємництва», 0116U001555, 2016-2020 рр.; «Неоіндустріалізація та соціалізація підприємництва в цифровій економіці», 0121U109203, 2021-2025 рр.; «Розвиток академічного підприємництва та бізнес-акселерація в COVID-залежному соціально-економічному просторі», 0122U000962, 2022-2023; «Розробка стратегій трансферу технологій в онкологічній практиці з урахуванням специфіки України», 011U103932, 2020-2022.

В дисертаційній роботі досліджено теоретико-методичні засади формування інноваційного патерну квантового партнерства. Для вивчення теоретичних основ партнерства автором використовується міжгалузеве порівняння витоків партнерства враховуючи юридичний, економічний та управлінський аспекти. Набуло подальшого розвитку ідентифікація типів, організаційних форм і поширених моделей партнерств, що дозволило систематизувати існуючі теоретичні підходи до розуміння природи партнерства та поглибити бачення структурної багатоманітності партнерських взаємодій. Крім того, удосконалено класифікацію видів партнерств за десятьма ключовими ознаками, що дозволяє всебічно аналізувати та ефективно управляти партнерськими відносинами в різних сферах діяльності.

Підсумовуючи теоретичні та прикладні здобутки розглянемо партнерство *як явище*, пропонуючи концептуальну модель партнерства. Наукова новизна запропонованої моделі базується на інтеграції п'яти структурних компонентів: етапів формування партнерства, типології (горизонтальне, вертикальне, гібридне), блоків моделі (ініціативного, стратегічного, функціонального, інноваційного, інституційного, блоку культури та оціночно-аналітичного), принципів взаємодії (взаємовигода, стратегічна відповідальність, прозорість тощо), яка на відміну від існуючих базується на тривірневому підході до аналізу результативності партнерства і дозволяє здійснювати вимірювання з погляду партнера як одиниці, партнерства як системи та сфери охоплення та впливу партнерства.

Разом з цим, запропоновано погляд на партнерство *як інструмент* для вирішення основних стратегічних та операційних викликів. Автором вперше розроблено універсальний інструмент підтримки прийняття рішень на основі моделі квантового партнерства «QUANTUM», який базується на графоаналітичній методології оцінювання результативності потенційних (або існуючих) партнерств та дозволяє: здійснити багаторівневий порівняльний аналіз результативності респондентів дослідження шляхом інтегрованої оцінки за системою показників (група, сабгрупа, інтрогрупа); виявити найменш та найбільш розвинені площини діяльності кожного респондента відповідно до сформованих груп показників; здійснити прогнозування результативності застосування різних патернів партнерства; підібрати конфігурації для патерну партнерства з найбільшим потенціалом; надавати обґрунтовані рекомендації щодо розроблення політик імплементації партнерських ініціатив з урахуванням виявленого потенціалу.

Таким чином модель складається з 3 рівнів: макрорівень – рівень співвідношення зовнішніх та внутрішніх показників діяльності партнерів; мезорівень – визначення потенціалу кожного партнера та площ перетину показників їх діяльності для формування висновку про можливість партнерства; та мікрорівень – аналітичний інструмент, який надає детальну оцінку конкретних сильних і слабких сторін кожного партнера.

Оскільки впровадження квантового партнерства передбачає попереднє визначення галузевого контексту та цільової сукупності респондентів, то автором розглянуто концепцію цілей сталого розвитку, зокрема об'єднання всіх цілей партнерством (ЦСР 17). Тому, виділивши пріоритетні стратегічні напрямки було обрано сферу охорони здоров'я, яка стає критично важливою у сучасних умовах для України.

Для надання характеристики середовища імплементації моделі квантового партнерства у дослідженні удосконалено методичні підходи до проведення багаторівневого динамічного аналізу системи охорони здоров'я, що включає чотири групи індикаторів які характеризують об'єкт оцінювання за допомоги кількісних та якісних, зовнішніх та внутрішніх характеристик. На основі інтеграції глобальних цільових орієнтирів ВООЗ («Потрійний мільярд»), показників очікуваної тривалості здорового життя в різних групах країн та індикаторів публічного управління охороною здоров'я (піларна система індикаторів) здійснено оцінку поточного стану системи охорони здоров'я України на тлі міжнародних порівнянь, а також доповнено кількісний аналіз суб'єктивними даними — результатами опитування щодо рівня задоволеності населення медичними послугами. Така багатосарова оцінка поглиблює розуміння динаміки функціонування національної системи охорони здоров'я та підвищує релевантність формування стратегічних рішень у сфері медичної політики.

Поєднання теоретико-методичних здобутків першого розділу із статистичними результатами сфери охорони здоров'я допомогло у науково-обґрунтованому *визначенні кола респондентів*. Для цього у роботі набула подальшого розвитку елементна система функціонування ринку медичних послуг в Україні в аспекті взаємодії ключових суб'єктів, що дозволило розглядати цей ринок не як статичну сукупність інституцій, а як комплексну багаторівневу систему та врахувати це для оцінювання результативності діяльності респондентів. Таким чином, визначено респондентами КНП "ЦПМСД № 1" Оболонського району м.

Києва, КНП «ЦПМСД № 2» Солом'янського району м. Києва та КНП «ЦПМСД № 2» Подільського району м. Києва.

З метою окреслення площини дослідження у обраних респондентів, а також надання порівняльної характеристики було використано модель «QUANTUM», яким підкреслено переваги кожного з респондентів, визначено площину їх розвитку – на мікрорівні; на мезорівні графоаналітичне представлення дозволило окреслити масштаб діяльності кожного респондента та різницю їх показників. Макрорівень рівень є стратегічним рівнем який дозволив визначити подальший напрямок розвитку що уособлюється зокрема у стратегії партнерства з медичними установами приватної форми власності та ринку освітніх послуг.

У випадку слідування стратегії партнерства з приватними клініками, здійснено локалізаційний підбір партнерів які розміщують власні мережі у м.Києві та надають послуги первинної медичної допомоги. Як результат було обрано мережу лікарень Добробут, Медіком та Оксфорд медікал. Здійснено порівняння їх результатів діяльності за 2019-2023 рік, виділено причину змін.

Іншим, але не менш важливим виділеним напрямком є партнерство зі спеціалізованими освітніми закладами. У дослідженні окреслено ринок освітніх послуг, виділено тенденції його розвитку в Україні. Власну увагу було приділено зокрема послугам МВА у сфері охорони здоров'я. Тому, було підбрано потенційних партнерів до яких увійшли Міжнародний інститут бізнесу (МІБ), Бізнес-школа МІМ та Бізнес-школа КРОК.

Реалізацію наступного етапу концептуальної моделі партнерства здійснено за допомогою іншої функції інструменту «QUANTUM», яка дозволила відібрати потенційних партнерів для подальшої побудови патерну квантового партнерства.

Графоаналітична модель на мікрорівні виявила значну перевагу «Добробуту» за внутрішніми якісними показниками: рівнем організації праці, конкурентною оплатою, якістю послуг та розвиненою інфраструктурою. Аналіз міжгалузевого партнерства дозволив виділити бізнес-школу «КРОК». Таким чином, впровадження інноваційного патерну квантового партнерства у сфері охорони

здоров'я вимагає розробки та реалізації відповідних політик, які забезпечать ефективне застосування обраної стратегії, тому автором запропоновано: політика спільного використання інфраструктури та медичного обладнання, формування інтегрованих медичних маршрутів пацієнтів, кадрового забезпечення та професійного розвитку, фінансових стимулів та розподілу ризиків, спільного брендингу та комунікаційної взаємодії між партнерами.

З метою прогнозування ефективності впровадження зазначених стратегій та у продовження і розширення етапу 4 «Оцінювання можливості партнерства» удосконалено метод діагностики підприємницького потенціалу підприємства як складову комплексу методів оцінювання потенціалу партнерства в межах квантової моделі, яка базується на графоаналітичному підході до візуалізації міжорганізаційної взаємодії і на відміну від існуючого дозволяє здійснити прогнозування можливих синергій та очікуваної результативності взаємодії. Він дозволив визначити що найвищий показник площі партнерства спостерігається у конфігураційному патерну КНП 2 – КНП 3 – ДП 1 – УК 1. Це свідчить про наймасштабніше структурне поєднання функціональних зон взаємодії, з максимальною компенсацією дублювань (попарних перетинів) і наявністю істотного багатостороннього синергічного перетину.

Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що розроблені та запропоновані моделі та інструменти сприяють підтримки управлінських рішень у позиційному порівнянні підприємства з іншими суб'єктами на ринку з метою ідентифікації сильних і слабких сторін та стратегічного коригування, а також забезпечує побудову найбільш ефективної партнерської конфігурації з максимальним синергійним ефектом.

Наукові розробки, висновки і практичні рекомендації дисертанта були використані у поточній роботі мережі медичних клінік Медіком та Добробут. Також результати дослідження віднайшли своє застосування у вдосконаленні навчально-методичного забезпечення Київського національного економічного університету імені Вадима Гетьмана при викладанні навчальних дисциплін «Бізнес-

процеси та їх автоматизація», «Потенціал і розвиток підприємства» та «Лідерство та партнерство в бізнесі», що сприяє модернізації навчально-методичного забезпечення.

**Ключові слова:** бізнес-модель, підприємництво, медичний заклад, інновації, охорона здоров'я, система управління, патерн, партнерство, графоаналітичний аналіз, медична реформа, потенціал, синергія, стратегія, міждисциплінарність, прогноз, розвиток.

## ABSTRACT

**Shapran O.A. Formation of an Innovative Pattern of “QUANTUM” partnership in the Healthcare Sector – Qualified scientific work on the rights of the manuscript.**

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in specialty 076 "Entrepreneurship, trade and stock exchange activities" - Vadym Hetman Kyiv National Economic University, Kyiv, 2025.

The dissertation was completed in accordance with the thematic plan of research work of the Department of Business Economics and Entrepreneurship of Vadym Hetman Kyiv National Economic University, within the framework of the following scientific projects: "Neo-economy and Imperatives for the Development of Entrepreneurship," 0116U001555, 2016–2020; "Neo-industrialization and Socialization of Entrepreneurship in the Digital Economy," 0121U109203, 2021–2025; "Development of Academic Entrepreneurship and Business Acceleration in the COVID-dependent Socio-economic Space," 0122U000962, 2022–2023; "Development of Technology Transfer Strategies in Oncological Practice Considering the Specifics of Ukraine," 011U103932, 2020–2022.

The dissertation explores the theoretical and methodological foundations for the formation of an innovative quantum partnership pattern. To study the theoretical basis of partnership, the author applies a cross-sectoral comparison of its origins, taking into account legal, economic, and managerial aspects. Further development has been achieved in the identification of types, organizational forms, and common models of partnerships, which allowed the systematization of existing theoretical approaches to understanding the

nature of partnership and deepened the vision of the structural diversity of partnership interactions. Additionally, the classification of partnership types has been improved based on ten key criteria, enabling comprehensive analysis and effective management of partnership relations across various sectors.

Summarizing the theoretical and applied findings, the dissertation proposes a conceptual model of partnership as a socio-economic phenomenon. The scientific novelty of the proposed model lies in the integration of five structural components: stages of partnership formation, typology (horizontal, vertical, hybrid), blocks of the model (initiative, strategic, functional, innovation, institutional, partnership culture, and evaluative-analytical), and principles of interaction (mutual benefit, strategic responsibility, transparency, etc.). Unlike existing models, it is based on a three-level approach to assessing partnership effectiveness and allows for measurement at the level of the individual partner, the partnership as a system, and the broader coverage and influence of the partnership.

Furthermore, the dissertation presents a view of partnership as a strategic tool for addressing major operational and strategic challenges. For the first time, the author has developed a universal decision-support tool based on the quantum partnership model "QUANTUM," which relies on a graph-analytical methodology for assessing the performance of potential (or existing) partnerships. The tool enables: multilevel comparative analysis of respondents' performance through an integrated indicator system (group, subgroup, intragroup); identification of the least and most developed dimensions of each respondent's activity; forecasting the effectiveness of different partnership patterns; selecting the most promising partnership configurations; and providing evidence-based recommendations for the implementation of partnership policies based on identified potential.

Accordingly, the model comprises three levels: the macro level – comparison of external and internal performance indicators; the meso level – assessment of each partner's potential and the overlap in their activities to determine partnership feasibility;

and the micro level – an analytical tool for a detailed evaluation of each partner's strengths and weaknesses.

Since the implementation of quantum partnership requires prior definition of the sectoral context and the target group of respondents, the author considered the concept of Sustainable Development Goals, specifically Goal 17 on partnership. Prioritizing strategic directions led to the selection of the healthcare sector, which is critically important for Ukraine under current conditions.

To characterize the environment for implementing the quantum partnership model, the study improves methodological approaches to conducting multilevel dynamic analysis of the healthcare system. This includes four indicator groups that describe the evaluation object using quantitative and qualitative, external and internal characteristics. By integrating WHO's global target benchmarks (Triple Billion Targets), indicators of healthy life expectancy across country groups, and governance indicators (pillar-based system), the assessment of Ukraine's healthcare system was conducted in comparison with international contexts and supplemented with subjective data – a survey of public satisfaction with medical services. This multi-layered evaluation enhances understanding of the dynamics of the national healthcare system and increases the relevance of strategic decision-making in healthcare policy.

The integration of theoretical and methodological developments from the first chapter with statistical data from the healthcare sector enabled a scientifically grounded selection of respondents. Thus, the dissertation further develops the element-based system of the healthcare services market in Ukraine in the context of key actors' interactions, allowing the market to be seen not as a static collection of institutions, but as a complex multi-level system. This approach was used for evaluating respondents' performance. As a result, the selected respondents were: KNP "CPMSD No. 1" of Obolon district, Kyiv; KNP "CPMSD No. 2" of Solomianskyi district, Kyiv; and KNP "CPMSD No. 2" of Podilskyi district, Kyiv.

To define the research scope among selected respondents and to provide a comparative analysis, the QUANTUM model was applied. It highlighted the advantages

of each respondent and identified their development dimensions at the micro level. At the meso level, the graph-analytical representation illustrated the scale of each respondent's activities and differences in their indicators. The macro level served as a strategic level that helped determine the direction of further development, particularly in the strategy of partnership with private healthcare institutions and the educational services market.

In the case of partnerships with private clinics, a localized selection of partners was made among those providing primary care services in Kyiv. As a result, the following hospital networks were selected: Dobrobut, Medikom, and Oxford Medical. Their performance indicators for 2019–2023 were compared, and the causes of changes were identified.

Another key strategic direction identified was partnership with specialized educational institutions. The study outlines the educational services market and highlights its development trends in Ukraine. Special attention was given to MBA programs in healthcare. As such, the following potential partners were selected: International Institute of Business (IIB), MIM Business School, and KROK Business School.

The next stage of the conceptual partnership model was implemented using another function of the QUANTUM tool, which facilitated the selection of potential partners for building a quantum partnership pattern. The micro-level graph-analytical model revealed a significant advantage of Dobrobut in internal qualitative indicators: work organization, competitive compensation, service quality, and developed infrastructure. The analysis of cross-sectoral partnership led to the selection of KROK Business School. Therefore, the implementation of an innovative quantum partnership pattern in healthcare requires the development and realization of relevant policies to ensure effective application of the selected strategy. The author proposes the following policies: shared infrastructure and medical equipment usage, integrated patient care pathways, workforce development, financial incentives and risk-sharing, co-branding, and communication among partners.

To forecast the effectiveness of the proposed strategies and expand Stage 4 ("Evaluating Partnership Feasibility"), the method for diagnosing the entrepreneurial potential of an enterprise has been improved. It is now a component of the partnership

potential assessment system within the quantum model, based on a graph-analytical approach to visualizing inter-organizational interaction. Unlike existing approaches, it enables forecasting of potential synergies and expected outcomes of collaboration. The analysis revealed that the highest partnership area value occurs in the configuration pattern KNP 2 – KNP 3 – PC 1 – EDU 1, indicating the most comprehensive structural alignment of functional zones, minimal duplication, and significant multilateral synergy.

The practical value of the obtained results lies in the fact that the developed models and tools support management decisions through positional benchmarking of enterprises against other market participants to identify strengths and weaknesses and adjust strategic direction. Moreover, the model facilitates the construction of the most effective partnership configuration with maximum synergistic effect.

The research findings, conclusions, and practical recommendations of the dissertation were applied in the operational activities of the Medikom and Dobrobut clinic networks. Additionally, the results were used to improve the academic curriculum at Kyiv National Economic University named after Vadym Hetman in the teaching of the courses "Business Processes and Their Automation," "Enterprise Potential and Development," and "Leadership and Partnership in Business," contributing to the modernization of educational materials.

**Keywords:** business model, entrepreneurship, medical institution, innovation, healthcare, management system, pattern, partnership, graph-analytical analysis, healthcare reform, potential, synergy, strategy, interdisciplinarity, forecasting, development.

## СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

### *Статті у наукових фахових виданнях України*

1. Рєпіна І. М., Шапран О. А. Підприємницький пілар системи охорони здоров'я: передумови реформування та розвиток, І. М. Рєпіна, О. А. Шапран, Наукові праці НДФІ, 2022, № 1, С. 133–145, URL:

<http://dx.doi.org/10.33763/npndfi2022.01.133> (1,2 д.а., особисто автору належить 0,6 д.а. – описано та запропоновано застосування піларної системи індикаторів для охорони здоров'я).

2. Теплюк М. А., Шапран О. А. Цільове орієнтування: переосмислення системи охорони здоров'я України, М. А. Теплюк, О. А. Шапран, Стратегія економічного розвитку України, 2023, № 52, С. 58–71, URL: <https://doi.org/10.33111/sedu.2023.52.058.071> (1,2 д.а., особисто автору належить 0,6 д.а. – розглянуто реформування системи охорони здоров'я в Україні).

3. Теплюк М. А., Шапран О. А. Формування бізнес-патерну закладів охорони здоров'я в Україні, М. А. Теплюк, О. А. Шапран, Стратегія економічного розвитку України, 2022, № 50, С. 150–159, URL: <https://doi.org/10.33111/sedu.2022.50.150.159> (0,9 д.а., особисто автору належить 0,4 д.а. – проаналізовано зовнішнє середовище медичних закладів).

4. Шапран О. А. Генезис становлення сфери охорони здоров'я: зародження та розвиток, О. А. Шапран, Вчені записки, 2022, № 27, С.33–42, URL: <https://ir.kneu.edu.ua:443/handle/2010/38482> (0,8 д.а.).

5. Шапран О. А. Впровадження квантового партнерства у сфері охорони здоров'я України, О. А. Шапран, Вчені записки, 2025, № 39(2), С. 256–265, URL: [https://vz.kneu.ua/archive/2025/39\(2\)/contents](https://vz.kneu.ua/archive/2025/39(2)/contents) (0,9 д.а.).

6. Шапран О. А. Трансформація партнерства у сфері охорони здоров'я, О. А. Шапран, Вчені записки, 2023, № 32 (3), С. 256–265, URL: [https://doi.org/10.33111/vz\\_kneu.32.23.03.23.164.170](https://doi.org/10.33111/vz_kneu.32.23.03.23.164.170) (0,8 д.а.).

#### ***В інших виданнях:***

7. Теплюк М. А., Шапран О. А. Сутність бізнес-акселератора як рушійного тригера розвитку підприємництва, М. А. Теплюк, О. А. Шапран, Збірник наукових праць «ЛОГОΣ»: матеріали III Міжнародної науково-практичної конференції «Наукова практика: сучасні та класичні методи досліджень», 16 вересня 2022 р., Бостон, США, С.12–14, URL: <http://dx.doi.org/10.36074/logos->

[16.09.2022.02](#) (0,2 д.а., особисто автору належить 0,1 д.а.), (форма участі дистанційна).

8. Шапран О. А. Оптимізація партнерства в охороні здоров'я: від міжсекторальних зв'язків до успішних моделей, О. А. Шапран, Актуальні проблеми якості, менеджменту і економіки у фармації і охороні здоров'я : матеріали II наук.-практ. конф., 2 лютого 2024 р, 2024, С.41–45, URL: <https://quality.nuph.edu.ua/wp-content/uploads/2024/01/prohrama-konferentsii-19.01.2024.pdf> (0,3 д.а.), (форма участі дистанційна).

9. Шапран О. А. Дослідження ролі квантового партнерства в економічних відносинах: нові підходи та перспективи, О. А. Шапран, Наукові барви–2023 : Всеукр. наук. інтернет-конф. студентів, аспірантів і молодих учених, травень 2023 р, 2023, С. 62–65, URL: <https://ir.kneu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/d3768bcc-35c5-4f15-991e-021b8ea22b1d/content#page=44> (0,3 д.а.), (форма участі дистанційна).

10. Шапран О. А. Електронна система охорони здоров'я в Україні: виклики, можливості, загрози, О. А. Шапран, Підприємництво і маркетинг у формуванні національної безпеки за умов сучасних глобальних викликів : матеріали наук.-практ. конф., грудень 2022 р, 2022, С.314–317, URL: [https://www.researchgate.net/publication/382461181\\_Tendencii\\_innovacijnogo\\_upravlinna\\_povodzenam\\_z\\_TPV\\_v\\_umovah\\_integracii\\_u\\_miznarodnij\\_ekonomicnij\\_prostrir](https://www.researchgate.net/publication/382461181_Tendencii_innovacijnogo_upravlinna_povodzenam_z_TPV_v_umovah_integracii_u_miznarodnij_ekonomicnij_prostrir) (0,3 д.а.), (форма участі дистанційна).

11. Шапран О. А. Кластеризація закладів охорони здоров'я – організація маршрутизації пацієнтів, О. А. Шапран, Економіка підприємства : матеріали IX Міжнар. наук.-практ. конф., жовтень 2022 р, 2022, С.266–269, URL: [https://nubip.edu.ua/sites/default/files/u375/22-5752\\_bez\\_isbn\\_2.pdf#page=266](https://nubip.edu.ua/sites/default/files/u375/22-5752_bez_isbn_2.pdf#page=266) (0,3 д.а.), (форма участі дистанційна).

12. Шапран О. А. Якість у охороні здоров'я, як складова організаційного розвитку медичних установ, О. А. Шапран, Наукові дослідження: парадигма інноваційного розвитку : матеріали X Міжнар. наук. конф., липень 2022 р,

Видавничий дім «Інтернаука», 2022, С.49–53, URL: <https://www.inter-nauka.com/uploads/public/16593331182964.pdf#page=49> (0,4 д.а.), (форма участі дистанційна).

13. Шапран О. А. Екзистенційні виклики сфери охорони здоров'я – соціалізована експансія, О. А. Шапран, Підприємництво і торгівля: тенденції розвитку : матеріали V Міжнар. наук.-практ. конф., травень 2022 р, Вип. 5, Одеса : Держ. ун-т «Одеська політехніка», 2022, С. 65–67, URL: [https://economics.net.ua/files/science/pidpr\\_i\\_torg/2022/tezy.pdf#page=65](https://economics.net.ua/files/science/pidpr_i_torg/2022/tezy.pdf#page=65) (0,5 д.а.), (форма участі дистанційна).

14. Шапран О. А. Патерн медичних організацій України в умовах економіки ренти, О. А. Шапран, Сучасні тенденції економічного розвитку регіонів: теоретичні та прикладні аспекти : матеріали наук.-практ. конф., травень 2022 р, УДК 332.12, 2022, С. 101–104, URL: [https://odaba.edu.ua/upload/files/Zbirka\\_Suchasni\\_tendantsii\\_ekonomichnogo\\_rozvitku\\_2022.pdf](https://odaba.edu.ua/upload/files/Zbirka_Suchasni_tendantsii_ekonomichnogo_rozvitku_2022.pdf) (0,3 д.а.), (форма участі дистанційна).

15. Шапран О. А. Капітаційна капіталізація медичних закладів України: панацея чи паліатив?, О. А. Шапран, Інноваційне підприємництво: стан та перспективи розвитку : матеріали VII Всеукр. наук.-практ. конф., 2022 р, Вип. 7, 2022, С. 280–283, URL: [https://www.researchgate.net/publication/365610135\\_Osoblivosti\\_finansuvanna\\_innovacijnogo\\_pidpriemnictva](https://www.researchgate.net/publication/365610135_Osoblivosti_finansuvanna_innovacijnogo_pidpriemnictva) (0,2 д.а.), (форма участі дистанційна).

16. Tepliuk M., Shapran O. Crisis management in academic enterprise: the issue is not "if", but "when", M. Tepliuk, O. Shapran, Scientific research: the paradigm of innovative development : proc. of the 10th Int. sci. conf., 2022, 2022, С. 281–283, URL: <https://www.inter-nauka.com/issues/conf-2022/june/8132> (0,2 д.а., особисто автору належить 0,1 д.а.), (форма участі дистанційна).

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП.....</b>	<b>17</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ІННОВАЦІЙНОГО ПАТЕРНУ КВАНТОВОГО ПАРТНЕРСТВА.....</b>	<b>25</b>
1.1. Витоки концепції партнерства: від теорії до практичного застосування.....	25
1.2. Методичний інструментарій оцінювання результативності квантового партнерства.....	47
1.3. Сучасні напрямки використання квантового партнерства суб'єктами господарювання.....	70
Висновки до розділу 1.....	87
<b>РОЗДІЛ 2. ОГЛЯД СЕРЕДОВИЩА ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ ІННОВАЦІЙНОГО ПАТЕРНУ КВАНТОВОГО .....</b>	<b>91</b>
2.1. Динамічний аналіз системи охорони здоров'я в Україні.....	91
2.2. Аналіз результативності діяльності респондентів дослідження сфери охорони здоров'я.....	111
2.3. Імплементация квантового партнерства у діяльність респондентів дослідження.....	132
Висновки до розділу 2.....	152
<b>РОЗДІЛ 3. ФОРМУВАННЯ І ЗАСТОСУВАННЯ ІННОВАЦІЙНОГО ПАТЕРНУ КВАНТОВОГО ПАРТНЕРСТВА ТА ЙОГО РЕЗУЛЬТАТИВНІСТЬ.....</b>	<b>155</b>
3.1. Формування інноваційного патерну квантового партнерства у сфері охорони здоров'я.....	155
3.2. Розробка політик імплементации інноваційного патерну квантового партнерства відповідно до обраних стратегій респондентів дослідження.....	186
3.3. Прогнозування результативності застосування інноваційного патерну квантового партнерства у сфері охорони здоров'я.....	206
Висновки до розділу 3.....	215
<b>ВИСНОВКИ .....</b>	<b>219</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....</b>	<b>225</b>
<b>ДОДАТКИ .....</b>	<b>249</b>

## СПИСОК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

- ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я
- ВРУ – Верховна Рада України
- ДПП – державно-приватне партнерство
- ЕСОЗ – електронна система охорони здоров'я
- ЕМЗ – електронний медичний запис
- ЄС – Європейський Союз
- ЗОЗ – заклад охорони здоров'я
- ЗУ – Закон України
- КМУ – Кабінет Міністрів України
- КНП – комунальне некомерційне підприємство
- МОЗ України – Міністерство охорони здоров'я України
- МНП – медичні надавачі послуг
- МЦ – медичний центр
- МІМ – Міжнародний інститут менеджменту
- МІБ – Міжнародний інститут бізнесу
- НСЗУ – Національна служба здоров'я України
- ООН – Організація Об'єднаних Націй
- ПМГ – програма медичних гарантій
- ПМД – первинна медична допомога
- ПМСД – первинна медико-санітарна допомога
- ППП – публічно-приватне партнерство
- СОЗ – система охорони здоров'я
- ФОП – фізична особа-підприємець
- ФПГ – фінансово-промислова група
- ЦМКЛ – центральна міська клінічна лікарня
- ЦМЛ – центральна міська лікарня
- ЦПМСД – Центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги
- ЦРЛ – Центральна районна лікарня
- ЦСР – цілі сталого розвитку
- КРІ – ключовий показник ефективності
- QUANTUM – модель кількісно-якісної єдності (модель квантового партнерства)

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** Мінливі тенденції соціально-економічного, політичного, екологічного та інших аспектів життя суспільства, обумовлюють необхідність особливої уваги до сфер, пов'язаних із охороною життя, здоров'я населення та забезпеченням якісного медичного обслуговування. Згідно зі статистичними даними та експертними оцінками, сфера охорони здоров'я України зіштовхується з низкою значущих проблем, вирішення яких вимагає створення ефективних організаційно-управлінських механізмів.

Партнерство є одним із ефективних напрямків стратегічного управління, який спрямований на вирішенні багатьох сучасних викликів, зокрема шляхом взаємодії між державними, приватними та громадськими суб'єктами сфери охорони здоров'я. Воно дозволяє об'єднати ресурси, знання та інноваційні підходи для досягнення спільної мети. Тому, сфера охорони здоров'я України вимагає розробки та впровадження інноваційних підходів до управління, які сприятимуть її розвитку навіть в умовах невизначеності та обмежених ресурсів. Застосування моделі партнерства у форматі квантового партнерства дозволяє ефективно реагувати на сучасні виклики суб'єктів охорони здоров'я, створюючи гнучку структуру співпраці, орієнтовану на досягнення спільних цілей всіх стейкхолдерів.

Дослідження питань організації та управління організаціями у сфері охорони здоров'я проводили такі вчені, як Дьоміна О., Кравчик Ю., Тулай О., Гойда Н., Семигін Т., Теплюк М., Шевчук Н, В. Пасічник, М. Карпа, Качур О., Баєва О., Смирнов Є., Гавриленко О., тощо.

Проблеми розвитку та реформування у сфері охорони здоров'я в Україні досліджували сучасні вітчизняні науковці Андрющенко К., Курико В., Шалько М., Гавриленко О., Мельник Л., Сулейманова І., Мішустіна Л., Коренева Ю., Ковтонюк П., Сагайдак М. тощо.

Дослідження площини партнерства у сфері охорони здоров'я в Україні приділено увагу у роботі вчених Устименко В., Росильна В., Петрик С., Мельник О., Духовна О., Стовбан М., Надрига В., тощо.

Водночас, враховуючи значну увагу наукової спільноти, державних органів влади, приватних дослідних центрів та інвесторів до проблем організації та управління сферою охорони здоров'я, питання формування універсальних партнерських моделей, зокрема на рівні багатостороннього партнерства, потребують більш глибокого дослідження.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертація Шапрана О.А. виконана відповідно до плану науково-дослідних робіт Київського національного економічного університету імені Вадима Гетьмана кафедри бізнес-економіки та підприємництва за темами: «Неоекономіка та імперативи розвитку підприємництва», 0116U001555, 2016-2020 рр.; «Неоіндустріалізація та соціалізація підприємництва в цифровій економіці», 0121U109203, 2021-2025 рр.; «Розвиток академічного підприємництва та бізнес-акселерація в COVID-залежному соціально-економічному просторі», 0122U000962, 2022-2023; «Розробка стратегій трансферу технологій в онкологічній практиці з урахуванням специфіки України», 011U103932, 2020-2022.

**Мета і завдання дослідження.** Метою дисертаційного дослідження є формування інноваційного патерну квантового партнерства на основі комплексного динамічного аналізу середовища та дослідження потенційного розвитку учасників системи охорони здоров'я. Для досягнення поставленої мети визначено необхідні для розв'язання завдання:

- дослідити витоки концепції партнерства, визначити її теоретичні основи та практичні підходи до впровадження;
- удосконалити методичний інструментарій для оцінювання результативності квантового партнерства;
- провести аналіз сучасних напрямків та підходів до застосування квантового партнерства суб'єктами господарювання, акцентуючи увагу на специфіці його використання в секторі охорони здоров'я;
- здійснити динамічний аналіз системи охорони здоров'я в Україні, ідентифікувати ключові проблеми та можливості;

- оцінити результативність діяльності респондентів дослідження у сфері охорони здоров'я, виокремивши унікальні та спільні виклики з якими вони зіштовхуються;
- імплементувати модель квантового партнерства у діяльність респондентів дослідження, розробивши практичні рекомендації щодо ефективного впровадження;
- запропонувати інноваційний патерн квантового партнерства для обраних респондентів та потенційних партнерів у межах дослідження;
- сформувані політики імплементації інноваційного патерну квантового партнерства відповідно до обраних стратегій респондентів дослідження;
- виконати прогнозування результативності партнерства у результаті застосування інноваційного патерну квантового партнерства у сфері охорони здоров'я на основі теоретичних і практичних розробок, здійснених у межах дослідження.

*Об'єктом дослідження є процеси формування інноваційного патерну квантового партнерства у сфері охорони здоров'я;*

*Предметом дослідження виступають сукупність теоретичних, методичних і прикладних аспектів впровадження інноваційного патерну квантового партнерства у сфері охорони здоров'я.*

**Методи дослідження.** В процесі виконання дисертаційного дослідження методами, які потенційно слугуватимуть основним інструментом дослідження будуть: загальнонаукового, емпіричного та теоретичного пізнання. Зокрема, для розгляду категоріально-понятійного апарату, його генезу та еволюцію в діяльності підприємств, скористаємось історичним методом дослідження. Метод порівняння знайде власне місце для виокремлення підходів різних вчених до досліджуваних понять, класифікацій, оцінки. Використання методу абстрагування використано при наданні авторських визначень понять, розгляду методів оцінювання та ін. Авторська пропозиція моделі квантового партнерства з виділенням його складових елементів та їх характеристикою, деталізація груп впливу факторів зовнішнього

оточення на внутрішнє середовище моделі та ін. – є відображення методу аналізу та синтезу. В процесі дослідження, використання методу екстраполяції важливо при визначенні системи цілей формування квантового партнерства, розкритті потенціалу моделі тощо. Крім того, одним із найбільш широко використовуваних методів дослідження в теоретичній та аналітичній частинах роботи виступає логічний метод. В дисертації було також використано інші спеціальні методи дослідження, а саме: статистичний, аналітичний, емпіричний аналіз, зокрема аналізу даних; експертних оцінок, ранжування, нормування показників, групування даних, середніх та відносних величин для підсилення та аналітичної та графічної складових моделі квантового партнерства.

**Інформаційною базою дослідження** є нормативно-правові акти України, що регулюють діяльність суб'єктів охорони здоров'я та партнерства. Зокрема, ключовими документами є закони, постанови КМУ, накази МОЗ України. Важливе місце у формуванні бази дослідження посідають національні та міжнародні стратегії розвитку сфери охорони здоров'я, такі як «Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я України», а також законодавчі ініціативи - ці документи забезпечують теоретичну основу для аналізу нормативних умов, у яких здійснюється партнерська взаємодія у сфері охорони здоров'я.

Другим важливим компонентом інформаційної бази є аналітичні та статистичні матеріали. Дані Державної служби статистики України, аналітичні звіти НСЗУ, а також результати досліджень, проведених приватними та громадськими організаціями, виступають основою для емпіричного аналізу. Крім того, статистичні звіти міжнародних організацій, таких як ВООЗ та Світовий банк, використовуються для порівняння стану охорони здоров'я в Україні з іншими країнами.

Третім елементом інформаційної бази є наукові публікації, монографії, дисертації та статті, які стосуються питань реформування системи охорони здоров'я, управління інноваційними моделями та партнерства. Зокрема, це праці вітчизняних та зарубіжних авторів, що досліджують інноваційні підходи до

організації медичних послуг, моделі партнерства в умовах невизначеності та методи оцінювання ефективності систем охорони здоров'я.

**Наукова новизна отриманих результатів** полягає у розкритті та поглибленні теоретико-методичних засад формування ефективного партнерства між суб'єктами господарювання, зокрема сфери охорони здоров'я, на основі використання моделі квантового партнерства для підвищення ефективності їх діяльності.

Найсуттєвіші результати дисертаційного дослідження, що містять наукову новизну, полягають у такому:

*вперше:*

- розроблено універсальний інструмент підтримки прийняття рішень щодо партнерської взаємодії на основі моделі квантового партнерства «QUANTUM», який базується на графоаналітичній методології оцінювання результативності потенційних або наявних партнерств і дає змогу: здійснювати їх багаторівневий порівняльний аналіз за системою показників; виявляти найменш та найбільш розвинені площини діяльності кожного партнера відповідно до сформованих груп показників; прогнозувати результативність застосування різних патернів партнерства; підбирати оптимальні конфігурації патерну партнерства та обґрунтовувати вибір політик імплементації партнерських ініціатив.

*удосконалено:*

- концептуальну модель партнерства з урахуванням ключових постулатів теорії холархії, шляхом інтеграції етапів формування, функціональних блоків, типів та принципів взаємодії у ході партнерства, яка на відміну від існуючих базується на тривірневому підході до аналізу результативності партнерства і дозволяє здійснювати відповідне вимірювання з погляду партнера як одиниці, партнерства як системи та сфери його охоплення й впливу;

- методичні підходи до оцінювання результативності системи охорони здоров'я шляхом побудови динамічної багаторівневої моделі, яка на відміну від існуючих дозволяє забезпечити комплексний аналіз за чотирма групами

індикаторів (кількісними, якісними, внутрішніми, зовнішніми) з урахуванням як об'єктивних характеристик, так і суб'єктивного сприйняття медичних послуг;

- метод діагностики підприємницького потенціалу як складову комплексу методів оцінювання потенціалу партнерства в межах квантової моделі, яка базується на графоаналітичному підході до візуалізації міжорганізаційної взаємодії і на відміну від існуючого дозволяє здійснити прогнозування можливих синергій та очікуваної результативності партнерської взаємодії.

*набуло подальшого розвитку:*

- елементна система функціонування ринку медичних послуг в Україні, яка на відміну від існуючих підходів враховує взаємодію ключових суб'єктів на різних рівнях і дозволяє розглядати цей ринок не як статичну сукупність інституцій, а як динамічну багаторівневу систему для цілей стратегічного аналізу та оцінювання результативності діяльності респондентів;

- ідентифікація типів, організаційних форм і поширених моделей партнерств, що дозволило систематизувати існуючі теоретичні підходи до розуміння природи партнерства та поглибити бачення структурної багатоманітності партнерських взаємодій;

- класифікація видів партнерств суб'єктів господарювання за десятьма ключовими ознаками (сфера співпраці, форма співпраці, рівень інтеграції, географічне охоплення, кількість учасників, тривалість, рівень ризику, ступінь формалізації, мета співпраці, сфера взаємодії), що дозволяє всебічно аналізувати та ефективно управляти партнерськими відносинами в різних сферах діяльності.

**Практичне значення одержаних результатів** охоплюють широкий спектр застосування та можуть бути використані різними суб'єктами залежно від їхньої ролі у процесі формування партнерств та рівня охоплення. Розроблені та запропоновані моделі та інструменти сприяють підтримки управлінських рішень у позиційному порівнянні підприємства з іншими суб'єктами на ринку з метою ідентифікації сильних і слабких сторін та стратегічного коригування, а також забезпечує побудову найбільш ефективної партнерської конфігурації з

максимальним синергійним ефектом. Таким чином, основні тези, висновки, рекомендації дисертації можуть бути використані як інструмент оцінювання результативності окремого підприємства, існуючого або потенційного партнерства, так і теоретичними та методичними платформами у навчальних цілях для подальших дослідженнях.

Наукові розробки, висновки і практичні рекомендації дисертанта були використані у поточній роботі мережі медичних клінік Медіком та Добробут. Також результати дослідження віднайшли своє застосування у вдосконаленні навчально-методичного забезпечення Київського національного економічного університету імені Вадима Гетьмана при викладанні навчальних дисциплін «Бізнес-процеси та їх автоматизація», «Потенціал і розвиток підприємства» та «Лідерство та партнерство в бізнесі», що сприяє модернізації навчально-методичного забезпечення.

**Особистий внесок здобувача.** Дисертаційна робота є результатом самостійного дослідження автора. Усі наукові здобутки, аналітичні висновки, рекомендації та новаторські положення були розроблені і сформульовані автором особисто. Подані пропозиції та рекомендації узгоджуються зі змістом роботи і базуються на отриманих теоретичних та практичних результатах проведених досліджень. З тих наукових праць, які опубліковані у співавторстві, у дисертації використовувалися лише особисті ідеї та напрацювання автора.

**Апробація результатів дисертації.** Результати дисертаційного дослідження висвітлено на міжнародних та всеукраїнських науково-практичних конференціях: «Наукова практика: сучасні та класичні методи досліджень» (16 вересня 2022 р., Бостон, США), «Актуальні проблеми якості, менеджменту і економіки у фармації і охороні здоров'я» (Харків, НФаУ, 2 лютого 2024 р), «Наукові барви–2023» (Київ, КНЕУ, 28 квітня 2023 р), «Підприємництво і маркетинг у формуванні національної безпеки за умов сучасних глобальних викликів» (Хмельницький, ХНУ, грудень 2022 р), «Наукові дослідження: парадигма інноваційного розвитку» (Видавничий дім «Інтернаука», 15 грудня 2022 р), «Підприємництво, торгівля, маркетинг:

стратегії, технології та інновації». (Київ, КНТЕУ, 27 травня 2022 р), «Сучасні тенденції економічного розвитку регіонів: теоретичні та прикладні аспекти» (Дніпро, ННІ ПДАБА, 10 травня 2024 р), «Інноваційне підприємництво: стан та перспективи розвитку» (Київ, КНЕУ, 2022 р), «Сучасні виклики та перспективи розвитку економіки, підприємництва та торгівлі» (Хмельницький, ПДУ, 30 квітня 2025).

Отримано свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір «Crisis management in academic enterprise: the issue is not "IF", but "WHEN"» № 114057 від 09.08.2022р.

**Публікації.** Основні результати та положення дисертації опубліковані автором самостійно та у співавторстві у 16 наукових працях загальним обсягом 8,8 д.а., з яких 6,9 д.а. належить автору особисто, з них: 6 - у наукових фахових виданнях України (Scopus/Web of science), 10 наукових працю у інших.

**Структура та обсяг дисертації.** Дисертація складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Загальний обсяг дисертаційної роботи становить 232 сторінки друкованого тексту, 42 рисунки на 20 сторінках, 27 таблиць на 35 сторінках, 16 додатків. Список використаних джерел налічує 206 найменувань.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ІННОВАЦІЙНОГО ПАТЕРНУ КВАНТОВОГО ПАРТНЕРСТВА

#### 1.1. Витоки концепції партнерства: від теорії до практичного застосування

*«Коли сили об'єднуються, енергія та результати – експоненціальні» [46]*

Сучасний світ зазнає стрімкого технологічного розвитку, який вносить революційні зміни в економіку, бізнес-середовище та взаємодію між компаніями. Оскільки інновації стали важливим джерелом конкурентних переваг, то компанії, що володіють новаторськими технологіями та підходами, здатні досягати більшого успіху на ринку. У такому контексті, партнерство між компаніями стає надзвичайно актуальним, оскільки воно дозволяє об'єднувати ресурси, знання та експертизу для створення інноваційних продуктів та послуг. Однак, традиційні інструменти оцінювання та управління партнерством можуть бути обмежені в ефективності та не завжди забезпечують високий рівень інноваційності, конкурентоспроможності. Тому, необхідно переходити до нових інструментів які допоможуть приймати рішення щодо партнерства.

Важливо підкреслити, що закономірності розвитку та функціонування традиційної економіки як і різноманітність форм та принципів організації бізнесу дозволяють визнати перебування суспільства у епохі хаосу, ризикогенності та крижкості. П. Друкер, Г. Хамел, Г. Мінцберг, Н. Талеб та інші [38, 81, 82, 141] дослідники у своїх наукових роботах підкреслюють зміну ролі економіки, що породило у наукових колах поняття VUCA, DEST, BANI та інших<sup>1</sup> світів. Практично, перебування в окреслених умовах впливає не лише на підприємства,

---

<sup>1</sup> VUCA (volatility, uncertainty complexity, ambiguity), DEST (disorder, egocentric, suppression, turbulent), BANI (brittle, anxious, non-liner, incomprehensible) тощо.

ринки, галузі, а головним чином на спосіб життя суспільства. Тому, як зазначають науковці, початок XXI століття зумовило заміщення якості проживання рівнем автоматизації, кооперації, інноваційності, інформаційного насичення, міждисциплінарності тощо [56]. Оскільки, глобалізація, яка визначає глокальні залежності світової економіки спрямовує до вільного руху міжнародного капіталу, товарів та робочої сили, то з одного боку, в сучасних умовах ведення діяльності глобалізація є макро-тригером процесів концентрації та злиття, а з іншого – підсилює клієнтоорієнтованість суб'єктів господарювання країн світу. На цьому рівні, зокрема, відбувається переосмислення природи конкуренції та партнерства. Наративи сучасних дослідників направлені на впровадження та розвиток у діяльність підприємств принципів внутрішнього та зовнішнього партнерства, співконкуренції, які відходять від класичного войовничого методу ведення бізнесу [29, 50, 97, 117]. Тому, розглянемо більш детально напрацювання вчених-сучасників, а також практичних прикладів ведення партнерського бізнесу у модерній культурно-соціальной реальності.

З нашого погляду, слід відмітити що на сьогодні «Клаузовський спосіб ведення бізнесу»<sup>2</sup> має місце, але у більшій мірі у війні з бідністю, голодом, спрагою, для підтримки здоров'я, продовження життя. Це зумовлює нове проблемне поле та виклики, що постають перед наукою, зокрема в частині формування соціальної, інформаційно-комунікативної, методологічно-інструментальної та гнесеологічної підсистем, які визначають потенціал партнерських взаємодій. Саме партнерство у роботах вчених дедалі частіше розглядається не лише як інституційна форма співпраці, а й як ефективна стратегія досягнення спільних ціннісних цілей, спрямованих на підтримку життя, добробуту та сталого розвитку. Тому, у цьому контексті партнерство, хоч і є функцією юридичних, економічних та управлінських аспектів, проте демонструє низку спільних тенденцій, що дозволяють систематизувати підходи до його аналізу:

---

<sup>2</sup> Клаузовський спосіб ведення бізнесу - це концепція, яка застосовує принципи військової стратегії та тактики, які були розроблені Карлом Філіпом Готлібом фон Клаузевіцем, до керування бізнесом. За авторським визначенням передбачається розуміння бізнес-середовища як поле бою, де підприємство змагається з конкурентами за ресурси, ринкову позицію та успіх на ринку.

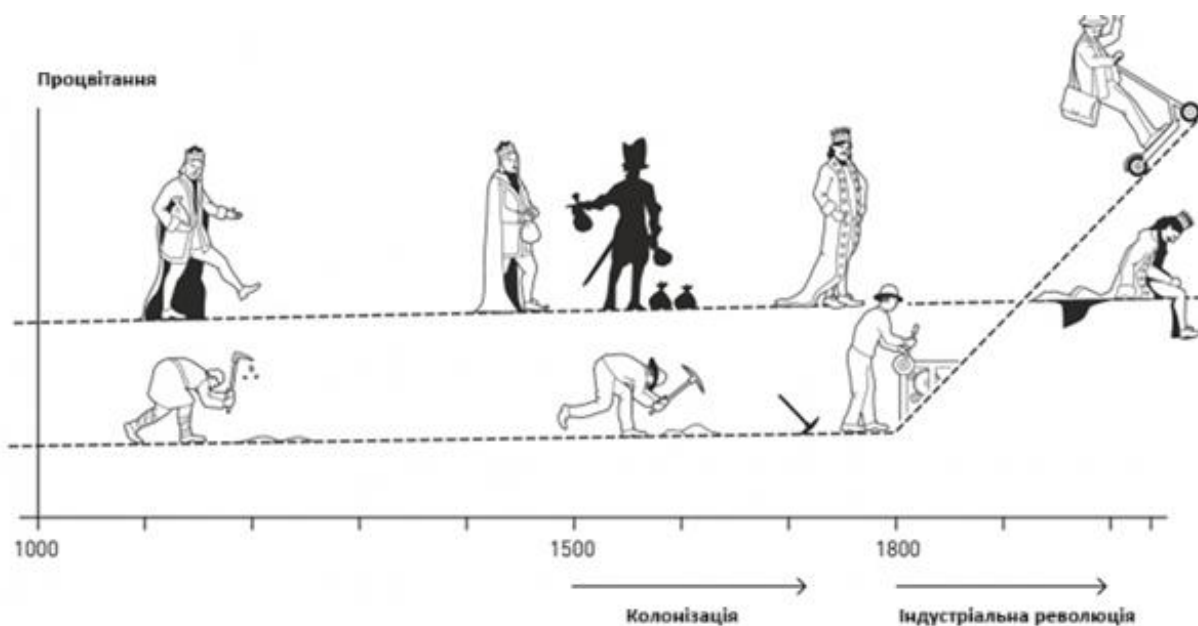
1. У межах юридичного аспекту партнерство розглядають як давню форму підприємницької діяльності, а спеціальні закони, що регулюють партнерські відносини, датуються ще 2300 роком до н.е., коли Кодекс Хаммурапі прямо регулював відносини між партнерами. Партнерство було важливою частиною римського права, і воно відіграло значну роль в законі купця, міжнародному комерційному праві середньовіччя. У дев'ятнадцятому столітті, як в Англії, так і в США, партнерство було популярним засобом для підприємництва [31].

Одна з офіційно перших відомих праць про партнерства «Закон партнерства», робота вченого-юриста Ф. Поллока, яка вперше була опублікована в 1890 році [77]. Вона вважається основоположною працею з права партнерства. Ф. Поллок надає детальний аналіз законодавчої бази для партнерства у Сполученому Королівстві, включаючи формування, управління та розірвання партнерства. Він також обговорює права та обов'язки партнерів, а потенційну відповідальність та ризики, пов'язані з партнерською формою бізнесу.

2. В управлінському аспекті у наукових роботах з менеджменту розглядається роботи М. Вебер і В. Зомбарт які розкривали генезу підприємницького духу як складової духу капіталістичного суспільства [31]. При цьому «дух» розглядається не як суто філософське поняття або суто психологічна риса, але як соціально-економічне явище. Підприємець, за В. Зомбартом, повинен бути триєдиним соціальним суб'єктом, володіючи якостями завойовника, організатора і торговця які розкриваються: в ідейному багатстві і духовній свободі, у здатності запропонувати нову ідею; в духовній енергії і волі до дії, до обов'язкового втілення ідеї в життя; в здатності до втілення ідеї в конкретний реально здійснений план; в духовній силі, завзятості, здатності ризикувати і жертвувати всім заради досягнення поставленої мети [31].

3. Економічний аспект – один із підходів у економіці, який заклав основу дослідження сучасного партнерства можна вважати інституціональну теорію. Цей підхід стверджує, що інституції, такі як правові, політичні та соціальні установи, впливають на економічні відносини і структуру економіки, формують правила гри,

в яких діють фірми та інші економічні суб'єкти. Інституціональний підхід розглядає різні форми партнерства (наприклад, партнерство між підприємствами, урядом та громадським сектором) та аналізує, як інституційне середовище впливає на їхню результативність. За розвиток інституціональної теорії у 2024 році Нобелівську премію з економіки отримали науковці Д. Аджемоглу, С. Джонсон та Д. Робінсон, за формування інституцій та їх вплив на добробут країн. У центрі їх досліджень [121] лежить розмежування між двома типами іституцій, а саме: інклюзивні – сприяють інноваціям, інвестиціям та справедливому зростанню; та екстративні – концентрація влади та ресурсів у обмеженій кількості. Лауреати продемонстрували, що інституційні рішення, ухвалені на ранніх етапах формування державності (особливо в період колонізації), мають довготривалий вплив на її економічний розвиток (рис.1.2).



**Рис.1.2. Вплив типів інституцій на розвиток країн**

*Джерело: [121]*

Передбачення теорії базується на розумінні того, що партнерство розглядається як альтернативний ринковому (ціновому) механізм здійснення угод (управління ресурсами) з метою економії транзакційних витрат. Крім того, партнерство як складна ієрархічна організація, є сукупністю відношень між втягненими в неї власниками ресурсів. Центральним аспектом аналізу є

дослідження проблеми розподілу прав власності, а сама фірма є представником між власниками ресурсів при укладені контракту, який гарантує ефективне використання ресурсів. Оскільки такий тип контракту базується на добровільному переданню власних правочинів однієї сторони іншій, то виникає необхідність контролю поручителем виконавцю – проблема “принципал-агент”, у зв’язку з чим виникають витрати контролю. Цей підхід став основою для розвитку теорії партнерства та різних аспектів партнерських відносин у економічній науці.

Найбільш відомим представником інституціоналізму є Р. Коуз, яким вперше була обґрунтована контрактна природа партнерства і введено поняття трансакційних витрат. Згідно з інституціоналізмом, трансакційні витрати — це витрати, пов’язані з обміном економічними благами між агентами, які виникають через недосконалість ринку, обмежену раціональність учасників та необхідність укладення, виконання і контролю угод. Партнерство за Р. Коузом – це коаліція власників факторів виробництва, пов’язаних між собою мережею контрактів, в результаті чого досягається мінімізація витрат [61].

Розвиваючи ідеї Р. Коуза, американський учений О. Вільямсон [23] пояснює появу партнерства необхідністю зменшення трансакційних витрат використовуючи три групи ресурсів: загальні, специфічні та інтерспецифічні.<sup>3</sup> Тому партнерство – це не лише мережа контрактів між власниками ресурсів, її серцевину складає довготривалий контракт відносин, пов’язаний з власниками інтерспецифічних ресурсів. Використання цих ресурсів створює синергетичний ефект, що перевищує суму внесків кожного учасника, зменшує загальні витрати фірми і дозволяє одержувати економічний прибуток.

Іншою областю економічної теорії, яка на нашу думку може структурувати питання взаємозв’язків і взаємодії, є теорія ігор. В межах теорії ігор науковці приділяють окрему увагу до «дилеми в’язнів». Аксельрод використовує цю дилему, щоб стверджувати, що для людей, які переслідують власний інтерес, стимули до

---

<sup>3</sup> Загальні ресурси – це ресурси, цінність яких не залежить від використання у партнерстві: всередині і поза ним їх оцінюють однаково. Специфічні ресурси – це ресурси, цінність яких усередині партнерства вища, ніж поза ним. Інтерспецифічні ресурси – взаємодоповнювані, взаємоунікальні ресурси, максимальна цінність яких досягається тільки при використанні у партнерстві.

співпраці будуть більшими, ніж до егоїстичної поведінки (навіть без центральної влади) за різноманітних обставин, у тому числі там, де «партнер є ворожим» [85].

Історія «Дилеми в'язня» в основному полягає в тому, що двох співників, заарештованих після злочину, допитують окремо. У цих двох гравців є два варіанти: співпрацювати один з одним або втекти. Якщо один зізнається, а інший ні, то він отримає свободу (тобто високу позитивну виплату), але інший в'язень отримає важкий вирок (нульову виплату). Якщо обидва зізнаються, обидва отримають середнє покарання (низька винагорода), а якщо жоден не зізнається, обидва отримають низькі вирок (середня винагорода). Останнє є найкращим рішенням для обох ув'язнених разом (вони максимізують свій спільний добробут). Проте в інтересах кожної особи зізнатися, оскільки: отримає найгірший результат (суворий вирок), якщо не зізнається, але це зробить його співник; у той час як він отримує максимальну винагороду (виходить на свободу), якщо його співник не зізнається. Отже, якщо припустити, що жоден з ув'язнених не має моральних сумнівів або не боїться помсти з боку іншого в'язня, то кожен вирішить зізнатися, що призведе до неоптимального результату для їх спільного добробуту. Однак, якщо процес повторюється, скажімо, їх, швидше за все, знову спіймають, тоді співпрацювати стане набагато легше, оскільки в обох буде сильний стимул не зізнаватися, оскільки в майбутньому випадку вони знатимуть, як відреагував інший і базувати свою поведінку (зізнаватися чи ні) на тому, що сталося минулого разу. Отже, стратегія успіху для кожного повністю залежить від стратегії їхнього співника. Якщо існує потужний центральний механізм контролю, тоді між співниками буде мати місце співпраця [27].

Підсумовуючи вищенаведені аспекти партнерства, надамо порівняльну характеристику теоретичних підходів (табл. 1.1) та визначимо коло науковців які заклали фундамент становлення та розвитку теорії партнерства ґрунтуючись на роботах сучасних вчених.

Таблиця 1.1

## Порівняльна характеристика підходів до формування партнерства

Підхід	Автори теорії	Базова методологія	Суть партнерства	Функція партнерства	Мета партнерства	Об'єкт управління	Суб'єкт управління
Класична і неокласична теорія	А.Сміт, А.Маршалл, Дж.Хікс, К.Менгер, Л.Вальрас [123,71, 143, 77]	Ресурсотехнологічний підхід	Система перетворення вихідних ресурсів у готову продукцію	Виробнича	Максимізація доходу, прибутку	Ресурси	Власник
Інституціональна теорія	Найт, Демсец, Алчіан, Коуз, Вільямсон [61, 23]	Інституціоналізм	Контракти або домовленості між учасниками процесу створення цінностей	Узгодження діяльності з приводу виробництва товарів і послуг	Мінімізація трансакційних витрат	Інститути	Наймані менеджери і акціонери
Біхевіористична теорія фірми	Г.Саймон [120]	Біхевіоризм	Колектив індивідів, які мають різні мотиви і уподобання	Виробнича	Отримання задоволеного прибутку	Ресурси	Група менеджерів (власників)
Підприємницька теорія фірми	І.Шумпетер [156]	Когнітологія	Уособлення фірми і підприємця	Творча	Залежить від особистих цілей учасників партнерства	Ресурси	Підприємець
Еволюційна теорія організації	Р.Нельсон, С.Грехем Вінтер [87]	Еволюціонізм (біологічна еволюційна теорія)	Система, яка еволюціонує	Економічна, соціальна, інституціональна	Стійкий розвиток	Ресурси	Менеджери

Продовження таблиці 1.1

Теорія корпорації	Дж.Гелбрейт, С.Ю.Полонський	Інституціоналізм	Контракти або домовленості між учасниками процесу створення цінностей	Соціальна	Плановий рівень росту корпорації і мінімізація ризику	Інститути	Техноструктура
Мережева теорія організації	Ч. Барнар, Д.Марч, К.Менар, К.Ерроу	Мережевий підхід	Сукупність взаємопов'язаних цілями розвитку суб'єктів	Розвиток відносин з партнерами	Стійкий розвиток і розподіл ризиків між партнерами	Інститути	Партнери
Теорія ігор	Дж. Бертран, А.О. Курно, Дж. Саттон	Стратегічний підхід	Система поведінки, враховуючи реакцію конкурентів та партнерів	Максимізація прибутку	Формування зовнішнього середовища	Ресурси	Власник, група фірм
Теорія ресурсної залежності	Е.Пенроуз, Дж.Пфедфер, Дж.Салансік	Ресурсний підхід	Сукупність матеріальних і людських ресурсів, явних і неявних знань	Оптимальне поєднання організаційно специфічних знань	Досягнення найефективніших результатів	Ресурси-знання	Менеджер, власник
Системно-інтеграційна теорія	Г.Б.Клейнер	Системний підхід	Багатовимірні і мультипросторова система	Від економічної до соціальної	Самозбереження і розвиток через пошук і удосконалення системних дисфункцій	Ресурси, інститути	Менеджер, власник

Джерело: узагальнено автором на основі [123,71, 143, 77, 61, 23, 120, 87, 156]

Узагальнюючи теоретичні погляди становлення партнерств у табл. 1.1, можемо дійти висновку, що вони формують різноманітні підходи до трактування природи партнерства як економічного феномена. Зокрема, інституціональна економічна теорія акцентує увагу на транзакційні витрати та стабільність зв'язків, а підприємницький підхід розглядає партнерство як напрям для розширення стратегічних можливостей суб'єктів господарювання.

Водночас, для глибшого осмислення генези формування та розвитку партнерства, на нашу думку доцільно звернутися до фундаментальних праць вчених, які досліджували теоретичні основи становлення та еволюції світової економіки. Саме через ці дослідження відкривається можливість простежити, як партнерство змінювалося від первинних форм кооперації до складних транснаціональних та міжсекторальних взаємодій.

У науковій літературі простежуються різні підходи до визначення початку становлення світового господарства: одні дослідники вбачають зародження елементів глобального господарського простору ще в період існування Римської імперії, інші пов'язують формування основ світового господарства з епохою Великих географічних відкриттів XV–XVI століть, яка стала поштовхом для активізації міжнародної торгівлі та міжцивілізаційних економічних зв'язків [77, 79, 203].

Подальше розширення масштабів економічної взаємодії між країнами, поява міжнародного поділу праці та розвиток транснаціональної кооперації стали передумовами формування та подальшого розвитку світового ринку. Таким чином, партнерство зіграло одну із ключових ролей у розвитку світового господарства та розвивалося разом з ним. Тому, на нашу думку, доречно виділити основні етапи розвитку партнерства, як складових еволюції світової економіки [203]:

1. Міжринкове формування (XV–XVII ст.) – на цьому етапі відбувається становлення національних економік і зародження перших міжринкових зв'язків, що супроводжуються Великими географічними відкриттями, колоніальними експансіями та мануфактурним виробництвом. Партнерство переважно носить

експансіоністський характер: воно проявляється у формі торговельних компаній, колоніальних союзів та геополітичних альянсів між державами. Хоча це були малорівноправні форми взаємодії, саме вони започаткували глобальні ланцюги економічної взаємозалежності.

2. Світовий ринок (XVIII–XIX ст.) – із розвитком індустріалізації та загальносвітового поділу праці зростає роль економічного співробітництва. У цей період партнерство набуває більш інституційної форми, зокрема у вигляді довготривалих контрактів, об'єднань підприємств, консорціумів. Партнерські зв'язки між підприємствами, банками та державами відіграють важливу роль у розвитку фабричного виробництва, комерційних інфраструктур та перших форм транснаціональної торгівлі.

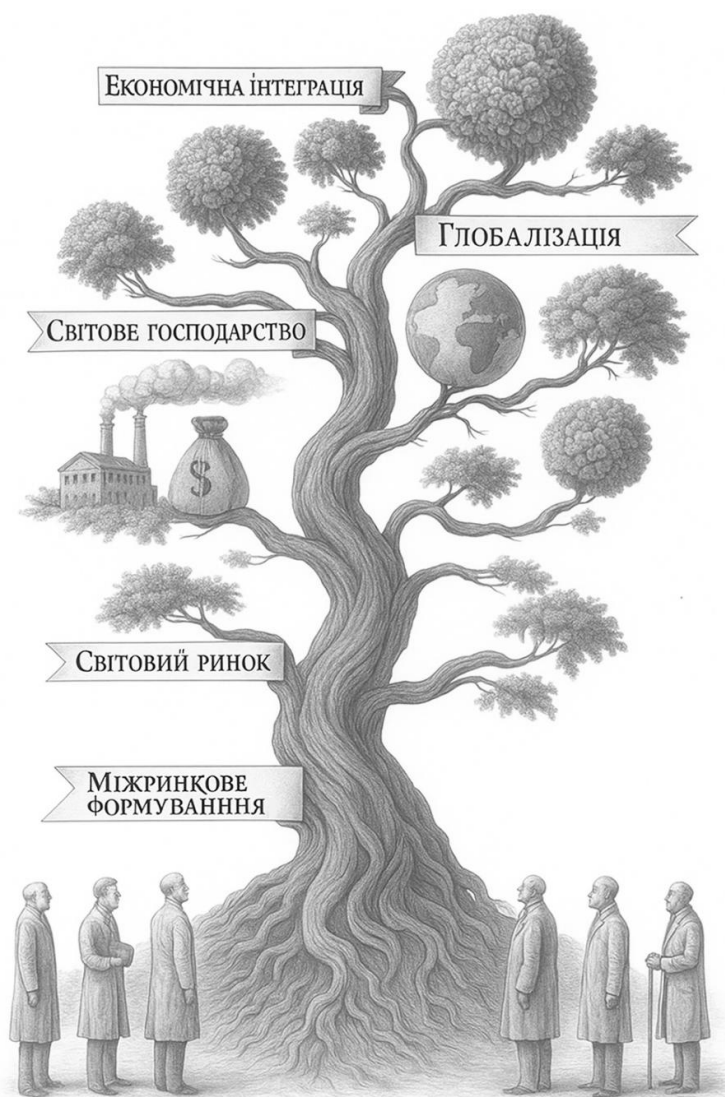
3. Світове господарство (поч. XX — сер. XX ст.) – формується система світового господарства, що ґрунтується на посиленому міжнародному поділі праці, інтенсивному технологічному розвитку та інституціоналізації глобальних економічних процесів. У цей час партнерство набуває рис структурованої економічної співпраці, зокрема — через формування міжнародних об'єднань, галузевих альянсів, науково-виробничих колаборацій. Партнерство стає не лише інструментом торгівлі, а й фактором інноваційного розвитку та модернізації виробництва.

4. Економічна інтеграція (1950–1980-ті рр.) – у другій половині XX століття партнерство трансформується у форму міжнаціонального і міждержавного співробітництва. Виникають нові інституційні структури — ЄС, СОТ, ОЕСР, МВФ, що задають рамки глобальної взаємодії. У приватному секторі стрімко зростає роль транснаціональних корпорацій, які будують партнерства в ланцюгах постачання, НДДКР, логістиці. Партнерство набуває мережевої форми, коли економічні суб'єкти координують дії в межах складних глобальних систем.

5. Глобалізація (кінець 1980-х — наш час) – у сучасних умовах партнерство стає стратегічним напрямком глобального розвитку. Його форми значно диверсифікуються: від державно-приватних партнерств до міжсекторальної

співпраці в галузях охорони здоров'я, освіти, екології. Партнерські моделі орієнтуються не лише на прибуток, а й на створення суспільної цінності. Зростає роль довіри, цифрової взаємодії та культурної адаптивності в партнерських відносинах, що робить їх ключовим елементом сталого економічного розвитку в епоху глобальних ризиків.

Для більш наочного представлення еволюції партнерства в контексті розвитку світової економіки використаємо графічну інтерпретацію. На рис. 1.1 подано узагальнену схему етапів становлення партнерських відносин, що відображає їх трансформацію відповідно до ключових фаз формування та розвитку глобальної економічної системи.



**Рис.1.1. Генеза становлення партнерства у економічній теорії**

*Джерело: складено автором самостійно*

Огляд еволюції партнерства крізь призму розвитку світової економіки дозволив визначити основні закономірності становлення та трансформації партнерських відносин у глобальному господарському контексті. Разом із тим, для більш повного розуміння сучасної природи партнерства важливо звернутися до сучасних аналітичних досліджень, що відображають реалії стратегічної взаємодії у бізнес-середовищі. Зокрема компанія McKinsey агрегує розвиток партнерства у дві ери та третю – майбутню, яка нас очікує найближчим часом [167, 168].

Для характеристики становлення партнерства виділимо ключові поняття, які становлять основу взаємодії підприємств: «відносини», «співробітництво», «співпраця», «спільна діяльність», «інтеграція» та «кооперація», «партнерські відносини».

«Співробітництво», «співпраця», «спільна діяльність» відображають характер взаємовідносин підприємств у партнерствах – спрямованість на досягнення спільної мети спільними зусиллями, а «інтеграція» та «кооперація» ступінь та силу взаємодії підприємств у партнерствах [97, 98].

Так, інтеграція<sup>4</sup> характеризує такі відносини між підприємствами, при яких вони повністю або в значній мірі втрачають юридичну та економічну самостійність та організують свою діяльність під єдиним управлінням на основі внутрішньогалузевої та міжгалузевої спеціалізації. При кооперації<sup>5</sup> підприємства здійснюють спільну діяльність на договірній основі без втрати юридичної та господарської самостійності. Тому, для характеристики відносин у межах партнерських відносин більш доцільно використовувати поняття «кооперація».

За роботою Щелкунова О., партнерські відносини доцільно трактувати як сукупність різних видів відносин на добровільних засадах щодо здійснення певної діяльності на основі об'єднання чи розподілу ресурсів, відповідальності і ризиків з метою захищення та зміцнення конкурентних позицій на ринку і забезпечення позитивного результату діяльності [204]. З'ясувавши сутність поняття

---

<sup>4</sup> Інтеграція - від лат. integer – цілий, цілісність

<sup>5</sup> Кооперація – cooperation – спільна робота, співробітництво

«партнерські відносини», стає очевидною відмінність даної категорії від поняття «партнерство», оскільки «партнерські відносини» виступають певним уточнюючим та конкретизуючим елементом попереднього поняття.

На противагу загальноприйнятому уявленню про конкуренцію, тлумачення поняття «партнерство» стосується союзу між підприємствами, зобов'язання здійснювати взаємну підтримку, взаємодопомогу між партнерами. Таким чином, у широкому розумінні, *під партнерством розуміємо форму розвитку взаємодії спрямовану на досягнення спільних ідеологічних цілей партнерів та розширення їх потенціалу для досягнення довгострокових конкурентних переваг. У вузькому – партнерство – це спосіб досягнення стратегічних цілей компанії шляхом об'єднання і/чи розподілу ресурсів, культури, відповідальності і ризиків з іншими організаціями чи індивідами для спільної реалізації проектів і ініціатив.* Підприємства приймають ці умови для забезпечення безпеки кожного з них, протистояння зовнішній загрозі. Але це не означає, що вступаючи до партнерства, компанія відмовляється від методів конкурентної боротьби. Вона змінює правила конкурентної боротьби та створює своєрідну «зону стабільності», яка характеризується зниженням ризику та розширює діапазон моделей розвитку.

Таким чином, для цілісного розуміння феномена партнерства необхідно звернутися до теоретико-методологічного аналізу наукових підходів до його трактування. Сучасна наукова література містить значну кількість досліджень, присвячених вивченню природи, сутності та функціональних особливостей партнерських відносин.

Розглядаючи партнерство як один із діапазонів моделей розвитку науковці виділяють два основні напрямки розвитку підприємства – внутрішній розвиток та зовнішній. Внутрішній розвиток яскраво відображає охоплення внутрішніх блоків взаємодії організації, тобто впровадження якісних змін за рахунок накопичених підприємством знань, навичок, фінансових, матеріальних і нематеріальних активів, а також залучених ресурсів які спрямовуються на вдосконалення його матеріально-технічної бази, створення нових продуктів тощо. На відміну від внутрішнього

розвитку, зовнішній – формує якісну зміну складу системи підприємства та взаємозв'язків через залучення та використання компетенцій та підсистем сторонніх організацій для виконання певних видів діяльності або їх комбінування, результатом чого може бути створення нової бізнес-системи.

Інші науковці акцентують увагу на типах партнерства, так у роботі Г. Махова та О. Гребешкова «Стратегічні партнерства підприємств» можна простежити *типи зовнішнього розвитку* які уособлюються у типах партнерств [31]:

- інсорсинговий тип – компанія виступає у ролі агрегатора нових ресурсів і компетенцій, доступ до яких забезпечується через організаційно-функціональне об'єднання з іншими організаціями. У межах інсорсингового типу науковці виділяють стратегії інтеграції та диверсифікації;

- аутсорсинговий тип – встановлення корпоративних зав'язків з іншими організаціями з метою передачі частини внутрішніх функцій компанії. Стратегічними напрямками аутсорсингового типу є спеціалізація та кооперація.

Автори роблять акцент на розмежуванні форми та змісту партнерства, оскільки зміст визначає вибір форми взаємодії – способу організації спільної діяльності підприємств-учасників. Виходячи з вищенаведеного можемо стверджувати що партнерство можливо у двох типах: із зміною організаційної структури підприємства (інсорсинговий тип) та без її зміни (аутсорсинговий). Розглядаючи першу, скористаємося законодавчими основами реорганізації підприємства та виділимо наступні *види партнерської взаємодії* [31]:

1) злиття – юристи-практики відзначають, що у широкому розумінні злиття це процес реорганізації, внаслідок якого до нової компанії переходять усі права та обов'язки однієї чи більше компаній, діяльність яких у результаті припиняється;

2) приєднанням до господарського товариства визнається припинення діяльності одного або кількох господарських товариств і (або) одного або декількох юридичних осіб інших організаційно-правових форм, які приєднуються, з

передачею останніми прав і обов'язків господарському товариству, до якого здійснюється приєднання;

3) під поглинаннями слід розуміти поєднання двох або більше підприємств, але в результаті якого одне з них стає власником решти підприємств, і всі підприємства залишаються юридично самостійними господарюючими одинцями.

За аутсорсингового типу у сучасній господарській діяльності виділяють формальний вид взаємодії – контрактація; неформальний – усні домовленості.

Найбільш поширеними *формами партнерської взаємодії* згідно форм господарських об'єднань можна вважати асоціації, корпорації, консорціуми, концерни, інші об'єднання підприємств.

Роботи Кеона і Левінталя [97], акцентують значну увагу на тому що внутрішній досвід, який доповнює технологічну діяльність партнера, є необхідною умовою для успішного використання знань і технологічних можливостей за межами їхніх кордонів, де сторони бажають досягти довгострокових «виграшних» переваг та інновацій на основі взаємно бажаних результатів. Партнерства викликають питання щодо спільного винахідництва та іншої власності на інтелектуальну власність, передачі технологій, ексклюзивності, конкуренції, найму працівників, прав на ділові можливості, створені в ході партнерства, розподілу прибутків і витрат, тривалості та припинення відносин та багато інших бізнес-питань.

Для зручності класифікації практичних відносин стратегічного партнерства Решота Н. виділяються *типові моделі партнерства* [112]:

- представницьке стратегічне партнерство - з метою забезпечення своїх інтересів у певному регіоні партнер-центр сили має в ньому представника-партнера, який належним чином представляє та забезпечує інтереси центру сили;

- стратегічне партнерство проти спільної загрози - підприємства об'єднують свої зусилля з метою протистояння певній загрозі (економічній, геополітичній, соціальной), яка виходить з того чи того підприємства;

- тактичне партнерство заради стратегічних результатів - підприємства із загалом різними стратегічними інтересами об'єднуються на основі певних тактичних пріоритетів з метою досягнення власних стратегічних результатів;

- асиметричне стратегічне партнерство - підприємства, які мали спільне історичне минуле (були конкурентами, постачальниками тощо) утворюють стратегічне партнерство з метою забезпечення позитивного досвіду співіснування.

Досить ґрунтовну спробу систематизувати процес становлення партнерських відносин через призму довіри представлено в роботі Сагайдак М. та Семенюк А [119], які розробили концепцію «воронки формування довіри» у партнерстві. У запропонованій моделі логіка розвитку партнерської взаємодії розгортається від зовнішніх умов функціонування до фінального етапу — досягнення довіри між сторонами. Крім того, автори деталізують специфіку партнерських відносин через класифікацію їхніх видів, форм та етапів становлення. Зокрема, у межах класифікації видів партнерства виокремлюються активне, пасивне, номінальне та часткове партнерство. Такий підхід ґрунтується на ступені залучення сторін до спільного бізнесу, обсягу відповідальності та характері участі в прибутках чи збитках. Це дозволяє проаналізувати партнерство не лише як структурне утворення, а як динамічну взаємодію суб'єктів з різним рівнем впливу.

У роботах також представлено етапну модель формування партнерських відносин, яка включає п'ять ключових фаз: від оцінювання ситуації та вибору партнерів до побудови інфраструктури партнерства, управління ним, аналізу результатів і, за необхідності, перегляду або завершення співпраці [119].

Отже, у розглянутих роботах вчені приділяють значну увагу функціональній взаємодії партнерів, ролі довіри, механізмам координації та формальним чи неформальним регуляторам партнерств. Проте ці класифікації, хоча й описують природу партнерства, однак здебільшого є рівнево-спрощеними: вони розглядають партнерство як взаємодію між фіксованими суб'єктами або як інституціональну конструкцію. На нашу думку, у межах даного дослідження теоретичну основу партнерської взаємодії слід будувати на базі холархічного підходу, який дозволяє

подивитися на партнерство не лише як на зв'язок між окремими агентами, а як на багаторівневу систему, в якій кожен рівень є автономним, але водночас вбудованим у більшу цілісність.

Поняття холархії було введено А. Кестлером і розвинене в системному та організаційному аналізі. В його основі лежить уявлення про «холони» — цілісності, які водночас є частинами чогось більшого. Холархія — це структура з вкладених цілісностей, де кожен рівень зберігає власну автономність, але не існує поза контекстом надсистеми [206].

Основні постулати холархії базуються на багаторівневості, де кожен елемент є і частиною, і цілим (холон), що дозволяє аналізувати систему на різних масштабах без втрати цілісності; емерджентної властивості партнерства на вищому рівні не зводяться до суми характеристик окремих учасників, а виникають унаслідок їхньої взаємодії; та адаптивності, оскільки холархічні структури здатні до саморегуляції й переформатування у відповідь на зовнішні зміни.

Таким чином, холархічна теорія дозволяє сформуванню нового погляду на партнерство — як на цілісну систему із вкладеною структурою, в якій синергія формується не тільки за рахунок сумісності ресурсів, а й завдяки гармонізації рівнів взаємодії. Це відкриває простір для формалізації, вимірювання й прогнозування результативності партнерства на кожному з рівнів.

Таким чином, узагальнюючи аналіз наукових підходів до розуміння природи партнерства, можемо зробити висновок що хоч одні роботи зосереджуються на специфіці участі партнерів, інші — на процесуальній логіці співпраці, проте, на нашу думку, бракує цілісної інтегрованої моделі, яка б охоплювала структурний, функціональний та контекстуальний рівні аналізу партнерських взаємодій. У зв'язку з цим пропонуємо концептуальну модель партнерства, яка системно поєднує теоретичні надбання вітчизняних та зарубіжних науковців та базується на холархічному підході до аналізу результативності партнерства і дозволяє здійснювати вимірювання з погляду партнера як одиниці, партнерства як системи та сфери охоплення та впливу партнерства (рис.1.3).



**Рис. 1.3. Концептуальна модель партнерства**

Джерело: складено автором самостійно

Запропонована концептуальна модель партнерства базується на агрегації наукових досліджень і передбачає комплексний універсальний підхід від визначення потреби у партнерстві до підтримки та покращення партнерської діяльності.

Для надання опису моделі повернемося до визначення поняття партнерства, як союзу між партнерами який включає горизонтальні, вертикальні та гібридні *типи організації партнерських відносин*, що дозволяє вирішувати внутрішні виклики та ефективно реагувати на виклики зовнішнього середовища.

Горизонтальне партнерство у концептуальній моделі ми представили як тип відносин між учасниками, що знаходяться на одному ієрархічному рівні. Такі партнерства спрямовані на спільну реалізацію проєктів, обмін технологіями, інформацією, спільне використання ресурсів для посилення конкурентоспроможності.

Вертикальне партнерство, з нашої точки зору, відображає взаємодію між учасниками, які перебувають на різних рівнях ланцюга створення цінності. Воно формує структурну цілісність у межах екосистеми партнерства, дозволяючи інтегрувати постачальників, виробників, дистриб'юторів, заклади охорони здоров'я та інші зацікавлені сторони. Це забезпечує ефективність ланцюгів постачання, стабільність роботи мережі медичних закладів, зниження витрат та підвищення якості послуг.

На відміну від попередніх під гібридним партнерством розуміємо особливий тип взаємодії, що поєднує ознаки як горизонтальних, так і вертикальних партнерських зв'язків. Це дозволяє створювати багатoshарові мережі взаємодії між організаціями різного рівня та напряму діяльності. Гібридне партнерство характерне для сучасних систем охорони здоров'я, де одночасно взаємодіють державні, приватні, наукові, освітні та громадські структури.

Таким чином, аналіз типів партнерства дозволяє чітко окреслити структурно-функціональну модель взаємодії суб'єктів у системі охорони здоров'я. Горизонтальні та вертикальні партнерства визначають рівні та напрямки співпраці:

перше забезпечує консолідацію ресурсів та спільне вирішення завдань на одному рівні, друге інтегрує різні ланки вартості, формуючи ефективні ланцюги взаємодії.

Незалежно від типу партнерства для його реалізації розглянемо блоки моделі партнерства, використавши переваги теорії бізнес моделювання [27], про яку йшлося вище. Так, для прикладу стійка бізнес модель є центральним питанням у стратегії партнерства оскільки вона забезпечує спосіб отримання доступу до ресурсів і достатності фінансування для підтримки своєї основної діяльності та партнерської взаємодії. Низка зав'язків між компаніями-партнерами та у середині них потребує формування налагодженої стратегії – переглядуваний набір досягнення довгострокових конкурентних переваг для забезпечення поновлюваної відмітності та конкурентоспроможності кожного учасника і партнерства вцілому. З іншого боку усі учасники партнерства повинні розуміти його структурування, а також ролі відповідних учасників і системи, які існують для досягнення реалістичних результатів. Для наявного та подальшого розвитку із урахуванням стратегії взаємодії у партнерстві бажано мати платформу для розвитку що можливо на основі постійного моніторингу та оцінювання діяльності як кожного партнера так і партнерства вцілому.

Таким чином, запропонуємо виділити три рівні партнерства: партнер як холон - передбачає фокус на індивідуальних ролях та внесках кожного партнера. Використання мікроекономічного аналізу дозволяє оцінити внесок кожного партнера та забезпечити його максимальну ефективність; партнерство як неподільна одиниця розглядає партнерство як єдиного суб'єкта з спільними цілями та ресурсами. Використання мезоекономічного підходу дозволяє аналізувати взаємодію та спільну ефективність партнерства; макрорівень включає аналіз впливу партнерства на ширший економічний контекст; сфера охоплення партнерства - використання макроекономічних інструментів дозволяє визначити стратегію розвитку партнерства у галузі, що впливає на визначення політик її імплементації на мезорівні та мікрорівні кожного учасника.

Концептуальна модель партнерства повинна бути доповнена базовими принципами партнерської взаємодії, серед яких виділимо основні враховуючи теоретичні надбання вчених:

Принцип 1. Взаємовигода є ключовим принципом, який забезпечує взаємну цінність для всіх учасників партнерства. Використання теорії порівняльної переваги дозволяє визначити найбільш ефективні форми співпраці, що приносять користь кожному з партнерів.

Принцип 2. Спрямованість на досягнення стратегічних цілей або цілей партнерства передбачає орієнтацію на довгострокові цілі та сталість партнерства. Теорія стратегічного управління допомагає планувати та реалізувати стратегії, що забезпечують стійкий розвиток партнерства.

За думкою Г. Хемела та К. Прахалада [141], саме «...створюючи або розвиваючи компетенції в одному чи більше учаснику...» партнерства набувають стратегічний характер. Тому, окреслимо наступні ознаки стратегічного характеру партнерської взаємодії підприємств:

- 1) наявністю загальної для партнерів стратегії для досягнення певної мети;
- 2) унікальністю вкладу кожного з партнерів у досягнення спільної мети;
- 3) розподілом між партнерами відповідальності за успіх у створенні конкурентної переваги для учасників партнерства.

Принцип 3. Чіткі ролі та відповідальність є важливими для уникнення конфліктів та забезпечення ефективної взаємодії. Використання агентської теорії дозволяє знизити інформаційну асиметрію та забезпечити прозорість у розподілі ролей і відповідальностей. М. Бон та М. Морріс [86], у свою чергу досліджували роль довіри у відносинах співконкуренції та те, як компанії можуть створювати та зберігати довіру зі своїми конкурентами.

Принцип 4. Моніторинг та оцінювання діяльності партнерства є необхідними для регулярного контролю та оцінювання ефективності. Теорія управлінського контролю допомагає забезпечити оцінювання та корекцію дій партнерів для досягнення спільних цілей.

Принцип 5. Взаємоповага та культурна чутливість є важливими для врахування культурних відмінностей між партнерами. Теорія міжкультурного менеджменту допомагає покращити взаємодію та забезпечити ефективну співпрацю в умовах культурного різноманіття.

З нашої точки зору, етапи партнерства є фундаментальною основою формування партнерської взаємодії. Хоча кожен етап є однаково важливим, однак запропонуємо та виділимо перші два етапи, на результатах яких формуються подальші дослідження.

Визначення цілей партнерства передбачає наявність ініціатора вирішення наявної або потенційної проблеми, покращення результатів діяльності, підвищення конкурентоспроможності тощо. Ініціатором формування партнерства може виступати підприємство стосовно якого може формуватися партнерство (центр партнерства); сторонній партнер, який виступає у ролі контрольного органу діяльності партнерства; учасники існуючого партнерства тощо. Таким чином, подальший вибір форми, виду та типу партнерства буде залежати від цілі та ініціаторів партнерства.

Розвиваючи думку про вид партнерства виділимо ключові ознаки на основі розглянутих робіт, а на їх базі запропонуємо авторську класифікацію видів партнерств за ключовими ознаками у додатку В. Табл. В.1 дозволяє зробити висновок, що визначення виду партнерства можливе з урахуванням п'ять основних вимірів:

а) що партнерство прагне зробити, тобто його мета та чи є воно стратегічним чи проектним - фокус партнерства може коливатися від екзогенного до ендогенного. У широкому сенсі суто екзогенно орієнтоване партнерство може прагнути лише залучити додаткові ресурси ззовні партнерства, тоді як ендогенно орієнтоване партнерство буде прагнути максимізувати ефективне використання наявних ресурсів і синергію між цими ресурсами. Більшість партнерств матиме поєднання цих цілей, але відносна важливість кожної буде різною;

б) хто бере участь, тобто ключові учасники та структура їхніх відносин у партнерстві – одна проблема – це коло акторів. До них належать такі ключові установи, як центральні та місцеві органи влади, фінансовані державою установи, громадські організації, місцева громада (групи чи окремі особи) та приватний сектор, але можуть також включати «важливих» осіб. Проте кожна з цих груп може містити різні типи акторів;

в) коли – час або стадія розвитку процесу партнерства та зміни відносин і діяльності з часом;

г) де, тобто просторовий вимір – партнерство може бути зосереджено на різних географічних масштабах, конкретних групах клієнтів у межах області або на ширшій території. Вони можуть зосереджуватися на національній політиці (або спробах вплинути на політику), або зосереджуватися на місцевому чи регіональному рівнях. Очевидно, що ймовірні партнери чи інші ключові учасники будуть відрізнятися в кожній ситуації;

д) як здійснюється діяльність, механізми реалізації – це стосується того, хто що робить, зокрема, хто надає ресурси та хто їх контролює. Партнерство може домовитися про координацію та зміну пріоритетів існуючих послуг партнерів, або в іншому крайньому випадку вони можуть працювати через окремий підрозділ.

## **1.2. Методичний інструментарій оцінювання результативності квантового партнерства**

*«...справжнє значення всього, що ми створюємо, — в тому, щоб досягти нових висот за допомогою зусиль і об'єднання з іншими, які діляться з нами тією самою метою» [143]*

У міру розвитку технологій канал партнерства розвивався разом з ними, розширюючи своє значення. Поглиблення існуючих теоретичних розробок дозволяє стверджувати, що сучасне партнерство — це “парасолька”, під якою живе

широкий спектр третіх сторін. Підкреслимо той факт, що у процесі діяльності усі суб'єкти взаємодії не тільки взаємопов'язані, але й можуть прямо або опосередковано впливати на взаємне функціонування. Оскільки партнерство є складним та багатогранним феноменом, який можна розглядати з різних точок зору, то у широкому сенсі історично-природнича сутність партнерства дозволяє розглядати партнерство і як явище – модель співпраці, яка дозволяє отримати синергічний ефект через об'єднання ресурсів та компетенцій; і як інструмент – виявлення потенційних партнерів, а також сильних і слабких сторін їх діяльності, вимірювання результатів кожного партнера та партнерства у цілому, моделювання ймовірних наслідків потенційного партнерства, прогнозування ризиків та формування стратегії і політик імплементації [115].

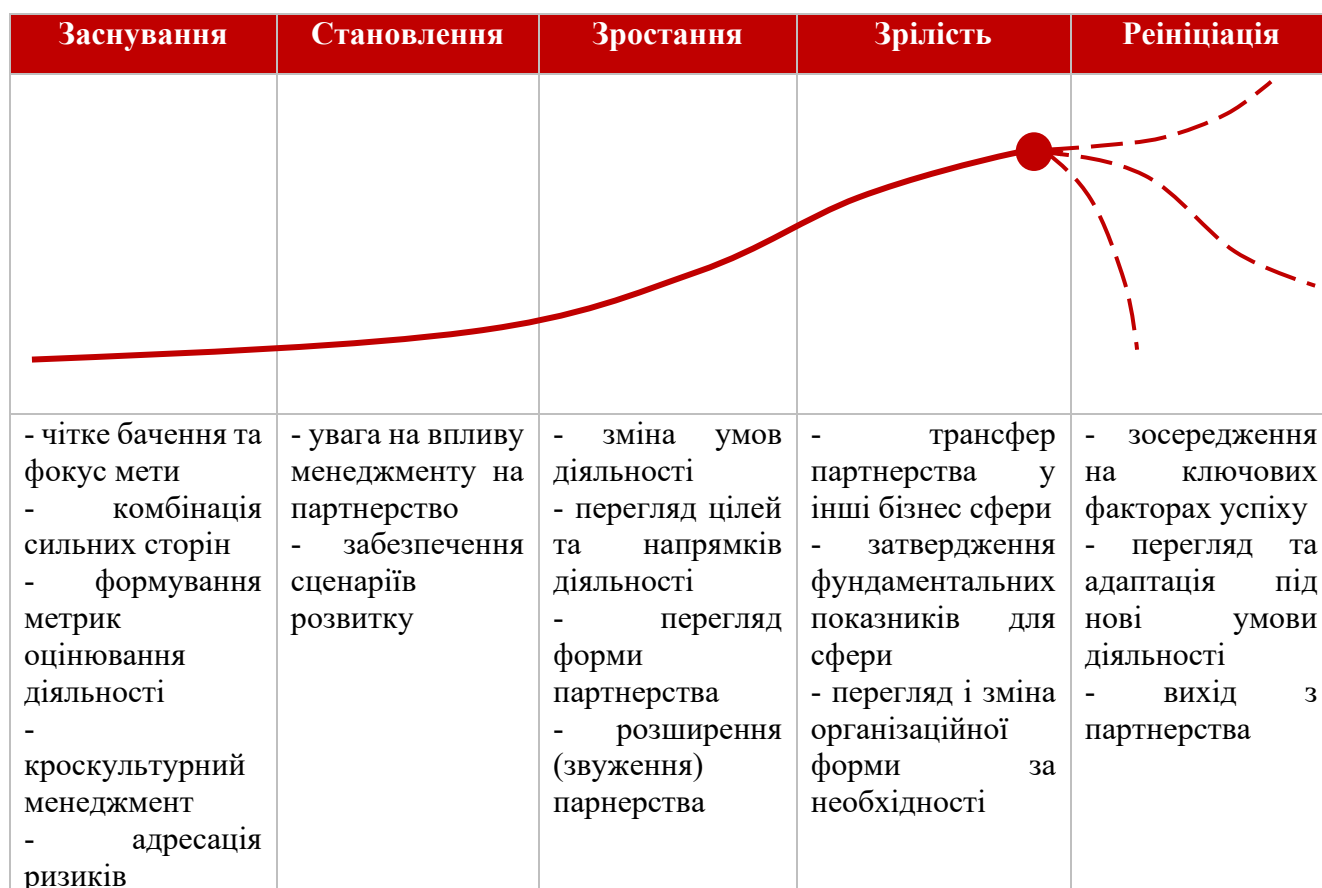
Кожне підприємство являє собою унікальну екосистему з набором власних блоків бізнес-моделі які за допомогою системи взаємодії призводять до результату. Щоб досягти узгодженої хвилі розвитку в показниках економіки та бізнесу, підприємства повинні прийняти цілісний та комплексний підхід до вимірювання та оцінювання своєї діяльності. Це вимагає виходити за межі традиційного комбінування показників фінансової діяльності та розглядати ширші наслідки їх діяльності, що потребує відкритого та прозорого спілкування із зацікавленими сторонами, а також формування довіри та взаємної поваги зі своїми клієнтами, співробітниками та іншими зацікавленими сторонами.

Хоча спільні підходи оцінювання показали надзвичайний успіх у бізнес-ландшафті, часто залишаються невирішені три основні питання [166]:

1. Чи отримується від партнера максимальну користь у партнерстві?
2. Чи потрібно по-різному управляти партнерством, залежно від того, де партнерство перебуває на життєвому циклі?
3. Чого можна навчитися у компаній, які працюють у суміжному секторі чи за його межами?

Відповіді на ці запитання надала британська компанія Strategy&, яка прагнула підвищити цінність своїх існуючих і нових партнерств з технічного

обслуговування та інжинірингу. Strategy& було залучено, щоб допомогти відібрати та проаналізувати ландшафт успішних партнерств у багатьох галузях і секторах, щоб розробити комплексну модель із реалістичними та практичними рекомендаціями. На основі аналізу Strategy& було проаналізовано 50 альянсів у дев'яти галузях де визначено ключові елементи, які найуспішніші компанії виконували на кожному з цих етапів формування успішного партнерства. Для узагальнення результатів та рекомендацій розроблених Strategy& сформуємо життєвий цикл партнерства (рис. 1.4.).



**Рис.1.4. Стадії життєвого циклу партнерства**

*Джерело: складено автором на основі [162, 164, 168]*

Досліджуючи питання ідентифікації ефектів партнерської взаємодії ми дійшли до визначення наступних проблем оцінювання:

По-перше, спектр форм договірних відносин між підприємствами-партнерами є доволі широким – від двосторонньої угоди про узгодження інтересів

до утворення спільного підприємства з виробництва та/або просування товарів на ринок. По-друге, стратегічні цілі учасників партнерства та відповідні інтереси, що покладені в основу їх визначення, є найменш формалізованими та найбільш прихованими від дослідника «параметрами» партнерської взаємодії.

По-третє, механізм спільного використання ресурсів може суттєво відрізнятися в залежності від форми, інтересів, ступеню відкритості та міри «довіри» між партнерами.

Проте, незважаючи на складність ідентифікації ефектів партнерської взаємодії та з урахуванням теоретико-методологічних надбань в сфері наукового пояснення природи та результативності коопераційних зв'язків між підприємствами, визначають дві основні групи підходів до оцінювання ефективності партнерства [29]:

- на основі «прямого» співставлення результатів партнерства та ресурсів, залучених для їх досягнення, що передбачає фінансове оцінювання вигід і витрат партнерської взаємодії як на рівні партнерства в цілому (ефективність стратегічного партнерства), так й на рівні окремого його учасника (ефективність участі підприємства в партнерстві);

- на основі «непрямого» оцінювання досягнутих ефектів партнерських відносин його учасниками, у т.ч. у соціально-психологічному аспекті трактування ними набутих результатів спільної взаємодії, що в свою чергу, позначається не тільки у врахуванні «неекономічних» ефектів (покращення ділової репутації, створення атмосфери довіри між клієнтами та постачальниками тощо), а й в розширенні когнітивних меж оцінювання ефективності партнерства з боку його учасників.

Ми солідарні з запропонованим підходом, однак вбачаємо необхідність виокремлення комбінованого підходу до комплексного оцінювання діяльності партнерства який надасть відповіді на кількісні та якісні параметри фінансового, економічного, соціального, організаційного та інших напрямків розвитку.

Одною із найпоширеніших та найрозвинутіших у теоретико-методологічному сенсі концепцією оцінювання ефективності партнерства слід визнати концепцію синергізму.

Термін «синергізм» походить від грецького слова та означає сприяння, співдружність, співучасть, спільна дія. Він був введений у соціальну психологію і кроскультурні дослідження Р. Бенедиктом і означає критерій відмінності людських співтовариств, сприйманих в образах «небезпечного» і «безпечного» суспільства [121].

У економічному контексті велику роль у поширенні цього поняття зіграли праці І. Ансоффа та Х. Ітамі. Натомість, слід чітко розмежовувати семантично близькі поняття, для цього узагальнимо напрацювання у табл. 1.3.

*Таблиця 1.3*

**Визначення та сутність понять: синергізм, синергетика, синергія**

<b>Поняття</b>	<b>Визначення</b>	<b>Сутність</b>
Концепція синергізму	Принцип, що описує ефект взаємодії елементів системи, коли спільна дія дає результат, більший за суму окремих ефектів	Концептуальна ідея, яка пояснює переваги кооперації та інтеграції
Теорія синергетики	Міждисциплінарна наукова теорія, що вивчає процеси самоорганізації складних систем	Формалізована система знань з використанням математичних моделей і закономірностей
Синергічний ефект	Конкретний результат, що виникає внаслідок взаємодії, коли результат перевищує просту суму часткових ефектів	Результат співпраці, що забезпечує додану цінність
Синергія	Сам процес або стан, коли взаємодія елементів дає позитивний ефект	Описує стан системи, що працює ефективніше завдяки взаємодії компонентів

*Джерело: складено автором на основі [121, 145, 72]*

За результатами узагальнення існуючих дефініцій під синергічним ефектом стратегічної взаємодії розуміють зміну ефективності діяльності підприємства внаслідок взаємодії з іншими економічними організаціями, що зумовлюється виникненням так званого системного ефекту (ефекту емерджентності<sup>6</sup>),

<sup>6</sup> Емерджентність – властивість системи, яка забезпечує появу нових якостей, не властивих окремим елементам.

комплементарності<sup>7</sup> та супроводжується частковою втратою кожним з партнерів їх стратегічної автономності (або незалежності у прийнятті стратегічних рішень) [31].

Одразу слід зауважити, що подібний ефект може мати як позитивний (безпосередньо синергійний), так й негативний (або диссинергійний) прояв, про що у відповідних теоретичних дослідженнях згадується нечасто. Диссинергія може бути обумовлена високими витратами, що виникають в процесі адаптації компаній, що об'єднуються в певну інтеграційну структуру, або внаслідок зниження керованості більш складною системою.

Отже, висвітлення концепції синергізму у науковій літературі засвідчив відсутність чіткого розуміння методики обчислення синергічного ефекту. Таким чином, традиційно виділяють дохідний, витратний та порівняльний (ринковий) підходи. Для дохідного підходу притаманний прояв синергії через оцінку зростання доходу ураховуючи ефект дисконтування у результаті партнерської взаємодії. Перевагою такого підходу є інформаційність та порівнюваність [72].

На відміну від дохідного, витратний розглядається з точки зору витрат, які підприємство несе у результаті об'єднання. Витратний підхід дозволяє кількісно визначити приріст вартості активів у результаті об'єднання.

Порівняльний підхід ґрунтується на використанні інформації що відбулися на ринку з аналогічними підприємствами. Величина ефекту синергії розраховується як порівняння приросту результатів розглянутого партнерства з приростом результатів аналогічних компаній. Порівняльний підхід до оцінювання синергетичного ефекту є одним із найзручніших для використання, особливо коли потрібно швидко оцінити доцільність і потенційну ефективність стратегічного партнерства. Його перевагою є відсутність необхідності виконання складних розрахунків, застосування математичних методів прогнозування дисконтування або детального аналізу майбутніх доходів і витрат компанії після реалізації партнерства [121]. Разом з цим у працях Гребешкової О [30] узагальнено

---

<sup>7</sup> Комплементарність – взаємне доповнення сильних сторін учасників, яке дозволяє компенсувати їхні слабкості, створюючи додаткову цінність.

характеристика підходів до оцінки синергійного ефекту стратегічної взаємодії тому зобразимо додаток Г.

Компанія McKinsey у своїх дослідженнях наголошує, що розробка детального уявлення економіки партнерства необхідна для вимірювання його ефективності [166]. Це вимірювання має виходити за межі звичайних показників грошових потоків і включати взаємні вигоди від трансфертного ціноутворення, вигоди поза межами угоди. Ця інформація важлива для менеджерів, щоб заздалегідь оцінити угоди та контролювати їх постійну ефективність не лише з точки зору вартісних характеристик, але і якісних.

Утворивши партнерство з чітким і комплексним поглядом на економіку, компанія повинна розробити на першому етапі життєвого циклу систему показників для відстеження ефективності підприємства. Партнери повинні вирішити, чи використовувати одну систему показників, запускати окремі системи показників чи використовувати обидві комбінації. Для спільного підприємства з власними прибутками та збитками часто застосовують єдину систему показників. Для більшості інших альянсів комбінований підхід працює найкраще. Кожен партнер може доповнити спільну систему показників додатковими показниками, які відстежують досягнення цілей, які не поділяються іншими партнерами.

Для надання комплексного оцінювання, яка підсилює прийняття управлінських рішень щодо впровадження та контролю реалізації стратегії партнерства, скористаємося прикладом блочно-модульної теорії структуризації потенціалу для формування графоаналітичної моделі оцінювання бізнесу.

У 1998 році в наукових працях Репіної І.М [116] вперше запропоновано графоаналітичний метод діагностики підприємницького потенціалу підприємства, названий автором «Квадрат потенціалу». Такий метод дає можливість системно встановити кількісні та якісні зв'язки між окремими елементами потенціалу, рівень його розвитку та конкурентоспроможності і на підставі цього обґрунтувати та своєчасно реалізувати управлінські рішення щодо підвищення ефективності функціонування підприємства.

Враховуючи концептуальну основу графоаналітичної моделі «Квадрат потенціалу» та огляд життєвого циклу, показників оцінювання партнерства та його ефективності запропонуємо універсальний інструмент для прийняття управлінських рішень про партнерство під назвою «QUANTUM»<sup>8</sup> або «квантове партнерство».

Під графоаналітичним інструментом квантового партнерства розуміємо об'єднання аналітичних підходів та графічного відображення діяльності потенційних партнерів для формування висновку про можливість партнерства між різними підприємствами та його стратегію з одного боку, а також, відображення потенціалу кожного партнера, найбільш та найменш розвинених площин їх діяльності, для надання рекомендацій по розробці політик імплементації – з іншого. Таким чином модель складається з 3 рівнів: макрорівень – рівень співвідношення зовнішніх та внутрішніх показників діяльності партнерів; мезорівень – визначення потенціалу кожного партнера та площ перетину показників їх діяльності для формування висновку про можливість партнерства; та мікрорівень – аналітичний інструмент, який надає детальне оцінювання конкретних сильних і слабких сторін кожного партнера. Відповідно до вищезазначеного сформований патерн на основі квантового партнерства дає відповіді на 3 основні питання: які вузькі місця у ключового гравця і/або у партнерів для формування проблемного кола та рішення?, яке коло респондентів (партнерів) слід відібрати для реалізації рішення?, якою стратегією краще рухатися з підібраним колом партнерів (партнером)?.

На основі вищезазначеного нами були застосовані взаємопов'язані, проте змістовно відмінні між собою поняття: “квантове партнерство”, “модель квантового партнерства” та “інноваційний патерн квантового партнерства”. Використання кожного з них було обумовлене необхідністю відображення різних рівнів осмислення і практичного застосування феномена партнерства.

---

<sup>8</sup> QUANTUM - *qualitative-quantitative unity model* (модель якісно-кількісної єдності)

У межах категоріально-понятійного апарату дослідження ключову позицію займає поняття “квантове партнерство”, яке складається з терміну квант та партнерство.

Термін квант або походить від латинського "квантіо", що означає "сума" [205]. У фізиці цей термін позначає мінімальне значення, яке дана величина може приймати у фізичній системі, так і мінімально можливу зміну цього параметра при переході від одного дискретного стану до іншого. Тобто, це загальна назва певних порцій променистої енергії, момента кількості руху та інших величин, якими характеризують фізичні властивості мікросистем; найменша кількість певної енергії [205].

Використовуючи у дослідженні "модель квантового партнерства", та "патерн квантового партнерства", виокремимо поняття терміни "модель" та "патерн". У роботах різних вчених простежувалося неоднозначність різниці між поняттями «патерн» та «модель», а часто їх синонімічний характер.

На сьогодні поняття "патерн" є науково-популярним і використовується в найрізноманітніших сферах – психології, музиці, дизайні, архітектурі, програмуванні тощо. Проте, не у багатьох роботах можна зустріти чітке розмежування розуміння різниці понять "патерн" та "модель". Ми скористалися роботами Б. Маркіч, М. Васильченко, В. Свєрчкова, [90]. оскільки у своїх роботах вони по різному описали різницю понять. Зокрема Б. Маркіч описав різницю за допомогою формульного вигляду [185]. Модель здійснює пояснення теорії шляхом визначення зв'язків між змінними або етапами виконання дії чи компонентами явища тощо, і зазвичай має схематичний формат:

$$y = a + bx \quad , \text{де:} \quad (1.1)$$

$x$  — пояснювальна змінна;

$y$  — залежна змінна;

$b$  – нахил лінії;

$a$  – точка перетину (значення  $y$ , коли  $x = 0$ ).

Патерн — це спеціальна версія моделі, налаштована для використання в певному контексті. Тому патерни схожі на конкретне рівняння, наприклад:

$$y = 5 + 2x \quad (1.2)$$

Таким чином, формула моделі схожа на загальне рівняння лінії, яка використовується для представлення певної системи або явища, відображаючи її основні елементи та взаємодії. У свою чергу, патерн, є більш гнучким і орієнтованим на повторювані рішення чи закономірності.

М. Васильченко та В. Сверчкова роблять акцент на сутнісній складовій, - патерн, як шаблон, який може бути адаптований до певного контексту.

Таким чином, розглянуті ключові терміни дозволяють розмежувати основну різницю між квантовим партнерством, концептуальною моделлю партнерства, моделю квантового партнерства та патерном квантового партнерства для уникнення семантичної надлишковості та забезпечення чіткості логіки аналізу (табл.1.4).

Таблиця 1.4

#### Розмежування ключових понять квантового партнерства

Поняття	Суть	Призначення
Концептуальна модель партнерства	узагальнена теоретична конструкція формування партнерства, яка базується на трирівневому підході до аналізу його результативності.	Теоретико-методологічна конструкція
Квантове партнерство	універсальний інструмент підтримки прийняття рішень який базується на графоаналітичній методології оцінювання результативності потенційних (або існуючих) партнерств.	Аналітичний і стратегічний інструмент
Модель квантового партнерства	формалізована система елементів, зв'язків і рівнів, що відображає логіку побудови та оцінювання підприємства, партнерства та впливу на сферу його охоплення.	Аналітичний і стратегічний інструмент
Патерн квантового партнерства	практична конфігурація взаємодії суб'єктів партнерства, сформована на основі системи елементів, зв'язків і рівнів, що відображає результат побудови та оцінювання потенціалу партнерства.	Результат інструментального впровадження

Джерело: запропоновано автором

Відповідно до табл.1.4 у роботі розроблено універсальний інструмент підтримки прийняття рішень на основі моделі квантового партнерства «QUANTUM», який базується на графоаналітичній методології оцінювання результативності потенційних (або існуючих) партнерств та з авторського бачення дозволяє: здійснити багаторівневий порівняльний аналіз результативності респондентів дослідження шляхом інтегрованої оцінки за системою показників (група, сабгрупа, інтрогрупа); виявити найменш та найбільш розвинені площини діяльності кожного респондента відповідно до сформованих груп показників; здійснити прогнозування результативності застосування різних патернів партнерства; підібрати конфігурації для патерну партнерства з найбільшим потенціалом; надавати обґрунтовані рекомендації щодо розроблення політик імплементації партнерських ініціатив з урахуванням виявленого потенціалу.

З огляду на складність та багатовимірність завдань, які виконує інструмент "QUANTUM", важливо окреслити логіку його побудови. Адже будь-яка модель, що претендує на системну функціональність, передбачає чітку послідовність етапів формування. У випадку квантового партнерства ця послідовність починається з *визначення вихідної потреби у партнерстві та формулювання його цільових орієнтирів* — етапу, який репрезентує концептуальну модель партнерства як базову передумову для подальшої аналітики.

Для того, щоб сформоване партнерство було ефективним, а також проявлявся синергетичний ефект, необхідним є враховувати мотиви створення та очікування партнерів. Співпраця з партнерами забезпечує різноманітні можливості для збільшення цінностей, зокрема оптимізація кількості партнерів, налагодження двостороннього зв'язку на відповідних рівнях в обох організаціях для сприяння швидкому вирішенню проблем без затримок та суперечок, що призводять до зайвих втрат, залучення партнерів до визначення закупівельних потреб і розроблення спільної стратегії, оцінювання, визнання і винагороду зусиль партнерів тощо.

Правильне визначення проблемного кола підприємства передбачає аналіз його діяльності за допомогою системи показників, які дозволяють виділити сильні та слабкі сторони, а також можливості та ймовірні загрози. Разом з визначенням сильних та слабких сторін підприємства, важливо розуміти сильні та слабкі сторони партнерів. *Підбір партнерів* є наступним вхідним етапом формування партнерства – потенційних партнерів, які можуть бути залучені до партнерської взаємодії. Враховуючи широку різноманітність типів партнерств вирізняють базові ознаки для підбору партнерів [50]:

- 1) підприємствам-учасникам притаманний широкий спектр цільових настанов, які у тому числі залежать від стадії життєвого циклу підприємства;
- 2) створення партнерств можуть бути як між підприємствами-конкурентами так і не конкурентами, у межах одної або декількох галузей, з одним або декількома партнерами;
- 3) партнери вносять різний вклад у функціонування партнерства, - вигоди як і ризики можуть значно розрізнятися;
- 4) форми партнерств варіюються (від тимчасових угод до створення спільних підприємств) залежно від потреби.

Отже, оскільки підбір партнерів є важливим вхідним кроком для моделі, який поєднує у себе цілі потенційних партнерів, площину, орієнтовану форму та прогнозований результат партнерства, - що залежать від належно сформованого набору показників, які допоможуть оцінити діяльність кожного учасника (мікрорівень) та партнерства вцілому (макрорівень).

Для аналізу діяльності підприємства та оцінювання його привабливості серед партнерів пропонуємо слідувати використанню комплексного підходу який є необхідним у контексті забезпечення стійкого розвитку окремого підприємства та партнерства уцілому, а також його адаптації до змін у внутрішньому та зовнішньому середовищах. На нашу думку, одним із ключових аспектів цього підходу є розподіл показників діяльності підприємства на 2 рівні: зовнішні показники та внутрішні; у межах показників внутрішньої групи - сабгрупу:

кількісні та якісні, а у межах кожної сабгрупи - інтрогрупу показників, і останній рівень – рівень показників діяльності підприємства.

Для більш точного оцінювання зовнішнього середовища та його впливу на підприємство, пропонуємо застосувати переваги концепції М. Портера, зокрема "П'ять сил конкурентного впливу". М. Портер ідентифікує п'ять ключових сил, які визначають конкурентне середовище підприємства: потенційні конкуренти, постачальники, покупці, продуктові альтернативи та ступінь конкуренції серед існуючих гравців. Ці сили враховують як кількісні, так і якісні аспекти, такі як розмір та динаміка ринку, репутація бренду, інноваційний потенціал, якість продукції та послуг, ефективність управління, - що інтегруються у такі групи як потенційні конкуренти, постачальники, покупці, новаторські можливості та замінювальні продукти. Отже, модель М. Портера надає комплексний підхід до аналізу конкурентного середовища, який враховує різноманітні аспекти якісного та кількісного характеру, що дозволяє підприємствам отримати глибше розуміння їх позиції на ринку [85].

Розглянуті вище метрики діяльності підприємств ураховуючи підхід за методологією McKinsey дозволять не лише відобразити результати та ефективність діяльності кожного партнера, а і сформувати комбінований набір показників який допоможе порівняти діяльність партнерів та здійснити пошук ланок, які потребують оптимізації та обґрунтованих шляхів налагодження інноваційних партнерських відносин підприємств.

Слід звернути власну увагу, що у межах квантового партнерства ми пропонуємо застосовувати показники-стимулятори, зростання значень яких передбачає ріст конкурентоспроможності, а показники-дестимулятори, можуть бути оцінені шляхом оберненого ефекту у процесі нормалізації показників, тобто чим більший показник-дестимулятор тим наближений до 0, а також використовуючи показники-ефективності (стимулятори).

Таким чином, показники оцінювання діяльності партнерства обираються самостійно відповідно до специфіки його діяльності та стратегічних цілей участі у

партнерстві. Проте, для забезпечення порівнюваності та визначення рівня розкиду вибірки на нашу думку слід скористатися єдиним набором показників порівнюваних партнерів, та використати статистичний метод нормалізації показників (метод різниць). Цей метод дозволить перетворити всі значення даних у заданий діапазон від 0 до 1, забезпечуючи їхню однорідність.

Формула для нормалізації показників виражається так:

$$x_{\text{норм}} = \frac{x - \min(x)}{\max(x) - \min(x)}, \text{ де} \quad (1.3)$$

$x_{\text{норм}}$  – нормалізоване значення

$x$  – початкове значення

$\min(x)$  – мінімальне значення в наборі даних

$\max(x)$  – максимальне значення в наборі даних

У результаті нормалізації показників, можна сформувати таблицю, в якій структуровано визначені ключові вузькі місця для кожного підприємства. З нашої точки зору, аналітичне визначення вузьких місць є першим підкріплюючим кроком, що дозволяє виокремити сильні та слабкі сторони партнерів (мікрорівень).

Таблиця 1.4

#### Мікрорівень графоаналітичної моделі квантового партнерства

Група	Сабгрупа	Інтрогрупа	Партнер 1	Партнер 2	Партнер 3	Партнер 4
<b>Внутрішні</b>			<b>70%</b>	<b>26%</b>	<b>48%</b>	<b>58%</b>
	<b>Кількісні</b>		24%	76%	71%	13%
		Операційні	0,56	0,06	0,43	0,22
		Фінансові	0,01	0,65	0,90	0,03
	<b>Якісні</b>		76%	24%	29%	87%
		Соціальні	0,82	0,19	0,42	0,59
		Технологічні	1,00	0,03	0,13	1,00
	<b>Кількісно-якісні внутрішні</b>		100%	100%	100%	100%

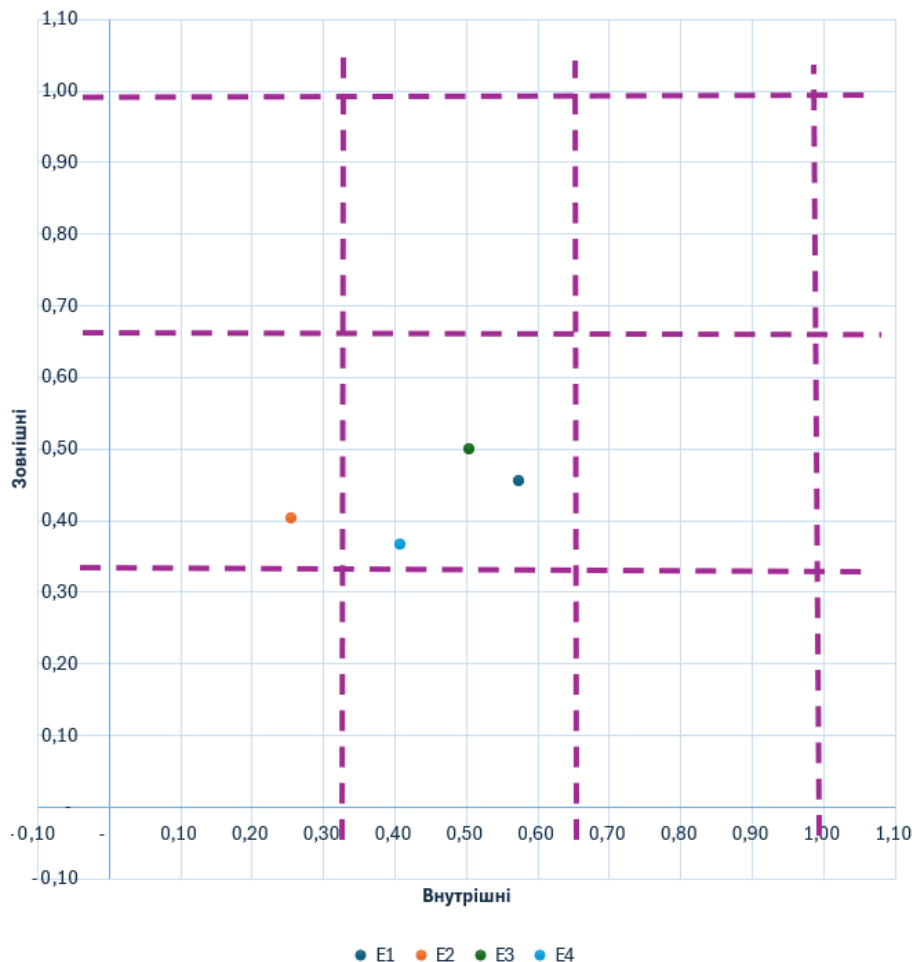
Продовження табл. 1.4

<i>Зовнішні</i>		<i>30%</i>	<i>74%</i>	<i>52%</i>	<i>42%</i>
	<b>Змішані</b>				
	Загроза втрати поточних клієнтів	0,50	0,83	0,11	0,89
	Загроза з боку нових гравців	0,50	0,58	0,67	0,17
	Загроза з боку товарів-замінників	0,33	0,17	0,50	0,42
	Загроза нестабільності постачальників	-	1,00	1,00	-
	Загрози внутрішньогалузевої конкуренції	-	0,50	0,50	0,50

*Джерело: сформовано автором самостійно (за імітаційним моделюванням)*

Базуючись на табл.1.4 пропонуємо формувати візуальне відображення діяльності кожного партнера, що можливе, зокрема, завдяки використанню матричного підходу. Теорія стратегії діяльності підприємства виділяє різні види матриць, наприклад матриця BCG і матриця McKinsey, розглянуті у роботі І. Ансоффа [82] ґрунтуються на кількісному обліку особливостей життєвого циклу галузі через розрахунок відносного темпу зростання галузі. Матриця Хофера-Шенделла і матриця ADL враховують особливості життєвого циклу розвитку галузі, пропонуючи підприємству набори стратегічних кроків, які безпосередньо пов'язані з контекстом конкретного етапу життєвого циклу [86]. Модель ADL розвиває концептуальний підхід, представлений моделлю General Electric (GE) і моделлю BCG. У відповідності з даним підходом всі бізнеси підприємства позиціонуються по сітці матриці. На відміну від двофакторної матриці BCG, GE/McKinsey є багатофакторною і більш детальною моделлю. Матриця складається не з чотирьох, а з дев'яти квадрантів і характеризує довгострокову привабливість ринку та конкурентну позицію підприємства в ній [167]. Оскільки матриця GE/McKinsey враховує дію значно більшої кількості чинників (чинники конкуренції, фінансово-економічні і соціально-психологічні чинники, а також параметри ринку чи галузі) пропонуємо на її основі розробити візуальне

представлення макрорівня графоаналітичної моделі квантового партнерства (рис.1.5).



**Рис. 1.5. Макрорівень графоаналітичної моделі квантового партнерства**  
*Джерело: сформовано автором самостійно (за імітаційним моделюванням)*

Відповідно до рис.1.5., на графіку використаємо точкову діаграму, на якій за допомогою середнього значення кожної групи (зовнішньої і внутрішньої) знайдемо дві точки: вісь абсцис (X) відображає зовнішні показники діяльності, а вісь ординат (Y) – внутрішні. Весь графік на якому зображені точки, матиме розподіл на 9 квадрантів, залежно від того у якому квадраті знаходиться точка, така рекомендована стратегія розвитку йому належить (рис.1.6).

Приваблієність ринку (зовнішні)	<b>Висока</b>	Вибіркове зростання; концентрація зусиль; стабілізація; підтримка граничної позиції; пошуки грошових коштів	Вибіркове зростання; підтримка позицій; інвестування у виробництво; контрольне інвестування	Збереження лідерства; пошук шляхів лідирування; зростання; захист позиції; максимізація інвестицій
	<b>Середня</b>	Обмеження діяльності; скорочення напрямку; мінімізація інвестицій; плановий вихід	Управління для отримання прибутку; визначення зростаючих сегментів; стабілізація; вибіркове інвестування	Вибіркове зростання; збереження позицій; оцінювання потенціалу для лідирування через сегментацію
	<b>Низька</b>	Вихід з ринку; припинення діяльності	Стабілізація; пошук нових ніш; розгляд варіанту виходу з ринку	Стабілізація; пошук нових ніш; переорієнтація діяльності; планове скорочення діяльності
		<b>Низька</b>	<b>Середня</b>	<b>Висока</b>
<i>Партнерська позиція (внутрішні)</i>				

**Рис. 1.6. Матриця вибору стратегії партнерства**

*Джерело: складено автором на основі [167]*

Базуючись на рис. 1.5 та 1.6 з нашої точки зору можна отримати відповідь на питання: яку стратегію для респондентів варто обрати перебуваючи у відповідному квадранті для побудови партнерства?

Для надання відповіді на питання: з яким партнером (чи партнерами, бо партнерство може бути багатостороннє) найкраще укласти партнерство, скористаємося мезорівнем. Для цього розрахуємо у внутрішній групі середні значення для кількісних та якісних показників, а у зовнішній – середні значення змішаних показників – це точки для мезографіка.

З метою графічної візуалізації аналітичних розрахунків порівнюваної діяльності респондентів дослідження звернемося за допомогою до бульбашкових діаграм. Бульбашкова діаграма представляється у вигляді двох осей даних: вісь абсцис (X) і вісь ординат (Y). Ці пари значень X і Y відповідають точкам даних і відображаються в нерегулярних інтервалах, або кластерах. Розмір бульбашки є додатковим розрахунковим значенням, яке впливає на величину точки залежно від її положення. Для розрахунку кожної точки скористаємося середнім значенням кожної підгрупи які складаються з показників сабгрупи. Тобто, для осі абсцис (X) як і для осі ординат (Y) знайдемо середнє значення між підгрупами кількісних,

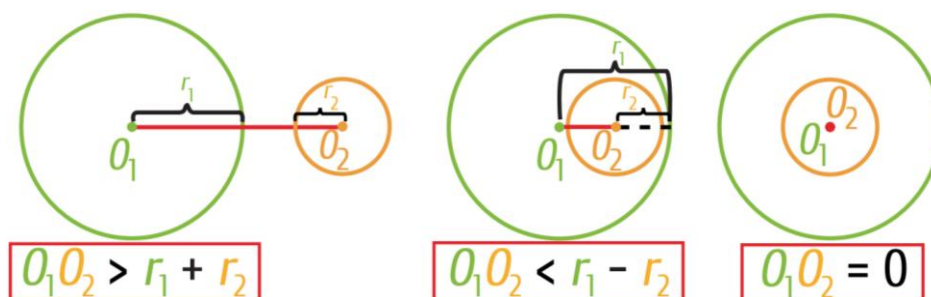
якісних та змішаних показників сабгруп, - що слугує точкою, яка характеризує діяльність окремого партнера по відношенню до інших. Для формування радіуса кола здійснимо розрахунок середнього значення кількісних та якісних показників, чим більше розрахункове значення радіуса, тим кращі показники діяльності у порівнянні до партнерів.

Оскільки інтерпретація отриманих результатів графічного зображення потребує аналітичного підкріплення, то здійснимо порівняння результатів партнерств між кожним з партнерів та всіма разом. Для надання аналітичного висновку про можливий перетин кіл, скористаємося теорією евклідової геометрії.

Кожне коло в евклідовому просторі можна визначити як множину всіх точок, відстань яких до центру дорівнює його радіусу. Відповідно, положення кіл одне відносно одного залежить від таких двох параметрів як [176]:

- 1) відстань між центрами кіл;
- 2) величина радіусів кіл.

Таким чином, на площині кола можуть не перетинатися, якщо вони не мають спільних зовнішніх та внутрішніх точок, або є концентричними (одне коло всередині іншого, але без дотику), що зображено на рис.1.7.



**Рис.1.7. Графічне представлення кіл, які не мають спільних точок (не перетинаються)**

*Джерело: [187]*

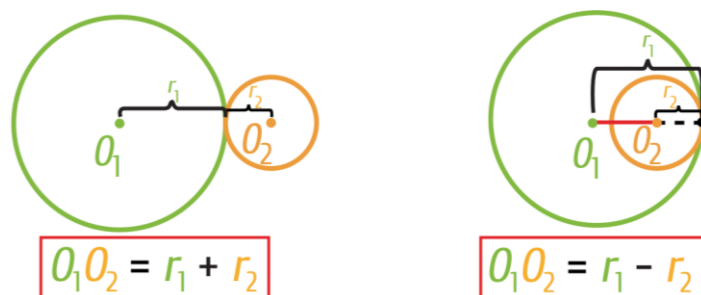
Як зображено на рис.1.7, у випадку якщо відстань між центрами кіл більша суми радіусів кіл, то жодна точка простору не може одночасно задовольняти умову

рівності відстані між колами з радіусами, тому кола не дотикаються – знаходяться на далекій відстані одне від одного.

У випадку якщо відстань між центрами кіл менша різниці радіусів кіл, то точки меншого кола повністю потрапляють у межі більшого кола, проте не досягають його окружності. Окреслені умови впливають із класичної евклідової аксіоматики, зокрема з означення про коло як геометричне місце точок на фіксованій відстані від центру.

У випадку концентричних кіл усі їхні точки розширюються від одного центру на різні радіуси. Такі кола не можуть мати спільних точок, якщо їх радіуси не рівні, оскільки кожна точка на одній окружності знаходиться на відстані від центра, що не дорівнює радіусу іншого кола [167].

Кола які перетинаються можуть мати одну або дві спільні точки. У випадку зовнішнього дотику сумарна відстань між центрами дорівнює сумі радіусів, тому кола зіштовхнуться зовні, утворюючи єдину спільну точку. У випадку внутрішнього дотику менше коло (або рівне за радіусом) прилягає до більшого, коли відстань між центрами дорівнює модулю різниці їхніх радіусів. Геометрично це виглядає так, що менший радіус добігає до внутрішньої поверхні більшого кола (рис.1.8).



**Рис.1.8. Графічне представлення кіл, які мають спільну точку дотику**

*Джерело: [187]*

Геометричною умовою для кіл, які мають дві точки перетину є [187]:

$$|r_1 - r_2| < d < r_1 + r_2 \quad , \text{ де} \quad (1.4)$$

$r_1$  та  $r_2$  – радіуси першого та другого кола

$d$  – відстань між центрами кіл

З погляду евклідової геометрії, це означає, що кола достатньо далеко, щоб не бути вкладеними чи концентричними, і достатньо близько, аби мати перетин. Тому, точки перетину визначаються розв'язком системи рівнянь кіл [187]:

$$\begin{cases} (x - x_1)^2 + (y - y_1)^2 = r_1^2 \\ (x - x_2)^2 + (y - y_2)^2 = r_2^2 \end{cases} \quad (1.5)$$

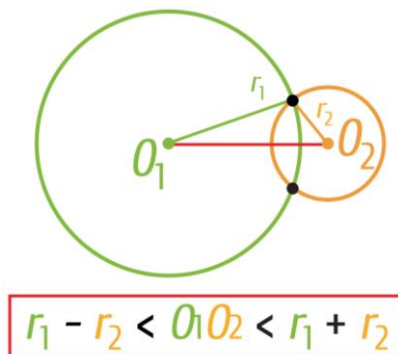
де,

$x$  та  $y$  – змінні координати будь-якої точки на площині, яка шукається

$(x_1, y_1)$  - координати першої точки;

$(x_2, y_2)$  - координати другої точки.

Таким чином, при розв'язанні зазначеної системи визначаються всі пари  $(x, y)$  одночасно задовольняють рівняння обох кіл. Іншими словами, знайдені розв'язки  $(x, y)$  є координатами точок перетину або дотику кіл (за умови існування однієї, двох чи відсутності точок розв'язку). У аналітичній геометрії ці точки можна також знайти за допомогою побудови радикальної осі двох кіл – вона визначає геометричне місце точок із однаковими степенями відносно цих кіл. Перетин радикальної осі з прямою дає центр відрізка, що з'єднує дві точки перетину кіл [187]:



**Рис.1.9. Графічне представлення перетину кіл, які мають спільні точки дотику**

Джерело: [187]

Зважаючи на рис.1.9 для опису взаємного розміщення трьох і більше кіл у площині розглядають попарні відстані між їхніми центрами та величини радіусів. Аналогічно до викладеного вище, можемо зробити висновок що у авторській моделі кожне коло щодо іншого може перебувати в одному з описаних станів (перетинатися, бути концентричними, мати одну спільну точку тощо). Зіставляючи попарно всі можливості, отримують більш комплексну картину розташування системи кіл. У дослідженнях з геометричного моделювання (наприклад, у комп'ютерній графіці чи геометричному проєктуванні) застосовують методи векторної та аналітичної геометрії, щоб уніфікувати й автоматизувати визначення таких положень [167].

Отже, оперуючи геометричними аксіомами, у моделі квантового партнерства розрахуємо відстань між центрами кіл та порівняємо їх із сумою радіусів порівнювальних партнерів. Якщо відстань між центрами кіл менша суми радіусів порівнювальних партнерів, то кола пересікаються, і партнери мають близькі показники діяльності. Якщо кола не пересікаються – чим більша відстань між колами, тим менше спільних значень між партнерами.

Пропонуємо використати Евклідову відстань<sup>9</sup> для розрахунку відстані між двома точками на двовимірному просторі [167].

$$d(A; B) = \sqrt{((x_1 - x_2)^2 + (y_1 - y_2)^2)}, \text{ де} \tag{1.6}$$

$(x_1, y_1)$  - координати першої точки;

$(x_2, y_2)$  - координати другої точки.

Для партнерів у яких пересікаються кола на нашу думку доцільно визначити площу перетину чому передують дві потреби. По-перше розрахунок площі перетину кіл у графоаналітичній моделі має на меті визначити ступінь спільності чи схожості між потенційними партнерами – з одного боку. З іншого боку, якщо

---

<sup>9</sup> Евклідова відстань - це найкоротша відстань між двома точками.

площа перетину кіл невелика або відсутня, це може свідчити про відмінності в діяльності чи стратегіях двох партнерів. Цей результат може бути корисним для оцінювання потенціалу партнерства та визначення його сили.

По-друге, визначення площі перетину кіл є складовою для обчислення загальної площі утвореної фігури між комбінацією різних партнерів.

Для розрахунку площі перетину кіл визначимо центральні кути для обох кіл, що дає можливість розрахувати площу сегмента [187]

$$\theta = 2 \arccos \alpha \quad , \text{де} \quad (1.7)$$

$\alpha$  – вираз із теореми косинусів, який показує, під яким кутом  $\theta$  (через  $\cos \theta$ ) із центра другого кола видно хорду, що є спільною лінією перетину двох кіл. Формула розрахунку відображено у 1.8 [187]:

$$\alpha = \frac{(d^2 + r_1^2 - r_2^2)}{(2dr_1)} \quad , \text{де} \quad (1.8)$$

$d$  - відстань між центрами кіл;

$r_1$  - радіус більшого кола;

$r_2$  - радіус меншого кола.

Для двох кіл відстань між центрами кіл яких менша сумі радіусів, тобто коли кола справді перетинаються, площа спільної частини (перетину) обчислюється за формулою 1.9 [167]:

$$S\theta = r_1^2 \arccos(\alpha_1) + r_2^2 \arccos(\alpha_2) - \frac{1}{2} \sqrt{(-d + r_1 + r_2)(d + r_1 - r_2)(d - r_1 + r_2)(d + r_1 + r_2)}$$

де, (1.9)

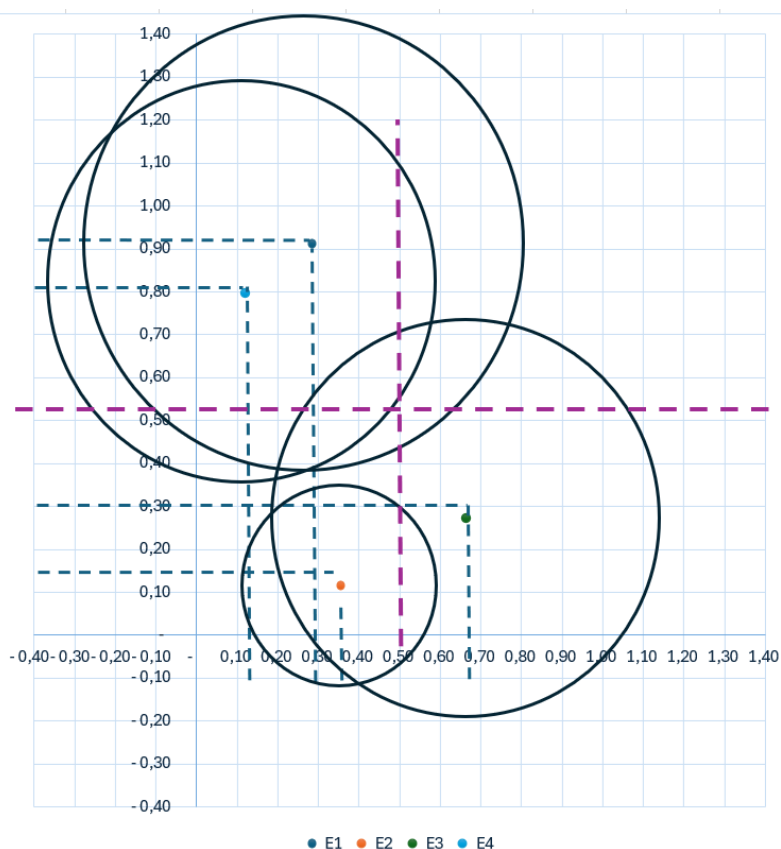
$\theta$  - центральний кут сегмента в радіанах;

$d$  - відстань між центрами кіл;

$r_1$  - радіус більшого кола;

$r_2$  - радіус меншого кола.

Для розрахунку не лише зв'язків, а потенціалу партнерства, розрахуємо площу утвореної фігури у результаті перетину кіл. Для цього розрахуємо площу кожного кола, та віднімемо площі їх перетину розрахованих вище. Чим більша площа новоутвореної фігури, тим більший потенціал між партнерами (рис.1.10).



**Рис. 1.10. Мезорівень графоаналітичної моделі квантового партнерства**  
*Джерело: сформовано автором самостійно (за імітаційним моделюванням)*

На основі розробленого патерну квантового партнерства ми здійснили детальний багаторівневий аналіз діяльності партнерів, який включає мікрорівень, мезорівень та макрорівень. Кожен з рівнів надає унікальні аналітичні інсайти, що дозволяють приймати обґрунтовані рішення щодо стратегій партнерської

взаємодії. На мікрорівні здійснено глибокий аналіз структури показників діяльності партнерів. Ця матриця відображає розподіл зовнішніх та внутрішніх показників у загальній структурі діяльності, а також детальний вклад кожної сабгрупи показників всередині основних груп.

На мезорівні аналіз зосереджено на виявленні партнерів з наявними спільними або відмінними показниками. Партнери, які мають спільні показники, можуть ефективніше формувати систему взаємозв'язків між власними моделями діяльності. Це дозволяє ідентифікувати партнерства з найбільшим потенціалом для синергії та стратегічного співробітництва. Визначення таких партнерств є ключовим для фокусування зусиль на найперспективніших взаємодіях.

На макрорівні здійснено позиціонування кожного партнера у відповідному квадранті квантового партнерств, що враховує сукупні показники діяльності. Це дозволяє розробити диференційовані стратегії партнерської взаємодії, виходячи з конкретного місцезнаходження партнерів у даній матриці. Такий підхід сприяє визначенню оптимальних стратегій для кожного партнера, враховуючи їхні унікальні характеристики та потенціал для взаємодії.

Таким чином, модель квантового партнерства не лише забезпечує графічний аналіз поточного стану партнерських відносин, але й формує аналітично обґрунтовану основу для їхнього майбутнього розвитку та успіху.

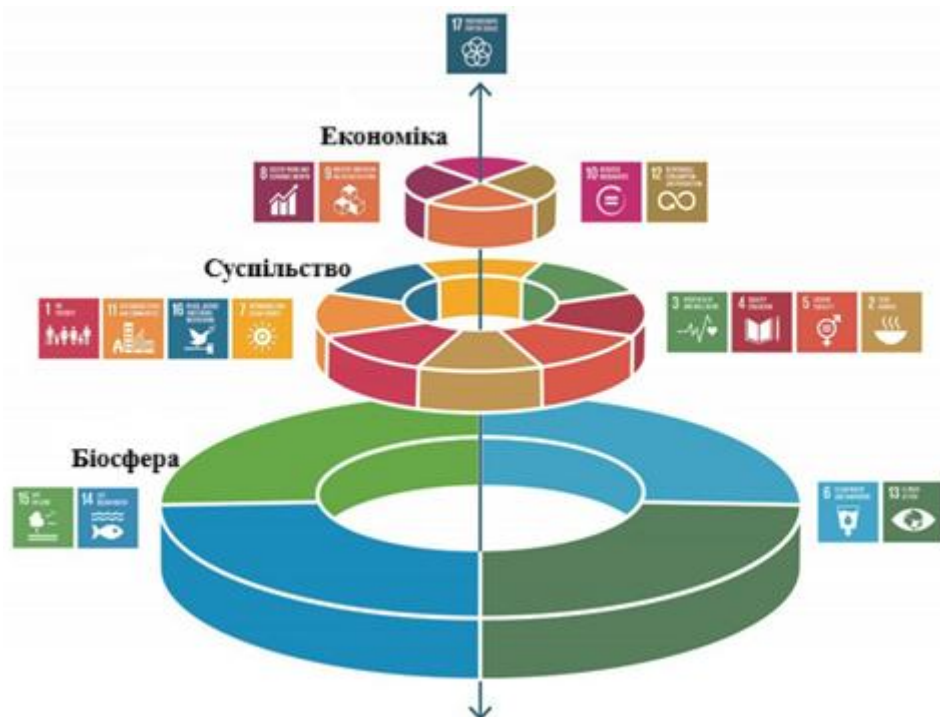
### **1.3. Сучасні напрямки використання квантового партнерства суб'єктами господарювання**

*«Майбутнє належить тим, хто вірить у красу своїх мрій і готовий будувати світ, спираючись на власну силу і знання» [110]*

На сьогодні підприємства різних галузей розглядають появу партнерства як абсолютно нового каналу, що відрізняється від маркетингу чи продажів, — каналу, який дозволяє компаніям не лише розширювати свої напрямки доходу, виходячи за

межі продажів і маркетингу, але й створювати унікальні враження для клієнтів і стабільне зростання [149]. Тому, сучасне партнерство не залежить лише від угоди, а вимагає глибших і автентичних стосунків, де кожна сторона вірить і інвестує в іншу, з кінцевою метою – "нірвана партнерства"<sup>10</sup>.

Для визначення сучасних напрямків використання партнерства суб'єктів господарювання визначимо пріоритетні сфери, які потребують особливої уваги як на рівні міжнародних відносин, держав та окремих галузей так і діяльності підприємств. Глобальною ініціативою, яка спрямована на вирішення найбільш нагальних викликів сучасності є концепція цілей сталого розвитку (ЦСР)<sup>11</sup> ООН [182]. Сімнадцять цілей взаємодоповнюють одна одну: дії в одній сфері також впливають на результати в інших, тому в розвитку за допомогою партнерства мають бути збалансовані соціальна, економічна та екологічна стійкість (рис.1.11).



**Рис. 1.11. Порядок денний сталого розвитку до 2030 року**

*Джерело:[182]*

<sup>10</sup> Нірвана партнерства – це стан повного взаєморозуміння, довіри та співпраці між партнерами. З теорії менеджменту сформулюємо як стан, коли партнери відчують себе як єдине ціле, їхні цілі та інтереси збігаються, для досягнення спільного успіху.

<sup>11</sup> Поняття сталого розвитку вперше було визначено у звіті Brundtland Commission's "Наше спільне майбутнє" у 1987 році. Він представив нову концепцію розвитку, "Глобальний порядок денний для змін", який має забезпечити задоволення потреб сьогодення, не ставлячи під загрозу здатність майбутніх поколінь задовольняти свої власні потреби

За рис. 1.11, ключовими елементами сталого розвитку є економічне зростання, соціальна інтеграція та охорона здоров'я, а також охорона навколишнього середовища, які охоплюються сімнадцятою ЦСР. ЦСР 17, а саме [182]: «Зміцнення засобів реалізації Глобального партнерства в інтересах сталого розвитку та активізація його діяльності» – спрямована на досягнення партнерства у фінансовій, технологічній та торгівельній сферах, а також сприяння співпраці між державним і приватним секторами. Тому, цілі сталого розвитку можуть бути досягнуті лише за умови відданості принципам партнерства і співпраці.

Враховуючи функцію об'єднуючої цілі сталого розвитку визначимо три типи партнерства, які є пріоритетними у цій концепції [188]:

1) партнерство під час випуску продукту на ринок, у рамках якого компанії, задіяні в різних етапах розроблення продукту, об'єднують навички, технології та ресурси, які доповнюють одне одного, і тим самим привносять нові рішення на ринок;

2) секторальні ініціативи, які об'єднують декількох лідерів промисловості задля підвищення стандартів і покращення практик у всій галузі й подолання проблем, які є загальними для представників бізнесу та суспільства;

3) партнерство широких кіл зацікавлених сторін, коли уряд, приватний сектор і організації громадянського суспільства об'єднують зусилля для вирішення складних завдань. Прикладом цього є проекти, що реалізуються спільно бізнесом та державою — проекти державно-приватного партнерства (ДПП).

Прикладом реалізації стратегії ЦСР на рівні держави стали «принципи Лугано» [34], схвалені на Міжнародній конференції з питань відновлення України у 2022 році. Згідно з ними, Уряд України та міжнародне співтовариство повинні працювати у партнерстві, спираючись на широкий порядок денних реформ. Також визнається, що підтримка рівня інвестицій, необхідних для відновлення країни, вимагатиме особливої уваги до прозорості та підзвітності у використанні ресурсів з метою забезпечення результатів для найуразливіших верств населення, а також трансформації системи охорони здоров'я для забезпечення більшої екологічної та

фіскальної стійкості [34]. Тому, партнерство виступає одним із дієвих інструментів підтримання, функціонування та розвитку критичної інфраструктури, зокрема сфери охорони здоров'я України.

Розглядаючи цілі сталого розвитку як пріоритетні напрямки стратегічного становлення, відмітимо що нинішня швидкість використання земних ресурсів та людського капіталу не є «стійкою» або «життєздатною», що впливатиме на навколишнє середовище та суспільство в майбутньому, тому збалансування економічної, соціальної та екологічної сфер таке важливе. Розвиток першої не має галопувати користуючись з ресурсів інших двох. Сталий розвиток є універсальною ідеєю, яка може знайти застосування як на рівні міжнародних організацій та урядів, так і місцевий бізнес та навіть приватні особи. Розглянемо більш детально напрямки розвитку партнерства суб'єктами господарювання у рамках цілей сталого розвитку.

Конференції ООН з проблем навколишнього середовища з кожним роком демонструють зростаючий характер залучення бізнесу на вирішення проблем негативного штучного впливу на зовнішнє середовище. Як зазначає Б. Гейтс в своїй роботі «Кліматичні катастрофи. Рішення, які у нас є, і прориви, які нам потрібні»: «51 млрд тонн парникових газів людство викидає в атмосферу Землі щорічно. До 2050 року ми повинні звести викиди парникових газів до нуля, інакше людство чекає кліматична катастрофа». Основними видами діяльності, які приносять найбільшу шкоду середовища, є наступні: виробництво матеріалів (цементу, сталі, пластику) – 31%, виробництво електроенергії – 27%, рослинництво та тваринництво – 19%, транспорт – 16%, охолодження та утеплення будинків та офісів – 7%. Наявність впливу на навколишнє середовище позначається на якості життя, стану здоров'я, можливості сталого розвитку і добробуту людини [148].

При дослідженні даних Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) встановлено, що 91% світового населення проживає у районах, де рівень забруднення атмосферного повітря перевищує допустимі рівні, а дев'ять з десяти людей дихають повітрям з високими концентраціями забруднюючих речовин.

Дослідження ВООЗ та Університету Дж. Вашингтона (США) встановили, що основною причиною смертності у світі являється ішемічна хвороба серця (близько 16% всіх смертей), смертність від якої зросла більш ніж на 2 млн (до 9 млн або на 28%) за останні 20 років. Оскільки безпека та здоров'я громадян є найбільшою цінністю суспільства, то зосередимо власну увагу на охороні здоров'я як сфері подальшого дослідження [148].

З одного боку, - сфера охорони здоров'я є предметом зацікавленості вчених протягом всієї історії становлення науки. Архаїчна актуальність сфери охорони здоров'я носить міжнауковий характер медичного, філософського, історичного, економічного, організаційного та інших напрямків наукового пізнання. На стадії відродження, науково-технологічного прогресу простежується зростання медичних знань, де особлива роль надається охороні здоров'я. Соціально-економічні, культурні, історичні виклики, з якими вона зіштовхується, потребують пошуку налагодженого механізму – системи функціонування, яка врахує потреби та можливості всіх верств населення, буде сприяти розвитку соціуму.

З іншого, - тригером розвитку сфери охорони здоров'я слугують НТР, а також цінність для держави життя та здоров'я громадян. Потреба у захисті здоров'я людей та розвитку медичної науки стали рушійною силою під впливом військової справи. Оскільки протягом історії розвитку державотворення завоювання та утримання геополітичного простору було можливе через ведення війн, здоров'я людини стало державною цінністю. Тому, на сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я країн світу, важливе значення посідає формування налагодженого механізму взаємодії учасників партнерських відносин, що охоплює управління ресурсним забезпеченням, рівнем кваліфікації фахівців, контроль за якістю надання послуг, організацію обслуговування пацієнтів, систему оплати за надані послуги тощо.

Державне-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я нині є одним із пріоритетних об'єктів дослідження, на вдосконалення якого спрямовані зусилля представників органів державної влади, науковців та міжнародних експертів [153].

Відзначимо, що термін "державно-приватне партнерство" не завжди коректно відображає суть явища, оскільки мова йде не лише про державне майно або участь уповноважених органів державної влади, але й про комунальну форму власності та органи місцевого самоврядування. З метою усунення термінологічних протиріч, у міжнародно-правовій дискусії пропонується закріпити статус публічно-приватного партнерства. Відповідно, у даному дослідженні поняття «державно-приватне партнерство» та «публічно-приватне партнерство» використовуватимуться як взаємозамінні [132].

У звіті Всесвітньої організації охорони здоров'я виділено три моделі публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я, які активно розглядаються в Україні, зокрема для первинної сфери охорони здоров'я [103]:

1. Спеціалізовані клінічні послуги – державний сектор визначає спеціалізовані послуги, які надає приватний оператор, що фінансує початкові капітальні витрати. Оплата оператору здійснюється урядом на основі різних фінансових моделей. Такий формат може підвищити доступність закладів охорони здоров'я, обладнання та послуг для цільового населення, підвищуючи при цьому якість клінічних послуг та/або ефективність їх надання. Проте є ймовірність високих операційних витрат та/або цін на душу населення/пакету послуг.

2. Заклад охорони здоров'я – приватний партнер керує проектуванням, будівництвом, фінансуванням та експлуатацією закладів охорони здоров'я (лікарні, амбулаторні заклади, поліклініки, центри первинної медичної допомоги, а також жіночі та дитячі консультації). Управління медичними послугами залишається під контролем державного сектору. Оплата приватному оператору здійснюється урядом, а також можуть застосовуватися співоплати користувачів за деякі обмежені витрати. Цей підхід забезпечує доступ до приватного фінансування для капітальних інвестицій, пом'якшує обмеження державного бюджету та надає додаткові інвестиції у медичну нерухомість та обладнання.

3. Інтегрована модель – приватний оператор керує проектуванням, будівництвом, фінансуванням та експлуатацією медичних закладів і низки

клінічних послуг на довгостроковій основі, як правило, від 10 до 20 років. Оплата оператору здійснюється урядом на основі передбачуваного бюджету та може бути доповнена співоплатою користувачів. Цей підхід дозволяє залучати приватне фінансування для покриття як капітальних, так і поточних видатків (якщо передбачається плата за використання), а також підвищити ефективність державних закупівель, збільшити асортимент і якість медичного обладнання та клінічних послуг для населення. Проте, для успіху цього підходу, необхідно, щоб органи охорони здоров'я могли визначати вимоги до клінічних послуг і ретельно їх контролювати. Ризики для фінансової доступності та фінансової стійкості місцевих систем охорони здоров'я можуть бути серйозними і їх важко пом'якшити.

Враховуючи вищезрозглянуті моделі слід зазначити, що через специфіку законодавства щодо ДПП у сфері охорони здоров'я є такі особливості: заборона скорочення мережі державних та комунальних закладів охорони здоров'я (наслідком передачі відповідного об'єкта приватному партнеру не повинна стати втрата можливості надання медичних послуг державним чи комунальним закладам охорони здоров'я); особлива структура суб'єктів відносин, адже сторона державного партнера має бути представлена або на рівні Міністерства охорони здоров'я України (для об'єктів державної власності, що знаходяться в його управлінні), або на рівні органів місцевого самоврядування (для об'єктів комунальної власності); необхідність збалансування соціальної та комерційної складової частини проекту (повернення інвестицій приватного партнера здійснюється, як правило, за рахунок надання платних послуг); конституційні обмеження щодо платності послуг у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, вичерпність переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах.

На думку Д. Турчак та О. Мартякової [113], виділяють кілька напрямів діяльності у сфері охорони здоров'я між державою та приватним сектором, зокрема:

- у виробничій сфері охорони здоров'я за приватним сектором залишається фармацевтична діяльність, медичне обладнання, устаткування, інструменти та засоби медичного призначення; допоміжні матеріали медичного призначення (меблі, медичний одяг тощо); в державних установах та закладах зусиллями публічно-приватного партнерства вирішуються питання: фармацевтики; медичного обладнання, устаткування, інструментів та засобів медичного призначення; реконструкції та ремонтно-будівних робіт медичних закладів та споруд;

- у невиробничій сфері охорони здоров'я за приватним сектором залишається аптечний бізнес; спеціалізовані ЗМІ (медичного профілю); нетрадиційна та народна медицина; первинна медицина (приватні медичні кабінети, інститут сімейного лікаря); вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медицина (діагностика, лікування у приватній практиці); організації медичного страхування; медичні фірми-посередники і консультанти.

Історичний досвід ДПП в Україні свідчить, що уряд залучає приватний сектор до надання послуг через ДПП у сфері охорони здоров'я для виконання однієї з шести функцій [113]:

- 1) фінансування чи співфінансування проєкту;
- 2) будівництво чи реконструкція об'єктів, включених у проєкт;
- 3) експлуатація, тобто поставка відповідного обладнання, ІТ та управління/надання доклінічних послуг;
- 4) обслуговування фізичної інфраструктури (об'єктів, обладнання);
- 5) проектування проєкту, включаючи дизайн інфраструктури чи моделі надання допомоги;
- 6) надання та управління відповідними послугами клінічної підтримки.

Світовий банк, аналізуючи стан публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я в Україні, звертає увагу на деякі ризики. Зокрема, йдеться про відсутність прозорості при укладенні договорів ДПП та той факт, що інформація про їх виконання не обов'язково має бути доступною для громадськості. Такий

недолік може суттєво впливати та бути стримуючим фактором у розвитку ДПП у сфері охорони здоров'я.

Одним із ранніх успішних прикладів застосування ДПП у галузі медицини є Велика Британія. До 1948 року близько 75% лікарень у цій країні були побудовані і перебували в занедбаному стані. Завдяки ДПП протягом 13 років було реконструйовано 107 лікарень Національної системи охорони здоров'я (NHS). Інші приклади ДПП в Європі та Азії включають: партнерства з розробки, управління та обслуговування комплексного медичного догляду в Австрії; створення національного електронного порталу здоров'я в Данії; приватизацію амбулаторних послуг гемодіалізу в Румунії; будівництво та управління державними лікарнями в Пекіні, Гонконзі та Шанхаї [124].

В Україні ДПП можна розглянути як з міжнародними організаціями так і вітчизняними. Як показує вітчизняний досвід, з прийняттям Міністерством охорони здоров'я України у 2018 році Методичних рекомендацій для впровадження проєктів ДПП у сфері охорони здоров'я не сприяло значному зростанню зацікавленості в інвестиційних відносинах державно-приватного партнерства в медичній сфері на сьогодні. Станом на 2021 рік було підписано лише дві угоди у Києві та Львівській області [41].

Ю.А. Коваль [124] зазначає, що основними причинами недостатньої поширеності механізму державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я в Україні є:

- незавершеність медичної реформи, яка створює непередбачуване регуляторне середовище, що підвищує ризики для довгострокових проєктів;
- необхідність забезпечення безперервності та доступності надання безоплатних медичних послуг для населення;
- відсутність ефективних інструментів для забезпечення виконання державою своїх фінансових зобов'язань та неврахування податковим законодавством специфіки проєктів державно-приватного партнерства.

У фундаментальному дослідженні ВООЗ щодо публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я зазначається про недостатню кількість діагностичних засобів та послуг первинної медичної допомоги [127]. Усунення таких проблем та обмежень вимагає значних ресурсів, зокрема фінансових. Наразі ці інфраструктурні передумови ускладнені також військовою, політичною та економічною ситуацією в державі. Під час війни медична інфраструктура зазнала значних втрат та пошкоджень, що ще більше збільшує фінансовий тягар відновлення та реформування системи охорони здоров'я. Багато країн та міжнародних організацій вже висловили намір та готовність підтримати реконструкцію медичної галузі на засадах державно-приватного партнерства. Прикладом такого міжнародного медичного партнерства є проєкт, у рамках якого укладено 25 угод про міжнародне медичне партнерство між українськими та іноземними медичними закладами [103].

Потенційними партнерами українських лікарень стали 8 медичних закладів із Франції, по 2 медичних заклади з Литви, Латвії, Молдови та Північної Македонії, а також передові лікарні Польщі, Австрії, Данії, Естонії, Ірландії, Швеції, Іспанії, Канади, Ізраїлю та Нідерландів. З українського боку до партнерства долучилися медичні заклади з Київської, Дніпропетровської, Одеської, Миколаївської, Львівської, Тернопільської, Вінницької, Рівненської, Івано-Франківської та Закарпатської областей [132].

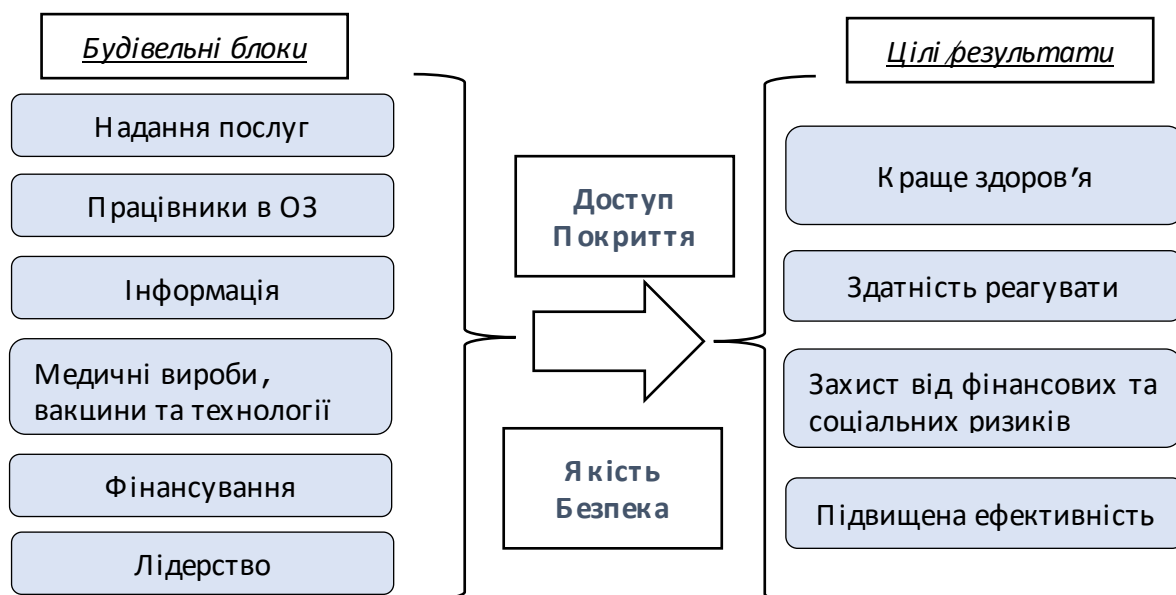
Співпраця в рамках міжнародного медичного партнерства передбачатиме:

- залучення іноземних фахівців до роботи безпосередньо в Україні;
- обмін знаннями та досвідом під час стажувань, проведення спільних наукових досліджень, науково-практичних конференцій та освітніх заходів;
- моніторинг та телемедичні консультації, де кращі фахівці з обох сторін зможуть проводити огляди пацієнтів за допомогою телемедичних ресурсів;
- написання спільних заявок на проєктну/дослідницьку діяльність, обмін знеособленими даними для проведення досліджень та написання спільних наукових публікацій.

Таким чином, можна спостерігати, що ДПП стає особливо поширеним у випадках бюджетного дефіциту та в умовах економічних криз.

Модель партнерства у сфері охорони здоров'я повинна будуватися на урахуванні щонайменше шести основних піларів, згідно затвердженої постанови ВООЗ: організаційного, інформаційного, фінансового забезпечення, людського капіталу, моделі надання послуг та матеріально-технічного забезпечення. Для прикладу, виокремлення партнерства в межах організаційного пілару, який синергічно червоною лінією перетинає всі вищевказані складові, надасть переваги для компаній, споживачів та постачальників.

Для надання характеристики напрямків розвитку установ сфери охорони здоров'я скористаємося запропонованою методикою ВООЗ, яка включає 6 основних піларів та механізмів левериджного контролю для впливу на блоки внутрішніх цілей медичних організацій, у межах реалізації зовнішньої мети країн світу затвердженої ВООЗ, та блоку потреб споживачів. Для надання візуального відображення впливу піларів на цілі системи охорони здоров'я, скористаємося рис.1.12.



**Рис. 1.12. Пілари системи охорони здоров'я ВООЗ**

*Джерело: складено автором на основі [131]*

Як зображено на рис.1.12 функціонування системи охорони здоров'я проходить через 3 основні блоки:

- 1) будівельний блок – пілари системи охорони здоров'я;
- 2) організаційний блок – визначається моделлю охорони здоров'я;
- 3) блок споживача – цілі системи охорони здоров'я.

Як підкреслено вище, *цілі* охорони здоров'я спрямовані для реалізації публічної політики, отже, в першу чергу направлені на збереження здоров'я, забезпечення справедливого соціального захисту від катастрофічних витрат на лікування, а також задоволеність охороною здоров'я . Будь-яка система визначає коло внутрішніх цілей (блок споживача), до яких відносяться, зокрема:

- 1) забезпечення атрибутованої доступності до системи: фізичної, фінансової та географічної;
- 2) високий рівень сервісної та клінічної якості;
- 3) алокативна та технологічна ефективність;
- 4) гарантія безпеки - індикаторами фінансового захисту в охороні здоров'я є: катастрофічні видатки на охорону здоров'я – більше 40% бюджету домогосподарства; та частка населення яка завдає збідніння через лікування.

Оскільки будівельний блок є механізмом левереджного контролю, розглянемо його компоненти більш детально. У 2005 році під патронатом ВООЗ було ухвалено «загальне охоплення» охорони здоров'я для ефективного функціонування системи, яке передбачає залучення достатньої кількості фінансових ресурсів на медичні послуги та ліки, шляхом росту ВВП, вищого пріоритету над іншими галузями, використання інноваційного підходу, - що зменшує рівень прямих платежів для забезпечення страхування та рівності між домогосподарствами. У зв'язку з цим, змінюються підходи до фінансування з метою розширення максимального доступу до медико- санітарних послуг за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», доступності ліків, покращення громадського здоров'я та запроваджує управління якістю медичного обслуговування.

Головними елементами будь-якої фінансової моделі є [131]:

1. Збір коштів – різняться у різних країнах, через який механізм кошти збираються з громадян. Принципи збору коштів на охорону здоров'я постійно модифікуються та удосконалюються в усіх країнах, однак всі вони базуються на трьох основних моделях: ринкова модель (приватне фінансування), соціальна модель (фінансування із суспільних фондів), бюджетне фінансування та консолідована модель. Для прикладу, у межах соціальної моделі, виділяють модель Беверіджа (бюджетне солідарне страхування), а збір коштів працюючого населення від роботодавців та/або працівників – модель Бісмарка (соціальне медичне страхування), модель Семашко (повне державне покриття).

2. Пулінг – резерв накопичення коштів для громадян та ризиків для агенцій (фондів...) збору. Головний принцип пулінгу полягає у тому, чим більше пул тим краще для покриття ризиків. Досвід країн дає можливість виділяти пулінг через: Державна бюджетна система – розпоряджається міністерство або місцева влада (було до реформи 2017 року), Незалежні державні агенції, окремі позабюджетні фонди (фонди страхування) та приватні страхові фонди. Пулінг відповідає щонайменше на 2 питання: 1) конкуренція чи монополія? 2) кошти збирають у один (Україна) чи декілька пулів (Німеччина, Польща – збір до регіональних лікарняних кас)?

3. Закупівля послуг – хто закуповує послуги, у кого та за якими механізмами та тарифами? Джерелами доходу медичної установи можуть бути:

1) програма медичних гарантій (ПМГ);

2) платні послуги які підприємство може надавати як фізичним особам, так і іншим підприємствам – як медичні, так і не медичні послуги (покрощені палати перебування, харчування, транспортні послуги тощо);

3) інші позабюджетні надходження – гранти, благодійні надходження;

4) кошти від власника (органів місцевого самоврядування). У власника є як повноваження, так і права. Для прикладу, власник зобов'язаний сплачувати

вартість комунальних послуг, що зафіксовано у бюджетному кодексі, оренду комунальних приміщень;

5) бюджетні програми, для прикладу: «Програма підтримки закладу охорони здоров'я», інвестиційні програми, національні програми (Велике будівництво).

Більшість країн Європи закупають послуги первинної медичної допомоги у приватних лікарських практик. Механізмами закупівлі послуг є: кошторисне фінансування, оплата за послугу, капітація, тобто оплата за пацієнта, оплата за пролікований випадок, оплата за ліжко-день, оплата за індикатори результату.

Для динамічного забезпечення розвитку як окремого закладу охорони здоров'я, так і системи в цілому, надавач і закупівельник послуг мають бути розділені. При цьому, розглядаючи джерела доходу, механізми та тарифи не варто оминати Гарантований пакет послуг<sup>12</sup>, який, згідно програми медичних гарантій, включає не тільки послуги чи ліки, але і правила їх отримання []. Таким чином, кожна країна обирає прийнятний для себе механізм фінансового забезпечення.

У сфері охорони здоров'я, врядування – робити правильні речі, а менеджмент – робити речі правильно. Відштовхуючись від вищезазначеного, ВООЗ розглядають врядування у системі охорони здоров'я з урахуванням 5 ключових атрибутів:

1) прозорість – інформування закладів охорони здоров'я про свою діяльність, майбутні рішення, поточні зміни, а також підстави на основі яких такі рішення приймають. Сюди можна віднести діяльність наглядових рад, системи регулярної звітності, а також публічний доступ до інформації;

2) підзвітність – інформування про діяльність є основою діяльності організацій. Однак, якщо дії та результати не є відповідними мають бути наслідки у вигляді санкцій;

3) участь зацікавлених сторін – механізми участі включають широкий спектр різних інструментів: форуми зацікавлених сторін, консультації, опитування,

---

<sup>12</sup> Гарантований пакет послуг - перелік та обсяг медичних послуг та лікарських засобів, які гарантуються населенню та оплачуються з Державного бюджету на основі однакових для закладів тарифів.

вибори, призначення представників і делегатів, звернення і оскарження, консультативні та дорадчі органи, робочі групи, партнерства;

4) добросесність – процес прийняття рішення є чітко визначеним;

5) політична спроможність – здатність розробляти рішення, які з відповідними ресурсами дозволяють досягати цілей. Здатність перетворити політичну ідею на продуманий набір ефективних рішень.

Аналіз наукової літератури та практики організації охорони здоров'я в різних країнах світу дозволяє виокремити кілька наукових підходів до управління закладами охорони здоров'я: концепція нової людино-центричної філософії в медицині, філософія «patient friendly» (дружня до пацієнта медицина, створення сучасних умов для лікування); концепція використання потенціалу здоров'я; концепція валеології, яка об'єднує валеософію (філософія здоров'я, або мудрість здоров'я); валеометрію (вимірювання здоров'я); валеопрактику (оздоровлення організму).

Слід зазначити, що кожна країна використовує різні підходи та можливості до управління сферою охорони здоров'я. Для управлінців найбільший інтерес складають чотири сучасні моделі управління реформами [1]: модель запланованих змін Левіна (розмороження-зміна-повторне заморожування); модель прийняття інновацій Роджерса-Шумейкера, яка включає 3 етапи: конструювання змін, дифузії, або поширення інформації про зміни, оцінювання наслідків змін; модель новаторства Кантера, яка об'єднує три “хвилі активності”: ідентифікацію проблеми, створення коаліцій та мобілізацію ресурсів для втілення змін; модель Фюргонсана, яка апелює до зміни ціннісних орієнтирів [152].

Наданню послуг у сфері охорони здоров'я можна приділити окремий розділ, оскільки воно залежить від багатьох факторів, про які йшлося раніше, ключовими з яких визначимо вид медичної допомоги, стадії лікування, тип закладу тощо. Так чи інакше, надання послуг залежить від розроблених клінічних маршрутів

пацієнтів<sup>13</sup> – це один із інструментів доказової медицини; їх використання широко застосовують у розвинених країнах ще з 80-х років. Основна ідея їхнього впровадження полягала у тому, щоб перетворювати клінічні рекомендації у клінічні процеси надання медичної допомоги.

Визначальні характеристики маршрутів пацієнтів включають: чітке формулювання цілей і ключових елементів допомоги на основі доказів, найкращої практики, а також очікувань пацієнтів та їхніх характеристик; сприяння спілкуванню між членами команд (або закладів) та з пацієнтами і їхніми родинами; координація процесу надання допомоги, ролей і послідовності дій міждисциплінарного догляду, пацієнтів та їхніх родичів; документування, моніторинг та оцінювання відхилень і результатів. Теоретично, можна вказати на правило 80/20, тобто більшість пацієнтів з певним станом чи діагнозом мають отримати медичну допомогу відповідно до маршруту. Однак, за певних умов і обставин, якщо на професійну думку має бути відхилення від маршруту, то це має бути зроблено в інтересах пацієнта.

У сучасних умовах, як доказова медицина змінює процеси прийняття рішень в клінічній практиці, так само управління на основі доказів – тобто на основі надійних даних та інформації – змінює культуру управління в охороні здоров'я.

За період впровадження E-Health було накопичено на порядок більше даних про пацієнтів та роботу закладів, ніж за всі роки незалежності України. Електронна система дозволила обмінюватися інформацією між усіма учасниками процесу – закладами первинної та спеціалізованої ланки, пацієнтами та аптеками та власниками медзакладів. Завдяки електронній системі охорони здоров'я, відкритий доступ до отримання достовірної інформації про те, скільки пацієнтів, з якими діагнозами, в яких медзакладах лікуються і як довго триває лікування та які справжні витрати держави та надання медичної допомоги.

---

<sup>13</sup> Український термін «маршрути пацієнтів» є відповідником англійського Clinical pathways або Care pathways за визначенням Європейської Pathway асоціації, маршрут пацієнта трактують як комплексне втручання для спільного прийняття рішень та організації процесів надання допомоги чітко визначеній групі пацієнтів протягом чітко визначеного періоду часу.

В системі охорони здоров'я виключно важлива роль відведена безпосередньо медичному працівникові, тому управління розвитком кадрів визнається пріоритетним завданням менеджменту в галузі охорони здоров'я. Економічна модель конкуруючих ринків в охороні здоров'я є системою функціонування трьох взаємопов'язаних ринків [50]:

- 1) ринку служб охорони здоров'я, що визначає кількість різних видів медичних послуг, які споживаються населенням, та ціни на них;
- 2) ринку кадрів охорони здоров'я, що встановлює кількість категорій працюючого персоналу, і рівень його заробітної плати;
- 3) ринку медичної освіти, що пропонує кількість випускників кожного виду персоналу і вартість освіти.

Важливо відмітити, що зміни політики охорони здоров'я, які торкаються інтересів одного ринку, неминуче призводить до змін на інших ринках - і не тільки в межах сектора охорони здоров'я. Тому, при розробці політики розвитку кадрів охорони здоров'я необхідно заздалегідь оцінити всі прямі і непрямі наслідки для системи від реалізації цієї політики.

Організаційний блок є наслідком змін та рішень, які відбуваються на рівні будівельного блоку. Якість<sup>14</sup> є одним із найважливіших показників діяльності медичних закладів. ВООЗ, Світовий Банк і ОЕСР розглядають якість в охороні здоров'я з позицій семи взаємозалежних і взаємодоповнюючих компонентів. Результативність або дієвість - складова якості, що проявляється у досягненні найкращих результатів для пацієнтів через надання послуг на основі найкращих наукових знань та принципів доказової медицини. Інший важливий компонент якості – безпечність, що полягає у наданні послуг, проведення втручань або заходів у такий спосіб, який мінімізує ризики завдання шкоди пацієнтам. Своєчасність – передбачає зведення до мінімуму затримок у наданні та отриманні послуг. Наступний критерій, орієнтованість на людину, передбачає надання послуг у

---

<sup>14</sup> Якість у сфері охорони здоров'я – рівень забезпечення результативності, безпеки пацієнтів, своєчасності, економічної ефективності, справедливості, пацієнтоорієнтованості та інтегрованості охорони здоров'я.

спосіб, що враховує індивідуальні потреби осіб, яким ці послуги надають, зокрема з урахуванням права пацієнта на вільний вибір лікаря. Інтегрованість послуг в охороні здоров'я разом з ефективністю та справедливістю – зі збільшення тривалості життя та розвитком медичних технологій все більше людей живуть з численними та складними хронічними захворюваннями, які вимагають координації допомоги на всіх рівнях протягом усього життя.

### **Висновки до розділу 1.**

За результатом першого розділу можна зробити наступні висновки:

1. У роботі підсумовано та уточнено витoki теорії партнерства, автор узагальнив концепції партнерства через функції юридичних, економічних та управлінських аспектів.

У межах юридичного аспекту партнерство розглядають як давню форму підприємницької діяльності, оскільки партнерство було важливою частиною римського права, і воно відіграло значну роль в законі купця, міжнародному комерційному праві середньовіччя тощо.

В управлінському аспекті у розділі конкретизовано генезу партнерства розглядаючи партнерство з точки зору МВА, підприємницького духу, як психологічна риса, соціально-економічне явище тощо.

2. Розширення економічної теорії дозволило виділити в еволюції розвитку партнерства, як одної із форм довгострокових конкурентних переваг, наступні етапи: підготовчий етап – до XIX століття – переважав меркантилізм акцентуючи на важливості державного втручання для збільшення національного багатства через торгівлю та колонізацію; факторний (ресурсний) етап – XIX століття – основною метою партнерства було забезпечення доступу до ресурсів і збільшення виробничих потужностей; витратний етап - перша половина XX століття – набуло значення економії масштабів, оптимізації виробничих процесів та зниження витрат виробництва; якісний етап - друга половина XX століття – акцентування уваги на

якості продукту або послуги, вдосконаленні дизайну, розумінні потреб споживачів та взаємодії з ними; адаптивний етап - 70-80-і роки ХХ століття – вдосконалення бізнес-моделей, враховуючи зміни в ринкових умовах, конкурентному середовищі та споживацьких перевагах стали необхідною умовою «виживання» для підприємств та партнерств; інноваційний етап - кінець ХХ століття – впровадження нових ідей, технологій, продуктів та послуг, що дозволило зайняти лідерські позиції на ринку; інформаційний етап - кінець ХХ століття - початок ХХІ століття. На цьому етапі активно використовують інформаційні технології, цифрові рішення та аналітику даних для управління бізнесом, взаємодії зі споживачами та оптимізації бізнес-процесів.

3. Базуючись на еволюції становлення партнерства у діяльності підприємств та понять, які закладають основу партнерської взаємодії, надано порівняльну характеристику теоретичних підходів до визначення поняття «партнерство», та визначино коло науковців які заклали фундамент становлення та розвитку теорії партнерства, а також підкреслив роботи вчених-сучасників, які продовжують дослідження у цій сфері.

4. Підсумовуючи теоретичні узагальнення та здобутки вчених надано дефініцію поняття партнерство, наукова новизна якого, полягає у авторському визначення у широкому та вузькому розуміннях. У широкому розумінні, під партнерством розуміємо форму розвитку взаємодії спрямовану на досягнення спільних ідеологічних цілей партнерів та розширення їх потенціалу для досягнення довгострокових конкурентних переваг. У вузькому – партнерство – це спосіб досягнення стратегічних цілей компанії шляхом об'єднання і/чи розподілу ресурсів, культури, відповідальності і ризиків з іншими організаціями чи індивідами для спільної реалізації проектів і ініціатив.

5. Розвиваючи теоретичні здобутки вчених у роботі доповнено та запропоновано класифікацію видів партнерств суб'єктів господарювання за різними ознаками, а також узагальнено типи, форми та моделі партнерства.

6. У дослідженні надано авторський погляд на партнерство як явища – модель співпраці, яка дозволяє отримати синергійний ефект через об'єднання ресурсів та компетенцій. Таким чином, запропоновано концептуальну модель партнерства, наукова новизна якої базується на агрегації наукових досліджень і передбачає комплексний універсальний підхід до взаємодії, етапи утворення партнерства, блоки моделі партнерства та їх принципи. Запропонована концептуальна модель включає три рівні аналізу: мікрорівень – фокус на індивідуальних ролях та внесках кожного партнера; мезорівень – розгляд партнерства як єдиного суб'єкта зі спільними цілями та ресурсами, макрорівень – аналіз впливу партнерства на ширший економічний контекст. Таким чином, концептуальна модель, спрямована на практичне застосування для розроблення та впровадження стратегій партнерства суб'єктами господарювання, що дозволить оптимізувати їхню діяльність та забезпечити стійкий розвиток у довгостроковій перспективі.

7. Автором запропоновано погляд на партнерство як інструмент, для виявлення потенційних партнерів, а також сильних і слабких сторін їх діяльності, вимірювання результатів кожного партнера та партнерства у цілому, моделювання ймовірних наслідків потенційного партнерства, прогнозування ризиків та формування стратегії і політик імплементації.

Розширюючи та доповнюючи існуючі підходи автором виокремлено комбінований підхід до комплексного оцінювання діяльності партнерства який надає відповіді на кількісні та якісні параметри фінансового, економічного, соціального, організаційного та інших напрямків розвитку. Тому, у роботі запропоновано принципово новий графоаналітичний інструмент квантового партнерства, який є результатом інтеграції аналітичних підходів та графічного відображення діяльності потенційних партнерів для формування висновку про можливість партнерства між різними підприємствами та його стратегію з одного боку, а також, відображення потенціалу кожного партнера, найбільш та найменш розвинених площин їх діяльності, та надання рекомендацій по розробці політик імплементації – з іншого. Таким чином, квадрат потенціалу запропонований І.

Репіною відображає чотири ключові напрямки аналізу партнерської взаємодії, фокусуючись на їх змістовному наповненні без урахування взаємопов'язаності та інтегральної площі. Натомість модель «QUANTUM» репрезентує партнерство як різнорівневу комбінацію та дозволяє досліджувати динаміку взаємодії шляхом накладання площин кіл, їхнього перетину та переходу між рівнями розвитку.

8. Важливим методологічним підсумком дослідження є встановлення тісного взаємозв'язку між концептуальною моделлю партнерства та запропонованим інноваційним інструментом квантового партнерства. У межах дослідження концептуальна модель виконує не лише структуруючу, але й описову функцію: вона дозволяє систематизувати ключові складові процесу партнерської взаємодії, зокрема її етапи, принципи, рівні та модельні блоки.

Таким чином, саме етапи концептуальної моделі є зв'язуючою ланкою між абстрактною рамкою партнерства та практичним інструментарієм квантового аналізу, тоді як інші складові — принципи, блоки, рівні — виконують роль підсилюючих, підтримуючих елементів, що забезпечують внутрішню узгодженість і функціональну повноту патерну. Такий підхід дозволяє не лише зберегти методологічну цілісність дослідження, а й забезпечити послідовну інтеграцію теоретичних засад у практичне моделювання, що є принципово важливим для розробки науково обґрунтованих стратегій партнерської взаємодії в сучасних умовах.

9. Для визначення сучасних напрямків використання квантового партнерства розглянуто та узагальнено порядок денний сталого розвитку до 2030 року, стратегічні цілі ВООЗ та систему піларів, стратегія розвитку СОЗ України на період до 2030 року тощо. Розглянуті стратегічні напрямки як на світовому так і національному рівні дозволили обрати та актуалізувати сферу для застосування інструменту квантового партнерства.

Основні результати розділу опубліковано в наукових працях автора [115, 149].

## РОЗДІЛ 2

### ОГЛЯД СЕРЕДОВИЩА ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ ІННОВАЦІЙНОГО ПАТЕРНУ КВАНТОВОГО ПАРТНЕРСТВА

#### 2.1. Динамічний аналіз системи охорони здоров'я в Україні

*«Ми самі є архітекторами свого майбутнього, і нам варто будувати з розумом і далекоглядністю»[111]*

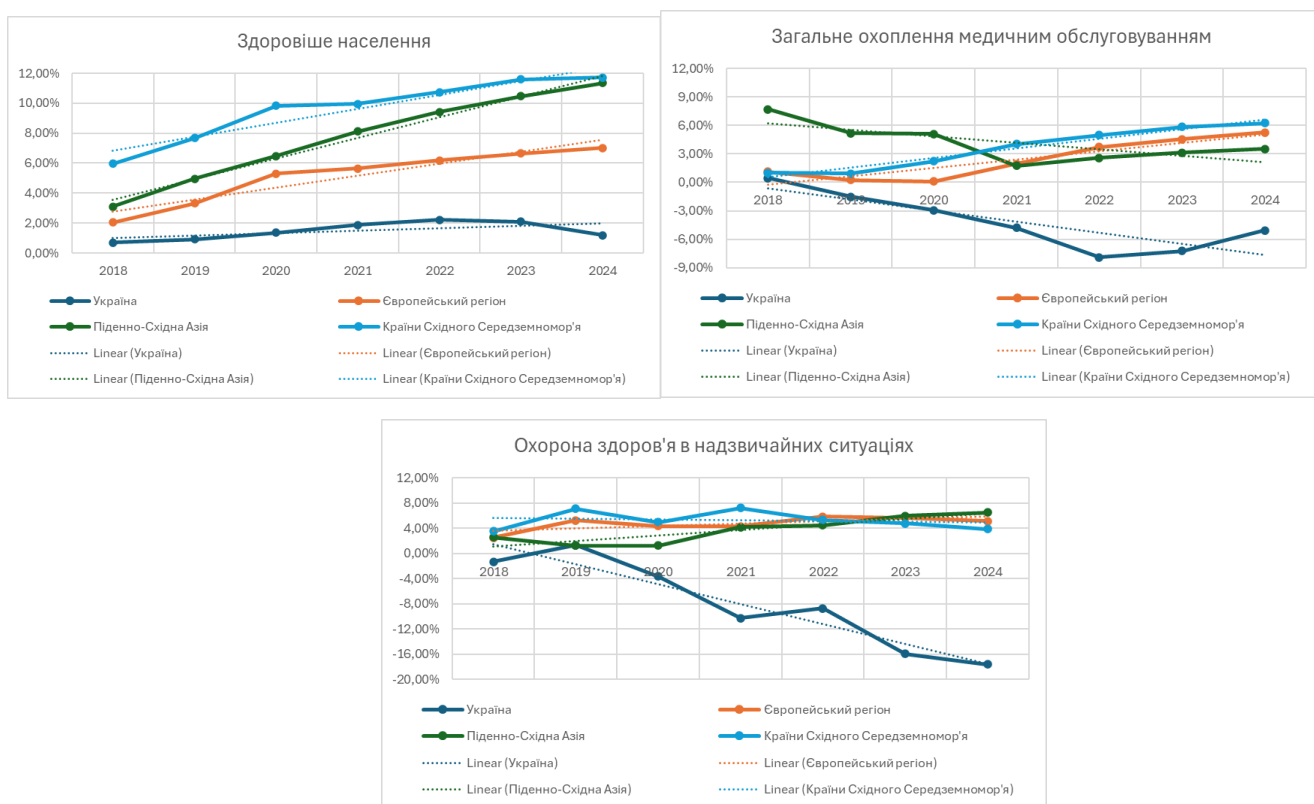
Формування партнерської взаємодії потребує аналізу середовища, в якому функціонують учасники. Класичні інструменти (SWOT, SNW, PEST, аналіз п'яти сил Портера) дозволяють вивчити зовнішні й внутрішні фактори, але не завжди враховують їхню динаміку, глибину впливу та рівневу структуру — особливо у сфері охорони здоров'я. У межах дослідження пропонуємо застосувати динамічну багаторівневу модель, яка передбачає аналіз чотирьох груп індикаторів: зовнішніх і внутрішніх, кількісних і якісних, з урахуванням як об'єктивних характеристик, так і суб'єктивного сприйняття. Зовнішні кількісні індикатори представлені показниками «Потрійного мільярда» ВООЗ, зовнішні якісні — очікуваною тривалістю здорового життя. Внутрішні кількісні — це пілари національної системи охорони здоров'я, а внутрішні якісні — оцінки респондентів щодо задоволеності медичними послугами. Такий підхід дозволяє комплексно оцінити контекст партнерства та його потенціал у сфері охорони здоров'я.

Отже, у сфері охорони здоров'я ВООЗ виділяє набір цільових показників під назвою «Потрійний мільярд», які передбачають який пул населення у результаті його росту отримають переваги загального медичного страхування, покращення здоров'я та краще медично захищені від надзвичайних ситуацій. Тому, для надання характеристики груп індикаторів, розкриємо їх основні показники з яких вони складаються [183].

Індикатор покращення здоров'я населення характеризує такі основні показники як: ожиріння у дорослих, відсоток вживання алкоголю та тютюну, рівень

підліткового та дитячого ожиріння, насильство над дітьми та дорослими, забруднення від викидів у результаті використання палива, безпечна санітарія, рівень смертності на дорогах, смертність від самогубств тощо. Індикатор охоплення медичним обслуговуванням складається з показників: догляд за вагітністю та пологами, лікування ВІЛ, доступ до лікарні, профілактика серцево-судинних захворювань, профілактика малярії, рівень бідності, кількість працівників сфери охорони здоров'я тощо. Охорона здоров'я у надзвичайних ситуаціях включає оцінювання етапів реагування при надзвичайних ситуаціях, а саме: підготовленість, час виявити та відреагувати, запобігання [183].

Для надання порівняльної характеристики Україні, скористаємося методом статистичного аналізу, для цього розглянемо динаміку вищеписаних індикаторів за 2018-2024 роки, порівнюючи Україну з регіональними групами країн за середнім їх значенням, для надання порівнюваності співвіднесемо абсолютні значення з популяцією у обраних регіонах (рис. 2.1).



**Рис.2.1. Динаміка індикаторів «Потрійний мільярд» груп країн за 2018-2024 рр**

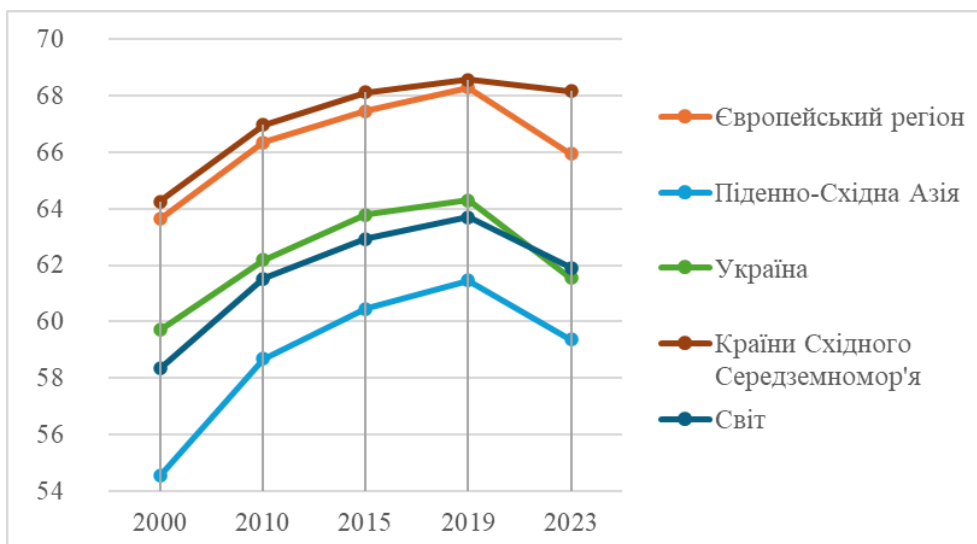
*Джерело: складено автором на основі [187]*

Аналізуючи тренди кожного індикатора на рис. 2.1 визначимо показники які посприяли формуванню лінійної кривої. Отже, розглядаючи індикатор здоровіше населення можемо побачити зменшення позитивної динаміки у 2022-2024 роках, негативному тренду посприяло зростання вживання алкоголю, забруднення води та ожиріння у дорослих, натомість позитивну тенденцію показали зменшення смертності від самогубств, вживання тютюну та зменшення середнього вмісту забруднюючих частинок РМ 2,5 у повітрі.

Показник загальне охоплення охорони здоров'я зазнав негативної динаміки, яскравий прояв якої спостерігається у період 2021-2023 років. Найбільш впливовим показником стало різке зменшення кількості населення в Україні, яке може охопити сфера охорони здоров'я медичними послугами у звязку з військовими діями [43].

За період 2020-2024 років можна прослідкувати стрімке падіння індикатора охорона здоров'я у надзвичайних ситуаціях. Основними етапами, які справили негативний вплив є підготовленість та запобігання. Період пандемії та військові дії справили вагомий вплив на симстему охорони здоров'я країн світу, і зокрема Україну.

Як наслідок попередньо описаних показників, очікувана тривалість життя в Україні на 2023 рік становить 70,9 роки, натомість очікувана тривалість здорового життя – 61,6 років, на що значний вплив справляють окреслені індикатори. Тому, враховуючи вагомість вищезокремлених показників визначимо їх вплив на тривалість здорового життя населення [82]. Слід відмітити, що у практиці ВООЗ розглядаються два показника спільні за походженням, але різні за суттю, а саме очікувана тривалість життя та очікування тривалість здорового життя (рис.2.2).



**Рис. 2.2. Очікувана тривалість здорового життя населення груп країн за 2000-2023 рр**

*Джерело: складено автором на основі [183]*

Таким чином, згідно рис.2.2, базуючись на концептуальній моделі партнерства, графоаналітичній моделі квантового патрнерства та блоках піларів системи охорони здоров'я, відображених у першому розділі, охарактеризуємо організацію та функціонування системи охорони здоров'я в Україні.

Одним із ключових елементів будь-якої ефективно діючої системи є наявність контролюючої складової. Оскільки Україні притаманна парламентсько-президентська форма правління, Верховна Рада України як орган влади, уповноважений на прийняття законів, відіграє одну з найважливіших ролей у формуванні основ політики сфери охорони здоров'я [2]. До її основних функцій, які регламентують фінансово-організаційний та управлінський апарат функціонування віднесемо [2]:

- 1) ухвалення законів, зокрема ті, які закладають базис діяльності та захист інтересів учасників охорони здоров'я;
- 2) затвердження бюджету та його розподіл на загальний та спеціальний фонди, що впливає на розмір фінансових видатків на підтримку та забезпечення фінансовими ресурсами закладів;

3) призначення міністрів, зокрема охорони здоров'я, який в першу чергу спрямований на реалізацію політик, затверджених ВРУ у площині охорони здоров'я тощо.

Разом з цим, підготовка нагальних питань, опис проблемного поля та пошук рішень його вирішення займається Комітет з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування [3]. Він спрямований на формування порядку денного питань охорони здоров'я для подання до ВРУ, а також підготовкою законодавчих рішень. Разом з цим Міністерство охорони здоров'я на чолі з міністром охорони здоров'я здійснює регулювання відносин в галузі, фінансування програм, надання окремого пакету послуг, а також інші повноваження визначені постановою КМУ [3] «Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України». Важливо відмітити про регламентовані синергічні взаємовідносини МОЗ та інших міністерств, зокрема Міністерства фінансів, що створює передумови та впливає на наслідки діяльності та рівень життя і добробуту суспільства.

Доповнюючи адміністративну функцію, регулювання здійснює Законодавство України про охорону здоров'я, яке базується на Конституції України, в якій визначено, що [1, 4]:

– «Кожна людина має невід'ємне право на життя... Кожен має право захищати своє життя і здоров'я, життя і здоров'я інших людей від протиправних посягань» (ст. 27);

– «Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.» (ст. 49);

– «Кожен має право на безпечне для життя і здоров'я довкілля та на відшкодування завданої порушенням цього права шкоди» (ст. 50).

Відповідно до Конституції України, центральна роль в процесі реалізації політики в сфері охорони здоров'я належить державі, зокрема органам виконавчої влади. Основним нормотворчим актом, який регламентує основні підходи в системі

управління охороною здоров'я є [2] ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я».

Таким чином, в останні роки в процесі проведення медичної реформи, значно розширена і вдосконалена законодавча і нормативно-правова база державного управління надання якісної медичної допомоги. Дані законодавчі та нормативні акти є інституційною основою системи законодавчого забезпечення державного управління реформуванням системи охорони здоров'я. Вони встановлюють нові принципи регулювання відносин між державою і суб'єктами системи охорони здоров'я в Україні, визначають рівні медичного забезпечення, регламентують нові фінансові відносини в системі охорони здоров'я, гарантують право громадян на безоплатний доступ до медичних послуг, удосконалюють контроль якості та подальший розвиток стандартизації у сфері охорони здоров'я.

Для надання опису будівельного блоку функціонування фінансової моделі розглянемо історичну зміну складових її елементів які описано у блоках піларів. Традиційно, до проведення медичної реформи, в Україні переважала система на базі якої кошториси медичних закладів в кінці року здавалися в районні або міські управління охорони здоров'я. Останні, у свою чергу, передають кошториси в обласне управління охорони здоров'я, які зводять всі кошториси та передають у міністерство охорони здоров'я та міністерство фінансів України. Після чого здійснюється розрахунок медичної субвенції, яка не базується на реальній потребі, а корегується у відповідності з минулим роком та коефіцієнту інфляції, а також інші незначні коригування, згідно з медичними програмами. Таким чином, здійснюється зворотній механізм розподілу виділених бюджетних коштів серед обласних, районних або міських управлінь охорони здоров'я та безпосередньо закладів охорони здоров'я [45].

На сьогодні в Україні переважає суспільно-приватна система (консолідована), яка поєднує забезпечення фінансування державних медичних закладів через автономну державну агенцію (Національну службу здоров'я України) за рахунок розподілу державного бюджету, а також пряма оплата

медичних послуг пацієнтами за послуги комунальних медичних закладів, які не входять в перелік покриття за встановленою класифікацією, оплата приватним медичним закладам та добровільне медичне страхування. Тобто, модель адаптується до фінансової системи Беверіджа, яка передбачає оплату за послуги медичних організацій та фармацевтичних закладів в межах гарантованого пакету послуг через дистрибуторський автономний орган. НСЗУ здійснює дистрибуцію пулінгових фінансових ресурсів комунальним некомерційним чи приватним компаніям для оплати за надані послуги пацієнтам – капітація. Важливо відмітити, оплата за медичні послуги стаціонарів здійснюється в розрізі "медичного епізоду" – час перебування пацієнта від його прибуття до лікаря до його виписування або зміни медичної ланки [71]. Отже, принцип фінансування "гроші йдуть на стіл" змінився на "гроші йдуть за пацієнтом", за яким авансова оплата коштів НСЗУ здійснюється не за окремий медичний випадок, а за весь пакет послуг. Окрім капітації за послуги медичних організацій, держава повністю або переважно частково забезпечує фінансування лікарських засобів, що входять до гарантованого пакету послуг шляхом взаємодії з аптеками – реімбурсація. Тарифи на послуги, а також граничну вартість ліків, які оплачує НСЗУ, встановлюються у тарифному договорі НСЗУ. Слід відмітити, що тарифи передбачають мінімальний комерційний ефект для закладів та слугують швидше соціально направленим підприємництвом некомерційного характеру [76].

У межах організаційного блоку системи піларів, з прийняттям консолідованої системи, яка замінила тогочасну успадковану систему Семашко, змін зазнали макро-, мезо- та мікрорівень системи ОЗ. Медичні установи, які надають послуги охорони здоров'я, змінили організаційну форму з комунальної установи на комунальні некомерційні підприємства (власність громади) та укладають прямий договір з НСЗУ, тобто усунення будь-яких посередників між медичним закладом та єдиним платником.

З точки зору пацієнта, надається можливість вибору укладання декларативного договору з будь-яким медичним закладом та сімейним лікарем у

ньому. Пацієнт, в межах укладеної декларації, отримує можливість користування безкоштовним та платним пакетом медичних послуг, як у межах комунальних некомерційних, так і приватних медичних підприємств, у яких укладено договір з НСЗУ [16].

З іншого боку, медичні установи укладають договори з НСЗУ через підтримуючі міжрегіональні департаменти, які поділяються на центральний, західний, північний, південний та східний [62]. Для укладання договору з НСЗУ на отримання фінансування визначеного пакету послуг необхідно відповідати п'яти встановленим вимогам, згідно постанови КМУ [8], та пройти попередню перевірку.

В межах програми медичних гарантій виокремлюють програму "Доступні ліки" та програму відшкодування інсулінів. В межах цих виокремлених програм виділяють механізм повного або часткового відшкодування суб'єктам господарювання, які здійснюють діяльність з роздрібною торгівлі лікарськими засобами, вартості лікарських засобів, що були відпущені пацієнту на підставі рецепта, за рахунок коштів Державного бюджету України – реімбурсація [159].

Реформування справило вплив на зовнішні умови та внутрішні можливості як гравців комунального та державного сектору, так і приватних підприємств. У власних дослідженнях [149, 151] ми описували системи фінансового потоку до закладів охорони здоров'я до реформи та під час її реалізації. Фактично, елементи системи фінансового потоку формували організаційну структуру системи охорони здоров'я – адміністративний принцип поділ лікарень на міські, районні, обласні – наслідок радянської фінансової системи медицини Семашко.

На початку 2000-х років Європейські країни почали розглядати та застосовувати кластери, як один зі способів досягнення стратегічних цілей. В Україні розгляд кластерних базисів розпочалися з початку реформ 2017 року. Кластерна мережа закладів<sup>15</sup> передбачає за основу принцип госпітальних округів який передбачає поділ закладів на надкластерні, кластерні, загальні та пункти

---

<sup>15</sup> Під кластером розуміється елемент самодостатньої локалізованої сфери надання медичних послуг (окрема область).

первинної меддопомоги [151]. Тому реформування перейшло до інфраструктурного етапу зміни роботи закладів системи охорони здоров'я, що передбачає зміну типологізації та ролей медичних закладів.

За новим підходом, мережа лікарень в області, об'єднана в один госпітальний округ, буде додатково поділена на госпітальні кластери, з урахуванням наступних факторів [155]: межі адміністративно-територіальних одиниць; географічні особливості регіону та інфраструктурного стану; демографічних особливостей та характеристик населення, структури захворювання та смертності; сформованих та затверджених клінічних маршрутів пацієнтів; навантаження на медичних працівників.

Узагальнюючи вищезазначене опишемо оновлену адміністративну схему становлення сфери охорони здоров'я у додатку Д.

Таким чином, можемо стверджувати, що для забезпечення розвитку системи охорони здоров'я України на сьогодні критичними постають питання формування розвиненої системи інституцій громадського здоров'я та ефективною системи їх взаємодії. З метою аналізу взаємодії респондентів дослідження, визначимо площину ринку медичних послуг.

Досліджуючи ролі медичних закладів ми дійшли висновку що є низка різних гравців як за суттю, так і за формою, які надають медичні послуги:

- 1) національні заклади – власником яких є МОЗ;
- 2) відомча медицина – міністерства (лікарні МВС, УкрЗалізниці), центральні органи виконавчої влади або державні компанії;
- 3) комунальні – власниками є органи місцевого самоврядування, а саме обласні ради або ОТГ;
- 4) приватні заклади.

Зважаючи на окремих гравців, специфічною рисою ринку медичних послуг є його соціальна спрямованість, за якої максимізація прибутку не може бути пріоритетом при наданні кваліфікованих медичних послуг. У цьому контексті можна виокремити особливості системи охорони здоров'я: по-перше, надання

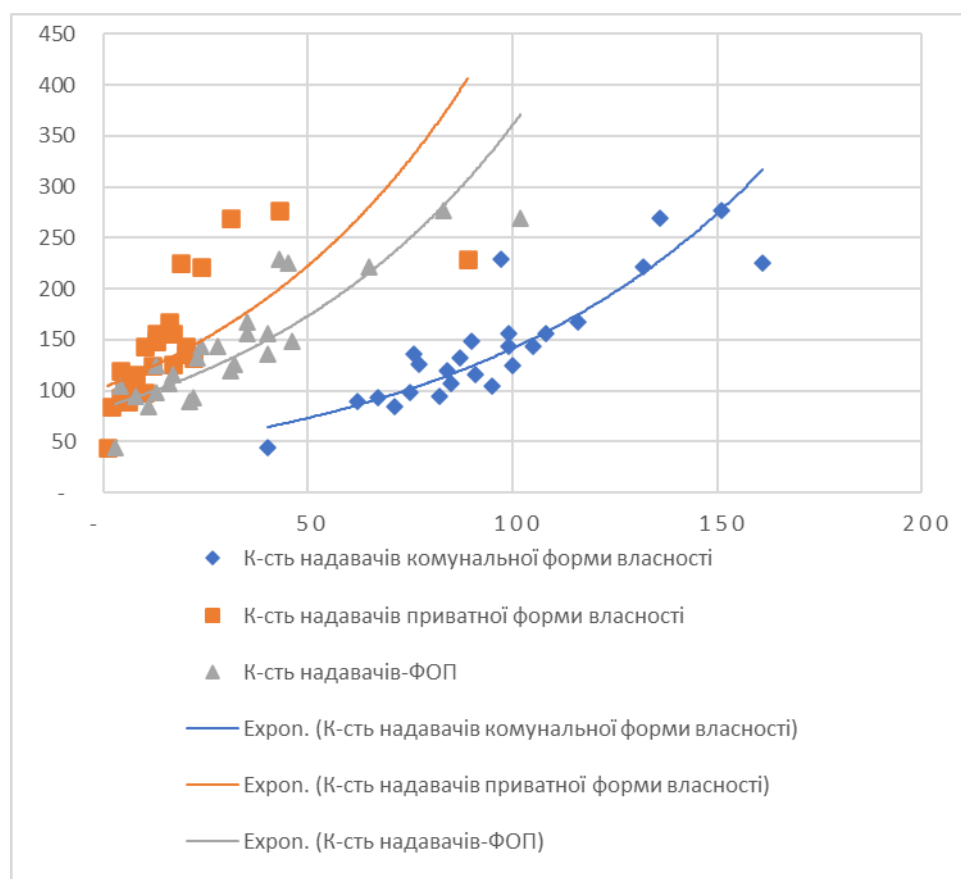
багатьох різновидів медичної допомоги потребує великих первинних витрат та наявності стартового капіталу і, по-друге, попит на цьому ринку може активно стимулювати появу нових спеціалістів і псевдофахівців. Однак, незалежно від виду закладу виділяють різні види медичної послуги, які спрямовані на збереження та зміцнення здоров'я.

Найбільш поширеним є перелік медичних послуг залежно від рівня складності та обсягу [Додаток Ж]. У цьому контексті, первинна медична допомога є основою системи охорони здоров'я, яка передбачає консультацію лікаря, забезпечує профілактику, діагностику і лікування найпоширеніших хвороб, травм, отруєнь та інших станів, проведення індивідуальних санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів, медичної профілактики захворювань, гігієнічного виховання та санітарної просвіти населення, а також направлення пацієнтів на отримання вторинної, третинної медичної допомоги та санаторно-курортного лікування.

ВООЗ в 70-х роках визнала, що первинна медико-санітарна допомога має бути наріжним каменем і основою системи охорони здоров'я будь-якої країни [9]. Первинна медична допомога є пріоритетом у сфері охорони здоров'я у багатьох країнах світу, як розвинених, так і країнах, що розвиваються. Так, у розвинених країнах первинна медична допомога є основою системи охорони здоров'я: США, Канада, Австралія, Велика Британія, Франція та Німеччина, - первинні медичні працівники, такі як сімейні лікарі, терапевти та медсестри, є основним джерелом медичної допомоги для більшості населення. Саме тому ВООЗ стверджує, що непропорційний акцент на лікарнях і вузькій спеціалізації є основним джерелом неефективності і нерівності, що призводить до фрагментації та непомірних витрат при її отриманні [104].

Таким чином, ефективна первинна ланка забезпечує не тільки вирішення більшості проблем із здоров'ям на своєму рівні, але й дозволяє отримувати спеціалізовану медичну допомогу саме тим пацієнтам, які її потребують найбільше і, головне, без катастрофічних витрат для сімейних бюджетів. Для огляду ринку

надавачів медичних послуг в різних областях сформуємо діаграму розсіювання, на якій зобразимо кількість закладів кожної області відносно загальної кількості за формою власності, які уклали договір з НСЗУ. Разом з цим, зазначимо, що приватний сектор з боку пропозиції в українській статистичній базі представлений слабо, тому є певні труднощі у її кількісній оцінці. Важливо зазначити, що пропозиція на ринку медичних послуг представлена різними групами їх провайдерів: від окремих фізичних осіб (підприємців) до потужних клінік з розгалуженою мережею, у яких як укладений договір з НСЗУ так і ні. Мережу ТОП-20 приватних медичних закладів України наведемо у додатку Л. Скористаємося статистикою НСЗУ (рис.2.1) та відобразимо заклади які уклали договори з НСЗУ, що дозволяє зробити їх кількісне оцінювання.

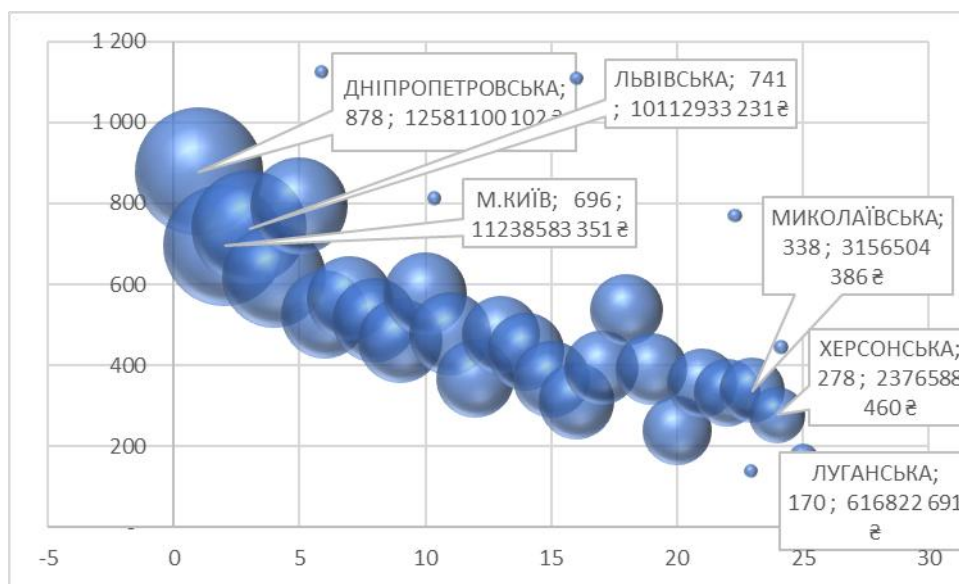


**Рис. 2.3. Експоненти становлення ринку медичних послуг у 2023 році**

*Джерело: складено автором на основі [35]*

Відповідно до рис. 2.3, підкріпленої додатком Л, можемо стверджувати, що найбільша кількість надавачів медичних послуг підпадає на Дніпропетровську (277 закладів), Одеську (269 закладів) області та м. Київ (229 заклади). При цьому найбільша кількість надавачів комунальної форми власності знаходиться у Харківській області (161 заклад), приватної форми власності у м. Києві, а ФОП у Одеській області (102 заклади). Нерівномірність такого розподілу пояснюється як макроекономічними факторами: територіальними особливостями наближення до лікарень, кількості проживаючого населення та його вік, рівень безробіття тощо; так і мікроекономічними: розвиток обласного ринку, рівень конкуренції на ринку, попит окремих видів медичних послуг тощо.

Слід зважити, що медичний заклад складається з різних надавачів медичних послуг, що включає фактор співконкуренції у межах закладу та міжзакладами одночасно. Таким чином, разом із кількістю закладів охорони здоров'я, розглянемо кількість медичних надавачів послуг (МНП) кожної області та суму договору за 2023 рік у Програмі медичних гарантій (ПМГ) на рис. 2.2.



**Рис. 2.4. Бульбашкова діаграма кореляції кількості МНП у договорі з сумою договору у ПМГ-2023**

*Джерело: складено автором на основі [35]*

За рис.2.4, найбільша кількість МПН у договорі та сума договору ПМГ-2023 у Дніпропетровській та Львівській областях, а також м. Київ. Розглядаючи вищенаведену статистичну інформацію, слід розглянути основні види медичних послуг у межах пакетів медичних послуг. Для цього скористаємося рис. 2.5 на якому зобразимо діаграму радара з маркерами, на якій виділимо основні види пакету медичних послуг у відсотковому відношенні за останні 3 роки.



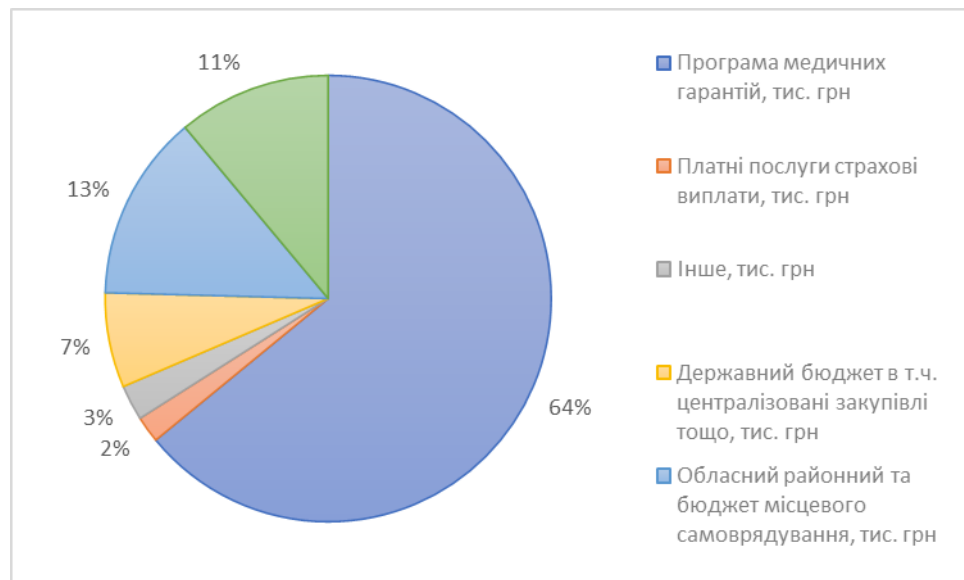
**Рис. 2.5. Напрямки фінансування медичних послуг НСЗУ за останні 2019-2023 рр**

*Джерело: складено автором на основі [35]*

Аналізуючи фінансування медичних закладів, які уклали договір відповідно до ПМГ з НСЗУ, можемо дійти висновку, що найбільшу суму оплат у всіх областях займає первинна медична допомога (близько 17,57%). Сьогодні надання первинної медичної допомоги населенню в Україні базується на засадничих принципах британської моделі, які адаптовані до вітчизняної практики базуються на принципах – доступність, безпечність своєчасність та результативність [162]. Тобто для отримання первинної медичної допомоги пацієнт має витратити мінімум часу, а безпосередньо обстеження та лікування передбачає досягнення найкращих

результатів з мінімізацією ризиків медичних помилок. Ще один важливий принцип – недискримінації та орієнтованості на людину – передбачає надання первинної медичної допомоги з урахуванням права пацієнта на вільний вибір лікаря незалежно від статі, сексуальної орієнтації, раси, кольору шкіри, національності, місця проживання, майнового стану, соціального статусу, стану здоров'я, політичних, релігійних чи інших переконань тощо. Принцип економічної ефективності передбачає надання первинної медичної допомоги з раціональним використанням ресурсів для уникнення неефективних витрат [162].

З огляду на британський досвід, для відшкодування витрат надавачів первинної медичної допомоги в Україні застосовується змішаний метод оплати, тобто існує можливість використання різних шляхів отримання доходів, як шляхом використання переваг ПМГ, так і надання інших видів медичних послуг, які не входять у перелік пакету медичних послуг НСЗУ. Зобразимо напрямки доходу комунальних медичних закладів, які уклали договір з НСЗУ на рис. 2.6.



**Рис. 2.6. Джерела доходу комунальних медичних закладів, які уклали договір з НСЗУ у 2023 році**

*Джерело: складено автором на основі [45]*

Як зображено на рис.2.6, на сьогодні існує чотири основні джерела фінансування лікувальних закладів: за договором з НСЗУ; виділення громадою кошти на утримання будівлі медзакладу, комунальні послуги (розмір даних коштів залежить від рішення органів місцевого самоврядування); додаткові доходи від надання платних послуг, перелік яких формує керівник лікувального закладу згідно з можливостями закладу (в цьому випадку дохід залежатиме від кількості та якості надання даних послуг); донорські організації та благодійні внески. В межах надання медичних послуг на безоплатній основі здійснюється їх регулювання законодавством про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення [], який передбачає надання медичних послуг на безоплатній основі, які включаються до пакету затвердженого НСЗУ, серед якого первинна, спеціалізована (вторинна) та високоспеціалізована (третинна), а також екстрена допомога, паліативна допомога та медична реабілітація, ведення вагітності та пологи.

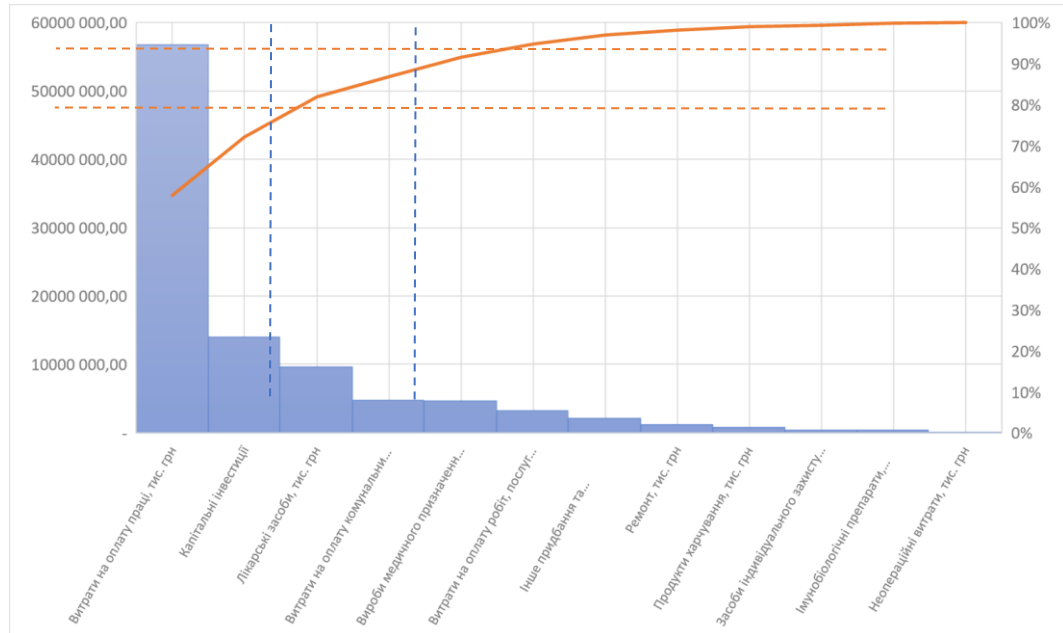
На противагу доходам проблема обмеженості ресурсів у охороні здоров'я та необхідності їх раціонального використання є актуальною для всіх закладів охорони здоров'я, адже підвищення видатків на охорону здоров'я супроводжується паралельним зростанням потреб на її діяльність. З урахуванням зазначеного, одним з напрямків вирішення економічних питань щодо надання населенню медичної допомоги належної якості є раціональне використання наявних ресурсів, адже в цьому сходяться економічні інтереси держави, медичних закладів та кожного з громадян.

З метою моніторингу коректності призначень лікарських засобів та витрат, на них використовуються різноманітні види клініко-економічного оцінювання діяльності медичних закладів, серед яких оптимальними є ABC-аналіз, VEN-аналіз<sup>16</sup>, частотний аналіз<sup>17</sup> тощо. Вони можуть бути використані як для ретроспективного оцінювання доцільності витрачання ресурсів, так і для перспективного розрахунку потреби у них. Скористаємося перевагами

<sup>16</sup> VEN-аналіз – це розподіл призначених ЛЗ на три категорії за ступенем їхньої важливості для лікування певного захворювання (життєво необхідні, важливі та другорядні)

<sup>17</sup> Частотний аналіз – це вид кількісного аналізу, який відображає частоту призначення певного ЛЗ чи групи ЛЗ, їхню частку в загальній кількості призначень

вищенаведених методик та сформуємо Парето-гістограму, у якій можна простежити розподіл витрат медичних закладів за 3 групами залежно від частки витрат у загальному обсязі витрат протягом року (рис.2.7).



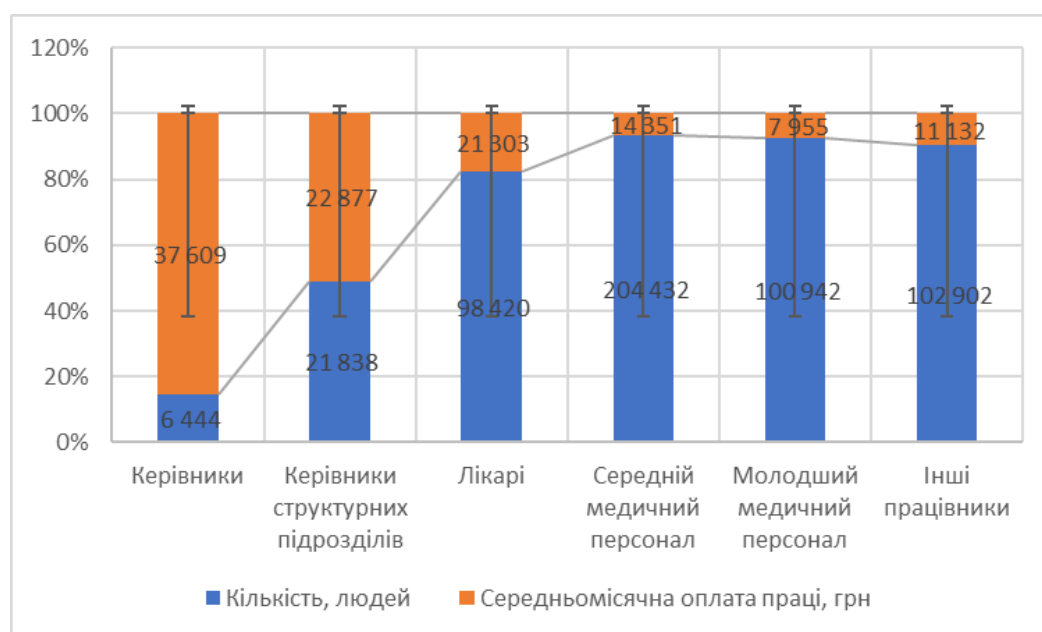
**Рис. 2.7. Структура витрат комунальних медичних закладів, які уклали договір з НСЗУ у 2023 році**

*Джерело: складено автором на основі [45]*

Базуючись на статистичній інформації, відображеній на рис. 2.7, до групи на яку припадає більше 80% витрат, можемо віднести витрати на оплату праці, капітальні інвестиції та придбання лікарських засобів. З них, близько 60% становлять витрати на оплату праці медичного персоналу. До другої групи, яка становить 15% у структурі витрат, відноситься витрати на оплату виробів медичного призначення та комунальні послуги; і менше 5% - інші витрати переважно обслуговуючого характеру. Власне, зазначений розподіл частково відображає пріоритетність фінансування закладів охорони здоров'я. У зв'язку з цим, у програмних документах ВООЗ [128] "Здоров'я для всіх" ставилися цілі для європейських країн щодо розвитку первинної медико-санітарної допомоги та її кадрового забезпечення сімейними лікарями і медсестрами.

Середній відсоток лікарів загальної практики (сімейної медицини) серед інших лікарів в найбільш розвинених країнах складає майже 30% (OECD). Тобто кожен третій лікар в системі охорони здоров'я працює на первинній ланці, а в деяких країнах і кожен другий [35].

Зазвичай оплата роботи сімейного лікаря складається із подушного нормативу, тобто чим більше пацієнтів його обрали, тим більша заробітна плата, незалежно чи пацієнти хворі. Таким чином, з метою аналізу оплати праці медичного персоналу, скористаємося статистичною інформацією та сформуємо порівняння оплати праці персоналу різної кваліфікації у 2023 році (рис. 2.8).



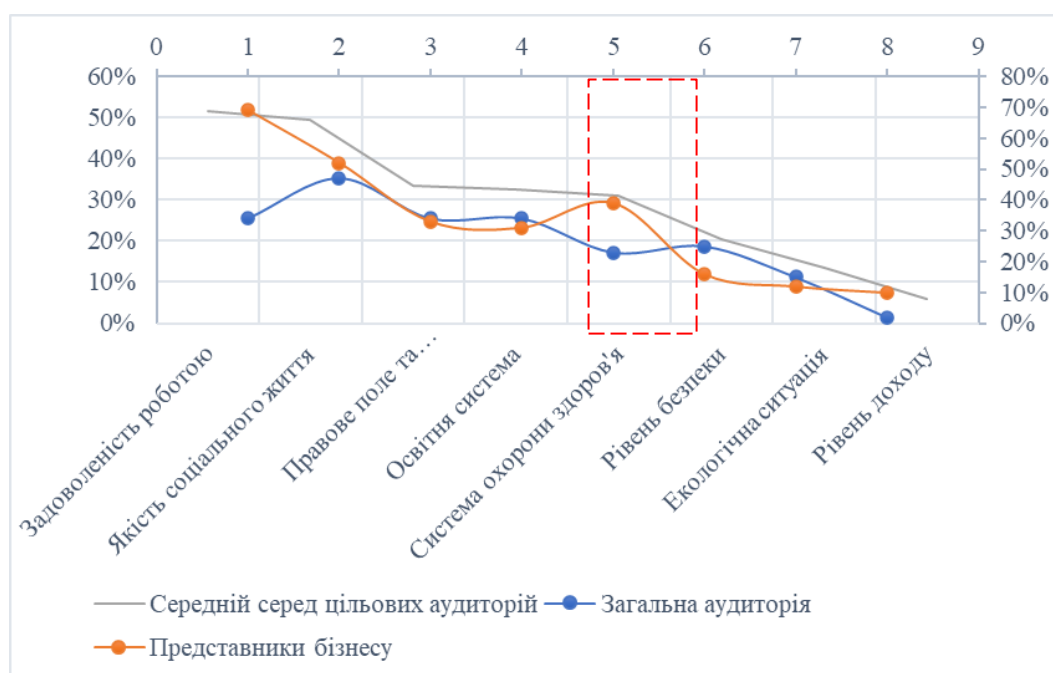
**Рис. 2.8. Середньомісячна оплата праці медичного персоналу різної кваліфікації у 2023 році**

*Джерело: складено автором на основі [45]*

Аналізуючи рис.2.8, додаток Л та статистичні дані, можемо дійти висновку, що аналіз навантаження за різними напрямками допомоги не лише виявив недостатнє навантаження на лікарів, а й продемонстрував брак окремих фахівців; характеризуючи первинну медичну допомогу в Україні потрібні сімейні лікарі з відповідними знаннями і навичками, які б уміли задовольняти до 80% запитів пацієнтів з отримання медичної допомоги; проте, в закладах охорони здоров'я працює близько 25% лікарів пенсійного віку (60+), і ця частка має тенденцію до

збільшення; середній рівень оплати праці у 2023 році для лікарів зріс на 30%, а для молодшого та середнього медперсоналу – лише на 16%. Разом із тим, рівень споживчих цін за дев'ять місяців 2022 р. зріс на 21,8 %, що значно нівелює ефект такого підвищення для лікарів та свідчить про зниження купівельної спроможності молодшого та середнього медперсоналу. Питання особливо актуальне через системність проблеми нестачі молодшого медперсоналу практично протягом усіх років незалежності України та з урахуванням підвищеного навантаження під час війни. Крім того, на сьогодні Україна має майже вдвічі більше лікарень і лікарняних ліжок ніж країни ЄС, при ВВП на душу населення в п'ять разів менше [35].

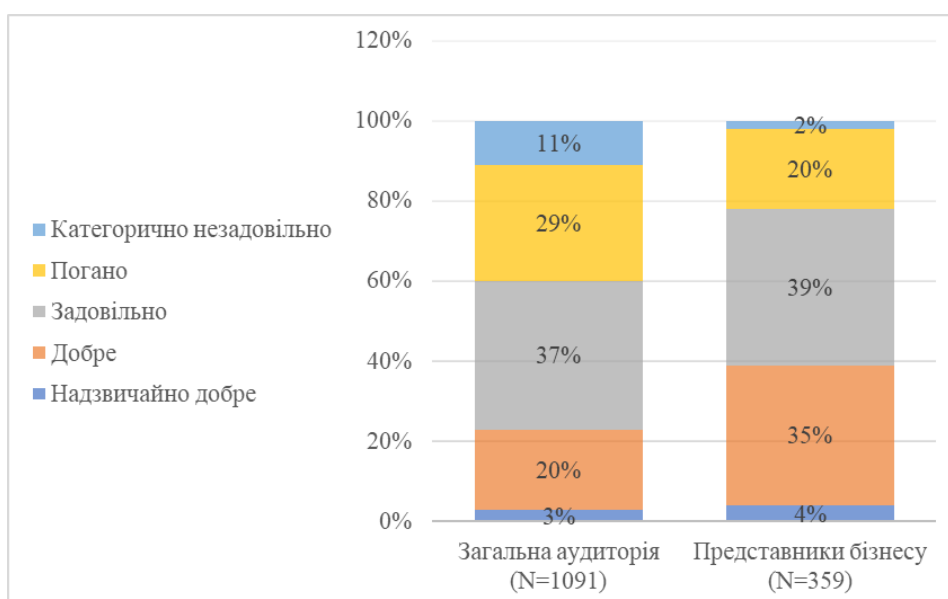
Для аналізу ефективності сфери охорони здоров'я України скористаємося результатами проведеного опитування Європейської бізнес асоціації Gradus [14]. На основі проведеного опитування, було сформовано аналітичний звіт якості життя в Україні у 2023 році, який включає різні фактори, серед яких: задоволеність роботою, якість соціального життя, правове поле, освітня система, система охорони здоров'я, рівень безпеки, екологічна ситуація, рівень доходу. Найвищі оцінки задоволеності вказаних факторів серед респондентів відображені на рис 2.9.



**Рис. 2.9. Рейтинг факторів оцінки респондентів**

*Джерело: складено автором на основі [14]*

Відповідно до рис.2.9, можемо відзначити, що середня оцінка загальної аудиторії нижча ніж представників бізнесу, при цьому найвища оцінка представників бізнесу належить задоволеністю роботою (69%) а загальної аудиторії – якість соціального життя (47%); найнижчу оцінку респонденти надали фактору рівень доходу та екологічній ситуації. Разом з цим, хочемо виділити сферу охорони здоров'я, оскільки існує кореляція залежності інших факторів від якості сфери охорони здоров'я. Розкриємо результат оцінки на рис. 2.10.



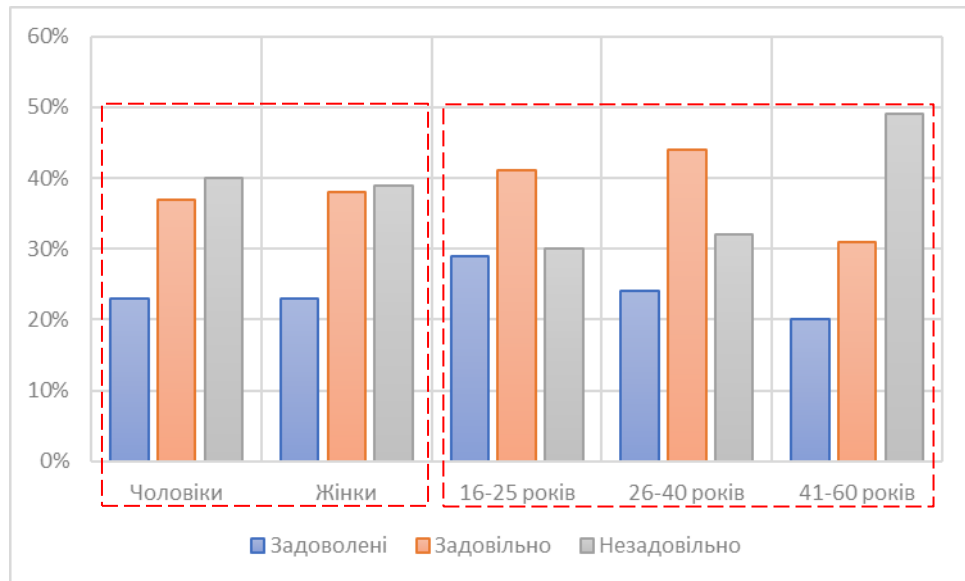
**Рис. 2.10. Результати опитування про задоволення системою охорони здоров'я у 2023 року**

*Джерело: складено автором на основі [14]*

У опитування взяли участь 1091 респонденти загальної аудиторії та 359 представників бізнесу. У межах загальної аудиторії стать респондентів розділилася на 48% чоловіки та 52% жінки, з яких найбільшу частину вікового складу переважає вік 41-60 років (більше 47% опитуваних). Разом з цим, у опитування приймали участь респонденти зі більшості регіонів України, переважна більшість яких складає 27% - центр України та 19% м. Київ [14].

Характеризуючи представників бізнесу, слід зазначити, що переважають жінки (56%), проте віковий склад відрізняється від загальної аудиторії – більше

50% складають респонденти віком 26-40 років проживаючі у м. Київ (48% опитаних).



**Рис. 2.11. Характеристика респондентів та результатів опитування задоволеністю охороною здоров'я**

*Джерело: складено автором на основі [14]*

Розглядаючи результати опитування на рис.2.11, можемо дійти висновку, що серед загальної аудиторії найбільший відсоток припадає на незадовільну оцінку роботи системи охорони здоров'я (близько 40%), серед яких 29% - погано, 11% - категорично незадовільно. При цьому, оскільки медично-вразливими пацієнтами вважаються пацієнти віком 41-60 років серед вибірки, то саме їх відсоток незадоволеності є найвищим (близько 50% визначають незадовільно).

Іншою, не менш вагомою складовою системи охорони здоров'я України є інфраструктурна складова. За статистичними даними можна побачити, що кількість медичних закладів з 2013 року зменшилася на тисячу (з 2,2 тис у 2013 до 1,2 тис у 2021 році), а кількість лікарняних ліжок зазнало стрімкого відносного падіння, в розрахунку на 10 000 населення, з 87,9 до 60 ліжко-місць [35]. Користуючись кореляцією демографічних показників, спостерігаємо обернено-пропорційну залежність між кількістю лікарських закладів та ліжко-місць до кількості населення. При цьому, матеріало-технічне забезпечення не зазнало

значного поліпшення у зв'язку з обмеженням виділенням фінансових ресурсів. З іншого боку, з даними структури статистики що відображені у звіті НСЗУ, кількість лікарів та медичного персоналу становить 272 264, однак лікарів первинної ланки близько 24 000, спеціалізованої медичної допомоги – близько 98 000, а більшість – фахівці із базовою та неповною вищою освітою [35]. Отже, присутній дефіцит медичних кадрів, значна частина яких пенсійного віку, що пов'язано зокрема з низькою заробітною платою.

Як видно зі статистичних даних аналітичного характеру, відображених вище, сфера охорони здоров'я України перебуває у формування налагодженої моделі на рівні закладів охорони здоров'я та потребує формування інструментів підтримки прийняття управлінських рішень для менеджерів вищого управління.

## **2.2. Аналіз результативності діяльності респондентів дослідження сфери охорони здоров'я**

*«Тільки через численні зусилля та перевірки ми можемо дізнатися справжню силу наших досягнень» [38]*

Одним із найважливіших та перших етапів концептуальної моделі партнерства (рис.1.3) є визначення цілей партнерства – етап 1. Як зазначено у концептуальній моделі партнерства, вибір форми, виду та типу партнерства визначається ініціаторами партнерства та їх цілями. Аналізуючи ініціаторів, необхідно враховувати ринок, на якому вони функціонують. Поняття «ринок медичних послуг» найбільш конструктивно та детально висвітлюється в дослідженнях, присвячених маркетингу та медичному бізнесу. Звідси, національний ринок медичних послуг слід розглядати [156]:

1) як середовище взаємодії виробників (медичних суб'єктів, продуцентів, провайдерів послуг) і споживачів (окремих громадян, підприємств, установ, інших категорій споживачів медичних послуг) у процесі досягнення поставлених ними

цілей, в якому формуються складні причинно-наслідкові зв'язки між попитом і пропозицією доходами, цінами і обсягами послуг;

2) як сферу, що об'єднує різні медичні суб'єкти за формою власності, за організаційно-правовими формами підприємств і видами економічної діяльності;

3) як складну динамічну систему, що знаходиться в процесі становлення і розвитку під впливом різних внутрішніх і зовнішніх чинників, вразливу до кризових явищ;

Виходячи з вищенаведеного, різні дослідники трактують «ринок медичних послуг» з урахуванням особливостей суб'єктів, структури та механізмів функціонування, що призводить до широкого, але неуніфікованого розуміння цього категоріально-понятійного апарату. На нашу думку, ринок медичних послуг слід розглядати через взаємодію ключових елементів:

1) надавачі медичних послуг (лікарі), які є першою точкою контакту з пацієнтом і, водночас, основним об'єктом вибору на початковому рівні взаємодії;

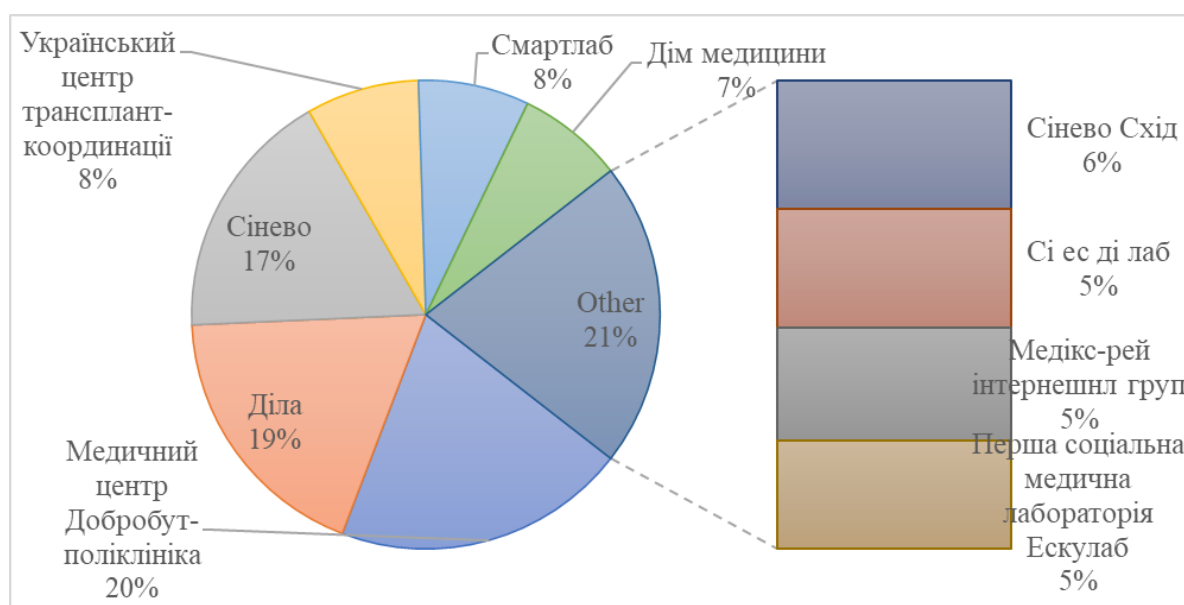
2) місця надання послуг (МНП), такі як амбулаторії, які забезпечують організаційні умови для виконання медичних послуг;

3) медичні заклади конкретної форми власності, що можуть включати кілька амбулаторій або інших точок надання послуг і характеризуються певною організаційною та управлінською моделлю;

4) медичні заклади різних форм власності в системі охорони здоров'я, які функціонують у межах регіонального чи національного медичного простору та відображають вплив державного регулювання й економічних політик.

Таким чином, конкуренція на ринку медичних послуг виникає на різних рівнях. На початковому етапі ключову роль відіграє конкуренція між сімейними лікарями, оскільки саме вони є об'єктом вибору для підписання декларації з пацієнтами. Водночас, ця конкуренція може відбуватися: на рівні окремих МНП; у межах одного медичного закладу; між медичними закладами однієї форми власності ( а також джерела фінансування); між закладами різних форм власності (державними та приватними).

З урахуванням цих аспектів, цей ринок базується на конкуренції між медичними працівниками, місцями надання послуг, закладами охорони здоров'я різних форм власності та відображає взаємозв'язок між ними на всіх рівнях системи охорони здоров'я. Враховуючи вищезазначене, розглянемо національний ринок медичних послуг, який поділяється на дві великі групи: ринок підприємств, які уклали договір з НСЗУ та здійснюють свою діяльність відповідно до загальнообов'язкового соціального страхування; а також ринок приватних медичних закладів які надають платні послуги (рис.2.12).



**Рис.2.12. ТОП-10 клінік України за рівнем доходу у 2024 р**

*Джерело: складено автором на основі [190]*

Згідно з результатами статистичних досліджень, у 2024 році спостерігається зростання кількості приватних медичних закладів, які уклали договори з Національною службою здоров'я України (НСЗУ). Для приватного сектору фінансування з державного бюджету є джерелом фінансової безпеки, навіть враховуючи, що тарифи НСЗУ покривають лише 60-70% ринкової вартості медичних послуг. Співпраця з державою не забезпечує високу маржу, але гарантує стабільність у обсягах фінансування та збільшення кількості клієнтів.

Основні гравці ринку приватної медицини, такі як мережа «Добробут», поки що утримуються від укладання договорів з державою. Це зумовлено тим, що чинні тарифи НСЗУ не покривають собівартість їхніх послуг. Проте, є категорія приватних закладів надавачів медичних послуг, зокрема первинної медичної допомоги які уклали договір з НСЗУ отримуючи наявні переваги. Розглянемо такі заклади, а також заклади державної та комунальної власності, локалізуючи дослідження у місті Києві, як місто у якому найбільша кількість МПН у договорі та сума договорів у 2024 році (табл.2.1).

Таблиця 2.1

**Рейтинг за сумою договорів по первинній медичній допомозі у розрізі рейтингу ТОП підприємств всіх форм власності за 2023 рік**

Форма власності	Надавач послуг	Кількість у групі	Загальна сума договорів за 2023	Пакет "Первинна медична допомога"
Державна	ДП "АНТОНОВ"	4	606 659	606 659
Комунальна	КНП "ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ №2" ДАРНИЦЬКОГО РАЙОНУ М. КИЄВА	95	128 636 732	127 718 806
Комунальна	КНП "ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ № 1"ГОЛОСІЇВСЬКОГО РАЙОНУ М. КИЄВА	95	74 339 879	73 903 790
Комунальна	КНП "ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ № 2" ПОДІЛЬСЬКОГО РАЙОНУ М.КИЄВА	95	98 522 406	97 326 979
Комунальна	КНП "ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ №2" СОЛОМ'ЯНСЬКОГО РАЙОНУ М.КИЄВА	95	77 359 209	76 911 239
Комунальна	КНП "ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ №1" ОБОЛОНСЬКОГО РАЙОНУ М. КИЄВА	95	130 209 977	129 963 036
Приватна	ТОВ "ГАРМОНІЯ КРАСИ"	90	14 540 947	12 383 645
Приватна	ТОВ "ПРОФЕКТА"	90	11 348 157	11 348 157
Приватна	АТ "УКРАЇНСЬКА ЗАЛІЗНИЦЯ"	90	193 561 687	40 776 969
Приватна	ТОВ "МЕДИКАЛ СЕРВІС"	90	55 205 807	55 205 807
Приватна	ТОВ "МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР "ЛІКАРСЬКА ДИНАСТІЯ"	90	21 050 881	21 006 412
ФОП	ФОП, ЗАВОРОЦЬКА НАТАЛІЯ ОЛЕКСАНДРІВНА	51	3 825 615	3 799 263

## Продовження таблиці 2.1

ФОП	ФОП, КОЗЛОВ ВАДИМ ВЛАДИСЛАВОВИЧ	51	6 671 127	6 600 855
ФОП	ФОП, КОРНЄЄВ ТАРАС ІГОРОВИЧ	51	5 395 269	5 395 269
ФОП	ФОП, ОЛЕЩЕНКО ВІТА ІВАНІВНА	51	6 980 124	6 980 124

*Джерело: складено автором на основі [45]*

У межах дослідження рейтингів медичних клінік України, ми зосередились на первинній медичній допомозі. За даними табл.2.1 ми виділили чотири групи респондентів, а саме: державні заклади, комунальні некомерційні підприємства (КНП), приватні компанії та ФОП. У межах кожної з груп було виділено ТОП компаній за сумою договорів по первинній медичній допомозі у Києві. Згідно з аналізом, найбільшу суму договору на первинну медичну допомогу з НСЗУ уклало АТ "УКРАЇНСЬКА ЗАЛІЗНИЦЯ". Важливо зазначити, що порівняння комунальних та приватних закладів здійснюється за місцем реєстрації юридичних осіб. Оскільки АТ "УКРАЇНСЬКА ЗАЛІЗНИЦЯ" зареєстровано в м. Києві, – до уваги береться консолідована звітність всіх 8 закладів охорони здоров'я, що їм належать. Це слід враховувати при аналізі рейтингових оцінок.

Таким чином, лідерами за сумою договорів у 2023 році з НСЗУ виступають КНП центри первинної медико-санітарної допомоги Оболонського, Солом'янського та Подільського районів міста Києва. Тому, для відбору респондентів дослідження серед КНП скористаємося дохідним методом у межах програми медичних гарантій підписаних з НСЗУ.

Розглянемо КНП з організаційної, фінансової та економічної складової акцентуючи власну увагу на основній меті закладів охорони здоров'я. Організаційна структура КНП включає мінімум наступні підрозділи [57]:

- керівний склад;
- адміністративно-управлінський та допоміжний персонал (відділ з інфекційного контролю; інформаційно-аналітичний відділ; бухгалтерія; планово-економічний відділ; відділ кадрів; загальний персонал; інженерно-господарський відділ);

- інший адміністративно-управлінський та допоміжний персонал;
- амбулаторії загальної практики - сімейної медицини, відділ інфекційного контролю тощо.

Предметом діяльності КНП є [57]: організація надання прикріпленому населенню первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), забезпечення належної доступності та якості ПМСД для прикріпленого населення, організація взаємодії із закладами охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу та екстрену медичну допомогу, планування розвитку ПМСД, медична практика, проведення організаційно-методичної роботи за напрямом ПМСД, здійснення фінансового, матеріально-технічного та кадрового забезпечення ПМСД тощо.

За структурою доходи підприємств поділяються на доходи від реалізації продукції (робіт, послуг)<sup>18</sup>, інші операційні доходи<sup>19</sup> та інші доходи (переважно кошти за надання в оренду вільних приміщень).

Основними витратами КНП є витрати на оплату праці, оскільки медичні кадри є основою системи охорони здоров'я, яка забезпечує результативну та ефективну діяльність не тільки галузі в цілому, але й окремих її об'єктів і структур. Ефективна кадрова політика є важливим фактором, оскільки від рівня забезпеченості медичними працівниками та їх безперервного професійного розвитку залежить якість надання медичної допомоги мешканцям району.

Для успішного проходження чергового підвищення кваліфікації лікарям та молодшим спеціалістам з медичною освітою є обов'язковим проходження безперервного професійного розвитку, а саме: підвищення кваліфікації на циклах тематичного удосконалення, курсах стажування, науково-практичних конференціях, конгресах, симпозіумах та інших заходах.

Разом з цим, з етапом активного реформування змін зазнали комп'ютерне, медичне обладнання та оргтехніка, - що забезпечили освоєння програм та

---

<sup>18</sup> Доходи від реалізації продукції (робіт, послуг) - це доходи з місцевого бюджету та надходжень від Національної служби здоров'я України.

<sup>19</sup> Інші операційних доходи отримуються за рахунок централізованих закупівель та благодійної допомоги.

впровадження електронного оформлення декларацій з населенням для надання первинної медичної допомоги [65].

Розглянувши ряд спільних характеристик притаманних КНП, здійснимо вибір респондентів дослідження та охарактеризуємо діяльність кожного закладу КНП.

Першим для характеристики і найбільшим за сумою договорів у 2023 році виступає КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 1» Оболонського району м. Києва (КНП "ЦПМСД № 1" Оболонського району м. Києва), який створено у 2013 році шляхом злиття амбулаторно-поліклінічних закладів центральної районної дитячої поліклініки Оболонського району м. Києва та поліклініки №1 Оболонського району м. Києва. З 2022 року в КНП "ЦПМСД № 1" Оболонського району м. Києва створено відділ інфекційного контролю (ВІК). Основним завданням ВІК є організація профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладі з метою запобігання поширенню інфекційних хвороб, у тому числі пов'язаних із наданням медичної допомоги, мікроорганізмів із антимікробною резистентністю та формування культури безпеки в закладі [58].

Загальна площа, передана в орендне користування КНП "ЦПМСД №1" Оболонського району м. Києва, становить 5829,12 кв. м, з них КНП орендують приміщення за 1,00 грн. на рік площею 4313,22 кв. м, що становить 74% від загальної площі, яка передана в орендне користування [58].

Загальна чисельність населення, яке обслуговує КНП «ЦПМСД №1» Оболонського району м. Києва, складає 77,3% від загальної кількості населення по району, а територія обслуговування КНП «ЦПМСД №1» Оболонського району становить більше 6 тис. га. [58].

Для забезпечення досягнення цільових показників прогресу у припиненні епідемії ВІЛ-інфекції при координації Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) в рамках реалізації ініціативи «Fast track cities» розпочато співпрацю з Київським Міським Відділенням ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» в рамках пілотного проекту «Стійкість ВІЛ-послуг». Крім того, у КНП «ЦПМСД № 1»

Оболонського району проводиться політика інформування, заохочення та підтримки грудного вигодовування, завдяки чому Центр має статус «Лікарня, доброзичлива до дитини» [58].

За планом використання бюджетних коштів підприємства передбачається видатки на проведення капітального ремонту по Програмі соціально-економічного розвитку. Крім того, використовуючи власні (від оренди приміщень) та бюджетні надходження здійснюється придбання комп'ютерного та медичного обладнання, а також оргтехніки.

Другим, але не останнім у аналізі, виступає КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2» Солом'янського району м. Києва (КНП «ЦПМСД № 2» Солом'янського району м. Києва) є правонаступником усіх прав та обов'язків реорганізований шляхом злиття Центральної районної поліклініки Солом'янського району м. Києва, поліклінік № 2 та №3 Солом'янського району м. Києва [59].

До мережі закладу входять 18 амбулаторій загальної практики-сімейної медицини та 2 чергові кабінети, вони об'єднані у 10 будівель, які обліковуються на балансі, загальна площа яких становить 9539,5 кв.м. Зважаючи на вільні площі, у закладі орендують приміщення 11 орендарів. Загальна орендована площа становить 2972,3 кв. м (31,2 % від загальної площі приміщень закладу).

В центрі працюють 31 лікар з вищою категорією - 38,3%, 8 лікарів з першою категорією - 9,9%, 13 лікарів з другою категорією - 16,0%, 28 лікарів спеціалістів - 34,5%. Середній відсоток укладених декларацій по всім структурним підрозділам у порівнянні до статистичної кількості населення району становить 51,03%.

З 2014 КНП «ЦПМСД № 2» Солом'янського району м. Києва є базою стажування лікарів-інтернів Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця за спеціальностями «Загальна практика-сімейна медицина» та «Педіатрія». Крім цього, у рамках проведення пілотного проекту про надання ВІЛ-послуг на рівні первинної медико-санітарної допомоги в закладі реалізується ініціатива «Fast track cities» та виконання цілі «90-90-90» — безперервного каскаду

заходів з профілактики, догляду та лікування, спрямованої на протидію епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу [59].

Третім респондентом дослідження виступає КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2» Подільського району м. Києва (КНП «ЦПМСД № 2» Подільського району м. Києва), що розташований у мікрорайоні «Виноградар» та обслуговує частину Подільського району міста Києва, а саме: житлові масиви Виноградар, Мостицький, Синьоозерний, Вітряні Гори, Нивки, Липинка та Варшавський мікрорайон [57].

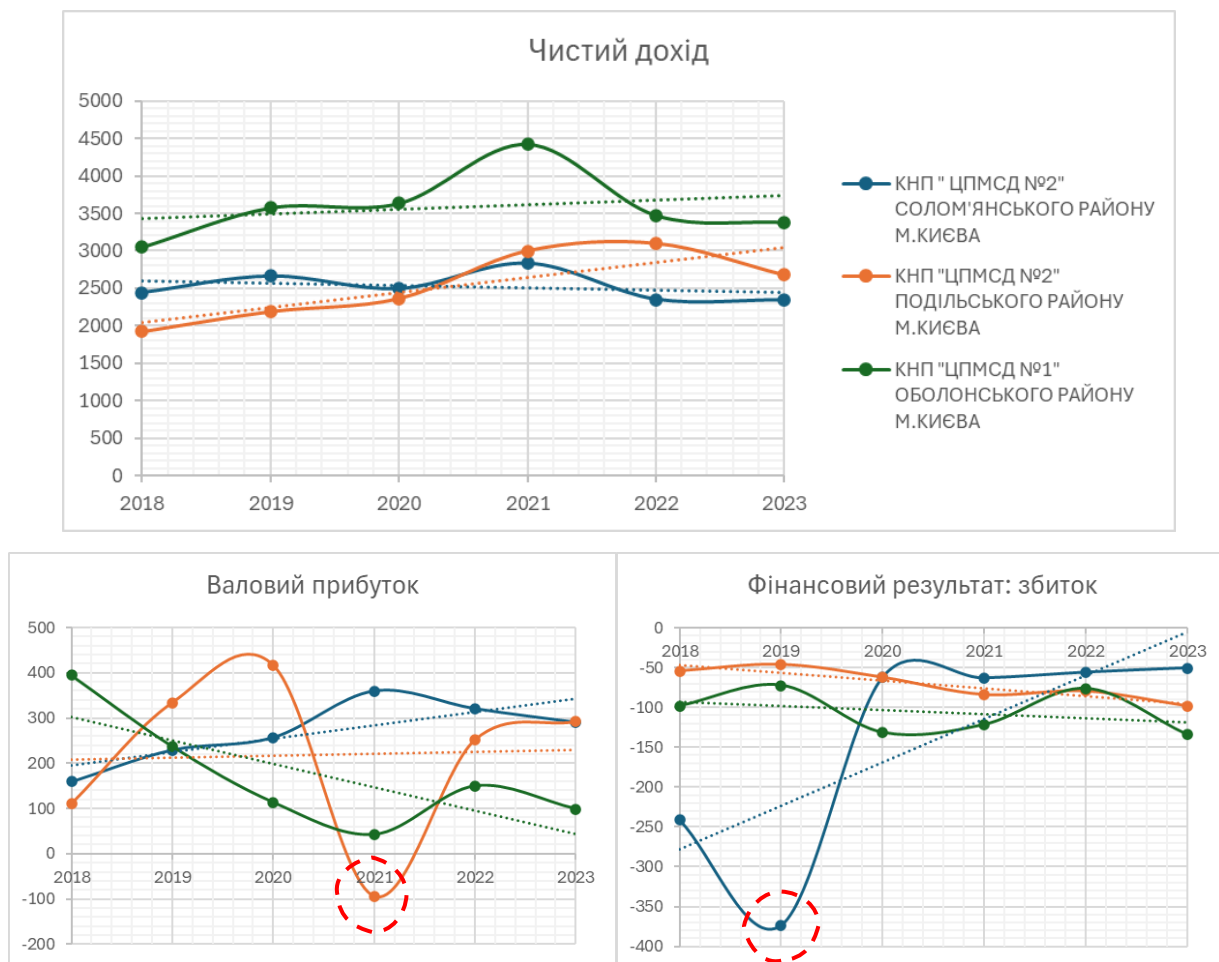
Загальна чисельність населення яка обслуговується у центрі складає 132 642 особи (67,8% населення всього Подільського району м. Києва). При цьому, 126 654 особи уклали декларації з підприємством, що більше 95% населення що підлягає обслуговуванню [57].

На балансі КНП «ЦПМСД № 2» Подільського району м. Києва знаходиться 3 будівлі, загальною площею 9 732,0 м<sup>2</sup>. З них передано в орендне користування 3 163,95 м<sup>2</sup>, що становить 32,5% від загальної площі підприємства.

В рамках проведення пілотного проекту про надання ВІЛ-послуг на рівні первинної медико-санітарної допомоги з червня 2017 року в Центрі розпочато дослідження на ВІЛ швидкими тестами.

З метою розширення доступу до замісної підтримувальної терапії особам, хворим на опіїдну залежність, а також забезпечення безперервності лікування осіб, хворих на опіїдну залежність, 1 грудня 2018 року в закладі був створений кабінет замісної підтримувальної терапії (ЗПТ).

Базуючись на розглянутих КНП-лідерах первинної медичної допомоги здійснимо аналіз динаміки валового прибутку їх діяльності на основі фінансової звітності та стратегічного плану розвитку за 2018 – 2023 рр (рис. 2.13).



**Рис. 2.13.** Динаміка показників діяльності респондентів дослідження за 2018-2023 рр, тис. долл

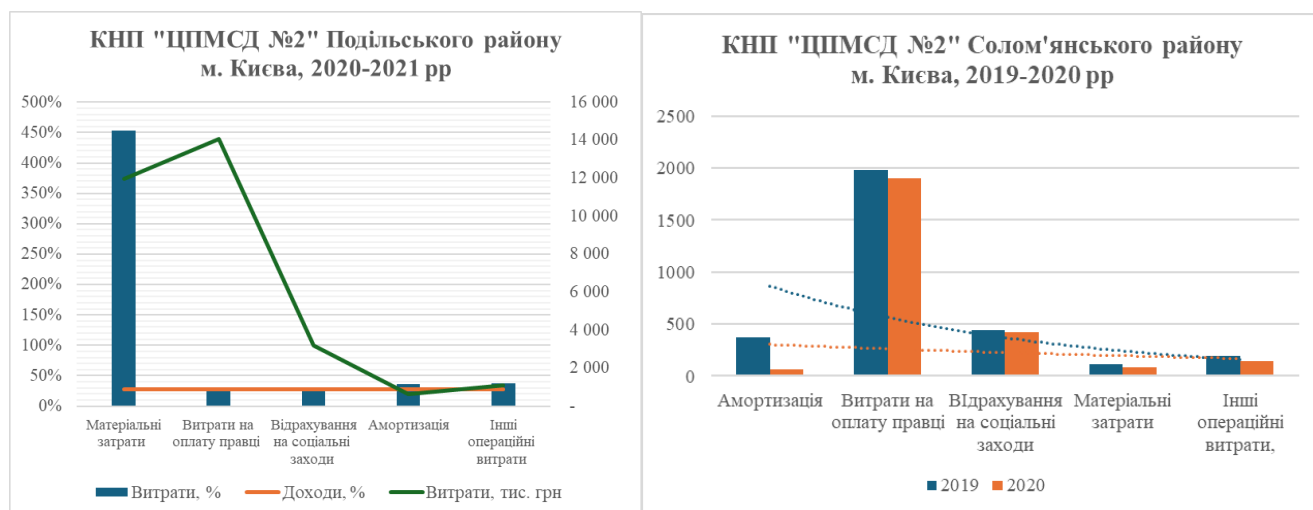
*Джерело: складено автором на основі [57, 58, 59]*

За рис. 2.13. графік чистого доходу показує загальну тенденцію до зростання у всіх трьох респондентів у 2020–2021 роках із подальшим незначним зниженням у 2022–2023 роках. Це може бути пов'язано як із впливом пандемії COVID-19 та активною фазою реформування так і воєнного стану.

Графік валового прибутку демонструє різкі коливання, зокрема, різке падіння у 2021 році у КНП «ЦПМСД №2» Подільського району, що може свідчити про локальні управлінські чи фінансові проблеми, або про зміну структури витрат у відповідь на кризові обставини.

Найбільш виразно фінансовий результат (збиток) відображає нестабільність фінансового стану: різке погіршення у 2019 році для КНП «ЦПМСД №2»

Солом'янського району та подальше часткове відновлення у 2020–2021 роках. Така динаміка свідчить про наявність аномалій у фінансовій звітності., які потребують детального аналізу причин, що зобразимо на рис. 2.14.



**Рис. 2.14. Вплив змін структури витрат на фінансові результати діяльності респондентів**

*Джерело: складено автором на основі [57, 59]*

На графіку представлена динаміка зміни структури витрат та доходів КНП «ЦПМСД №2» Подільського району у період 2020-2021 рр та зміна структури витрат КНП «ЦПМСД №2» Солом'янського району. Розглядаючи останній, можемо побачити що найбільші зміни були спричинені амортизаційними витратами. Аналіз балансу за 2018 рік, показав різке збільшення первісної вартості основних засобів ( з 91 619 тис. грн до 257 147 тис. грн), що послугувало протягом 2018-2019 років зростанню амортизаційних витрат (ймовірно строк корисного використання був 2 роки).

Згідно з даними структури витрат та доходів КНП «ЦПМСД №2» Подільського району, значна частина зміни витрат припадає на оплату праці, проте найбільш виражений приріст спостерігається у матеріальних витратах, які зросли на понад 400%. Водночас дохід залишався відносно стабільним і зростав помірно (28%).

Асиметричний характер як у першому так і другому випадках може бути пов'язаний із впливом зовнішніх макроекономічних факторів, таких як пандемія

COVID-19, реформування, початок військового стану тощо. Зображений графік підкреслює необхідність оптимізації витратної структури, зокрема управління матеріальними витратами, щоб забезпечити ефективність діяльності в умовах нестабільної економічної ситуації. Це підкреслюється динамікою індикатору охорона здоров'я у надзвичайних ситуаціях «Потрійний мільярд» в Україні у 2020-2021рр. З метою надання більш детальної характеристики фінансового результату діяльності обраних респондентів дослідження сформуємо табл. 2.2, де для порівняльності періодів використаємо валюту долар.

Таблиця 2.2

**Фінансовий результат від операційної діяльності обраних КНП за 2022-2023 рр**

КНП	Стаття	2022, тис.до лл	2023, тис. долл	Горизонтал ьний аналіз, тис. долл	Вертикаль ний аналіз, %
КНП " ЦПМСД №2" СОЛОМ'ЯНС ЬКОГО РАЙОНУ М.КИЄВА	Чистий дохід	2 352	2 345	-7	-0,32%
	Собівартість	2 032	2 054	22	1,09%
	Валовий прибуток	320	290	-30	-10,29%
	Адміністративні витрати	380	339	-41	-11,94%
	Інші операційні витрати	28	181	153	84,34%
	Інші операційні доходи	32	180	147	82,10%
	Фін. результат: збиток	-56	-51	-5	-10,63%
	Валова маржинальність	13,61%	12,38%		
	Операційна маржинальність	-2,38%	-2,15%		
КНП "ЦПМСД №2" ПОДІЛЬСЬК ОГО РАЙОНУ М.КИЄВА	Чистий дохід	3 093	2 677	-416	-15,55%
	Собівартість	2 841	2 385	-456	-19,13%
	Валовий прибуток	252	292	40	13,72%
	Адміністративні витрати	557	517	-40	-7,72%
	Інші операційні витрати	14	13	-2	-12,35%
	Інші операційні доходи	240	139	-100	-71,89%
	Фін. результат: збиток	-80	-98	19	18,98%
	Валова маржинальність	8,14%	10,91%		
	Операційна маржинальність	-2,57%	-3,67%		
КНП "ЦПМСД №1" ОБОЛОНСЬК ОГО РАЙОНУ М.КИЄВА	Чистий дохід	3 474	3 381	- 94	-2,78%
	Собівартість	3 325	3 282	- 43	-1,31%
	Валовий прибуток	150	99	- 51	-51,48%
	Адміністративні витрати	493	409	- 83	-20,40%
	Інші операційні витрати	44	94	50	53,20%
	Інші операційні доходи	310	270	-41	-15,08%
	Фін. результат: збиток	-76	-134	58	43,09%
	Валова маржинальність	4,31%	2,93%		
	Операційна маржинальність	-2,20%	-3,97%		

*Джерело: складено автором на основі [57, 58, 59]*

Економічний аналіз за фінансовими результатами від операційної діяльності серед обраних респондентів дозволяє зробити наступні висновки: чистий дохід по підприємствам залишається відносно стабільним, однак найбільша його величина припадає на КНП "ЦПМСД №1" Оболонського району м. Києва (3 381 тис. долл у 2023 році), однак, найбільший валовий прибуток спостерігається у КНП "ЦПМ СД №2" Подільського району м. Києва –292 тис.долл. Крім того, найбільший дохід від операційної оренди активів у 2023 році належить КНП "ЦПМ СД №2" Солом'янського району м. Києва (6 570 тис. грн). Разом з цим, найбільша валова маржа належить КНП "ЦПМ СД №2" Солом'янського району м. Києва (12,38%). Таким чином, у 2023 році за показниками валової та операційної маржинальності найбільш результативним КНП можна вважати КНП "ЦПМСД №2" Солом'янського району м. Києва.

Для оцінювання динаміки фінансових показників оглянутих періодів скористаємося горизонтальним на вертикальними методами відхилень. Відповідно до табл. 2.2 динаміка показників має нерівнозначні зміни у кожного з респондентів. Так, на відміну від інших респондентів для КНП "ЦПМ СД №1" Оболонського району м. Києва відбулося зниження фінансового результату у 2023 році проти 2022 року, з 76 тис.долл збитку до 134 тис. долл (зростання збитку на 43%). У КНП "ЦПМ СД №2" Подільського району м. Києва відбулося зростання збитку на 18%. Найбільшим динамічним зростанням можна назвати фінансовий результат КНП "ЦПМ СД №2" Солом'янського району м. Києва – зменшення збитку на 11%.

Дохідний принцип оцінювання діяльності респондентів, за яким було відображено вище аналіз, містить обмеження для надання повноцінного висновку, тому, скористаємося комбінованим принципом оцінювання та розглянемо детально витратну частину кожного підприємствам (табл.2.3).

Таблиця 2.3

## Розкриття витрат обраних КНП за 2022-2023 рр

КНП	Стаття	2022	2023	Горизонтал ьн аналіз, тис. долл	Вертикаль н аналіз, %	Віднош о зміни доходу, %
<b>КНП " ЦПМСД №2" СОЛОМ'ЯНСЬКО ГО РАЙОНУ М.КИЄВА</b>	Амортизаці я	55,87	50,5	- 5,37	-10,63%	-10,32%
	Витрати на оплату правці	1 808,53	1 726,48	- 82,05	-4,75%	-4,43%
	Відрахуван ня на соціальні заходи	400,13	377,98	- 22,15	-5,86%	-5,54%
	Матеріальні затрати	61,44	88,78	27,34	30,80%	31,12%
	Інші операційні витрати	114,15	331,00	216,85	65,51%	65,83%
<b>КНП "ЦПМСД №2" ПОДІЛЬСЬКОГО РАЙОНУ М.КИЄВА</b>	Амортизаці я	79,52	98,16	18,63	18,98%	34,53%
	Витрати на оплату правці	2 402,98	2 058,66	- 344,32	-16,73%	-1,18%
	Відрахуван ня на соціальні заходи	523,00	445,81	- 77,19	-17,31%	-1,77%
	Матеріальні затрати	244,14	232,41	- 11,73	-5,05%	10,50%
	Інші операційні витрати	162,45	79,32	- 83,13	-104,81%	-89,26%
<b>КНП "ЦПМСД №1" ОБОЛОНСЬКОГО РАЙОНУ М.КИЄВА</b>	Амортизаці я	106,76	134,36	27,59	20,54%	23,32%
	Витрати на оплату правці	2 694,15	2 583,57	- 110,58	-4,28%	-1,50%
	Відрахуван ня на соціальні заходи	590,22	565,54	- 24,68	-4,36%	-1,58%
	Матеріальні затрати	239,13	309,32	70,19	22,69%	25,47%
	Інші операційні витрати	230,97	191,69	- 39,27	-20,49%	-17,71%

Джерело: складено автором на основі [57, 58, 59]

За результатами аналізу витрат респондентів дослідження медичної сфери у м. Києві за 2022 та 2023 роки можна зробити такі висновки: загальна тенденція показує зростання витрат у всіх трьох підприємств у фінансовій звітності у гривневій валюті, однак зменшення у валюті долар.

Вертикальний аналіз виявляє, що найбільшу частку у структурі витрат займають витрати на оплату праці, які складають понад 50% для всіх респондентів дослідження, що є типовим для медичних установ. Проте загальне зменшення витрат на оплату праці у доларах та зростання у гривні, може свідчить про ускладнення макроекономічного стану країни, особливо у воєнних умовах.

З метою визначення кореляційної залежності зміни складових витрат відносно зміни доходу, ми визначили зміну доходу за період та знайшли різницю до зміни складових витрат за аналогічний період, щоб спостерігати непропорційні зміни. Очікувано, найменш залежними витратами виявилися інші операційні витрати, а також матеріальні витрати, - оскільки їх зміна є результатом впливу як мікро-, так і макроекономічних факторів, які не завжди можуть співвідноситися з рівнем доходу. Отже, аналіз витрат свідчить про загальні тенденції зростання витрат у медичній сфері у національній валюті, зокрема на оплату праці. Як вже було підкреслено вище, заробітна плата є основною статтею витрат у медичних закладах первинної медико-санітарної допомоги, що є типовим для визначених сфер послуг. Розглянемо більш детально складову витрат на оплату праці у табл. 2.4.

Таблиця 2.4

#### Розкриття витрат на оплату праці обраних КНП за 2022-2023 рр

Показники	2022	2023	2022	2023	2022	2023
	КНП "ЦПМСД №2" ПОДІЛЬСЬКОГО РАЙОНУ М.КИЄВА		КНП " ЦПМСД №2" СОЛОМ'ЯНСЬКОГО РАЙОНУ М.КИЄВА		КНП "ЦПМСД №1" ОБОЛОНСЬКОГО РАЙОНУ М.КИЄВА	
Середня кількість працівників у т.ч.:	348	340	232	236	336	336
керівник	1	1	1	1	1	1
адміністративно-управлінський персонал	51	49	34	34	39	39

Продовження табл.2.4

<b>працівники</b>	296	290	197	201	296	296
<b>Витрати на оплату праці:</b>	77 718	75 293	58 492	63 144	87 135	94 491
керівник	1 062	1 002	669	669	720	720
<b>адміністративно-управлінський персонал</b>	13 269	11 415	8 353	8 605	10 717	10 235
працівники	63 387	62 876	49 470	54 070	75 698	83 536
<b>Середньомісячні витр.на опл. праці од. прац.(грн), у т.ч:</b>	18 611	18 454	21 010	22 297	21 611	23 435
керівник, у тому числі:	88 500	83 500	55 750	55 750	60 000	60 000
посадовий оклад	27 248	26 666	27 898	27 898	39 938	39 938
преміювання	47 598	43 888	27 852	27 852	11 900	11 900
<b>адміністративно-управлінський працівник</b>	21 681	19 413	20 473	21 091	22 900	21 870
працівник	17 845	18 068	20 926	22 417	21 311	23 518

*Джерело: складено автором на основі [57, 58, 59]*

Аналіз витрат на оплату праці трьох обраних підприємств медичної сфери у м. Києві за період 2022-2023 років показує наступні тенденції. КНП "ЦПМ СД №2" Подільського району м. Києва демонструє стабільну чисельність працівників із незначним зменшенням з 348 до 340 осіб. Витрати на оплату праці зменшились з 77 718 тис. грн у 2022 році до 75 293 тис. грн у 2023 році. Зниження витрат на оплату праці, незважаючи на стабільну чисельність працівників, може бути пов'язане з оптимізацією заробітних плат або зменшенням додаткових виплат, що можна побачити зокрема у керівника та адміністративно-управлінського персоналу.

КНП "ЦПМ СД №2" Солом'янського району м. Києва зазнало зростання чисельності працівників з 232 до 236 осіб. Витрати на оплату праці значно зросли з 58 492 тис. грн у 2022 році до 63 144 тис. грн у 2023 році. Це зростання витрат може бути обумовлене збільшенням чисельності працівників, а також підвищенням заробітних плат. Середньомісячні витрати на оплату праці керівників, адміністративно-управлінського персоналу та працівників також зросли, що свідчить про загальне підвищення рівня компенсації у підприємстві.

КНП "ЦПМ СД №1" Оболонського району м. Києва демонструє стабільну чисельність працівників, яка залишилася на рівні 336 осіб протягом розглянутих

років. Витрати на оплату праці зросли з 87 135 тис. грн у 2022 році до 94 491 тис. грн у 2023 році. Це зростання може бути пов'язане як з підвищенням заробітних плат, так і з виплатою премій чи інших додаткових компенсацій. Середньомісячні витрати на оплату праці для всіх категорій працівників також зросли, що вказує на загальну тенденцію до підвищення заробітних плат у медичній сфері.

Таким чином, аналіз витрат на оплату праці показує загальну тенденцію до зростання витрат у більшості підприємств, що може бути обумовлено як збільшенням чисельності працівників, так і підвищенням рівня компенсації.

Аналіз фінансових показників трьох медичних закладів у м. Києві за 2022-2023 роки дозволяє зробити висновки про їх ефективне використання фінансових ресурсів, що може узагальнитися у конверсії. Цикл конверсії грошових коштів складається з 3 елементів: період оборотності дебіторської заборгованості, період оборотності запасів та період оборотності кредиторської заборгованості. Важливим є те, що показник оборотності дебіторської заборгованості був виключений з аналізу через особливості роботи з НСЗУ. НСЗУ виступає основним партнером та платником за надані медичні послуги, а отже, підприємства значною мірою залежать від ритмічності виплат з боку цієї служби.

Відсутність дебіторської заборгованості як ключового елемента ускладнює класичний аналіз циклу, оскільки грошові потоки регулюються переважно державною структурою. Це означає, що підприємства мають обмежений вплив на період погашення цієї "заборгованості", що впливає на їх гнучкість у фінансовому плануванні. Враховуючи це період оборотності кредиторської заборгованості набуває більшої ваги як інструмент підтримання ліквідності та управління зобов'язаннями.

Загальний цикл в КНП "ЦПМСД №1" Оболонського району м.Києва незначно збільшився з 16,96 до 17,53 днів у 2023 році, що вказує на деяке уповільнення обігу коштів. Це може означати певні труднощі з ліквідністю та потребу в ретельнішому контролі фінансових потоків.

Період оборотності запасів демонструє позитивну динаміку скорочення у всіх підприємствах. Наприклад, у КНП "ЦПМСД №2" Подільського району м.Києва цей показник зменшився з 36 до 26,63 днів, що свідчить про ефективніше використання ресурсів. Зменшення цього періоду дозволяє знижувати витрати на зберігання та оперативніше забезпечувати надання медичних послуг.

Щодо періоду оборотності кредиторської заборгованості, підприємства зберігають стабільні показники або незначно скорочують їх. У КНП "ЦПМСД №2" Солом'янського району м.Києва показник залишився на рівні 0,47 днів, що свідчить про швидке виконання фінансових зобов'язань перед постачальниками. Це може сприяти збереженню довіри постачальників, проте створює додатковий тиск на ліквідність підприємства.

Цей підхід до аналізу підкреслює унікальність фінансового циклу КНП, який відрізняється від класичного комерційного підходу. Наявність стабільного та контрольованого обороту запасів разом із ефективним управлінням кредиторською заборгованістю стає ключовим фактором для забезпечення їхньої фінансової стійкості.

Для надання узагальненого висновку по проведеному аналізу, об'єднаємо SWOT-матрицю з сітковою діаграмою, що дозволить виділити спільні та унікальні проблеми кожного учасника, визначити зони які потребують пріоритетного рішення, а також вказати на напрямки цих рішень.

*Таблиця 2.6*

### **SWOT–матриця діяльності обраних КНП**

<b>Сильні сторони</b>	<b>Можливості</b>
1. Безбар'єрний доступ - О, С, П	1. Активна позиція та зацікавленість в розвитку медицини місцевої влади - О, С, П
2. Впровадження інформаційної системи для пацієнтів Helsi - О, С, П	2. Впровадження нових заходів для покращення та навичок спеціалістів Центру - О, С, П

## Продовження таблиці 2.6

3. Кваліфікований персонал - О, С, П	3. Надання спеціалізованої медичної допомоги в амбулаторних умовах (наявність ліцензій на медичну практику, розширеної у частині спеціалізованої допомоги) - О, С, П
4. Можливість проведення клінічних лабораторних досліджень силами Центру - О, С, П	4. Розширення переліку платних послуг (стажування лікарів-інтернів, діагностика та інші послуги вторинної ланки) - О, С, П
5. Надання медичних послуг за програмою «Медичних гарантій» та оплата їх НСЗУ - О, С, П	5. Підвищення відсотку укладання декларацій про вибір лікаря - О, С, П
6. Розвинена транспортна інфраструктура - О, С	6. Наявність вільних площ для надання в оренду - С, П
7. Компактна і ефективна структура мережі Центру - О	7. Постійне інформування пацієнтів через сайт Центру та Facebook сторінку - О, П
8. Впровадження стереотипних заходів, утримання фасадів, заміна вікон тощо - О	8. В разі укладання декларацій в межах статистичного населення – працевлаштування додаткового медичного персоналу - С
9. Наявність майстер-класів для постійного тренінгу та навчання молодих спеціалістів основним діагностичним прийомам - П	9. Запровадження муніципальних надбавок для спіробітників - О
10. Наявність відділень по наданню платних медичних послуг - П	10. Залучення молодих фахівців-інтернів до роботи - С
11. База для стажування лікарів-інтернів - С	
<b>Слабкі сторони</b>	<b>Загрози</b>
1. Біліше 50% лікарів віком старше 35 років - О, С, П	1. Конкуренція з приватними закладами охорони здоров'я - О, С, П
2. Високий ступінь зносу основних засобів - О, С, П	2. Низький рівень культури здорового способу життя - О, С, П
3. Відсутність знань для ефективного використання телемедичних технологій - О, С, П	3. Ризик зміни курсу реформ - О, С, П
4. Енергомістке застаріле обладнання - О, С, П	4. Ризик пошкодження майна Центру у результаті військових наслідків - О, С, П
5. Не всі лікарі володіють сучасними діагностичними, лікувальними методологіями та іноземною мовою - О, С, П	5. Ускладнення військової ситуація в країні - О, С, П
6. Ряд приміщень потребує ремонту - О, С, П	6. Відсутність додаткових коштів на оновлення техніки та обладнання - О, С
7. Відсутність мотивації до навчання менеджменту - О, С, П	7. Звільнення молодих спеціалістів у зв'язку з незадоволеності рівнем заробітної плати - О, С
8. Відсутність власних транспортних засобів для виїздів на прийом лікарів в лікарні першої зони - О	
9. Відсутність амбулаторій в районах новобудов - П	
10. Відсутність сучасного діагностичного обладнання для спеціалістів вторинної ланки - П	
11. Недоукомплектованість кадрами - С	
12. Потребує удосконалення ефективна інформаційна взаємодія між підрозділами Центру та лікарями другого рівня - С	
13. Пасивність частини населення до вибору лікаря - С	

Джерело: запропоновано автором

Базуючись на SWOT-матриці табл.2.6, надамо означення скорочень, де:

О - КНП "ЦПМСД №1" Оболонського району м.Києва;

С - КНП " ЦПМСД №2" Солом'янського району м.Києва;

П - КНП "ЦПМСД №2" Подільського району м.Києва.

У результаті сформованої матриці запропонуємо стратегічні напрямки рішень виділених слабких сторін та загроз та основі використання переваг сильних сторін та можливостей:

ST.1 – Збільшення рівня оплати праці співробітників шляхом взаємодії з приватними медичними закладами (О, С, П);

ST.2 – Підвищення якості медичних послуг шляхом трансферу знань та технологій між приватними закладами та КНП (О, С, П);

ST.3 – Партнерство з приватними закладами, що дозволить розширити спектр медичних послуг (О, С, П);

ST.4 – Упровадження рекламних стратегій на основі наявних переваг розвинутої транспортної інфраструктури (О, С);

ST.5 – Залучення великих медичних центрів для розташування на розвиненій і ефективній структурі мережі закладу КНП (О);

ST.6 – Впровадження HR-політик щодо особистого розвитку лікарів-інтернів, а також подальшого відбору до працевлаштування (С);

WO.1 – Проходження сучасних практичних курсів щодо використання комп'ютерних та теле-медичних технологій (О, С, П);

WO.2 – Підвищення рівня менеджменту КНП шляхом проходження повноцінних курсів MBA у сфері охорони здоров'я, стратегій реформування тощо (О, С, П);

WO.3 – Інформування пацієнтів про діяльність закладу та новини медичної сфери використовуючи розвинені сайти приватних закладів (О, П);

WO.4 – Збільшення доступності та довіри до медичних фахівців маючи досвід партнерства та пропонуючи нові пакети медичної допомоги (О, С, П);

WO.5 – Збільшення доступності надання послуг шляхом розширення площі через партнерство з приватними компаніями та КНП (С);

WO.6 – Упровадження системи мотивації як для вищого менеджменту так і спеціалістів окремих сфер діяльності (О, С, П).

Аналізуючи стратегічні напрямки, запропоновані на основі SWOT-матриці, можна зробити висновок, що ці стратегії спрямовані на вирішення існуючих проблем та максимізацію використання наявних можливостей з метою підвищення ефективності функціонування КНП. Особливий акцент зроблено на формуванні стратегій партнерства як з приватними медичними закладами так і міжсекторального партнерства.

Партнерство з приватними медичними закладами сприятиме підвищенню рівня оплати праці співробітників та покращенню якості медичних послуг через трансфер знань і технологій. Це дозволить не лише зменшити відтік кваліфікованих кадрів, але й підвищити рівень задоволеності пацієнтів, що в свою чергу підвищить довіру до КНП. Упровадження рекламних стратегій, що базуються на наявних перевагах КНП та приватних компаній, сприятиме залученню більшої кількості пацієнтів та підвищенню обізнаності про медичні послуги.

Важливим аспектом є підвищення рівня менеджменту, освіченості фахівців та населення, а також впровадження сучасних HR-політик. Проходження курсів MBA та практичних курсів про використання комп'ютерних та телемедичних технологій допоможе керівникам та спеціалістам КНП оптимізувати процеси, впроваджувати новітні технології, а також підвищити рівень ефективності закладів.

Таким чином, запропонована глобальна стратегія для всіх КНП полягає у розвитку різних форм партнерства, що сприятиме інтеграції зусиль різних секторів для досягнення спільних цілей та підвищення ефективності роботи медичних закладів. Отже, запропоновані стратегії націлені на вирішення існуючих проблем та створення сприятливих умов для розвитку КНП шляхом активного використання партнерських відносин. Вони допоможуть підвищити рівень медичних послуг,

оптимізувати внутрішні процеси та забезпечити стійкий розвиток медичних закладів у довгостроковій перспективі.

### **2.3. Імплементация квантового партнерства у діяльність респондентів дослідження**

*«Ми трималися разом, і в цьому була наша сила» [28]*

Концептуальна модель партнерства (рис.1.3) об'єднує основні аспекти функціонування партнерських взаємодій у різних сферах діяльності. Ця модель включає чітку структуру блоків, таких як бізнес-модель партнерів, організаційна структура, стратегії взаємодії, ключові фактори успіху тощо, а також рівні, етапи та принципи формування партнерства. Її міждисциплінарний характер сприяє використанню інструментів економіки та управління, а також соціальних наук для визначення потреби та управління партнерством.

Наступним етапом концептуальної моделі партнерства (рис.1.3) ми визначили *пошук та відбір партнерів – етап 2*, тому виділимо пріоритети для сектора охорони здоров'я, які дозволять підкреслити та доповнити розглянуті цілі партнерства *на етапі 1*, а також окреслити площину для розгляду потенційних партнерів.

Фундаментальним етапом підготовки патерну квантового партнерства для його учасників пропонуємо виділити формування комбінованого набору метрик, які, з одного боку, забезпечують порівнюваність та відображають специфіку діяльності респондентів, а з іншого – акцентують увагу на сильних і слабких сторонах кожного учасника. З нашої точки зору важливо, що обрані показники відповідають принципам прозорості та матеріальності (тобто є дійсно суттєвими для оцінювання реального стану підприємств у сфері охорони здоров'я) та дозволяють ефективно порівнювати результати діяльності різних закладів.

У групі внутрішніх показників діяльності підприємств пропонуємо виокремити кількісно-якісні показники, що розподіляються на дві основні

субгрупи: кількісна субгрупа: операційна та фінансова інтрогрупи; якісна субгрупа: трудова, організаційна та інтрогрупа показників надання послуг.

Такий поділ дає змогу чітко простежити, як саме формується внутрішній потенціал підприємства: від економічних результатів до організаційної та трудової складових, які значною мірою впливають на якість надання медичних послуг.

На нашу думку, операційну інтрогрупу слід скласти з показників, що сформовані на основі звіту про прибутки та збитки як середній результат діяльності підприємств за 5 років. При цьому нівелюється ефект курсових різниць (значення відображено у доларах США), аби забезпечити уніфіковану основу для порівняння. Деталізовано операційні показники подано у рис. 2.1 та табл. 2.2 і 2.3, де показано динаміку виручки, витрат, чистого прибутку тощо.

Фінансові показники доповнюють операційні, акцентуючись насамперед на ефективності використання ресурсів і платоспроможності. У роботі використовуються показники маржинальності, а також показники оборотності, передусім оборотність запасів та оборотність кредиторської заборгованості (згідно з табл. 2.2 та 2.5).

Таке уніфіковане представлення з нашої точки зору дозволяє визначити тенденції в операційній діяльності респондентів за кілька років, здійснити порівняння результатів між собою, виявити «вузькі місця» в операційній діяльності, зокрема чи зростають витрати швидше за доходи, або навпаки. Це, своєю чергою, впливає і на можливості впровадження інновацій, розгортання нових проєктів та оперативність реагування в умовах змінного ринку, зокрема, під час воєнних викликів (табл.2.7).

*Таблиця 2.7*

**Мікрорівень графоаналітичної моделі квантового партнерства  
(кількісні внутрішні параметри) - КНП**

Інтрогрупа	Показники	КНП "ЦПМСД №2" СРК	КНП "ЦПМСД №2" ПРК	КНП "ЦПМСД №1" ОРК	MIN	MAX
Операційні	Чистий дохід (середній за 6 років), тис.дол	2 524	2 542	3 590	2 524	3 590

Продовження таблиці 2.7

	Валовий прибуток (середній за 6 років), тис.дол	269	219	173	173	269
	Інші операційні витрати (середній за 6 років), тис.дол	56	13	59	13	59
	Інші операційні доходи (середній за 6 років), тис.дол	70	190	251	70	251
Фінансові	Валова маржинальність (середній за 6 років), тис.дол	0,11	0,09	0,05	0,05	0,11
	Операційна маржинальність (середній за 6 років), тис.дол	- 0,06	- 0,03	- 0,03	-0,06	- 0,03
	Період оборотності запасів (баланс за останні 3 роки)	15,63	26,63	19,25	15,63	26,63
	Період оборотності кредиторської заборгованості (баланс за останні 3 роки)	5,59	2,43	1,72	1,72	5,59

*Джерело: запропоновано автором на основі [57, 58, 59]*

Таким чином, поєднання операційних та фінансових показників у межах кількісної субгрупи, з нашої точки зору, дає цілісне уявлення про «цифровий» профіль кожного підприємства, допомагаючи виявити сильні й слабкі сторони у фінансово-економічній площині. Порівняння цих параметрів між респондентами створює передумови для формування рекомендацій щодо підвищення ефективності діяльності та більш раціонального використання ресурсів.

Інтрогрупа трудових, організаційних та показників надання послуг належить до якісної сабгрупи, оскільки вона зосереджується на таких непрямих, але водночас визначальних для медичних закладів моментах, як: рівень залученості та кваліфікації персоналу, якість управлінських процесів і загальна організаційна культура та реальна доступність і ефективність медичних послуг для пацієнтів.

У межах цієї інтрогрупи зробимо наголос на тому, як людський фактор (мотивація, досвід, швидкість прийняття рішень) і адміністрування (кількість точок

надання послуг, ефективність цифрових рішень тощо) впливають на загальний результат діяльності підприємства. Це, своєю чергою, дозволить нам оцінити не лише фінансові параметри, а й якісні характеристики медичної установи, визначаючи її здатність надавати послуги на належному рівні, реагувати на потреби пацієнтів та адаптуватися до нових умов.

Отже, як визначили у підрозділі 2.2, найбільшу частку у структурі витрат займають витрати на оплату праці, які складають понад 50% для всіх респондентів дослідження, що є типовим для медичних установ. Тому, інтрогрупа трудових показників зосереджується на трудовому потенціалі підприємств, що розглядає з одного боку якість робочих місць (включно з рівнем заробітної плати, кількістю медичного персоналу різної кваліфікації), а з іншого якість надання послуг (визначається кількістю декларацій, освітній рівень, вікова структура працівників тощо).

Значення інтрогрупи трудових показників полягає в тому, що саме трудовий потенціал є ключовим для медичних закладів. Його якісні характеристики прямо впливають на рівень сервісу, ступінь довіри пацієнтів, а також на здатність розвивати та впроваджувати інноваційні рішення.

Інтрогрупа організаційні показники відображає якість адміністративного обслуговування (наприклад, скільки точок чи відділень надання послуг існує, чи доступні вони для різних верств населення), ступінь цифровізації робочих процесів (кількість електронних медичних записів, цифрових платформ для взаємодії з пацієнтами тощо), ефективність процесів управління (швидкість реагування на заявки, наявність електронних черг тощо).

У підсумку, організаційні показники демонструють, наскільки підприємство (або медичний заклад) готове до роботи в умовах сучасного середовища та чи має воно достатньо управлінських інструментів і компетенцій для ефективної взаємодії з пацієнтами.

У інтрогрупі показників надання послуг окрема увага приділяється кількості пакетів послуг, на які надавачі мають договір на 2023 рік, кількості укладених

декларацій, кількості взаємодій на одну декларацію, а також кількості виписаних рецептів та електронних медичних записів (ЕМЗ) на одного пацієнта або декларацію.

З впровадженням реформи цифровізації медицини імплементовано різні види електронних медичних записів та документів, але у межах нашого дослідження, хочемо зацентрувати увагу на наступних [3]:

- епізод медичної допомоги – випадок взаємодії пацієнта з закладом охорони здоров'я, починаючи з першого звернення до медичного працівника цього закладу та до останнього звернення у зв'язку з однією причиною для отримання медичних послуг. Епізод об'єднує всі інші медичні записи (передусім взаємодії), що були записані в межах випадку надання медичної допомоги. Якщо надання допомоги за тією ж медичною проблемою продовжується в іншому закладі – має бути створено новий епізод. Після завершення надання медичної допомоги в закладі лікар приймає рішення про закриття епізоду. У певних випадках (наприклад, при лікуванні хронічних захворювань) епізод може залишатись відкритим тривалий час протягом життя пацієнта;

- взаємодія – очна або дистанційна (телекомунікаційними методами) взаємодія між пацієнтом та надавачем медичних послуг щодо надання пацієнту медичної допомоги. Взаємодія може бути доповнена іншими медичними записами, такими як стан/діагноз за ІСРС-2, МКХ-10-АМ, МКФ, запис про алергію, імунізацію, діагностичний звіт, процедуру тощо.

У висновку, ці дані безпосередньо демонструють рівень сервісу та особливості внутрішніх процесів у наданні медичної допомоги, саме вони найпряміше відображають результат діяльності підприємств із погляду кінцевого споживача (пацієнта). Тому, вони є своєрідним «зрізом» пацієнтського досвіду та основою для оцінювання реальної якості й доступності медицини. У контексті квантового партнерства ці дані допомагають виявити, які точки взаємодії з клієнтом можна вдосконалити за допомогою інновацій чи спільних проєктів із партнерами (табл.2.8).

Таблиця 2.8

**Мікрорівень графоаналітичної моделі квантового партнерства (якісні внутрішні параметри)**

Інтрогрупа	Показники	КНП "ЦПМСД №2" СРК	КНП "ЦПМСД №2" ПРК	КНП "ЦПМСД №1" ОРК	MIN	MAX
Трудові	Середньомісячна заробітна плата (за 2023 рік):	22 967	15 657	21 080	15 657	22 967
	-лікарів	31 219	24 124	32 421	24 124	32 421
	-середній медичний персонал	24 267	15 705	21 449	15 705	24 267
	-молодший медичний персонал	13 415	7 143	9 370	7 143	13 415
	Кількість медичного персоналу (за 2023 рік):	155	277	247	155	277
	-лікарів	64	108	109	64	109
	-середній медичний персонал	67	131	106	67	131
	-молодший медичний персонал	24	38	32	24	38
	Кількість декларацій на одного працівника	616	477	662	477	662
	Відсоток лікарів до 45 років, %					
Організаційні	Ширина місць надання послуг (МПН)	18	15	21	15	21
	Адміністративні витрати за 2023	339	517	409	339	517
	К-сть ЕМЗ загалом за 2023 рік	1 185 556	1 678 453	1 609 088	1 185 556	1 678 453
	К-сть ЕМЗ взаємодія за 2023 рік	255 232	312 420	385 929	255 232	385 929
	К-сть ЕМЗ епізод за 2023 рік	155 012	172 178	233 890	155 012	233 890
	Кількість взаємодії на один епізод	2	2	2	2	2
Надання послуг	Перелік пакетів послуг, на які надавачі мали/мають договір протягом 2023 року	1,41,50,51 (4)	1,9,22,41,50,51 (6)	1,41,50,51 (4)	4	6
	Загальна к-сть скарг у 2023 році	2	6	3	2	6
	Всього виписано рецептів у 2023 році	34 910	39 689	54 706	34 910	54 706
	Кількість рецептів на одну декларацію	0,37	0,30	0,33	0,30	0,37
	Кількість декларацій	95 436	132 219	163 428	95 436	163 428
	К-сть ЕМЗ взаємодії на одну декларацію за 2023 рік	3	2	2	2	3

*Джерело: запропоновано автором на основі [57, 58, 59]*

В результаті комбінований набір метрик для внутрішніх показників виступає засобом не лише оцінювання поточного стану, а й управлінським інструментом: він

відкриває можливість для системного моніторингу, формування пріоритетів та налагодження стратегії впровадження інновацій у межах квантового партнерства. Це сприятиме прозорості, підвищенню довіри серед усіх зацікавлених сторін та ефективнішій комунікації між учасниками.

У межах квантового партнерства для аналізу зовнішнього середовища ми використали концепцію 5 сил М. Портера. У дослідження ми використовуємо 5 таблиць, кожна з яких оцінює рівень загрози однією з п'яти сил конкуренції по М. Портеру. У кожній таблиці наведені параметри для оцінки конкуренції і дано їх короткий опис. Оцінка параметрів проводиться за 3-х бальною шкалою для того, щоб оцінити вплив кожної конкурентної сили досить вибрати одне з трьох тверджень і проставити відповідний бал від 1 до 3.

1. Аналіз параметра «товари-замінники за критерієм «ціна-якість»» КНП ЦПМСД виявляє, що на ринку присутні певні альтернативні форми надання медичних послуг. Проте їхня доля залишається незначною, а масштабний вплив на діяльність КНП ЦПМСД – обмеженим. Зокрема, приватні медичні заклади, що пропонують той самий спектр послуг, вимагають вищих витрат з боку пацієнтів. Унаслідок цього приватний сектор не може забезпечити аналогічний рівень «ціна-якість» для широких верств населення, який є характерним для КНП ЦПМСД. Телемедичні сервіси, попри зростання популярності, поки що не мають достатнього покриття та потужностей, аби повноцінно конкурувати з державними медичними установами в сегменті первинної допомоги, особливо коли йдеться про фізичні огляди й вакцинації.

Таким чином, аналіз свідчить про наявність субститутів, однак їхня ринкова частка недостатня для створення вагомої конкуренції, здатної витіснити КНП ЦПМСД з ринку. Відповідно до обраної градації, оцінка цього параметра становить «2» – товари-замінники існують, але їх вплив поки не набув значного поширення.

2. У столиці зосереджено багато закладів первинної медичної допомоги, водночас саме цей ринок не є динамічним з позиції суттєвого розширення чи

глибокої диверсифікації (через специфіку державного фінансування та регулювання).

На ринку первинної медичної допомоги в м. Київ функціонує значна кількість закладів як державного (комунальні некомерційні підприємства), так і приватного секторів, що надають послуги сімейної медицини, терапії та педіатрії. З огляду на це, ринковий простір характеризується суттєвим насиченням, оскільки між суб'єктами господарювання точиться конкуренція за пацієнтів і відповідно за бюджетне фінансування через систему НСЗУ. Тому, рекомендована оцінка параметру кількість гравців: “3” (високий рівень насиченості);

Разом з цим ринок первинної медичної допомоги загалом не демонструє вибухового чи прискореного розвитку. Проте впровадження реформи системи охорони здоров'я (зокрема механізму «гроші йдуть за пацієнтом») стимулює незначне збільшення числа активних учасників і сприяє розширенню пропонуванних послуг у напрямку більшої орієнтованості на потреби пацієнтів. Таким чином, галузь ще зростає, але в помірному темпі. Рекомендована оцінка параметру темп росту ринку: “2” (сповільнюється, але все ще зростаючий);

Базові послуги, які надають КНП ЦПМСД, підпорядковуються уніфікованим стандартам (зокрема, протоколам лікування, затвердженим МОЗ України). Водночас певна варіативність спостерігається у сервісних характеристиках (швидкість обслуговування, розширені години прийому, додаткові послуги тощо), що більш розвинено у приватних закладів. У підсумку, ядро медичних послуг залишається стандартизованим за основними клінічними протоколами, тоді як деякі диференційовані особливості проявляються у додаткових перевагах та сервісах.

Відповідно до вищезазначеного рекомендована оцінка для параметру рівень диверсифікації продукту (медичних послуг): “2” (товар переважно стандартизований за ключовими властивостями, але відрізняється певними додатковими перевагами);

У контексті КНП, що фінансуються коштами НСЗУ, можливість підвищення вартості послуг фактично відсутня. Оплата за медичні послуги для пацієнта здебільшого покривається з бюджету, і КНП не мають права довільно збільшувати ціни, що унеможлиблює цінову конкуренцію як механізм підвищення власної маржинальності. Таким чином, комунальний сегмент ринку вимушений діяти за жорстко регламентованими тарифами, а отже не може впливати на ринкову ціну. Тому, за критерієм обмеження в підвищенні цін (цінова конкуренція) рекомендована оцінка: “1” (жорстка цінова конкуренція / відсутні можливості для підвищення цін).

Підсумовуючи, внутрішньогалузева конкуренція у сегменті первинної медичної допомоги м. Києва характеризується високим рівнем насиченості, помірними темпами зростання, відносною стандартизацією основних послуг та обмеженими можливостями для зміни цінової політики з боку КНП ЦПМСД. Таке поєднання факторів свідчить про те, що учасники ринку переважно конкурують шляхом покращення сервісу та запровадження інноваційних форм взаємодії з пацієнтами.

3. У сфері первинної медико-санітарної допомоги значної переваги від масштабування досягають переважно великі мережеві приватні клініки. Проте такі економії притаманні лише обмеженому колу гравців, оскільки більшість комунальних закладів діють у рамках встановлених державною політикою правил і мають порівняно однаковий обсяг фінансування від НСЗУ (залежить від кількості наданих послуг). Тому, за параметром економія на масштабі під час надання послуг оціночний показник: “1” (для КНП економія на масштабі існує лише у деяких випадках);

Як вже було зазначено, ринок первинної медичної допомоги у м. Київ достатньо фрагментований, однак у приватному секторі виокремлюються декілька впізнаваних клінічних мереж, які активно комунікують із потенційними пацієнтами та формують навколо себе лояльну аудиторію. КНП ЦПМСД, зі свого боку, мають регіональний чи районний масштаб «брендів», що часто прив’язані до

адміністративного поділу. Сукупно 2–3 великі приватні мережі можуть охоплювати суттєву частку комерційного сегмента, проте водночас значний обсяг пацієнтів обслуговується саме у державному секторі. Оціночний показник: “2” (2–3 великі гравці утримують близько 50% комерційного ринку);

Базовий обсяг послуг, що надається у сфері первинної ланки (сімейні лікарі, терапевти, педіатри), уніфіковано протоколами МОЗ. Водночас низка приватних закладів і деякі комунальні центри надають додаткові сервіси (прискорені обстеження, розширені години прийому, телемедичні консультації тощо), створюючи мікро-ніші всередині загальної галузі. Проте повне «насичення» усіх можливих форматів обслуговування ще не досягнуто, що залишає простір для нових учасників, які можуть запропонувати унікальні або вузькоспеціалізовані рішення. Тому, для параметру диференціація продукту (медичних послуг) оціночний показник: “2” (існують мікро-ніші); Разом з цим, відкриття нового медичного закладу, навіть на рівні первинної допомоги, потребує суттєвих капітальних вкладень: придбання або оренди відповідного приміщення, закупівлі медичного обладнання, отримання ліцензій, формування штату кваліфікованих фахівців тощо. В умовах українського ринку повернення таких інвестицій зазвичай перевищує один рік, особливо з урахуванням витрат на маркетинг та організаційне налагодження процесів. Таким чином оціночний показник для параметру рівень інвестицій та витрат для входу в галузь: “3” (високий рівень витрат, окупність понад 1 рік);

Для комунального сектора канали розподілу (мається на увазі механізм направлень, оплати послуг через НСЗУ, а також підключення до єдиних медичних електронних систем) є загалом доступними, однак для приватних закладів повноцінна інтеграція в державну систему фінансування потребує додаткових зусиль. Це вимагає отримання відповідних договорів із НСЗУ та відповідності стандартам. Відтак, у нових учасників галузі доступ не закритий, але для якісного підключення до існуючої інфраструктури потрібні помірні інвестиції та адаптація

бізнес-процесів. Оціночний показник для доступу до каналів розподілу: “2” (доступ до каналів розподілу потребує помірних інвестицій);

Первинна ланка медичної допомоги в Україні знаходиться під значним державним регулюванням, що охоплює порядок ліцензування, укладання договорів із НСЗУ, дотримання медичних протоколів тощо. Держава встановлює критерії якості, тарифікацію послуг та здійснює моніторинг їхнього виконання, тож рівень «автономії» гравців тут нижчий, ніж у менш регульованих галузях. Отже, за параметром політика уряду рекомендований оціночний показник: “3” (держава повністю регламентує галузь і встановлює обмеження);

Для КНП ЦПМСД цінова конкуренція фактично відсутня, оскільки тарифікацію послуг визначає НСЗУ, а державні заклади не мають права довільно підвищувати чи знижувати вартість цих послуг. Приватні гравці, які працюють у платному сегменті, також воліють утримувати ustalений рівень цін, оскільки занадто агресивне зменшення тарифів може підважити якість обслуговування. Відповідно, великі гравці переважно не йдуть на цінові війни, зосереджуючись радше на покращенні сервісу чи розширенні спектра послуг. Оціночний показник до готовності існуючих гравців до зниження цін: “2” (великі гравці не підуть на зниження цін).

Реформа системи охорони здоров'я, що триває, сприяє певному розвитку сектору первинної допомоги, проте останні роки темпи цього зростання уповільнюються. Ключові структурні перетворення вже відбулися, і подальше розширення здебільшого стосується покращення якості обслуговування, впровадження додаткових сервісів та поступового розвитку приватного сегмента. Оціночний показник параметру темп зростання галузі: “2” (сповільнюється, але все ще зростаючий);

Підсумовуючи наведені параметри, загроза появи нових гравців у сегменті первинної медико-санітарної допомоги в м. Києві оцінюється як помірна. Хоча доступ до ринку не є повністю закритим і існують мікро-ніші для потенційних інвесторів, високі початкові витрати, комплексне державне регулювання та

відсутність гнучкого механізму ціноутворення обмежують можливість швидкої окупності та стримують масовий вхід нових учасників.

4. Для КНП ЦПМСД основним «покупцем» виступає держава в особі НСЗУ з одного боку, проте з іншого – надання послуг здійснюється окремим пацієнтам. Хоч і більшість доходу КНП надходить саме за договорами з НСЗУ (тобто єдиний головний “клієнт” покриває витрати за обслуговування пацієнтів), однак головним покупцем виступає пацієнт.

Попри те, що базові медичні послуги у первинній ланці певною мірою уніфіковані, комунальні заклади мають суттєву конкурентну перевагу у вигляді «безоплатності» для пацієнта (за умови укладення декларації з лікарем та дії програми державного фінансування). У приватному сегменті аналогічні послуги можуть надаватися на платній основі, тож вони є близькими за суттю, проте відрізняються сервісними характеристиками та вартістю для споживача. Таким чином, послуги КНП ЦПМСД можна вважати «частково унікальними», адже їхня “ціна” для пацієнта практично дорівнює нулю, що відрізняє їх від суто ринкових пропозицій приватних клінік. Параметру схильність до використання товарів-субститутів надається оціночний показник: “2” (товар компанії частково унікальний, є важливі для клієнтів відмінні характеристики);

Пацієнт у комунальних закладах первинної медицини зазвичай не сплачує за стандартні послуги, оскільки їх покриває державний бюджет (через НСЗУ). Відтак переключення на іншу пропозицію через міркування вартості є малоімовірним. Водночас у приватному сегменті пацієнти можуть обирати клініку за широтою сервісу, зручністю, репутацією тощо, але не лише за ціною. Оціночний показник: “3” (покупець абсолютно не чутливий до ціни в рамках комунального сектору).

З огляду на специфіку державних закладів, зазвичай основні претензії пацієнтів стосуються не якості медичної послуги як такої (базові стандарти обслуговування дотримано), а другорядних чинників: зручності запису на прийом, швидкості обслуговування, облаштування приміщень тощо. Тобто ключові клінічні характеристики, як правило, відповідають нормативним вимогам, тоді як

сервісна складова може залишатися менш розвинутою, ніж у приватних клініках. Тому, параметр рівень задоволеності споживачів якістю отримує оціночний показник: “2” (незадоволеність другорядними характеристиками).

У сегменті первинної медичної допомоги м. Києва переважає одна велика група покупців (НСЗУ від імені держави), що суттєво впливає на структуру ринку. Послуги КНП ЦПМСД частково унікальні з погляду «ціна – якість», оскільки переважно надаються пацієнтам безоплатно, а їхня конкурентоспроможність визначається радше рівнем сервісу, ніж вартістю. Показник чутливості споживачів до ціни в комунальному секторі є низьким, тоді як рівень задоволеності частіше залежить від другорядних, сервісних характеристик, а не від фундаментальної якості медичних послуг.

5. Для забезпечення закладів первинної медико-санітарної допомоги (медичними витратними матеріалами, оснащенням, лікарськими засобами тощо) зазвичай існує широкий вибір постачальників. Ринок відповідних товарів та послуг є досить розгалуженим, включає як вітчизняні компанії, так і імпортерів. Завдяки державним закупівлям або закупівлям через централізовані електронні платформи (ProZorro) конкуренція між потенційними постачальниками зростає, що знижує ризик утворення монополії. Оціночний показник: “2” (широкий вибір постачальників).

Здебільшого обсяги поставок від провідних виробників (наприклад, фармацевтичних компаній чи виробників медичного обладнання) не зазнають суттєвих обмежень. Крім того, на українському ринку оперує достатня кількість дистриб'юторів, здатних виконувати великі замовлення для закладів охорони здоров'я. Унаслідок цього реальних ситуацій дефіциту (крім випадків кризових періодів чи логістичних проблем) трапляється відносно мало. Тому, для параметру обмеженість ресурсів постачальників оціночний показник: “2” (необмеженість в обсягах).

Для КНП зміна постачальника може потребувати додаткових зусиль на перепідписання контрактів, проведення нових тендерів, отримання необхідних

погоджень тощо. Водночас у державному секторі передбачено прозорі механізми закупівель, що, з одного боку, відкривають можливість обрати іншого постачальника, а з іншого – можуть бути тривалими у процедурному плані. Якщо йдеться про специфічне обладнання, витрати на переналаштування (зокрема навчання персоналу, сумісність із наявною інфраструктурою) можуть бути доволі високими. Оціночний показник параметру витрати в разі зміни постачальника: “1” (високі витрати в разі зміни постачальника).

Сектор охорони здоров'я, навіть на рівні первинної допомоги, є доволі привабливим для постачальників, оскільки має стабільне (державне) фінансування та постійний попит. Це підвищує зацікавленість постачальників у співпраці, зокрема у довгострокових контрактах із закладами, що забезпечують гарантований збут. Для великих фармкомпаній чи постачальників обладнання медичний сегмент зазвичай залишається одним із пріоритетних напрямів, порівняно із менш регульованими галузями. Пріоритетність галузі для постачальника надається оціночний показник: “2” (висока пріоритетність галузі для постачальника).

*Таблиця 2.9*

**Мікрорівень графоаналітичної моделі квантового партнерства  
(зовнішні параметри)**

<b>Інтрогрупа</b>	<b>Показник</b>	<b>Значення</b>
Загроза з боку товарів-замінників	Загроза з боку товарів-замінників	2
Загрози внутрішньогалузевої конкуренції	Кількість гравців	3
	Темп росту ринку	2
	Рівень диверсифікації продукту на ринку	2
	Обмеження в підвищенні цін	1
Загроза з боку нових гравців	Економія на масштабі при виробництві товару або послуги	1
	Сильні марки з високим рівнем знання і лояльності	2
	Диференціація продукту	2
	Рівень інвестицій і витрат для входу в галузь	1
	Доступ до каналів розподілу	2
	Політика уряду	1
	Готовність існуючих гравців до зниження цін	3
Темп зростання галузі	2	

Продовження таблиці 2.9

Загроза втрати поточних клієнтів	Частка покупців з великим обсягом продажів	3
	Схильність до використання товарів-субститутів	2
	Чутливість до ціни	1
	Споживачі не задоволені якістю існуючого на ринку	2
Загроза нестабільності постачальників	Кількість постачальників	1
	Обмеженість ресурсів постачальників	1
	Витрати в разі зміни постачальника	1
	Пріоритетність спрямування для постачальника	1

*Джерело: запропоновано автором*

Вищенаведене дає можливість зробити висновок, що у сегменті первинної медичної допомоги м. Києва постачальники мають помірний рівень впливу: наявність широкого кола конкуруючих компаній і відносна відсутність обмежень в обсягах постачання послаблюють монопольний тиск. Проте КНП зустрічаються з високими потенційними витратами на зміну постачальника, особливо в разі переорієнтації на інше обладнання чи специфічні товари. Водночас сама галузь залишається достатньо привабливою для виробників і дистриб'юторів завдяки стабільному попиту та державним гарантіям фінансування. Узагальнюючи аналітичну характеристику діяльності респондентів дослідження, пропонуємо їх графічне відображення слідує моделі QUANTUM. Для цього відобразимо кола на осі абсцис ординат, де координатами точок виступають середні значень порівнюваних показників (метод різниць) по групах. Таким чином, радіус кола залежить від того на скільки показники групи однакові (або різні) між собою.

Таблиця 2.10

**Аналітичні підкріплюючі складові для мезорівня графоаналітичної моделі квантового партнерства (КНП)**

Група	Показник	КНП «ЦПМСД №2» СРК	КНП «ЦПМСД №2» ПРК	КНП «ЦПМСД №1» ОРК
Внутрішні кількісні	Середнє значення по методу різниць	0,38	0,62	0,41
Внутрішні якісні		0,34	0,50	0,65

Продовження таблиці 2.10

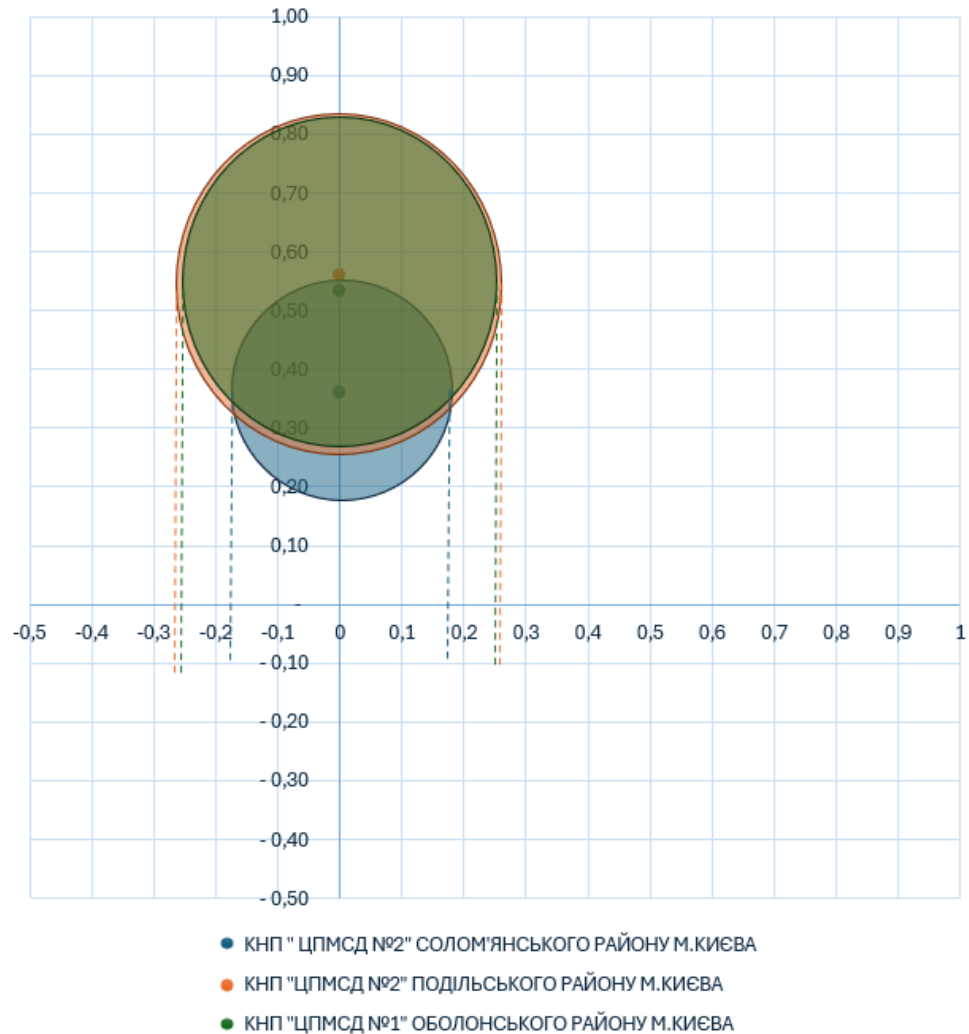
Внутрішні	Середнє значення	0,36	0,56	0,53
Зовнішні		-	-	-
Внутрішні	Сума значень по методу різниць	10,18	15,41	17,02
Зовнішні		-	-	-
Радіус кола		0,18	0,28	0,27

*Джерело: розраховано автором*

Таким чином, результати мікро- та мезорівневого оцінювання, отримані за допомогою методу різниць і подальшої нормалізації внутрішніх (операційних, фінансових, трудових, організаційних і показників надання послуг) та зовнішніх (за моделлю п'яти сил М. Портера) факторів, чітко окреслюють відмінності у конкурентних позиціях і внутрішній ефективності трьох досліджуваних КНП.

По-перше, КНП “ЦПМСД №2” ПРК продемонструвало найвищий інтегральний радіус (0,28). Це свідчить про вдале поєднання сильних внутрішніх параметрів (зокрема, порівняно вищі операційні, фінансові та організаційні показники) з належним рівнем стійкості до зовнішніх викликів.

По-друге, КНП “ЦПМСД №1” ОРК, маючи високе зовнішнє оцінювання (17,02 балів у зведеному переліку факторів), продемонструвало дещо скромніші внутрішні параметри (0,53) порівняно з ПРК. Однак фінальний радіус (0,27) виявився практично на рівні лідера. Натомість, КНП “ЦПМСД №2” СРК має найнижчі позиції як за внутрішніми (0,36), так і за зовнішніми (10,18) чинниками, що зумовило найменший інтегральний радіус (0,18). Це свідчить про наявність низки вузьких місць: від недостатньої маржинальності до слабких кадрових індикаторів (наприклад, невідповідність між чисельністю персоналу й реальними потребами пацієнтів). Тому, на основі сформованих аналітичних висновків зобразимо підприємства на рис. 2.15.



**Рис. 2.15. Мезорівень графоаналітичної моделі квантового партнерства респондентів дослідження**

*Джерело: запропоновано автором*

На рис.2.15 подано візуалізацію розробленої графоаналітичної моделі квантового партнерства, де кожен із трьох закладів первинної медичної допомоги зображений у вигляді кола з відповідними координатами та радіусом:

- координати центру кола (по осях  $X$  та  $Y$ ) відображають внутрішню ( $X$ ) й зовнішню ( $Y$ ) складові ефективності (розраховані за нормованими показниками методами різниць);
- радіус кола відображає інтегральний підсумковий бал і слугує ключовим показником загального рівня конкурентоспроможності та спроможності до інноваційних партнерських форматів.

На діаграмі чітко помітно, що КНП “ЦПМСД №2” Подільського району (позначене помаранчевим кольором) має найбільший радіус кола (близько 0,28), що свідчить про відносно високу внутрішню збалансованість (операційні, фінансові, кадрові та організаційні показники). З огляду на ці показники, заклад можна вважати умовним лідером у досліджуваній вибірці, адже він спроможний забезпечувати стабільну операційну маржинальність і демонструє належний рівень адаптації до ринкових умов.

КНП “ЦПМСД №1” Оболонського району (зелене коло) розміщене у верхньому діапазоні координат, внутрішні показники якого (приблизно 0,53) трохи нижчі, ніж у лідера, що вказує на потребу подальшої оптимізації операційно-фінансових процесів. У підсумку, інтегральний радіус (0,27) лише незначно поступається показнику Подільського КНП. Такий результат дає підставу вважати, що Оболонський заклад потенційно може вийти на перше місце за умови поліпшення внутрішньої ефективності.

КНП “ЦПМСД №2” Солом’янського району (блакитне коло) продемонструвало значно менший радіус (приблизно 0,18), що зумовлено як нижчим рівнем організаційно-фінансових так і кадрових показників. Цей заклад очевидно потребує комплексних удосконалень, орієнтованих на підвищення операційної маржинальності й більш ефективне використання ресурсів, а також на розбудову маркетингових та партнерських стратегій.

Для подальшого аналітичного висновку про можливість і напрямки партнерства між обраними респондентами запропонуємо табл.2.11 у якій вказані площі кіл та показники їх комбінації для отримання потенційно найбільшого синергічного ефекту.

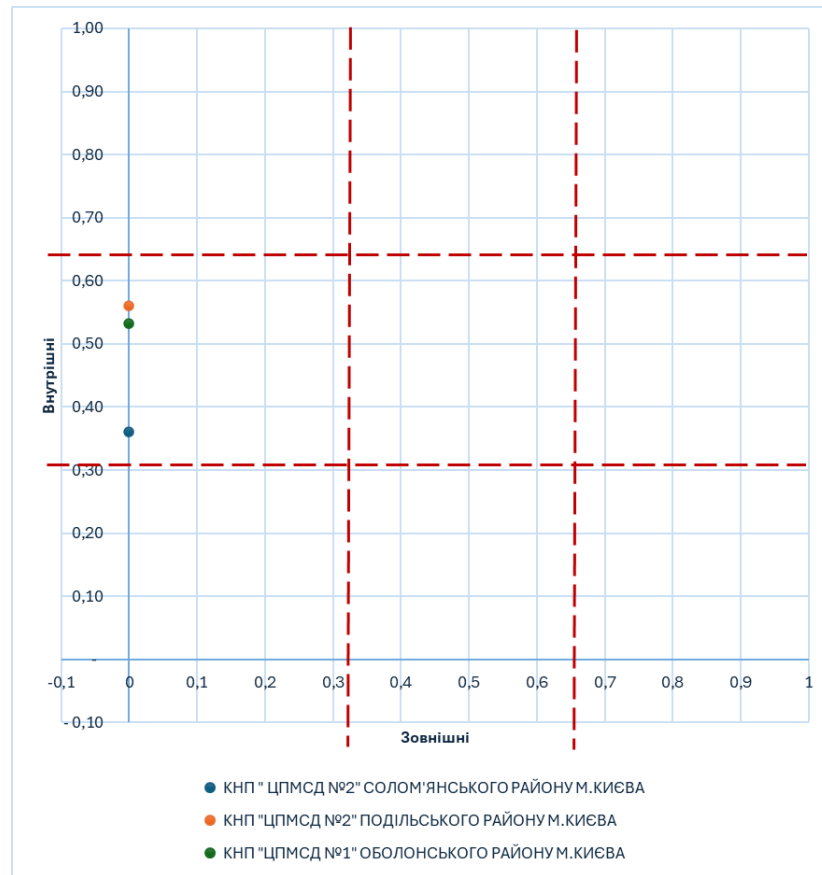
Таблиця 2.11

**Аналітичні підкріплюючі складові для мезорівня графоаналітичної моделі квантового партнерства (площа фігур)**

Показник	Відношення між КНП	Формула	КНП "ЦПМС Д №2" СРК	КНП "ЦПМС Д №2" ПРК	КНП "ЦПМС Д №1" ОРК
відстань між центрами кіл	d1d2	(1.6)	0,20		
	d1d3				0,17
	d2d3			0,03	
сума радіусів	d1d2	$R_{sum} = \sum_{i=1}^n r_i \quad (2.1)$ де, $r_i$ – радіус $i$ – го кола;	0,46		
	d1d3				0,45
	d2d3			0,55	
положення кіл	d1d2	$C = R_{sum} - d \quad (2.2)$ де, $d$ – відстань між центрами кіл; $R_{sum}$ – сума радіусів	0,26		
	d1d3				0,28
	d2d3			0,52	
центральні кути для кіл, $\alpha$	d1d2	(1.8)	0,09	0,77	
	d1d3		0,15		0,74
	d2d3			0,54	0,46
центральні кути для кіл, радіан	d1d2	(1.7)	3,32	1,40	
	d1d3		3,43		1,47
	d2d3			2,01	4,10
площа перетину	d1d2	(1.9)	0,07		
	d1d3				0,08
	d2d3			0,22	
площа кіл	S	$S_i = \pi r^2 \quad (2.3)$	0,10	0,25	0,22
площа фігур	S1S2	$S_{fig} = S_1 + S_2 - S\theta_{1,2} \quad (2.4)$	0,28		
	S1S3				0,25
	S2S3			0,25	

*Джерело: розраховано автором*

Таким чином, представлена графоаналітична модель мезорівня не лише відображає поточні позиції закладів із погляду операційних та ринкових показників, а й слугує методологічною основою для прийняття стратегічних рішень: вона наочно ідентифікує пріоритети вдосконалення кожного окремого КНП і вказує на можливі напрями співпраці, сприятливі для всієї системи медичних установ (рис.2.16)



**Рис. 2.16. Макрорівень графоаналітичної моделі квантового партнерства обраних респондентів**

*Джерело: запропоновано автором*

Відповідно до рис.2.16 всі три респонденти опинилися в квадранті, що відповідає стратегії «Вибіркове зростання, збереження позицій, оцінювання потенціалу для лідирування через сегментацію», це означає, що їхні зовнішні (ринкові) та/або внутрішні (управлінські, операційні) показники перебувають у такій зоні ризику, яка передбачає необхідні трансформації діяльності.

Для кожного з досліджуваних КНП першочерговим завданням є оптимізація внутрішніх процесів та гарантування базового рівня конкурентоспроможності. Це дає змогу у першу чергу підвищити якість надання медичних послуг та адміністративних функцій, а також поширювати власний вплив на інші організації шляхом обміну знань, залучення практик, коштів тощо. Тобто, розвиток організацій у цьому напрямку має стати логічним продовженням реформи та рушійним механізмом удосконалення операційних процесів діяльності.

Як вже було неодноразово підкреслено оптимізація внутрішніх процесів включає для КНП удосконалення управління персоналом та реорганізація процесної структури (управління клієнтами). Тому, виокремлення цих двох напрямків потребує більш глибокого вивчення.

## **Висновки до розділу 2.**

Першим етапом концептуальної моделі партнерства є *визначення цілей потенційного партнерства*. Користуючись складовими основами партнерства у другому розділі:

1. Проведено макроекономічний аналіз стану системи охорони здоров'я у контексті глобальних тенденцій та з використанням підходів порівняльного аналізу. На основі міжнародних цільових показників «Потрійний мільярд» оцінено результати впровадження загального медичного страхування, покращення здоров'я населення та ефективність захисту від надзвичайних ситуацій. Використання статистичного аналізу дало змогу дослідити динаміку індикаторів за 2018–2024 роки та виокремити ключові тенденції змін у порівнянні з іншими регіональними групами країн.

2. Розглянуто функціонування системи охорони здоров'я в Україні, яку автор описав за допомогою трьох основних компонентів – піларів: будівельного блоку, організаційного блоку та блоку споживача. Особливу увагу приділено впливу реформи на поточний стан та напрямки забезпечення розвитку системи охорони здоров'я України. З метою аналізу взаємодії суб'єктів ринку, визначено площину ринку медичних послуг, зокрема зосереджено власну увагу на первинній медичній допомозі яка є основою системи охорони здоров'я.

3. Здійснений динамічний аналіз системи охорони здоров'я в Україні, який підкреслює, що розпочата медична реформа загострила цілий ряд проблем, які стосуються зміни підходів до управління сферою охорони здоров'я, створення конкурентного ринку медичних послуг, автономізації медичних закладів та їх

ресурсного забезпечення, запровадження нового механізму фінансування медичних закладів, формування сучасної моделі компетенцій для керівників некомерційних медичних установ, модернізації внутрішньо-організаційного менеджменту закладів охорони здоров'я.

6. Для аналізу ефективності сфери охорони здоров'я України використано результати проведеного опитування Європейської бізнес асоціації, сформувавши рейтинг факторів оцінювання респондентів та результати опитування про задоволення системою охорони здоров'я у 2023 році.

7. Виокремлено респондентів та проведено оцінку їх результативності діяльності на основі рейтингів клінік України у сфері охорони здоров'я у 2024 р. Автор сформував рейтинг за сумою договорів з НСЗУ по первинній медичній допомозі у розрізі рейтингу ТОП всіх форм власності за 2023 рік, та враховуючи всі рейтинги виділив респондентів дослідження КНП: КНП "ЦПМСД № 1" Оболонського району м. Києва, КНП «ЦПМСД № 2» Солом'янського району м. Києва та КНП «ЦПМСД № 2» Подільського району м. Києва.

8. Надано характеристику діяльності обраних респондентів та сформовано динаміку показників діяльності респондентів дослідження за 2018-2023 рр. Крім того, виділено тимчасовий характер змін у витратах та доходах, спровокований зовнішніми обставинами зокрема, та підкреслено фактори впливу на зміну структури витрат, надано аналіз фінансового результату діяльності, розкриття витрат, оцінювання ефективності використання фінансових ресурсів тощо.

9. Підкреслено унікальні та спільні виклики з якими зіштовхуються респонденти, виділено глобальну стратегію країн у сфері охорони здоров'я , яка полягає у впровадженні медичних технологій які можуть виступати ключовим напрямком рішень для окресленого проблемного кола.

10. Імплементовано інструмент квантового партнерства у діяльність респондентів дослідження, базуючись на макроекономічному аналізі, аналізі сфери охорони здоров'я України та діяльності обраних респондентів за визначний період. На основі зовнішніх та внутрішніх показників було запропоновано мезорівень

квантового партнерства, який як аналітично так і графічно підкреслює, що КНП “ЦПМСД №2” Подільського району (позначене помаранчевим кольором) має найбільший радіус кола (близько 0,28), що свідчить про відносно високі порівнювані показники (операційні, фінансові, кадрові та організаційні показники). З огляду на ці показники, заклад можна вважати умовним лідером у досліджуваній вибірці..

11. Відштовхуючись від попередніх рівнів, для визначення стратегічного руху респондентів, автор узагальнив висновки у макrorівні, відповідно до якого всі три респонденти опинилися в квадранті, що відповідає стратегії «Вибіркове зростання, збереження позицій, оцінювання потенціалу для лідирування через сегментацію», це означає, що їхні зовнішні (ринкові) та/або внутрішні (управлінські, операційні) показники перебувають у такій зоні ризику, яка передбачає необхідні трансформації діяльності.

12. Сформовано SWOT-матрицю на основі якої виділено напрямки стратегічного розвитку, а саме:

- 1) публічно-приватне партнерство між комунальними некомерційними підприємствами (КНП) та провідними приватними медичними закладами;
- 2) міжгалузеве партнерство із закладами бізнес-освіти та управлінського консалтингу.

Автор підкреслює актуальність запропонованих напрямків акцентуючи увагу на «Національній стратегії розвитку України» та «Пріоритети у відновленні системи охорони здоров'я України». Запропоновані стратегічні напрямки є фундаментом для респондентів дослідження щодо реалізації подальших етапів концептуальної моделі партнерства, а саме *пошуку та відбору партнерів – етап 2*, тому виділені пріоритети для сектора охорони здоров'я, дозволяють підкреслити та доповнити розглянуті цілі партнерства *на етапі 1*, а також окреслити площину для розгляду потенційних партнерів.

Основні результати розділу опубліковано в наукових працях автора [150, 151].

## РОЗДІЛ 3

### ФОРМУВАННЯ І ЗАСТОСУВАННЯ ІННОВАЦІЙНОГО ПАТЕРНУ КВАНТОВОГО ПАРТНЕРСТВА ТА ЙОГО РЕЗУЛЬТАТИВНІСТЬ

#### 3.1. Формування інноваційного патерну квантового партнерства у сфері охорони здоров'я

*«Прогрес — це не лише зміна, а й адаптація до нового» [116]*

Макроекономічний аналіз сфери охорони здоров'я та аналіз діяльності обраних респондентів дослідження дозволяє визначити, що основними драйверами зростання ринку виступають збільшення доступності до лікування, скорочення витрат на медичні послуги, підвищення рівня державної підтримки та зростання старіння населення. Виокремлені драйвери співставні з глобальними цілями ВООЗ [128], а тому вважаємо їх за стратегічну ціль системи охорони здоров'я. Разом з цим у роботі [104].«Пріоритети у відновленні системи охорони здоров'я України», розробленої з участі міжнародних організацій, виділяють пріоритети для сектора охорони здоров'я України на наступні два роки, згрупуємо їх у чотири напрямки [104]:

1) надання послуг – пошук можливостей для якнайшвидшого відновлення пріоритетних медичних послуг, забезпечивши при цьому подальше впровадження реформи системи охорони здоров'я Урядом України;

2) капітальні інвестиції — визначення можливих критичних рішень і компромісів, що стоять перед Урядом та його партнерами, які слід враховувати при плануванні великих інвестицій у відновлення та реконструкцію, що матимуть довгостроковий вплив на систему охорони здоров'я;

3) фінансування системи охорони здоров'я — визначення пріоритетів у фінансуванні для продовження надання основних послуг в умовах складної макрофінансової ситуації, при цьому намагаючись отримати кращі результати від наявних коштів;

4) зміцнення інституцій — підтримка функціонування центральних і місцевих державних органів у сфері охорони здоров'я, відповідальних за розроблення та впровадження політик, контроль та управління системою охорони здоров'я.

Запропоновані пріоритети засновані та визначені Стратегією розвитку системи охорони здоров'я України на період до 2030 року, які задають рамкові орієнтири трансформації вітчизняної медичної сфери, спрямовані на формування доступної, якісної, ефективної та людиноцентричної системи охорони здоров'я. Стратегія–2030 передбачає досягнення трьох стратегічних і шістнадцяти оперативних цілей, які охоплюють як зміцнення інституційної спроможності, так і створення нових форм міжсекторальної взаємодії [128]:

Стратегічна ціль 1. Забезпечення універсального доступу населення до якісних медичних послуг та інструментів реалізації права на здоров'я.

Стратегічна ціль 2. Посилення міжсекторальної координації державної політики, що впливає на систему охорони здоров'я.

Стратегічна ціль 3. Забезпечення та створення умов для розвитку та реалізації потенціалу національної системи охорони здоров'я.

Відповідно до цілей Стратегії розвитку системи охорони здоров'я України на період до 2030 року, ключовим завданням стає розвиток партнерських відносин закладів охорони здоров'я із суміжними сферами задля забезпечення стійкості, інноваційності та підвищення якості надання послуг.

Отже, співставлення драйверів ринку медичних послуг, його пріоритетів та запропонованих стратегічних рішень для КНП дозволяє вибудувати стратегічний маршрут розвитку респондентів дослідження, фундаментальною основою якого виступає партнерство.

У попередніх розділах було приділено особливу увагу першим двом етапам концептуальної моделі партнерства, однак як перехід від теоретичних узагальнень до практичного застосування розробленої моделі, імплементуємо графоаналітичну

модель кількісно-якісної єдності у *етапі 3 – Оцінювання можливості партнерства*.

Доповнюючи концептуальну основу партнерства, нами було запропоновано графоаналітичну модель кількісно-якісної єдності (QUANTUM). Вона інтегрує аналітичні методи із графічним представленням діяльності потенційних партнерів, забезпечуючи формування висновків щодо доцільності партнерства між різними підприємствами та вибору оптимальної стратегії його реалізації, яка підкріплена визначеними політиками. Окрім цього, модель дає змогу оцінити потенціал кожного партнера, виявити найбільш і найменш розвинені аспекти їхньої діяльності, що дозволяє надавати обґрунтовані рекомендації для розробки політик імплементації. Тому, саме на *етапі 3* запропонованої концептуальної моделі партнерства «*Оцінювання можливості партнерства*», а також на *етапі 4* «*Узгодження стратегій та політик*» - буде застосована графоаналітична модель кількісно-якісної єдності до потенційних партнерів.

Враховуючи вищезазначені пріоритети, практика суспільного розвитку не тільки вимагає, але й створює нові передумови для налагодження взаємодії і співпраці між різними групами (органами державної влади, бізнесовими структурами, організаціями сфери охорони здоров'я, громадським сектором економіки тощо), в яких на зміну конкурентним відносинам приходять діалог і партнерство. Таким чином, питання взаємодії між різними групами учасників у сфері охорони здоров'я є багатограним, і однією з граней виступає публічно-приватне партнерство.

I. Одним із напрямків стратегічних рішень запропонованих на основі SWOT-аналізу та застосування моделі квантового партнерства для респондентів дослідження є *партнерство між КНП та приватними медичними закладами* як у виробничій так і невиробничій сферах.

В Україні взаємодія між державною та приватною медициною є одною із ключових складових системи охорони здоров'я та важливим чинником в повоєнній відбудові. До 2022 року ринок приватних медичних закладів в Україні

демонстрував стійке зростання та розвиток. З 2019 по 2022 роки ринок зріс майже в чотири рази, що можна пояснити підвищеним попитом серед населення на медичні послуги приватного сектору, який забезпечує вищий рівень обслуговування та ширший спектр послуг. Водночас, лікарі також віддають перевагу приватним медичним закладам через вищу заробітну плату та комфортніші умови праці. Дослідження «Приватна медицина – перспективи розвитку в Україні», проведене Центром Разумкова у 2023 році, показало, що 74% респондентів обрали б приватний медичний заклад за умови вибору між приватним та державним сектором, що свідчить про чітке бажання громадян мати можливість вибору [131].

Розуміння переваг та недоліків обох секторів допомагає усвідомити складність системи охорони здоров'я та виявити можливості для її вдосконалення та оптимізації. Оптимальне використання ресурсів та співпраця між державним і приватним секторами можуть значно покращити систему охорони здоров'я в Україні. Користуючись перевагами PEST-аналізу, відмітимо, що ринок приватної медицини стикається з низкою стримуючих чинників, таких як низька купівельна спроможність населення, нестабільність національної валюти, недосконале нормативно-правове регулювання галузі, надмірна бюрократизація системи ліцензування приватних медичних закладів та обмежений доступ до кредитних ресурсів для розширення діяльності.

Водночас, до каталізуючих чинників розвитку ринку приватної медицини належать недосконалість реформування сфери охорони здоров'я державних закладів та КНП, недостатність бюджетного фінансування державних програм, пов'язаних із розвитком системи охорони здоров'я. Врахування вищезазначеного дозволяє визначити напрямки для подальшого розвитку ринку приватної медицини в Україні та покращення якості медичних послуг для населення.

Основних гравців ринку приватної медицини узагальнено розглянуто на рис. 2.13 за рейтингом компаній на основі рівня доходу, однак це нівелює інші кількісні та якісні фактори на ринку, тому розглянемо комплексний аналіз ринку на основі

дослідження Ukrainian Business Award [202]. Формування рейтингу компаній на ринку складався з аналізу, який охоплював наступні складові [202]:

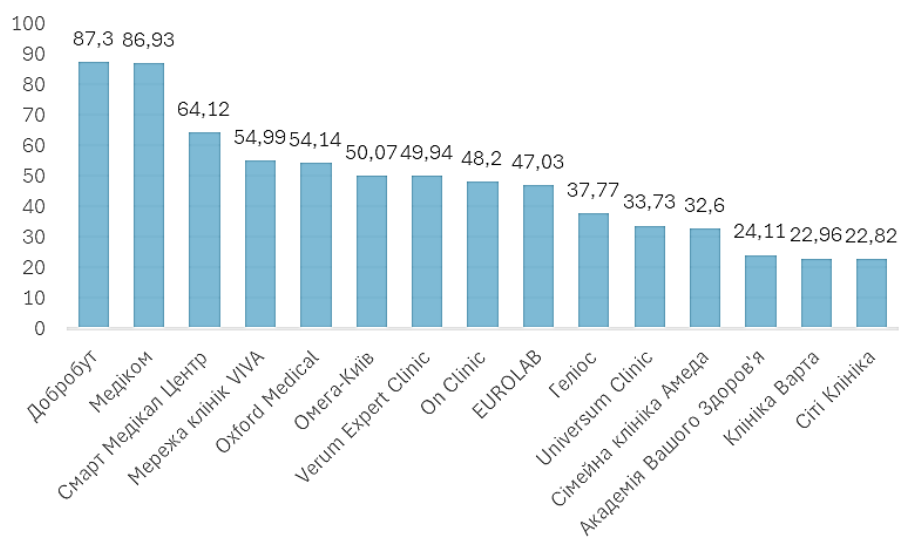
1) ціннісні пропозиції: кількість профільних спеціалістів, послуги (хірургія, стаціонар, швидка допомога, тощо), наявність/кількість спецобладнання (рентген, УЗІ, тощо), представленість (кількість клінік);

2) імідж: кількість років компанії на ринку, позитивні згадування у ЗМІ, негативні згадування у ЗМІ, знання ТМ (кількість брендівих пошукових запитів Google), наявність нагород/призів, процент позитивних відгуків;

3) громадської позиції: співпраця з ЗСУ/Волонтерами/Благодійність, тощо;

4) фінанси компанії: дохід, витрати, чистий прибуток, активи, зобов'язання тощо.

Таким чином, результатом аналізу є сформований рейтинг компаній на рис. 3.1.



**Рис. 3.1. ТОП-15 приватних медичних клінік України**

*Джерело: складено автором на основі [203]*

Враховуючи розглянуті рейтинги здійснимо підбір партнерів які розміщують власні мережі у Києві та надають послуги первинної медичної допомоги для взаємодії з КНП.

Медична мережа «Добробут» займає одну з лідерських позицій на ринку медичних послуг України завдяки комплексному підходу до забезпечення медичного обслуговування населення. В структурі цієї мережі представлено

широке різноманіття медичних закладів, зокрема медичні центри та стаціонари для дорослих і дітей, службу невідкладної допомоги, а також спеціалізовані центри, такі як неврологічний, кардіологічний, клінічний онкологічний, експертний медичний центр, центр вертебрології та стоматологічні послуги.

Особливістю розвитку мережі «Добробут» є активна стратегія розширення через поглинання інших медичних компаній, що значно посилює її ринкові позиції. Так, у 2019 році мережа придбала медичну компанію «Борис», а у травні 2020 року інтегрувала до своєї структури мережу Doctor Sam. Завдяки такій експансії, більшість клієнтської бази (понад 330 тис.) складають мешканці Києва [96].

Структура власності «Добробуту» є досить централізованою: 99% акцій ключових підрозділів мережі належать компанії Satumco Limited, бенефіціарами якої є голова Concorde Capital Ігор Мазепа та Олег Калашніков. Варто зазначити, що до березня 2019 року одним із акціонерів була інвестиційна компанія Horizon Capital, яка згодом продала свою частку основним акціонерам. Окрім цього, мережа мала стратегічне партнерство з компанією «Люксоптика», яка пізніше була продана великому міжнародному холдингу EssilorLuxottica [96].

Особливу увагу в мережі приділено професійному та науковому розвитку персоналу, що забезпечується завдяки діяльності власного освітнього центру – «Академії Добробут». Дана академія включає такі напрями [96]:

- інтернатура – забезпечує професійну підготовку випускників медичних університетів за 18-ма спеціалізаціями з використанням сучасних медичних інформаційних систем, технологій та ефективних методів комунікації;
- навчально-тренінговий центр – здійснює підготовку фахівців у сфері невідкладної допомоги у співпраці з авторитетними установами, такими як Європейська та Всеукраїнська ради реанімації;
- безперервний професійний розвиток – організація регулярних тренінгів, майстер-класів, тематичних шкіл та онлайн-курсів, а також внутрішніх та міжнародних стажувань;

- науково-дослідний центр – спрямований на дослідження патогенезу захворювань, розробку нових терапевтичних засобів і інноваційних медичних технологій, що сприяє розвитку медицини та поліпшенню здоров'я населення.

Одним із найближчих конкурентів медичної мережі «Добробут» є клініка «Медіком», яка протягом свого розвитку трансформувалася у багатопрофільний медичний заклад, що забезпечує широкий спектр медичних послуг як для дорослих, так і для дітей. На початкових етапах діяльності клініка спеціалізувалася переважно на наданні невідкладної медичної допомоги. Поступово було відкрито низку нових підрозділів, таких як терапевтичний стаціонар, жіноча консультація та стоматологічні послуги [139].

Значним етапом у розвитку «Медіком» стало впровадження сучасних хірургічних методів лікування, таких як лапароскопічна хірургія, гістероскопія та артроскопія. Це дозволило клініці значно підвищити рівень медичної допомоги та розширити спектр спеціалізованих послуг. На сьогоднішній день медичні центри клініки, розташовані на Оболонській набережній та проспекті Героїв Сталінграда у Києві, є сучасними комплексами, де пацієнтам доступні послуги високої складності, включаючи ендovasкулярну хірургію, пластичну хірургію та онкологічне лікування.

Клініка «Медіком» активно бере участь у соціальних та благодійних ініціативах, серед яких особливо варто виділити реабілітацію слуху для військовослужбовців та підтримку внутрішньо переміщених осіб. Завдяки налагодженню міжнародних партнерств та залученню іноземних фахівців, клініка здатна підтримувати високий стандарт надання медичних послуг, що відповідає сучасним світовим вимогам.

Особливою перевагою «Медіком» є активний розвиток освітніх ініціатив, які реалізуються в рамках проекту «Medikom Education Hub». Цей освітній напрямок сприяє постійному професійному зростанню медичного персоналу, впровадженню новітніх технологій лікування та медичних процедур [139].

Клініка також регулярно оновлює та модернізує своє обладнання, зокрема впроваджуючи передові МРТ-апарати та інноваційні програми з використанням штучного інтелекту у діагностиці та лікуванні онкологічних захворювань. Крім того, «Медіком» є активним учасником медичної спільноти, підтримуючи дитячі, спортивні та інші соціальні заходи, а також співпрацюючи з благодійними організаціями для покращення загального здоров'я населення.

Наступним потенційним партнером у рамках розвитку медичної співпраці може стати медична мережа «Оксфорд Медікал». Заснована у 2005 році у місті Херсон, ця мережа продемонструвала динамічне розширення шляхом послідовного відкриття нових філій у таких містах як Одеса (2006 рік), Запоріжжя (2007 рік), Київ та Кривий Ріг (2008 рік). На сьогодні мережа включає 43 філії, що охоплюють 22 міста України, що дозволяє значно розширити територіальну доступність якісних медичних послуг [140].

Однією з ключових особливостей «Оксфорд Медікал» є високий рівень кваліфікації медичного персоналу, включаючи лікарів вищих категорій, кандидатів та докторів медичних наук. Значна частина персоналу має досвід навчання та стажувань за кордоном і регулярно бере участь у міжнародних наукових конференціях та майстер-класах.

Важливою конкурентною перевагою клініки є використання сучасного медичного обладнання провідних світових виробників, що забезпечує точну діагностику та високу ефективність лікування. Інноваційні підходи, такі як «хірургія одного дня», дозволяють проводити оперативні втручання без потреби у тривалому перебуванні пацієнтів у стаціонарі.

Структура медичної мережі «Оксфорд Медікал» включає [140]:

- поліклінічні відділення (проктологія, гінекологія, урологія);
- діагностичні центри (ультразвукова діагностика, ендоскопія, комп'ютерна томографія);
- стаціонарні відділення (хірургічний та терапевтичний стаціонари);

- спеціалізовані послуги у сфері пластичної хірургії та естетичної медицини;
- стоматологічні відділення, які забезпечують повний спектр стоматологічних послуг.

У Києві «Оксфорд Медікал» представлений двома філіями, розташованими у стратегічно важливих районах: Шевченківському (вул. Павлівська) та Печерському (вул. Предславинська), що сприяє доступності послуг для широкого кола мешканців столиці.

Для порівняльної характеристики розглянутих медичних установ необхідної для використання у квантовій моделі сформуємо табл.3.1, яка слугуватиме базисом для подальшого аналізу зовнішнього середовища компаній.

Таблиця 3.1

### Базова порівняльна характеристика розглянутих медичних установ

Критерій	Добробут	Медіком	Оксфорд Медікал
Сегмент ринку	Преміальний, середній	Преміальний, середній	Масовий, середній
Основна спеціалізація	Багатопрофільна медицина, хірургія, стаціонарне лікування	Діагностика, вузькопрофільні спеціалісти	Первинна медицина, естетична медицина, стоматологія
Особливості розвитку	Інтеграція компаній «Борис», Doctor Sam	Поступове впровадження сучасних хірургічних методів	Послідовне регіональне розширення з 2005 року
Освітні ініціативи	Власна «Академія Добробут»	«Medikom Education Hub»	Участь персоналу у міжнародних конференціях
Географічне охоплення	Переважно м. Київ	Переважно м. Київ	43 філії у 22 містах України
Ринкова влада	Висока – один із лідерів ринку	Сильні позиції в ніші	Велика мережа, переважно стандартизовані послуги
Рівень конкуренції	Високий, конкурує з іншими великими клініками та преміум-сегментом	Високий, але сильна спеціалізація дає перевагу	Дуже високий – сильний тиск менших клінік та державних КНП
Асортимент послуг	Широкий спектр послуг (зокрема, складна хірургія, дитяча медицина, стаціонарне лікування, стоматологія)	Широкий спектр, але дещо вужчий ніж «Добробут» (менше представлена естетична медицина і стоматологія)	Добре розвинені діагностичні та косметологічні послуги, але менше складних медичних втручань

Джерело: складено автором на основі [138, 139, 140]

Проведений фундаментальний аналіз зовнішнього середовища приватних медичних закладів «Добробут», «Медіком» та «Оксфорд Медікал» за методологією п'яти сил Портера дозволяє виявити основні виклики та стратегічні можливості, що постають перед учасниками ринку в умовах високої конкуренції та обмежених ресурсів.

Ринок приватної медицини в Україні демонструє високий рівень насиченості, що обумовлено наявністю потужних мережевих клінік та великої кількості малих приватних закладів, що конкурують у середньому та нижньому ціновому сегментах. Зважаючи на обмеження купівельної спроможності населення та високу чутливість до цін, приватні клініки стикаються з ризиком переміщення пацієнтів до КНП у разі доступності аналогічних послуг на вигідніших умовах. Це вимагає нових форматів партнерства між приватними медичними закладами та державним сектором для створення комплементарних моделей співпраці, що дозволять оптимізувати навантаження на систему охорони здоров'я та підвищити доступність якісних послуг.

Високий рівень капіталовкладень, необхідний для входу на ринок приватної медицини, разом із домінуванням кількох великих гравців, зменшує ймовірність появи нових масштабних конкурентів. Водночас існує потенціал для виходу нішевих медичних закладів, що спеціалізуються на телемедицині, генетичних дослідженнях, реабілітаційних та превентивних медичних послугах.

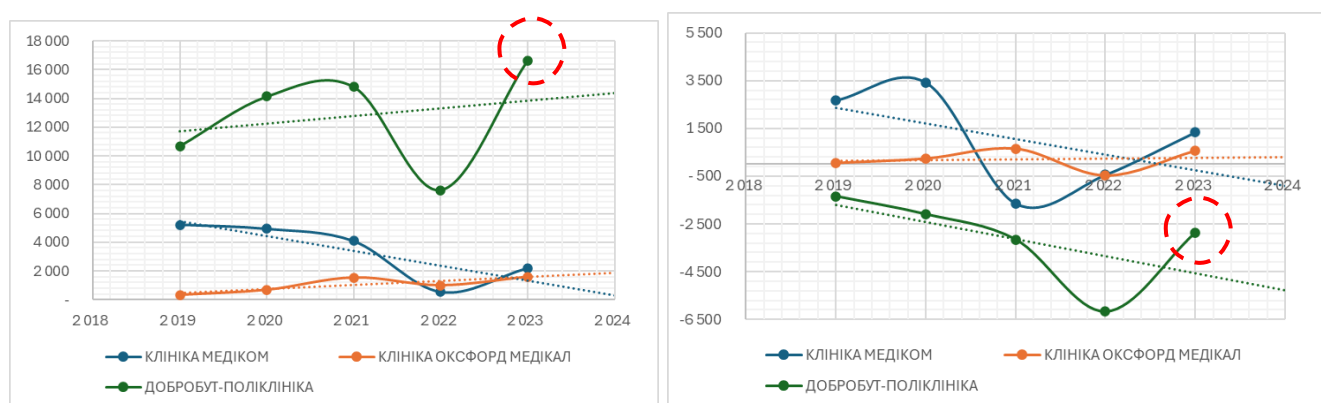
Одним із основних бар'єрів для стійкого розвитку приватної медицини є обмежений доступ до високоякісного медичного обладнання та матеріалів через імпорту залежність та обмежену кількість постачальників. Це створює загрози зростання вартості медичних послуг і погіршення їхньої доступності.

Співпраця з КНП може стати стабілізуючим фактором через:

- спільне використання дорогого обладнання (МРТ, ангиографів тощо);
- розробку партнерських програм закупівель медичних матеріалів;
- співпрацю в питаннях навчання та підвищення кваліфікації медичного персоналу.

Результати аналізу показують, що потенціал розвитку приватної медицини безпосередньо залежить від формування ефективних партнерських зв'язків із державним сектором. В умовах війни та економічної нестабільності взаємодія між приватними клініками та КНП є не лише інструментом конкурентної переваги, а й важливим стратегічним кроком для підвищення стійкості всієї системи охорони здоров'я України.

Отже, для надання базового порівняння фінансових результатів вищерозглянутих медичних закладів сформуємо рис. 3.2 на якому зображено основні історичні показники фінансової звітності підприємств за 2019-2023 роки.



**Рис. 3.2. Порівняння валового прибутку та чистого фінансового результату обраних приватних медичних закладів за 2019-2023 рік, тис. долл**

*Джерело: складено автором на основі [138, 139, 140]*

З рис. 3.2 видно, що «Добробут-Поліклініка» має значно вищий валовий прибуток (16 614 тис.долл) порівняно з «Клініка Медіком» (2 206 тис.долл) та «Клініка Оксфорд Медікал» (1 586 тис.долл) у 2023 році. Така різниця може свідчити про більші обсяги діяльності або ефективнішу бізнес-модель. Проте цей високий валовий прибуток не завжди гарантує позитивний фінансовий результат в інших показниках. Саме тому, попри значний валовий прибуток, «Добробут-Поліклініка» демонструє операційний результат лише 551 тис.долл, що значно нижче, ніж у «Клініки Медіком» (1 470 тис.долл) та «Клініки Оксфорд Медікал» (724 тис.долл).

При цьому, найбільший контраст спостерігається у фінансовому результаті до оподаткування: «Добробут-Поліклініка» має збиток у розмірі 2 867 тис.долл (у 2023 р), тоді як «Клініка Медіком» та «Клініка Оксфорд Медікал» демонструють прибуток у розмірі 1 542 та 597 тис.долл відповідно. Це вказує на значний негативний вплив окремих факторів. Для більш детального огляду структури доходів та витрат, та їх впливу на фінансовий результат розглянемо табл.3.2, у якій відобразимо середнє значення показників за період 2019-2023 рр.

Таблиця 3.2

**Фінансовий результат діяльності приватних клінік за 2019-2023 рр**

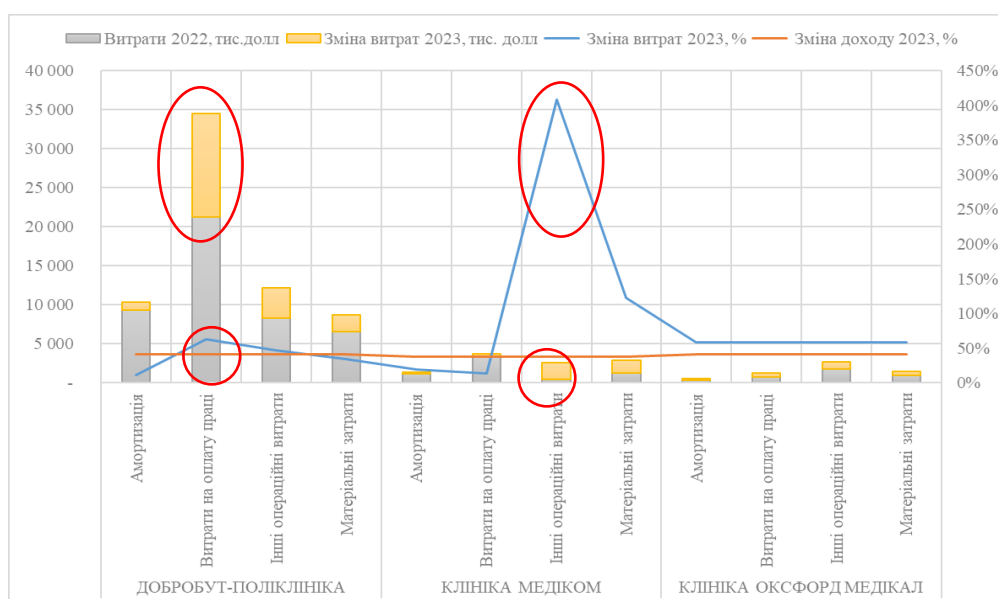
Показник (тис. дол)/КНП	ДОБРОБУТ-ПОЛІКЛІНІКА	МЕДІКОМ	ОКСФОРД МЕДІКАЛ	MAX	MIN
Чистий дохід від надання послуг	50 432	10 149	4 158	50 432	4 158
Собівартість наданих послуг	37 662	6 753	3 132	37 662	3 132
Валовий прибуток	12 770	3 396	1 026	12 770	1 026
Інші операційні доходи	1 759	67	30	1 759	30
Адміністративні витрати	6 667	910	66	6 667	66
Витрати на збут	7 336	229	90	7 336	90
Інші операційні витрати	1 482	195	492	1 482	195
Фінансовий результат від операційної діяльності	- 956	2 129	409	2 129	- 956
Інші витрати та доходи	3 955	336	273	3 955	273
Витрати з податку на прибуток	-	329	28	329	-
Фінансовий результат до оподаткування	- 3 132	2 135	250	2 135	- 3 132
Чистий фінансовий результат	- 3 132	1 066	208	1 066	- 3 132

*Джерело: складено автором на основі [138, 139, 140]*

За даними табл.3.2, додатку О та рис. 3.2 спостерігаємо, що підприємства демонструють значну різницю у фінансових показниках. У випадку "Клініки Оксфорд Медікал" спостерігається зростання фінансового результату від операційної діяльності, у порівнянні до 2022 року, компанія демонструвала збитковий показник, однак у 2023 році - прибуток. Слід зазначити, що порівнюючи 2022 та 2023 роки у "Клініки Оксфорд Медікал" адміністративні витрати та витрати на збут включені в інші операційні витрати.

«Клініка Медіком», як і "Клініка Оксфорд Медікал" продемонструвала позитивну динаміку змін, чистий фінансовий результат зріс зі збитку 440 тис. долл до прибутку 1 542 тис. долл.

У КНП "Добробут-Поліклініка" спостерігається зростання валового прибутку на 118% у 2023 році, що може свідчити про підвищення попиту на послуги або розширення діяльності. Проте зростання адміністративних витрат на 1 752 тис. долл (38%) справило значний вплив на фінансовий результат, тому для більш детального розкриття структури витрат, сформуємо рис. 3.3.



**Рис. 3.3. Зміна структури витрат відносно зміни доходу розглянутих приватних клінік у 2023 р**

*Джерело: складено автором на основі [138, 139, 140]*

Графік на рис. 3.3 демонструє зміни структури витрат у трьох медичних закладах у порівнянні з їх доходами у 2023 році. Видно, що в "Добробут-Поліклініці" найбільше зростання витрат відбулося в частині витрат на оплату праці (зросли на 13 316 тис. долл, які суттєво перевищили рівень попереднього року, однак що стосується росту відносно доходу - відбулося зростання на 63%. Тому, важливо доповнювати абсолютні зміни витрат відносними, з урахуванням змін дохідної частини.

У "Клініці Медком" спостерігається обернений графік до "Добробут-Поліклініка", який демонструє стрибкоподібну зміну інших операційних витрат

відносно попереднього року та поточного доходу, однак зміна яка перевищує 400% у цих витратах не сприяє значному впливу на абсолютні показники та дохід у цілому. Такий стрибок може свідчити про одноразові витрати, пов'язані з інвестиціями в розвиток або несподівані операційні витрати. Водночас інші категорії витрат, зокрема амортизація та матеріальні витрати, залишаються на стабільному рівні, що вказує на контрольовану діяльність у цих напрямках.

"Клініка Оксфорд Медікал" демонструє незначні зміни у структурі витрат. Основні зміни стосуються витрат на оплату праці та інших операційних витрат, що може свідчити про стабільний розвиток та збереження витрат на рівні, який відповідає попередньому періоду.

Для комплексного аналізу діяльності потенційних партнерів скористаємося аналізом балансів на кінець розглянутих періодів, а також сформуємо узагальнюючі показники фінансового та операційного управління. Для цього я у випадку з КНП сформуємо мікрорівень графоаналітичної моделі квантового партнерства кількісні та якісні внутрішніх параметрів, а також змішаних зовнішніх.

Таблиця 3.3

**Мікрорівень графоаналітичної моделі квантового партнерства  
(кількісні внутрішні параметри) – приватна медицина**

<b>Група</b>	<b>Показники</b>	<b>ДОБРОБУТ</b>	<b>МЕДІКОМ</b>	<b>ОКСФОРД МЕДІКАЛ</b>	<b>МАХ</b>	<b>МІН</b>
<b>Операційні</b>	Чистий дохід (середній за 5 років), тис.дол	50 432	10 149	4 158	50 432	4 158
	Валовий прибуток (середній за 5 років), тис.дол	12 770	3 396	1 026	12 770	1 026
	Фінансовий результат від операційної діяльності (середній за 5 років), тис.дол	- 956	2 129	409	2 129	- 956
	Чистий фінансовий результат (середній за 5 років), тис.дол	- 3 132	1 066	208	1 066	-3 132

## Продовження таблиці 3.3

Фінансові	Валова маржинальність %	25%	33%	25%	33%	25%
	Операційна маржинальність %	-2%	21%	10%	21%	-2%
	Період оборотності дебіторської заборгованості (баланс за останні 3 роки), дні	13	14	26	26	13
	Період оборотності запасів (баланс за останні 3 роки), дні	32	16	39	39	16
	Період оборотності кредиторської заборгованості (баланс за останні 3 роки), дні	2	11	5	11	2

*Джерело: складено автором на основі [138, 139, 140]*

Таким чином, з метою забезпечення комплексної оцінки потенціалу підприємств для участі у партнерських моделях у дослідженні здійснено розмежування показників на якісні та кількісні. До кількісних показників (табл. 3.3) віднесено фінансові результати діяльності, рівень його ефективності та обіговість ресурсів. Такі показники визначають економічну стійкість підприємства та здатність підтримувати стабільні партнерські взаємовідносини у довгостроковій перспективі. Однак, як було розглянуто вище, кожен із закладів має свої переваги та недоліки відносно один одного та представлений різними стратегіями розвитку, проте для надання повної характеристики проаналізуємо якісні параметри підприємств.

До якісних показників (табл. 3.4) віднесено ті, що характеризують кадровий, організаційний та сервісний потенціал підприємств, включаючи структуру персоналу, організацію процесів надання медичних послуг, географічну доступність та ступінь орієнтованості на пацієнта. Саме ці показники дають змогу оцінити нематеріальні складові привабливості підприємства для потенційних партнерів. Розгляд якісних характеристик (як і розглянутого зовнішнього середовища) потребує використання різних шкал вимірювання. У методології дослідження це називають ранжуванням або скейлінгом (scaling), залежно від того, чи оцінюється якість, чи створюється шкала для порівняння. Якщо потрібно враховувати вагу показників, ці методи можна комбінувати з експертним оцінюванням або методом аналітичної ієрархії (АНП).

Так, застосування ординальної шкали дозволяє впорядковувати об'єкти за ступенем відповідності певному критерію, але не передбачає математичних операцій між балами. Застосовуються для оцінки рівня чи інтенсивності якості.

Інтервальні шкали - якщо бали (наприклад, від 1 до 5) супроводжуються рівними інтервалами, що дозволяють обчислювати середнє значення, то така шкала наближається до інтервальної. Наприклад, якщо значення "5" означає "максимальна сучасність", а "4" — рівень, що на 20% нижче.

Лікерт-шкала - використовується для вимірювання відносного рівня згоди або оцінки від якості, інтенсивності. Наприклад, "відмінно", "добре", "задовільно", які можна перетворити в бали (5, 4, 3 тощо).

Розглянуті шкали оцінювання належать до якісно-кількісного аналізу. Вони дозволяють конвертувати суб'єктивні характеристики в числові значення для подальшого аналізу.

Таблиця 3.4

**Мікрорівень графоаналітичної моделі квантового партнерства (якісні внутрішні параметри) – приватна медицина**

Група	Показники	ДОБРОБУТ	МЕДИКОМ	ОКСФОРД МЕДИКАЛ
Трудові	Кількість лікарів	2572	610	262
	Середньомісячна заробітна плата персоналу	31	14	11
	Можливості розвитку	5	5	5
	Графік роботи	5	4	4
	Обладнання та умови роботи	5	5	4
	Соціальні гарантії	5	4	4
	Кар'єрні перспективи	5	4	4
Організаційні	Адміністративні витрати	6 667	910	66
	Тривалість роботи (роки)	23	31	20
	Кількість філій	22	3	12
	Діагностичні можливості	5	5	4
Надання послуг	Ціннісні пропозиції	87%	87%	54%
	Кількість відгуків	1500	500	800
	Середня оцінка відгуків	4,80	4,50	4,70

*Джерело: складено автором на основі [138, 139, 140]*

Аналіз якісних внутрішніх параметрів приватних медичних підприємств засвідчує значну диференціацію у рівні кадрового потенціалу, організаційної структури та рівня надання послуг.

Найбільшим за масштабом діяльності є «Добробут», який демонструє найвищі показники за кількістю лікарів (2572), рівнем середньомісячної заробітної плати персоналу (31 тис. грн) та адміністративними витратами (6,667 млн грн). Водночас, хоча «Медком» працює на ринку найдовше (31 рік), його кадрова структура значно скромніша (610 лікарів), а рівень оплати праці (14 тис. грн) та кількість філій (3) свідчать про більш локалізований характер діяльності. «Оксфорд Медкал», попри відносно невелику кількість лікарів (262) та помірні адміністративні витрати (66 тис. грн), має високу середню оцінку клієнтських відгуків (4,70), що вказує на ефективність операційних процесів.

З позиції організаційної сталості, підприємства демонструють різні підходи до управління ресурсами та розширення мережі. «Добробут» має найбільш розгалужену структуру (22 філії), що забезпечує ширше покриття медичних послуг, тоді як «Медком» та «Оксфорд Медікал» (3 і 12 філій відповідно) орієнтовані на більш сфокусовані ринкові сегменти. Важливим аспектом є діагностичні можливості, які у «Добробут» та «Медком» оцінені на рівні 5 балів, тоді як у «Оксфорд Медікал» – 4 бали, що може свідчити про різницю у технологічному оснащенні. Водночас, враховуючи економічну сутність адміністративних витрат, для її оцінки розглянемо кореляційну залежність від кількості співробітників і філій.

З метою об'єктивізації результатів оцінювання адміністративних витрат приватних медичних підприємств у дослідженні був застосований кореляційний аналіз із використанням коефіцієнта Пірсона [187]. Це дало змогу засвідчити, що їхній рівень має сильний зв'язок із кількістю лікарів ( $r=0.9997$ ) та кількості філій ( $r=0.8191$ ). Така структура витрат свідчить про те, що основне фінансове навантаження в адміністративному управлінні зумовлене саме кадровою підтримкою та територіальним розширенням. Це означає, що для компаній на

кшталт «Добробут», які мають великий штат (2572 лікарі), адміністративні витрати зростають пропорційно до збільшення філій та відповідно потреби у персоналі, оскільки зростає потреба у бухгалтерському, кадровому, юридичному та управлінському супроводі.

Таким чином, за витратами на одного лікаря у Добробут та Медіком цей показник значно вищий (2.59 та 1.49 відповідно) за Оксфорд Медікал (0.25), що може бути наслідком масштабної організаційної структури або складнішої системи адміністрування. За витратами на одну філію у Добробут та Медіком цей показник практично однаковий (~303 тис. грн), що свідчить про порівнянний рівень адміністративних витрат на утримання кожної філії. Натомість, у Оксфорд Медікал найнижчий рівень (5.50 тис. грн), що може свідчити про дуже компактну або автоматизовану адміністративну систему для мережі філій.

Рівень надання послуг та клієнтського досвіду також демонструє суттєві варіації. Попри різний масштаб діяльності, усі три компанії мають відносно високі показники середньої оцінки відгуків (від 4,50 до 4,80), що вказує на позитивне сприйняття пацієнтами. Однак, «Добробут» значно випереджає конкурентів за кількістю відгуків (1500 проти 500 у «Медком» та 800 у «Оксфорд Медкал»), що може свідчити про його ширший вплив на ринку. Варто зазначити, що суб'єктивна оцінка цінності пропозиції є найвищою у «Добробут» (87%), тоді як у «Оксфорд Медкал» вона значно нижча (54%), що може свідчити про диференціацію стратегій у формуванні вартості послуг для пацієнтів.

II. Іншою гранню взаємодії між групами учасників є міжгалузеве партнерство, яке запропоновано зі SWOT-аналізу (табл.2.6), - *партнерство між КНП та спеціалізованими освітніми закладами*. Розглядаючи ринок освітніх послуг, слід виділити його сегменти: ринок освітніх послуг ВНЗ, ринок консалтингових послуг, ринок наукових продуктів, ринок інноваційних продуктів, ринок курсів з отримання спеціальних знань та ринок курсів з підвищення кваліфікації.

Ринок освітніх послуг вищих навчальних закладів охоплює програми MBA, магістерські та докторські програми, які спрямовані на розвиток глибоких знань та навичок у галузі управління [106]. Програми MBA орієнтовані на розвиток стратегічного мислення, лідерства та управління ресурсами, а магістерські та докторські програми включають науково-дослідні компоненти, що дозволяють учасникам заглиблюватися у специфічні аспекти управління та адміністрування в охороні здоров'я. Це сприяє підготовці кадрів, здатних приймати обґрунтовані рішення та ефективно керувати медичними закладами.

Консалтингові компанії надають послуги з управлінського консалтингу, зокрема спеціалізованого для сектору охорони здоров'я. Вони допомагають організаціям аналізувати їхню діяльність, розробляти стратегії розвитку та впроваджувати ефективні управлінські практики. Консультанти можуть запропонувати рішення для оптимізації процесів, покращення якості медичних послуг та управління фінансовими ресурсами, що є критично важливим для підвищення ефективності роботи КНП.

Наукові продукти включають дослідницькі проекти, наукові публікації та журнали, що надають нові знання та передові практики в галузі управління охороною здоров'я. Цей сегмент ринку дозволяє менеджерам отримувати доступ до результатів останніх досліджень, що можуть бути використані для прийняття обґрунтованих рішень та впровадження інновацій у їхніх організаціях. Це сприяє підвищенню рівня освіченості та компетентності управлінського персоналу [160]

Інноваційні продукти включають нові технології в освіті та онлайн-платформи для навчання. Цей сегмент ринку пропонує сучасні інструменти для дистанційного навчання, інтерактивні навчальні матеріали та технології доповненої реальності. Використання таких продуктів дозволяє ефективніше організувати навчальний процес та забезпечувати безперервний доступ до освіти, що є важливим для розвитку сучасних компетенцій у менеджерів КНП.

Короткострокові інтенсивні курси та сертифікаційні програми спрямовані на надання спеціалізованих знань у вузьких галузях. Цей сегмент ринку пропонує

менеджерам можливість швидко отримати необхідні навички та сертифікати, що підтверджують їхню компетентність у певних аспектах управління та медицини. Це дозволяє оперативно реагувати на нові виклики та вимоги у сфері охорони здоров'я.

Курси для професійного розвитку та постійного медичного навчання орієнтовані на забезпечення безперервного професійного росту. Вони дозволяють медичним працівникам і менеджерам залишатися в курсі новітніх тенденцій, технологій та методик у своїй галузі, що є критично важливим для забезпечення високої якості медичних послуг. Постійне підвищення кваліфікації сприяє зростанню професійної майстерності та підвищенню рівня обслуговування пацієнтів [162].

Розглядаючи бізнес-школи як один із провідних освітніх напрямів який об'єднує декілька напрямків для розвитку підприємництва в Україні надамо йому більш детальну характеристику. У бізнес-школах вивчають як основні напрямки діяльності підприємств що пов'язані з веденням власного бізнесу, так і точкові – з ключовою роллю в розвитку компанії. Наприклад, фінанси, маркетинг, менеджмент, HR тощо. Перевагою бізнес-шкіл у порівнянні з державними навчальними закладами є те, що вони пропонують найсучасніші методики навчання, навчальні матеріали та детальне опрацювання кейсів не тільки на теорії, а й на практиці. Як правило, лектори в таких закладах не просто розуміються на предметі, а є діючими або колишніми співробітниками великих світових компаній. Особистий досвід викладачів може гарантувати компетентність, а навчання у маленьких групах, які складаються, як правило, з 10-15 осіб, що може гарантувати індивідуальний підхід та увагу кожному студенту. Крім цього, у бізнес-школах можна отримати ступінь бакалавра, магістра, MBA або PhD. Деякі з них пропонують онлайн навчання та сезонні короткострокові програми. Аналіз літературних джерел з даної проблематики дозволяє виділити наступні основні тенденції розвитку національного ринку освітніх послуг [107].



**Рис. 3.4. Тенденції розвитку ринку освітніх послуг в Україні**

*Джерело: складено автором на основі [125]*

Враховуючи різноманітність ринку освітніх послуг, а також його тенденції розвитку в Україні розглянемо учасників які можуть одночасно пропонувати різні послуги на різних ринках, для вирішення проблеми ефективного управління закладом охорони здоров'я .

Ukrainian Business Award на основі аналітичних даних партнерів YouControl, Serpstat, Clarity Project сформував рейтинг ТОП-7 бізнес-шкіл Києва у 2024 році у який увійшли такі заклади: KMBS (Києво-Могилянська бізнес-школа), KROK Business School, MIM, Edinburgh Business School, МАБІТ, Міжнародний інститут бізнесу та KSE Graduate Business School [203].

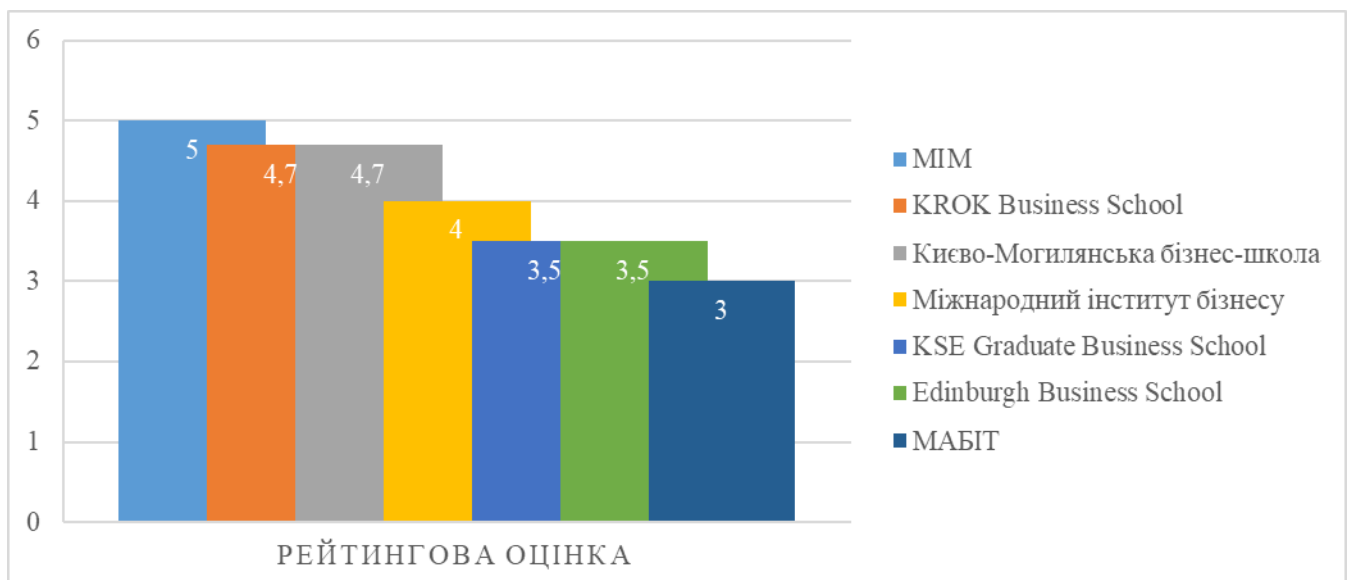
Війна поставила перед українськими підприємцями складні виклики: радикальна трансформація бізнесу, релокація, міжнародна експансія. Частина програм бізнес-школа KSE спрямувала на такі теми, як євроінтеграція та експортні стратегії. Ще один перспективний напрямок для бізнесу, якому почали вчити в KSE – отримання грантового фінансування.

Підприємці пішли навчатися у 2022 році для того, щоби змінити модель бізнесу, вийти на інший тип стратегії та виконувати інші типи стратегічних задач

[203]. Частина бізнес-шкіл адаптувала свої програми під антикризові потреби бізнесу. У бізнес-школі МІМ головні теми навчання пов'язані з антикризовим управлінням, інвестиціями в Україні та виходом бізнесу на іноземні ринки.

Найдовше на ринку надає освітні послуги бізнес-школа МІМ (більше 35 років). За цей час вона підготувала 7500 випускників (кращий показник серед шкіл-учасників рейтингу) та отримала 6 різноманітних нагород і відзнак. Наймолодшою в рейтингу є KROK Business School (близько 13 років на ринку), маючи близько 2000 випускників та отримавши за роки діяльності 4 нагороди [10].

Важливим фактором при виборі навчального закладу є ліцензії та акредитації від європейських та світових асоціацій, тому при проведенні дослідження ми звернули на це пильну увагу. Лідерами за цим показником є Міжнародний інститут бізнесу та KROK Business School, маючи по 5 акредитацій. Інші бізнес-школи в нашому рейтингу мають від 1 до 4 ліцензій та акредитацій [10]. Таким чином, враховуючи кількість навчальних програм, викладачів на спікерів, вартість базового курсу, додаткові курси та тренінги, тривалість навчання та можливість розтермінування, акредитації, рейтинг якості тощо сформуємо консолідований рейтинг на рис. 3.5.



**Рис. 3.5. Рейтинг бізнес шкіл України 2024**

*Джерело: складено автором на основі [106]*

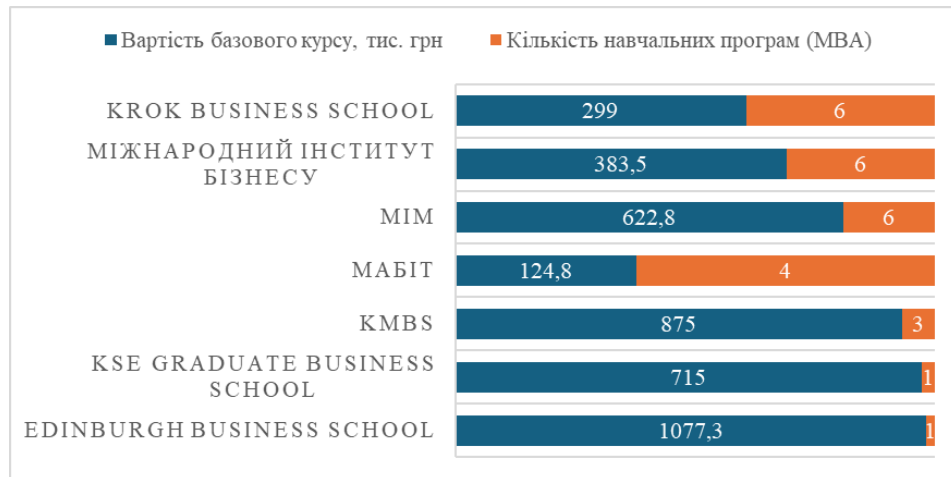
Розглядаючи державні економічні університети узагальнимо рейтинги, які оцінюють виші за різними показниками, та дані вступної кампанії 2023 року. Серед найбільш поширених рейтингів виділимо: рейтинг EduRank 2023, що враховує дослідження в галузі економіки та кількість згадок про них (цитувань) в інших роботах, експертна оцінка журналу Forbes, яка ґрунтувалася на аналізі наукової роботи та рівні підготовки вступників, рейтинг за конкурсним балом вступників на бюджет, який сформували за даними з ЄДЕБО, рейтинг за кількістю поданих заяв на економічні спеціальності у 2023 році.

За даними вищезазначених рейтингів до 5 найкращих державних економічних університетів України відносяться [108]:

- 1) Національний університет «Києво-Могилянська академія»;
- 2) Київський національний університет імені Тараса Шевченка;
- 3) Національний університет «Львівська політехніка»;
- 4) Львівський національний університет імені Івана Франка;
- 5) Київський національний економічний університет імені В. Гетьмана.

Розглядаючи державні економічні університети України, звернемо увагу що при Києво-Могилянській академії засновано українську бізнес-школу. Вона надає освітні послуги з програм MBA, стратегічних програм, програм управлінського розвитку та корпоративних програм. Натомість, у Київському національному університеті імені Тараса Шевченка та у Київському національному економічному університеті імені Вадима Гетьмана історично спостерігається наявність програм MBA, послуги з навчання по яким на сьогодні не надаються.

Таким чином, враховуючи рейтинги бізнес шкіл України, наявність програм навчання менеджменту бізнес адміністрування, додаткових тренінгів з підвищення рівня управління організацією тощо зорієнтуємося на програмах MBA для менеджменту організацій та визначимо вартість та кількість програм які пропонує кожна школа (рис. 3.6).



**Рис. 3.6. Співвідношення вартості-ширини програм МВА бізнес-шкіл України**

*Джерело: складено автором на основі [106]*

Доповнюючи рис. 3.6 можемо додати, що найбільшу кількість додаткових курсів та тренінгів надає KMBS (27). Трохи менше пропонують своїм студентам та абітурієнтам KROK Business School (24), KSE Graduate Business School (24) та МАБІТ (23 додаткові курси та тренінги).

Відповідно до вищезазначеного потенційними партнерами для закладів охорони здоров'я як у площині трансферу знань в обидва боки, опанування сучасних практик управління організаціями в умовах поточних викликів, так і створення або розширення платформи для навчальних закладів для взаємодії управлінців закладів охорони здоров'я і відповідно збільшення ширини послуг тощо, - можуть виступати Міжнародний інститут бізнесу, Міжнародний інститут менеджменту та університет економіки та права «КРОК».

Міжнародний інститут бізнесу (МІБ) – сучасна бізнес-школа, лідер на ринку бізнес-освіти в Україні вже понад 27 років. МІБ перша бізнес-школа в Україні, програми МВА якої були акредитовані міжнародною незалежною асоціацією Association of MBAs (Великобританія). МІБ є ексклюзивним навчальним центром в Україні двох міжнародних навчальних закладів: The Chartered Institute of Marketing – СІМ (Великобританія) та REFA (Німеччина) [97].

Міжнародний інститут менеджменту (МІМ) на ринку бізнес-освіти вже понад 30 років. Вона була створена за моделлю Міжнародного Інституту Менеджменту в Женеві (зараз IMD) і стала першою бізнес-школою в Україні. 7000 випускників працюють в усіх сферах бізнесу, а також в уряді.

МІМ – єдина бізнес-школа в Україні, яка має дві міжнародні акредитації – АМВА та ІQA. Це означає, що диплом бізнес-школи визнаний у будь-якій розвиненій країні. І знак довіри від нашої держави – акредитація Міністерства освіти України. У 2019 році на 12-й щорічній Всесвітній конвенції бізнес-школа МІМ вчетверте отримала відзнаку 4 Palms Top Business School. Завдяки цьому МІМ входить до ТОП-300 бізнес-шкіл у світі та у ТОП-15 у Східній Європі за міжнародним рейтингом Eduniversal. Це говорить про те, що диплом бізнес-школи визнають провідні міжнародні роботодавці [93].

Основна частина навчання проходить у Києві, а Міжнародні модулі програм відбуваються на чотирьох континентах – Північній Америці (США Carnegie Mellon University), Африці (Південна Африка: Stellenbosch Business School, GIBS), Європі (Швейцарія: Thunderbird School of Global Management's) та Азії (Китай: CEIBS).

Бізнес-школа КРОК (КРОК) — нова практико-орієнтована бізнес-школа, метою якої є підготовка лідерів вітчизняного бізнесу з цілісним розумінням бізнесу та формування ключових управлінських компетенцій, орієнтовані на глобальні тренди у бізнесі [92].

КРОК, послідовно реалізує концепцію безперервного навчання “3L” – Life – Long – Learning – “Навчання протягом усього життя”. Безперечна перевага школи полягає в тому, що в Університеті КРОК можна вчитися всією сім'єю – діти в ліцеї, коледжі, університеті, а батьки в бізнес-школі.

Основними напрямками наукових досліджень Університету є проблеми економіки, права, економічної безпеки, міжнародних економічних відносин, правового регулювання економічних відносин, кримінально-правового захисту економіки, організаційної, економічної та юридичної психології, психологічного забезпечення фінансово-економічної безпеки підприємств. Університет підтримує

партнерські стосунки з університетами Нідерландів, Австрії, Німеччини, Італії, Польщі, Угорщини, Латвії, Литви, Молдови, Грузії. Співпрацює з іноземними партнерами в рамках проектів урядів Нідерландів, Польщі, США та Європейського Союзу [92].

Таким чином, узагальнюючи характеристику зовнішнього середовища розглянутих бізнес-шкіл сформуємо табл. у якій описано середовище функціонування закладів за допомогою оцінок за методом 5 сил М.Портера.

Таблиця 3.5

**Мікрорівень графоаналітичної моделі квантового партнерства  
(зовнішні змішані параметри) – бізнес-школи**

<b>Інтрогрупа</b>	<b>Показник</b>	<b>МІБ</b>	<b>МІМ</b>	<b>КРОК</b>
Загроза з боку товарів-замінників	Загроза з боку товарів-замінників	3	3	2
Загрози внутрішньогалузевої конкуренції	Кількість гравців	2	2	2
	Темп росту ринку	2	2	2
	Рівень диверсифікації продукту на ринку	2	2	2
	Обмеження в підвищенні цін	2	2	2
Загроза з боку нових гравців	Економія на масштабі при виробництві товару або послуги	2	2	2
	Сильні марки з високим рівнем знання і лояльності	2	2	3
	Диференціація продукту	2	2	2
	Рівень інвестицій і витрат для входу в галузь	1	1	2
	Доступ до каналів розподілу	2	2	3
	Політика уряду	2	2	2
	Готовність існуючих гравців до зниження цін	2	2	2
	Темп зростання галузі	2	2	2
Загроза втрати поточних клієнтів	Частка покупців з великим обсягом продажів	2	2	1
	Схильність до використання товарів субститутів	2	2	2
	Чутливість до ціни	2	2	2
	Споживачі не задоволені якістю існуючого на ринку	2	2	2

Продовження таблиці 3.5

Загроза нестабільності постачальників	Кількість постачальників	1	1	1
	Обмеженість ресурсів постачальників	1	1	1
	Витрати в разі зміни постачальника	1	1	1
	Пріоритетність спрямування для постачальника	1	1	1

*Джерело: складено автором на основі [92,93, 97]*

Проведений аналіз за моделлю М. Портера демонструє, що всі три освітні установи стикаються з викликами, пов'язаними із зростаючою конкуренцією, технологічними змінами та потребою в оновленні підходів до навчання. МІБ та МІМ конкурують у сегменті бізнес-освіти, де основними загрозами є поява альтернативних навчальних платформ та зниження темпів росту ринку. Водночас Університет КРОК працює в стабільнішій ніші традиційної вищої освіти, однак стикається з необхідністю адаптації до нових вимог ринку праці та освітніх тенденцій.

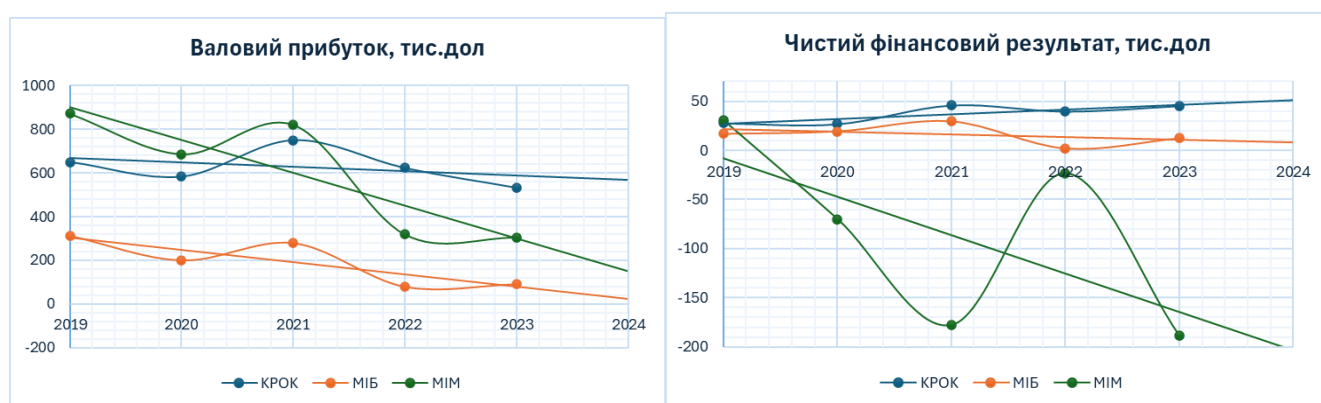
Основною загрозою для всіх трьох підприємств є поява альтернативних освітніх платформ, які пропонують більш гнучкі й доступні навчальні формати, зокрема міжнародні онлайн-курси та корпоративні програми. Водночас ринок освіти в Україні демонструє сповільнення темпів зростання, що зумовлює активний перерозподіл часток ринку між гравцями та посилює необхідність стратегічного управління конкурентними перевагами.

Ринкова влада покупців є помірною у випадку бізнес-освіти, де рішення про навчання ухвалюють як індивідуальні споживачі, так і корпоративні клієнти. Однак рівень чутливості до ціни та якості послуг залишається високим, що стимулює освітні установи до розширення унікальних можливостей навчання (міжнародні сертифікації, стажування, партнерства). Університет КРОК має стабільніший попит, адже традиційна вища освіта залишається пріоритетним вибором для багатьох абітурієнтів.

Таким чином, усі три підприємства потребують адаптації своїх стратегій до нових ринкових умов. Ключовими напрямками розвитку мають стати цифровізація

освітніх процесів, розширення партнерств, вдосконалення освітніх програм відповідно до потреб ринку праці та активне впровадження інноваційних підходів у навчанні.

Для надання порівняльної характеристики функціонування розглянутих бізнес-шкіл сформуємо рис. 3.7 на якому зображені фінансові результати діяльності та їх порівняння за 2019-2023 роки.



**Рис. 3.7. Порівняння фінансового результату діяльності розглянутих бізнес-шкіл за 2019-2023 рр**

*Джерело: складено автором на основі [92,93, 97]*

З зображеного на рис.3.7 можна дійти висновку про зменшення доходу обраних бізнес-шкіл протягом розглянутого періоду. Університет «КРОК» демонструє відносно стабільні фінансові показники, хоча за останні роки спостерігається зниження валового прибутку та чистого доходу. Так, у 2019 році чистий дохід складав 3,36 млн дол., а в 2023 – 2,5 млн дол., що свідчить про зменшення надходжень. Водночас фінансовий результат від операційної діяльності залишається відносно стабільним, а чистий фінансовий результат навіть зріс у 2023 році.

Фінансові показники МІБ зазнали значних коливань. Валовий прибуток впав із 311 тис. дол. у 2019 році до 90 тис. дол. у 2023 році, а чистий дохід після значного зростання у 2021 році (1,03 млн дол.) різко впав у 2022 році (279 тис. дол.), а потім частково відновився у 2023 році.

Графічно МІМ демонструє найбільш нестабільну фінансову діяльність. Незважаючи на відносно високий чистий дохід (2,35 млн дол. у 2019 році та 937 тис. дол. у 2023 році), фінансовий результат від операційної діяльності починаючи з 2020 року має негативне значення, що свідчить про збитковість операцій.

У 2022 році МІМ зазнав суттєвого скорочення масштабів діяльності, що відобразилося у зниженні чистого доходу до 865 тис. дол., порівняно з 2 129 тис. дол. у 2021 році. Водночас рівень валової маржі залишився відносно стабільним, що свідчить не про підвищення ефективності операцій, а про звуження обсягів надання освітніх послуг. Основним фактором покращення фінансового результату від операційної діяльності (з -178 тис. дол. у 2021 році до -23 тис. дол. у 2022 році) стало зменшення витрат, пов'язане, ймовірно, із скороченням кількості студентів, освітніх програм або викладацького складу. Така стратегія свідчить про адаптаційний підхід до кризової ситуації, однак вона не створює довгострокових передумов для сталого розвитку. Зменшення масштабів діяльності МІМ у 2022 році слід розглядати як реактивний антикризовий механізм, що тимчасово зменшив фінансовий тиск, але не вирішив структурних проблем управління.

Однак, для надання більш детального висновку розглянемо динамічні зміни фінансового результату діяльності обраних бізнес шкіл у табл.3.6.

Таблиця 3.6

**Мікрорівень графоаналітичної моделі квантового партнерства  
(кількісні внутрішні параметри) – бізнес-школи**

Група	Показники	МІБ	МІМ	КРОК	МАХ	МІН
Операційні	Чистий дохід (середній за 5 років), тис.долл	626	1 570	3 047	3 047	626
	Валовий прибуток (середній за 5 років), тис.долл	191	600	627	627	191
	Фінансовий результат від операційної діяльності (середній за 5 років), тис.долл	20	- 85	45	45	- 85
	Чистий фінансовий результат (середній за 5 років), тис.долл	16	- 86	37	37	- 86
Фінансові	Валова маржинальність, %	31%	38%	21%	38%	21%
	Операційна маржинальність, %	3%	-5%	1%	3%	-5%
	Період оборотності дебіторської заборгованості (баланс за останні 3 роки), дні	17,40	89,70	23,70	89,70	17,40
	Період оборотності кредиторської заборгованості (баланс за останні 3 роки), дні	1,18	0,75	3,04	3,04	0,75

*Джерело: складено автором на основі [92,93, 97]*

На основі аналізу фінансових показників та динаміки валового прибутку й чистого фінансового результату бізнес-шкіл КРОК, МІБ та МІМ у 2019–2023 роках на рис.3.7 та табл.3.6 дозволяє визначити їхні сильні та слабкі сторони. КРОК демонструє найбільш стабільну та ефективну фінансову модель: високий рівень доходу та прибутковості, позитивний фінансовий результат і стабільну валову маржинальність (21%). Незначні коливання після 2021 року можуть бути пов'язані з макроекономічними факторами, проте загальна динаміка свідчить про адаптивність в цих умовах.

МІБ характеризується відносною стабільністю фінансових потоків, коротким періодом оборотності дебіторської заборгованості (17,4 дні) та позитивним чистим фінансовим результатом, що вказує на ефективне управління ліквідністю. Водночас, порівняно нижчий валовий прибуток (191) та незначний рівень операційної маржинальності (3%) можуть свідчити про обмежену прибутковість освітніх програм або недостатню масштабованість бізнес-моделі.

Найбільші фінансові труднощі спостерігаються у МІМ, де негативна операційна маржинальність (-5%), нестабільність валового прибутку та значний період оборотності дебіторської заборгованості (89,7 днів) створюють ризики ліквідності. Графік чистого фінансового результату показує різке зниження після 2020 року та відсутність відновлення.

*Таблиця 3.7*

**Мікрорівень графоаналітичної моделі квантового партнерства (якісні внутрішні параметри) – бізнес-школи**

Група	Показники	МІБ	МІМ	КРОК	МАХ	МІН
Трудові	Викладачі та спікери	41	59	302	302	41
	Акредитації та ліцензії	5	4	5	5	4
	Рівень заробітної плати	4	4	3	4	3
	Можливості розвитку	5	5	4	5	4
	Графік роботи	3	3	4	4	3
	Обладнання та умови роботи	4	4	4	4	4
	Соціальні гарантії	4	4	5	5	4
	Кар'єрні перспективи	5	5	4	5	4

Продовження таблиці 3.7

Організаційні	Вартість базового курсу	353 500	622 800	299 000	622 800	299 000
	Тривалість навчання базового MBA курсу, міс	18	23	16	23	16
	Кількість брендових пошукових запитів	400	350	80	400	80
	Кількість випускників	1 200	7 500	2 000	7 500	1 200
Надання послуг	Кількість навчальних програм	6	6	6	6	6
	Додаткові курси, тренінги, семінари	7	3	24	24	3
	Відсоток позитивних відгуків	83%	98%	92%	92%	83%
	Наявність нагород та відзнак	2	6	4	6	2

*Джерело: запропоновано автором на основі [92,93, 97]*

Аналіз якісних показників бізнес-шкіл КРОК, МІБ та МІМ дозволяє оцінити їхню конкурентоспроможність з точки зору кадрового потенціалу, організаційних аспектів та рівня надання освітніх послуг. Ключовою відмінністю є кадровий потенціал: КРОК має значну перевагу у кількості викладачів та спікерів (302), що може свідчити про ширший вибір програм та різноплановість освітніх курсів. Натомість, МІМ (59 викладачів) та МІБ (41 викладач) мають суттєво меншу команду, що може впливати на рівень спеціалізації та кількість освітніх напрямів. Попри це, усі три бізнес-школи демонструють однаковий рівень соціальних гарантій, обладнання та умов праці, що сприяє залученню якісних кадрів.

Організаційні показники свідчать про суттєві відмінності у вартості навчання та структурі курсів. МІМ має найдорожчу програму (622 800 грн), що може пояснюватися його позиціонуванням у преміальному сегменті, тоді як КРОК пропонує найнижчу вартість (299 000 грн), роблячи освітні програми доступнішими. Цікаво, що МІБ (353 500 грн) займає середнє положення за вартістю, що може означати компроміс між доступністю та якістю. Кількість випускників також суттєво відрізняється: КРОК (7 500 випускників) має найбільший випуск, що свідчить про популярність програми, тоді як МІМ (2 000

випускників) та МІБ (1 200 випускників) демонструють менші масштаби діяльності.

Рівень освітніх послуг визначається кількістю навчальних програм, тренінгів і загальною репутацією серед студентів. КРОК і МІМ надають найширший вибір додаткових курсів (24), що робить їхні програми більш адаптивними до ринкових вимог, тоді як МІБ (3 додаткових курси) значно поступається за цим показником. Водночас, рівень позитивних відгуків є найвищим у МІМ (98%), що може бути результатом високої якості навчальних послуг та викладацького складу, тоді як КРОК (92%) та МІБ (83%) мають трохи нижчі оцінки.

### **3.2. Розробка політик імплементації інноваційного патерну квантового партнерства відповідно до обраних стратегій респондентів дослідження**

*«Ніколи не плутайте рух із дією» [149]*

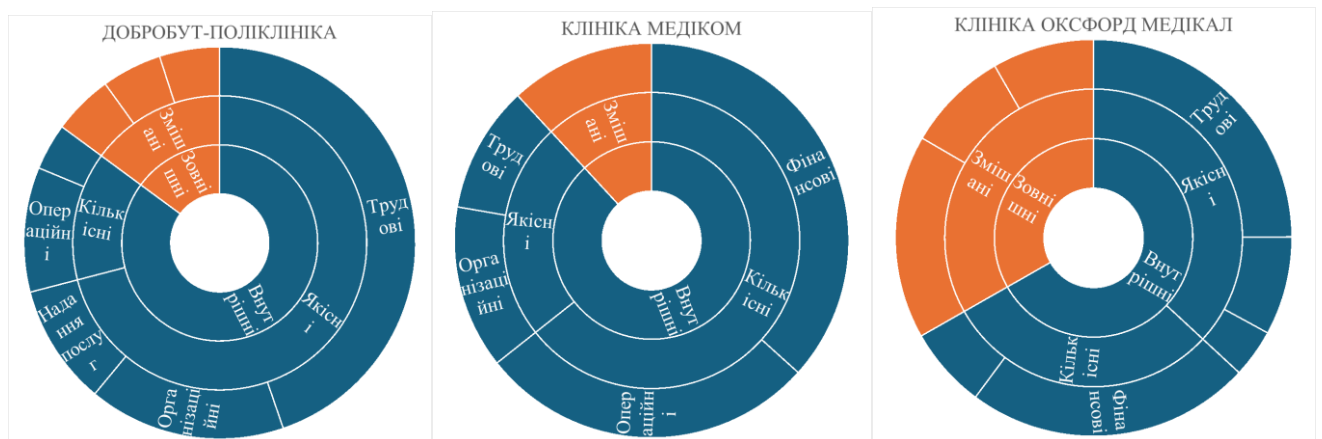
Упровадження інноваційного патерну квантового партнерства у сфері охорони здоров'я є неможливим без чітко визначених орієнтирів та адаптації до реальних умов діяльності суб'єктів цієї сфери. Саме тому розробка ефективної політики квантового партнерства має базуватися на обраних стратегіях респондентів дослідження, враховуючи їхню специфіку, пріоритети та обмеження, що були виявлені під час проведення попереднього аналізу.

Зазначена преамбула до цього підрозділу підкреслює, що саме цією настановою слід керуватися при формуванні політики партнерства – кожен стратегічний крок повинен бути спрямований на конкретні, відчутні результати у взаємодії між партнерами, особливо в умовах постійних викликів.

У попередньому підрозділі дослідження було здійснено аналітичну та описову характеристику потенційних партнерів, що дало змогу виявити їхні основні сильні та слабкі сторони, а також визначити ключові цінності, які відповідають сучасним викликам української системи охорони здоров'я. Проте для того, щоб перейти від теоретичних напрацювань до конкретних практичних кроків,

важливо здійснити більш глибоке порівняння потенційних партнерів, представлене у графо-аналітичній формі. Візуалізація отриманих даних дозволить не тільки чіткіше зрозуміти позиції кожного з партнерів, а й виокремити тих із них, які володіють необхідним потенціалом та найбільш відповідають обраним стратегіям респондентів.

I. Реалізація стратегії квантового партнерства між комунальними некомерційними підприємствами (КНП) та приватними медичними закладами передбачає чітке визначення та впровадження відповідних політик, які конкретизують стратегічні орієнтири у практичній площині. Враховуючи особливості української системи охорони здоров'я у воєнних умовах, необхідною є розробка саме таких політик, які дозволяють максимально ефективно поєднувати ресурси, досвід та компетенції обох сторін партнерства. Для формування детального опису політик, візуалізуємо графічне представлення результату квантового партнерства приватних медичних закладів у трьох рівнях: мікро-, мезо- та макрорівень, на основі додатку О.



**Рис. 3.8. Мікрорівень графоаналітичної моделі квантового партнерства (приватні медичні установи)**

*Джерело: запропоновано автором*

Розглянутий мікрорівень графоаналітичної моделі квантового партнерства на рис.3.8 дає змогу здійснити детальний аналіз структурного потенціалу кожного з

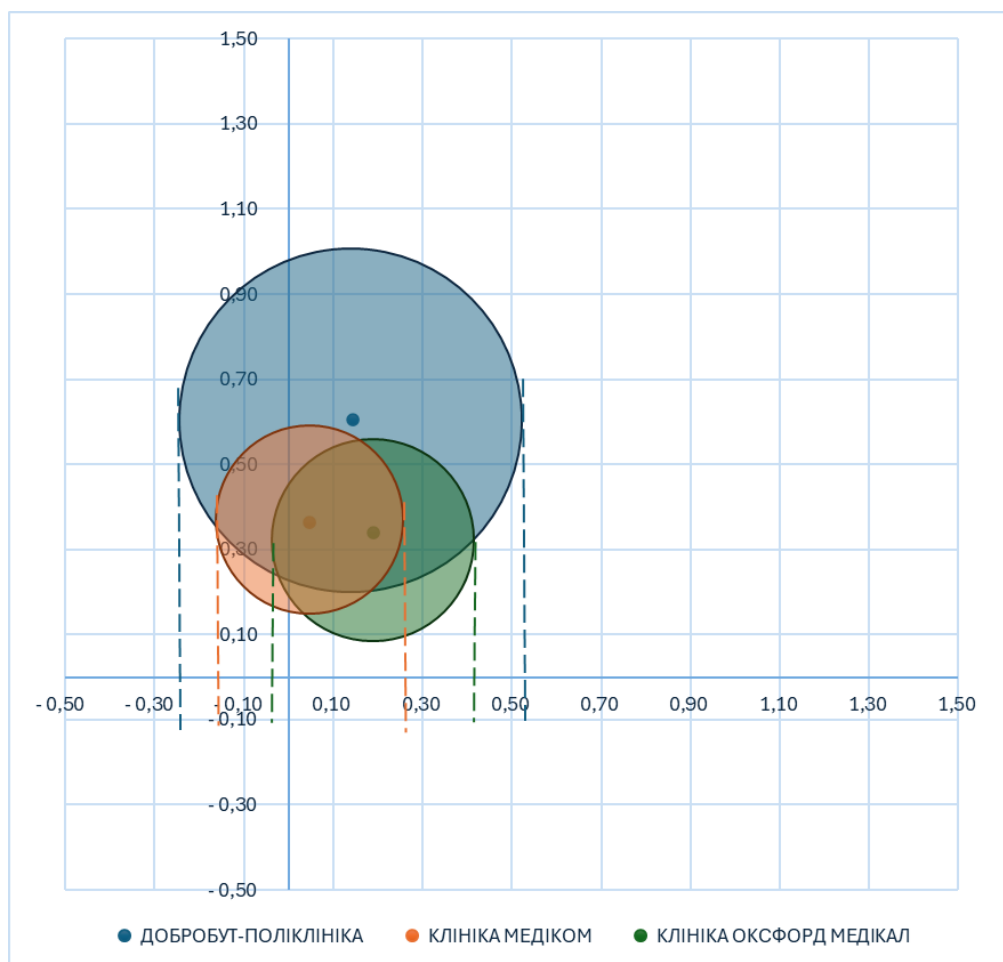
підприємств, на основі якого формується вибір відповідної стратегії та подальших політик взаємодії. Зокрема, результати моделювання свідчать про перевагу підприємства Добробут у контексті внутрішніх якісних показників, що займають найбільшу частку у розглянутому підприємстві. Дані показники відображають високий рівень якості надання медичних послуг, конкурентоспроможні умови оплати праці, а також наявність продуманої системи організації праці та розвитку персоналу. Зосередимо власну увагу на трудових показниках, що проявляється у якісному наданні медичних послуг та створенні сприятливих умов для професійного розвитку співробітників. Ці характеристики дозволяють розглядати Добробут як найбільш релевантного кандидата для подальшої імплементації патерну квантового партнерства.

На відміну від Добробут клініка Медіком демонструє провідні позиції за кількісними операційними та фінансовими показниками. Фінансова стійкість свідчить про ефективність операційної діяльності та управління фінансами. Ці аспекти роблять її привабливим партнером з точки зору довгострокової стабільної фінансової взаємодії.

Порівнюючи попередні два підприємства, ми можемо зробити висновок про відносно невелику частку зовнішніх показників у загальній структурі розглянутих показників підприємств. Однак, клініка Оксфорд Медікал демонструє високу частку зовнішніх показників, що визначається порівняно більшою привабливістю зовнішнього середовища. Разом з тим, розглядаючи внутрішні характеристики, можна зробити висновок про відносну стабільність та рівний розподіл часток внутрішніх показників, таких як якісні та кількісні, а також порівняно стабільний розподіл інтергруп показників (трудові, надання послуг та організаційні) в межах якісних та фінансові і операційні – в межах кількісних.

Таким чином, досліджені підприємства демонструють різні підходи до кадрової політики, фінансового управління та стратегій розвитку, однак важливими критеріями є не лише фінансові результати, але й потенціал до інновацій, освітні ініціативи та територіальна представленість. Для аналізу

партнерської привабливості трьох медичних закладів— Добробут Поліклініка, Медіком та Оксфорд Медікал — за внутрішніми та зовнішніми, а також кількісними та якісними показниками здійснимо графічне представлення на осі ординат внутрішні показники, а на осі абсцис – зовнішні (рис. 3.9).



**Рис.3.9. Мезорівень графоаналітичної моделі квантового партнерства (приватні медичні підприємства)**

*Джерело: запропоновано автором*

Із зображення на рис. 3.9 усі три клініки працюють в умовах високої конкуренції, але характер ринкових позицій різний. «Добробут» є одним із лідерів приватної медицини та має значну ринкову владу, однак змагається з іншими великими клініками преміум-сегмента, що тримає конкуренцію на високому рівні. «Медіком» завдяки вузькопрофільній спеціалізації зайняв міцну нішу, де

конкуренція трохи менша, що дає йому певну перевагу. Натомість масовий сегмент «Оксфорд Медікал» відчуває дуже високий конкурентний тиск – як з боку численних менших приватних клінік, так і державних медичних закладів.

Медична мережа «Добробут» наразі є однією з найбільших приватних мереж України. До її складу входять 17 сучасних медичних центрів у м. Києві та Київській області, а також власна служба екстреної медичної допомоги, кілька стоматологічних клінік і мережа аптек. У цих закладах надаються послуги для дорослих і дітей за більш ніж 75 напрямками медицини, що свідчить про мультипрофільність та здатність забезпечити повний цикл медичної допомоги. Масштаб мережі підтверджується і пацієнтотоком: лише за 2023 рік «Добробут» надав послуги 257 тис. пацієнтів (зростання на 14% до попереднього року) при понад 1,1 млн звернень. Щороку в мережі виконується понад 9 тис. операцій, що демонструє високу спроможність інфраструктури. Такий розмах і комплексність інфраструктури створюють передумови для синергії з КНП, які можуть отримати доступ до широкого спектру послуг і матеріально-технічної бази партнера.

Динамічний розвиток та інвестиції «Добробуту» підсилюють його стратегічну привабливість. Мережа постійно інвестує в розширення: 2023 року відкрито нову багатoproфільну клініку на проспекті Бажана в Києві – сучасний медичний комплекс, що за короткий час прийняв ~140 тис. пацієнтів та провів 930 операцій. Для створення там центру хірургії серця та судин компанія вклала близько 800 млн грн, повністю реконструювавши будівлю клініки. Одночасно мережа розвиває інноваційні напрямки: у 2024 році відкрито спеціалізовані центри офтальмології (з пропускною спроможністю до 2,5 тис. пацієнтів на місяць), онкодерматології та сомнології. Важливо, що «Добробут» має досвід інтеграції з іншими приватними провайдерами: у 2019 році поглинув відому клініку «Борис», а у 2020 році приєднав мережу поліклінік Doctor Sam (3 клініки в Києві) із повною інтеграцією за кілька місяців.

Ці кроки підтверджують уміння мережі ефективно реалізовувати партнерські проекти, об'єднувати інфраструктуру та стандарти обслуговування різних установ.

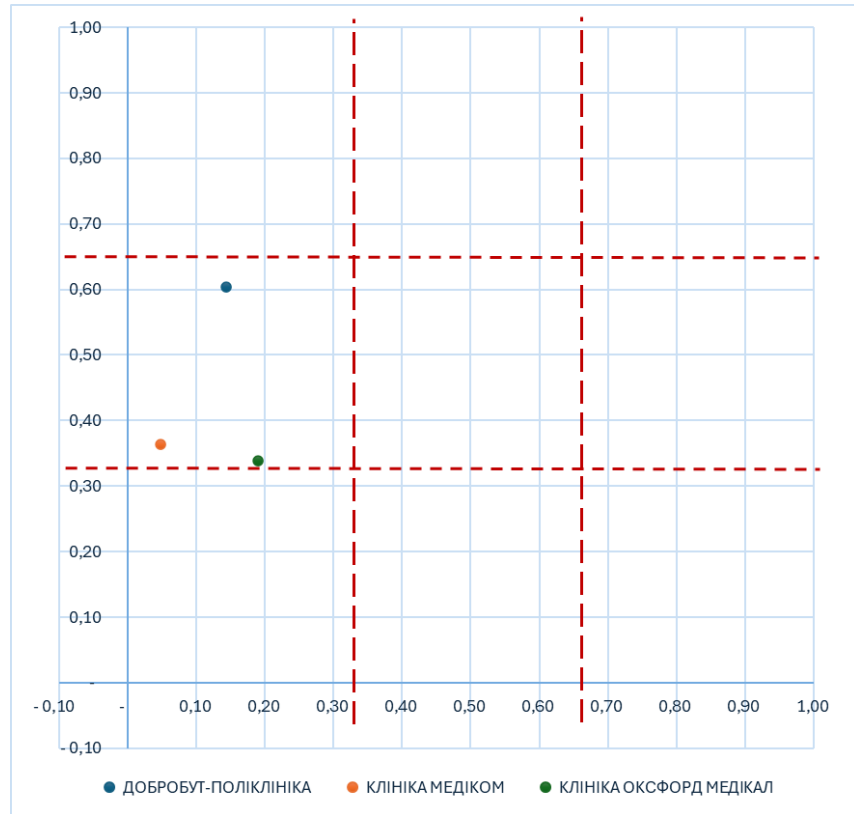
Для КНП така стратегічна гнучкість «Добробуту» означає готовність до впровадження нових спільних форм роботи, відповідно до квантового підходу.

Кадровий потенціал та система навчання в «Добробуті» є окремим фактором конкурентності. У мережі працюють понад 2,9 тис. співробітників, серед яких – провідні лікарі різних спеціальностей, молодший медичний персонал та управлінці охорони здоров'я. Для забезпечення високої якості послуг «Добробут» суттєво інвестує в розвиток персоналу: лише протягом 2021 року на навчання співробітників було спрямовано близько 10 млн грн. Налагоджена система безперервного професійного розвитку дозволяє утримувати фахівців світового рівня та швидко впроваджувати найкращі практики лікування. Крім того, інтегрування інших мереж принесло нових кваліфікованих спеціалістів і експертизу, розширивши кадровий резерв «Добробуту».

Високий рівень сервісу та задоволеності пацієнтів у мережі «Добробут» доповнює її стратегічні переваги. Мережа вибудувала клієнтоорієнтовану систему: сучасні протоколи лікування, зручний запис, цілодобова підтримка пацієнтів та комфортні умови перебування. Наслідком є високий рейтинг серед споживачів та експертів. Отже, партнерство з таким надійним постачальником медичних послуг здатне підвищити імідж та привабливість КНП для пацієнтів, забезпечуючи сталість спільних проєктів, доступ до передового досвіду приватного сектора, спільне створення нової якості медичних послуг та підвищення ефективності лікування.

З огляду на всі наведені аспекти, найбільший потенціал для партнерства у межах запропонованої моделі має «Добробут». Поєднання його масштабних ресурсів, всеосяжного спектру послуг та лідерських ринкових позицій створює міцну основу для стратегічного партнерства. «Медіком» та «Оксфорд Медікал» теж мають свої конкурентні переваги (висока рентабельність у першого та широка мережа у другого), однак прогнозовано саме співпраця з «Добробутом» забезпечить найбільший синергетичний ефект для реалізації стратегії квантового партнерства.

Для представлення можливих варіантів стратегії подальшого формування партнерства запропонуємо рис.3.10 на якому зобразимо квадранти-стратегії та потенційні партнери у межах цих квадрантів.



**Рис.3.10. Макрорівень графоаналітичної моделі квантового партнерства (приватні медичні підприємства)**

*Джерело: запропоновано автором*

З огляду на рис.3.10, аналіз позиціонування підприємств на матриці показує, що досліджувані медичні заклади («Добробут-Поліклініка», «Клініка Медіком» та «Клініка Оксфорд Медікал») мають близькі стратегічні показники, перебуваючи в квадранті «Вибіркове зростання; збереження позицій; оцінювання потенціалу для лідирування через сегментацію». Це свідчить про те, що підприємства знаходяться в умовах помірного ринкового середовища. Їхній поточний стан характеризується прагненням до зміцнення наявних позицій і обережним розширенням діяльності. Таке близьке розташування свідчить або про схожість проблематики та цілей

підприємств у сучасних складних умовах функціонування системи охорони здоров'я України, або про обрання близьких за критеріями потенційних партнерів. Це створює додаткові виклики, що потребують ефективної оптимізації ресурсів і стратегічної кооперації задля посилення стійкості та ефективності надання медичних послуг.

Враховуючи незначні відмінності у показниках, для кожного з підприємств стає доцільною реалізація політики концентрації зусиль та вибіркового зростання, яка може бути реалізована максимально ефективно саме у форматі партнерства. Партнерська взаємодія дозволяє поєднувати ресурси та компетенції, уникати дублювання зусиль, а також краще відповідати на загрози зовнішнього середовища, що актуально в умовах нестабільності. Виникає обґрунтована необхідність у впровадженні партнерства, яке дозволить не лише обмінюватися технологіями та практиками, але й суттєво підвищити якість наданих послуг через створення синергійних ефектів. Особливо перспективним є партнерство із КНП, які володіють специфічними ресурсами та інфраструктурою, необхідною для повнішого охоплення потреб пацієнтів у кризових умовах.

Таким чином, матричний аналіз наочно демонструє актуальність розвитку партнерства між приватними клініками та КНП як ключового напрямку подальшої стратегії.

Впровадження інноваційного патерну квантового партнерства у сфері охорони здоров'я вимагає розробки та реалізації відповідних політик, які забезпечать ефективне застосування обраної стратегії. Ці політики повинні бути спрямовані на оптимізацію використання ресурсів, посилення співпраці між державними та приватними установами, а також підвищення стійкості системи охорони здоров'я в умовах воєнного часу. Зокрема, необхідно розробити політики, які сприятимуть інтеграції інноваційних технологій, удосконаленню механізмів фінансування та підвищенню кваліфікації медичного персоналу.

Першою важливою політикою є *політика спільного використання інфраструктури та медичного обладнання*. Вона покликана оптимізувати витрати

та забезпечити доступ до високоякісних медичних послуг шляхом спільного використання сучасного обладнання, яке часто є фінансово недосяжним для окремих закладів. На практиці це передбачає створення спільних графіків та системи бронювання медичного устаткування, що дозволяє обом партнерам ефективно планувати свої послуги та уникати зайвих витрат.

Наступною ваговою складовою є *політика формування інтегрованих медичних маршрутів пацієнтів*. Вона передбачає налагодження єдиних стандартів лікування та маршрутизації, що значно підвищує ефективність надання медичних послуг. Пацієнти отримують доступ до повного спектра якісної допомоги, незалежно від того, до якого з партнерських закладів вони звернулися спочатку. Для ефективною реалізації цієї політики необхідним є створення єдиної системи обліку та обміну медичною інформацією з урахуванням вимог конфіденційності. Це дозволяє партнерам оперативно реагувати на медичні потреби пацієнтів, уникати дублювання обстежень і забезпечувати безперервність лікування.

Особливу увагу слід приділити *політиці кадрового забезпечення та професійного розвитку* медичних працівників у межах партнерства. Формування спільних програм навчання, перепідготовки та обміну досвідом між лікарями КНП та приватних закладів забезпечує постійне зростання професійних компетенцій і розвиток кадрового потенціалу. На практиці така кадрова політика може реалізовуватися через створення програм стажування, тренінгів, воркшопів, а також регулярного професійного обміну між лікарями-партнерами. Це сприятиме формуванню єдиної медичної культури, підвищенню якості послуг та рівня задоволеності пацієнтів.

Однією з ключових умов успішного партнерства є ефективна *політика фінансових стимулів та розподілу ризиків*. Вона передбачає чітке визначення умов спільного фінансування медичних проєктів, що дозволяє обом сторонам зменшити фінансові ризики. Важливим напрямом тут може бути створення спільних інвестиційних фондів або залучення додаткових джерел фінансування, зокрема через механізми державно-приватного партнерства.

Особливого значення набуває *політика спільного брендингу та комунікаційної взаємодії між партнерами*. Спільні інформаційні кампанії, формування єдиних стандартів комунікації та впровадження брендovаних програм лояльності дозволяють підвищити рівень довіри пацієнтів і суспільства до партнерських взаємовідносин. Також така політика сприяє створенню іміджу соціально відповідальних медичних закладів, орієнтованих на якість і доступність послуг.

Для узагальнення політик за стратегії партнерства КНП з приватними медичними закладами сформуємо табл. 3.8.

Таблиця 3.8

**Політики стратегії квантового партнерства між КНП та приватними медичними підприємствами**

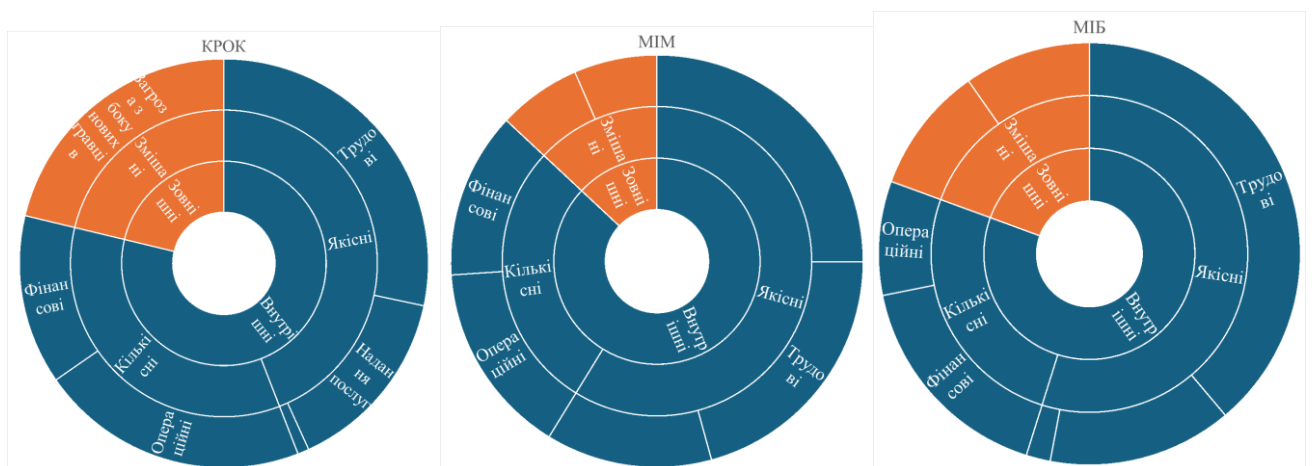
<b>Назва політики</b>	<b>Проблеми КНП, які вирішуються</b>	<b>Проблеми приватних медзакладів, які вирішуються</b>
Спільне використання інфраструктури та обладнання	Недостатнє фінансування для придбання дорогого обладнання; неможливість самостійного забезпечення сучасною технікою	Високі витрати на утримання і невисока завантаженість дорогого обладнання; оптимізація інвестицій у техніку
Інтегровані медичні маршрути пацієнтів	Обмежена можливість надавати повний спектр медичних послуг через нестачу профільних спеціалістів або обладнання	Недостатній потік пацієнтів, що потребують спеціалізованих або вузькопрофільних послуг; збільшення кількості направлень на спеціалізовані процедури
Кооперація у сфері кадрового забезпечення	Відтік кваліфікованих кадрів; низький рівень професійної підготовки через обмежені ресурси для навчання	Недостатній доступ до лікарів із великим практичним досвідом та складність їх залучення у приватні структури; підвищення кваліфікації персоналу
Фінансові стимули та ризик-шеринг	Обмежені фінансові ресурси та висока вразливість до фінансових ризиків, особливо у воєнних умовах	Значні фінансові ризики під час інвестування у масштабні медичні проекти; потреба у зменшенні податкового навантаження
Спільний брендинг та комунікація	Низький рівень довіри населення до державних закладів охорони здоров'я, особливо у частині якості послуг	Необхідність формування позитивного іміджу та подолання стереотипів щодо надмірної вартості приватних послуг

*Джерело: запропоновано автором*

Таким чином, запропоновані політики створюють чіткий каркас для ефективної реалізації стратегії квантового партнерства між КНП та приватними

медичними закладами. Їх практичне впровадження дозволить оптимізувати витрати, покращити якість послуг і посилити стійкість медичної системи України в умовах воєнних та поствоєнних викликів. Однак, рішення присутні у політиках взаємодії з приватними медичними закладами не повною мірою охоплюють все проблемне коло окреслене у другому розділі, тому, наступною стратегією є партнерство між КНП та спеціалізованими освітніми закладами.

*II. Партнерство між КНП та спеціалізованими освітніми закладами* вимагає системного підходу та формування комплексу політик, що забезпечують інтеграцію освіти, практики та інноваційних цифрових технологій у сфері охорони здоров'я.



**Рис. 3.11. Мікрорівень графоаналітичної моделі квантового партнерства (бізнес-школи)**

*Джерело: запропоновано автором*

На основі графічного аналізу, представленого на рисунку 3.11, встановлено, що КРОК займає лідируючі позиції за внутрішніми кількісними показниками, демонструє посередні результати за внутрішніми якісними та є лідером за зовнішніми показниками. Зокрема, серед внутрішніх якісних показників відзначаються високі результати в категоріях надання послуг та трудових умов для працівників. Це свідчить про стабільність діяльності підприємства та його

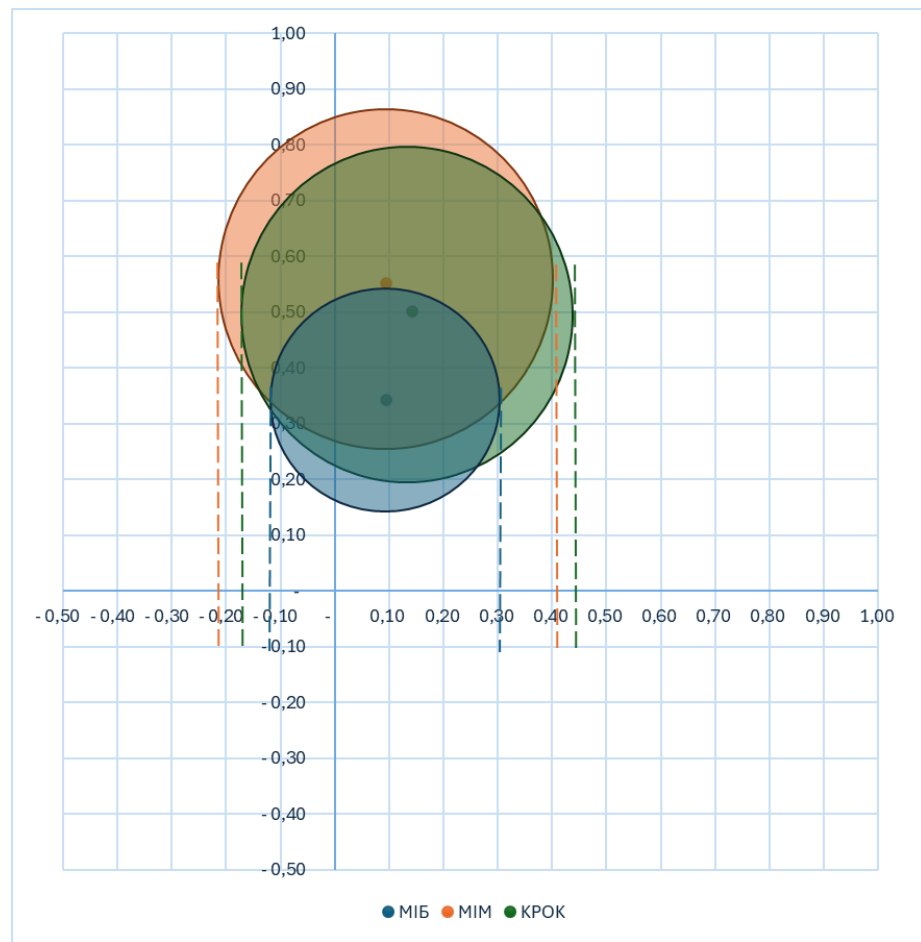
спрямованість на підтримку та розвиток ключових показників, що знаходиться у відображенні у фінансових результатах.

МІМ займає лідируючі позиції за групою внутрішніх якісних показників, зокрема в організаційній сфері. Це підтверджується високим відсотком позитивних відгуків, наявністю численних нагород та відзнак, значною кількістю випускників, а також високим рівнем брендкових пошукових запитів. Аналіз зовнішнього середовища свідчить про відносну схожість та незначні відхилення від інших підприємств, що вказує на стабільність МІМ у галузі.

МІБ демонструє посередні результати за основними групами показників і не займає лідируючих позицій серед розглянутих підприємств. Проте, детальний аналіз окремих інтрагруп показників виявив його сильні сторони:

- має найвищий рівень операційної маржинальності серед аналізованих підприємств, що свідчить про ефективність його основної діяльності та здатність генерувати прибуток;
- відзначається найбільшою кількістю акредитацій та ліцензій, високим рівнем заробітної плати та широкими можливостями для професійного розвитку співробітників, що сприяє підвищенню кваліфікації персоналу та його мотивації;
- лідирує за кількістю брендкових пошукових запитів, що вказує на високу впізнаваність бренду та ефективність маркетингових стратегій.

Загальний аналіз внутрішніх та зовнішніх показників усіх розглянутих бізнес-шкіл свідчить про їхню відносну близькість за основними категоріями, що підкреслює ефективну діяльність кожного з них у відповідних напрямках. Однак, для порівняння їх партнерської привабливості пропонуємо розглянути рис.3.12 на якому зображений мезорівень графоаналітичної моделі квантового партнерства.



**Рис.3.12. Мезорівень графоаналітичної моделі квантового партнерства (бізнес-школи)**

*Джерело: запропоновано автором*

Узагальнюючи вибір, оптимальним партнером для впровадження партнерства з КНП охорони здоров'я є бізнес-школа «КРОК». МІМ та МІБ займають важливе місце на ринку та могли б сприяти окремим аспектам співпраці (МІМ – підвищити статус і міжнародну видимість проекту завдяки своєму бренду та мережі, МІБ – забезпечити вузькопрофільну експертизу й стабільність фінансових процесів). Проте КРОК поєднує в собі більшість необхідних компонентів: достатній масштаб і інституційну стабільність, фінансову витривалість та готовність до спільного управління ризиками, різноплановий кадровий та інфраструктурний ресурс для спільних освітніх програм і практичних проєктів, високий рівень інтернаціоналізації та досвід міжнародних грантових ініціатив, а також органічну інтегрованість в ширшу академічну та суспільну

спільноту, що сприятиме формуванню єдиної комунікаційної екосистеми з охороною здоров'я. КРОК вже продемонстрував здатність до інновацій і адаптації, що є критичним для успіху довгострокового партнерства в умовах постійних змін.

Таким чином, на основі сукупності якісних та кількісних показників, бізнес-школа «КРОК» обґрунтовано обирається як стратегічний партнер, здатний найбільш ефективно реалізувати партнерства з КНП в сфері охорони здоров'я, завдяки:

По-перше, бізнес-школа «КРОК» є структурним підрозділом Університету економіки та права «КРОК», що забезпечує їй стабільну інституційну підтримку та доступ до широкого спектра академічних ресурсів. Ця інституційна база дозволяє реалізовувати міждисциплінарні підходи до навчання, що є особливо важливим для керівників КНП, які діють на перетині медицини, публічного адміністрування та фінансового управління. На відміну від МІМ, який переважно орієнтований на класичні програми бізнес-освіти із залученням іноземних партнерів, «КРОК» пропонує практико-орієнтований підхід з гнучким налаштуванням під потреби партнерів, включаючи державний сектор.

По-друге, КРОК має найбільший кадровий потенціал серед порівнюваних шкіл – понад 300 викладачів і спікерів, що значно перевищує відповідні показники МІМ та МІБ. Цей факт свідчить про здатність школи реалізовувати масштабні освітні ініціативи, в тому числі у форматі менторських програм, корпоративного консалтингу, короткострокових інтенсивів та тривалих програм МВА.

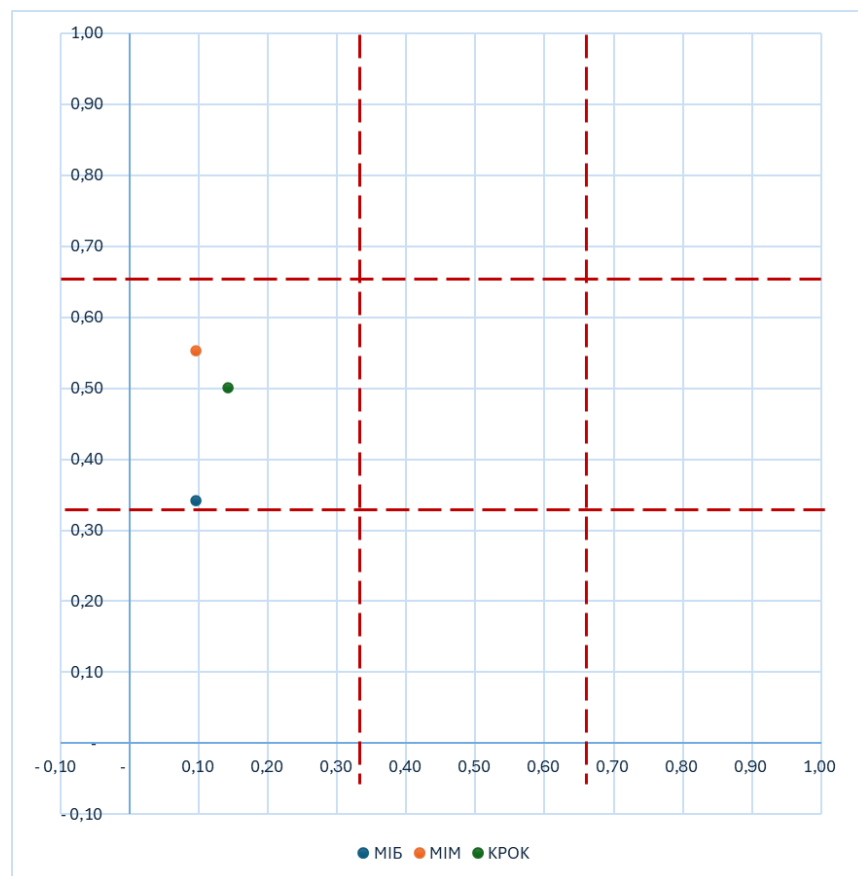
По-третє, інтернаціоналізація діяльності та проєктна активність бізнес-школи «КРОК» є ще однією вагомою перевагою. Заклад має партнерства з університетами з понад 10 країн (Нідерланди, Німеччина, Австрія, Польща, Литва, Грузія та ін.), а також бере участь у проєктах, підтриманих Європейським Союзом, урядами США, Нідерландів та Польщі.

Нарешті, бізнес-школа «КРОК» є найбільш клієнтоорієнтованою з точки зору освітнього портфеля: вона пропонує 24 додаткові курси й тренінги, що у 3–4 рази перевищує аналогічні показники МІМ та МІБ. Це дозволяє швидко формувати

гнучкі навчальні продукти у відповідь на специфічні запити КНП – зокрема щодо впровадження штучного інтелекту, телемедицини, управління змінами або соціальних комунікацій.

Таким чином, ґрунтовне порівняння внутрішніх і зовнішніх показників трьох провідних бізнес-шкіл дозволяє зробити обґрунтований висновок про доцільність вибору саме бізнес-школи «КРОК» як стратегічного партнера для КНП ЦПМСД. Це рішення забезпечить поєднання найкращих освітніх практик, наукового потенціалу й управлінського досвіду задля підвищення ефективності та інноваційності української системи охорони здоров'я.

Однак, як і у випадку побудови партнерства КНП з приватними медичними закладами слід деталізувати вибір стратегії для обраних потенційних партнерів, зокрема для бізнес-школи «КРОК» (рис.3.13).



**Рис.3.13. Макрорівень графоаналітичної моделі квантового партнерства (бізнес-школи)**

*Джерело: запропоновано автором*

За результатами проведеного аналізу на рис. 3.13 позиціонування бізнес-шкіл за внутрішніми та зовнішніми показниками встановлено, що всі три розглядані заклади – МІМ, МІБ та КРОК – опинилися в одному стратегічному квадранті. Цей квадрант характеризується стратегією *«Вибіркове зростання; збереження позицій; оцінювання потенціалу для лідирування через сегментацію»*.

Такий результат свідчить про схожий профіль конкурентоспроможності цих шкіл: вони мають помірно сильний внутрішній потенціал (фінансову стабільність, кваліфікований викладацький склад, наявність певних акредитацій) у поєднанні з відносно обмеженим, але стабільним зовнішнім становищем (визнання бренду на національному ринку, окремі міжнародні зв'язки). Іншими словами, співвідношення внутрішніх та зовнішніх показників у всіх трьох випадках є збалансованим на середньому рівні, що й зумовило їхнє потрапляння до зазначеного квадранта стратегій. В результаті впровадження цільових ініціатив розвитку, що відповідають стратегії вибіркового зростання, ці бізнес-школи зможуть поступово підвищувати свій статус і конкурентоздатність. Це створює місток до наступного етапу дослідження – формування конкретних політик і рекомендацій, спрямованих на реалізацію окресленої стратегії.

Перехід від стратегії до політик дозволяє структурно визначити зони відповідальності, очікувані результати та механізми взаємодії, зберігаючи стратегічну гнучкість та адаптивність до динамічного середовища.

Першою важливою політикою виступає *створення інтегрованих освітніх програм і забезпечення професійного розвитку персоналу*. В межах цієї політики передбачається формування спільних сертифікованих курсів та програм МВА для керівників і ключових працівників КНП, які сприятимуть підвищенню їхньої управлінської компетенції, розвитку навичок стратегічного та кризового менеджменту. Значущою складовою цієї політики також є створення постійно діючої системи менторства та консалтингу. Експерти приватних бізнес-шкіл надаватимуть регулярні консультації та допомогу керівникам КНП у розв'язанні складних управлінських завдань, що виникають в умовах воєнного стану,

сприяючи таким чином підвищенню ефективності управління та стійкості медичних закладів.

Друга політика спрямована на спільне використання інфраструктури, ресурсів і технологій. Її суттю є оптимізація використання медичного обладнання та інформаційних платформ, зокрема впровадження телемедичних рішень. Це дозволить КНП ефективно долати обмеженість ресурсів, а приватним освітнім установам – активно впроваджувати у медичну практику сучасні інноваційні технології. У рамках цієї політики передбачається також впровадження штучного інтелекту в управлінські та медичні процеси КНП. Зокрема, планується організація освітніх програм і тренінгів для керівників медичних закладів, які забезпечать формування необхідних компетенцій щодо застосування ШІ у діагностиці, прогнозуванні та управлінні ризиками.

Третя політика полягає у *формуванні спільних науково-практичних проєктів*. Ця політика передбачає проведення спільних наукових досліджень, що орієнтовані на вирішення актуальних управлінських, фінансових і медичних задач, які стоять перед КНП. Особливу увагу приділено практичній імплементації отриманих результатів у діяльність медичних закладів. Також у рамках цієї політики важливим напрямом є запуск спільних пілотних проєктів у галузі цифрових технологій. Це включає розробку та впровадження платформ для аналізу великих даних, телемедичних систем, рішень на базі штучного інтелекту, що дозволить суттєво підвищити якість медичного обслуговування та ефективність управління ресурсами.

Четверта політика спрямована на *створення сприятливих фінансових умов для розвитку партнерства*. Важливим елементом є механізм фінансових стимулів та спільного управління ризиками, що дозволяє зменшити навантаження на КНП і залучити додаткові фінансові ресурси через державно-приватне партнерство, грантове фінансування та спільні інвестиційні фонди.

П'ята політика передбачає *формування єдиної освітньо-комунікаційної екосистеми та спільного брендингу*. Її завданням є створення інтегрованого

інформаційного простору, що дозволяє керівникам та працівникам КНП отримувати оперативний доступ до найактуальніших знань, кейсів і практичних рекомендацій з управління. Ця політика також включає спільні комунікаційні заходи, регулярне проведення професійних конференцій, форумів та вебінарів. Створення спільних брендovаних програм дозволить значно підвищити рівень довіри до партнерів з боку пацієнтів та медичного співтовариства, а також сформувати позитивний імідж учасників квантового партнерства.

Таблиця 3.9

### Політики стратегії квантового партнерства між КНП та бізнес-школами

Назва політики	Проблеми КНП, які вирішуються	Проблеми освітніх закладів, які вирішуються
Інтегровані освітні програми та професійний розвиток персоналу	Низька управлінська компетентність персоналу, нестача навичок кризового та стратегічного менеджменту	Обмежені можливості реалізації практичних програм та потреба в актуальних кейсах з реальної практики
Спільне використання інфраструктури, ресурсів та технологій	Недостатність технологічних ресурсів і сучасних цифрових рішень у медичній практиці	Потреба у практичній імплементації та тестуванні інноваційних технологій і методів навчання
Формування спільних науково-практичних проєктів	Відсутність якісних практичних рекомендацій, які базуються на наукових дослідженнях; потреба в оптимізації управління ресурсами	Брак практичних кейсів для наукових досліджень, відсутність доступу до реальних даних для прикладних проєктів
Створення сприятливих фінансових умов та ризик-шеринг	Обмежені фінансові ресурси, труднощі у залученні зовнішніх інвестицій та партнерських коштів	Недостатня фінансова мотивація для залучення приватних інвестицій у освітньо-практичні проєкти у сфері медицини
Єдина освітньо-комунікаційна екосистема та спільний брендинг	Відсутність єдиної платформи для отримання знань і професійної інформації, недостатня довіра до державних медичних закладів	Потреба у формуванні іміджу та репутації як надійних партнерів, відсутність системної комунікації з медичним співтовариством

*Джерело: запропоновано автором*

Таким чином, впровадження запропонованого комплексу політик забезпечить системний підхід до реалізації партнерства між КНП і приватними бізнес-школами, що дозволить не тільки подолати актуальні виклики в системі

охорони здоров'я України, але й сформувати нові моделі співпраці, адаптовані до сучасних умов воєнного та післявоєнного періоду.

Отже, результати здійсненого аналізу свідчать про наявність обґрунтованих передумов для формування цілісного інноваційного патерну квантового партнерства, у межах якого ключову роль відіграватимуть три суб'єкти: КНП ЦПМСД як основа публічного сектору, приватне медичне підприємство «Добробут» як репрезентант високотехнологічного медичного сервісу, а також бізнес-школа «КРОК» як провідний освітній та управлінський провайдер. Комплементарність їхніх стратегічних характеристик, підтверджена графоаналітичними інструментами дослідження, дозволяє розглядати цю конфігурацію як оптимальну для реалізації системного партнерства, що враховує як ресурсний, так і інституційний баланс учасників.

Слід зазначити, що розглянуті стратегії передбачають дотримання умов та принципів організації менеджменту міжсекторної співпраці у процесі надання медичних послуг. Державно-приватне партнерство може існувати у вигляді консесійного договору, договору управління майном та договору про спільну діяльність.

Відповідь на підійняті вище питання у межах територіальних досліджень надасть формування місцевої програми – сукупність взаємопов'язаних завдань і заходів, спрямованих на розв'язання найактуальніших проблем розвитку у сфері охорони здоров'я. Щодо кожної програми і заходу встановлюються: строки виконання, ресурсне забезпечення, відповідальні виконавці, показники виконання (ефективності). У межах правового поля виділяють дві складові у процесі планування: рішення власника – органу місцевого самоврядування, та план розвитку госпітального округу.

Процедура реорганізації ЗОЗ:

1) планування – в процедурі реорганізації, юридична складова є вторинною. Первинним же бачення моделі побудови мережі закладів охорони здоров'я, яке має забезпечувати медичне обслуговування населення;

До реорганізації мережі слід підходити комплексно, а не розглядати її лише у контексті охорони здоров'я. Соціальна складова, наявна транспортна інфраструктура, або потреба у її розвитку - є такими ж важливими чинниками при обранні моделі.

2) адвокація – донесення до 3 ключових учасників (населення, органи місцевого самоврядування та працівники закладів охорони здоров'я);

3) формальна процедура – ліквідувати заклади охорони здоров'я є протиправним. Ліквідація закладів може призводити до скасування рішень про ліквідацію та навіть до кримінальної відповідальності. В той же час, судова практика вказує на допустимість реорганізації закладів охорони здоров'я.

Стаття 104 ЦКУ [2] допускає припинення юридичної особи шляхом реорганізації, що включає у себе: перетворення, поділ, приєднання, злиття ЗОЗ. Рішення про реорганізацію приймається місцевими органами самоврядування.

Якщо є декілька власників закладів охорони здоров'я, які плануються до укрупнення, то слід розуміти, яким чином буде організоване співробітництво територіальних громад. В такому випадку, окремим процедурам реорганізації слід пройти процедуру укладання договору про співробітництво територіальних громад. Виділяють дві ключових форми співробітництва територіальних громад: спільне фінансування та спільне управління.

Разом з тим, у закладі охорони здоров'я може бути організований відокремлений підрозділ. В той же час, відокремлений підрозділ продовжує бути частиною підприємства, яка може централізувати частину функцій.

Таким чином, на цьому етапі дослідження досягнуто важливого логічного порогу: від теоретико-аналітичного етапу з обґрунтуванням стратегії та політик ми переходимо до безпосереднього моделювання цілісного патерну квантового партнерства. Така інтеграція дозволить не лише деталізувати механізми взаємодії та розподілу функціональних зон відповідальності, а й спрогнозувати можливий синергічний ефект, що виявиться у формуванні нового типу міжорганізаційного потенціалу.

### 3.3. Прогнозування результативності застосування інноваційного патерну квантового партнерства у сфері охорони здоров'я

*“Все, що одна людина здатна уявити, інші здатні здійснити” [143]*

З метою прогнозування ефективності впровадження зазначених стратегій та у продовження і розширення етапу *«Оцінювання можливості партнерства»* застосовано інструмент "QUANTUM", адаптований для роботи в умовах міжгалузевого порівняння, який слугує основою для формування патерну партнерства через кількісне вимірювання потенціалу взаємодії між суб'єктами різних галузей. Його застосування потребує розробки диференційованого підходу до аналізу різнорідних респондентів, що належать до різних сфер діяльності.

Таким чином, доцільність та ефективність формування партнерств оцінюється не лише через статичні фінансові або структурні параметри, а й на основі динамічного підходу, що дозволяє візуалізувати ступінь перекриття функціональних зон впливу кожного з потенційних партнерів. Такий підхід ґрунтується на міждисциплінарному методі, що поєднує елементи системного аналізу, графоаналітики та геометричного моделювання, і дозволяє здійснити прогнозну оцінку ефективності взаємодії. Важливими доповненнями інструменту "QUANTUM" є застосування методу діагностики підприємницького потенціалу як складової комплексу методів оцінювання потенціалу партнерства:

I. По-перше, безпосереднє порівняння внутрішніх показників КНП, приватних медичних підприємств та бізнес-шкіл орієнтується на принциповій різності їхніх функціональних характеристик та критеріїв ефективності. Для уникнення помилок порівняння "нерівнозначних величин" у дослідженні застосовано принцип нормалізації: для приватних медичних закладів і бізнес-шкіл використано середні значення внутрішніх показників, отримані в межах порівняння між суб'єктами їхніх галузей, що забезпечує можливість інтеграції партнерів у модель прогнозування без втрати їх внутрішніх відмінностей.

На відміну від внутрішніх характеристик, зовнішні, – визначаються рівнем галузевої конкуренції, регуляторним середовищем і загрозами як з боку постачальників так і покупців, та підлягають прямому порівнянню між усіма досліджуваними суб'єктами незалежно від їх галузевої належності. Для цього як і у попередніх підрозділах використано модель "п'яти сил конкуренції" М. Портера, яка дозволяє уніфіковано оцінити зовнішнє конкурентне середовище підприємств.

На підставі отриманих середніх значень внутрішніх та зовнішніх груп показників для кожного підприємства розраховано відповідні радіуси інтегральних кіл. Їх положення на осі координат визначено за рівнями внутрішньої ефективності та зовнішнього конкурентного середовища. Площі кіл та площі їхніх перетинів відображають потенціал синергії у разі формування партнерства між респондентами. Така модель дозволяє кількісно прогнозувати приріст ефективності кожного КНП внаслідок впровадження обраного патерну квантового партнерства, враховуючи специфіку міжгалузевої взаємодії.

Отже, враховуючи особливості запропонованої авторської методики прогнозування, подальший етап дослідження передбачає безпосередню побудову графоаналітичного патерну для респондентів. З цією метою здійснено розрахунок радіусів інтегральних кіл для кожного респондента на основі значень внутрішніх та зовнішніх показників, а також визначено площі кіл та їхніх перетинів.

*Таблиця 3.10*

**Геометричні параметри на основі внутрішніх та зовнішніх показників підприємств-партнерів**

<b>Показник</b>	<b>КНП 1</b>	<b>КНП 2</b>	<b>КНП 3</b>	<b>ДП 1</b>	<b>УК 1</b>
Радіус	0,252	0,351	0,337	0,528	0,417
Площа	0,199	0,388	0,357	0,876	0,546
Integral 0x	0,361	0,560	0,532	0,604	0,501
Integral 0y	0,143	0,143	0,143	0,452	0,333

*Джерело: запропоновано автором*

Як можемо побачити з табл. 3.10, з метою оптимізації простору таблиць і схем, а також для забезпечення зручності сприйняття результатів аналізу, було

використано систему умовних позначень респондентів дослідження. Повні найменування підприємств наведено нижче:

- КНП 1 — КНП "ЦПМСД №2" Солом'янського району м. Києва;
- КНП 2 — КНП "ЦПМСД №2" Подільського району м. Києва;
- КНП 3 — КНП "ЦПМСД №1" Оболонського району м. Києва;
- ДП 1 — приватний медичний заклад Добробут-поліклініка;
- УК 1 — університет Крок.

Як результат розрахунків ми дійшли висновку, що найбільшу площу кола серед розглянутих підприємств має Добробут-поліклініка та університет Крок, що визначається упершу чергу сферою їх діяльності, та конкурентним положенням у ній. Такий висновок підкріплюється і результатом порівняння зовнішнього середовища, яке відображено у інтегральному показнику (Integral 0y). Разом з цим, до лідерів серед внутрішніх показників (Integral 0x) відноситься не лише Добробут-поліклініка, а й КНП "ЦПМСД №2" Подільського району м. Києва, що говорить про ймовірний потенціал розвитку у цьому напрямку.

II. По-друге, для оцінки ефективності синергійної взаємодії застосування патерну квантового партнерства розрахуємо відстані між центрами кіл, площі їх перетину та площі новоутворених фігур, що дозволить виявити партнерства з найбільшим потенціалом.

*Таблиця 3.11*

**Аналітична характеристика потенціалу двосторонньої синергійної взаємодії між підприємствами-партнерами**

<b>Підприємство</b>	<b>Відстань між центрами кіл</b>	<b>Площа перетину</b>	<b>Площа фігур</b>
КНП 1-КНП 2	0,199	0,160	0,427
КНП 1- КНП 3	0,171	0,166	0,391
КНП 1- ДП 1	0,393	0,157	0,919
КНП 1- УК 1	0,236	0,176	0,569
КНП 2- КНП 3	0,028	0,351	0,394
КНП 2- ДП 1	0,313	0,315	0,948
КНП 2- УК 1	0,200	0,307	0,627
КНП 3- ДП 1	0,318	0,294	0,939
КНП 3- УК 1	0,193	0,295	0,608

*Джерело: запропоновано автором*

Аналіз отриманих даних дозволяє здійснити кількісну оцінку попарного прогнозованого приросту ефективності для кожного підприємства. Як результат попарного кількісного аналізу можемо побачити, що найбільша новоутворена фігура у результаті партнерства має КНП "ЦПМСД №2" Подільського району м. Києва у взаємодії з Добробут-поліклініка (КНП 2 – ДП 1).

Однак, найбільший потенціал припадає на найменш конкурентне КНП серед розглянутих респондентів – КНП "ЦПМСД №2" Солом'янського району м. Києва з Добробут-поліклініка (КНП 1 - ДП 1). Розглянуті попарні порівняння у табл. 3.13 дозволяють виявити сильні точки дотику між окремими респондентами, однак не охоплюють структуру більш комплексних взаємозв'язків, характерних для системних моделей партнерства.

В умовах воєнного часу, коли потрібна повноцінна інтеграція між закладами первинної медицини, спеціалізованими установами та освітніми структурами, постає потреба в оцінці багатостороннього синергійного ефекту. З цією метою запропоновано перейти до використання геометричної теорії, яка дозволяє кількісно моделювати сукупну площу партнерського простору з урахуванням накладання функціональних зон та глибокої синергії, що виникає в результаті одночасної взаємодії трьох і більше сторін. У такій моделі площа партнерства розраховується не як проста сума попарних ефектів, а як багатовимірне геометричне поєднання із включенням багатосторонніх перетинів.

Таким чином, для прогнозування ефективності багатостороннього партнерства пропонуємо розглянути геометричний принцип включень–виключень, відомому в теорії множин та комбінаториці [177]. В геометричному значенні це дозволяє точно обчислити площу об'єднання кількох фігур (у нашому випадку — кіл), включаючи всі можливі перетини. Так, для декількох (3 та більше) кіл формула об'єднаної площі має вигляд:

$$S_U = \sum_i^n S_i - \sum_i^n S_{inj} + \sum_{i<j<k}^n S_{injnk}, \text{ де}$$

(3.1)

$$\sum_i^n S_{inj} \text{ — площі попарних перетинів (зони двостороннього партнерства);}$$

$$\sum_{i<j<k}^n S_{injnk} \text{ — площа об'єднання всіх кіл (інтегральна площа партнерства);}$$

$$\sum_i^n S_i \text{ — площі окремих кіл, які беруть участь у партнерстві.}$$

У формулі 3.1 сума площ окремих кіл відображає потенціал кожного респондента у відриві від партнерства, натомість сума попарних перетинів, враховує ті частини, де функціональні зони респондентів накладаються, і, відповідно, усуває дублювання. Така операція призводить до надмірного «вилучення» з моделі спільної синергії, яка виникає на перетині трьох і більше учасників. Саме тому третій елемент — багатосторонній перетин — додається назад, оскільки його попередньо було вилучено кілька разів, і він репрезентує глибоку взаємодію між трьома або більше суб'єктами, що є ключовим у контексті стратегічного партнерства.

У результаті розглянутої формули ми отримуємо точне кількісне представлення площини партнерства, яка не лише враховує індивідуальні потенціали та попарну взаємодію, а й дозволяє виявити ефект системної синергії, який виникає зокрема за умов багатосторонньої кооперації. Особливо це важливо у випадку міжгалузевих зв'язків, де окремі учасники (наприклад, бізнес-школа чи приватна клініка) можуть мати менше спільного з кожним із партнерів поодинці, але виступати як ключовий елемент інтеграції в загальній конфігурації – питання ролей.

Для візуалізації та кількісної оцінки багатосторонніх взаємодій було здійснено розрахунок площ партнерства для вибраних багатосторонніх конфігурацій із урахуванням всіх компонентів описаної формули (табл. 3.12).

Таблиця 3.12

**Аналітична характеристика потенціалу багатосторонньої синергійної взаємодії між підприємствами-партнерами**

Патерни	Сума площ кіл	Сума попарних перетинів	Багатосторонній перетин	Площа партнерства
КНП 1-КНП 2 - ДП 1 - УК 1	2,0090	1,6376	0,8794	1,2508
КНП 1-КНП 3 - ДП 1 - УК 1	1,978	1,6104	0,8781	1,2457
КНП 2-КНП 3 - ДП 1 - УК 1	2,167	2,0842	1,432	<b>1,5148</b>
КНП 1-КНП 2 - ДП 1	1,463	0,6312	0,139	<b>0,9708</b>
КНП 1-КНП 3 - ДП 1	1,432	0,616	0,1425	0,9585
КНП 2-КНП 3 - ДП 1	1,621	0,9588	0,2898	0,9520
КНП 1-КНП 2 - УК 1	1,133	0,6422	0,1507	<b>0,6415</b>
КНП 1-КНП 3 - УК 1	1,102	0,6363	0,1554	0,6211
КНП 2-КНП 3 - УК 1	1,291	0,9519	0,2899	0,6290
КНП 1-ДП 1-УК 1	1,621	0,8562	0,1567	0,9215
КНП 2-ДП 1-УК 1	1,81	1,1455	0,2941	<b>0,9586</b>
КНП 3-ДП 1-УК 1	1,779	1,1123	0,281	0,9477

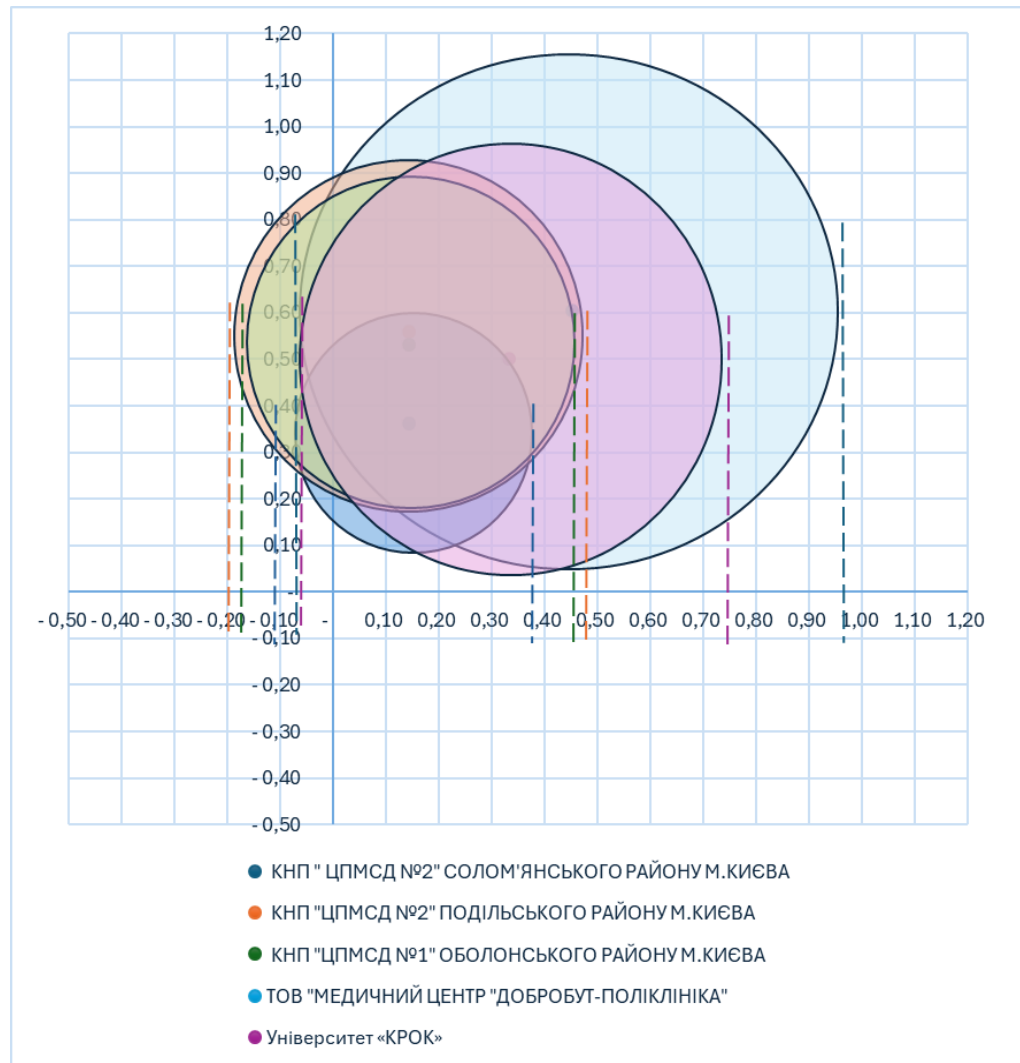
*Джерело: запропоновано автором*

Узагальнені результати багатосторонніх розрахунків, подані в таблиці 3.14, дозволяють зробити висновки про масштаб синергії, яка виникає внаслідок взаємодії між трьома або чотирма підприємствами. Зростання площі партнерства відображає ступінь геометричного перекриття функціональних зон впливу, а отже — потенціал інтеграції.

Найвищий показник площі партнерства (1,5148) спостерігається у конфігураційному патерну КНП 2 – КНП 3 – ДП 1 – УК 1. Це свідчить про наймасштабніше структурне поєднання функціональних зон взаємодії, з максимальною компенсацією дублювань (попарних перетинів) і наявністю істотного багатостороннього синергійного перетину (1,432). Проте важливо наголосити, що навіть при значному збільшенні площі об'єднання не завжди йдеться про однакову ефективність для кожного з учасників. Площа є описовим, але не індивідуалізованим показником ефективності, що не враховує відносну вигоду для порівняного суб'єкта.

Окрім того, інтерпретація отриманих результатів неможлива без урахування графічної складової, яка дозволяє візуально спостерігати характер перекриттів,

наявність глибоких синергій або навпаки — надмірного дублювання. Візуалізація допомагає не лише інтерпретувати результати, а й виявити структурну роль кожного з учасників: хто виступає інтегратором, а хто має лише обмежений контакт із партнерською зоною (рис. 3.14).



**Рис.3.14. Графічна характеристика потенціалу синергійної взаємодії між підприємствами-партнерами**

*Джерело: запропоновано автором*

За рис. 3.14 можна спостерігати, що найбільш виразні зони перекриття знаходяться між КНП «ЦПМСД №2» Подільського району м. Києва, ТОВ «Добробут-поліклініка» та університетом «КРОК», що узгоджується з результатами кількісного аналізу.

III. По-третє, зважаючи на складність та багатовимірність міжгалузевих партнерств, у межах дослідження запропоновано вийти за межі суто аналітичної площинної моделі, що оперує лише агрегованими площами синергії, та зосередитися на персоніфікованій оцінці ефективності для кожного респондента. Це дозволяє подолати обмеження, властиві традиційним підходам, де інтегральна фігура розглядається як єдине ціле без деталізації внеску окремих учасників. У реальному партнерстві вираші можуть бути асиметричними, а отже потребують диференційованого аналізу.

Для розрахунку персоніфікованої ефективності було використано два взаємодоповнювальні підходи:

- абсолютний приріст потенціалу, що показує, наскільки збільшилася площа впливу кожного підприємства внаслідок включення до партнерства;
- відносний приріст потенціалу, який виражається у відсотках до початкової площі й дозволяє оцінити ефект з урахуванням масштабу вихідної позиції суб'єкта.

Такий методологічний підхід дає змогу побачити, хто з партнерів отримає найвагомий результат від інтеграції: чи це буде великий гравець, який консолідує довкола себе інших, чи менш потужний учасник, який завдяки взаємодії отримує непропорційно високий приріст. Це також трансформує модель QUANTUM із загального геометричного образу в систему точкових і взаємопов'язаних ефектів, кожен з яких має прикладне значення для стратегії управління партнерствами до 2030 р.

Результати відповідних розрахунків персоніфікованої результативності для кожного респондента наведено у таблиці 3.15, яка демонструє розподіл ефектів та дозволяє ідентифікувати оптимальні конфігурації з погляду індивідуального приросту цінності.

Таблиця 3.13

**Прогнозування результативності застосування патерну квантового партнерства до 2030 р**

Партнерства	Абсолютний ріст потенціалу			Відносний ріст потенціалу		
	КНП 1	КНП 2	КНП 3	КНП 1	КНП 2	КНП 3
КНП 1-КНП 2 - ДП 1 - УК 1	<b>1,0515</b>	0,8631	x	<b>527%</b>	223%	x
КНП 1-КНП 3 - ДП 1 - УК 1	1,0464	x	0,8883	525%	x	249%
КНП 2-КНП 3 - ДП 1 - УК 1	x	<b>1,1271</b>	<b>1,1574</b>	x	<b>291%</b>	<b>324%</b>
КНП 1-КНП 2 - ДП 1	0,7715	0,5831	x	387%	150%	x
КНП 1-КНП 3 - ДП 1	0,7592	x	0,6011	381%	x	168%
КНП 2-КНП 3 - ДП 1	x	0,5643	0,5946	x	146%	166%
КНП 1-КНП 2 - УК 1	0,4422	0,2538	x	222%	65%	x
КНП 1-КНП 3 - УК 1	0,4218	x	0,2637	212%	x	74%
КНП 2-КНП 3 - УК 1	x	0,2413	0,2716	x	62%	76%
КНП 1-ДП 1-УК 1	0,7222	x	x	362%	x	x
КНП 2-ДП 1-УК 1	x	0,5709	x	x	147%	x
КНП 3-ДП 1-УК 1	x	x	0,5903	x	x	165%

*Джерело: запропоновано автором*

Аналіз даних таблиці 3.13 дозволяє виявити ключові закономірності щодо індивідуального виграшу кожного респондента внаслідок реалізації патерну квантового партнерства. Найвищий відносний приріст потенціалу продемонстровано КНП «ЦПМСД №2» Солом'янського району м. Києва у конфігураційному патерну з ДП 1 та УК 1 — 527%, що свідчить про істотний ефект включення менш конкурентного гравця до системної моделі партнерства. Водночас, абсолютні прирости найвищі для КНП 2 і КНП 3 у складі патерну КНП 2 – КНП 3 – ДП 1 – УК 1, що демонструє ефективність масштабного партнерства між більш конкурентоспроможними суб'єктами.

Враховуючи аналітичну (табл. 3.13) та графічну (рис. 3.14) складові досліджуваного патерну квантового партнерства у сфері охорони здоров'я, серед проаналізованих респондентів можемо зробити висновок про формування інтегрованих траєкторій взаємодії, що орієнтовані на посилення ефективності медичних послуг.

На основі розрахованих прогнозів спостерігається поступовий перехід до інтегрованої стратегії первинної медичної допомоги як ключової відповіді на

сучасні системні виклики у сфері охорони здоров'я. Такий підхід передбачає об'єднання медичних і соціальних послуг у єдину координаційну систему з акцентом на покращення доступності, якості та безперервності медичної допомоги, особливо для пацієнтів із хронічними та мультидисциплінарними станами.

Фрагментація, характерна для традиційних моделей надання допомоги, полягає у відсутності злагодженої взаємодії між медичними закладами, дублюванні процедур, недостатній передачі інформації між рівнями допомоги та загальній нестачі координації. Вона призводить до розірваності пацієнтського шляху, збільшення витрат і зниження ефективності лікування. Впровадження квантового партнерства спрямоване на усунення цієї фрагментації — як на рівні управління, так і в площині клінічної практики.

З іншого боку, попри очевидні переваги партнерських моделей, важливо враховувати потенційний ризик перетворення партнерства на форму прихованої монополії. У разі концентрації рішень, ресурсів чи впливу в межах замкненої мережі партнерів, можлива втрата конкуренції, обмеження доступу менш потужних гравців і формування бар'єрів для нових учасників. Проте в умовах системної реформування та воєнного часу, партнерство в охороні здоров'я виконує не тільки ринкову, а й координуючу функцію, забезпечуючи мобілізацію ресурсів, оперативність рішень і інтеграцію зусиль навколо публічного блага.

### **Висновки до 3 розділу.**

У третьому розділі дисертації основна увага зосереджена на реалізації етапів 3 та 4 запропонованої концептуальної моделі партнерства, які відповідають за узгодження стратегій та політик партнерства, а також оцінку можливостей його практичного втілення. Саме ці етапи стали фундаментом для формування інноваційного патерну квантового партнерства, тому у третьому розділі:

1. Узагальнено пріоритети сфери охорони здоров'я для виділення цілей які дозволять при виборі партнерів сфокусувати свою увагу на довгостроковій

перспективі. Тому розглянуто цілі ВООЗ, «Пріоритети у відновленні системи охорони здоров'я України», Стратегією розвитку системи охорони здоров'я України на період до 2030 року тощо. Стратегічними цілями виступають: забезпечення універсального доступу населення до якісних медичних послуг та інструментів реалізації права на здоров'я, посилення міжсекторальної координації державної політики, що впливає на систему охорони здоров'я, забезпечення та створення умов для розвитку та реалізації потенціалу національної системи охорони здоров'я.

Отже, співставлення драйверів ринку медичних послуг, його пріоритетів та запропонованих стратегічних рішень для КНП дозволяє вибудувати стратегічний маршрут розвитку респондентів дослідження, фундаментальною основою якого виступає партнерство.

2. Впроваджено етапи концептуальної моделі партнерства для обраних стратегій: партнерство з приватними медичними клініками та міжсекторального партнерства з спеціалізованими освітніми закладами. Це дозволило оглянути ринки на яких функціонують підприємства, що було використано для оцінки зовнішніх показників, виділити потенційних партнерів користуючись рейтингами, територіальними та іншими критеріями, здійснити базову порівняльну характеристика розглянутих медичних установ, здійснити фінансовий аналіз тощо.

Здійснено підбір партнерів які розміщують власні мережі у Києві та надають послуги первинної медичної допомоги для взаємодії з КНП: мережа клінік Добробут, мережа клінік Медіком та Оксфорд Медікал.

Для формування партнерства між КНП та спеціалізованими освітніми закладами було розглянуто: бізнес школа МІМ, МІБ та КРОК.

3. Застосовано інструмент квантового партнерства для графоаналітичного представлення лідерів серед потенційних партнерів які будуть розглянуті у конфігураційних порівняннях із респондентами дослідження. Розглядаючи стратегію взаємодії із приватними медичними установами лідером було обрано Добробут.

Медична мережа «Добробут» наразі є однією з найбільших приватних мереж України. До її складу входять 17 сучасних медичних центрів у м. Києві та Київській області, а також власна служба екстреної медичної допомоги, кілька стоматологічних клінік і мережа аптек. У цих закладах надаються послуги для дорослих і дітей за більш ніж 75 напрямками медицини, що свідчить про мультипрофільність та здатність забезпечити повний цикл медичної допомоги. Масштаб мережі підтверджується і пацієнтотоком: лише за 2023 рік «Добробут» надав послуги 257 тис. пацієнтів (зростання на 14% до попереднього року) при понад 1,1 млн звернень

У стратегії міжгалузевого партнерства лідером визначено КРОК (Тут можеш трішки описати чому саме КРОК. Бізнес-школа «КРОК» є структурним підрозділом Університету економіки та права «КРОК», що забезпечує їй стабільну інституційну підтримку та доступ до широкого спектра академічних ресурсів. КРОК має найбільший кадровий потенціал серед порівнюваних шкіл – понад 300 викладачів і спікерів, що значно перевищує відповідні показники МІМ та МІБ. Цей факт свідчить про здатність школи реалізовувати масштабні освітні ініціативи, в тому числі у форматі менторських програм, корпоративного консалтингу, короткострокових інтенсивів та тривалих програм MBA.

Бізнес-школа «КРОК» є найбільш клієнтоорієнтованою з точки зору освітнього портфеля: вона пропонує 24 додаткові курси й тренінги, що у 3–4 рази перевищує аналогічні показники МІМ та МІБ.

4. Сформовано політики реалізації стратегій розвитку респондентів дослідження та партнерства уцілому: політика спільного використання інфраструктури та медичного обладнання, формування інтегрованих медичних маршрутів пацієнтів, кадрового забезпечення та професійного розвитку, фінансових стимулів та розподілу ризиків, спільного брендингу та комунікаційної взаємодії між партнерами. Уточнено процедуру реалізації запропонованих політик - підкреслено особливості законодавства

5. Виконано прогнозування ефективності партнерства до 2030 р у результаті застосування інноваційного патерну квантового партнерства. Таким чином, удосконалено квантове партнерство для оцінювання ефекту у вигляді потенціалу від різних конфігураційних партнерських об'єднань.

Запропоновано інноваційний патерн квантового партнерства за конфігураційного об'єднання який слугує підтримкою прийняття рішень. Найвищий показник площі партнерства (1,5148) спостерігається у конфігураційному патерну КНП 2 – КНП 3 – ДП 1 – УК 1. Це свідчить про наймасштабніше структурне поєднання функціональних зон взаємодії, з максимальною компенсацією дублювань (попарних перетинів) і наявністю істотного багатостороннього синергійного перетину.

Найвищий відносний приріст потенціалу продемонстровано КНП «ЦПМСД №2» Солом'янського району м. Києва у конфігурації з ДП 1 та УК 1 — 527%, що свідчить про істотний ефект включення менш конкурентного гравця до системної моделі партнерства. Водночас, абсолютні прирости найвищі для КНП 2 і КНП 3 у складі моделі КНП 2 – КНП 3 – ДП 1 – УК 1, що демонструє ефективність масштабного партнерства між більш конкурентоспроможними суб'єктами.

Основні результати розділу опубліковано в наукових працях автора [150, 151].

## ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі вирішено наукове завдання реалізовано комплексне дослідження теоретичних засад, методологічних основ та прикладних механізмів формування і реалізації патерну квантового партнерства у сфері охорони здоров'я в умовах трансформаційних викликів. Результати проведеного дослідження свідчать про досягнення поставленої мети та виконанні всіх завдань, сформульованих у вступі, зокрема:

1. Досліджено витоки концепції партнерства, визначено її теоретичні основи та практичні підходи до впровадження – здійснено системний аналіз генези поняття «партнерство» з міждисциплінарної перспективи: правової, економічної та управлінської. Виділено основні етапи розвитку партнерства, як складових еволюції світової економіки: міжринкове формування, світовий ринок, світове господарство, економічна інтеграція та глобалізація. Огляд еволюції партнерства крізь призму розвитку світової економіки дозволив визначити основні закономірності становлення та трансформації партнерських відносин у глобальному господарському контексті. Разом із тим, для більш повного розуміння сучасної природи партнерства автор звернувся до сучасних аналітичних досліджень.

Узагальнюючи теоретичні напрацювання та власні пропозиції, була запропонована концептуальна модель партнерства, шляхом інтеграції п'яти структурних компонентів: етапів формування партнерства, типології (горизонтальне, вертикальне, гібридне), блоків моделі (ініціативного, стратегічного, функціонального, інноваційного, інституційного, блоку культури та оціночно-аналітичного), принципів взаємодії (взаємовигода, стратегічна відповідальність, прозорість тощо), яка на відміну від існуючих базується на трирівневому підході до аналізу результативності партнерства і дозволяє здійснювати вимірювання з погляду партнера як одиниці, партнерства як системи та сфери охоплення партнерства.

Таким чином, узагальнено генезу становлення партнерства у економічній теорії, розширено понятійно-категоріальний апарат, надано авторське тлумачення терміна «партнерство», а також запропонована концептуальна модель партнерства.

2. Удосконалено методичний інструментарій для оцінювання результативності квантового партнерства – логічним продовженням у побудові комплексної концептуальної моделі партнерства є формування інструменту, який дає змогу реалізувати всі функції моделі та оцінити ефект партнерства (нового чи наявного). Розглянуті теоретичні нагромадження дозволили рухатися міждисциплінарним підходом та запропонувати новий універсальний інструмент для прийняття управлінських рішень про партнерство під назвою «QUANTUM» або «квантове партнерство». Графоаналітичний інструмент квантове партнерство дозволяє: здійснити багаторівневий порівняльний аналіз результативності респондентів дослідження шляхом інтегрованої оцінки за системою показників (група, сабгрупа, інтрогрупа); виявити найменш та найбільш розвинені площини діяльності кожного респондента відповідно до сформованих груп показників; здійснити прогнозування результативності застосування різних патернів партнерства; підібрати конфігурації для патерну партнерства з найбільшим потенціалом; надавати обґрунтовані рекомендації щодо розроблення політик імплементації партнерських ініціатив з урахуванням виявленого потенціалу.

3. Проведено аналіз сучасних напрямків та підходів до застосування квантового партнерства суб'єктами господарювання, акцентуючи увагу на специфіці його використання в секторі охорони здоров'я – з метою апробації, а також можливості імплементації запропонованої концептуальної моделі та патерну квантового партнерства, набуло подальшого розвитку ідентифікація типів, організаційних форм і поширених моделей партнерств, що дозволило систематизувати існуючі теоретичні підходи до розуміння природи партнерства та поглибити бачення структурної багатоманітності партнерських взаємодій. Істотну увагу акцентовано на дослідженні сфери охорони здоров'я за допомогою системи

піларів, доповнюючи її сучасними змінами які виникають в Україні у сучасній системі охорони здоров'я.

4. Здійснено динамічний аналіз системи охорони здоров'я в Україні – удосконалено методичні підходи до проведення багаторівневого динамічного аналізу системи охорони здоров'я, що включає чотири групи індикаторів які хаарктеризують об'єкт оцінювання за допомоги кількісних та якісних, зовнішніх та внутрішніх характеристик. Зокрема здійснено аналіз індикаторів «Потрійний мільярд», а також національні політики у сфері здоров'я та соціального забезпечення. Доповнення глобальних показників відбулося національним аналізом за допомогою трьох структурних блоків (піларів): будівельного, організаційного та споживацького, що дозволило оцінити систему як цілісний механізм, а також соціальним опитуванням населення.

5. Оцінено результативність діяльності респондентів дослідження у сфері охорони здоров'я – підбір респондентів є важливим кроком для концептуальної моделі партнерства, адже залежно від ініціаторів партнерства визначаються стратегічні орієнтири, а від так і ціль партнерства. У роботі набуло подальшого розвитку елементна система функціонування ринку медичних послуг в Україні в аспекті взаємодії ключових суб'єктів, що дозволило розглядати цей ринок не як статичну сукупність інституцій, а як комплексну багаторівневу систему та врахувати це для оцінювання результативності діяльності респондентів.

Детальний аналіз діяльності трьох ключових респондентів — КНП первинної медичної допомоги м. Києва (КНП "ЦПМСД № 1" Оболонського району м. Києва, КНП «ЦПМСД № 2» Солом'янського району м. Києва та КНП «ЦПМСД № 2» Подільського району м. Києва), дозволив надати оцінку їх фінансової динаміки (валовий прибуток, структура витрат, джерела доходів), операційної стабільності, кадрового забезпечення, організаційного потенціалу тощо. Виходячи з цього визначено їх стратегічне позиціонування за допомогою SWOT-аналізу та моделі

п'яти сил Портера. Виявлено як спільні виклики (високий тиск конкуренції, ресурсна нестабільність), так і унікальні аспекти діяльності кожного закладу.

Отже, виходячи з вищеописаного, було запропоновано стратегії партнерства як з приватними медичними закладами так і міжсекторального партнерства для всіх трьох розглянутих респондентів дослідження, - що є реалізацією першого етапу концептуальної моделі (формування цілі партнерства).

6. Імплементовано модель квантового партнерства у діяльність респондентів дослідження - базовим етапом для імплементації квантового партнерства є оцінювання мікрорівня моделі, яка проявляється у формування комбінованого набору метрик, які забезпечують порівнюваність та відображають специфіку діяльності респондентів та акцентують увагу на сильних і слабких сторонах кожного учасника. Тому, виділено показники, та здійснено їх розподіл на сабгрупи, що дає змогу чітко простежити, як саме формується внутрішній потенціал підприємства: від економічних результатів до організаційної та трудової складових, які значною мірою впливають на якість надання медичних послуг.

Підбір зовнішніх показників на основі 5 сил М. Портера дозволив зробити висновок, що постачальники мають помірний рівень впливу, комунальні заклади зустрічаються з високими потенційними витратами на зміну постачальника, особливо в разі переорієнтації на інше обладнання чи специфічні товари. Водночас сама галузь залишається достатньо привабливою для виробників і дистриб'юторів завдяки стабільному попиту та державним гарантіям фінансування. Таким чином, на основі зовнішніх та внутрішніх показників було запропоновано мезорівень квантового партнерства, який як аналітично так і графічно підкреслив, що КНП "ЦПМСД №2" Подільського району (позначене помаранчевим кольором) має найбільший радіус кола (близько 0,28), що свідчить про відносно високу внутрішню збалансованість (операційні, фінансові, кадрові та організаційні показники). З огляду на ці показники, заклад можна вважати умовним лідером у досліджуваній вибірці, адже він спроможний забезпечувати стабільну операційну маржинальність і демонструє належний рівень адаптації до ринкових умов.

7. Запропоновано інноваційний патерн квантового партнерства для обраних респондентів та підібраних партнерів у межах дослідження – підбір партнерів є наступним і важливим етапом партнерства, який визначається стратегією, визначеною на попередніх етапах. Для пропозиції потенційних партнерів у роботі здійснено проаналізовано сфери приватної медицини та освітніх інституцій. ключові респонденти дослідження (КНП), приватні медичні заклади («Добробут», «Медіком», «Оксфорд Медікал») та освітні інституції (бізнес-школи КРОК, МІМ, МІБ). Побудовано декілька партнерських конфігурацій, у яких враховано профілі потенційних учасників, їх стратегічні позиції, організаційні ресурси та напрямки синергії.

8. Сформувано політики реалізації стратегії розвитку респондентів дослідження – на основі аналізу потреб респондентів та потенційних партнерів розроблено політики у шести ключових напрямках: кадрова взаємодія, спільне управління інфраструктурою, медичні маршрути пацієнтів, цифрова інтеграція, фінансова координація, брендинг і комунікація. Політики адаптовані до особливостей кожного типу партнерства (публічно-приватне, міжгалузеве) та враховують наявні ризики й бар'єри.

Формалізація політики квантового партнерства як управлінського інструменту виходить за межі класичних нормативних рамок. Такі політики є основою для прогнозу синергії й містять конкретні механізми впровадження в умовах нестабільного середовища охорони здоров'я. Вона є прикладом гібридної політики — на межі стратегії, операційного управління й інституційної взаємодії.

9. Виконано прогнозування ефективності партнерства у результаті застосування інноваційного патерну квантового партнерства – реалізовано фінальний етап побудови патерну квантового партнерства – його прогностичну валідацію. Для цього було вдосконалено інструмент QUANTUM як багатовимірну графоаналітичну систему, що дає змогу не лише оцінити поточний стан партнерства, а й передбачити майбутню ефективність інтеграції у конкретних конфігураціях. Методологія прогнозування ґрунтується на обчисленні

абсолютного та відносного приросту потенціалу респондентів, що дозволяє виміряти як загальну синергію партнерства, так і її персоніфікований ефект для кожного учасника.

Результати моделювання показали, що найбільший абсолютний приріст партнерського потенціалу досягається у конфігураційному патерні КНП 2 – КНП 3 – ДП 1 – УК 1, що свідчить про ефективність масштабного, багатостороннього об'єднання між сильними гравцями з високою взаємодоповнюваністю. Водночас найвищий відносний приріст потенціалу (527%) спостерігається у КНП «ЦПМСД №2» Солом'янського району в конфігурації з ДП 1 та УК 1. Це демонструє, що навіть менш конкурентоспроможний гравець може досягти істотного стратегічного виграшу через правильно структуроване партнерство, підтверджуючи адаптивний і компенсаторний характер моделі.

Таким чином, результати дисертаційної роботи засвідчили, що впровадження інноваційного патерну квантового партнерства, побудованого на основі міждисциплінарної концептуальної моделі, є ефективним аналітичним і практичним підходом до подолання викликів, що постають перед сферою охорони здоров'я в Україні. Розроблений патерн квантового партнерства дозволяє не лише здійснювати системне оцінювання готовності до партнерства, але й проектувати стратегічні сценарії взаємодії, формувати індивідуалізовані політики інтеграції та прогнозувати синергію в умовах складного соціально-економічного середовища. Запропоноване рішення має потенціал до масштабування, адаптації до інших галузей та подальшої цифрової трансформації, що відкриває нові перспективи для побудови стійких і гнучких партнерських екосистем.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Конституція України: Відомості Верховної Ради України від 28.06.1996, № 254к/96-ВР : станом на 01.01.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 07.06.2025).
2. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801-ХІІ., Офіц. вид., Київ : Верховна Рада України, 1992., URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 01.06.2025).
3. «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»: Закон України. Відомості Верховної Ради. 2017. 19 жовтня. № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення 28.05.2023).
4. «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»: Закон України 2168-VIII. Редакція від 01.01.2021. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення 28.05.2023).
5. «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах»: Постанова КМУ. Кабінет Міністрів України, 1996. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1138-96-%D0%BF#Text> (дата звернення 28.05.2023).
6. «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах»: Постанова КМУ від 17 вересня 1996 р. № 1138. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1138-96-%D0%BF#Text> (дата звернення 28.05.2023).

7. Про державно-приватне партнерство : Відомості Верховної Ради України від 01.01.2010, № 40 : станом на 26.12.2024. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2404-17#Text> (дата звернення: 07.06.2025).
8. Про порядок контролю якості медичної допомоги: Наказ від 28.09.2012, № 752, Наказ Міністерства охорони здоров'я України. Київ: Міністерство охорони здоров'я України, 2012. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12#Text> (дата звернення 02.04.2025)
9. Верхратський С., Заблудовський П. Історія медицини. 4-те вид. Київ : Вища школа, 1991. 436 с. URL: [https://shron1.chtyvo.org.ua/Verkhratskyi\\_Serhii/Istoriia\\_medytsyny\\_vyd\\_1991.pdf?](https://shron1.chtyvo.org.ua/Verkhratskyi_Serhii/Istoriia_medytsyny_vyd_1991.pdf?) (дата звернення: 07.06.2025).
10. Алькема В., Сумець О., Кириченко О. Менеджмент закладу охорони здоров'я : навчальний посібник. 2-ге вид. Київ : Університет економіки та права КРОК, 2023. 244 с. URL: [https://library.krok.edu.ua/media/library/category/navchalni-posibniki/alkema\\_0036.pdf](https://library.krok.edu.ua/media/library/category/navchalni-posibniki/alkema_0036.pdf) (дата звернення: 07.06.2025).
11. Аналітична інформація щодо стану реалізації ПМГ 2024 року за областями, Національна служба здоров'я України., 2024., URL: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/zvityy-pmg-za-regionamy-2024>. (дата звернення 08.06.2024).
12. Андрющенко К., Шалько М. Вплив механізмів державного регулювання на ефективність та результативність реформування охорони здоров'я в Україні., Підприємництво та управління розвитком соціально- економічних систем. 2023. вип. 1., С. 192–200.
13. Андрющенко К., Шалько М. Комплексний підхід до формування національної соціально орієнтованої стратегії розвитку охорони здоров'я. Modern aspects of science., 2024., вип. 39. С. 24–34.
14. Барометр якості життя 2023, Gradus Research Company., 2024., URL: [https://eba.com.ua/wp-content/uploads/2023/05/Barometer\\_ukr.pdf](https://eba.com.ua/wp-content/uploads/2023/05/Barometer_ukr.pdf). (дата звернення 28.11.2024).

15. Бобалєв Д. В. Управління потенціалом підприємства, Вісник Хмельницького національного університету, 2013, Вип. 3, Т. 6, URL: [http://elar.khmnu.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/2064/1/NV-2013-V3\\_6.pdf](http://elar.khmnu.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/2064/1/NV-2013-V3_6.pdf) (дата звернення 24.02.2025).
16. Борщ В. І. Управління закладами охорони здоров'я : монографія / В. Борщ. Херсон : Олді-Плюс, 2020. С. 392. URL: [https://emed.library.gov.ua/wp-content/uploads/tainacan-items/26427/74302/Borshch-V.I.-Upravlinnia\\_zakladamy\\_okhorony\\_zdorovia\\_monohrafiia.pdf](https://emed.library.gov.ua/wp-content/uploads/tainacan-items/26427/74302/Borshch-V.I.-Upravlinnia_zakladamy_okhorony_zdorovia_monohrafiia.pdf) (дата звернення: 07.06.2025).
17. Вальрас, Л. Елементи чистої політичної економії, Л. Вальрас, Київ : Видавництво "Основи", 2020, 528 с.
18. Веца С. С. Вплив міжнародних стратегічних альянсів на економічний розвиток України, Вісник Волинського національного університету ім. Лесі Українки, 2019, URL: [https://evnuir.vnu.edu.ua/bitstream/123456789/16668/1/PRB\\_Veza\\_2019.pdf](https://evnuir.vnu.edu.ua/bitstream/123456789/16668/1/PRB_Veza_2019.pdf) (дата звернення 11.10.2023).
19. Веллс Г. Війна світів Г.В. Веллс; пер. з англ. О. Красюк. Харків Клуб сімейного дозвілля, 2019. 288 с.
20. Взаємне розміщення двох кіл, Pistacja, 2025, URL: [https://ua.pistacja.tv/images/summaries/gem50053\\_Vzajemne\\_rozmishchennia\\_dvokh\\_kil.pdf](https://ua.pistacja.tv/images/summaries/gem50053_Vzajemne_rozmishchennia_dvokh_kil.pdf) (дата звернення 03.03.2025).
21. Вимоги до пакетів послуг програми медичних гарантій. Національна служба здоров'я України, 2021. URL: [https://nszu.gov.ua/images/PMG%20booklet\\_23.03.pdf](https://nszu.gov.ua/images/PMG%20booklet_23.03.pdf) (дата звернення 28.05.2023)
22. Війна за освіту. В якому стані 10 найкращих університетів України на другий рік великої війни, Forbes, 2023, URL: <https://forbes.ua/leadership/viyna-za-osvitu-u-yakomu-stani-10-naykrashchikh-universitetiv-ukraini-na-drugiy-rik-velikoi-viyni-27052023-13874>. (дата звернення 24.01.2024).

23. Вільямсон О. Економічні інститути капіталізму: фірми, ринки, реляційні контракти. О. Вільямсон. – Берклі: Каліфорнійський університет, 1985. 512 с.
24. Всесвітня організація охорони здоров'я. Україна: Профіль країни, World Health Organization, 2025, URL: <https://data.who.int/countries/804> (дата звернення 24.03.2024).
25. Вступна компанія: статистика, ЄДБО, 2024, URL: <https://vstup.edbo.gov.ua/statistics/>. (дата звернення 24.04.2025).
26. Гавриленко О. Як у незалежній Україні реформували систему охорони здоров'я. Спільне, 2021. URL: <https://commons.com.ua/ru/eksperimenti-nad-lyudmi-yak-unezalezhnij-ukrayini-reformovali-sistemu-ohoroni-zdorovya/> (дата звернення 28.05.2023).
27. Гасман О. Бізнес-моделі. 55 кращих шаблонів, О. Гасман, К. Франкенбергер, М. Шик, Київ: Альпіна Паблішер, 2016, 432 с.
28. Гемінгвей Е. Фієста. І сонце сходить. Е. Гемінгвей ; пер. з англ. Т. Некрасової. Харків. Клуб сімейного дозвілля, 2018. 320 с.
29. Гребешкова О. Ефективність стратегічного партнерства підприємств: проблеми виявлення та способи оцінки. Київський національний університет імені В. Гетьмана. Київ, 2008. С. 78–84. URL: <https://ir.kneu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/15df6ed1-f685-42e1-8ef6-3c874398784a/content> (дата звернення: 07.06.2025).
30. Гребешкова О. Формування конкурентних переваг підприємства шляхом розвитку партнерських відносин. Харківський національний економічний університет ім. С. Кузнеця. Харків, 2018. С. 155–157.
31. Гребешкова О., Махова Г. Стратегічні партнерства підприємств. Київ : ДВНЗ "Київ. нац. екон. ун-т ім. Вадима Гетьмана, 2012. 403 с.
32. Дайджест змін у системі охорони здоров'я. Міністерство охорони здоров'я. Київ, 2022. URL: <https://moz.gov.ua/dajdzhest-zmin-u-sistemi-ohoroni-zdorov%e2%80%99ja> (дата звернення: 20.05.2022).

33. Дані зі звітів про доходи і витрати надавачів медичних послуг (окремі показники), Національна служба здоров'я України, 2024, URL: <https://data.gov.ua/dataset/036cf661-daeb-4434-8b4e-cd249dbc45d4>. (дата звернення 24.03.2025).
34. Декларація та Принципи Лугано, Світовий конгрес українців, 2023, URL: <https://www.ukrainianworldcongress.org/ua/deklaracziya-ta-princzipi-lugano/>. (дата звернення 24.08.2024).
35. Демографічна та соціальна статистика. Охорона здоров'я. Державна служба статистики України, 2021. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/> (дата звернення 28.05.2023).
36. Діккенс Ч. Давид Копперфільд Чарльз Діккенс ; пер. з англ. В. Лащенко. Київ : Веселка, 1991. 576 с.
37. Дослідження тіньової економіки в Україні. Національний банк України, 2020. URL: <https://bank.gov.ua/ua/news/all/doslidjennya-tinovoyi-ekonomiki-v-ukrayini--mayjehvert-vvp--abo-846-mlrd-griven--perebuvaeye-v-tini> (дата звернення 28.05.2023).
38. Друкер П. Ф. Виклики для менеджменту ХХІ століття, Київ: Видавництво "Основи", 2008, 208 с.
39. Дубина М. В., Забаштанський М. М., Роговий А. В. Роль фінансово-кредитних установ у стратегічному розвитку сфери охорони здоров'я. Проблеми і перспективи економіки і управління. 2020. № 4(24). С. 64–73.
40. Дубина О. Первинна медична допомога в умовах воєнного стану. Медична справа. Київ, 2022. URL: <https://www.medsprava.com.ua/article/2476-pervinna-medichna-dopomoga-v-umovahvonного-stanu> (дата звернення: 22.05.2022).
41. Духовна О. О. Застосування ДПП в українській медицині, О. О. Духовна, Всукраїнське професійне юридичне видання, 2021, URL: <https://yur-gazeta.com/dumka-eksperta/zastosuvannya-dpp-v-ukrayinskiy-medicini.html>. (дата звернення 24.02.2023).

42. Дячкіна А. Чому одні країни бідні, а другі – багаті?. Економічна правда. URL: <https://epravda.com.ua/publications/2024/10/14/720568/>. (дата звернення 24.02.2025).
43. Економіка охорони здоров'я: За заг. ред. д. мед. н., проф. Парія В. Д.; Національний медичний університет імені О. Богомольця. Житомир: , 2021, 288 с.
44. Звіт з досліджень в рамках проекту «Первинна та амбулаторна медична допомога громадянам України внаслідок військового конфлікту», Міжнародний фонд "Відродження", 2023, URL: [https://www.irf.ua/wp-content/uploads/2023/01/irf\\_sociol\\_report\\_fin.pdf](https://www.irf.ua/wp-content/uploads/2023/01/irf_sociol_report_fin.pdf). (дата звернення 24.02.2024).
45. Звіти НСЗУ по рокам, Національна служба здоров'я України, 2024, URL: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/zviti>. (дата звернення 24.03.2025).
46. Індсет А. Квантова економіка, А. Індсет, Київ: ArtHuss, 2021, 256 с.
47. Інформація про підприємства, установи, організації, Офіційний інтернет-портал "КиївАудит", 2024, URL: [https://kyivaudit.gov.ua/vr/ka/index.nsf/\(documents\)/5310571A9BB47F59C2257DA000727FEA](https://kyivaudit.gov.ua/vr/ka/index.nsf/(documents)/5310571A9BB47F59C2257DA000727FEA). (дата звернення 24.02.2025).
48. Інформація про суб'єктів господарювання, які уклали договір із НСЗУ за програмою медичних гарантій, Національна служба здоров'я України, 2024, URL: <https://data.gov.ua/dataset/a1d554df-be4b-4d3f-8063-dd0db4d83ff5>. (дата звернення 24.02.2025).
49. Калініченко В. В. Потенціал підприємства: конспект лекцій, Національний гірничий університет, URL: [https://ep.nmu.org.ua/ua/files/%D0%9A%D0%9E%D0%9D%D0%A1%D0%9F%D0%95%D0%9A%D0%A2\\_%D0%9B%D0%95%D0%9A%D0%A6\\_%D0%9F%D0%BE%D1%82%D0%B5%D0%BD%D1%86%D0%B8%D0%B0%D0%BB\\_%D0%B4%D0%BD%D0%B5%D0%B2.pdf](https://ep.nmu.org.ua/ua/files/%D0%9A%D0%9E%D0%9D%D0%A1%D0%9F%D0%95%D0%9A%D0%A2_%D0%9B%D0%95%D0%9A%D0%A6_%D0%9F%D0%BE%D1%82%D0%B5%D0%BD%D1%86%D0%B8%D0%B0%D0%BB_%D0%B4%D0%BD%D0%B5%D0%B2.pdf) (дата звернення 24.02.2025).
50. Катеринчик Р. Партнерство в бізнесі. 5 працюючих моделей, які посилять компанію, Р. Катеринчик, Правда, 2020, URL:

<https://www.epravda.com.ua/columns/2020/09/18/665251/>. (дата звернення 24.02.2023).

51. Кейс В. Гамлет і Фауст: параболи модерної людини, В. Кейс, Ренесансні студії, 2010, URL: <http://rs-journal.kpu.zp.ua/archive/14-15-2010/10.pdf> (дата звернення 24.02.2023).

52. Кестлер А. Привид у машині, А. Кестлер, Лондон: Hutchinson & Co (Publishers) Ltd, 1967, 384 с.

53. Кестлер, А. Janus: A Summing Up, Артур Кестлер, Нью-Йорк: Random House, 1978, 354 с.

54. Ковтонюк П. П. Кризь війну: що відбулося з охороною здоров'я у 2022 році, П. П. Ковтонюк, К. М. Корчак, Вокс Україна, 2023, URL: <https://life.pravda.com.ua/health/2023/04/3/253632/>. (дата звернення 24.02.2025).

55. Козюк В. Історія економіки та економічної думки, В. Козюк, Л. Радіонова, Тернопіль: ТНЕУ, 2015, 792 с.

56. Колотюк О. VUCA вчора, TUNA сьогодні: а що завтра та післязавтра чекає на бізнес-лідерів та їхні команди?, О. Колотюк, Delo.ua, 2021, URL: <https://delo.ua/business/vuca-vcora-tuna-syogodni-a-shho-zavtra-ta-pislyazavtra-cekaje-na-biznes-lideriv-ta-yixni-komandi-388678/>. (дата звернення 24.02.2023).

57. Комунальне некомерційне підприємство "Центр первинної медико-санітарної допомоги №2" Подільського району м. Києва, Офіційний інтернет-портал "КиївАудит", 2024, URL: [https://kyivaudit.gov.ua/vr/ka/company.nsf/\(pdpr\)/37857273E73F3B56C2257DB30052BC6D?OpenDocument](https://kyivaudit.gov.ua/vr/ka/company.nsf/(pdpr)/37857273E73F3B56C2257DB30052BC6D?OpenDocument). (дата звернення 24.02.2025).

58. Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги №1» Оболонського району м. Києва, Офіційний інтернет-портал "КиївАудит", 2024, URL: [https://kyivaudit.gov.ua/vr/ka/company.nsf/\(pdpr\)/FD8D51B155B7DC47C2257DB200517897?OpenDocument](https://kyivaudit.gov.ua/vr/ka/company.nsf/(pdpr)/FD8D51B155B7DC47C2257DB200517897?OpenDocument). (дата звернення 24.02.2025).

59. Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2» Солом'янського району м. Києва, Офіційний інтернет-портал "КиївАудит", 2024, URL: [https://kyivaudit.gov.ua/vr/ka/company.nsf/\(pdpr\)/D5B721A1EFEEA2B1C2257DB7005A00B5?OpenDocument](https://kyivaudit.gov.ua/vr/ka/company.nsf/(pdpr)/D5B721A1EFEEA2B1C2257DB7005A00B5?OpenDocument). (дата звернення 24.02.2025).
60. Котлер Ф. Маркетинг 4.0. Від традиційного до цифрового: книга, за ред. В. Александров. Київ: КМ-БУКС, 2019. 224 с.
61. Коуз, Р. Природа фірми: класика економіки, Р. Коуз, Київ : Видавництво КНЕУ, 2019, 384 с.
62. Кравчик Ю. (2022). Інструментарій забезпечення системного розвитку закладів охорони здоров'я в Україні. Herald of Khmelnytskyi National University. Economic Sciences, 312(6(2), 345-350
63. Кравчик, ю. (2022). Розвиток системи управління господарською діяльністю: особливості закладів охорони здоров'я. Modeling the development of the economic systems, (4), 187–192
64. Криничко Л. Р. Державне управління системою охорони здоров'я в умовах реформування: проблеми теорії та методології : монографія. Житомир : Вид. О.О. Євенок, 2020. 320 с.
65. Криничко Л., Мотайло О. Нові підходи до фінансування системи охорони здоров'я. Аспекти публічного управління. 2021. № 9 (2). С. 86–100. DOI: <https://doi.org/10.15421/152122> (дата звернення: 15.10.2023).
66. Круглов М. І. Теоретичні підходи до визначення понятійного апарату механізмів державного управління на національному, регіональному та мікрорівнях. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2011. Вип. 6. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=544> (дата звернення: 06.01.2024).
67. Кужель М. О., Нечипоренко А. Ф. Фінансування охорони здоров'я в умовах глобальних викликів: український досвід. Європейський науковий журнал економічних та фінансових інновацій. 2024. № 1 (13). С. 85–94. DOI: <https://doi.org/10.32750/2737-9091.2024.1.13.10> (дата звернення: 06.01.2024).

68. Лаврененко В., Аршакян Г. Формування бізнес-моделі підприємства у сфері медичних послуг. Інноваційне підприємництво: стан та перспективи розвитку. 2021. С. 203–205.
69. Лондон Д. Мартін Іден / Джек Лондон ; пер. з англ. О. Тереха. Харків : Фоліо, 2019. 384 с
70. Лукашук Л. Програма медичних гарантій — 2022: пакети послуг та тарифи, Медична справа. Київ. 2022. URL: <https://www.medsprava.com.ua/article/2460-programa-medichnih-garanty-2022> (дата звернення: 22.05.2022).
71. Маршалл А. Принципи економічної науки, А. Маршалл, Київ , 2021, 542 с.
72. Махова Г. Синергія в стратегічних партнерствах підприємств та джерела її виникнення. Стратегія економічного розвитку України. Київ, 2010. Т. 26–27 : Теорія стратегії та економічного розвитку. С. 27–31. URL: <https://ir.kneu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/55da06eb-4b78-4a59-8d71-677e6d599821/content> (дата звернення: 07.06.2025).
73. Медична реформа в Україні, Міністерство охорони здоров'я України, 2022, URL: <https://moz.gov.ua/plan-reform>. (дата звернення 02.01.2024).
74. Медична реформа. Урядовий портал. Єдиний веб-портал органів виконавчої влади України, 2022. URL: <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogokapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya> (дата звернення 28.05.2023).
75. Мельник Л.А. Сучасний керівник медичного закладу в умовах реформування системи охорони здоров'я, , Л.А. Мельник, Державне управління: удосконалення та розвиток, 2018, URL: [http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/11\\_2018/24.pdf](http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/11_2018/24.pdf). (дата звернення 24.02.2022).
76. Мельник О. О. Механізм державно-приватного партнерства має бути задіяний для відбудови України, О. О. Мельник, GoLaw, 2024, URL:

<https://golaw.ua/ua/insights/publication/mehanizm-derzhavno-privatnogo-partnerstva-maye-buti-zadiyanij-dlya-vidbudovi-ukrayini/>. (дата звернення 24.02.2025).

77. Менгер, К. Основи політичної економії, К. Менгер, Львів : Видавництво ЛНУ ім. Івана Франка, 2019, 456 с.

78. Міжнародне медичне партнерство: 25 українських лікарень отримали побратимів за кордоном, Урядовий Портал, 2023, URL: <https://koda.gov.ua/mizhnarodne-medychne-partnerstvo-25-ukrayinskyh-likaren-otrymaly-pobratymiv-za-kordonom/>. (дата звернення 24.02.2025).

79. Мілль Дж. С. Принципи політичної економії з деякими їх застосуваннями до соціальної філософії, Джон Стюарт Мілль ; пер. з англ, К.: Наш Формат, 2018, 712 с.

80. Міністерство охорони здоров'я України. Електронні медичні записи в ЕСОЗ, , Режим доступу: <https://moz.gov.ua/uk/elektronni-medichni-zapisi-v-esoz> (дата звернення: 04.06.2025).

81. Мінцберг Г. Міфи про охорону здоров'я. Як не помилитися, реформуючи медичну систему, Г. Мінцберг, Київ: Наш Формат, 2019, 232 с.

82. Мінцберг Г., Альстранд Б., Лампел Ж. Сафарі стратегії: Керована екскурсія по диким просторам стратегічного менеджменту, Генрі Мінцберг, Брюс Альстранд, Джозеф Лампел, Нью-Йорк: Free Press, 1998, 406 с.

83. Найкращі економічні університети України, Education.ua, 2024, URL: <https://www.education.ua/news/2024/02/02/naikrashchi-ekonomichni-universytety-ukrainy/>.

84. Найкращі підприємства України 2024: Охорона здоров'я, Опендатабот, 2024, URL: <https://opendatabot.ua/c/index/healthcare>. (дата звернення 24.02.2025).

85. Наливайко, А. Еволюція теорії стратегії підприємства. Економіка України. Київський національний економічний університет ім. .В. Гетьмана. К 1. 2002. С. 24-30.

86. Наливайко, А. Теорія стратегії підприємства. Сучасний стан та напрямки розвитку: Монографія. К.: Київський національний економічний університет ім. В. Гетьмана. 2001. 227 с.
87. Нельсон, Р., Вінтер, С. Еволюційна теорія економічних змін, Р. Нельсон, С. Вінтер, Київ : Видавництво "Основи", 2020, 384 с.
88. НСЗУ: Фінансування Програми медгарантій на 2022 рік. Національна служба здоров'я України. Київ, 2022. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/nszu-finansuvannya-programi-medgarantij-na2022-rik-zroslo-na-34-mlrd-grn-shcho-ce-oznachaye-dlya-paciyentiv> (дата звернення: 18.05.2022).
89. Одринський В. В. Чому українці живуть на 10 років менше за європейців, В. В. Одринський, УП.Життя, 2017, URL: <https://life.pravda.com.ua/health/2017/02/13/222580/>. (дата звернення 24.02.2025).
90. Остервальдер, А., & Піньє, І. (2017). Створюємо бізнес-модель. Пер. з англ. Роман Корнута. Київ: Наш Формат. 288 с.
91. Офіційна сторінка бізнес-школи КРОК, Бізнес-школа КРОК, 2024, URL: <https://bs.krok.edu.ua/biznes-shkola-krok/>. (дата звернення 24.02.2025).
92. Офіційна сторінка бізнес-школи МІМ, Бізнес-школа МІМ, 2024, URL: <https://mim.kyiv.ua/about>. (дата звернення 24.02.2025).
93. Офіційна сторінка клініки МЕДІКОМ, Офіційна сторінка клініки МЕДІКОМ, 2024, URL: <https://medikom.ua/istoriya-kliniki/>. (дата звернення 24.02.2025).
94. Офіційна сторінка клініки Oxford Medical, Офіційна сторінка клініки Oxford Medical, 2024, URL: <https://oxford-med.com.ua/ua/about/>. (дата звернення 24.02.2025).
95. Офіційна сторінка компанії Добробут, Офіційна сторінка компанії Добробут, 2024, URL: <https://dobrobut.com/ua/about/c-obnarodovanie-finansovoj-otcetnosti>. (дата звернення 24.02.2025).

96. Офіційна сторінка МІБ, Міжнародний інститут бізнесу, 2024, URL: <https://iib.com.ua/ua/o-nas/publichnaya-informatsiya.html>. (дата звернення 24.02.2025).

97. Партнерство як стратегія розвитку, business.diia, 2020, URL: <https://business.diia.gov.ua/handbook/partnerstvo/partnerstvo-ak-strategia-rozvitku>. (дата звернення 02.04.2025)

98. Петрик С. М. Форми реалізації проєктів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я, С. М. Петрик. Економіка управління та адміністрування, 2020, URL: [https://www.researchgate.net/publication/343061577\\_Formi\\_realizacii\\_proektiv\\_derzavno-privatnogo\\_partnerstva\\_u\\_sferi\\_ohoroni\\_zdorov'a](https://www.researchgate.net/publication/343061577_Formi_realizacii_proektiv_derzavno-privatnogo_partnerstva_u_sferi_ohoroni_zdorov'a). (дата звернення 02.04.2025)

99. План відновлення системи охорони здоров'я України від наслідків війни на 2022 - 2032 роки, Міністерство охорони здоров'я України, 2022, URL: [https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%9D%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D0%BD%D0%B8/21-07-2022-Draft-Ukraine%20HC%20System%20Recovery%20Plan-2022-2032\\_UKR.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%9D%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D0%BD%D0%B8/21-07-2022-Draft-Ukraine%20HC%20System%20Recovery%20Plan-2022-2032_UKR.pdf). (дата звернення 24.02.2025).

100. Полушкін П.М. Посібник до вивчення курсу «Історія медицини», П.М. Полушкін, Дніпропетровськ: ДНУ, 2016, 242 с.

101. Притула М. О. Інструменти запровадження форсайту в СОЗ України. Журнал «Інвестиції: практика та досвід». 2023. № 13. URL: <https://www.nayka.com.ua/index.php/investplan/article/view/1779> (дата звернення: 03.01.2025).

102. Притула М., Пархоменко-Куцевіл О. Обґрунтування СОЗ як основи забезпечення національної безпеки України. Журнал «Інвестиції: практика та досвід». 2023. № 6. С. 187–193. URL: <https://www.nayka.com.ua/index.php/investplan/article/view/1245> (дата звернення: 06.01.2024).

103. Пріоритети у відновленні системи охорони здоров'я України, ВООЗ, 2023, URL: <https://www.who.int/ukraine/uk/publications/priorities-for-health-system-recovery-in-ukraine-joint-discussion-paper>. (дата звернення 02.04.2025)
104. Проблеми охорони здоров'я та шляхи їх вирішення. Асоціація міст України, 2022. URL: <https://auc.org.ua/galuz/ohorona-zdorovya#description> (дата звернення 28.05.2023).
105. Рейтинг Кращих Бізнес-Шкіл (МБА) Київ, Ukrainian Business Award, 2024, URL: <https://uba.top/business-school-mba-in-kyiv-2024/>. (дата звернення 02.04.2025)
106. Рейтинг приватних клінік України, Ukrainian Business Award, 2023, URL: <https://uba.top/medical/>. (дата звернення 02.04.2025)
107. Рейтинг університетів, EduRank, 2024, URL: <https://edurank.org/geo/eu/>. (дата звернення 02.04.2025)
108. Ремарк Е. Три товариші. Е.М.Ремарк ; пер. з нім. С. Шевчук. Харків : Клуб сімейного дозвілля, 2017. 432 с.
109. Ренд А. Атлант розправив плечі. А. Ренд ; пер. з англ. В. Горбатька. Харків : Клуб сімейного дозвілля, 2016. 1200 с.
110. Ренд А. Джерело Айн Ренд ; пер. з англ. В. Горбатька. Харків : Клуб сімейного дозвілля, 2017. 992 с.
111. Ресурси системи охорони здоров'я в умовах війни, Національний інститут стратегічних досліджень, 2023, URL: <https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/resursy-sistemy-okhorony-zdorovya-v-umovakh-viyny-zhovten-2022r>. (дата звернення 02.04.2025)
112. Решота Н. Класифікація основних моделей медичних систем у світі та шлях України. Ingenius, 2020. URL: <https://ingeniusua.org/articles/klasifikaciya-osnovnikh-modeleymedichnikh-sistem-u-sviti-ta-shlyakh-ukraini> (дата звернення 28.05.2023).
113. Рєпіна А. А. Державно-приватне партнерство в системі охорони здоров'я України: міф чи реальність, А. А. Рєпіна, Всукраїнське професійне

юридичне видання, 2020, URL: <https://yur-gazeta.com/publications/practice/derzhavnoprivatne-partnerstvo/derzhavnoprivatne-partnerstvo-v-sistemi-ohoroni-zdorovya-ukrayini-mif-chi-realnist.html>. (дата звернення 02.04.2025)

114. Рєпіна І. Емерджентний потенціал підприємства як основа механізму впровадження інновацій та їх просування, І. М. РЄПНА, Вісник Хмельницького національного університету, 2019, URL: [http://journals.khnu.km.ua/vestnik/pdf/ekonnew/2019/VKNU-ES-2019-N6T2\(276\).pdf#page=39](http://journals.khnu.km.ua/vestnik/pdf/ekonnew/2019/VKNU-ES-2019-N6T2(276).pdf#page=39). (дата звернення 02.04.2025)

115. Рєпіна І. Квантове партнерство як передумова холархічного розвитку, І.М. Рєпіна, О.А. Шапран., Київський національний економічний університет імені Вадима Гетьмана, 2021, С. 71–74.

116. Рєпіна, І. Підприємницький потенціал: методологія оцінки та управління. Вісник Української академії державного управління при Президентіві України 2. 1998. С. 262-271.

117. Савчук, В. В.. Інноваційний розвиток підприємств: Теорія і практика. Вісник Південноукраїнського національного педагогічного університету імені К. Д. Ушинського. Серія: Економічні науки, 4, С. 35-42. URL: [https://perspektyvy.pdpu.od.ua/4\\_2012/7.pdf](https://perspektyvy.pdpu.od.ua/4_2012/7.pdf). (дата звернення 02.04.2025)

118. Сагайдак М., Прохорова Є. Стратегічне партнерство в екосистемі підприємницького університету. Актуальні питання економічних наук. 2025. Т. 9. С. 9. URL: <https://doi.org/10.5281/zenodo.15161460>. (дата звернення 02.05.2025)

119. Сагайдак М., Семенюк А. Партнерська взаємодія бізнес-організацій в умовах нової нормальності. Стратегічне партнерство в бізнесі: теорія, методологія, практика. 2024. С. 34–53. URL: <http://doi.org/10.35668/978-966-926-502-9-2>. (дата звернення 02.04.2025)

120. Саймон, Г. Адміністративна поведінка: вивчення процесів прийняття рішень в адміністративних організаціях, Г. Саймон, Київ : Видавництво "Основи", 2018, 416 с.

121. Сергеева О. Концепція синергізму в обґрунтуванні ефективності стратегічного партнерства підприємств: теоретико-методичний аспект. Бюлетень Міжнародного Нобелівського економічного форуму. 2021. С. 346–355. URL: <https://econforum.duan.edu.ua/images/PDF/2021/2/49.pdf>. (дата звернення 02.04.2025)

122. Сидоренко В. В. Цикл Шухарта-Демінга (PDCA) для організації безперервного професійного розвитку фахівців, / VI-а Міжнародна науковопрактична конференція «Неперервна освіта нового сторіччя: досягнення та перспективи», Запорізький обласний інститут післядипломної педагогічної освіти. Запоріжжя, 2020. с. 8.

123. Сміт А. Дослідження про природу і причини багатства народів, Адам Сміт ; пер. з англ, К.: Наш Формат, 2019, 780 с.

124. Снегірьов П. Розбудова охорони здоров'я: світовий досвід vs українські реалії. Газета Аптека. RSS Стрічка. 30.01.2017. URL: <https://www.apteka.ua/article/396491> (дата звернення: 07.06.2025).

125. Співвласник клінік "Добробут" Олег Калашніков, Економічна правда, 2021, URL: <https://www.epravda.com.ua/publications/2021/06/7/674662/>. (дата звернення 24.02.2024).

126. Степаненко С.В. Історія економіки та економічної думки : навч. посіб., С.В. Степаненко, С.Н. Антонюк, В.М. Феценко, Н.О. Тимочко; за ред. проф. С.В. Степаненка, К. : КНЕУ, 2010, 743 с.

127. Стратегія співробітництва ВООЗ з Україною на період до 2030 року, ВООЗ, 2024, URL: <https://www.who.int/ukraine/uk/publications/i/item/WHO-EURO-2024-9329-49101-73236>. (дата звернення 02.04.2025)

128. Сулейманова І. І., Мішустіна Л. С., Коренева Ю. О. Управління охороною здоров'я в Україні: реформування системи та тенденції розвитку. Вісник соціально-економічних досліджень. 2019. № 2. С. 50-54.

129. Укладені договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, Національна служба здоров'я України, 2024, URL:

<https://data.gov.ua/dataset/6da6e500-e3c0-4a6a-9cb1-764582b531ee>. (дата звернення 02.04.2025)

130. Управління інноваційним розвитком промислових підприємств, Науковий журнал "Економіка", URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/197264079.pdf> (дата звернення 02.04.2025)

131. Управління якістю в охороні здоров'я, Prometheus: Київ, 2022. URL: <https://prometheus.org.ua/prometheus-plus/qualitymanagement-oz/> (дата звернення 02.04.2025)

132. Устименко В. Роль публічно-приватного партнерства у оптимізації сфери охорони здоров'я (на прикладі персоналізованої медицини): ризики і перспективи, В. А. Устименко, О. В. Россильна, Правовий Часопис Донбасу, 2022, URL: <https://ljd.dnuvs.ukr.education/index.php/ljd/article/view/99/89>. (дата звернення 02.04.2025)

133. Федонін, О. Репіна І, Олексюк О.. Потенціал підприємства: формування та оцінка: Навч. посібник. К.: КНЕУ. 2004. 316 с.

134. Філіпова Н. Аналіз системи фінансування охорони здоров'я в Україні. Фінансові ресурси: проблеми формування та використання. 2021. №25. С. 151–158.

135. Фінансова звітність ВНЗ "УНІВЕРСИТЕТ ЕКОНОМІКИ ТА ПРАВА "КРОК", Clarity Project, 2024, URL: <https://clarity-project.info/edr/04635922/finances>. (дата звернення 02.04.2025)

136. Фінансова звітність ПВНЗ "Міжнародний інститут бізнесу", Clarity Project, 2024, URL: <https://clarity-project.info/edr/19362125>. (дата звернення 02.04.2025)

137. Фінансова звітність ПНЗ "Міжнародний Інститут Менеджменту (МІМ-КІІВ)", Clarity Project, 2024, URL: <https://clarity-project.info/edr/05394423/finances>. (дата звернення 02.04.2025)

138. Фінансова звітність ПП "Клініка Медіком", Clarity Project, 2024, URL: [https://clarity-project.info/edr/31521356/finances?current\\_year=2023](https://clarity-project.info/edr/31521356/finances?current_year=2023). (дата звернення 02.04.2025)

139. Фінансова звітність ТОВ "Клініка Оксфорд Медікал", Clarity Project, 2024, URL: [https://clarity-project.info/edr/36158586/finances#google\\_vignette](https://clarity-project.info/edr/36158586/finances#google_vignette). (дата звернення 02.04.2025)
140. Формування організаційно-економічного механізму інноваційного розвитку підприємств, Науковий журнал "Економіка", URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/197263868.pdf> (дата звернення 02.04.2025)
141. Хамел Г. Воглаві революції: Як добитися успіху в турбулентні часи, перетворивши інновації в образ життя, Гері Хамел, М.: Олімп-Бізнес, 2008, 414 с.
142. Харарі Ю. Людина розумна: історія людства від минулого до майбутнього, Ю. В. Харарі, Харків: Harper, 2016, 413 с.
143. Хікс, Дж. Теорія загальної рівноваги: класика економіки, Дж. Хікс, Харків : Видавництво Ранок, 2021, 384 с.
144. Худоба О. Формування глобальної стратегії збереження здоров'я: інституційний вимір. Демократичне врядування. 2018. № 22. DOI: <https://doi.org/10.33990/2070-4038.22.2018.164740> (дата звернення: 10.04.2024).
145. Чернецька О. Сутність та значення синергетичного ефекту в системі управління на підприємстві. Глобальні та національні проблеми економіки. 2014. вип. 2. С. 762–765. URL: <http://www.global-national.in.ua/archive/2-2014/157.pdf> (дата звернення: 01.06.2025).
146. Чернецький В. Економічні механізми державного управління системою охорони здоров'я. Державне управління та місцеве самоврядування. 2013. Вип. 1. С. 145–150.
147. Шандрівська О. Дослідження тенденцій розвитку ринку вищої освіти в умовах війни, , О. Є. Шандрівська, І. В. Оксюта, Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення та проблеми розвитку, 2023, URL: <https://science.lpnu.ua/sites/default/files/journal-paper/2023/sep/31290/menedzhment-303-316.pdf>. (дата звернення 02.04.2025)
148. Шапран О. А. Екзистенційні виклики сфери охорони здоров'я — соціалізована експансія, Підприємництво і торгівля: тенденції розвитку: Матеріали

V Міжнародної науково-практичної конференції, Державний університет «Одеська політехніка». Одеса, 2022. С. 65–67.

149. Шапран О. А., Репіна І. М. Квантове партнерство як передумова холархічного розвитку. Менеджмент: виклики та перспективи. Збірник матеріалів Міжнародної студентської конференції. Київ: КНЕУ, 2021. С. 71–74.

150. Шапран О.А. Патерн медичних організацій України умовах економіки ренти, О.А. Шапран., Сучасні тенденції економічного розвитку регіонів: теоретичні та прикладні аспекти, 2022, № 5, С. 101–104.

151. Шевчук В., Козловець М. Стратегії розвитку малих підприємств в умовах нестабільної економіки. Економіка та суспільство, (23), 2020. С. 347-354

152. Шевчук Н., Остапенко Є. Концептуальні засади аналізу бізнес-моделі медичного закладу. Вчені записки. К: КНЕУ. 2025. № 38(1). С. 263-274.

153. Шевчук Р. Особливості реалізації механізмів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України, Р. Шевчук, Наукові праці Міжрегіональної академії управління персоналом, 2022, URL: <https://journals.maup.com.ua/index.php/political/article/view/2406/2879>. (дата звернення 02.04.2025)

154. Шестаковська Т. Державна політика кластерного розвитку сфери охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій. Наукові перспективи. 2022. №6(24). С. 124-130

155. Шомникова А. Ринок медичних послуг: Проблеми ефективного використання маркетингових досліджень, , А. В. Шомникова, Фінансова політика та економічне регулювання, 2009, URL: [https://npndfi.org.ua/docs/NP\\_09\\_02\\_131\\_uk.pdf](https://npndfi.org.ua/docs/NP_09_02_131_uk.pdf). (дата звернення 02.04.2025)

156. Шумпетер Й. Теорія економічного розвитку. Дослідження прибутків, капіталу, кредиту, відсотка та економічного циклу, Йозеф Шумпетер ; пер. з англ, К.: Наш Формат, 2020, 432 с.

157. Шумпетер, Й. Теорія економічного розвитку: дослідження прибутку, капіталу, кредиту, відсотка і циклу кон'юнктури, Й. Шумпетер, Київ : Наш Формат, 2021, 448 с.

158. Що таке капітаційна ставка: методика розрахунку, Медична справа. Київ, 2022. URL: <https://www.medsprava.com.ua/article/1345-shcho-take-kaptatsynavstavka-metodika-rozrahunku> (дата звернення: 22.05.2022).

159. Яворська М. Структура ринку освітніх послуг ВНЗ, М. К. Яворська, Мукачівський Державний Університет, 2017, URL: [https://economyandsociety.in.ua/journals/13\\_ukr/139.pdf](https://economyandsociety.in.ua/journals/13_ukr/139.pdf). (дата звернення 02.04.2025)

160. Яришко О., Ткаченко Є. Фінансовий аналіз діяльності бюджетної організації. Вісник Запорізького національного університету: Економічні науки. 2008. № 1. С. 174–180.

161. Ярмоленко О., Юровський В. Створення конкурентоспроможної мережі закладів охорони здоров'я в Тернопільській області. Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів. 2023. С. 214–219.

162. A guide of successful partnerships, OECD, 2006, URL: <https://www.oecd.org/cfe/leed/36279186.pdf>. (дата звернення 02.04.2025)

163. Acemoglu, D., Johnson, S., & Robinson, J. A. (2001). The Colonial Origins of Comparative Development: An Empirical Investigation. American Economic Review, 91(5), 1369–1401. URL: <https://doi.org/10.1257/aer.91.5.1369> (дата звернення: 04.06.2025).

164. Agrawal A. Checking the health of your business partnerships, , A. Agrawal, K. Bonheure, E. Rinaudo, McKinsey, 2020, URL: <https://www.mckinsey.com/capabilities/strategy-and-corporate-finance/our-insights/checking-the-health-of-your-business-partnerships>. (дата звернення 02.04.2025)

165. Agrawal A., Bonheure K., Rinaudo E. K. Checking the health of your business partnerships. McKinsey & Company. URL:

<https://www.mckinsey.com/capabilities/strategyand-corporate-finance/ourinsights/checking-the-health-of-your-business-partnerships> (дата звернення 02.04.2025)

166. Allen P. Guide to health care partnerships for population health management and value-based care, , P. Allen, M. Finnerty, R. Gish, hpoe, 2016, URL: <http://www.hpoe.org/Reports-HPOE/2016/guide-to-health-care-partnerships-pop-health.pdf>. (дата звернення 02.04.2025)

167. Backer R. D., Rinaudo E. K. Improving the management of complex business partnerships. McKinsey & Company. URL: <https://www.mckinsey.com/capabilities/strategyand-corporate-finance/our-insights/improving-the-management-of-complex-businesspartnerships> (дата звернення 02.04.2025)

168. Bamford J. Measuring alliance performance, , J. Bamford, D. Ernst, McKinsey, 2002, URL: <https://www.mckinsey.com/capabilities/strategy-and-corporate-finance/our-insights/measuring-alliance-performance#/>. (дата звернення 02.04.2025)

169. Beran D. Partnerships in global health and collaborative governance, , David Beran, BMS, 2016, URL: <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-016-0156-x>. (дата звернення 02.04.2025)

170. Burrus D., Mann J. Flash Foresight: How to See the Invisible and Do the Impossible. New York: HarperBusiness, 2011. 304 p.

171. Clark E., Singhal S., Weber K. The future of healthcare: Value creation through nextgeneration business models. McKinsey & Company. URL: <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare/our-insights/the-future-of-healthcare-valuecreation-through-next-generation-business-models> (дата звернення 02.04.2025)

172. Colby R. Making Hospital Partnerships Work, , R. Colby, P. Pawlak, Harvard business review, 2015, URL: <https://hbr.org/2015/12/making-hospital-partnerships-work>. (дата звернення 02.04.2025)

173. Collaborative Business Relationships, Roelto, 2021, URL: <https://roelto.com/collaborative-business-relationships/>. (дата звернення 02.04.2025)
174. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century: Report, editor. by National Academies Press. Washington: DC, 2001. 360 p.
175. Dainora Grundey, Ingrida Daugėlaitė, Developing Business Partnership on the Basis of Internal Marketing, Economics & Sociology, Vol. 2, No 1, 2009, pp. 118-130. [https://www.economics-sociology.eu/files/12\[1\].pdf](https://www.economics-sociology.eu/files/12[1].pdf) (дата звернення 02.04.2025)
176. David E. Theory of circles. Eucalids Elements, E. David ; Department of Mathematics and Computer Science. URL: <http://aleph0.clarku.edu/~djoyce/java/elements/toc.html>. (дата звернення 02.04.2025)
177. Domina O. State Management of Financial Provision of the Health Care System in Ukraine, O. Domina та ін. Financial and credit activity problems of theory and practice. 2024. Т. 3, (56). Р. 393–409. URL: <https://fkd.net.ua/index.php/fkd/article/view/4370>. (дата звернення 02.04.2025)
178. Driving Innovation in Health Care through Strategic Partnerships, Harvard Business Review Analytic Services, 2022, URL: <https://hbr.org/resources/pdfs/comm/Philips/DrivingInnovationinHealthCarethroughStrategicPartnerships.pdf>. (дата звернення 02.04.2025)
179. Global Impact of war in Ukraine on food, energy and finance systems, United Nations, 2022, URL: <https://news.un.org/pages/wpcontent/uploads/2022/04/UN-GCRG-Brief-1.pdf>. (дата звернення 02.04.2025)
180. Guidance for new health partnerships, Thet, 2020, URL: [https://www.thet.org/wp-content/uploads/2020/10/Guidance-for-New-Health-Partnerships\\_final-1.pdf](https://www.thet.org/wp-content/uploads/2020/10/Guidance-for-New-Health-Partnerships_final-1.pdf). (дата звернення 02.04.2025)
181. Hardy B. Assessing Strategic Partnership: The Partnership Assessment Tool, Brian Hardy, Strategic partnership taskforce, 2003, URL: [https://www.researchgate.net/publication/265039661\\_Assessing\\_Strategic\\_Partnership\\_The\\_Partnership\\_Assessment\\_Tool](https://www.researchgate.net/publication/265039661_Assessing_Strategic_Partnership_The_Partnership_Assessment_Tool). (дата звернення 02.04.2025)

182. Healthcare outlook 2023, The Economist Intelligence Unit Limited, 2022, URL: [https://pages.eiu.com/rs/753-RIQ-438/images/healthcare-in-2023.pdf?mkt\\_tok=NzUzLVJJUS00MzgAAAGKMNj020h9gKtwhqe04HIBB5kQBvQcAAW\\_I72Ripyj0nK6BNppEd\\_ewl1kYG6UW2JBhIftWHIG8uMb8\\_SL5fcTh0sxxKw\\_DjLRl8pv8TgBfmIsQ](https://pages.eiu.com/rs/753-RIQ-438/images/healthcare-in-2023.pdf?mkt_tok=NzUzLVJJUS00MzgAAAGKMNj020h9gKtwhqe04HIBB5kQBvQcAAW_I72Ripyj0nK6BNppEd_ewl1kYG6UW2JBhIftWHIG8uMb8_SL5fcTh0sxxKw_DjLRl8pv8TgBfmIsQ). (дата звернення 02.04.2025)

183. Indeed Editorial Team. Partnership vs. Alliance: Differences and Similarities, Indeed Editorial Team, Indeed, 2022, URL: <https://www.indeed.com/career-advice/career-development/partnership-vs-alliance#:~:text=Two%20common%20forms%20of%20collaboration,individual%20interests%20for%20mutual%20profit>. (дата звернення 02.04.2025)

184. Kickbusch I. Partnerships for health in the 21st century, I. Kickbusch, J. Quick, WHO, 1998, URL: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55729/WHSQ\\_1998\\_51\\_n1\\_p68-74\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55729/WHSQ_1998_51_n1_p68-74_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y). (дата звернення 02.04.2025)

185. Kraker P. Science and the Web, , Peter Kraker, / Web Science 2013 Workshop: “Harnessing the Power of Social Theory for Web Science”, 2013, URL: <https://science20.wordpress.com/2013/03/04/the-models-vs-patterns-problem/>. (дата звернення 02.04.2025)

186. LibreTexts. Значення кореляції Пірсона, LibreTexts – Вступна статистика, URL: [https://ukrayinska.libretexts.org/Статистика/Вступна\\_статистика/Книга:Вступна\\_статистика\(Lane\)/04:\\_Опис\\_двоваріантних\\_даних/4.2:\\_Значення\\_кореляції\\_Пірсона](https://ukrayinska.libretexts.org/Статистика/Вступна_статистика/Книга:Вступна_статистика(Lane)/04:_Опис_двоваріантних_даних/4.2:_Значення_кореляції_Пірсона) (дата звернення: 04.06.2025).

187. Mathworld Wolfram. Circle-Circle Intersection. Mathworld.wolfram.com/. Transcendental Root Constants. URL: <https://mathworld.wolfram.com/Circle-CircleIntersection.html>. (дата звернення 02.04.2025)

188. McQuaid R. W. The theory of partnership - why have partnerships?, McQuaid, Edinburgh: Napier University, 2000, 40 p.

189. Opendatabot. Рейтинг підприємств у сфері охорони здоров'я України URL : <https://opendatabot.ua/c/index/healthcare> (дата звернення: 03.06.2025).

190. Overcoming the cost of healthcare transformation through partnerships, E. Clark et al. McKinsey & Company. URL: <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare/ourinsights/overcoming-the-cost-of-healthcare-transformation-through-partnerships> (дата звернення 02.04.2025)
191. Pop O. The Four Main Types of Business Collaboration, , Oana-Maria Pop, HYPE, 2023, URL: <https://blog.hypeinnovation.com/the-four-main-types-of-business-collaboration>. (дата звернення 02.04.2025)
192. Reid S. Platforms for Partnership: Emerging good practice to systematically engage business as a partner in development, S. Reid, J. Paul, H. Stibbe, Sida, 2014, URL: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/1687PLATFORMS%20for%20partnerships.pdf>. (дата звернення 02.04.2025)
193. Singhal S., Carlton S. The era of exponential improvement in healthcare?. McKinsey & Company. URL: <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare/ourinsights/the-era-of-exponential-improvement-in-healthcare> (дата звернення 02.04.2025)
194. Singhal S., Repasky C. The great acceleration in healthcare: Six trends to heed. McKinsey & Company. URL: <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare/ourinsights/the-great-acceleration-in-healthcare-six-trends-to-heed#section-header-1> (дата звернення 02.04.2025)
195. Strategic alliances: How to get the most value out of a partnership over its lifecycle, PwC, 2022, URL: <https://www.strategyand.pwc.com/gx/en/industries/power-utilities/partnership-lifecycle.html>. (дата звернення 02.04.2025)
196. Strategic partnership, wikipedia.org, 2023, URL: [https://en.wikipedia.org/wiki/Strategic\\_partnership](https://en.wikipedia.org/wiki/Strategic_partnership). (дата звернення 02.04.2025)
197. Taleb N.N. Skin in the Game: Hidden Asymmetries in Daily Life, Taleb N.N., New-York: Random House, 2018, 304 p.
198. The next wave of healthcare innovation: The evolution of ecosystems, S. Singhal et al. McKinsey & Company. URL:

<https://www.mckinsey.com/industries/healthcare/ourinsights/the-next-wave-of-healthcare-innovation-the-evolution-of-ecosystems> (дата звернення 02.04.2025)

199. The power of partnership, World Health Organization, 2003, URL: [https://stoptb.org/assets/documents/countries/partnerships/power\\_of\\_partnerships.pdf](https://stoptb.org/assets/documents/countries/partnerships/power_of_partnerships.pdf). (дата звернення 02.04.2025)

200. The Role of Healthcare in the Pillars of National Security. The Coalition for Government Procurement. 2022. URL: <https://thecgp.org/the-role-of-healthcare-in-the-pillars-of-national-security.html> (дата звернення: 15.05.2023).

201. Thorac Dis. J. Medical partnerships for improved patients' outcomes—are they working?, Thorac Dis., 2014, URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4015008/> (дата звернення 02.04.2025)

202. Ukrainian Business Award. ТОП-10 приватних клінік м. Києва 2024, , URL: <https://uba.top/medical/> (дата звернення: 04.06.2025).

203. . Голікова А., Довгаль О., Світова економіка: підручник, за ред. А. П. Голікова, О. А. Довгаль., Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2014., 349 с.

204. Щелкунов О. Зміст та сутність поняття «ділове партнерство» як об'єкт аналізу, О. Щелкунов, Наукові праці, 2023., № 12., С. 34–36, URL: <https://ur.knute.edu.ua/server/api/core/bitstreams/19293c26-9455-4f51-aa06-18aad469b5b/content> (дата звернення: 04.06.2025).

205. Патерн: що це таке і де використовується, команда GoIT Global., Київ : GoIT Global, 2025., URL: <https://goit.global/ua/articles/patern-shcho-tse-take-i-de-vykorystovuietsia/> (дата звернення: 04.06.2025).

206. Вілбер, К. Коротка історія всього, Кен Вілбер ; пер. з англ. О. Панченко. — Київ : Софія, 2020., 368 с.

## ДОДАТКИ

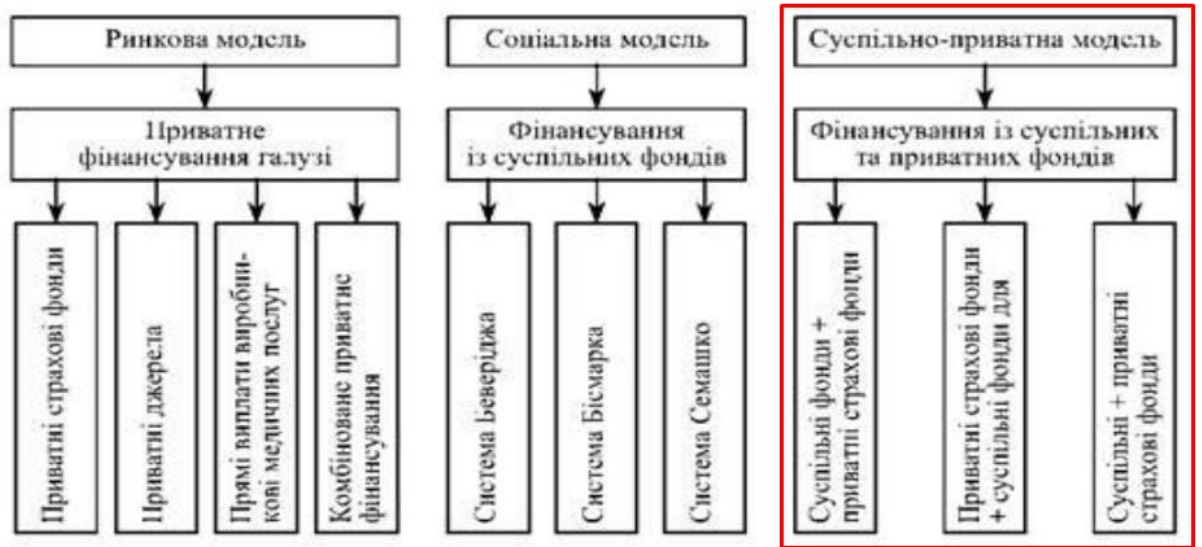
## Додаток А

Таблиця А.1

**Порівняльна характеристика ринкової та соціальної моделі управління  
охороною здоров'я**

<b>Тип моделі</b>	<b>Переваги моделі</b>	<b>Недоліки моделі</b>
<p><b>Ринкова модель.</b> <i>Фінансування галузі відбувається з таких джерел:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– приватні страхові фонди охорони здоров'я;</li> <li>– внески з приватних джерел;</li> <li>– прямі виплати виробникові медичних послуг;</li> <li>– комбінації цих трьох джерел фінансування.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– стимуляція розвитку нових медичних технологій;</li> <li>– забезпечення інтенсивної діяльності медичних працівників;</li> <li>– постійне підвищення якості надання медичних послуг, що стимулюється жорсткою конкуренцією;</li> <li>– мобільність ресурсів.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– нерівний доступ до медичної допомоги різних верств населення;</li> <li>– високі витрати й відповідно до них високі ціни на надання медичних послуг;</li> <li>– високі громадські витрати на охорону здоров'я;</li> <li>– неможливість здійснення державного контролю за дотриманням пріоритетних напрямів розвитку охорони здоров'я;</li> <li>– можливість недобросовісної конкуренції між надавачами медичних послуг.</li> </ul>
<p><b>Соціальна модель</b> <i>Фінансування за рахунок суспільних фондів, які утворюються за рахунок податків та страхових внесків.</i></p> <p>До соціальної моделі фінансування охорони здоров'я належать:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– система Бісмарка (модель соціального страхування);</li> <li>– система Беверіджа;</li> <li>– система Семашко.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– надання соціальних гарантій населенню в отриманні медичної допомоги;</li> <li>– доступність для всіх верств населення;</li> <li>– фінансуванні галузі переважно за рахунок бюджетного або обов'язкового соціального страхування на випадок хвороби;</li> <li>– економія ресурсів;</li> <li>– макроекономічна та мікроекономічна ефективність</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– великий адміністративний апарат управління;</li> <li>– складна система розрахунків з лікувально-профілактичними закладами;</li> <li>– високі витрати на утримання страхової інфраструктури;</li> <li>– відсутність мотивації щодо якості надання медичної допомоги;</li> <li>– низький рівень заробітної платні медичних працівників.</li> </ul>

Джерело: складено автором за даними [43]



**Рис. А.2. Моделі організації та фінансування галузі охорони здоров'я**  
 Джерело: складено автором за даними [65]



## Додаток В

Таблиця В.1

## Класифікація видів партнерств суб'єктів господарювання

Ознака	Вид партнерства	Характеристика виду	Приклад
Сфера співпраці	Науково-дослідне	Співпраця у сфері досліджень та розробок	Спільний проект з розробки нового методу лікування раку
	Клінічне	Співпраця у сфері надання медичної допомоги	Спільна програма з раннього виявлення та лікування онкологічних захворювань
	Освітнє	Співпраця у сфері освіти та підготовки кадрів	Спільна програма підготовки лікарів-онкологів
	Інформаційне	Співпраця у сфері обміну інформацією та знаннями	Створення онлайн-платформи для обміну досвідом у сфері лікування онкологічних захворювань
	Профілактичне та інші	Співпраця у сфері профілактики захворювань	Спільна програма з раннього виявлення та профілактики раку
Форма співпраці	Стратегічне	Довгострокова співпраця, спрямована на досягнення спільних стратегічних цілей	Співпраця між двома науково-дослідними інститутами з розробки нових методів лікування раку
	Тактичне	Короткострокова співпраця для реалізації конкретних проектів	Співпраця між лікарнею та фармацевтичною компанією з проведення клінічних випробувань нового препарату
	Операційне	Співпраця на щоденній основі для виконання routine tasks	Співпраця між лікарнею та страховою компанією з питань оплати медичних послуг
Рівень інтеграції	Союзи	Співпраця без об'єднання капіталів	Співпраця між двома лікарнями з реалізації програми раннього виявлення раку
	Спільні підприємства	Співпраця з об'єднанням капіталів	Створення спільного підприємства з виробництва нового медичного обладнання
	Мережі	Створення мережі організацій для спільного вирішення проблем	Створення мережі онкологічних центрів для обміну досвідом та знаннями
Географічне охоплення	Локальні	Співпраця між організаціями в рамках одного регіону	Співпраця між двома лікарнями в рамках одного міста
	Національні	Співпраця між організаціями в рамках однієї країни	Співпраця між міністерством охорони здоров'я та фармацевтичною компанією
	Міжнародні	Співпраця між організаціями з різних країн	Співпраця між двома науково-дослідними інститутами з розробки нових методів лікування раку

## Продовження табл.В.1

Кількість учасників	Двосторонні	Співпраця між двома організаціями	Співпраця між лікарнею та університетом
	Багатосторонні	Співпраця між трьома і більше організаціями	Співпраця між міністерством охорони здоров'я,
Тривалість	Постійні	Співпраця без визначеного терміну дії	Співпраця між двома лікарнями з реалізації програми раннього виявлення раку
	Тимчасові	Співпраця з визначеним терміном дії	Співпраця між лікарнею та фармацевтичною компанією з проведення клінічних випробувань нового препарату
Рівень ризику	Низькоризиковані	Співпраця з мінімальними ризиками для учасників	Співпраця між двома лікарнями з обміну досвідом
	Високоризиковані	Співпраця з високими ризиками для учасників	Співпраця з інноваційним стартапом з розробки нового методу лікування
Ступінь формалізації	Формалізовані	Співпраця, оформлена договором	Спільне підприємство з виробництва нового медичного обладнання
	Неформалізовані	Співпраця, не оформлена договором	Співпраця з фрілансером
Мета співпраці	Комерційні	Співпраця з метою отримання прибутку	Співпраця з партнером з метою збільшення продажів
	Соціальні	Співпраця з метою досягнення соціальних або екологічних цілей	Співпраця з благодійним фондом
Сфера взаємодії	Горизонтальні	Співпраця між підприємствами однієї галузі	Співпраця між двома закладами охорони здоров'я
	Вертикальні	Співпраця між підприємствами різних галузей	Співпраця між закладом охорони здоров'я та логістичною компанією

Джерело: запропоновано автором

## Додаток Г

Таблиця Г.1

## Класифікація видів медичної допомоги

Критерій	Вид медичної допомоги	Характеристика
Терміновість надання	Екстренна медична допомога	надається при гострих станах, які загрожують життю або здоров'ю людини. Вона має бути надана негайно, протягом перших хвилин або годин після виникнення захворювання або травми.
	Невідкладна медична допомога	надається при захворюваннях або травмах, які потребують негайного втручання, але не загрожують життю людини. Вона має бути надана протягом перших годин або днів після виникнення захворювання або травми.
	Планована медична допомога	надається при захворюваннях або травмах, які не потребують негайного втручання. Вона може бути надана у будь-який час, за графіком або за попереднім записом.
Рівень складності та обсягу	Первинна медико-санітарна допомога	є основою системи охорони здоров'я. Вона надається в амбулаторних умовах, у сімейних лікарів, терапевтів, педіатрів. До її складу входять: Первинна діагностика та лікування захворювань і травм; Профілактика захворювань; Надання невідкладної медичної допомоги.
	Вторинна (спеціалізована) медична допомога	надається у спеціалізованих лікувальних закладах, таких як лікарні, центри, інститути. Вона включає в себе: Діагностику та лікування захворювань, які не можуть бути діагностовані або вилікувані в амбулаторних умовах; Оперативне лікування; Відновлення здоров'я після перенесених захворювань або травм.
	Третинна (високоспеціалізована) медична допомога	надається у найсучасніших лікувальних закладах, таких як академічні медичні центри, науково-дослідні інститути. Вона включає в себе: Діагностику і лікування найскладніших захворювань; Оперативне лікування, яке не може бути проведено в інших лікувальних закладах; Впровадження нових медичних технологій.

## Продовження табл.Г.1

	Паліативна медична допомога	надається пацієнтам із невиліковними захворюваннями, які потребують симптоматичного лікування та підтримки. Вона має на меті покращити якість життя пацієнтів та їхніх близьких.
	Медична реабілітація	надається пацієнтам, які перенесли захворювання або травму. Вона має на меті відновити їхні фізичні, соціальні та психологічні функції.
Залежно від місцезнаходження	Стаціонарна медична допомога	надається в лікувальних закладах, де пацієнти перебувають цілодобово або протягом тривалого часу.
	Амбулаторна медична допомога	надається в лікувальних закладах, де пацієнти не перебувають цілодобово.
Залежно від способу надання	Особиста медична допомога	надається лікарем або іншим медичним працівником безпосередньо пацієнту.
	Дистанційна медична допомога	надається за допомогою засобів зв'язку, таких як телефон, Інтернет.

Джерело: складено автором за даними [40]

## Додаток Д

Таблиця Д.1

**Характеристика підходів до оцінки синергійного ефекту стратегічної взаємодії підприємств**

<b>Підхід до оцінки</b>	<b>Основне джерело виникнення синергії</b>	<b>Сфера застосування підходу</b>	<b>Обмеження для застосування</b>
Дослідження динаміки ринкової (конкурентної) позиції підприємств-партнерів та/або партнерства в цілому	Переважно комерційна та управлінська сфери стратегічної взаємодії	Обґрунтування доцільності утворення довгострокових стратегічних партнерств	Неоднозначність результатів оцінки у короткостроковому періоді
Оцінка на основі методів фінансового аналізу підприємств-партнерів	Переважно операційна сфера стратегічної взаємодії	Обґрунтування ефективності операцій злиттів&поглинань, створення СП	Неоднозначність (а іноді – неможливість) результатів оцінки для партнерства в цілому
Оцінка з позиції концепції співставлення вигід і витрат стратегічної взаємодії	Переважно інвестиційна сфера стратегічної взаємодії	Пріоритет інтересів «інвестора» в обґрунтуванні ефективності стратегічної взаємодії підприємств	Складність виявлення всіх релевантних вигід і витрат спільної взаємодії
Оцінка на основі когнітивно-компетенційних аспектів партнерства	Переважно соціально-економічна сфера взаємодії	Встановлення довірчих відносин між партнерами, розширення їх «сфер впливу» , покращення ділової репутації	Нерозвиненість методичних інструментів виявлення компетенцій організації, «непрозорість» кореляції між соціально-психологічними наслідками та економічними результатами діяльності партнерства та його учасників

Джерело: складено автором за даними [29]

## Додаток Ж

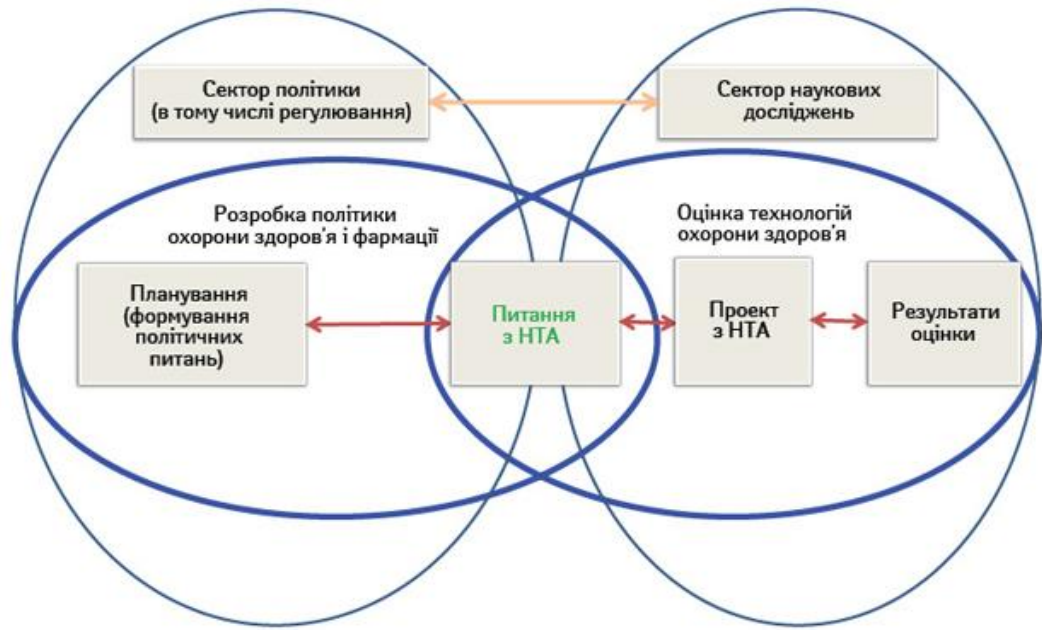


Рис. Ж.1. Взаємозв'язок між аналізом політики охорони здоров'я та НТА<sup>20</sup>

Джерело: складено автором за даними [172]

Таблиця Ж.1

Оновлена адміністративна схема становлення сфери охорони здоров'я

Рівень	Опис
<i>Госпітальний округ</i>	Територіально-адміністративна одиниця (область), у межах якої створено спроможну мережу медзакладів (первинка, екстренка, спеціалізована допомога: надкластер, кластер, загальні).
<i>Госпітальний кластер</i>	Функціонує у межах району (136 кластерів), забезпечує потреби населення за напрямками медичного обслуговування.
<i>Надкластерний заклад</i>	Багатопрофільний лікарняний заклад для складних або рідкісних випадків (онкологія, кардіологія, психіатрія, фтизіопульмонологія, інфекції, перинатальний центр). Може бути кілька закладів (дорослі, діти, профільні).
<i>Кластерний заклад</i>	Багатопрофільний лікарняний заклад для поширених захворювань і станів у межах госпітального кластера. Один кластерний заклад на кластер. Мінімальне населення району – 120000 осіб.
<i>Загальний заклад</i>	Багатопрофільний лікарняний заклад для медичної та реабілітаційної допомоги на рівні громади (однієї або кількох). Забезпечує базову допомогу, стабілізацію пацієнта та маршрутизацію до вищих рівнів. Умови: доступність до 60 хв (радіус 60 км), транспортна доступність, міграційні прогнози.
<i>Первинний сектор</i>	Фокусується на первинній медичній допомозі, плановому лікуванні, діагностиці, у т.ч. на високовартісному обладнанні.

Джерело: складено автором за даними [58].

## Додаток 3

Таблиця 3.1

## Кількість надавачів медичних послуг які уклали договір з НСЗУ у 2023 р

Область	К-сть надавачів комунальної форми власності	К-сть надавачів приватної форми власності	К-сть надавачів-ФОП	Всього
ОДЕСЬКА	136	31	102	269
ДНІПРОПЕТРОВСЬКА	151	43	83	277
ЛЬВІВСЬКА	132	24	65	221
РІВНЕНСЬКА	90	13	46	149
ХАРКІВСЬКА	161	19	45	225
М.КИЇВ	97	89	43	229
ЗАКАРПАТСЬКА	76	20	40	136
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКА	99	17	40	156
ВІННИЦЬКА	116	16	35	167
КИЇВСЬКА	108	13	35	156
ХМЕЛЬНИЦЬКА	77	17	32	126
КІРОВОГРАДСЬКА	84	4	31	119
ПОЛТАВСЬКА	105	10	28	143
ЗАПОРІЗЬКА	99	20	24	143
СУМСЬКА	87	22	23	132
ХЕРСОНСЬКА	67	4	22	93
ВОЛИНСЬКА	62	6	21	89
ТЕРНОПІЛЬСЬКА	91	8	17	116
ЧЕРКАСЬКА	85	6	16	107
ЖИТОМИРСЬКА	100	12	13	125
ЧЕРНІВЕЦЬКА	75	10	13	98
ЧЕРНІГІВСЬКА	71	2	11	84
МИКОЛАЇВСЬКА	82	5	8	95
ДОНЕЦЬКА	95	5	4	104
ЛУГАНСЬКА	40	1	3	44

Джерело: складено автором за даними [64]

Таблиця 3.2

## Вартість укладених договорів з НСЗУ

Область	К-сть МНП в договорі	Сума договору у ПМГ-2023
ДНІПРОПЕТРОВСЬКА	878	12 581 100 102,29
М.КИЇВ	696	11 238 583 351,15
ЛЬВІВСЬКА	741	10 112 933 230,83
ХАРКІВСЬКА	619	8 174 138 781,56
ОДЕСЬКА	792	7 216 441 220,70

Продовження табл.3.2

ВІННИЦЬКА	526	5 873 412 396,01
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКА	565	5 536 668 685,92
КИЇВСЬКА	510	5 416 657 884,67
ЗАПОРІЗЬКА	460	5 402 268 366,50
ПОЛТАВСЬКА	576	5 177 384 713,60
ХМЕЛЬНИЦЬКА	478	5 165 624 303,97
ЖИТОМИРСЬКА	368	4 631 376 928,11
ЧЕРКАСЬКА	475	4 625 700 886,55
РІВНЕНСЬКА	434	4 520 428 314,34
СУМСЬКА	365	4 501 278 107,23
ВОЛИНСЬКА	312	4 370 056 809,97
ТЕРНОПІЛЬСЬКА	395	4 189 914 227,16
ЗАКАРПАТСЬКА	537	3 966 026 429,70
ЧЕРНІВЕЦЬКА	390	3 842 014 459,45
ЧЕРНІГІВСЬКА	239	3 691 321 593,45
ДОНЕЦЬКА	355	3 619 227 203,48
КІРОВОГРАДСЬКА	333	3 406 976 767,73
МИКОЛАЇВСЬКА	338	3 156 504 385,74
ХЕРСОНСЬКА	278	2 376 588 460,40
ЛУГАНСЬКА	170	616 822 691,09

Джерело: складено автором за даними [45]

## Додаток К



Рис. К.1. Мапа стану сфери охорони здоров'я під час війни

Джерело: складено автором за даними [54]

## Додаток Л

Таблиця Л.1

## Мережа ТОП-10 медичних закладів України

№	Місто	Назва	Виторг, млрд грн	Виторг, %
1	м. Київ	Медичний центр Добробут-поліклініка	2,24	20%
2	м. Київ	Діла	2,04	18%
3	м. Київ	Сінево	1,92	17%
4	м. Київ	Український центр трансплант- координації	0,8607	8%
5	Одеська обл.	Смартлаб	0,8453	8%
6	Одеська обл.	Дім медицини	0,8088	7%
7	Дніпропетровська обл.	Сінево Схід	0,6360	6%
8	м. Київ	Сі ес ді лаб	0,5889	5%
9	м. Київ	Медікс-рей інтернешнл груп	0,5581	5%
10	Львівська обл.	Перша соціальна медична лабораторія Ескулаб	0,5383	5%

Джерело: складено автором за даними [202]

## Додаток М

Таблиця М.1

## Узагальнення рейтингів надавачів медичних послуг у 2023 р

Класифікація	Форма власності	Надавач послуг	Загальна сума договорів	Первинна медична допомога
Структура ринку за НСЗУ	Державна	4	565 949 693	606 659
	Комунальна	95	10 141 010 752	1 694 269 655
	Приватна	90	869 954 209	217 881 088
	ФОП	51	55 831 982	47 658 804
Рейтинг за загальною сумою договорів за 2023 рік	Комунальна	КПН "КИЇВСЬКА МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ №3" ВИКОНАВЧОГО ОРГАНУ КИЇВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	204 529 546	-
	Комунальна	КНП "КИЇВСЬКИЙ МІСЬКИЙ КЛІНІЧНИЙ ОНКОЛОГІЧНИЙ ЦЕНТР" ВИКОНАВЧОГО ОРГАНУ КИЇВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	449 441 765	-
	Державна	ДНП "НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ РАКУ"	527 694 545	152 300
	Комунальна	КНП "КОНСУЛЬТАТИВНО-ДІАГНОСТИЧНИЙ ЦЕНТР" ШЕВЧЕНКІВСЬКОГО РАЙОНУ МІСТА КИЄВА	230 295 340	40 776 969
	Приватна	АТ "УКРАЇНСЬКА ЗАЛІЗНИЦЯ"	193 561 687	815 294
	Комунальна	КНП "КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ "ПСИХІАТРІЯ"" ВИКОНАВЧОГО ОРГАНУ КИЇВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	330 288 937	-
	Комунальна	КНП "ЦЕНТР ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ МІСТА КИЄВА"	905 559 726	-
	Комунальна	КНП "КИЇВСЬКИЙ МІСЬКИЙ ЦЕНТР НЕФРОЛОГІЇ ТА ДІАЛІЗУ"	394 089 686	-
	Комунальна	КНП "КИЇВСЬКА МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ" ВИКОНАВЧОГО ОРГАНУ КИЇВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	261 077 544	-
	Комунальна	КНП "КИЇВСЬКА МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ №1" ВИКОНАВЧОГО ОРГАНУ КИЇВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	400 683 231	-

Продовження табл.М.1

	Комунальна	КНП "ОЛЕКСАНДРІВСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ М. КИСВА" ВИКОНАВЧОГО ОРГАНУ КИЇВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	436 066 352	-
	Комунальна	КНП "КИЇВСЬКА МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ №8" ВИКОНАВЧОГО ОРГАНУ КИЇВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	264 072 602	-
	Комунальна	КНП "КИЇВСЬКА МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ №4" ВИКОНАВЧОГО ОРГАНУ КИЇВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	193 427 764	3 376 645
	Комунальна	КНП "КИЇВСЬКА МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ №6" ВИКОНАВЧОГО ОРГАНУ КИЇВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	210 008 158	-
	Комунальна	КНП "КОНСУЛЬТАТИВНО-ДІАГНОСТИЧНИЙ ЦЕНТР" ДЕСНЯНСЬКОГО РАЙОНУ М. КИСВА	252 291 296	
Рейтинг за сумою договорів по Первинній медичній допомозі у розрізі ретингу ТОП-5 всіх форм власності за 2023 рік	Державна	ДП "АНТОНОВ"	606 659	606 659
	Комунальна	КНП "ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ №2" ДАРНИЦЬКОГО РАЙОНУ М. КИСВА	128 636 732	127 718 806
	Комунальна	КНП "ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ № 1"ГОЛОСІВСЬКОГО РАЙОНУ	74 339 879	73 903 790
	Комунальна	КНП "ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ № 2" ПОДІЛЬСЬКОГО РАЙОНУ М.КИСВА	98 522 406	97 326 979
	Комунальна	КНП "ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ №2" СОЛОМ'ЯНСЬКОГО РАЙОНУ	77 359 209	76 911 239
	Комунальна	КНП "ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ №1" ОБОЛОНСЬКОГО РАЙОНУ	130 209 977	129 963 036
	Приватна	ТОВ "ГАРМОНІЯ КРАСИ"	14 540 947	12 383 645
	Приватна	ТОВ "ПРОФЕКТА"	11 348 157	11 348 157
	Приватна	АТ "УКРАЇНСЬКА ЗАЛІЗНИЦЯ"	193 561 687	40 776 969
	Приватна	ТОВ "МЕДИКАЛ СЕРВІС"	55 205 807	55 205 807
	Приватна	ТОВ "МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР "ЛІКАРСЬКА ДИНАСТІЯ"	21 050 881	21 006 412
	ФОП	ФОП, ЗАВОРОЦЬКА НАТАЛІЯ ОЛЕКСАНДРІВНА	3 825 615	3 799 263
	ФОП	ФОП, КОЗЛОВ ВАДИМ ВЛАДИСЛАВОВИЧ	6 671 127	6 600 855
	ФОП	ФОП, КОРНЄЄВ ТАРАС ІГОРОВИЧ	5 395 269	5 395 269
	ФОП	ФОП, ОЛЕЩЕНКО ВІТА ІВАНІВНА	6 980 124	6 980 124

Джерело: складено автором за даними [45]

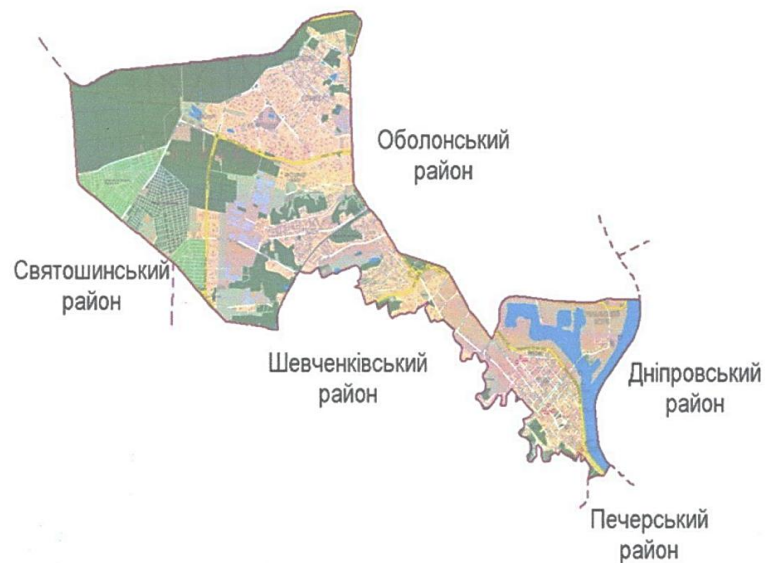
## Додаток Н

Таблиця Н.1

**Кількість украдених декларацій з КНП «ЦПМСД №1» Оболонського району за віковим складом**

<b>Віковий склад населення</b>	<b>Кількість зареєстрованого населення</b>	<b>Кількість укладених декларацій</b>
Всього	226 795	175 385
0-5 років	10 574	9 105
6-17 років	32 010	26 823
18-39 років	61 607	43 806
40-64 років	83 797	57 355
старші 65 років	38 807	38 296

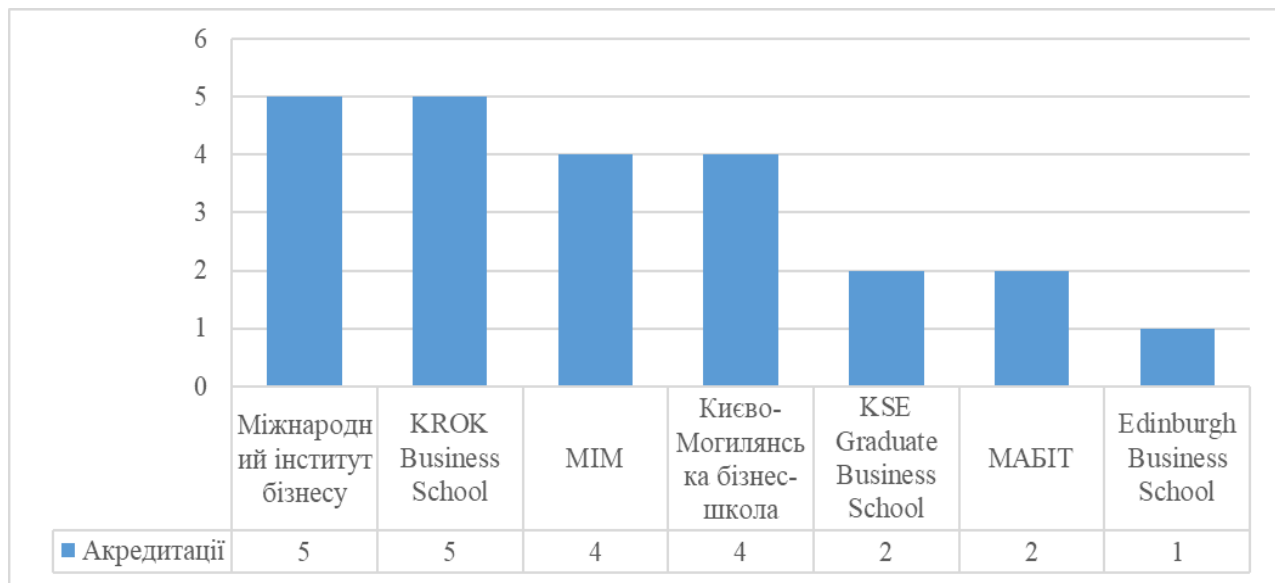
Джерело: складено автором за даними [58]



**Рис. Н.2. Площа обслуговування КНП «ЦПМСД № 2» Подільського району м. Києва**

Джерело: [57]

### Додаток О



**Рис. О.1. Кількість акредитацій та ліцензій навчальних закладів**

Джерело: складено автором за даними [105]

Таблиця О.1

### Узагальнення форм партнерської взаємодії

№	Форма партнерської взаємодії	Опис	Особливості взаємодії
1	Асоціація	Договірне об'єднання для постійної координації діяльності підприємств, централізації функцій, розвитку кооперації	Централізація частини функцій, переважно для задоволення господарських потреб
2	Господарська асоціація	Договірне об'єднання підприємств/організацій для спільного виконання однорідних функцій	Спільна діяльність без втрати самостійності
3	Корпорація	Акціонерне товариство, яке поєднує діяльність фірм для досягнення спільних цілей	Єдина юридична особа, відповідальність за борги та податки
4	Консорціум	Тимчасове об'єднання для виконання великих проектів, збереження самостійності учасників	Підпорядкування лише в рамках спільного проекту
5	Трест	Монополістичне об'єднання, де підприємства втрачають самостійність	Повна інтеграція, єдиний виробничо-господарський комплекс

## Продовження табл.О.1

6	Концерн	Багатогалузевий комплекс підприємств із збереженням виробничої самостійності, але під єдиним контролем	Контроль через керівництво
7	Фінансово-промислова група (ФПГ)	Комплекс виробничих і фінансових підприємств, об'єднаних економічними/фінансовими інтересами	Скоординована господарська та інвестиційна діяльність
8	Синдикат	Форма картельної угоди із створенням спільного збутового органу	Централізований збут продукції
9	Картель	Договірне об'єднання для спільної комерційної діяльності та регулювання збуту продукції	Регулювання збуту без об'єднання активів
10	Холдинг	Організаційна форма об'єднання капіталів, що керує через контрольні пакети акцій	Інвестування у контрольні пакети акцій, відсутність власного виробництва

Джерело: складено автором за даними [31]

Таблиця О.2

## Аналіз фінансових коефіцієнтів приватних клінік за 2022-2023 рр

Підприємства	Індикатор / Рік	2021, тис. грн	2022, тис. грн	2023, тис. грн	Зміна, %
КЛІНІКА ОКСФОРД МЕДІКАЛ	Показник оборотності ОЗ:				
	для отримання продажів	-	0,63	1,09	73%
	для виробництва	-	0,47	0,79	69%
	Чиста вартість ОЗ, тис. грн	194 440	194 131	185 349	-5%
	Чиста середня вартість ОЗ, тис. грн	-	194 285	189 740	-2%
	Дохід від реалізації, тис. грн	-	122 645	207 141	69%
	<b>Період оборотності дебіторської заборгованості</b>	-	20,45	25,82	26%
	Дебіторська заборгованість, тис. грн	2 962	9 033	7 011	-22%
	Середній залишок дебіторської заборгованості, тис. грн	-	5 997	8 022	34%
	Дохід від реалізації, тис. грн	-	122 645	207 141	69%
	<b>Період оборотності запасів</b>	-	41,40	38,92	-6%
	Запаси, тис. грн	521	3 846	3 818	-1%
	Середній залишок запасів, тис. грн	-	2 184	3 832	75%
	Собівартість, тис. грн	-	90 386	149 138	65%
	<b>Період оборотності кредиторської заборгованості</b>	-	3,51	4,87	39%
	Кредиторська заборгованість, тис. грн	16 185	35 330	25 910	-27%
	Середня кредиторська заборгованість, тис. грн	-	25 758	30 620	19%
Собівартість, тис. грн	-	90 386	149 138	65%	
<b>Цикл конверсії грошових коштів</b>	-	58,34	59,87	3%	

## Продовження табл.О.2

КЛІНІКА МЕДКОМ	Показник оборотності ОЗ:				
	для отримання продажів	-	0,20	0,12	-43%
	для виробництва	-	0,11	0,08	-26%
	Чиста вартість ОЗ, тис. грн	99 065	238 381	247 189	4%
	Чиста середня вартість ОЗ, тис. грн	-	168 723	242 785	44%
	Дохід від реалізації, тис. грн	-	245 097	390 876	59%
	<b>Період оборотності дебіторської заборгованості</b>	-	7,09	13,89	96%
	Дебіторська заборгованість, тис. грн	30 320	38 772	17 529	-55%
	Середній залишок дебіторської заборгованості, тис. грн	-	34 546	28 151	-19%
	Дохід від реалізації, тис. грн	-	245 097	390 876	59%
	<b>Період оборотності запасів</b>	-	12,62	16,24	29%
	Запаси, тис. грн	18 441	17 515	20 679	18%
	Середній залишок запасів, тис. грн	-	17 978	19 097	6%
	Собівартість, тис. грн	-	226 901	310 211	37%
	<b>Період оборотності кредиторської заборгованості</b>	-	9,29	10,93	18%
	Кредиторська заборгованість, тис. грн	27 291	21 545	35 212	63%
	Середня кредиторська заборгованість, тис. грн	-	24 418	28 379	16%
	<b>Цикл конверсії грошових коштів</b>	-	10,42	19,20	84%
	ДОБРОБУТ- ПОЛІКЛІНІКА	Показник оборотності ОЗ:			
для отримання продажів		-	0,97	1,40	45%
для виробництва		-	0,78	1,02	30%
Чиста вартість ОЗ, тис. грн		1 206 889	1 502 122	1 699 625	13%
Чиста середня вартість ОЗ, тис. грн		-	1 354 506	1 600 874	18%
Дохід від реалізації, тис. грн		-	1 308 065	2 244 028	72%
<b>Період оборотності дебіторської заборгованості</b>		-	6,15	12,73	107%
Дебіторська заборгованість, тис. грн		245 264	179 991	172 614	-4%
Середній залишок дебіторської заборгованості, тис. грн		-	212 628	176 303	-17%
Дохід від реалізації		-	1 308 065	2 244 028	72%
<b>Період оборотності запасів</b>			23,29	32,12	38%
Запаси, тис. грн		50 111	41 086	60 806	48%
Середній залишок запасів, тис. грн		-	45 599	50 946	12%
Собівартість, тис. грн		-	1 062 004	1 636 391	54%
<b>Період оборотності кредиторської заборгованості</b>		-	2,03	2,42	19%
Кредиторська заборгованість, тис. грн		484 161	562 040	792 534	41%
Середня кредиторська заборгованість, тис. грн		-	523 101	677 287	29%
<b>Цикл конверсії грошових коштів</b>		-	27,41	42,43	55%

Джерело: розраховано автором

Таблиця О.3

## Аналіз фінансових коефіцієнтів бізнес-шкіл за 2022-2023 рр

Школи	Індикатор / Рік	2021	2022	2023	Зміна, %
КРОК	Показник оборотності ОЗ:				
	для отримання продажів	-	5,78	6,01	4%
	для виробництва	-	4,48	4,73	6%
	Чиста вартість ОЗ, тис. грн	16 182	14 686	15 728	7%
	Чиста середня вартість ОЗ, тис. грн	-	15 434	15 207	-1%
	Дохід від реалізації, тис. грн	-	89 275	91 367	2%
	<b>Період оборотності дебіторської заборгованості</b>	-	31,82	23,70	-26%
	Дебіторська заборгованість, тис. грн	2 082	3 529	4 182	18%
	Середній залишок дебіторської заборгованості, тис. грн	-	2 806	3 855	37%
	Дохід від реалізації, тис. грн	-	89 275	91 367	2%
	<b>Період оборотності кредиторської заборгованості</b>	-	3,92	3,04	-22%
	Кредиторська заборгованість, тис. грн	21 123	14 162	33 112	134%
	Середня кредиторська заборгованість, тис. грн	-	17 643	23 637	34%
	Собівартість, тис. грн	-	69 143	71 900	4%
	<b>Цикл конверсії грошових коштів</b>	-	27,90	20,66	-26%
МІМ	Показник оборотності ОЗ:				
	для отримання продажів	-	33,64	52,74	57%
	для виробництва	-	21,26	35,62	67%
	Чиста вартість ОЗ, тис. грн	1 233	430	869	102%
	Чиста середня вартість ОЗ, тис. грн	-	832	650	-22%
	Дохід від реалізації, тис. грн	-	27 979	34 260	22%
	<b>Період оборотності дебіторської заборгованості</b>	-	80,33	89,70	12%
	Дебіторська заборгованість, тис. грн	115	582	182	-69%
	Середній залишок дебіторської заборгованості, тис. грн	-	348	382	10%
	Дохід від реалізації, тис. грн	-	27 979	34 260	22%
	Собівартість, тис. грн	-	17 686	23 138	31%
	<b>Період оборотності кредиторської заборгованості</b>	-	0,63	0,75	19%
	Кредиторська заборгованість, тис. грн	28 469	28 017	33 922	21%
	Середня кредиторська заборгованість, тис. грн	-	28 243	30 970	10%
	<b>Цикл конверсії грошових коштів</b>	-	79,70	88,95	12%
МІБ	Показник оборотності ОЗ:				
	для отримання продажів	-	28,33	52,22	84%
	для виробництва	-	20,45	41,80	104%
	Чиста вартість ОЗ, тис. грн	322	316	315	0%
	Чиста середня вартість ОЗ, тис. грн	-	319	316	-1%
Дохід від реалізації, тис. грн	-	9 038	16 474	82%	

## Продовження табл.О.3

<b>Період оборотності дебіторської заборгованості</b>	-	10,73	17,40	62%
Дебіторська заборгованість, тис. грн	762	922	972	5%
Середній залишок дебіторської заборгованості, тис. грн	-	842	947	12%
Дохід від реалізації	-	9 038	16 474	82%
Собівартість, тис. грн	-	6 523	13 189	102%
<b>Період оборотності кредиторської заборгованості</b>	-	0,62	1,18	89%
Кредиторська заборгованість, тис. грн	10 254	10 700	11 703	9%
Середня кредиторська заборгованість, тис. грн	-	10 477	11 202	7%
<b>Цикл конверсії грошових коштів</b>	-	10,11	16,22	60%

Джерело: розраховано автором

## Додаток С

## Таблиця С.1

## Показники діяльності обраних КНП на 2022 та 2023 рр

КНП	Індикатор / Рік	2021	2022	2023
КНП "ЦПМСД №2" ПОДІЛЬСЬКОГО РАЙОНУ М.КИЄВА	Показник оборотності ОЗ:			
	для отримання продажів	-	2,17	1,97
	для виробництва	-	1,99	1,75
	Чиста вартість ОЗ, тис. грн	46 293	46 008	53 556
	Чиста середня вартість ОЗ, тис. грн	-	46 151	49 782
	<b>Період оборотності запасів</b>	-	36,00	26,63
	Запаси, тис. грн	1 980	3 125	3 426
	Середній залишок запасів, тис. грн	-	2 553	3 276
	Собівартість, тис. грн	84 316	91 889	87 224
	<b>Період оборотності кредиторської заборгованості</b>	-	3,12	2,43
	Кредиторська заборгованість, тис. грн	24 724	34 235	37 515
	Середня кредиторська заборгованість, тис. грн	-	29 480	35 875
	<b>Цикл конверсії грошових коштів</b>	-	<b>32,88</b>	<b>24,20</b>
КНП " ЦПМСД №2" СОЛОМ'ЯНСЬКОГО РАЙОНУ М.КИЄВА	Показник оборотності ОЗ:			
	для отримання продажів	-	0,41	0,47
	для виробництва	-	0,36	0,41
	Чиста вартість ОЗ, тис. грн	183 454	183 435	181 821
	Чиста середня вартість ОЗ, тис. грн	-	183 445	182 628
	Дохід від реалізації, тис. грн	77 507	76 072	85 751
	<b>Період оборотності запасів</b>	-	18,26	15,63
	Запаси, тис. грн	2 410	4 789	4 823
	Середній залишок запасів, тис. грн	-	3 600	4 806
	Собівартість, тис. грн	67 707	65 717	75 134

Продовження табл.С.1

	<b>Період оборотності кредиторської заборгованості</b>	-	5,62	5,59
	Кредиторська заборгованість, тис. грн	7 477	15 899	10 988
	Середня кредиторська заборгованість, тис. грн	-	11 688	13 444
	<b>Цикл конверсії грошових коштів</b>	-	<b>12,63</b>	<b>10,04</b>
<b>КНП "ЦПМСД №1" ОБОЛОНСЬКОГО РАЙОНУ М.КИЄВА</b>	Показник оборотності ОЗ:			
	для отримання продажів	-	4,12	3,82
	для виробництва	-	3,94	3,70
	Чиста вартість ОЗ, тис. грн	27 476	27 045	37 758
	Чиста середня вартість ОЗ, тис. грн	-	27 261	32 402
	Дохід від реалізації, тис. грн	120 824	112 373	123 638
	<b>Період оборотності запасів</b>	-	19,28	19,25
	Запаси, тис. грн	4 971	6 186	6 282
	Середній залишок запасів, тис. грн	-	5 579	6 234
	Собівартість, тис. грн	119 675	107 528	120 021
	<b>Період оборотності кредиторської заборгованості</b>	-	2,32	1,72
	Кредиторська заборгованість, тис. грн	32 400	60 407	79 078
	Середня кредиторська заборгованість, тис. грн	-	46 404	69 743
	<b>Цикл конверсії грошових коштів</b>	-	<b>16,96</b>	<b>17,53</b>

Джерело: розраховано автором

## Додаток Т

Таблиця Т.1

**Геометричні показники для побудови графіку між приватними  
медичними закладами**

Показник	Відношення між КНП	ДОБРОБУТ- ПОЛІКЛІНІКА	КЛІНІКА МЕДИКОМ	КЛІНІКА ОКСФОРД МЕДИКАЛІ
відстань між центрами кіл	d1d2	0,11		
	d1d3	0,27		
	d2d3		0,26	
сума радіусів	d1d2	1,00		
	d1d3	0,96		
	d2d3		0,89	
положення кіл	d1d2	0,89		
	d1d3	0,69		
	d2d3		0,63	
центральні кути для кіл, $\alpha$	d1d2	0,73	- 0,61	
	d1d3	0,61		- 0,14
	d2d3		0,41	0,16
центральні кути для кіл, радіан	d1d2	1,50	4,47	
	d1d3	1,82		3,42
	d2d3		2,30	2,83
площа перетину	d1d2	0,65		
	d1d3	0,46		
	d2d3		0,40	
площа кіл	S	0,90	0,67	0,57
площа фігур	S1S2	0,92		
	S1S3	1,02		
	S2S3		0,85	

Джерело: розраховано автором

Таблиця Т.2

### Геометричні показники для побудови графіку між бізнес-школами

Показник	Відношення між КНП	МІБ	МІМ	КРОК
відстань між центрами кіл	d1d2	0,21		
	d1d3	0,17		
	d2d3		0,07	
сума радіусів	d1d2	0,54		
	d1d3	0,54		
	d2d3		0,65	
положення кіл	d1d2	0,33		
	d1d3	0,37		
	d2d3		0,58	
центральні кути для кіл, $\alpha$	d1d2	- 0,14	0,74	
	d1d3	- 0,39		0,78
	d2d3		0,14	0,08
центральні кути для кіл, радіан	d1d2	3,42	1,46	
	d1d3	3,95		1,35
	d2d3		2,86	2,98
площа перетину	d1d2	0,11		
	d1d3	0,13		
	d2d3		0,28	
площа кіл	<b>S</b>	<b>0,15</b>	<b>0,33</b>	<b>0,32</b>
площа фігур	S1S2	0,37		
	S1S3	0,34		
	S2S3		0,37	

Джерело: розраховано автором

Таблиця Т.3

**Аналітичні підкріплюючі складові для мезорівня графоаналітичної моделі квантового партнерства (приватні медичні підприємства)**

Група	Показник	ДОБРОБУТ-ПОЛІКЛІНІКА	КЛІНІКА МЕДІКОМ	КЛІНІКА ОКСФОРД МЕДІКАЛ
Внутрішні кількісні	Середнє значення по методу різниць	0,32	0,60	0,40
Внутрішні якісні		0,89	0,13	0,28
Внутрішні	Середнє значення	0,60	0,36	0,34
Зовнішні		0,14	0,05	0,19
Внутрішні	Сума значень по методу різниць	27,55	23,88	18,47
Зовнішні		3	1	4
Радіус кола		0,37	0,21	0,26

Джерело: запропоновано автором

Таблиця Т.4

**Аналітичні підкріплюючі складові для мезорівня графоаналітичної моделі квантового партнерства (бізнес-школи)**

Група	Показник	МІБ	МІМ	КРОК
Внутрішні кількісні	Середнє значення по методу різниць	0,33	0,54	0,61
Внутрішні якісні		0,35	0,56	0,39
Внутрішні	Середнє значення	0,34	0,55	0,50
Зовнішні		0,10	0,10	0,14
Внутрішні	Сума значень по методу різниць	8,29	13,34	11,12
Зовнішні		2	2	3
Радіус кола		0,22	0,32	0,32

Джерело: запропоновано автором

## СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

### *Статті у наукових фахових виданнях України*

1. Репіна І. М., Шапран О. А. Підприємницький пілар системи охорони здоров'я: передумови реформування та розвиток, І. М. Репіна, О. А. Шапран, Наукові праці НДФІ, 2022, № 1, С. 133–145, URL: <http://dx.doi.org/10.33763/npndfi2022.01.133> (1,2 д.а., особисто автору належить 0,6 д.а. – описано та запропоновано застосування піларної системи індикаторів).
2. Теплюк М. А., Шапран О. А. Цільове орієнтування: переосмислення системи охорони здоров'я України, М. А. Теплюк, О. А. Шапран, Стратегія економічного розвитку України, 2023, № 52, С. 58–71, URL: <https://doi.org/10.33111/sedu.2023.52.058.071> (1,2 д.а., особисто автору належить 0,6 д.а. – розглянуто реформування системи охорони здоров'я в Україні).
3. Теплюк М. А., Шапран О. А. Формування бізнес-патерну закладів охорони здоров'я в Україні, М. А. Теплюк, О. А. Шапран, Стратегія економічного розвитку України, 2022, № 50, С. 150–159, URL: <https://doi.org/10.33111/sedu.2022.50.150.159> (0,9 д.а., особисто автору належить 0,4 д.а. – проаналізовано зовнішнє середовище медичних закладів).
4. Шапран О. А. Генезис становлення сфери охорони здоров'я: зародження та розвиток, О. А. Шапран, Вчені записки, 2022, № 27, С.33–42, URL: <https://ir.kneu.edu.ua:443/handle/2010/38482> (0,8 д.а.).
5. Шапран О. А. Впровадження квантового партнерства у сфері охорони здоров'я України, О. А. Шапран, Вчені записки, 2025, № 39(2), С. 256–265, URL: [https://vz.kneu.ua/archive/2025/39\(2\)/contents](https://vz.kneu.ua/archive/2025/39(2)/contents) (0,9 д.а.).
6. Шапран О. А. Трансформація партнерства у сфері охорони здоров'я, О. А. Шапран, Вчені записки, 2023, № 32 (3), С. 256–265, URL: [https://doi.org/10.33111/vz\\_kneu.32.23.03.23.164.170](https://doi.org/10.33111/vz_kneu.32.23.03.23.164.170) (0,8 д.а.).

### *В інших виданнях:*

7. Теплюк М. А., Шапран О. А. Сутність бізнес-акселератора як рушійного тригера розвитку підприємництва, М. А. Теплюк, О. А. Шапран, Збірник

наукових праць «ΛΟΓΟΣ»: матеріали III Міжнародної науково-практичної конференції «Наукова практика: сучасні та класичні методи досліджень», 16 вересня 2022 р., Бостон, США, С.12–14, URL: <http://dx.doi.org/10.36074/logos-16.09.2022.02> (0,2 д.а., особисто автору належить 0,1 д.а.), (форма участі дистанційна).

8. Шапран О. А. Оптимізація партнерства в охороні здоров'я: від міжсекторальних зв'язків до успішних моделей, О. А. Шапран, Актуальні проблеми якості, менеджменту і економіки у фармації і охороні здоров'я : матеріали II наук.-практ. конф., 2 лютого 2024 р, 2024, С.41–45, URL: <https://quality.nuph.edu.ua/wp-content/uploads/2024/01/prohrama-konferentsii-19.01.2024.pdf> (0,3 д.а.), (форма участі дистанційна).

9. Шапран О. А. Дослідження ролі квантового партнерства в економічних відносинах: нові підходи та перспективи, О. А. Шапран, Наукові барви–2023 : Всеукр. наук. інтернет-конф. студентів, аспірантів і молодих учених, травень 2023 р, 2023, С. 62–65, URL: <https://ir.kneu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/d3768bcc-35c5-4f15-991e-021b8ea22b1d/content#page=44> (0,3 д.а.), (форма участі дистанційна).

10. Шапран О. А. Електронна система охорони здоров'я в Україні: виклики, можливості, загрози, О. А. Шапран, Підприємництво і маркетинг у формуванні національної безпеки за умов сучасних глобальних викликів : матеріали наук.-практ. конф., грудень 2022 р, 2022, С.314–317, URL: [https://www.researchgate.net/publication/382461181\\_Tendencii\\_innovacijnogo\\_upravli\\_nna\\_povodzenam\\_z\\_TPV\\_v\\_umovah\\_integracii\\_u\\_miznarodnij\\_ekonomicnij\\_prostir](https://www.researchgate.net/publication/382461181_Tendencii_innovacijnogo_upravli_nna_povodzenam_z_TPV_v_umovah_integracii_u_miznarodnij_ekonomicnij_prostir) (0,3 д.а.), (форма участі дистанційна).

11. Шапран О. А. Кластеризація закладів охорони здоров'я – організація маршрутизації пацієнтів, О. А. Шапран, Економіка підприємства : матеріали IX Міжнар. наук.-практ. конф., жовтень 2022 р, 2022, С.266–269, URL: [https://nubip.edu.ua/sites/default/files/u375/22-5752\\_bez\\_isbn\\_2.pdf#page=266](https://nubip.edu.ua/sites/default/files/u375/22-5752_bez_isbn_2.pdf#page=266) (0,3 д.а.), (форма участі дистанційна).

12. Шапран О. А. Якість у охороні здоров'я, як складова організаційного розвитку медичних установ, О. А. Шапран, Наукові дослідження: парадигма інноваційного розвитку : матеріали X Міжнар. наук. конф., липень 2022 р, Видавничий дім «Інтернаука», 2022, С.49–53, URL: <https://www.inter-nauka.com/uploads/public/16593331182964.pdf#page=49> (0,4 д.а.), (форма участі дистанційна).

13. Шапран О. А. Екзистенційні виклики сфери охорони здоров'я – соціалізована експансія, О. А. Шапран, Підприємництво і торгівля: тенденції розвитку : матеріали V Міжнар. наук.-практ. конф., травень 2022 р, Вип. 5, Одеса : Держ. ун-т «Одеська політехніка», 2022, С. 65–67, URL: [https://economics.net.ua/files/science/pidpr\\_i\\_torg/2022/tezy.pdf#page=65](https://economics.net.ua/files/science/pidpr_i_torg/2022/tezy.pdf#page=65) (0,5 д.а.), (форма участі дистанційна).

14. Шапран О. А. Патерн медичних організацій України в умовах економіки ренти, О. А. Шапран, Сучасні тенденції економічного розвитку регіонів: теоретичні та прикладні аспекти : матеріали наук.-практ. конф., травень 2022 р, УДК 332.12, 2022, С. 101–104, URL: [https://odaba.edu.ua/upload/files/Zbirka\\_Suchasni\\_tendantsii\\_ekonomichnogo\\_rozvitku\\_2022.pdf](https://odaba.edu.ua/upload/files/Zbirka_Suchasni_tendantsii_ekonomichnogo_rozvitku_2022.pdf) (0,3 д.а.), (форма участі дистанційна).

15. Шапран О. А. Капітаційна капіталізація медичних закладів України: панацея чи паліатив?, О. А. Шапран, Інноваційне підприємництво: стан та перспективи розвитку : матеріали VII Всеукр. наук.-практ. конф., 2022 р, Вип. 7, 2022, С. 280–283, URL: [https://www.researchgate.net/publication/365610135\\_Osoblivosti\\_finansuvanna\\_innovacijnogo\\_pidpriemnictva](https://www.researchgate.net/publication/365610135_Osoblivosti_finansuvanna_innovacijnogo_pidpriemnictva) (0,2 д.а.), (форма участі дистанційна).

16. Tepliuk M., Shapran O. Crisis management in academic enterprise: the issue is not "if", but "when", M. Tepliuk, O. Shapran, Scientific research: the paradigm of innovative development : proc. of the 10th Int. sci. conf., 2022, 2022, С. 281–283, URL: <https://www.inter-nauka.com/issues/conf-2022/june/8132> (0,2 д.а., особисто автору належить 0,1 д.а.), (форма участі дистанційна).

«ЗАТВЕРДЖУЮ» Проректор з науково-педагогічної роботи Київського національного економічного університету імені Вадима Гетьмана  
 «ЗАТВЕРДЖУЮ» Проректор з наукової роботи Київського національного економічного університету імені Вадима Гетьмана


  
 \_\_\_\_\_ Анатолій КОЛОТ \_\_\_\_\_ Лариса АНТОНЮК  
 « 24 » 01 \_\_\_\_\_ 2025 р. « 24 » 01 \_\_\_\_\_ 2025 р.

### ДОВІДКА

#### про використання у навчальному процесі результатів дисертації Шапрана Олександр Андрійовича на тему «Формування інноваційного патерну квантового партнерства у сфері охорони здоров'я»

Теоретичні та методичні розробки, отримані за результатами підготовки дисертаційної роботи Шапрана Олександр Андрійовича на тему «Формування інноваційного патерну квантового партнерства у сфері охорони здоров'я», використовуються при викладанні навчальних дисциплін «Бізнес-процеси та їх автоматизація», «Потенціал і розвиток підприємства» та «Лідерство та партнерство в бізнесі».

Найбільш вагомими положеннями дослідження, що знайшли своє використання у навчальному процесі, стосуються:

- удосконалення комплексу методів для оцінювання потенціалу партнерства;
- порівняння теоретичних підходів та економічних шкіл до визначення поняття «партнерство» шляхом застосування міжгалузевих підходів;
- узагальнення типів, видів, форм та поширених моделей партнерств;
- розширення понятійно-категоріального апарату у теорії партнерства, шляхом надання авторського визначення поняття «партнерство»;
- формування та використання графоаналітичного інструменту у діяльності підприємств та партнерств;
- використання концептуальної моделі партнерства, яка базується на агрегації наукових досліджень і передбачає комплексний універсальний підхід від визначення потреби у партнерстві до підтримки та покращення партнерської діяльності.

Завідувач кафедри бізнес-економіки та підприємництва,  
 доктор економічних наук, професор



Інна РСПІНА



ПРИВАТНЕ ПІДПРИЄМСТВО «КЛІНІКА МЕДИКОМ»

просп. Володимира Івасюка, 6-Д, Київ 04219, Україна. Тел./факс: (+38044) 591 03 04. E-mail: [info@medikom.ua](mailto:info@medikom.ua)  
р/р UA34322669000026001300717578 ГОЛОВНЕ УПРАВЛІННЯ ПО АТ «ОЩАДБАНК» М.КИЇВ МФО 322669,  
Код ЄДРПОУ 31521356, Індивідуальний податковий номер 315213526542,  
Витяг 1426544501183 з реєстру платників податку на додану вартість

від 10.06.2025р. №153

**ДОВІДКА**  
**про впровадження результатів дисертаційного дослідження**  
**Шапрана Олександра Андрійовича**

У діяльності багатoproфільного медичного центру ПП «КЛІНІКА МЕДИКОМ» застосовано окремі результати дисертаційного дослідження аспіранта Шапрана Олександра Андрійовича на тему: **«Формування інноваційного патерну квантового партнерства у сфері охорони здоров'я»**.

З важливими положеннями дисертаційного дослідження Шапрана Олександра Андрійовича було ознайомлено, а саме: розробка та обґрунтування концептуальної моделі партнерства у сфері охорони здоров'я – комплексного універсального підходу від визначення потреби у партнерстві до підтримки та покращення партнерської діяльності.

У процесі впровадження розглянуто графоаналітичний інструмент «квантове партнерство», який слугує інструментом для підтримки прийняття управлінських рішень у компанії.

Аналіз окремих результатів дослідження дозволяє спрогнозувати їх прикладний характер: підвищення ефективності організації партнерської діяльності та вдосконалення управління співпрацею в умовах сучасних викликів.

Генеральний директор  
ПП «КЛІНІКА МЕДИКОМ»



Маргарита МАЛЬОВАНА

Від 16.06.2025р. №В87/1

**ДОВІДКА**  
**про впровадження результатів дисертаційного дослідження**  
**Шапрана Олександра Андрійовича**

У діяльності ТОВ «Медичний центр «Добробут-Поліклініка» застосовано окремі результати дисертаційного дослідження аспіранта Шапрана Олександра Андрійовича на тему: «Формування інноваційного патерну квантового партнерства у сфері охорони здоров'я».

З важливими положеннями дисертаційного дослідження Шапрана Олександра Андрійовича було ознайомлено, а саме розробка та обґрунтування концептуальної моделі партнерства у сфері охорони здоров'я — комплексного універсального підходу від визначення потреби у партнерстві до підтримки та покращення партнерської діяльності.

У процесі впровадження розглянуто графоаналітичний інструмент «квантове партнерство», який слугує інструментом для підтримки прийняття управлінських рішень у компанії.

Розгляд та впровадження окремих результатів дослідження дозволило підвищити ефективність організації партнерської діяльності та вдосконалити управління співпрацею в умовах сучасних викликів.

Головний медичний директор  
Медичної мережі «Добробут»



Олександра МАШКЕВИЧ