

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Навчально-науковий інститут післядипломної освіти

Завідувач кафедри громадського здоров'я та
управління охороною здоров'я
_____ В.А.Огнєв

ПУБЛІЧНО-ПРИВАТНЕ ПАРТНЕРСТВО ЯК СПОСІБ ДЕРЖВАНОВОГО
РЕГУЛЮВАННЯ РОЗВИТКУ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»
Освітньо-професійна програма: «Управління в сфері охорони здоров'я»
Галузь знань: 28 «Публічне управління та адміністрування»
Спеціальність: 281 «Публічне управління та адміністрування»

Виконав

слухач групи ПУА-20

А.В. Кравцова

Керівник

д.держ.упр., проф.

Д.В. Карамішев

Рецензент

Харків 2022

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	3
ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	6
1.1. Сутність публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я	6
1.2. Нормативно-правове забезпечення публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я	18
РОЗДІЛ 2. СТАН РЕАЛІЗАЦІЇ МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	33
2.1 Огляд механізмів, методів, інструментів, засобів регуляторного впливу на публічно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я	33
2.2 Механізми реалізації публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я	43
РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ РЕАЛІЗАЦІЇ ПУБЛІЧНО- ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	47
3.1 Практичні аспекти публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я в Україні	47
3.2. Ризики проектів публічно-приватного партнерства	55
РОЗДІЛ 4. ПЕРСПЕКТИВИ ВПРОВАДЖЕННЯ ПУБЛІЧНО- ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	66
4.1. Імплементация провідного зарубіжного досвіду публічно- приватного партнерства у сфері охорони здоров'я в Україні	66
4.2. Перспективи впровадження публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я	73
ВИСНОВКИ	83
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ПОСИЛАНЬ	86

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ОЗ – охорона здоров'я

СОЗ – система охорони здоров'я

ВВП – внутрішній валовий продукт

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

НЦЗУ – Національної службою здоров'я України

ППП – публічно-приватне партнерство

ДПП – державно-приватне партнерство

PPP – Public-Private Partnership

ВСТУП

Актуальність дослідження. Внаслідок несприятливої медико-демографічної ситуації в Україні, дефіциту суспільних ресурсів та дії інших негативних факторів, спостерігається погіршення загального стану медичної сфери. За умов поєднання фінансових та організаційних ресурсів держави та бізнес структур з урахуванням інтересів цих сторін і споживача послуг, тобто пацієнта, можливий подальший розвиток сфери охорони здоров'я з використанням інноваційних надсучасних технологій для покращання якості надаваних медичних послуг. Публічно-приватне партнерство при цьому якнайкраще може задовольнити потреби такої взаємодії в сфері охорони здоров'я. Відтак, питання вдосконалення механізмів реалізації публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я набуває особливої актуальності, що спонукало автора до проведення відповідного дослідження.

Вагомий внесок у розроблення проблематики публічно-приватного партнерства серед науковців зарубіжних країн зробили: Hodge G. A, Greve C., Marsilio M., M., Cappellaro G., Cuccurullo C, Yescombe E.R., Casady та ін. Вітчизняні науковці, в працях яких висвітлені питання впровадження механізмів публічно-приватного партнерства, в тому числі в сфері охорони здоров'я: Варнавський В., Вінник О., Грищенко С., І. Дубок, Клименко А., Мартякова О., Павлюк К., Павлюк С., Трикоз І. та ін.

Мета та завдання дослідження: на основі дослідження особливостей застосування публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України як способу державного регулювання розвитку сфери охорони здоров'я.

Завданнями цієї роботи, що були окреслені метою, є:

–описати сутність публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я та зробити аналіз нормативно-правового забезпечення публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я;

- охарактеризувати механізми публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я;
- описати впровадження публічно-приватного партнерства в практичну діяльність і ризики проєктів публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я;
- охарактеризувати імплементацію провідного зарубіжного досвіду публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я в Україні;
- визначити можливі перспективи впровадження публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я.

Об'єкт дослідження – розвиток сфери охорони здоров'я.

Предмет дослідження – публічно-приватне партнерство як спосіб державного регулювання розвитку сфери охорони здоров'я.

Методи дослідження: аналізу та синтезу – для докладного зображення об'єкта дослідження; узагальнення – для описання теоретичних основ публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я; порівняльний та систематизації – для вивчення нормативно-правового забезпечення публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я; системний – для розкриття основоположних засад публічно-приватного партнерства (далі – ППП) у сфері охорони здоров'я; порівняння та узагальнення – для дослідження особливостей державного управління публічно-приватним партнерством у сфері охорони здоров'я.

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що теоретичні положення, висновки та рекомендації, розроблені автором і запропоновані у роботі, можуть бути використані для удосконалення реалізації публічно-приватного партнерства як способу державного регулювання розвитку сфери охорони здоров'я, що в перспективі може сприяти залученню інвестицій у цю сферу та покращенню надання медичних послуг населенню.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

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

Головний пріоритет державної політики будь-якої країни полягає в збереженні та зміцненні здоров'я населення, що є найбільшим соціальним та економічним надбанням кожної держави, запорукою національної безпеки, а також є цілісним підґрунтям для соціально-економічного розвитку [1]. В Україні охорону здоров'я (ОЗ) визначено одним з пріоритетних напрямів діяльності суспільства і держави Основами законодавства України про охорону здоров'я (ст. 12) [3] та концепцією розвитку охорони здоров'я населення України [3].

Системою ОЗ (СОЗ) вважають цілісну та взаємопов'язану роботу організацій, установ, інститутів з поєднанням та використанням різноманітних ресурсів, пріоритетом яких є досягнення мети - поліпшення здоров'я.

Функціонування СОЗ можливо за умов наявності кадрових, фінансових, матеріально-технічних, комунікаційних, інформаційних ресурсів, а також здійснення загального менеджменту. Факторами, що забезпечують ефективне функціонування СОЗ, є:

- вдосконалення організаційної системи (що допоможе сформувати підґрунтя для формування здорового способу життя громадянам країни, тим більше, що державними гарантіями передбачено надання їм якісної безоплатної медичної допомоги);

- розвиток інфраструктури та ресурсного забезпечення охорони здоров'я (це передбачає удосконалення матеріально-технічного, фінансового

забезпечення лікувально-профілактичних закладів, зважаючи на сучасні підходи на основі стандартів та протоколів надання медичної допомоги);

– кваліфіковані медичні кадри, в необхідній кількості (які матимуть можливість виконувати необхідні завдання, щоб забезпечувати функціонування СОЗ) [1].

Доступність медичної допомоги є надзвичайно актуальною проблемою для населення України. Вона включає декілька складових:

- справедливість у доступі до медичних послуг;
- якість медичних послуг;
- наявність захисту від фінансового ризику для населення.

Повільні процеси реформування в Україні за умов дефіцитного фінансування призвели до того, що система ОЗ майже не ефективна, не відповідає зазначеним критеріям і не здатна у повній мірі відповісти на вимоги часу та задовольнити сучасні потреби в високому рівні матеріально-технічного оснащення, достойній оплаті праці медичному персоналу, впровадженні системи медичного страхування тощо [4; 5].

Серед проблем сучасного фінансування сфери ОЗ слід виділити недостатність виділених коштів з бюджету країни – біля 4 % від внутрішній валовий продукт (ВВП), що в порівнянні з іншими країнами досить мало [6]. До того ж, за даними дослідження Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), від 20 до 40 % фінансового забезпечення СОЗ різних держав, незалежно від моделі, на основі якої побудовано її функціонування, малоефективно використовуються у зв'язку певними причинами [7], такими як нецільове використання коштів; наявність корупції; неефективність використання інфраструктури СОЗ, низька структурна результативність медичного обслуговування тощо [8].

Як показують дослідження ВООЗ, існує пряма залежність між рівнем витрат на охорону здоров'я у розрахунку на душу населення та середньою тривалістю життя. Той факт, що Україна за рівнем смертності в 2017 році посіла 5 місце, а за тривалістю життя – 150 місце у світовому рейтингу [9], є

безумовним свідченням недостатнього фінансового забезпечення вітчизняної медичної системи [10]. Бюджетні кошти є основою фінансування галузі ОЗ в Україні [11]. Проте цих коштів недостатньо для того, щоб підняти технологічний рівень ОЗ, підвищити мотивацію медичного персоналу до надання високотехнологічної медичної допомоги на рівні сучасних стандартів, забезпечити безкоштовне або пільгове отримання лікарських засобів у потрібному обсязі [5].

Пошук шляхів оптимізації витрат та раціонального використання ресурсів обумовлен невпинним зростанням витрат на медичні послуги, якщо їх порівнювати з темпом зростання ВВП країни. Таким чином заглиблюється конфлікт інтересів, коли недостатньо фінансово-економічна спроможність СОЗ не дозволяє вирішувати головні питання щодо надання якісної, доступної медичної допомоги та послуг за умов збереження принципу рівноправності та справедливих рішень [12].

Разом з тим варто зауважити, що навіть при умові збільшення обсягів фінансування медичної галузі, вкладання коштів у неефективну систему не дасть очікуваних результатів. Саме тому будь-яке реформування фінансового забезпечення вітчизняної медицини не принесе жодного ефекту, якщо паралельно не відбуватиметься реформування та оптимізація системи охорони здоров'я. З огляду на це одним із найбільш ефективних методів фінансування медичної галузі є метод оплати наданих медичних послуг, який власне і впроваджується зараз в умовах медичної реформи [10].

Державою змінена модель надання медичними закладами послуг від безоплатного принципу, до стратегічної закупівлі послуг у цієї мережі; держава більше не виділятиме грошей згідно з кошторисом на утримання того чи іншого закладу ОЗ, державного чи комунального, натомість медичні заклади мають перетворитися на автономні суб'єкти господарської діяльності, що отримуватимуть оплату за надані послуги, тобто медичну допомогу пацієнтам.

Національна служба здоров'я України (НСЗУ), новостворений центральний орган виконавчої влади, є розпорядником бюджетних коштів

(водночас замовником послуг) реалізує основний принцип медичної реформи «гроші йдуть за пацієнтом» та оплачує вартість реально наданих медичних послуг постачальнику послуг (установами охорони здоров'я будь-якої форми власності та фізичними особами-підприємцями), що регулюється договорами про медичне обслуговування населення в рамках гарантованого державою пакету [13; 14].

До того ж поступове впровадження в Україні добровільного медичного страхування надасть можливість розширити доступ фінансово забезпечених громадян до високоякісного медичного обслуговування й знизити тиск на державний бюджет [10].

Впровадження реформи ОЗ передбачає вдосконалення сфери, в тому числі модернізацію матеріально-технічної бази, будівництво лікувальних закладів, з можливістю надавати медичну допомогу широкого профілю, що вимагає великих капіталовкладень з боку держави [15]. Необхідність до постійного подальшого збільшення розмірів державного фінансування ОЗ спонукає не тільки до реформування, але й до використання інших способів залучення інвестицій у систему, зокрема механізмів публічно-приватного партнерства (далі – ППП) [5], знижуючи таким чином фінансове навантаження на бюджети всіх рівнів.

Перед СОЗ України стоїть завдання побудови та розвитку такої системи, що буде з одного боку фінансово стійка з ефективним адміністративним ресурсом, з іншого боку ще й конкурентоспроможна, що можливо за умов залучення додаткового капіталу, завдяки різним формам співпраці держави та приватного сектору. Таким чином при поєднанні збалансованої взаємодії двох форм управління: державної і приватної можна говорити про перспективний розвиток сфери охорони здоров'я [15].

На тлі соціально-економічних змін в Україні реформування СОЗ потребує вирішення питань регулювання інвестиційного забезпечення розвитку медичної сфери. Новостворювана модель ОЗ у ході такого реформування повинна забезпечувати як рівний та справедливий доступ усіх громадян до медичних

послуг, обсяг яких забезпечено державними гарантіями, так і їх високу якість та економічність. Бюджети держав країн, навіть з розвиненою економікою, не спроможні наздогнати темпи зростання необхідної для суспільства якості надання медичної допомоги на сучасному рівні [16].

Результати діяльності СОЗ впливають не тільки на рівень громадського здоров'я, але й на добробут і соціальне благополуччя людей. У зв'язку з цим систему охорони здоров'я необхідно розглядати як важливий інститут соціальної безпеки людини, суспільства і держави [17]. З іншого боку через високий попит цієї сфери, яка стосується кожної людини у суспільстві, та високу ємність ринку, вона стає все більш комерційно привабливою.

Державними гарантіями передбачено надання певного набору медичних послуг населенню, що надаються державними закладами охорони здоров'я. Але не зважаючи на використання високих виробничих потужностей, сервіс медичних послуг залишається досить низьким, насамперед через обмежене ресурсне забезпечення, в тому числі трудове – високе навантаження на медичних працівників, та неефективний менеджмент.

В останні десятиліття в Україні, як і в багатьох країнах світу, потреба суспільства у високоякісних медичних послугах зростає швидше, ніж можливості державних бюджетів [18].

Лікувальні заклади охорони здоров'я приватної форми власності в багатьох випадках спеціалізуються на вузьких сегментах ринку, але мають низькі виробничі потужності. Високий сервіс послуг можливий завдяки ефективному управлінню, більш низькому навантаженню на медичних працівників. Форма надання послуг є платною, але через це не завжди доступною для більшості населення.

Але соціальні потреби вимагають одночасно при отриманні медичної допомоги і послуг, як високої якості (це і якісний сервіс, і доступність за локацією, ефективність та результативність лікування), так і доступності для більшого загалу населення. В цьому контексті для вирішення даної проблеми є

актуальним співробітництво держави і приватного бізнесу, найбільш перспективною формою якого є публічно-приватне партнерство.

Термінами, що описують у науковій літературі партнерство та взаємодію між інститутами держави, бізнесу та громадянського суспільства є: “публічно-приватне партнерство”, “державно-приватне партнерство”, “приватно-державне партнерство”. Значна частина науковців ці поняття вживає як синоніми, що відповідають англomовному терміну “Public-Private Partnership”, пояснюючи це особливістю перекладу іншомовних джерел.

Використання термінів “публічно-приватне партнерство” і “державно-приватне партнерство” більшістю авторів розглядається як окремі взаємовиключні поняття, застосування яких пов’язане з моделлю та культурою державного управління. Дефініція “публічно-приватне партнерство” окреслює більш точно сутність відносин зважаючи на те, що публічним партнером у практиці зарубіжних країн часто виступають не лише органи державної влади, а й органи місцевого самоврядування, громадські організації та благодійні фонди. Однак в працях українського наукового простору все ж таки частіше зустрічався термін “державно-приватне партнерство”, що для громадськості нашої країни було більш прийнятне [19, с. 7].

Використовуючи поняття “приватно-державне партнерство”, мають на увазі співпрацю між державною владою та приватним сектором у суспільно значущих галузях, але провідну роль відіграє приватний сектор, який не тільки дбає про отримання прибутків, а й усвідомлює соціальну відповідальність перед суспільством [20].

Одночасність використання термінів в науковому просторі обумовлене необхідністю показати деякі особливості та охарактеризувати «публічно-приватне партнерство», як перш за все підписання контракту між приватною та державною сторонами (державні або місцеві владні органи), згідно з яким приватна сторона бере зобов’язання з надання публічних послуг, водночас з

інвестуванням власних ресурсів та відповідальністю за частину ризиків (оплата отримується приватною стороною тільки за надані послуги).

В той же час в працях щодо правового забезпечення та регулювання взаємодії держадміністрації та певних інститутів державного права й бізнесу термін «державно-приватного партнерства» частіше вживан, тим більше, що це ще має законодавче підкріплення [21].

Партнерство здійснюється між інститутами держави всіх рівнів влади, приватного сектору, до якого належать організації інвесторів та бізнесу, та представниками громадянського суспільства для вирішення суспільно важливих проблем, які стосуються компетенції держави, і отримання взаємної економічної вигоди. Державний партнер зосереджується на прийнятті необхідних нормативно-правових актів, визначенні цілей і завдань проектів публічно-приватного партнерства, якості послуг, ціновій політиці, моніторингу виконання проектів, тобто виконує регулюючу та координуючу функції. Приватний партнер безпосередньо виконує проект: вкладає капітал або використовує навички щодо залучення коштів, технічні знання та забезпечує ефективну реалізацію проектів. Послуги “третьої сторони” також важливі, оскільки місцеві жителі як представники громадянського суспільства краще за будь-кого розуміють свої потреби і шукають шляхи вирішення проблем, пропонуючи представникам державної влади та приватного сектору впровадження та реалізацію партнерських проектів. Саме через активну позицію представників громадянського суспільства та приватного сектору щодо реалізації проектів відображається зміст концепції “публічно-приватне партнерство” [20]. Тому в роботі надалі буде використовуватися термін “публічно-приватне партнерство”. Таким чином, оскільки регулювання взаємодії суб’єктів, які мають різнорівневий та різновекторний характер, регулює держава, як одна зі сторін, ППП є об’єктом державного регулювання.

Українські науковці К. Павлюк та С. Павлюк визначають сутність ППП як «конструктивне співробітництво держави, суб’єктів підприємницької діяльності і громадянських інститутів в економічній, політичній, соціальній,

гуманітарній та інших сферах суспільної діяльності для реалізації суспільно значимих проектів на засадах пріоритетності інтересів держави, її політичної підтримки, консолідації ресурсів сторін, ефективного розподілу ризиків між ними, рівноправності і прозорості відносин для забезпечення поступального розвитку суспільства» [22]. П.І. Шилепницький подає визначення ППП у широкому розумінні: «Це відносини, які виникають між державою в особі уряду, органів державної влади та самоврядування, державних установ, підприємств, організацій, з одного боку, а з іншого боку – із приватним сектором в особі суб'єктів господарювання недержавної форми власності, громадськими організаціями, місцевими спільнотами з приводу перерозподілу повноважень щодо створення інфраструктури загального користування, виробництва товарів і надання послуг, які традиційно вважалися монополією держави, врегулювання між сторонами у зв'язку з цим таких питань: розподіл відповідальностей, ризиків, зобов'язань щодо фінансового забезпечення, проектування, будівництва, утримання, експлуатації, права власності, участь в управлінні та розподілі прибутку, що базується на принципах рівності, відкритості, недискримінації, змагальності, підвищення ефективності та мінімізації ризиків і витрат» [23].

За думкою зарубіжних науковців Е.Кляйн і Г.Тейсман ППП можна описати як стійку взаємодію державного й приватного секторів, у якій розробляється спільний продукт, а послуги, ризики, витрати і прибутки розподіляються між партнерами [24].

Відповідно до матеріалів Європейської економічної комісії ООН «Guidebook on Promoting Good Governance in Public-Private Partnership» (Женева, 2008) прийнята міжнародна типологія моделей інфраструктурних проектів публічно-приватного партнерства:

– BOT (Build – Operate – Transfer) – «будівництво – управління – передача»: будівництвом і експлуатацією (в основному – на правах власності) займається приватний партнер протягом визначеного строку, після чого об'єкт передається державі;

– BTO (Build – Transfer – Operate) – «будівництво – передача – управління»: державі (концеденту) збудований приватним партнером об'єкт передається у власність відразу після завершення будівництва, потім вже він передається в експлуатацію концесіонеру;

– BOO (Build – Own – Operate) – «будівництво – володіння – управління»: приватний партнер будує об'єкт і здійснює подальшу експлуатацію, володіючи ним на правах власності, термін дії якого не обмежується;

– DBFO (Design – Build – Finance – Operate) – «розробка – будівництво – фінансування – управління»: приватна компанія розробляє і будує медичний заклад відповідно до вимог і стандартів, затверджених органами влади, а також фінансує капітальні витрати і здійснює управління об'єктом;

– DBFM (Design – Build – Finance – Maintain) – «розробка – будівництво – фінансування – утримання»: даний вид контрактів передбачає додаткове надання неклінічних послуг, в т.ч. окремих (прибирання, логістика, безпека тощо);

– DBB (Design – Bid – Build) – «розробка – тендер – будівництво»: модель, заснована на поділі функцій розробки та створення медичної установи між незалежним приватним розробником та іншою приватною компанією, що здійснює функції підрядника;

– BOOT (Build – Own – Operate – Transfer) – «будівництво – володіння — управління – передача»: приватний інвестор будує об'єкт, що знаходиться в його власності, орган влади надає медичні послуги протягом певного періоду, потім право власності переходить до органу влади;

– BOLB (Buy – Own – Lease – Back) – «придбання – володіння – повернення з лізингу»: приватний підрядник купує медустанову, а потім за лізинговою угодою передає в управління органам влади.

У більшості інфраструктурних проектів приватній стороні не надається права надання послуг в медичній сфері, таким чином, не змінюється обсяг державних гарантій в охороні здоров'я. У багатьох країнах Європи останніми роками широко використовується модель DBFO, відповідно до якої приватний

партнер знаходить фінансування, будує або реконструює об'єкт, здає його в експлуатацію, а потім відповідає за технічний стан будівель. Об'єктами можуть бути не тільки лікувальні корпуси, але й будь-яка додаткова інфраструктура лікарняних містечок (парковка, басейн, житло для медичного персоналу тощо) [18].

Метою партнерства є отримання взаємовигоди державної та приватної сторони, але при цьому є сенс у поєднанні їх найкращих сторін, що може слугувати дійсно універсальним механізмом для рішення довгострокових задач, таких як створення і розвиток інфраструктурних проєктів, розробка та адаптація інноваційних перспективних технологій. Подібна взаємодія повинна бути підкріплена середовищем, що створює держава для балансу ризиків і переваг [19].

Таким чином, форми відносин між державою та приватною стороною можуть бути різними, але характеристиками, що підкреслюють особливість ППП і дають можливість їх розглядати як такими, є:

- заключення довгострокового договору (наприклад, концесійний – до 50 років), де ризики між приватним і державним сторонами чітко розподілені;
- формами фінансування проєктів можуть бути: приватні інвестиції доповнені державними фінансовими ресурсами, або спільне інвестування декількох партнерів;
- розподілення сфер відповідальності між сторонами, при якому державний партнер діє в інтересах суспільства, визначаючи цілі проєкту, кількісні та якісні показники та виконує моніторинг реалізації проєкту, а приватний займається оперативною діяльністю на різних етапах проєкту: від фінансування, розробки, будівництва, до експлуатації, управління, реалізації послуг споживачам;
- створення конкурентного середовища з проведенням конкурсу для вибору приватного партнера [19].

Таким чином, ППП це така форма довготривалої взаємодії публічної та приватної сторін, при якій за взаємовигідних умов можливо вирішення суспільно значущих завдань та проблем [25].

Специфічними особливостями проектів ППП у межах сфери ОЗ є:

– заборона скорочення мережі медичних закладів державного та комунального характеру (передавання відповідних об'єктів приватним партнерам не має призвести до втрати медичними закладами – державними або комунальними – здатності надавати медичні послуги);

– особлива структура відносин суб'єктів, оскільки державний партнер має бути представлений або МОЗ (для тих об'єктів публічної власності, які перебувають під його управлінням), або місцевою владою (для об'єктів комунальної власності);

– необхідна збалансованість соціальної та бізнесової сторони проекту (повернення вкладених коштів приватних партнерів відбувається, зазвичай, через платні послуги чи виплати з національних українських служб охорони здоров'я);

– конституційні обмеження щодо платності послуг у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, вичерпність переліку платних послуг, обмежений перелік послуг, що сплачується НСЗУ, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах [26].

З іншого боку розвиток ППП у сфері ОЗ повинен спиратися на наступні принципи:

1. Законність та інституціональність – партнерська взаємодія діє в межах чинного правового поля, тому числі забезпечує рівність партнерів, регулює договірні відносини з урахуванням прав та зобов'язань, тощо.

2. Прозорість – інвестори, концесіонери та інші зацікавлені сторони за умов партнерства (стейкхолдери), представники громадських організацій мають змогу отримати від державних структур необхідну інформацію щодо розвитку медичної сфери.

3. Змагальність – відбір приватної сторони за умов проведення тендерних проєктів, передбачених чинним законодавством, тобто рівноправність умов для потенційного партнера.

4. Відповідальність та підзвітність – економіко-правовий, соціальний, соціально-екологічний характер відповідальності усіх партнерів перед громадськістю. Відповідальні взаємні зобов'язання, що визначаються в порядку договору, - необхідна умова життєдіяльності ППП, якою має передбачатися підзвітність.

5. Зрозумілість і передбачуваність – чітко сформовані умови партнерства механізмами відносин згідно з договором у межах системи кооперованих співзв'язків, забезпечення їх виконання без суттєвих змін організаційно-інституціонального середовища.

6. Врахування галузевої специфіки – проєкти ППП повинні враховувати особливості функціонування сфери ОЗ.

7. Економічна та фінансова сталість – Визначається рівнем надання та задоволеності послуг, що створюються в результаті партнерства у медичній сфері, а також позитивними наслідками в інших галузях.

8. Гнучкість – можливість реагування підприємцями-сторонами проєкту у разі виникнення проблем у СОЗ.

9. Соціальна рівноправність – вільний та рівноправний доступ всіх громадян (особливо малозабезпечених верств населення) до медичних послуг [27; 15].

Застосування механізму ППП має потенційні вигоди та переваги як для органів державної влади, приватного сектору, так и для споживачів. А саме:

Для пацієнтів – можливість отримувати медичні послуги високого рівня безкоштовно.

Для медичних працівників – отримання достойної оплати праці, можливість застосування інноваційних технологій для лікування хворих, розвиток науково-дослідницької діяльності.

Для партнерів та інвесторів – фінансова вигода, в тому числі для державної сторони можливість використати дохід для покращення матеріально-технічної бази.

Для держави – можливість створення конкурентного середовища, в тому числі для закладів ОЗ різних форм власності; сприяння розвитку добровільного медичного страхування [15].

Таким чином метою ППП у сфері ОЗ є надання якісної медичної допомоги та підвищення якості послуг, ефективність використання бюджетного фінансування та залучення ресурсів приватного партнерства.

Взаємодія в сфері ОЗ державної та приватної ланки може забезпечити ефективне використання як бюджетних коштів, так і залучення інвестицій, дає можливість вдалого використання найбільш розвинених та успішних механізмів, ресурсів обох партнерів, розподілити ризики, а також бути вдалим підґрунтям для подальшого впровадження реформування медичної системи, реалізації соціально-медичних програм, підвищення якості та ефективності надання медичної допомоги та послуг населенню, а також змінить вектор проведення адміністративної діяльності з урахуванням сучасних потреб. Але окрім цього це формує необхідність у найближчій перспективі створити відповідне нормативно-правове поле.

1.2 Нормативно-правове забезпечення публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я.

Сфера охорони здоров'я поєднує в собі багато різноманітних чинників, що стосуються здоров'я всього суспільства, утворюючи таким чином складну систему [28].

Розпочата медична реформа з одного боку 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 внутріорганізаційного менеджменту закладів охорони здоров'я. З іншого чітко окреслила, що одним з важливих напрямів реформування системи охорони здоров'я є наближення медичної послуги до людини та підвищення якості медичного обслуговування [29].

Треба відзначити, що механізми регуляторного впливу в Україні охороною здоров'я повністю покладені на державу, але в останні два десятиріччя створилися передумови для формування ринкових відносин в цій галузі. Клініки та заклади приватної форми власності, які почали поступово з'являтися, пропонують якісні медичні послуги, але ціна зависока.

Через те, що приватні установи сфери ОЗ мають більшу економічну свободу та гнучкість в прийнятті рішень, окрім високої якості послуг вони також забезпечують певну культуру обслуговування, що цінується пацієнтами. Але вартість при цьому буде перевищувати можливу за таких же умов у державних установах. Таким чином пацієнти з фінансовими можливостями надають перевагу приватним медичним закладам, де на відміну від державної системи ОЗ недоліки організаційної складової в наданні допомоги зведені до мінімуму [30].

Таким чином, поява великої кількості приватних медичних закладів та запровадження страхової медицини в умовах реформування галузі створює конкуренцію на ринку медичних послуг, саме конкуренцію державним установам.

Важливим завданням управління закладами охорони здоров'я є утримання високого рівня конкурентоспроможності, що можливо за умов впровадження сучасних технологій менеджменту; посилення вимог до кваліфікаційного, морально-психологічного та етичного рівня персоналу, який дотримується норм лікарської етики та деонтології; дотримання відповідного

рівня ресурсного, матеріально-технічного та фінансового забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я [29].

На рівні держави є доцільним створення умов для підтримки та сприяння формування ринку медичних послуг в Україні, що дозволить громадянам забезпечити компетентний вибір найбільш ефективного надавача медичної допомоги за критеріями якості та сприятиме здоровій конкуренції на засадах гарантії її якості та безпеки. Забезпечення збалансованого розвитку медичних закладів залежить передусім від впровадження сучасних ефективних методів фінансового менеджменту [29].

Зважаючи на те, що на сьогодні державне фінансування СОЗ не може забезпечити максимально можливі доступність і якість медичної допомоги [15], в межах існуючого законодавства запроваджена альтернативна можливість фінансування ОЗ, поєднуючи державні і приватні складові у формі ППП.

Урегулювання відносин ППП на рівні закону в більшості країн розвинених ринкових відносин та перехідної економіки свідчить про їхню суспільну значущість в умовах розвитку інститутів громадянського суспільства. Запровадження правової форми ППП в Україні відбулося шляхом прийняття Закону України «Про публічно-приватне партнерство» у 2010 році [30; 31] (далі – Закон про ДПП). Активне використання ППП як особливої форми співробітництва держави/територіальної громади (в особі уповноважених органів) із підприємництвом зумовлене потужним потенціалом такого партнерства [32; 33, с. 28–33; 34], тісним зв'язком з інститутами громадянського суспільства, для якого ринкові відносини (і відповідно різноманітність і рівність усіх форм власності, свобода договору, конкуренція, саморегулювання) – такі ж невід'ємні складові, як і для ринкової економіки. Формування громадянського суспільства безпосередньо пов'язане з розвитком демократії, ринкової економіки та становленням правової держави [35; 36].

Такі державні програми України, як концепція загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» 2011 року [37], програма економічних реформ на 2012-2014 роки [38] та заяви представників

Міністерства охорони здоров'я України у СМІ щодо подальшої стратегії розвитку медичної сфери [39] підкреслювали доцільність взаємодії державного та приватного секторів в межах розвитку публічно-приватного партнерства.

Поглиблення співпраці між державою та бізнесом [40] також стає можливим завдяки автономізації державних і комунальних закладів охорони здоров'я перехід їх на фінансування за оплатою за медичні послуги. На думку, Р. Ілик, з огляду на покращення якості медичної допомоги, ППП найбільш є вигідним для пацієнта; можливість ефективного менеджменту в сфері охорони здоров'я є перевагою для держави; а для приватного сектору - інвестиційні можливості [41]. Надзвичайно важливим для України є досвід Великобританії з впровадження ППП для інфраструктурного розвитку сфери охорони здоров'я [42; 43].

Взаємодія між публічною владою та приватною стороною передбачає різні договірні форми, наприклад, договори оренди державного та комунального майна, інвестиційні договори, договори в рамках публічних закупівель, договори про спільну діяльність, концесійні договори, тощо. Але якщо йдеться про врахування вигід всіх сторін, то проекти публічно-приватного партнерства для довгострокової співпраці є оптимальними, тим більше, що і межах ППП можуть бути використані вищезазначені договори та різні форми їх комбінування.

Загальні вимоги законодавства щодо реалізації проектів ППП для проектів будь-якої сфери, в т.ч. у сфері охорони здоров'я:

- державні партнери у вигляді державних органів та/або органів місцевого самоврядування;
- публічний та приватний партнер взаємодіють на підставі договору ППП;
- приватного партнер визначається на конкурсній основі;
- приватний партнер вкладає інвестиції в об'єкти партнерства;
- тривалість ППП становить від 5 до 50 років.

До головних цілей ППП у сфері охорони здоров'я відноситься підвищення якості медичних послуг для населення, ефективне використання бюджетних коштів, підвищення ефективності діяльності у сфері завдяки залученню ресурсів та досвіду приватного партнера тощо [26].

Проекти публічно-приватного партнерства за своєю правовою структурою можуть різнитися в залежності від використання в різних сферах економіки держави. В законодавстві України не існує поняття "стандартний проект" державно приватного партнерства, оскільки кожен проект за своїм змістом та відповідно і його правова форма (відповідний договір) мають свої індивідуальні правові особливості [44].

Можна виділити певні групи законодавства, що регулюють ППП:

1. Фундаментальні - регулюють суспільні відносини в країні, в тому числі відноси держави та бізнесу, бізнесу та суспільства, суспільства та держави. До яких відносяться:

- Конституція України;
- Цивільний кодекс;
- Адміністративний кодекс;
- Кримінальний кодекс;
- Адміністративно-процесуальний кодекс.

2. Спеціальні у вигляді:

2.1 Законів, як то;

– Закон України "Про державно-приватне партнерство" – визначає порядок формування та реалізації проектів державно-приватного партнерства та форми їх реалізації;

– Закон України "Про концесію" – регулює взаємовідносин між концесіонером і концесієдавцем і порядок реалізації проекту державно-приватного партнерства у формі концесії.

2.2 Постанов Кабінету міністрів України:

- Деякі питання організації здійснення державно-приватного партнерства;

- Про затвердження Методики виявлення ризиків здійснення державно-приватного партнерства, їх оцінки та визначення форми управління ними;

- Про затвердження Порядку надання приватним партнером державному партнеру інформації про виконання договору, укладеного в рамках державно-приватного партнерства;

- Про затвердження Порядку заміни приватного партнера за договором, укладеним у рамках державно-приватного партнерства;

Про затвердження Методики розрахунку концесійних платежів.

2.3 Накази міністерств:

- Деякі питання проведення аналізу ефективності здійснення державно-приватного партнерства;

- Про затвердження Методичних рекомендацій щодо застосування Методики виявлення ризиків здійснення державно-приватного партнерства, їх оцінки та визначення форми управління ними;

- Порядок ведення обліку результатів спільної діяльності на території України без створення юридичної особи Методичні рекомендації з бухгалтерського обліку спільної діяльності без створення юридичної особи.

3 Економічні – регулюють господарські процеси та управління окремими об'єктами проєкту державно-приватного партнерства:

- Господарський кодекс;

- Податковий кодекс;

- Земельний кодекс;

- Закон України Про ліцензування видів господарської діяльності.

4 Галузеві – Регулюють специфіку реалізації проєктів ДПП в сфері охорони здоров'я:

- Основи законодавства України про охорону здоров'я;

- ЗУ Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ;

- ЗУ Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення;
- ЗУ Про донорство крові та її компонентів;
- ЗУ Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині;
- ЗУ Про психіатричну допомогу;
- ЗУ Про захист населення від інфекційних хвороб;
- ЗУ Про лікарські засоби;
- ЗУ Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз;
- ЗУ Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори;
- ЗУ Про охорону дитинства;
- ЗУ Про курорти тощо [45].

Головним, регулюючим публічно-державні відносини, нормативно-правовим документом, виступає Закон України «Про державно-приватне партнерство» від 01.07.2010 р. № 2404-VI. Відповідно до Закону ДПП визначається як співробітництво між державою Україна, Автономною Республікою Крим, територіальними громадами в особі відповідних державних органів та органів місцевого самоврядування (державними партнерами) та юридичними особами, крім державних і комунальних підприємств, або фізичними особами – підприємцями (приватними партнерами), що здійснюється на основі договору в порядку, встановленому Законом та іншими законодавчими актами [31].

Закон України «Про державно-приватне партнерство» [31] визначає повноваження виконавчих органів у процесі реалізації проектів у межах ППП. Відтак, державна політика у сфері регулювання взаємозв'язків у межах ППП здійснюється Кабінетом Міністрів України, Міністерством економічного розвитку і торгівлі України, а також іншими державними та місцевими органами влади [46].

Збалансоване врахування публічних і приватних інтересів у відносинах ППП досягається завдяки державному регулюванню економіки, призначенням

якого є забезпечення публічних інтересів, а також саморегулюванню цих відносин (з урахуванням специфіки проектів ППП, суб'єктного складу, можливостей партнерів і відповідно їх обов'язків щодо реалізації проектів ППП), що забезпечується низкою засобів, а саме: 1) договорами, які укладаються в рамках ДПП; 2) установчими та внутрішніми документами партнерів (що особливо актуально за інституційної/корпоративної форми ППП, відповідно до якої реалізація проектів ППП зазвичай покладається на спільне підприємство за участю партнерів або спеціально створене для цього підприємство [47, с. 152–192]; 3) актами рекомендаційного характеру (є загальноприйнятими в ЄС та інших країнах ринкової економіки [48; 49; 50; 36]).

Незалежно від форми (суто договірна чи корпоративна) та моделей (концесійна, державних закупівель та ін.) ППП передбачає укладення договору між його партнерами як основними учасниками такої співпраці (тим паче що шляхом укладення відповідного договору здійснюється управління державним [51, с. 13] та комунальним майном, яке зазвичай є об'єктом такого партнерства). Договірна форма зв'язку між державним та приватним партнерами також пов'язує ППП з громадянським суспільством, оскільки договір є не лише актом правореалізації, а й універсальним засобом саморегуляції суспільних відносин, у чому й полягає феномен його соціальної сутності [52, с. 31; 36].

Серед можливих юридичних моделей взаємодії держави та бізнесу в сфері охорони здоров'я є договір концесії, договір спільної діяльності, договір управління майном, договір оренди (виключно у разі наявності інвестиційних зобов'язань), спільне підприємство.

Суть договору концесії полягає в наданні концесієдавцем (Міністерством охорони здоров'я України або органом місцевого самоврядування) на платній та строковій основі (10-50 років) концесіонеру (переможцю концесійного конкурсу) права на управління (експлуатацію) об'єкта концесії (цілісний майновий комплекс, об'єкт незавершеного будівництва, спеціально збудований об'єкт), за умови взяття суб'єктом підприємницької діяльності (концесіонером)

на себе зобов'язань по створенню (будівництву) та (або) управлінню об'єктом концесії, майнової відповідальності та можливого підприємницького ризику. Концесійним законодавством передбачено використання спеціальної процедури. При цьому не підлягає скороченню існуюча мережа державних та комунальних закладів охорони здоров'я, у зв'язку з чим потребує додаткового законодавчого врегулювання передача у концесію цілісного майнового комплексу діючої лікарні, оскільки такий формат за діючими законодавчими вимогами призводить до ліквідації закладу ОЗ як державного або комунального підприємства. Тим не менше, спеціально збудований об'єкт може бути об'єктом ППП у сфері охорони здоров'я.

За договором про спільну діяльність публічний та приватний партнери зобов'язуються діяти спільно; без створення юридичної особи; для досягнення певної мети, що не суперечить законові. Найпоширенішим варіантом є передача у спільну діяльність з боку публічного партнера майна (об'єкти нерухомості, обладнання тощо), а з боку приватного – інвестицій (наприклад, у формі будівництва нових об'єктів, їхньої реконструкції тощо). Управлінська функція на практиці зазвичай делегується приватному партнеру. Можливі дві форми спільної діяльності: без об'єднання вкладів і договір простого товариства. Форма «без об'єднання вкладів» не є ефективною для інвестиційних зобов'язань, а просте товариство як модель за участі державного підприємства передбачає ряд обмежень:

– під час укладення договорів про спільну діяльність розмір частки державних підприємств має становити не менше 50 відсотків спільного майна учасників спільної діяльності (аналогічним чином певні обмеження можуть встановлюватися органами місцевого самоврядування щодо комунальної власності);

– не може бути вкладом у спільну діяльність майно, яке належить до основних фондів підприємств державної власності, що не підлягають приватизації;

– укладення державним підприємством або установою договору про спільну діяльність зумовлює необхідність прийняття Кабінетом Міністрів України рішення про погодження укладення такого договору (згідно постанові Кабінету Міністрів України від 11 квітня 2012 р. № 296).

Згідно з договором управління майном державний партнер, який є установником управління, передає приватному партнеру (управителеві) на певний строк державне майно в управління, а приватний партнер зобов'язується за плату здійснювати від свого імені управління цим майном в інтересах установника управління (вигодонабувача). Даний договір належить до ППП виключно за умови передбачення інвестиційних зобов'язань приватного партнера. Однак подібні договори у «чистому» вигляді в рамках ППП не є поширеними, адже управління може не передбачати інвестицій, а тому даний тип договору ймовірніше може використовуватися як елемент змішаного договору в рамках ППП.

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

Створення спільного підприємства базується на спільному капіталі державної/комунальної та приватної власності, на спільному управлінні та на спільному розподілі результатів та ризиків. Спільне підприємство може бути створено у формі господарського товариства (наприклад, товариства з обмеженою відповідальністю, акціонерного товариства тощо) [26].

Найбільш перспективними у сфері охорони здоров'я розглядають дві форми партнерства: спільна діяльність та концесійний договір на базі існуючого центру надання медичних послуг.

Перевагою для інвестора такої форми, як спільна діяльність, є обмежена відповідальність приватного партнера головним чином за внесення інвестицій до об'єкта ППП (технічне переоснащення, ремонт, будівництво приміщень, сервісне обслуговування медичного обладнання, тощо). Недоліками такої форми можна вважати залежність інвестора від доброчесності керівництва медичного закладу (зокрема, в питаннях повернення інвестицій за рахунок прибутку), законодавчу обмеженість в наданні платних медичних послуг та неможливість для інвестора укладення прямих договорів із Національною службою здоров'я України (НСЗУ).

У разі концесії на базі існуючого центру надання медичних послуг сторонами договору є приватний партнер, місцева влада (представницький орган громади – рада) та медичний заклад (сьогодні це переважно КНП – комунальні некомерційні підприємства).

До переваг (з точки зору інвестора) цієї форми належить одержання у користування приватним партнером існуючого комунального (державного) майна, можливе залучення персоналу медичного закладу до проєкту ППП, суб'єктність у стосунках з державою (НСЗУ) та приватними споживачами медичних послуг. Громада, зрештою, отримає якісні медичні послуги та, після спливу строку договору – модернізований / відремонтований / побудований об'єкт медичної інфраструктури [53].

Недосконалість правового забезпечення ППП, засноване на законі «Про державно-приватне партнерство» [31] не дозволяє в повній мірі використати потенціал, закладений у саму конструкцію взаємовигідної співпраці органів публічної влади та приватного сектору економіки. Будь-яка правова форма, особливо в таких складних і суперечливих відносинах, що виникають між приватними та публічними суб'єктами, має базуватись на абсолютно обґрунтованій та інструментально забезпеченій концептуальній основі. Але розробка чинного Закону України «Про державно-приватне партнерство» не мала такого обґрунтування, про що свідчать доволі суттєві зміни та доповнення, що були внесені до зазначеного документа у 2015 році [30].

Так, 24 листопада 2015 року було прийнято Закон України «Про внесення змін до деяких законів України щодо усунення регуляторних бар'єрів для розвитку державно-приватного партнерства та стимулювання інвестицій в Україні» [54]. Оновлені законодавчі норми сприяють покращенню роботи механізму публічно-приватного партнерства, розширенню різних гарантій для бізнес партнерів. Розширився список суб'єктів, що є державною стороною; умови для підписання договорів ППП юридичною особою (50 відсотків статутного капіталу має бути власністю юридичних осіб, що перемогли в конкурсі). Сфери діяльності, де можливо застосування ППП, не мають обмежень. Згідно з законом тепер передбачено укладання угоди щодо керування майновою власністю, а також можливість появи спільного часткового майна на новоутворені чи куплені об'єкти, а не передачу їх державним партнерам, як було передбачено раніше [55].

Чинний Закон України «Про державно-приватне партнерство» є спробою створення універсальної моделі реалізації відносин ППП, в тому числі щодо укладання договору, процедури ініціювання проекту, проведення конкурсу тощо. Разом із тим слід констатувати, що правові аспекти реалізації відносин ППП принципово залежать від суб'єктного складу відносин, сфери застосування, виду інвестиційного проекту, реалізація якого і є об'єктом ППП тощо. Відтак, кожний окремий випадок буде суттєво відрізнятися залежно від зазначених чинників, а тому в практичному сенсі слід говорити про цілу низку окремих моделей ППП та відповідно окремих законодавчо врегульованих правових формах їх реалізації. Водночас у сфері практичної господарської діяльності ППП не стало постійним та значущим елементом господарського життя. Очевидно, що чинна правова модель ППП містить в собі певні дисфункції, що мають бути подоланими в процесі удосконалення законодавства [30].

Вітчизняний законодавець проігнорував положення про ґрунтовні вимоги до договору ППП, тобто, Закон України «Про державно-приватне партнерство» прямо передбачає, що усі питання, пов'язані із процедурою укладення та

здійснення договору визначається законом, що регулює відповідну форму здійснення публічно-приватного партнерства [56].

Однак значна кількість договорів не регульована на рівні спеціального закону, зокрема договори про спільну діяльність та управління майном знаходять своє відображення лише у Цивільному кодексі України [57] і лише в обсязі декількох статей. Що стосується договору концесії, то він дійсно регулюється спеціальним Законом України «Про концесії» [58].

Однак цей закон не працює повною мірою з тієї ж причин, що і Закон України «Про державно-приватне партнерство» – неможливості встановлення універсального механізму, що вмщував би усе різноманіття об'єктів, які надаються у концесію [30].

Таким чином, уявляється, що на рівні закону необхідно встановити вичерпний перелік усіх можливих договорів, які можуть укладатись у рамках ППП та типові договори, адаптовані до такого співробітництва. Безспірно, реалізація угоди ППП має свою особливість, оскільки вона є самостійною договірною конструкцією і є значно ширшою, ніж будь-який, з вищенаведених договорів (концесія, управління майном і т.п.) з точки зору:

- суб'єктний склад та особливості правосуб'єктності учасників;
- умов укладення, що зумовлюють публічний інтерес;
- необхідності застосування державної допомоги;
- контролю ефективності використання такої допомоги та реалізації проекту;
- відповідальність за зловживання засобами державної допомоги.

Такі договори будуть відрізнятися залежно від того, буде ця співпраця спільною інвестиційною діяльністю чи діяльністю суб'єкта господарювання, що викликатиме заінтересованість з боку публічного партнера. Тобто, реалізація ППП у різних сферах його застосування вимагає від держави різних конфігурацій застосування своїх як майнових, так і організаційно-господарських повноважень. А відтак, можна виділити ще один критерій спеціалізації, що зумовлює тип ППП та визначає:

1) коли співробітництво набуває характеру спільної інвестиційної діяльності, де центральною ланкою є реалізація майнових прав. Прикладом може бути укладання договору простого товариства, де партнери несуть спільні витрати, ризики та відповідальність, а також беруть спільну участь у веденні справ і розподілі прибутків у межах партнерства. Метою такої діяльності є реалізація суспільно важливого інвестиційного проекту. Проте така співпраця повинна супроводжуватись наданням державної допомоги, що має стати необхідною складовою ППП;

2) коли співробітництво здійснюється з метою отримання соціально-економічного ефекту, де на першому плані з'являється уявлення про співробітництво як джерела зростання суспільного добробуту, що реалізується на засадах іншої мотивації. Тут матиме місце так званий договір публічно-правового сприяння, де державна допомога виступає вже головним інструментом публічного партнера, що є його виключною прерогативою, а відтак у публічного партнера виникають організаційно-господарські зобов'язання [30].

Законодавчі акти, що регулюють відносини в межах ППП в сфері охорони здоров'я, не є досконалыми. До того додаються фінансові ризики для партнерів ППП, що пов'язано з бюджетним фінансуванням та його плануванням на поточний рік без можливості передбачити зміни на тарифи послуг в довготривалій перспективі. Таким чином в ході розробки фінансових проєктів ППП та розрахунків економічних ризиків є певна складність, що не сприяє інвестуванню в медичну сферу. Ще однією перепорою можна вважати низький рівень інформування та підготовленості адміністрації закладів сфери ОЗ [39].

Таким чином, взаємодія інститутів держави у вигляді органів державної влади та органів місцевого самоврядування, бізнесу з залученням приватного капіталу та громадянського суспільства в формі публічно-приватного партнерства – може слугувати дієвим механізмом щодо стимулювання покращення діяльності підприємств державної форми власності.

Аналіз нормативно-правової бази у сфері регулювання державою розвитку публічно-приватного партнерства в системі охорони здоров'я України дозволяє зробити висновок про наявність недоліків, що потребують вирішення та перешкоджають розширенню практики його застосування.

Юридична складова забезпечення подальшого розвитку публічно-приватного партнерства потребує удосконалення з урахуванням всіх наявних на теперішній час суперечностей у нормативно-правових актах, що наразі гальмує можливість взаємодії держави та приватного бізнесу. Вдосконалення нормативно-правового регулювання реалізації проектів ППП з залученням дієвих механізмів проектного планування та фінансування сприятиме інвестиційній привабливості для приватних вітчизняних та іноземних партнерів у сфері охорони здоров'я України.

РОЗДІЛ 2

СТАН РЕАЛІЗАЦІЇ МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1 Огляд механізмів, методів, інструментів, засобів регуляторного впливу на публічно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я

Одним із головних векторів державної політики є охорона життя і здоров'я, що конституційно закріплено та забезпечує реалізацію прав та свобод людини не тільки в Україні, а в переважній більшості країн світу. Проведення послідовної політики, метою якої є поліпшення загального стану здоров'я населення, вимагає від держави певних кроків, що спрямовані на реформування медичної галузі з розвитком ефективної системи важелів впливу, що стосуються формування нормативно-правової бази, системи ефективного адміністрування й використання ресурсів, організаційно-функціональної структури медицини з розвитком інфраструктури та можливістю міжгалузевої взаємодії.

Разом з тим, специфіка сфери охорони здоров'я полягає, з одного боку, у необхідності великих капіталовкладень у розвиток наукових основ, матеріальної інфраструктури надання медичної допомоги, підготовку висококваліфікованих кадрів, розробку і виробництво лікарських засобів, медичного обладнання та супутніх виробів, а з іншого – жодний досягнутий рівень розвитку медичної науки і практики не гарантує однозначного результату у справах лікування, створення абсолютно ефективних лікарських засобів або технологій лікування, абсолютно точної діагностики та ін. За цих умов першорядного значення у функціонуванні системи охорони здоров'я набувають чинники забезпечення економічної мотивації розв'язання завдань гуманістичного характеру (самоцінність людського життя та здоров'я, якість життя населення, забезпечення відтворення народу у наступних поколіннях та

відповідальність за їх буття) та економічного змісту (нагромадження ресурсів охорони здоров'я, пошук найбільш прийнятних з точки зору витрат та результату способів організації медичного обслуговування, профілактичної, санітарно-гігієнічної та реабілітаційної допомоги, підтримки життєвих сил у період дожиття).

В Україні за збереження певного рівня кадрового та матеріального потенціалу охорони здоров'я саме це питання є найбільш нагальним у порядку денному, оскільки негативні тенденції у демографічних процесах, посилення впливу виробничо-екологічних чинників на рівень захворюваності збільшують попит на якісні послуги з охорони здоров'я, а обсяг ресурсів на його задоволення у бюджетах всіх рівнів не є достатнім, що викликає погіршення якості життя, збільшення незадоволеності вітчизняною медициною і створює підґрунтя для соціального конфлікту у майбутньому [59].

Треба зауважити, що векторна направленість при провадженні реформування в першу чергу на надавача медичних послуг, а не на споживача, тобто пацієнта; вдосконалення форм та методів менеджменту сфери ОЗ як на рівні держави, так і регіону та конкретного населеного пункту; поступове, послідовне впровадження реформ, що є науково підкріпленим є загальними умовами для підвищення ефективності функціонування системи охорони здоров'я [60].

Враховуючи існуючий досвід розвинених країн, для розвитку та позитивного прогресу у соціальній сфері, до якої відноситься зокрема охорона здоров'я, необхідні джерела фінансування, що забезпечені не тільки надходженням державних коштів, а й за рахунок залучення приватного бізнесу, тобто втілення проєктів публічно-приватного партнерства.

Необхідно зауважити, звичні механізми, методи, інструменти державного регулювання щодо досягнення певних цілей в сфері охорони здоров'я не завжди відповідають вимогам і закономірностям економічного розвитку. Фінансове забезпечення сфери ОЗ України було гарантовано коштами держбюджету, але подальший розвиток медичної системи до сучасного рівня не

можливий без додаткових фінансових вливань. При цьому неофіційні виплати населення не можуть вважатися такими. Через це очевидно, що в сучасній ринковій економіці для взаємодії суб'єктів сфери охорони здоров'я необхідно впровадження нормативно закріплених правил та принципів, які б слугували підґрунтям для створення механізму ППП у медичній сфері [15].

Проведення державою певної послідовної політики, в т.ч. з вдосконалення законодавчого забезпечення, створення сприятливих умов для залучення інвестиційних ресурсів, формування механізмів державного регулювання сфери охорони здоров'я сприятиме успішному розвитку ППП.

Досягнення певних завдань та цілей державою можливо за умови ефективного виконання її функцій, в тому числі регуляторної, для чого застосовуються різноманітні засоби і механізми державного регулювання господарської діяльності для реалізації економічної політики, виконання програм економічного і соціального розвитку, тощо [61]. Розвиток ППП в Україні можливий лише за умов формування дієвої системи регуляторного впливу держави.

У процесі державного регулювання розвитку ППП відбувається дія суб'єкта регулювання на об'єкт шляхом застосування відповідних механізмів [62].

Основними засобами державного регуляторного впливу є державне замовлення; видання ліцензій, патентів і квот; технічне регулювання; нормування та лімітування; цінове та тарифне регулювання; надання пільг (інвестиційних, податкових та ін.) та дотацій, компенсацій, субсидій [61].

Об'єктами публічно-приватного партнерства згідно частини другої статті 7 Закону України «Про державно-приватне партнерство» є:

- 1) об'єкти державної або комунальної власності чи ті, що належать Автономній Республіці Крим (ті, що існують або відтворювані (в наслідок проведення технічного переоснащення, модернізації або реконструкції);

- 2) об'єкти, що створені або придбані в ході виконання договору, в межах публічно-приватного партнерства» [26].

Діючими суб'єктами публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я є:

- держава (виконує фінансову підтримку системи охорони здоров'я за рахунок коштів держбюджету);
- бізнес-структури (від виробництва технічного обладнання, лікарських засобів до будівництва об'єктів ОЗ, тощо);
- громадськість (функція контролю з боку громади та створення та затребуваності медичних послуг) [15].

Державним (публічним) партнером (в тому числі у вигляді кількох суб'єктів, що передбачено законодавством) в межах ППП може бути:

- для об'єктів держвласності: українська держава, представлена уповноваженим центральним органом виконавчої влади (ЦОВВ), в управлінні якого перебуває потенційний об'єкт ППП (частіше представлено МОЗ або інший ЦОВВ, яким підпорядкован заклад ОЗ);
- для об'єктів комунального власності: органи місцевого самоврядування, які уособлюють територіальну громаду [26].

В межах ППП приватний партнер отримує право від державних (публічних) партнерів на здійснення проектування, будівництва та/або реконструкції будівель закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) (або окремих приміщень), інколи подальше управління об'єктом (з правом або без права надання медичних послуг); придбання діагностичного та/або медичного обладнання, його сервісне обслуговування (з правом або без права надання медичних послуг).

Приватним партнером може бути юридична особа, крім державних та комунальних підприємств, або фізична особа – підприємець, які є головним постачальником товарів та послуг. Обираються за результатами конкурсу та забезпечують відповідно створення (будівництво), реконструкцію будівель ЗОЗ (або окремих приміщень), придбання обладнання та/або управління об'єктом (комбінація може відрізнятися залежно від моделі ППП) з обов'язковим

поверненням об'єкта ППП у державну/комунальну власність після завершення строку ППП (від 5 до 50 років)

Громадські організації у схемах ППП в системі охорони здоров'я виконують роль у [63]:

- інформують державного та бізнес партнерів щодо необхідності вирішення певних питань стосовно соціально-медичної сфери;
- сприяння приватному партнеру в вирішенні бюрократичних перепон на місцевому рівні.

Таким чином, метою публічно-приватного партнерства у медичній сфері є підвищення якості медичних послуг, забезпечення ефективного використання бюджетних коштів та функціонування з залученням ресурсного забезпечення приватних партнерів тощо. [15].

Державне регулювання розвитком ППП можливо за умов формування законодавчих механізмів, які створюють інструментарій суб'єктам владних повноважень виконувати цю функцію. За умов формування та вдосконалення нормативно-законодавчого забезпечення, створення передумов для залучення інвестицій, інфраструктурної розбудови, підготовки висококваліфікованих фахівців у сфері ППП можливий подальший розвиток ППП і реалізація проектів ППП.

Державне регулювання розвитку ППП є багатоаспектним процесом керованого впливу суб'єктів державного регулювання на об'єкти регулювання шляхом реалізації функцій регулювання, використання комплексного механізму управління (регулювання), форм, методів, засобів, інструментів, що передбачає обмеження, протекціонізм, встановлення певного балансу чи дисбалансу в межах утвердженої соціально-економічної політики для досягнення цілей суспільства та держави (економічний та соціальний розвиток, досягнення глобальної конкурентоспроможності країни, стабільність цінової політики, розвиток підприємництва, розбудова інфраструктури та соціальної сфери, розвиток регіонів, надання соціально важливих послуг, розвиток сфери ППП). Вплив державного регулювання на розвиток ППП передбачає

обов'язкове регулювання економічних процесів і сфер, які прямо чи опосередковано впливають на політику розвитку сфери ППП [62].

Одним з головних пріоритетів при реалізації проектів ППП у галузі охорони здоров'я є вирішення соціально важливих питань, тому завданням державного регулювання розвитку ППП має бути визначення мети, стратегічних цілей, засобів, механізмів та інструментарію реалізації державної економічної політики.

Регулювальна функція є однією з головних при реалізації державою економічної політики. Механізмами державного регулювання йдуть пліч-о пліч з ринковими механізмами, що ґрунтуються на економічних законах (попит і пропозиція, тощо) [64].

Соціальні орієнтири для держави при розвитку всіх сфер діяльності є вектором, який направляє регуляторний процес на збалансування публічних та приватних інтересів в межах країни. [65].

В ході реалізації проектів ППП держава є суб'єктом господарської діяльності, який співпрацює з приватним партнером. В той же час держава реалізує владні повноваження та регулює економічну діяльність. При цьому є необхідність підтримання балансу між публічними і приватними інтересами в межах здійснення ППП. Владні повноваження з одного боку засновано на обмеженнях, санкціях, з іншого на державній підтримці. Повноваження держави у регуляторній площині здійснюються через реалізацію заходів державної підтримки та стимулювання ППП. Державна підтримка може стимулювати залучення інвестора до співпраці в проекті ППП, таким чином забезпечуючи баланс державного та приватного інтересу. Також функція регулювання державою може здійснюватись за рахунок регулювання цін на товари та послуги, роботи приватного партнера на соціально значущих об'єктах, створюваних в межах ППП [66].

Держава захищає публічні та приватні інтереси через забезпечення сприятливого конкурентного середовища, свободу економічної діяльності, стимулюючи підприємницьку діяльність. Втручання держави в економічні

відносини з приватним партнером має певну ступінь та реалізується через підтримання балансу спільних інтересів, через певні регулюючі та дозвоільні функції [67].

Через регулювання державою кредитно-фінансової, інвестиційної та інфраструктурної політики, створюючи таким чином інституційне середовище створюються певні межі такого втручання державою в підприємницьку діяльність, а загальний соціально-економічний стан держави стабілізується [68]. Функції держави обумовлюють механізми державного управління, в той же час кожна функція державного регулювання повинна мати відповідний механізм її реалізації [69].

Правові, економічні, мотиваційні, політичні та організаційні елементи створюють механізм державного регулювання. Система під впливом регулювання роботи її елементів повинна діяти відповідно з необхідними характеристиками [70]. Механізми державного регулювання є процесом (у межах функціонування системи чи підсистеми) взаємодії суб'єкта з об'єктом, що врегульовує суперечності явища чи процесу в державному управлінні, послідовно реалізуючи дії, що спираються на основоположні принципи, цільову орієнтацію, функціональну діяльність із використанням відповідних їй форм і методів регулювання [71; 72].

Державне регулювання можна визначити як взаємодію між собою функціональних механізмів, які використовуючи інструменти, методи та засоби адміністративного, правового, економічного, тощо характеру, утворюють цільний комплексний механізм [73] впливу на керований об'єкт для отримання необхідного, визначеного суб'єктом управління, стану [74].

Методами державного регулювання можуть бути загальні (прямого адміністративного і непрямого регуляторного впливу з боку органів державної влади на відповідний об'єкт регулювання) та спеціальні (адміністративні, економічні, соціально-політичні, морально-етичні, науково-аналітичні тощо) [75].

Адміністративний механізм забезпечує реалізацію державного впливу на об'єкт регулювання на основі особливостей елементів суб'єктного (органи влади, інститути громадянського суспільства) та об'єктного (розвиток ППП) складу системи управління (регулювання), цільових орієнтирів, адміністративних інструментів та методів, закріплених у функціональних можливостях, організаційних структурах, а також встановлення їхнього функціонування.

Правовий механізм державного регулювання – це механізм дії встановленими конституційно-правовими нормами в державі, нормативно-правовим забезпеченням, підзаконними актами, на основі юридично забезпечених прав та визначених обов'язків суб'єктів та об'єктів регуляторної діяльності, методами правового регулювання (імперативний, диспозитивний), шляхом встановлення обов'язків, заборон та дозволів, що має на меті розв'язання певних суперечностей та проблем, реалізуючи правову можливість функціонування сфери ППП. В правовому механізмі державного регулювання поєднання публічних інституцій (органи влади, інститути громадянського суспільства) розв'язують суперечності, що виникають, долають чи випереджають суспільні проблеми, діючи в межах затверджених державою норм конституції та права. Зазначені методи регулювання побудовано на сукупності способів у праві, які держава застосовує, аби забезпечити регуляторний вплив норм права [74].

Економічний механізм є механізмом реалізації державної політики в економічній сфері (кредитно-фінансова, інвестиційна, інноваційна, податкова тощо) шляхом використання економічних методів та інструментів, що має на меті вплив держави на дію ринкового середовища задля забезпечення розвитку ППП.

Далі буде розглянуто забезпечення механізмами державного регулювання основних функцій [62].

1 Правовий механізм.

Функції механізму: Координаційна, інтеграційна, стабілізаційна, обмежувальна

Реалізація регуляторного впливу: Забезпечення встановленого порядку відносин, руху до цінностей, що існують, задоволення інтересів суб'єктів за рахунок засобів (норм, зобов'язань, рішень правових актів), способів (дозволів, примусів, заборон) та форм (виконання, додержання, використання).

2 Економічний механізм.

Функції механізму: Стимулювальна, забезпечувальна, планувальна, мотиваційна.

Реалізація регуляторного впливу: Реалізація необхідного впливу на економічні відносини та процеси за рахунок засобів (податкові, монетарні, фінансові), способів (адаптаційні, антикризові, інноваційні), форм (бюджетування, лімітування, замовлення, субвенції), інструментів (планування, стимулювання, страхування, інвестування, стандартизація)

3 Організаційний механізм.

Функції механізму: Організаційна, координаційна, мотиваційна, контрольна, планувальна

Реалізація регуляторного впливу: Формування взаємозалежної та взаємозумовленої системи керованого функціонування окремих елементів (структур) для досягнення встановлених цілей та запланованих результатів шляхом використання засобів (вплив, розпорядження, ідеологія, психологія, влада, стимулювання), форм (узгодження, приписи, регламентування), інструментів (правила, нормативи, стандарти, структурування, підпорядкування)

4 Адміністративний механізм.

Функції механізму: Контрольна, корегувальна, мотиваційна, розпоряджувальна.

Реалізація регуляторного впливу: Забезпечення впливу суб'єкта регулювання на об'єкт за рахунок встановлення повноважень, підпорядкованості, особливостей суб'єктного складу, цілей шляхом застосування форм (накази, розпорядження, вимоги, приписи, рекомендації),

засобів (правові, економічні, організаційні, примусові) та інструментів (сертифікація, стандартизація, регламентація, інструктування, аудит).

5 Інформаційний механізм.

Функції механізму: Комунікаційна, контрольна, аналітична, дослідна.

Реалізація регуляторного впливу: Забезпечення взаємодії суб'єктів та об'єктів, досягнення дієвості комунікативного обміну, реалізація відкритості, інформаційного наповнення, науково-аналітичне базування прийняття управлінських рішень, що досягається засобами (надання електронних державних послуг, оприлюднення інформації на сайтах органів державної влади), формами (повідомлення, оприлюднення, статистична інформація, аналітика, бази даних) та інструментами (електронне врядування, державний маркетинг, соціологічні дослідження, анкетування).

Процес державного регулювання розвитку ППП з урахуванням стратегічного планування та впровадження інвестиційної, бюджетної, податкової, кредитної; регіональної, інфраструктурної, конкурентної, соціальної політик створить передумови для формування середовища, в якому впровадження ППП може розглядатися як перспективний інструмент розвитку як економічної сфери, так і такої соціально значущої, як сфера охорони здоров'я.

Ефективний розвиток ППП можливий за умов вдосконалення всіх складових в межах комплексного механізму регулювання, таких як організаційного-правового, організаційно-адміністративного, організаційно-економічного тощо, керуючись встановленими принципами, загальною метою та цілями.

2.2 Механізми реалізації публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я.

Система охорони здоров'я являє собою одну з ключових сфер соціального розвитку та внаслідок впливу різноманітних факторів знаходиться в постійній адаптації до змін. Економічний стан країн на пряму залежить від стану здоров'я населення, що є трудовим ресурсом. Ані дефіцитний у фінансуванні державний сектор, ані окремо приватний не можуть забезпечити вирішення соціальних питань в медичній сфері, де є необхідність у вдосконаленні матеріально-технічної бази з використанням сучасних методів діагностики та лікування та постійного підвищення кваліфікації персоналу, розбудови інфраструктури. Все це відбувається на тлі демографічної кризи в країні, зростання відсотка хронічних хвороб [77; 62]. Таким чином для досягнення більш високих результатів у сфері охорони здоров'я держава намагається винайти способи більш економічного використання бюджету, в т.ч. за рахунок залучення фінансових ресурсів приватного сектору [78; 62].

Таким чином у вигляді нової моделі забезпечення послугами у сфері ОЗ є механізм ППП. Є досвід застосування подібних моделей вже декілька десятиліть для впровадження програм ОЗ в країнах різного економічного розвитку [79]. Державні органи традиційно переймаються питаннями соціального характеру та розвитку охорони здоров'я, використовуючи ресурси некомерційних організацій, а приватний сектор перш за все прагне винайти фінансову вигоду з малими ризиками [80].

Головний засіб покращення ефективності існування власності держави - посилення публічно-приватного партнерства, потенціалом якого є підвищення результатів на тлі залучення додаткових інвестицій, об'єднання ресурсів і потенціалів державного і приватного секторів, а також розподіленням та мінімізуванням ризиків [63].

Підтримання успішного ППП можливе за наявності таких важливих факторів: надійність, технологічний потенціал, компетентність, гнучкість зосередженість на пацієнтах [81].

Важливим показником є поліпшення якості послуг та їх ефективності, що може бути забезпечено за умов партнерства державного і приватного секторів у сфері охорони здоров'я.

Для оцінювання ефективності ППП як засобу поліпшення здоров'я в усьому світі Д. Барр запропонував звертати увагу на такі параметри, як зв'язок між державним і приватним секторами; характер партнерства між учасниками; фінансові механізми проекту ППП; політику уряду, прийняту з метою сприяння партнерським зусиллям; ідентифікацію та кількісне оцінювання результатів ППП; оцінювання питань справедливості; визначення потенційної слабкості аналізу [77].

Укладання угоди в межах ППП, що регулює партнерські відносини між публічним та бізнес партнером, здійснює відповідний уповноважений орган місцевої влади у порядку, передбаченому чинним законодавством [82]. Державний і приватний партнери є суб'єктами фінансово-правової моделі публічно-приватного партнерства [83] [15].

Структурні елементи механізму реалізації публічно-приватного партнерства є предметом вивчення різними організаціями в зарубіжній практиці. Згідно з довідковим посібником з публічно-приватного партнерства (PublicPrivate Partnerships Reference Guide, 2012) та посібником з управління проектами ППП «Як підготувати, підписати і реалізувати проекти ППП» (The Guide to Guidance How to Prepare, Procure and Deliver PPP Projects, 2011) є п'ять послідовних етапів, що створюють структуру механізму взаємодії в межах ППП [84, с. 78; 85]:

- 1 Ініціація і первинний відбір проекту.
- 2 Оцінка та структурування проекту.
- 3 Проектування угоди публічно-приватного партнерства.
- 4 Конкурсні процедури і підписання угод ППП.

5 Управління реалізацією угоди про публічно-приватне партнерство (моніторинг реалізації ППП).

Використання проєктів ППП в сфері охорони здоров'я можливо як для інфраструктурної розбудови, так і для забезпечення певною послугою [86].

В залежності від типу проєктів ППП способи залучення приватного партнера варіюються. Варіанти проєкта [26]:

Інфраструктурний проєкт передбачає надання немедичних послуг бізнесом, наприклад на інвестиційній фазі проєктування це є: будівництво або реконструкція, модернізація, фінансування; а на експлуатаційному етапі це: утримання, експлуатація, управління, капітальний та поточний ремонт, надання немедичних послуг (клінінгових, готельних, послуг харчування, паркінг тощо).

Інтегровані медичні проєкти делегування приватним партнерам надання медичних (спеціалізованих/високоспеціалізованих) або діагностичних послуг, рівень медичної освіти, забезпечення обладнанням та його сервісне обслуговування.

Комбіновані моделі поєднують як інфраструктурний, так і медичний напрями.

Таким чином, необхідно зазначити, що держава не має можливостей щодо надання якісних послуг у сфері охорони здоров'я, щоб дійсно задовольнити сучасні потреби суспільства. Для формування збалансованих соціальних відносин наразі є об'єктивна потреба в взаємодії публічної сторони у вигляді держави та приватної. Форми такої взаємодії на досвіді інших країн можуть різнитися.

При реалізації проєктів в сфері охорони здоров'я особливо важливого значення набуває належна система менеджменту, чинна нормативно-правова база, баланс між ціною та якістю, стабільність державної політики щодо регулювання та впровадження дій, що мінімізують вплив корупційних чинників. За умов створення державою підґрунтя у вигляді певних гарантій та стимулів для участі інвесторів у відповідних проєктах можливим буде розвиток інноваційних форм проєктного менеджменту, стимулювання підприємницької

діяльності, що неодмінно сприятиме вирішенню медико-соціальних проблем у країні. Необхідно також відмітити економічний ефект для суспільства при застосуванні моделей ППП у сфері охорони здоров'я, який буде виявлятися з одного боку в отриманні більш якісних медичних послуг для населення, з іншого в зменшенні бюджетного навантаження.

РОЗДІЛ 3

ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ РЕАЛІЗАЦІЇ ПУБЛІЧНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1 Практичні аспекти публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я в Україні

За останні в Україні десятиріччя було сформоване нормативно-правове поле у формі законів, нормативно-правових актів та постанов, що регулюють реалізацію проектів ППП, та таким чином створюють підґрунтя для підписання договорів на умовах ППП в різних сферах діяльності.

Окрім основних законів, що регулюють відносини ППП, таких як Закони України «Про державно-приватне партнерство», «Про управління об'єктами державної власності», «Про угоди про розподіл продукції», «Про фінансовий лізинг», підписаний 03.10.2019 Закон України «Про концесії» дозволив дати поштовх для впровадження проектів ППП на умовах концесії, з метою модернізації інфраструктури та підвищення якості суспільно значущих послуг, тобто спрямованих на забезпечення суспільних інтересів і потреб, які зазвичай повинні забезпечувати органи державної влади, органи місцевого самоврядування або державні, комунальні підприємства, установи, організації, господарські товариства на господарську діяльність яких вирішальний вплив справляє держава, територіальна громада або Автономна Республіка Крим [58]. Він визначає концесію не просто як договір, а як форму публічно-приватного партнерства, при якій держава передає інвестору право на: створення і / або будівництво (нове будівництво, реконструкцію, реставрацію, капітальний ремонт і технічне переоснащення); і/або управління (користування, експлуатацію, технічне обслуговування) об'єктом (об'єктами) концесії; і / або надання суспільно значущих послуг [58]. Державна політика підтримки ППП в Україні спрямована, перш за все, на інституціональний підхід щодо вирішення

цього питання. З метою активізувати розвиток ППП в Україні при Міністерстві інфраструктури України за підтримки Фонду “Western NIS Enterprise Fund” (“WNISEF”) (США) у 2016 р. створений Проектний офіс з розвитку державно-приватного партнерства, основною метою якого є запуск механізму цього виду партнерства в Україні [89].

13 березня 2019 р. почала роботу Агенції з питань публічно-приватного партнерства [90], робота якої буде направлена на підготовку до реалізації в Україні інвестиційно-привабливих проектів ППП у різних сферах економіки, а також організація заходів, направлених на підвищення інституційної спроможності органів місцевого самоврядування у сфері ППП [91].

У жовтні 2019 року Міжнародна фінансова корпорація (IFC), що є підрозділом Групи Світового банку, та Уряд України підписали меморандум про взаєморозуміння щодо визначення ключових секторів для спільної реалізації проектів на основі державно-приватного партнерства. Для кращого залучення приватних інвестицій та прискорення економічного зростання країни, крім морської інфраструктури, IFC аналізує можливості реалізації ППП в автодорожньому, залізничному, енергетичному секторах, а також у секторі охорони здоров'я [92].

За даними офіційного сайту Міністерства економіки України згідно даних центральних та місцевих органів виконавчої влади в Україні станом на 01.01.2021 на умовах ППП укладено 192 договори, з яких реалізується 39 договорів (29 – концесійних договорів, 6 – договорів про спільну діяльність, 4 – інші договори), серед них у сфері охорони здоров'я лише 2; 153 договорів не реалізується (118 – не виконується, 35 – розірвані/закінчився термін дії) [93; 94].

Ретроспективно ППП в 2018-2020 рр. в Україні концентрувалося у таких сферах: збір, очищення та розподілення води (33-40%), виробництво, постачання, транспортування та розподілення природного газу (15-21%), інфраструктура (8-11%), виробництво, розподілення та постачання електроенергії (6–8 %). Швидко зростає ППП у сфері туризму, відпочинку,

рекреації, культури та спорту (з 2 до 13 %). У кожному регіоні є особливості та рівні передумови для розвитку ППП. Зокрема, у Харківській області актуальні проекти ППП з будівництва дошкільних установ [95], у Одеській та Миколаївській – морські порти [96].

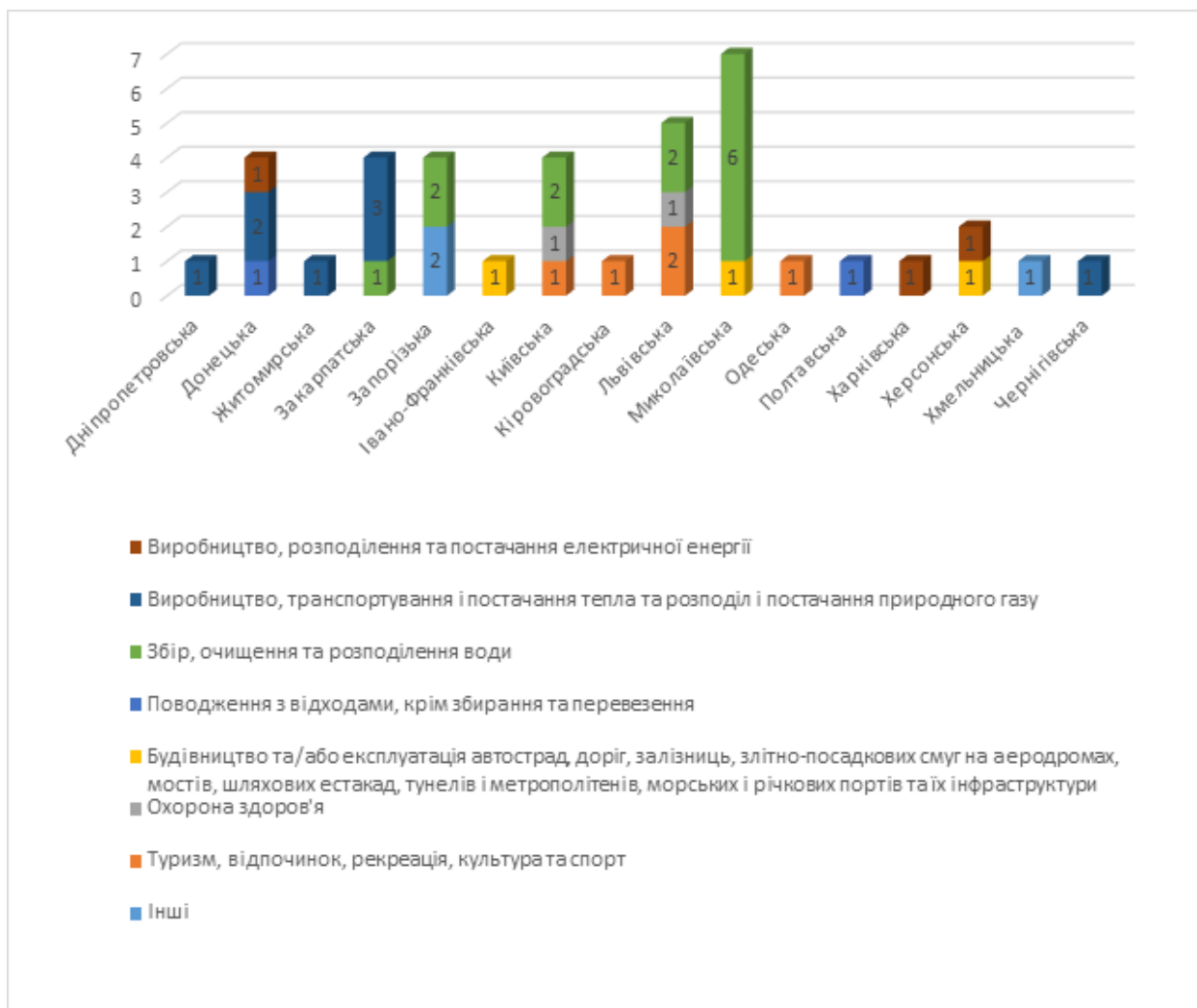


Рис. 1 Стан здійснення ДПП в Україні [93].

Серед затвердженого українським урядом переліку пріоритетних інвестиційних проектів на 2020– 2023 роки 40 % є масштабними проектами в транспортному секторі (серед найбільш очікуваних угод – проекти у секторах повітряного та залізничного транспорту, автотранспорту та морських портів) та інфраструктурі [97].

Прикладом вдалих проектів ППП були такі, що реалізовані в процесі підготовки і проведення Євро2012, переважна частина їх стосувалася розбудови та модернізації спортивної і транспортної інфраструктури. Зокрема, у Харківській області від приватних партнерів залучено \$ 288,9 млн в межах договору ППП для реконструкції стадіону «Металіст» та інших об'єктів ФК «Металіст» (30 % приватних інвестицій холдингу DCH), реконструкції терміналів та благоустрою Міжнародного аеропорту «Харків» (проект ППП з часткою приватного партнера – холдингу DCH близько 50 %), розбудови Дитячо-юнацької футбольної академії, сучасної спортивної бази для прийому учасників чемпіонату та вболівальників, будівництва готелів. Іншими прикладами успішної реалізації проектів ППП у регіонах України при підготовці до Євро-2012 можна вважати будівництво терміналу в аеропорту «Жуляни» (Київська обл.), реконструкцію парку імені Юрія Гагаріна (м. Сімферополь), Ставчанського навчально-виховного комплексу (с. Ставчани, Львівська обл.) та ін. [98].

У сфері охорони здоров'я в Україні на сьогодні можна виділити проекти, які позиціонуються як приклади ППП, однак не є такими за своєю природою і були реалізовані поза вимогами Закону «Про ДПП»:

1. Український центр томотерапії на базі Кіровоградського обласного онкологічного диспансеру (внесок публічного партнера – площа центру 1000 кв. м., внесок приватного партнера – високоспеціалізоване обладнання, в т.ч. лінійний прискорювач, та безкоштовне лікування 50 пацієнтів на рік);

2. Сумський обласний центр служби крові (створення спільного підприємства – 25 % участі ОМС та 75 % участі приватного інвестора ТОВ «Біофарма»; вигода приватного інвестора полягає в отриманні доступу до придбання компонентів крові, які ТОВ «Біофарма» використовує за своєю основною діяльністю для виготовлення препаратів крові);

3. Клінічний науково-методичний центр рентген-ендоваскулярної медицини на базі університетської клініки Одеського національного медичного

університету (внесок приватного партнера – високоспеціалізоване обладнання, в т.ч. ангіограф);

4. Центр медичних інновацій Novo на базі Львівської комунальної міської дитячої клінічної лікарні (внесок приватного партнера – ремонт приміщення та високоспеціалізоване обладнання) [26].

Досвід втілення PPP в системі охорони здоров'я України вкрай обмежений. За даними Програми розвитку державно-приватного партнерства України, у секторальному огляді «Потреби державного сектора в медичній сфері» 2015 р., Андрій Гук, Голова правління ГО «Ініціативи в громадській охороні здоров'я» наводить приклад міжнародного благодійного фонду «Україна 3000». Який з 2005 р., співпрацює з 26 лікарнями країни, по 1 з кожної області, закупаючи обладнання спільно з іноземними компаніями. Одним з резонансних проектів фонду, за його словами, стала «Дитяча лікарня майбутнього». Але через політичну складову цей проект так і не був втілений в життя [99; 100].

Наступний проект – «Центр медичних інновацій NOVO» м. Львів, на базі Львівської міської дитячої клінічної лікарні. Центр NOVO є недержавною неприбутковою установою. Це перший в Україні медичний заклад такого рівня, який працюватиме за цим принципом. Варто зазначити, що робота багатьох медичних закладів США, Канади та країн Європи організована саме так. Обладнання, встановлене у Центрі, навіть через 10 років експлуатації вважатиметься надсучасним [101; 102].

Інший приклад клініки «Оберіг» з Національним медичним університетом імені О.О. Богомольця, НМАПО ім. П.Л. Шупика. За угодою, укладеною між цими закладами, на базі клініки, де існує сучасна навчальна база для підготовки фахівців і підвищення їх кваліфікації, спільними зусиллями проводиться навчання керівників лікувальних закладів, їх знайомство з новими технологіями, спрямованими на поліпшення якості медичних послуг, забезпечення безпеки пацієнта, із основами сучасного менеджменту та

маркетингу в охороні здоров'я. Також викладачі навчають курсантів нових підходів у діагностиці, лікуванні та профілактиці різних хвороб [103].

Цікавим з огляду на елементи ППП є ще один проект клініки «Оберіг», НМАПО імені П.Л. Шупика та фірми «Карл Шторц» – сумісно організований міжнародний тренінговий центр «Ендофорс» для фахівців хірургічного профілю, які хочуть оволодіти методикою ендоскопічних, лапароскопічних втручань і отримують унікальну нагоду навчатися цього на сучасних маніпуляторах [103].

В рамках співробітництва між Програмою розвитку публічно приватного партнерства АМР США (P3DP USAID) та ГО «Ініціативи у громадській охороні здоров'я» у 2013 році було підготовлено техніко-економічне обґрунтування першого в Україні пілотного проекту дійсно державно-приватного партнерства на базі комунального закладу «Міська клінічна лікарні №3» (КЗМЛ №3). Суть проекту – здійснення співробітництва між органом місцевого самоврядування м. Запоріжжя та приватним партнером, що буде обраний в результаті конкурсу, шляхом підвищення якості та доступності існуючих медичних послуг. Приватний партнер отримує право здійснювати спільну діяльність без об'єднання вкладів протягом 25 років. КЗМЛ № 3 залишається у власності міста. Приватний партнер бере на себе обов'язки по інвестуванню у реконструкцію та переоснащення КЗМЛ №3. В свою чергу, приватний партнер надаватиме медичні та сервісні послуги, що доповнить вже існуючі в КЗМЛ №3. Контроль за реалізацією заходів, передбачених проектом, здійснюватиме виконавчий орган Запорізької міської ради. Але через політичну ситуацію і у зв'язку із зміною влади у м. Запоріжжі проект не був реалізованим до кінця, наразі міською радою планується проведення конкурсу для пошуку приватного партнера [87, с. 333].

Перспективна ідея ППП зароджувалася декілька років тому в Києві. Планувалось об'єднати чотири міські лікарні та побудувати один новий сучасний медзаклад. Приватний партнер у цьому випадку відповідав би за проєктування, будівництво, оснащення, поточну експлуатацію та потенційно-

клінічні послуги закладу. Було навіть укладено угоду між КМДА та ІФС щодо ППП в столиці України. Зокрема, ІФС мала допомогти КМДА структурувати та провести тендер на реалізацію ППП в медицині. За такою схемою територія колишнього заводу «Більшовик» могла бути застосована як можлива ділянка для будівництва нової мультипрофільної клініки на умовах ППП [104; 26].

ДПП у сфері охорони здоров'я розвивається, але вкрай повільно. За даними Державного реєстру інвестиційних проєктів, нині в процесі реалізації перебувають наступні інвестиційні проєкти у сфері охорони здоров'я (переважно за рахунок державної підтримки у формі бюджетного фінансування):

- будівництво лікувально-діагностичного комплексу НДСЛ «Охматдит»;
- реконструкція і розширення Національного інституту раку;
- реконструкція рентгенорадіологічного відділення ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМНУ»;
- створення клінічної бази для хірургічного лікування очної патології (м. Одеса);
- створення Національного науково-практичного центру нейротравми і нейрореабілітації у складі ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМНУ»;
- завершення реконструкції та технічного переоснащення будівель ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім.Ф.Г. Яновського НАМНУ»;
- будівництво лікувально-реабілітаційного корпусу ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова НАМНУ»;
- удосконалення профілактики, діагностики, хірургічного лікування офтальмологічної патології у дорослого населення на основі впровадження інноваційних технологій (відання Державного управління справами) [105].

В Україні створено окремі прецеденти налагодження публічно-приватного партнерства у сфері ОЗ: 2 договори ППП серед 39, що реалізуються на сьогодні в Україні.

Одним з таких є створений у Київській обл. «Діагностичний центр». Договір ППП на 49 років укладений між ТОВ «СканДіагностика» та Бориспільською районною радою. ТОВ отримало право на будівництво на території центральної лікарні діагностичного центру з кабінетом комп'ютерної томографії, клініко-діагностичною лабораторією, відділенням гемодіалізу.

Іншим прикладом є договір про спільну діяльність місцевої громади та приватного інвестора у м. Трускавець. Він передбачає утворення Центру малоінвазивної хірургії. Договір на 25 років укладений між ТОВ «Медичний центр «Консиліум» та Трускавецькою міською радою. Приватний інвестор отримав право на управління, капітальний ремонт, реконструкцію приміщень міської лікарні та придбання обладнання для Центру малоінвазивної хірургії. А також отримав право надавати медичні послуги: діагностика, реабілітація, проведення малоінвазивних операцій тощо [106; 107].

Серед останніх урядових ініціатив у напрямі медичного ППП можна зазначити розпорядження Кабінету Міністрів від 16 грудня 2020 року № 1581-р «Про затвердження переліку пріоритетних для держави інвестиційних проєктів до 2023 року» [108], де було визначено й потенційні об'єкти для впровадження ППП в охороні здоров'я:

- будівництво сучасної лікарні загального профілю на базі Клінічної лікарні швидкої медичної допомоги у Львові;
- будівництво корпусу невідкладних станів Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М. В. Скліфософського;
- створення радіологічного центру при Національному інституті раку в Києві [104].

Впровадження механізму публічно-приватного партнерства може торкнутися майже всіх напрямів медицини: надання медичних послуг та досліджень. Важливим є можливість використання проєктів для надання допоміжних послуг [109], наприклад, сервісне обслуговування техніки, налагодження процесів адміністрування в закладах, забезпечення електронними системами обліку, тощо. Зміна форми власності та профілю, продаж чи

приватизація об'єктів охорони здоров'я не є допустимою згідно з чинним законодавством. ППП може надати поштовх для подальшої розбудови фінансово та організаційно привабливої системи охорони здоров'я, що забезпечить високий рівень надання медичних послуг населенню. Таким чином, можна сказати, що завдяки впровадженню ППП країна і сфера охорони здоров'я може отримати шанс на реальний розвиток і ефективно запровадження реформ [110].

Розвиток ефективних інститутів взаємодії держави і бізнесу веде до поділу повноважень на право власності засобів виробництва і виступає сьогодні одним з найважливіших умов формування ефективної економічної політики, підвищення інвестиційної та інноваційної активності, зростання конкурентоспроможності країни, а також розвитку виробничої і соціальної інфраструктури [87].

Завдяки впровадженій адміністративній реформі в Україні, вдосконаленню системи державного управління в умовах децентралізації влади, реформуванню системи охорони здоров'я, за умов подальшого вдосконалення нормативно-правової бази можлива успішна реалізація перспективних інвестиційних проєктів на умовах публічно-приватного партнерства в тому числі в такій сфері суспільних відносин, як охорона здоров'я.

3.2 Ризики проєктів публічно-приватного партнерства

Сучасний стан вітчизняної економіки вимагає залучення значних коштів для реалізації необхідних проєктів, особливо в соціально важливих сферах, таких як охорона здоров'я. Більшість проєктів, які мають публічне значення, фінансувалися з державного бюджету та за рахунок коштів органів місцевого самоврядування. Можливості зазначеного способу інвестування завжди були обмеженими в силу різних причин. Уряди багатьох країн світу в тій чи іншій мірі зіштовхувалися з подібними проблемами, і в процесі пошуку засобів для

реалізації суспільно важливих проектів виробилися певні підходи взаємодії влади та бізнесу, тобто впроваджуються принципи Public-Private Partnership (PPP) – публічно-приватного партнерства. Україна теж намагається застосовувати загальносвітові тенденції позитивного досвіду партнерства між державою та суб'єктами підприємницької діяльності [111].

В ході III Міжнародного інвестиційного Саміту DID «Державно-приватне партнерство в контексті нової економічної політики України» (2010р. м. Донецьк) було окреслено основні принципи PPP такі, як: пріоритетність інтересів держави, тобто держава є замовником соціального проекту і визначає основні правила партнерства з приватним інвестором; ефективний розподіл ризиків між сторонами, тобто ризик передається тій стороні, яка може ефективніше ним управляти; політична підтримка держави, яка є основою для вирішення всіх спірних питань при виконанні проектів PPP; принцип прозорості, тобто суспільство має вільний доступ до інформації про діяльність партнерів, загальні зусилля яких спрямовані на задоволення соціальних потреб; рівноправний характер відносин між сторонами [112, с.40]. На думку К.В. Павлюк необхідно доповнити ці принципи наступними: гарантованість джерел ресурсів партнерів; економічна паритетність, тобто спрямованість ресурсів для реалізації проектів PPP, якими забезпечується найбільший результат економічного чи соціального характеру; відповідальність суб'єктів PPP при дотриманні принципів договору партнерства та забезпечення визначених цілей; принцип повноти розкриття інформаційних даних про втілення і результати втілення PPP [113;26].

Але не зважаючи на намагання ефективно розподілити ризики між сторонами, слід зазначити, що реалізація проектів PPP у сфері охорони здоров'я є досить ризикованою. Успішне завершення та передбачувана ефективність проектів не завжди можлива через певні проблеми, серед яких можна виділити конфлікт інтересів; корупція; питання, що стосуються підзвітності; відсутність чітких ролей і обов'язків партнерів; недостатній моніторинг ефективності; недостатній контроль вибору партнерів; відсутність

прозорості у процесах прийняття рішень [114]. Потенціал моделей ППП значний: в процесі розбудови медичної інфраструктури якість надаваних послуг у сфері охорони здоров'я покращується з розширенням доступу населення до широкого асортименту медичних послуг [115].

Ринкове середовище, в якому реалізуються проекти на основі ППП, характеризується невизначеністю та ризиками [111].

При ефективному і правильному управлінні проекти державно-приватного партнерства у можуть бути успішними та можуть привести до швидкої реалізації проекту, а також, зниження витрат. Проекти публічно-приватного партнерства включають в себе різні структури управління проектами. Отже, необхідно систематично збирати, оцінювати і визначати ризики, пов'язані з цими проектами, і досліджувати пов'язану з ними динаміку. Ймовірність виникнення ризику, часто впливає і залежить від того, як розподіляються ризики. Оптимальне розподілення ризику (для сторони, яка найкраще може контролювати його виникнення та наслідки), зменшує ймовірність виникнення ризику, даючи стороні стимул запобігти його виникненню. Ця сторона також, мабуть, зможе отримати найкращий доступ до інформації про ймовірність реалізації ризику [116; 117].

У складних економічних реаліях питання визначення ризиків досить важливе, адже управління ризиками є складовою частиною управління проектом в цілому. Проблема підходів до ризиків проектів публічно-приватного партнерства має декілька підходів [111].

М. Сміт поділяє ризики ППП на: фінансовий; операційний; політичний; ризик недофінансування; ризик невиконання в терміни; ризик неефективності експлуатації; ризик розірвання угоди; ризик недоотримання прибутків; ризик незавершення будівництва; ризик неготовності об'єктів до експлуатації; ризик відсутності чи падіння попиту [118].

Для приватного партнера ризики, що виникають в процесі реалізації проектів ППП можуть бути пов'язані: з роботою державних органів влади; з

участю держави як партнера; з протестами населення, суспільних та міжнародних організацій або бізнес-ризиками [119].

Основна мета аналізу ризиків – дати можливість особам, які приймають рішення та знаходяться у процесі прийняття рішень зрозуміти природу і ступінь невизначеності, пов'язаної з деякими змінними. Ризик також, може з'явитися в ході проекту немає ніякої гарантії, що це станеться. За допомогою аналізу ризиків консорціями приватних сторін можуть проаналізувати різні ризики, що переважають в проекті, а потім розробити стратегію зниження ризиків для управління ними.

Є дві особливості, що характеризують ризик:

- імовірність (шанс), за якою вони відбудуться;
- їх кінцевий вплив на проект, якщо вони все-таки реалізуються [116].

Точна оцінка цих двох аспектів дозволить приватному партнеру розробити відповідний план дій. [117]

Згідно до Постанови Кабінету Міністрів України “Про затвердження Методики виявлення ризиків, пов'язаних з державно-приватним партнерством, їх оцінки та визначення форми управління ними” [120] ризики поділяються на такі, що: пов'язані з впливом зовнішніх обставин, що не залежать від волі партнерів; політичні; пов'язані з невиконанням партнерами умов договору; комерційні; фінансові; екологічні. [111]

Ризик є об'єктивним явищем, природа якого обумовлена неоднозначністю подій майбутнього [121].

В процесі перед проєктного етапу необхідно проводити ідентифікацію та аналіз ризиків, розстановку ризиків за пріоритетом [111].

Ймовірність виникнення ризику та подальший його вплив використовуються разом для встановлення пріоритетності стосовно інших ризиків для проекту. Це співвідношення ймовірності та впливу може бути відображено як функція одне одного та встановлено таблицю пріоритетів ризиків. Ризики, які мають високі шанси виникнути, і їх потенційний вплив на проект однаково високі, розглядаються як пріоритетні.

Оскільки ризики мають пріоритет, існує потреба в певній формі оцінки, де два фактори, що характеризують ризик, можуть бути належним чином оцінені. Ці оцінки можуть бути якісними, кількісними або десь посередині, а обсяг доступної інформації, часу та необхідність оцінки визначають тип оцінки, яку слід використовувати. За класифікацією оцінки ризику поділяються на: якісний (вірогідність і вплив оцінюються суб'єктивно), напівквантивний (ймовірність оцінюється суб'єктивно, але вплив оцінюється об'єктивно), кількісний (ймовірність і вплив оцінюються об'єктивно).

Приватні партнери в основному беруть участь у ППП для отримання прибутку. Отже, вплив ризику на проект – це те, що відбувається з віддачою від цього проекту. Отже, грошові одиниці в кінцевому рахунку використовуються для оцінки впливу ризиків [122].

Існує декілька стратегій для оцінки ризику, які можуть бути використані партнерами:

1 Оцінка кожного ризику.

Ця стратегія вимагає оцінки кожного ризику, пов'язаного з проектом, також враховуються відповідні витрати та наслідки затримки часу. Якщо ймовірність виникнення ризику є відносно високою або якщо було встановлено, що ризик неодмінно здійсниться, то, безпечніше оцінити його повний вплив на проект. Ефективність цієї стратегії залежить від старанності оцінювачів ризиків і вимагає значної кількості часу та досвіду для її здійснення. Однак, кінцевий результат цієї роботи є надзвичайно цінним для тих, хто приймає рішення і може дуже легко забезпечити конкурентну перевагу учаснику партнерства. Ця стратегія особливо актуальна для субпідрядників, які можуть зіткнутися з меншою кількістю ризиків, але з більшим впливом. Коли ризиків мало, можна також детально оцінити їх вплив. Ця стратегія базується на думці, що не всі ризики проявлятимуться протягом життєвого циклу проекту, і що сума, призначена для покриття ризиків, які врешті-решт матеріалізуються буде достатньою. Однак, встановлення правильного балансу між збитками, що виникають на проектах з багатьма ризиками, проти тих

проектів, які приносять прибуток через меншу кількість ризиків є складним завданням. Деякі партнери захищаються від ризику, вводючи надмірний буфер для ризиків, щоб захистити від збитків. Також слід зазначити, що потрібно бути обережним при використанні механізму хеджування, оскільки додаткові витрати понесені на хеджування, цілком можуть зробити пропозицію неконкурентоспроможною. Деякі партнери, бажаючи бути конкурентоспроможними, вводять мізерний буфер для ризиків, але це потенційно може піддавати проект збиткам, спричиненим витратами на реалізацію ризиків. Різні організації приймають різну політику в цьому відношенні, і для організацій, які беруть участь у проектах ППП, ризики численні і оцінка ризиків цілком може стати інструментом, що виграє. Ці організації усвідомлюють, що неможливо оцінити кожен ризик і вирішують зосередитись на ключових ризиках, які можуть вплинути на проект. Ключові ризики оцінюються відповідно до їх вірогідності виникнення та подальшого впливу на проект та класифікуються на різні категорії ймовірності та впливу.

2 Бенчмаркінг.

Інша форма оцінки ризику передбачає використання шаблону. Цей метод в основному використовують партнери, що мають великий досвід та доступні для них дані. Встановлюється шаблон або еталон, за яким оцінюються ризики. Шаблон використовується як відправна точка для оцінки ризиків. Коли оцінюється поточний проект, його ризики порівнюються із шаблоном, щоб побачити, як їх профіль відхиляється від шаблону. Однак, інформація на основі якої розробляється шаблон повинна бути відома користувачам, щоб дати їм можливість враховувати специфіку окремих проектів.

3 Винесення рішення при оцінці ризику.

Існує достатня ступінь суб'єктивності в оцінці ризику та прогнозуванні результатів, їх ймовірність часто робиться на основі інтуїції, що ґрунтується на попереднім досвіді. Такі рішення приймаються на колективному форумі, в якому беруть участь ключові члени, які мають відповідний досвід. На вирішення цих ризиків значною мірою впливають комерційні фактори, що

впливають на проект і те, що важливо керівництву організації. Досвід отриманий з попередніх проектів, відіграє важливу роль у впливі на те, як керівництво визначає ризики та як вони оцінюють їх. Керівництво іноді готове нести збитки в одному проекті, сподіваючись, що ці збитки компенсуються прибутками в іншому проекті, де ефективність ризиків визначена.

4 Оцінка реактивного ризику.

Цей метод оцінки застосовується, коли партнерам зручно чекати появи ризиків, після чого вони оцінюються та управляються ними. Проекти ППП за своєю суттю, як правило, дуже великі та складні і неможливо визначити кожен ризик для проекту. Цей метод оцінки в будь-якому випадку трапляється у проектах ППП та відбувається боротьба з ризиками, які раніше не були визначені.

5 Проактивна оцінка ризику.

Цей метод оцінки передбачає, що всі потенційні ризики визначаються проактивно і ніщо не залишається на волю випадку, наскільки це можливо. Ризики визначаються заздалегідь, а також попередньо розробляються стратегії зменшення ризику, застосовні до цих ризиків. Фінансисти схем ППП часто застосовують активний підхід, тим більше, що ця форма закупівель базується на нерекурентному фінансуванні. Вони завжди ставлять під сумнів питання, які можуть перешкоджати прогресу проекту. Також, завжди хочуть бути впевненими, що проект буде виконаний вчасно і в межах бюджету та проект ППП принесе достатній дохід для погашення позик [122]. Однак важливо, щоб під час оцінки ризиків дотримуватися рівноваги при проактивній оцінці ризиків через обмеження в часі. Таким чином, ретельність оцінки ризику повинна бути порівняна з витратами та часом, доступним для проведення цієї роботи. Партнерам потрібно визначитися з глибиною проведення оцінки, оскільки деякі ризики настільки основними, що з ними стикаються несвідомо, щоб цінні знання не використовувалися неправильно при вирішенні цих питань. Намагаючись оптимізувати витрати та час, витрачений на оцінку ризиків, керівництво може призначати оцінку різних ризиків різному персоналу, де,

наприклад, старший персонал може боротися з високими ризиками, тоді як молодші мають повноваження вирішувати рутинні та незначні проблеми. Потім різні заходи можна об'єднати для узгодження.

6 Аналіз чутливості.

Цей метод забезпечує оцінку сукупного впливу ризиків на цілі проекту. Незалежно від того, яким чином оцінюється ризик, слід проводити аналіз чутливості для виявлення тих ризиків, які найбільше вплинуть на цілі проекту. Аналіз чутливості, як правило, відбувається після індивідуальної оцінки всіх можливих проектних ризиків. Можна оцінити вплив ризиків на ціну та час проекту, а також провести перевірку на інші особливості проекту. Якщо організація отримала 3 % ризику капітальних витрат на «зміну законодавства», який обмежений 3 %, вона може проводити аналіз чутливості щодо цього ризику протягом періодичних періодів у 5 років. Можна, наприклад, припустити, що протягом перших п'яти років не буде змін у законодавстві, але оскільки оцінка розтягується на 20–25 років, реєструється певний вплив на результат проекту, хоча і незначний [122].

Аналіз чутливості оцінюється в числах і вкладається в модель для визначення їх впливу на різні особливості проекту, наприклад, на доступність. Якщо, наприклад, деякі ризики впливають на доступність проекту, тоді слід шукати засоби для пом'якшення таких ризиків. Якщо, однак, їх не можна пом'якшити, щоб зробити проект доступним, партнер, можливо, захоче розглянути можливість відмови від угоди. Оцінка ризику – це процес, який забезпечує інформацію та дані, що використовуються в процесі прийняття рішень при розробці стратегій зменшення ризику. Зменшення ризику передбачає пошук рішень для протидії ризикам. Хоча аналіз ризиків є важливим, він, зрештою, спрямований на полегшення управління ризиками. Замість того, щоб просто оцінювати ризики, краще обійти їх. Таким чином, зменшення ризику є важливим етапом управління ризиками, який необхідно здійснювати постійно протягом життєвого циклу проекту.

Незалежно від того, чи несе конкретний ризик приватна сторона або держава, в інтересах обох сторін є забезпечення того, щоб ризики не виникали. Тому існує сильний стимул для кожної зі сторін активно управляти ризиками протягом життєвого циклу проекту. Державному партнеру, також слід бути обережним, щоб не брати надмірної участі в управлінні ризиками, за для того, щоб у кінцевому підсумку він не брав на себе ризики, які він призначив приватній стороні.

Існує чотири загальні стратегії зменшення ризику: усунення ризику, зниження ризику, передача ризику, збереження ризику.

Усунення ризику передбачає або уникнення ризику, або переривання ризику. Ризиків можна уникнути, повністю усунувши ризик. Ці дії можуть бути радикальними, як у випадку, коли партнер відмовляється продовжувати дуже ризикований проект. Підрядник може відмовитись від участі у тендері на дуже ризикований проект, тим самим уникаючи ризиків, з якими стикалися б.

Ризики, які не усуваються, потрібно зменшити, щоб мінімізувати витрати та часові наслідки ризиків для проекту. Ризик можна зменшити, отримавши більше інформації про цей ризик. Дії, які можна вжити для мінімізації деяких ризиків, стосуються перепроєктування проектів, об'єктів, мінімізації перебоїв у роботі тощо.

Фундаментальною характеристикою проекту ППП є значний перехід проектного, фінансового та операційного ризику до SPV (проектна компанія). Більшість SPV у проектах ППП передають ризики проектування та будівництва будівельному субпідряднику та його фахівцям-розробникам, ризики експлуатації та технічного обслуговування – експлуатаційному субпідряднику, а ризики управління об'єктами – спеціалізованому постачальнику послуг. Тому, як правило, ризики переходять від партнера до SPV, який потім передає ризики на субпідрядників. Передавши більшість своїх завдань та ризиків, консорціуми ППП можуть дозволити собі підтримувати невеликі структури, в яких дуже мало ключового персоналу. Зазвичай SPV знижує багато ризиків, оскільки кредитори не хочуть, щоб SPV несло значні ризики. Якщо, інфляція різко

зросла, кредитори хотіли б бути впевнені, що проект не буде перерваний. Зазвичай ліпше та ефективніше передавати ризики спеціалістам, які можуть з ними краще впоратися. Тому консорціуми ППП передають багато завдань та ризиків різним експертам, залежно від вимог кожного проекту.

Проектні ризики, які неможливо ні усунути, ні перенести, партнери повинні зберігати та поглинати. Ризики, придатні для збереження будь-яким партнером, мають мінімальні наслідки. Іншим критерієм, який впливає на прийняття партнерами ризиків, є їх здатність контролювати ці ризики. Різні компанії зберігають різні набори ризиків, намагаючись обмежити їх вплив. Банки точно матимуть погляд на рішення компанії, але остаточне рішення покладається на партнера. Банк буде турбуватися, чи зможе компанія або партнер постійно погашати борг.

До інструментів зменшення ризику державного сектору включають:

- дослідження перед випуском тендерів;
- тендер та оцінка найкращих практик;
- зменшення можливостей агентств ненавмисно брати на себе ризик;
- розробка плану дій на випадок невиконання зобов'язань.

Слід зазначити, що необхідно структурувати витрати з визначеними етапами так, щоб мати мінімальні фінансові втрати за умови невиконання зобов'язань або поганих результатів. Приватний сектор, як правило, пом'якшує значну частину своїх ризиків, передаючи ризики своїм субпідрядникам.

Аналіз та оцінка проектних ризиків надають найважливіші дані, необхідні для розробки відповідних та ефективних стратегій впливу на ризик [117].

На думку Круглова В.В. законодавча база з цього питання потребує вдосконалення, необхідні уточнення класифікації ризиків у постанові Кабінету Міністрів України “Про затвердження Методики виявлення ризиків, пов'язаних з державно-приватним партнерством, їх оцінки та визначення форми управління ними” [120]. Визначення обставин щодо настання форс-мажору, як то: обставини непереборної сили, що виникають внаслідок природних явищ (ураган, пожежа, землетрус тощо) або ситуації соціального характеру (страйк,

війна, терористичний акт, масові заворушення тощо) є доцільним. Останні обставини особливо є актуальними в сучасних українських реаліях і можуть виявляти себе як загрози в невизначений час [111].

Юридичне підґрунтя, в тому числі з точки зору визначення та тлумачення ризиків впровадження публічно-приватного партнерства, надає можливість зваженої оцінки та можливостей майбутньої співпраці шляхом укладання договорів як для державної сторони, так і для приватної, забезпечить певні гарантії ресурсам, що інвестуються, а також усвідомлюючи сторонами ризики, надасть можливість забезпечити проєкт страховими гарантіями.

РОЗДІЛ 4

ПЕРСПЕКТИВИ ВПРОВАДЖЕННЯ ПУБЛІЧНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

4.1 Імплементация провідного зарубіжного досвіду публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я в Україні

Міжнародний досвід свідчить, що упродовж останніх десятиліть інтенсивно розвивається публічно-приватне партнерство, яке відображає процеси розширення традиційних і розбудову нових форм взаємовідносин держави і бізнесу із метою забезпечення конкурентоспроможного соціально-економічного розвитку [123]. Взаємодія держави і бізнесу у формі ППП в сфері ОЗ дає змогу об'єднати їх сильні сторони, і спільний інтерес для кожної зі сторін при цьому є важливою умовою для того, щоб ця взаємодія відбулась. Зарубіжний досвід загалом доводить значну ефективність приватного сектора при управлінні сферою ОЗ [124]. Досвід країн, які вже впровадили механізм ППП у систему ОЗ, засвідчує, що це дозволяє оптимізувати витрати бюджету; систематизувати і розвивати ринок приватних медпослуг з урахуванням потреб регіонів; інвестувати ресурси у реструктуризацію існуючих об'єктів ОЗ, створювати мережу нових закладів ОЗ на основі новітніх технологій у медицині, залучати кваліфікований персонал, підвищувати якість та доступність послуг [125; 107].

З огляду на світовий досвід впровадження ППП об'єкти охорони здоров'я не передаються у власність приватним компаніям, а залишаються в державній чи комунальній власності через соціальні причини та необхідність захисту малозабезпечених верств населення. Але сучасні потреби суспільства у отриманні якісної медичної допомоги не корелюють з можливістю розвитку сфери ОЗ через брак коштів у державних і муніципальних бюджетах, що спонукає до залучення фінансових ресурсів бізнес-сектора для забезпечення

розвитку сфери. Вирішення такого дисбалансу урядами різних країн стало можливим завдяки розробці і використанню у своїй діяльності особливої інституційної системи, яка дозволила залучити до будівництва, експлуатації об'єктів охорони здоров'я приватний сектор, та отримала назву публічно-приватного партнерства.

Щодо різні взаємовідносин держави і бізнесу, то завжди існували різні форми їх взаємодії. Але вектор на розвиток публічно-приватного партнерства намітився в 1980-і роки в часи неоліберального уряду таких країн, як Великобританія, США, коли виникла необхідність приватизувати деякі державні активи, що раніше завжди перебували у державній та муніципальній власності. Для зниження ризику появи виключно приватної монополії була розроблена ідея, що дозволила провести часткову приватизацію (semi-privatization) основних фондів і соціально значущих функцій держави, в т.ч. в сфері охорони здоров'я, та отримала назву публічно-приватного партнерства [126].

З 90-х років минулого століття є багато прикладів використання інституту публічно-приватного партнерства щодо соціально значущих проєктів, що надало можливість говорити як про позитивні так і від'ємні складові такої взаємодії [15].

Кожна країна має власний шлях розвитку публічно-приватного партнерства. Взаємодія між партнерами здійснюється в межах різних структур, що мають різну компетенцією, різний комплекс завдань і джерел фінансування. Тому залежно від різних факторів, економічної складової кожної країни, структури і проєкту є безліч різних варіантів і схем застосування механізму публічно-приватного партнерства. При цьому використовуються моделі партнерства контрактного (договірного) та інституціонального (спільне підприємство або інституційно відокремлений об'єкт) характеру [123].

Багато європейських країн протягом останніх років активно використовують модель DBFO, згідно з якою приватний партнер займається забезпеченням фінансування для подальшого будівництва, реконструкції та

здачі в експлуатацію об'єкта, після чого він несе відповідальність за технічне становище споруд. Об'єктом може бути як, наприклад, лікувальний корпус, так і любий елемент інфраструктури лікарняного містечка, як то автостоянка, їдальня, помешкання для співробітників, тощо). Підрядником можуть надаватися додаткові послуги, як то адміністративні (служба підтримки клієнтів, послуги інформаційного характеру) і/або готельні (забезпечення прибирання, харчування, хімчистка, транспорт, охорона тощо). Державні виплати приватному партнеру мають фіксований розмір, що дозволяє відшкодувати капітальні та експлуатаційні витрати й отримати прибуток. Робота консорціуму оплачується за принципом *no service no fee* згідно з контрактом. В компетенції трасту залишається організація медичних послуг. Приватний інвестор не обтяжений ризиками, пов'язаними з медичною діяльністю установи, і не несе відповідальності за них [127].

Другою моделлю партнерства є DBFM – «дизайн – будівництво – фінансування – утримання», що поширена, наприклад, в Канаді, Італії, Німеччині, Португалії. Такими контрактами частіше передбачено надання приватним партнером додаткових неклінічних послуг (прибирання, логістика, безпека, стерилізація, дезінфекція, зв'язок та інші) [127].

Канада має досвід впровадження ППП впродовж вже двох десятиліть як у вигляді моделі створення госпіталів – DBFM (проектування, будівництво, фінансування, експлуатація), так і інших подібних контрактів. За таким принципом з 2003 в рамках ППП побудовано року більше ніж 50 лікарень, оцінених у \$ 18 млрд. При інфраструктурному оновленні в сфері охорони здоров'я Канади було застосовано механізм ППП. Приватна компанія будує і володіє будівлею лікарні на підставі орендного договору з керівництвом лікарні в межах ППП. Відповідальність за управління лікарнею залишається за правлінням лікарні. Щорічний бюджет лікарні затверджують органи місцевої влади. Для таких установ, як будинків літніх людей, комерційні клініки МРТ-діагностики (для збільшення її доступності) використовуються інші моделі ППП. Клінічні послуги в сфері охорони здоров'я при ППП в Канаді надаються

виключно державним сектором. Метою застосування механізму ППП в Канаді в сфері охорони здоров'я є перш за все економічне та оптимальне використання державного бюджету. Докладне економічне обґрунтування, що підтверджує доцільність та перевагу ППП в питанні співвідношення ціни і якості для канадського платника податків в порівнянні з традиційним підходом [15].

Інфраструктурні моделі дозволяють значною мірою знизити політичне напруження у суспільстві, що завжди виникає при обговоренні спектра та обсягів державних гарантій у сфері охорони здоров'я. Нині в Канаді існує урядова програма Alternative Financing Partnership system (AFP), яка обрала як пілотний проект контракт на 25 років з консорціумом Healthcare Infrastructure Company of Canada consortium. Згідно контракту консорціум буде займатися проектуванням, будовою, фінансуванням та врешті буде керувати клінікою на 608 ліжок – William Osier Health Centre у Брамptonі (Онтаріо). Також у його реалізації бере участь британська компанія Carillion, яка буде відповідальна за забезпечення немедичних послуг і розділить фінансові ризики проекту [128; 127].

При міністерстві фінансів Чехії з 2004 року створено центр для методичного супроводу та вдосконалення законодавства з розвитку публічно-приватного партнерства в різних сферах (комунальне господарство, дороги, освіта, охорона здоров'я) – Public-Private Partnership Centrum. Прикладами проектів за моделлю DBFO в Чехії є: Центральний військовий госпіталь (Central Military Hospital) у Празі в 2005 році, де побудовано готель та паркувальний майданчик (Hotel-type accommodation and car park)); повна реконструкція регіональної лікарні в Пардубіце (Pardubice Regional Hospital) (PPP Centrum, Pilot Projects in the Czech Republic, 2007) [127].

Відповідно до законодавства Італії, ППП може реалізовуватись у трьох форматах: концесії у рамках громадської ініціативи, коли проектна документація, включаючи попередні або деталізовані проектні роботи, бізнес-план і схему концесії, готується Міністерством охорони здоров'я Італії, а потім для реалізації цього проекту оголошується конкурс; концесії у рамках

ініціативи приватного сектора, коли приватні компанії надають усю проектну документацію профільному міністерству (якщо воно схвалює проект, все одно оголошується конкурс); концесії на сервісні контракти, у яких не фігурують великі об'єкти будівництва і які відносяться тільки до сфери надання медичних послуг. За договорами концесійної угоди в Італії приватні партнери мають можливість займатися комерційною діяльністю на території об'єктів. Загалом же використання ППП дозволяє до 60 % витрат у сфері ОЗ Італії забезпечити за рахунок приватних інвестицій [129; 107].

У Німеччині лікарні належать різним власникам: приблизно 1/3 – державі в особі регіонів і муніципалітетів; 1/3 – приватним структурам та решта (1/3) – некомерційним організаціям (церковним громадам, Червоному хресту тощо) [130]. Причому частка приватних медичних закладів у системі охорони здоров'я Німеччини поступово зростає. У Федеральному бюджетному кодексі Німеччини принципу ефективності та результативності витрачання бюджетних коштів відповідає §7, у якому зазначено, що ППП можна використовувати тоді, коли приватні особи здатні виконати державні завдання так само добре або краще, ніж держава [131; 107].

В Китаї у 2000–2010 рр. в межах ППП використовувалися приватні фонди для будівництва державних лікарень та управління ними особливо в таких містах як Пекін, Гонконг і Шанхай. Що було покликано необхідністю оновлення медичної інфраструктури Пекіна перед Олімпійськими іграми 2008 року. Таким чином в першу чергу були реалізовані завдання служби екстреної медичної допомоги (зв'язок, спеціальні автомобілі та устаткування) [127].

У деяких країнах Євросоюзу поширені інші моделі ППП за якими приватна сторона партнерства виконує керуючу функцію об'єктами в межах інтересу державної сторони. Приватна сторона отримує регулярні грошові внески тільки від держави. Прикладами таких взаємовідносин є Private Finance Initiative або PFI (Великобританія), Contrat partenariat and equivalents (Франція), Betreibermodell (Німеччина). Довготривалість функціонування проектів Private Finance Initiative, зазвичай, від 25 до 30 років, що

співвідноситься з тривалістю періодів повернення інвестиційних вкладів з урахуванням складного відсотка на капітал. При невиконанні умов договору в повній мірі приватною стороною владними органами можуть бути змінені виплати [132].

Великобританія є лідером серед країн за вартістю підписаних публічно-приватних контрактів [133]. Уперше в Великобританія ППП було впроваджене в 1981 році в контексті перебудови лондонських доків згідно нової ринково орієнтованої політики планування. 1992 року було засновано відому концепцію «Приватну фінансову ініціативу» (Private Finance Initiative (PFI)), що стала одним з напрямлень інвестиційної політики держави та найважливішою формою публічно-приватного партнерства (Public-Private Partnership – PPP).

Практика застосування в Великобританії поняття «Private Finance Initiative» має декілька значень та передбачає як чітко визначене нормування стосовно схем залучення бізнес-структур, так і договори, контракти, проекти, тощо, які укладаються між сторонами.

Втілення PFI-проекту відбувається за допомогою створення проектною компанії (Special Purpose Vehicle, SPV) за участю приватного партнера, що був вибраний на конкурсній основі, та державою. Така компанія займається проектуванням, будівлею, експлуатацією об'єкту, а потім керує, але права власності об'єктом, частіше залишаються за державою. Хоча бувають і такі схеми, наприклад, як при DBOO: Design-Build-Own-Operate («розробка проекту – будівництво – володіння – управління»), за яких приватний партнер є власником [132].

Великобританія вважається державою з найрозвиненішою інституціональною інфраструктурою ППП у сфері ОЗ. Механізм «Приватна фінансова ініціатива» використовується тут тільки після повноцінного економічного аналізу проекту, який має підтвердити ефективність його застосування у медичному закладі [107].

Залучення програми Приватної фінансової ініціативи (PFI) надало змогу покращити інфраструктуру державної сфери ОЗ в Великобританії та

побудувати біля 100 нових лікарень майже за 12 років. Лікарні за моделлю ППП медичні послуги через задіяння Національної служби охорони здоров'я (NHS), але для проектування, будівництва, експлуатації цих закладів відбувається за рахунок фінансування з приватного сектору. Керування лікарнями відбувається органами місцевого самоврядування, Фондами державної служби охорони здоров'я. [15, 156 с.].

Британська Національна служба ОЗ є прикладом державної моделі фінансування, що поєднана з ефективними ринковими механізмами; вона є централізованим варіантом системи, створеної за принципом єдиного платника в особі держави, що безпосередньо оплачує надані медичні послуги і фінансує охорону здоров'я за рахунок доходів бюджету [134; 107].

У Швеції ринкові трансформації у системі ОЗ розпочалися ще у 1991 р., коли приватний сектор допустили до володіння та управління госпіталями, лабораторіями та сервісами швидкої допомоги. Як результат, досягнуто значне зниження вартості рентгенівських та лабораторних послуг, швидкої допомоги, при цьому скоротився час на діагностику та лікування. Основний акцент у використанні ППП в охороні здоров'я Швеції зроблено на первинній медичній допомозі. Створені нові центри первинної медико-санітарної допомоги, причому їх чисельність склала майже чверть від усієї кількості. Нові підрозділи відкриті у найбільш населених районах [135;107].

У сфері ОЗ Австралії проекти ППП передані на рівень штатів. Економія фінансових коштів при будівництві лікарень у проектах ППП Австралії складає в середньому 10–20 % [136]. На перший погляд, це не так і багато, але слід враховувати, що у розвинених країнах економіка, у т.ч. й державного сектору, більш ефективна. Загалом у багатьох розвинених країнах розподіляються не медичні послуги на платні і безкоштовні, не види та обсяги допомоги, а структурується населення за доходами і можливостями. Все населення одержує медичну допомогу за стандартами, але з різних фінансових джерел: з бюджету, за рахунок коштів особистого медичного страхування, за рахунок коштів державного медичного страхування [137; 107].

Таким чином, практичний досвід впровадження ППП у багатьох країнах світу показує, що ця форма взаємодії між громадськими структурами і приватними організаціями повинна бути заснована на базових принципах партнерства. Впродовж співпраці задовольняти як потреби приватної сторони з отриманням матеріальної вигоди, так і потреби країни в розбудові сфери ОЗ, вирішенні чисельних соціальних питань стосовно громадського здоров'я, забезпечуючи доступність якісної медичної допомоги за принципом «ціна-якість», що, враховуючи можливість використання різних моделей ППП, є перспективним для подальшого розвитку сфери ОЗ.

4.2 Перспективи впровадження публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я

Слід зазначити, що у жодній країні світу не вдалось створити ідеальну систему ОЗ, що, зокрема, яскраво продемонструвала і недостатня готовність сфери ОЗ розвинених країн до боротьби з наслідками пандемії Covid-19. Але у той же час зрозуміло, що для подальшого розвитку цієї сфери перспективним є баланс між державною та приватно формами управління, яку може забезпечити ППП. Його використання є ефективним інструментом залучення капіталу в сферу, що сприятиме покращенню інфраструктури та можливостей вітчизняних лікувальних установ [107].

Передумови, які склалися в Україні стосовно розвитку сфери охорони здоров'я все більше сприяють можливості розглядати проекти ППП як перспективні. Зважаючи на систематичні звернення до українського уряду представників великого медичного бізнесу з таких країн, як Туреччина, Ізраїль, Китаю та інших, можна робити висновки, що зацікавленість у реалізації подібних проектів зростає як в Україні, так й у іноземних партнерів [104].

Зацікавленість держави у реалізації ППП в галузі ОЗ полягає у можливості залучення інвестицій для реструктуризації об'єктів ОЗ. Система ОЗ

в Україні функціонує в умовах недофінансування. До того ж значна частина потужностей (поліклінік, лікарень) побудована 30-50 та більше років тому і щонайменше їх третина потребує капітального ремонту. Значна частина медичного обладнання морально застаріла та потребує заміни. Рівень зношеності основних засобів у системі ОЗ України перевищив 50% [138]. Іншою позитивною стороною ППП у сфері ОЗ для держави є звільнення від виконання капітальних ремонтів, введення в експлуатацію, оснащення закладів сучасним медичним обладнанням, підбору і навчання кадрів, надання медичних послуг тощо. Також за умови ППП у сфері ОЗ можлива передача частини ризиків приватному партнеру та значна економія бюджетних коштів.

Зацікавленість приватного партнера у ППП зумовлена можливістю збільшити свій дохід і прибуток. Такі проєкти забезпечують більш стабільний попит на послуги та вихід на нові ринкові сегменти; надають можливість перекласти на державу частину ризиків. Зважаючи на те, що цілі бізнесу і держави у ППП різні (бізнес прагне отримати прибуток, а держава націлена на захист суспільних інтересів), такі проєкти мають бути добре продуманими. Перекіс у бік інтересів держави може відштовхнути бізнесспільноту від участі у таких проєктах. Перекіс у бік інтересів бізнесу, в свою чергу, може призвести до нехтування суспільними інтересами. При започаткуванні проєкту ППП важливо продумати мотивацію для приватних інвесторів та забезпечити контроль ефективності здійснення проєкту, вирішити проблему щодо його окупності [107].

Світова практика свідчить про те, що проєкти ППП в охороні здоров'я, одні з найдорожчих. Бюджет, який цікавить серйозних інвесторів, складає не менше ніж \$ 200–250 млн. Хоча є приклад реалізації першого проєкту ППП в сфері охорони здоров'я Киргизстану в 2017 році вартістю лише у \$7 млн при створенні мережі з чотирьох гемодіалітичних центрів, розрахованих на обслуговування 283 пацієнтів. Провайдерами реалізації ППП в сфері охорони здоров'я різних країн є міжнародні фінансові організації (МФО) на зразок Світового банку і Європейського банку реконструкції та розвитку, які,

виступають не лише інвесторами обраних проєктів, а й консультантами та гарантами для приватних інвесторів [104].

Міжнародна фінансова корпорація (IFC) (що є підрозділом Групи Світового банку) в одному з оглядів (Creating Markets in Ukraine: Country Private Sector Diagnostic Doubling Down on Reform: Building Ukraine's New Economy, January 2021) приділила увагу розвитку в Україні ППП, в тому числі в сфері охорони здоров'я, та можливим перешкодам подальшого впровадження, що стало можливим завдяки аналізу вже реалізованих проєктів у форматі ППП та концесій в нашій країні. Серед проблем зазначаються складність управління ризиками, а також недостатній досвід українських чиновників, зокрема, у можливості централізовано відслідковувати всі контракти ППП, особливо в такій складній сфері, як охорона здоров'я [139]. Занепокоєння іноземних експертів викликає відсутність прозорості при визначенні переможців, слабка інституційна спроможність як держави, так і потенційних приватних партнерів у реалізації проєктів. Українське законодавство дозволяє державі переглядати умови ППП, проте досвід такої роботи в Україні незначний.

Можливими пріоритетними напрямками ППП в сфері охорони здоров'я можуть бути: онкологія; діагностика; медична освіта (університетські клініки, навчання іноземців); трансплантація; донорство крові; діаліз; серцево-судинні захворювання; геріатрія (спільно з Мінсоцполітики); первинна допомога [104].

Перспективними напрямками подальшої кооперації зусиль держави і приватного бізнесу в галузі ОЗ можуть бути: проектування, будівництво, реконструкція, модернізація та управління інфраструктурою медичних закладів; надання медичних послуг; створення мережі «банків крові», перинатальних, діалітичних центрів, здійснення технічного обслуговування медтехніки та інформаційних систем. При цьому об'єктами ППП можуть бути як існуючі, так і відтворювані (шляхом модернізації, технічного переозброєння, реконструкції) споруди, що знаходяться у державній чи комунальній власності.

В сфері ОЗ застосування ППП вбачається перспективним для проведення реконструкції будівлі комунального закладу приватним партнером, подальшої його експлуатації на строк, що дозволяє надалі окупити фінансові інвестиції.

Дана модель особливо вигідна державі у разі відсутності достатніх ресурсів для самостійної реконструкції медичного об'єкта. Для приватного партнера перевагою такої моделі є те, що держава повністю або частково може фінансувати надання медичних послуг. Приватні установи в межах договірних відносин держави та приватного сектору в сфері ОЗ можуть надавати деякі види медичної допомоги населенню на безоплатній основі. Наприклад, на практиці вже реалізовано укладання декларацій про медичне обслуговування з сімейними лікарями (терапевтами, педіатрами) приватних закладів ОЗ, яким держава компенсує певну суму витрат на кожного пацієнта. У той же час, приватна медицина масово ще не підтримує участь у зазначеному проєкті з таких причин: комерційні медичні установи, як правило, розглядають подібну роботу як малоефективну складову діяльності, оскільки за рахунок державних коштів витрати відшкодовуються тільки частково, а решту пацієнт змушений оплачувати; деякі керівники приватних медичних закладів не мають бажання зміщувати потоки заможних пацієнтів та пацієнтів, що звикли користатися безкоштовною медичною допомогою. Ці проблеми також необхідно враховувати, розглядаючи шляхи активізації приватного бізнесу у ППП [107].

Системний розвиток ППП в сфері охорони здоров'я України з урахуванням рекомендацій західних партнерів є сенс проводити поетапно, що з початку може стосуватися надання, наприклад, діагностичних послуг, лише потім переходити до більш складних форм із новим будівництвом лікарень.

Рекомендована послідовність розвитку ДПП в охороні здоров'я (від простого до складного) [104]:

Етап: Договір на локальне управління. PROCT проєкт.

Приватний партнер закуповує за свій рахунок, встановлює, обслуговує спеціальне діагностичне обладнання (наприклад, комп'ютерний томограф, магнітно-резонансний томограф тощо). Обладнання використовується на базі

окремої лікарні за певними договірними умовами. Кошти можуть надходити за тарифами НСЗУ приватним клієнтам. Держава (місцева влада) може отримувати певну кількість послуг безкоштовно для громадян.

За подібним механізмом в Україні були побудовані відносини в центрі профілактики, ранньої діагностики та лікування пацієнтів з онкологічними захворюваннями на базі Кіровоградського обласного онкологічного диспансеру. Площа центру становить 1000 м². Перших пацієнтів центр прийняв у березні 2015 року. Пропускна спроможність центру – лікування близько 2000 пацієнтів на рік. 50 дітей на рік лікується безкоштовно.

Етап: Договір на управління наявним об'єктом. GROT проєкт.

Приватний партнер бере на себе управління всією наявною лікарнею. Приватний партнер проводить реконструкцію, закуповує відповідне обладнання, забезпечує обслуговування. Безпосередньо медичні послуги надає комунальний (державний) медичний заклад.

Етап: Договір на управління та надання медичних послуг. GROCT проєкт.

На відміну від попереднього етапу держава передає приватному партнеру і лікарню, і обов'язок надавати клінічні та діагностичні послуги. Приватний партнер здійснює реконструкцію/модернізацію приміщення, закуповує та обслуговує необхідне обладнання, наймає персонал, адмініструє всі процеси. З боку держави здійснюються платежі за доступність, гарантується сталий обсяг пацієнтів.

Етап: Будівництво нового об'єкту. DBFOT проєкт.

Приватний партнер створює об'єкт з нуля. Земельну ділянку надає держава (місцева влада). Приватний партнер проєктує, фінансує, будує, обслуговує, надає допоміжні послуги (лабораторні, охорона, кейтерінг, прибирання, технічна підтримка тощо). Держава компенсує капітальні та експлуатаційні витрати впродовж дії договору (як правило – від 20 років). За такою схемою побудовано ППП в охороні здоров'я у Великобританії.

Етап: Будівництво та повна експлуатація об'єкту. DBFOCT проєкт.

Найвища форма реалізації ППП, коли приватний партнер розроблює проєкт, будує, фінансує, управляє та надає клінічні послуги. Публічний партнер забезпечує виплати за доступність (компенсує капітальні витрати), покриває повністю чи частково тарифи за лікування, оплачує експлуатаційні послуги (не клінічні) оператора. Наприкінці терміну експлуатації лікарня передається державі.

Абревіатури наведено наближені до класичних, оскільки ППП в охороні здоров'я має певну специфіку, зокрема в питанні суб'єкта надання медичних послуг (параметр С – Clinic) і локалізації (частина об'єкту – P-Part чи увесь – G-General):

D – Design (розробка);

R – Rehabilitate (реконструкція);

B – Build (будівництво);

F – Finance (фінансування);

O – Operate (обслуговування, без надання клінічних послуг);

C – Clinic (надання клінічних послуг);

T – Transfer (передача об'єкту у власність держави);

P – Part (частина);

G – General (загальне).

Такий підхід дозволяє уряду продемонструвати життєздатність нових форматів і створити потенціал для більш комплексних ППП. Велике значення має послідовна і тверда підтримка уряду, зокрема в частині довгострокового фінансування. При започаткуванні великого проєкту одразу треба зважати на ризики для сторін ППП, які значно збільшуються [104].

Для більш ефективного поєднання інтересів держави й бізнесу у формі ППП потрібно удосконалювати внутрішні та зовнішні інституційні умови. Щодо зовнішніх умов, то це забезпечення рівних конкурентних можливостей (єдині вимоги до організацій у сфері ОЗ незалежно від форми власності, єдині підходи до оподаткування та ін.); справедливий розподіл ризиків (модернізація розрахунків з приватними медичними організаціями, створення спеціалізованих

ризикфондів для стабілізації кризових ситуацій у разі необхідності). До внутрішніх умов можна віднести: підвищення ефективності менеджменту в управлінні ресурсами та витратами у медичному закладі; підбір кваліфікованих кадрів та створення комфортного середовища для медичних працівників; наявність сучасного обладнання; краще задоволення потреб пацієнтів тощо [107].

ППП складний з юридичного та фінансового погляду механізм, який потребує пильної уваги та регулювання з боку держави на довгому етапі реалізації. Аналіз дозволяє виділити певні перешкоди впровадження ППП в сфері охорони здоров'я такі, як:

- невелика обізнаність громадян, медичної спільноти, державних інститутів та інвесторів про ППП, іноді відвертий супротив на рівні головних лікарів;
- слабкий розвиток фінансових інститутів і фондового ринку (ринку капіталу);
- відсутність у потенційних інвесторів досвіду та бажання інвестувати в альтернативні інструменти на зразок ППП;
- відсутність визначених пріоритетів для реалізації ППП в охороні здоров'я;
- відсутність довгострокового бюджетного планування та відповідних гарантій;
- ризик збільшення вартості об'єкта під час будівництва через зміну проєкту та непередбачених витрат;
- зміна соціально-демографічної ситуації, поява нових медичних технологій, перехід від стаціонарної допомоги до амбулаторної та профілактичні заходи – усе це створює ризик, що медичний об'єкт стане морально застарілим чи не використовуватиметься з прийнятним завантаженням;

- недостатність емпіричних даних для оцінки того, які PPP-проекти будуть ефективнішими, ніж державні закупівлі; чи забезпечать вони доступність медичних послуг – зокрема, цінову;

- можлива втрата контролю над створюваним чи відновлюваним об'єктом, банкрутство приватного партнера, неефективність його діяльності в управлінні медичним об'єктом;

- приватного партнера часто цікавлять найбільш високодохідні сегменти, наприклад нефрологія, онкологія, екстракорпоральне запліднення;

- складність і тривалість укладання PPP-контрактів, великий термін окупності, недосконалість нормативної бази, непрозорість механізмів їх реалізації, відсутність досвіду;

- складність прогнозування попиту на медичні послуги на середньо- та довгострокову перспективу;

- недостатність тарифу НСЗУ на покриття медичних послуг.

Перспективами публічно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я можна вважати такі:

- створюються умови для збереження та відтворення людського капіталу – головного багатства держави;

- створюються сучасні та високооплачувані місця для медичних працівників;

- в охорону здоров'я залучаються інноваційні технології;

- розвиваються медичні та фармацевтичні сектори економіки;

- створюються робочі місця та розвиваються суміжні сектори економіки – будівництво, ІТ, виробництво медичної техніки та виробів, маркетинг, медичний туризм, наука і освіта;

- зберігається та розширюється мережа медичних закладів державної (комунальної) власності;

- звужується простір для корупції в охороні здоров'я;

- зростає авторитет держави на міжнародному рівні, зростають прямі іноземні інвестиції;

– розвивається інституційна спроможність української фінансової системи та державного управління.

При цьому традиційні підходи до використання ППП – це не питання суто грошей (державних витрат). Тому не можна підходити до його розв’язання суто арифметично. Тут найбільше значення має співвідношення ціни та якості. Адже сфера охорони здоров’я є соціально, психологічно та етично чутливою. Тож дорожчий проєкт може бути більш прийнятним, ніж формально дешевший – з огляду на комплексність доступних послуг, їхню якість та інноваційність, екологічність та соціальний вплив [104].

ППП у галузі ОЗ є формою співпраці між громадськими структурами і приватними організаціями у медичній сфері, що заснована на базових принципах партнерів. Таке партнерство реалізується у формі укладання договорів про реалізацію проєктів, у яких беруть участь як рівноправні партнери, з одного боку – структури державної або комунальної влади, з іншого – приватні компанії. ППП доцільно використовувати тоді, коли приватні особи можуть виконати завдання за меншу вартість та/або краще, ніж держава [107].

Таким чином, шляхом впровадження ППП у державний сектор охорони здоров’я можна реалізувати дієвий механізм ефективного менеджменту, що традиційно притаманний для приватного сектора. Перевагами впровадження ППП в тому числі є ефективне використання коштів, ресурсів і надання якісних послуг, одночасно із стимулюванням інноваційного, інвестиційного та інфраструктурного розвитку галузі ОЗ, що наразі дуже важко забезпечити тільки за рахунок державних ресурсів.

Така соціально значуща сфера, як охорона здоров’я в Україні потребує з одного боку покращення якості медичного обслуговування і його відповідності світовим стандартам, доступу громадян до якісних медичних послуг, підвищення рівня медичного обслуговування і рівня здоров’я нації загалом, що є запорукою соціальної стабільності у суспільстві, а з другого невідпинній оптимізації державних витрат і прискорення реформування системи ОЗ в Україні. При цьому впровадження ППП у різних формах взаємодії між

партнерами може стати запорукою вирішення вище зазначених потреб і дати дієвий поштовх в розвитку у сфері ОЗ в Україні.

ВИСНОВКИ

1. Базовим соціальним інститутом суспільства для кожної держави є охорона здоров'я населення. Завдяки поєднанню найкращих сторін державного та приватного секторів в межах реалізації механізму публічно-приватного партнерства, перерозподілу ресурсів, залученню фінансових інвестицій приватної сторони, розподіленню ризиків, можливе вирішення соціально важливих проблем медичної сфери, підняття рівня надаваних медичних послуг населенню з залученням сучасного рівня матеріально-технічного забезпечення, вдосконалення управління у системі закладів охорони здоров'я комунальної форми власності, а також економічного використання державного бюджету. Вище зазначене може створити передумови для подальшого реформування системи ОЗ та розвитку добровільного медичного страхування.

2. Публічно-приватне партнерство слід розглядати як можливість позитивного розвитку сфери охорони здоров'я за рахунок використання позитивного досвіду менеджменту та адміністрування, залучення ресурсів приватного партнера, в тому числі фінансових при збереженні функції контролю державою за активами сфери ОЗ. Досягнення сучасного рівня розвитку сфери ОЗ в Україні, в тому числі з можливістю постійного вдосконалення її технічного забезпечення можливий за умов залучення інвестицій бізнес структур, як додаткового джерела фінансування, окрім державного бюджету, що надасть змогу в тому числі оптимізувати його витрати. Трансформування закладів охорони здоров'я внаслідок втілення проєктів публічно-приватного партнерства призведе до їх конкурентоспроможності в сфері надаваних послуг, що є позитивним для пацієнта з огляду на доступність медичних послуг високого рівня якості та можливості варіативного вибору медичного закладу для діагностики та лікування, що в довгостроковій перспективі може покращити показники здоров'я та якості життя населення

3. Проаналізувавши нормативно-правове забезпечення механізму публічно-приватного партнерства, необхідно зазначити, що воно не є сформованим в повній мірі, щоб бути гідним підґрунтям для подальшого розвитку такої взаємодії. Подальше вдосконалення законодавчої бази надасть можливість в межах передбачених договорів між публічним та приватним партнером уникнути суперечок щодо виконання їх умов та зобов'язань з можливістю отримати взаємну вигоду сторонами, розподіленням ризиків. Таким чином сформується передумови для ототожнення публічно-приватного партнерства з організаційною юридично підкріпленою та економічно обґрунтованою системою, що буде мати привабливість для інвесторів з одного боку, та можливість реалізації соціально важливих проєктів в медичній сфері для держави з іншого.

4. Щодо інституційних засад, що забезпечують реалізацію механізмів публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я слід зазначити можливість ефективного використання державних активів при розвитку партнерської взаємодії між державою та приватним сектором через залучення інвестиційних ресурсів останніх. Взаємовигідне поєднання ресурсів публічного та приватного партнера дає можливість їх найефективнішого використання з розподіленням та зменшенням ризиків, і кожному із суб'єктів публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я, як то держава, бізнес-структури та громадськість, надає свої переваги.

5. Відображенням соціальної політики, що проводиться державою є стан здоров'я населення, демографічні показники, рівень якості життя, добробуту громадян. Аналізуючи впровадження публічно-приватного партнерства, можна зробити висновки, що розвиток сфери охорони здоров'я спирається в тому числі на наявні соціально-економічні умови.

6. В умовах необхідного та тривалого процесу реформування сфери охорони здоров'я необхідно підкреслити, що головною перешкодою для вдосконалення медичної сфери є брак державного фінансування, тому залучення інвестиційних ресурсів приватного сектору може надати поштовх

для розвитку сфери до сучасного рівня. Поєднавши такі ресурсні складові держави та бізнесу, як фінансову, економічну, адміністративно-організаційну, можливо створити потенціал для подальшого реформування медичної сфери та досягнення загальних вигід як для держави, бізнесу, громади, так і для пацієнта. Іншою перешкодою для подальшого впровадження публічно-приватного партнерства є недосконалість законодавчої бази.

7. Аналіз імплементації провідного зарубіжного досвіду публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я в Україні надав можливість зосередити увагу на досвіді такої країни, як, наприклад, Великобританія, як такий, що може бути використаний в нашій країні. Серед переваг отриманих завдяки публічно-приватному партнерству у Великобританії були інфраструктурний розвиток, зниження затрат на етапі реалізації інфраструктурних проєктів, розширення можливості використання різних джерел фінансування, забезпечення балансу між вигодою та ризиками між партнерами, тощо.

8. Таким чином для подальшого впровадження публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я в Україні необхідне подальше удосконалення нормативно-правової бази, що буде підкріплювати розвиток публічно-приватного партнерства та надавати юридичні гарантії партнерам, формування конкурентного середовища державою, створення привабливого інвестиційного клімату в економічній площині країни, вдосконалення механізмів державного регулювання, в тому числі сферою охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ПОСИЛАНЬ

1. Долот В.Д. Основні напрями та пріоритети реформування сфери охорони здоров'я в Україні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*, 2012. № 12. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=657>
2. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листоп. 1992 року № 2801-ХІІ. Відомості Верховної Ради України, 1993. № 4. 19 с.
3. Указ Президента України від 7 грудня 2000 року № 1313/2000 «Концепція розвитку охорони здоров'я населення України». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000#Text>
4. Орлова Н.М., Корецький В.Л. До проблеми забезпечення доступності медичної допомоги. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2010_4_12
5. Попова Т., Гавкалова Н. Публічно-приватне партнерство в галузі охорони здоров'я. Економічний аналіз, 2021. Том 31. № 2. 126-135 с. DOI: <https://doi.org/10.35774/econa2021.02.126><https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=https://www.econa.org.ua/index.php/econa/article/viewFile/1939/6565656999>
6. Проект Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2025 рр. від 27.11.2014 р. URL: <http://www.apteka.ua/article/315522>
7. Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью: доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010. Женева : ВОЗ, 2010. 129 с.
8. Чубарова Т.В. Экономика здравоохранения: теоретические аспекты: науч. доклад. М.: Ин-т экономики РАН, 2008. 68 с.
9. The World Factbook 2017. URL: <https://www.cia.gov/library/publications/resources/the-world-factbook/geos/up.html>

10. Сабецька Т.І. Проблеми та перспективи фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я України. *Економіка та суспільство*. 2021 № 27. URL: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2021-27-54>
11. Лантух К.О. Бюджетне фінансування видатків на охорону здоров'я: сучасний стан та тенденції розвитку. *Економічний вісник*. Серія: Фінанси, облік, оподаткування. 2020. С. 88-95.
12. Figueras J., McKee M., Lessof S., Duran A., Menabde N. Системи здравоохранения, здоровье и благосостояние: оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения. ВОЗ, 2008. С. 125-132.
13. Криничко Л., Мотайло О. Нові підходи до фінансування системи охорони здоров'я. *Аспекти публічного управління*. 2021. Том 9 № 2 URL: <file:///C:/Users/%D0%90%D0%BD%D0%BD%D0%B0/Downloads/871-Article%20Text-1299-1-10-20210527.pdf>
14. Медична реформа: які зміни на нас чекають. *Новини Укрінформ*. 2017. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/2328398-medicnareforma-akizmini-na-nas-sekaut.html>
15. Турчак Д.В. Механізми державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я: дис. ... д.держ.упр.: спец. 25.00.02. Київ, 2019. 233 с. URL: https://ipk.edu.ua/wp-content/uploads/2019/10/dis_Turchak.pdf
16. Алексєєва Т.І., Биховець К.В., Саєнко А.О. Особливості державно-приватного партнерства в українській медицині. *Соціальна фармація: стан, проблеми та перспективи*: міжн. наук.-практ. С. 237
17. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку. Колективна монографія, 2013. URL: http://academy.gov.ua/NMKD/library_nadu/Monografiy/aa2d8d7f-9def-4f49-a86b-43c3db9dbd31.pdf
18. Курділь Н.В. Державно-приватне партнерство в охороні здоров'я України: перспективи швидкого розвитку інфраструктури закладів екстренної медичної допомоги. *Медицина невідкладних станів*, 2013. №2 (49). URL: file:///C:/Users/0D04~1/AppData/Local/Temp/Medns_2013_2_29.pdf

19. Грищенко С. Підготовка та реалізація проектів публічно-приватного партнерства: практ. посіб. для органів місцев. влади та бізнесу. Київ: ФОП Москаленко О. М., 2011. 140 с.
20. Дубок І.П. Сутність та особливості державно-приватного партнерства. *Збірник наукових праць Національної академії державного управління при Президентові України*, 2014. № 2. С. 139-149
21. Пашинська К.С. Форми державно-приватного партнерства. *Економічний аналіз: зб. наук. пр. / Тернопільський нац. економічний ун-т*. Тернопіль: Видав.-поліграф. ц-тр Тернопільського нац. економічного ун-ту «Економічна думка», 2015. Т. 22. № 1. С. 48-52
22. Павлюк К.В. Сутність і роль державно-приватного партнерства в соціально-економічному розвитку держави. *Наукові праці КНТУ. Економічні науки*. 2010. № 17. URL: <http://www.nbuuv.gov.ua/>.
23. Шилепницький П.І. Державно-приватне партнерство: теорія і практика: [монографія] / [кол. авт.]. Чернівці, 2011. 455 с
24. Klijn E.H. Institutional and Strategic Barriers to Public-Private Partnership: An Analysis of Dutch Cases. *Public Money and Management*. 2003. Vol. 23. № 3. Pp. 137-146
25. Колесников С. Государственно-частное партнерство в здравоохранении. URL: <http://www.stel-vl.nichost.ru>.
26. Методичні рекомендації для державних та комунальних закладів охорони здоров'я для працівників органів управління у сфері охорони здоров'я для впровадження проектів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/1/7840-1234567890.pdf>
27. Мішеніна Н.В., Ярова І.Є, Мішеніна Г.А. Розвиток механізмів державно-приватного партнерства у сфері природогосподарювання в умовах децентралізації. *Маркетинг і менеджмент інновацій*. 2017. № 1. С. 319-330
28. Розпорядження КМУ від 31 жовтня 2011 р. № 1164-р Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1164-2011-%D1%80#Text>

29. Шкільняк М. М., Желюк Т.Л., Васіна А.Ю., Дудкіна О.П., Попович Т.М., Овсянюк-Бердадіна О.Ф. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. *Вісник Тернопільського національного економічного університету*. 2018. № 4. С. 168-180
30. Мазалова А. О. Концепція публічно-приватного партнерства і практика її законодавчого втілення. *Часопис Київського університету права*. 2019. № 1. С. 156-160.
31. Про державно-приватне партнерство: Закон України від 01.07.2010 р. № 2404-УІФ. URL : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2404-17>.
32. Public-private-partnerships: risks to the public and private sector. URL: <http://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/.../ppp-objectives>.
33. Варнавский В.Г., Клименко А.В., Королев В.А. и др. Государственно-частное партнерство. Теория и практика. М.: Изд. дом Гос. ун-та – Высш. шк. экономики, 2010. 287 с.
34. What are the Advantages of a Public Private Partnership. URL: <http://www.rpa.ie/en/rpa/ppp/Pages/AdvantagesofPPPs.aspx>.
35. Агафонова Ю.С. Размышления над статьей Н.В. Мотрошиловой «О современном понятии гражданского общества». URL: <http://novainfo.ru/archive/10/razmyshleniya-nad-statey-nvmotroshilovoy-o-sovremennom-ponyatii-grazhdanskogo-obshchestva>.
36. Вінник О.М. Засоби саморегулювання у відносинах державно-приватного партнерства: проблеми вдосконалення правового регулювання. *Право та інновації*. 2014. № 1-2. 12-20 с.
37. Розпорядження КМУ від 31 жовтня 2011 р. № 1164-р Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1164-2011-%D1%80#Text>.
38. Указ Президента України Про заходи щодо забезпечення ефективності реалізації Програми економічних реформ на 2010-2014 роки

«Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава».

URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1154/2010>

39. Шевчук Ю.В. Розвиток державно-приватного партнерства у контексті вдосконалення фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я. *Економічний вісник університету*. 2017. № 33 (1). С. 416-428

40. Ільїна М. В., Шпильова Ю.Б. Реалізація механізму публічно-приватного партнерства на сільських територіях. URL: <http://ua-ekonomist.com/18120-realzacya-mehanzmu-publchno-privatnogo-partnerstva-na-slskih-teritoryah.html>.

41. Устинов А.В. Державно-приватне партнерство в охороні здоров'я: питання на часі. *Український медичний часопис*. 2018. URL: <https://www.umj.com.ua/article/131494/derzhavno-privatne-partnerstvo-v-ohoroni-zdorov-ya-pitannya-na-chasi>.

42. Єгоричева С.Б., Лахижа М.І. Публічно-приватне партнерство в посткомуністичних країнах: монографія. Київ: ІПК ДСЗУ, 2020. 304 с.

43. Сокольська Т., Панасюк В., Поліщук С., Осипенко Б.. Державно-приватне партнерство як інструмент публічної політики в умовах децентралізації влади в Україні. *Аспекти публічного управління*, 2020. ;№ 8(6), С. 192–203. doi: 10.15421/1520117

44. Апаров А.М., Яценко А.В. Державно приватне партнерство як особлива правова форма співпраці держави з приватним бізнесом: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: спец. 12.00.04. Київ, 2017. 35 с.

45. Криничко Л.Р., Петрик С.М., Криничко Ф.Р. Удосконалення правового механізму реалізації державно-приватного партнерства як інвестиційного проекту в сфері охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 23. С. 131–137.

46. Дубок І. Нормативно-правове забезпечення державно-приватного партнерства в сфері культури України. *Ефективність державного управління*. 2016. № 1/2 (46/47). С. 257-265

47. Вінник О.М. Корпоративна форма державно-приватного партнерства: проблеми правового забезпечення на тлі зарубіжного досвіду: монографія. Суми : МакДен, 2012. 204 с.
48. The european commission's guide to successful public-private partnerships/ URL: <http://www.epsu.org/IMG/pdf/EC-PPPs-crit-final.pdf>.
49. Public–Private Partnership Handbook. URL: <http://www2.adb.org/Documents/Handbooks/Public-private-Partnership/Chapter10.pdf>.
50. Draft of a PPP contract. URL: www.ajpp.hr/media/30975/ppp%20contract.pdf.
51. Пількевич В. Л. Організаційно-правове забезпечення управління державним майном в Україні: автореф. дис. ... канд. юрид. наук : спец. 12.00.07. – Київ, 2006. 20 с.
52. Беяневич О.А. Теоретичні проблеми господарського договірного права: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук : спец. 12.00.03. Київ, 2006.39 с.
53. Бежевець О., Белінська Ю. Державно-приватне партнерство: опції для розвитку медичних закладів. URL: <https://www.legalalliance.com.ua/publikacii/derzavno-privatne-partnerstvo-opcii-dla-rozvitku-medicnih-zakladiv/>
54. Про внесення змін до деяких законів України щодо усунення регуляторних бар'єрів для розвитку державно-приватного партнерства та стимулювання інвестицій в Україні: Закон України від 24.11.2015 № 817-VIII. Відомості Верховної Ради (ВВР). 2016. № 10. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/817-19#Text>.
55. Удовицька Є.А. Сутність і роль державно-приватного партнерства в інноваційному розвитку. *Вісник Мукачівського державного університету*. 2016. № 3. С. 99-102
56. Вінник О.М. Договірні відносини державно-приватного партнерства: проблеми правового регулювання. *Вісник Вищої ради юстиції*. 2013. № 2 (14). С. 90–107

57. Цивільний кодекс України: Закон України від 16.01.2003 р. № 435-IV. Дата оновлення: 31.03.2019. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-1>
58. Про концесії: Закон України від 16.07.1999 р. № 997-XIV. Дата оновлення: 25.03.2018. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/997-14>
59. Арцатбанова О. В. Порівняльний аналіз підходів до побудови економічних механізмів функціонування системи охорони здоров'я. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2017. № 10. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1399/>
60. Радиш Я.Ф., Ляховченко Л.А., Поживілова О.В. Основні проблеми фінансування системи охорони здоров'я в дослідженнях українських науковців. *Економіка та держава*. 2011. № 1. 90-95 с.
61. Господарський кодекс України від 16.01.2003 р. № 436-IV. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/436-15?test=XNLMf5x.qwJghDiuZio42C4NHI4ass80msh8Ie6>
62. Круглов В.В. Механізми державного регулювання розвитку державно-приватного партнерства в Україні: дис. ... д.держ.упр.: спец. 25.00.02. Харків, 2020. 459 с.
63. Мартякова О.В, Трикоз І.В. Механізм реалізації державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. *Часопис економічних реформ*. 2013. № 4. С. 33-39.
64. Жук М. В. Регіональна економіка: підручник. Київ: ВЦ «Академія», 2008. 416 с
65. Чечель О.М. Принципи та механізм державного регулювання економіки. *Вісник АМСУ. Серія : Державне управління*. 2013. № 2 (9). С. 103–111.
66. Блинов В. Г., Блинова В. В. Соотношение публичных и частных начал в институтах предпринимательского права. *Oeconomia et Jus*. 2018. № 1. С. 42–53.
67. Вайпан В. А. Теория справедливости: право и экономика. М. : Юстицинформ, 2017. 280 с.

68. Піхняк Т.А. Проблеми механізму державного регулювання економічного зростання. URL: http://www.nbu.gov.ua/portal/soc_gum/Znphktei/2011_1/statti/pixnyak/pixnyak.htm (дата звернення: 20.08.2018).
69. Радченко О.В. Категорія «механізм» у системі державного управління. *Держава та регіони. Серія : Державне управління*. 2009. № 3. С. 64–69.
70. Бачинський А.Я. Механізми державного регулювання підприємницької діяльності в Україні. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія : Державне управління*. 2018. Т. 29 (68), № 2. С. 52–55.
71. Ковбасюк Ю.В., Бакуменко В. Д. Державне регулювання в умовах ринкової економіки. *Енциклопедія державного управління : у 8 т. / наук.-ред. колегія : Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. Київ : НАДУ, 2011. С. 153–154.*
72. Латинін М.А. Аграрний сектор економіки України: механізми державного регулювання: монографія. Харків: Вид-во ХарРІ НАДУ «Магістр», 418 2006. 320 с
73. Вакулич М.М. Організаційно-економічний механізм державного регулювання інвестиційного клімату. *Академічний огляд*. 2014. № 1. С. 41–49.
74. Клинова М.В. Государство и частный капитал в поисках прагматичного взаимодействия. М. : ИМЭМО РАН, 2009. 122 с.
75. Бакуменко В.Д., Кравченко С.О., Туленков М.В. Методи державного управління. *Енциклопедія державного управління: у 8 т. Київ: НАДУ, 2011. Т. 2 С. 7–16*
76. Круглов В. В. Особливості механізмів державного регулювання розвитку державно-приватного партнерства в Україні. *Право та державне управління*. 2018. № 3 (32), т. 2. С. 53–59
77. Barr DA. Ethics in public health research: a research protocol to evaluate the effectiveness of public-private partnerships as a means to improve health and welfare systems worldwide. *Am J Public Health*. 2007 Jan;97(1):19-25

78. Barrows D. et al. Public Private Partnerships In Canadian Healthcare: A Case Study Of The Brampton Civic Hospital. OECD journal on budgeting. 2012. № 12 (1). P. 1–14
79. Brugha R. Global Health Initiatives and Public Health Policy. International Encyclopedia of Public Health. Oxford : Academic Press, 2008. P. 72–81.
80. Hodge G. A. The risky business of public-private partnerships. Australian journal of public administration. 2004. № 63 (4). P. 37–49.
81. Alonazi W. B. Exploring shared risks through public-private partnerships in public health programs: a mixed method. BMC public health. 2017. № 17 (1). P. 571– 577.
82. Бондаренко Д. Що необхідно для вдосконалення інституційного та правового забезпечення підготовки і реалізації проектів ДПП в Україні? URL: https://jurliga.ligazakon.net/experts/106/401_shcho-neobkhdno-dlyavdoskonalennya-nstitutsynogo-ta-pravovogo-zabezpechennya-pdgotovki--realzatsproektv-dpp-v-ukran.
83. Мазурок О.В. Державно-приватне партнерство як засіб підвищення ефективності системи охорони здоров'я. *Державне будівництво*. 2016. № 2. С. 1-10.
84. Public-Private Partnerships Reference Guide / World Bank, Public Private Infrastructure Advisory Facility. Version 1.0., 2012. 230 p.
85. The Guide to Guidance How to Prepare, Procure and Deliver PPP Projects / European PPP Expertise Centre, 2011. 71 p.
86. Blanken A., Dewulf G. PPPs in Health: Static or Dynamic? *Australian journal of public administration*. 2010. № 69 (1). P. 35–47.
87. Вовк С.М. Механізми державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я: дис. ... д.держ.упр.: 25.00.02. Маріуполь, 2019. 465 с.
88. Комарницька Г.О. Вітчизняний досвід державно-приватного партнерства в умовах розвитку інвестиційно-інноваційної діяльності. Причорноморські економічні студії. 2019. № 44. С. 43-48.

89. Public-Private Partnership Agency. URL: <https://pppagency.me.gov.ua/>.
90. Косач І. А., Дегтярьов А. В. Розвиток державно-приватного партнерства в умовах децентралізації влади в Україні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2020. № 3. URL: <https://pressroom.ifc.org/all/pages/PressDetail.aspx?ID=26562>.
91. International Finance Corporation. <https://pressroom.ifc.org/all/pages/PressDetail.aspx?ID=26562>.
92. Стан здійснення ДПП в Україні. Міністерство економічного розвитку і торгівлі України: веб-сайт. URL: <https://www.me.gov.ua/Documents/Detail?lang=uk-UA&id=9fc90c5e-2f7b-44b2-8bf1-1ffb7ee1be26&title=StanZdiisnenniaDppVUkraini&isSpecial=true>
93. Сисоєнко І. Коли ДПП стане реальністю в українській медицині? URL: <https://www.vz.kiev.ua/chomu-derzhavno-pryvatne-partnerstvo-omunayevitchyznyanu-sferu-ohorony-zdorov-ya/>.
94. Пакулін С.Л., Ципкін Ю.А., Пакуліна А.А. Розвиток державно-приватного партнерства в регіоні в умовах уповільнення темпів глобалізації економіки. *Траектория науки*. 2017. № 1, Т. 3. С. 4.16.
95. Малін О.Л. Аналіз розвитку державно-приватного партнерства в Україні та світі: якісні зміни та головні тренди 2020 року: Аналітичний звіт. Одеса, 2020. 31 с. URL: https://economics.net.ua/files/analytics/2020_MOL.pdf.
96. Марчук В. ДПП в інфраструктурі: чи варто очікувати зміни на краще? URL: <https://home.kpmg/ua/uk/home/media/press-releases/2021/05/dpp-v-infrastrukturi.html>.
97. Private Participation in Infrastructure Projects Database. The World Bank Group. URL: <https://niss.gov.ua/sites/default/files/2013-02/evro2012.pdf>.
98. Гук А. Секторальний огляд з ДПП: охорона здоров'я. 2015. 20 с.
99. Державно-приватне партнерство в медичній галузі України: реалії та перспективи. URL: <https://rpr.org.ua/news/derzhavno-pryvatne-partnerstvo-v-medychniy-haluzi-ukraini-realii-ta-perspektyvy/>.
100. Медичний Центр «NOVO». URL: <https://www.novo.lviv.ua/>.

101. Кацура С.М. Проблеми і перспективи формування інноваційної економіки України. Донецьк: Юго-Восток, 2008. 304 с.
102. Універсальна клініка «Оберіг». URL: <https://oberig.ua/>.
103. Шпак Ю., Транш для Ескулапа: як і де бізнес може вкластися в охорону здоров'я. Якими є виклики та можливості державно-приватного партнерства в українській медицині. 2021. URL: <https://mind.ua/publications/20224759-transh-dlya-eskulapa-yak-i-de-biznes-mozhe-vklastisya-v-ohoronu-zdorov-ya>.
104. Сисоєнко І. Коли ДПП стане реальністю в українській медицині? URL: <https://www.vz.kiev.ua/chomu-derzhavno-pryvatne-partnerstvo-omynaye-vitchyznyanu-sferu-ohorony-zdorov-ya/>.
105. Радуцький М. Чому в Україні лише два «медичні» концесійні проєкти? Що потрібно для залучення інвесторів у медичну галузь на умовах концесії. *Економічна правда*. 2021. URL: <https://www.epravda.com.ua/columns/2021/01/11/669840/>.
106. Попова Т., Гавкалова Н. Публічно-приватне партнерство в галузі охорони здоров'я. *Економічний аналіз*, 2021. Том 31. № 2. С. 126-135 с
107. Розпорядження Кабінету Міністрів від 16 грудня 2020 р № 1581-р «Про затвердження переліку пріоритетних для держави інвестиційних проєктів до 2023 року» URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennya-pereliku-prioritetnih-dlya-derzhavi-investicijnih-proektiv-do-2023-roku-i161220-1581>.
108. Вовк С.М. Медичний кластер – універсальний механізм управління. *Сучасні проблеми державного управління в умовах системних змін. Серія «Державне управління»*. 2016. Том XVII, Випуск 298. С. 110–117
109. Н. М. Ткачова. Напрями реформування державної політики в сфері охорони здоров'я. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/8_2018/19.pdf.
110. Круглов В.В. Ризики проєктів державно-приватного партнерства. *Вчені записки ТНУ ім. ВІ Вернадського*. 2018. URL: <https://www.researchgate.net/profile/Vitalij-Kruglov/publication/343769527...>

111. Мартякова О.В., Трикоз І.В.. Державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я. *Вісник Бердянського університету менеджменту і бізнесу*. 2011. № 1 (13). С. 37-43.

112. Павлюк К.В, Павлюк С.М. Сутність і роль державно-приватного партнерства в соціально-економічному розвитку держави. *Наукові праці Кіровоградського національного технічного університету. Економічні науки*. 2010. № 17. С. 10-19

113. Buse K., Harmer A. M. Seven Habits of Highly Effective Global PublicPrivate Health Partnerships: Practice and Potential. *Social Science & Medicine*. 2007. № 64 (2). P. 259–271.

114. Круглов В. В. Державно-приватне партнерство в секторі охорони здоров'я. *Публічне управління і адміністрування в Україні : наук. журн. / Причорномор. НДІ економіки та інновацій*. Одеса, 2018. № 3. С. 61–64.

115. Risk Management (August 2002). Public Private Partnerships Guidance Manual – Queensland Government State Development. URL: www.sd.qld.gov.au.

116. Козак Л., Ніжнік А. Аналіз ризиків у проектах державно-приватного партнерства. *Економіка та суспільство*, 2021. № 27. URL: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2021-27-35>.

117. Смит М. Проекты ЧГП: риск потери репутации и роль стратегических связей с общественностью. *Частногосударственное партнерство в России: финансирование проектов в условиях международной конкуренции : материалы междунар. конф. – М. : ЗАО “КПИМГ”, 2007. – 98 с.*

118. Национальный доклад “Риски бизнеса в частно-государственном партнерстве”. М: Ассоциация Менеджеров, 2007. – 116 с.

119. Постанова Кабінету Міністрів України “Про затвердження Методики виявлення ризиків, пов'язаних з державно-приватним партнерством, їх оцінки та визначення форми управління ними” від 16.02.2011 р. № 232. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/232-2011-%D0%BF>.

120. Nizhnik A.A. Risks of realization of investment projects of road-transport complex based on public-private partnership. *Economics and management on transport*, 2018. № 6, 35–38 pp.

121. Chinyio E., Fergusson A. Construction perspective on risk management in public-private partnerships. *Blackwell publishing*. 2003. URL: https://www.researchgate.net/publication/260267473_Risk_management_practice_in_China's_Public-Private_Partnership_projects

122. Тараш Л.І., Петрова І.П. Узагальнення практики використання форм державно-приватного партнерства. *Вісник економічної науки України*. 2015. № 2 (29). С. 97-103.

123. The Role of Public-Private Partnerships in Health Systems Strengthening: Workshop Summary. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, Institute of Medicine, Board on Global Health, Forum on Public-Private Partnerships for Global Health and Safety National Academies Press, 2016. 126 p.

124. Valaguzza S., Parisi E. Public Private Partnerships: Governing Common Interests. *Edward Elgar Publishing*, 2020. 256 p.

125. Варнавський В.Г. Журнал «Управління охороною здоров'я», 010- 1-Ш6, С. 9.

126. Курділь Н.В. Державно-приватне партнерство в охороні здоров'я України: перспективи швидкого розвитку інфраструктури закладів екстреної медичної допомоги. МНС. 2013. №2 (49). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/derzhavno-privatne-partnerstvo-v-ohoroni-zdorovya-ukrayini-perspektivi-shvidkogo-rozvitku-infrastrukturi-zakladiv-ekstrenoyi>.

127. The canadian Council for Public-Private Partnerships. URL: <http://www.pppcouncil.ca>.

128. Caselli S., Corbetta G., Vecchi V. Public Private Partnerships for Infrastructure and Business Development: Principles, Practices, and Perspectives. Palgrave Macmillan, 2015. 352 p.

129. Bogdanowicz P., Caranta R., Telles P. Public-Private Partnerships and Concessions in the EU: An Unfinished Legislative Framework. Edward Elgar Publishing, 2020. 240 p.

130. Federal Budget Code of 19 August 1969 (Federal Law Gazette I, p. 1284), as most recently amended by Article 4 of the Act of 31 July 2009.

131. Варнавський В.Г. Нова концепція державно-частного партнерства в Великобританії. *Мирова економіка і міжнародні відносини*. 2014. № 8. С. 67-75.

132. Bovaird T. Public Private Partnerships: from Contested Concepts to Prevalent Practice. *International Review of Administrative Sciences*. 2004. № 71(2). 199-215 p.

133. Public Private Partnerships: The Government's Approach. Great Britain. Treasury. Stationery Office, 2000. 49 p.

134. Stevens H., Goldman M. Public Private Partnerships as Drivers of Innovation in Healthcare. *Frontiers Media SA*, 2020. 107 p.

135. Willis E., Reynolds L., Keleher H. Understanding the Australian Health Care System – E-Book. *Elsevier Health Sciences*, 2012. 444 p.

136. Organization and Financing of Public Health Services in Europe. Who Regional Office for Europe. *World Health Organization*, 2018. 167 p.

137. Надточій А.О. Напрями реформування організаційно-економічного механізму функціонування системи охорони здоров'я в Україні. *Теорія та практика державного управління*. 2013. № 4. С. 152- 160

138. Creating Markets in Ukraine: Country Private Sector Diagnostic Doubling Down on Reform: Building Ukraine's New Economy January 2021. URL: <https://www.ifc.org/wps/wcm/connect/fbb356dd-8363-42c6-9d72-f609c4f9b9c0/CPSD-Ukraine.pdf?MOD=AJPERES&CVID=ns.UNH8>.