

**ВІННИЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ МИХАЙЛА КОЦЮБИНСЬКОГО**

**ФАКУЛЬТЕТ ПРАВА, ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ
ТА МЕНЕДЖМЕНТУ**

КАФЕДРА ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ТА МЕНЕДЖМЕНТУ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**на тему: «ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНЕ ПАРТНЕРСТВО У ФОРМУВАННІ
КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ»**

Студента 2 курсу

Освітньої програми:

Публічне управління та адміністрування

Спеціальності:

281 Публічне управління та адміністрування

Галузі знань:

28 Публічне управління та адміністрування

Ступеня вищої освіти: магістр

Танасієнка Ярослава Федоровича

Використання чужих ідей,
результатів і текстів мають
посилання на відповідне джерело

(підпис)

(ініціали, прізвище)

Науковий керівник:

доктор наук з державного управління, професор

Лазор Оксана Дмитрівна

Розширена шкала _____

Кількість балів: _____ Оцінка: ECTS _____

Голова комісії _____

(підпис)

(ініціали, прізвище)

Члени комісії _____

(підпис)

(ініціали, прізвище)

(підпис)

(ініціали, прізвище)

(підпис)

(ініціали, прізвище)

м. Вінниця 2024 р.

АНОТАЦІЯ

Танасієнко Я. Державно-приватне партнерство у формуванні конкурентоспроможності надання медичних послуг. 281 Публічне управління та адміністрування. Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського, м. Вінниця, 2024 р.

Об'єктом дослідження є надання медичних послуг.

Предметом дослідження державно-приватне партнерство у формуванні конкурентоспроможності надання медичних послуг.

Метою дослідження є системне дослідження державно-приватного партнерства у сфері медичного обслуговування населення України та обґрунтування комплексу теоретичних і практичних підходів до визначення місця та ролі державно-приватного партнерства в реалізації економічного та соціально-культурного розвитку України на прикладі розбудови системи охорони здоров'я.

Магістерська робота присвячена дослідженню державно-приватного партнерства (ДПП) як комплексної форми співпраці між державним і приватним секторами, спрямованої на реалізацію спільних проектів у сфері охорони здоров'я. Визначено, що ДПП є ключовим механізмом для залучення інвестицій, стимулювання інноваційного розвитку, підвищення якості та доступності медичних послуг.

Проаналізовано основні характеристики ДПП, включаючи взаємовигідність, розподіл ризиків і довгостроковий характер співпраці. Розроблено класифікацію форм ДПП, серед яких концесії, державно-приватні угоди в будівництві, управлінні та фінансуванні медичних об'єктів, а також створення спільних підприємств.

Встановлено, що законодавче регулювання ДПП в Україні перебуває на стадії розвитку. Виявлено прогалини у правових актах, що ускладнюють реалізацію проектів у медичному секторі. Досліджено європейський досвід успішного впровадження ДПП у сфері охорони здоров'я, зокрема чіткий

розподіл ризиків, залучення приватного капіталу до створення сучасної інфраструктури та інноваційні технології.

Оцінка стану ДПП в Україні виявила низький рівень реалізації проектів через обмежене фінансування, нормативно-правові бар'єри та недостатній інтерес приватного сектора. Сформульовано рекомендації щодо впровадження пілотних проектів, зокрема в телемедицині, оснащенні медичних закладів сучасним обладнанням та розвитку механізмів прозорого відбору приватних партнерів.

Розроблено пропозиції з удосконалення нормативно-правової бази, спрощення адміністративних процедур, створення механізмів моніторингу та оцінки ефективності проектів ДПП, а також активізації інформування суспільства та інвесторів. Наголошено на необхідності адаптації кращих світових практик до українських умов для розкриття потенціалу ДПП у сфері охорони здоров'я.

Результати дослідження підтверджують значний потенціал ДПП для реформування медичної галузі в Україні за умови вирішення існуючих проблем.

Ключові слова: державно-приватне партнерство, медична реформа, сфера охорони здоров'я, зарубіжний досвід.

SUMMARY

Tanasiienko Y. Public-private partnership in the formation of competitiveness of medical services . 281 Public management and administration. Vinnytsia Mykhailo Kotsiubynskyi State Pedagogical University, Vinnytsia, 2024.

The object of research is public-private partnership in the formation of competitiveness of health care services.

The subject of the study is the implementation of public-private partnership in the formation of competitiveness of health care services.

The purpose of the study is a systematic study of public-private partnership in the implementation of economic, social and cultural development of Ukraine (on the example of health care) and substantiation of a set of theoretical and practical approaches to determining the place and role of public-private partnership in the implementation of economic, social and cultural development of Ukraine on the example of health care system development.

The master's thesis is devoted to the study of public-private partnerships (PPP) as a comprehensive form of collaboration between the public and private sectors aimed at implementing joint projects in the healthcare sector. It has been determined that PPP is a key mechanism for attracting investment, stimulating innovative development, and improving the quality and accessibility of medical services.

The main characteristics of PPP, including mutual benefit, risk allocation, and the long-term nature of collaboration, have been analyzed. A classification of PPP forms has been developed, including concessions, public-private agreements in the construction, management, and financing of medical facilities, as well as the creation of joint ventures.

It has been established that the legislative regulation of PPP in Ukraine is in a developmental stage. Gaps in legal acts have been identified, complicating the implementation of projects in the medical sector. Successful European experiences in implementing PPP in healthcare have been studied, particularly the clear distribution of risks, the involvement of private capital in the creation of modern infrastructure, and the application of innovative technologies.

The assessment of the current state of PPP in Ukraine revealed a low level of project implementation due to limited funding, legal barriers, and insufficient interest from the private sector. Recommendations have been formulated for implementing pilot projects, particularly in telemedicine, equipping medical institutions with modern equipment, and developing mechanisms for the transparent selection of private partners.

Proposals have been developed to improve the regulatory framework, simplify administrative procedures, create mechanisms for monitoring and evaluating the effectiveness of PPP projects, and increase public and investor awareness. Emphasis is placed on the need to adapt best international practices to Ukrainian conditions to unlock the potential of PPP in healthcare.

The study results confirm the significant potential of PPP for reforming the healthcare sector in Ukraine, provided existing issues are addressed.

Keywords: public-private partnership, healthcare reform, healthcare sector, foreign experience.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	8
РОЗДІЛ 1.ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА В УКРАЇНІ У ФОРМУВАННІ КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ.....	15
1.1.Поняття державно-приватне партнерство.Ознаки та форми державно-приватного партнерства.....	15
1.2. Нормативно-правове регулювання та цільові орієнтири державно-приватного партнерства в Україні.....	20
РОЗДІЛ 2. РЕАЛІЗАЦІЯ ПРОЕКТІВ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА В ПРОЦЕСІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ УКРАЇНСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ. ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД.....	24
2.1. Зарубіжний досвід реалізації програм державно-приватного партнерства у сфері медицини.....	24
2.2.Реалізація проектів державно-приватного партнерства в Україні.....	41
2.3. Проблеми та перспективи розвитку державно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я в Україні.....	45
РОЗДІЛ 3. ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА В ПРОЦЕСІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НАСЕЛЕННЮ ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАД.....	53
3.1. Форми державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я в Україні	53
3.2.Методи підвищення ефективності державно-приватного партнерства у реалізації програм медичного обслуговування населення територіальних громад.....	59

3.3.Економічні аспекти надання медичних послуг населенню в умовах ринкових відносин.....	66
3.4.Організаційно-правові аспекти підвищення ефективності проєктів державно-приватного партнерства у сфері медичного обслуговування.....	72
ВИСНОВКИ.....	79
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ.....	81
ДОДАТКИ.....	89

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Головним завданням сучасного етапу розвитку України є модернізація економіки країни з метою підвищення

її конкурентоспроможності і стійкості перед викликами сучасності. Економічна модернізація вимагає переозброєння основних галузей промисловості, випереджального розвитку інфраструктури всіх видів, створення сучасних виробництв і будівництва нових об'єктів соціального сектора. Міжнародний досвід показав, що переведення економіки на шлях модернізації неможливо здійснити із залученням лише державних ресурсів. Вирішення зазначеної проблеми можливе тільки на підґрунті об'єднання зусиль держави і приватного бізнесу, що у світовій практиці реалізується в рамках інституту державно-приватного партнерства (далі - ДПП).

Питання співпраці держави з приватними підприємцями беруть початок у взаємодії двох основних суб'єктів ринкової економіки ще з найперших держав. Однак державно-приватне партнерство стало переважною формою такої співпраці з кінця ХХ – початку ХХІ ст. Про значимість взаємодії державного і приватного капіталу йдеться у наукових працях сучасних вчених, які наголошують, що державно-приватне партнерство диктується змінами сучасної картини світу, умов господарювання – посиленням глобальної конкуренції та ризиків, з одного боку, і наростанням диспропорцій у світовій економіці – з іншого. Унаслідок синергії названих факторів розширюються масштаби й удосконалюються форми партнерства держави і приватного бізнесу.

Ефективне державно-приватне партнерство являє собою складову інтенсифікації розвитку продуктивних сил. Разом з тим, взаємодія держави з приватними підприємцями, створення стійких партнерських відносин між ними ускладнюється недостатньою пропрацьованістю економічно-інституційних основ цієї взаємодії, питань перерозподілу прав власності, які виникають у процесі реалізації проектів у рамках відносин державно-приватного партнерства, поспішністю прийняття адміністративних рішень щодо створення ДПП без докладного опрацювання його моделі і механізму. Нечітке уявлення про фінансові джерела, потенційні ризики й очікувану ефективність від реалізації проектів у ряді випадків призводять до

неефективного використання державних ресурсів і втрати бізнесом зацікавленості в участі у ДПП.

Тому існує нагальна потреба теоретичного осмислення проблем, які виникають у процесі функціонування механізму державно-приватного партнерства, майнових відносин, специфічних проблем управління об'єктами власності в рамках ДПП і їх відчуження, здійснюваного в тісному зв'язку з дослідженням фінансового механізму, джерел фінансування, форм і процесу фінансового забезпечення державно-приватного партнерства, розподілу майнових боргових зобов'язань і відповідних їм прав і відповідальності, виникаючих ризиків, критеріїв оцінки реальних фінансових і соціальних результатів ДПП.

Як свідчить досвід зарубіжних країн, найбільша частка таких проєктів реалізується у сфері охорони здоров'я, що сприяє підвищенню якості надаваних населенню медичних послуг.

Гостра необхідність підвищення ефективності партнерства держави і приватного сектора у сфері медичного обслуговування населення України обумовлює постійний інтерес дослідників до цієї проблеми.

Об'єкт дослідження – Надання медичних послуг.

Предмет дослідження – реалізація державно приватного партнерства у формуванні конкурентоспроможності надання медичних послуг.

Метою наукової роботи Метою дослідження є обґрунтування теоретичних засад, розробка методологічних підходів і формування практичних рекомендацій щодо впровадження механізмів державно-приватного партнерства (ДПП) у сфері надання медичних послуг. Дослідження спрямоване на створення конкурентоспроможної моделі організації медичного обслуговування, яка забезпечуватиме високу якість, доступність та ефективність послуг для населення в умовах сучасних соціально-економічних викликів.

У межах роботи передбачається:

1. Вивчення та узагальнення світового досвіду застосування ДПП у сфері охорони здоров'я для адаптації успішних практик до національного контексту.
2. Аналіз існуючого стану та проблематики впровадження ДПП у медичній сфері України.
3. Розробка моделей взаємодії державного та приватного секторів для оптимального використання фінансових, матеріальних та людських ресурсів.
4. Оцінка впливу ДПП на конкурентоспроможність медичних послуг за критеріями якості, інноваційності, економічної ефективності та доступності для різних верств населення.
5. Визначення механізмів державної підтримки та регулювання ДПП у сфері охорони здоров'я, які сприятимуть залученню інвестицій, впровадженню сучасних технологій та покращенню управління медичними закладами.

Результати дослідження мають бути спрямовані на формування комплексного підходу до розвитку партнерства між державою та приватним сектором, що сприятиме розбудові стійкої, інноваційної та соціально орієнтованої системи охорони здоров'я.

Задля досягнення мети дослідження, було поставлено наступні **завдання:**

Завдання магістерської роботи:

1. Розкрити сутність поняття «державно-приватне партнерство» (ДПП) та його значення у формуванні конкурентоспроможності надання медичних послуг.
2. Дослідити ознаки та класифікувати основні форми державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я.
3. Провести аналіз нормативно-правової бази України, яка регулює механізми державно-приватного партнерства, з акцентом на специфіку медичного сектору.

4. Вивчити зарубіжний досвід реалізації проектів ДПП у сфері медичного обслуговування, зокрема щодо створення сучасної медичної інфраструктури та впровадження інноваційних технологій.
5. Оцінити поточний стан і перспективи реалізації проектів державно-приватного партнерства в Україні у сфері охорони здоров'я.
6. Визначити ключові проблеми, що перешкоджають ефективній реалізації проектів ДПП у медичній сфері України.
7. Розробити практичні рекомендації щодо вдосконалення механізмів державно-приватного партнерства для підвищення якості, доступності та конкурентоспроможності медичних послуг.
8. Запропонувати організаційно-правові форми взаємодії державного та приватного секторів для покращення ефективності реалізації проектів ДПП у територіальних громадах.
9. Сформулювати економічні та управлінські інструменти для підвищення ефективності надання медичних послуг на основі державно-приватного партнерства.
10. Розробити рекомендації для органів державної влади та місцевого самоврядування щодо залучення інвестицій у медичну сферу через механізми ДПП.

Методи дослідження. Для досягнення поставлених завдань використано комплекс теоретичних і практичних методів:

- Теоретичні методи: аналіз, синтез, порівняння, узагальнення, моделювання – для визначення сутності, форм і механізмів ДПП.
- Емпіричні методи: аналіз статистичних даних, кейс-стаді (дослідження конкретних прикладів проектів ДПП).
- Порівняльний аналіз: для вивчення зарубіжного досвіду та оцінки його адаптації в умовах України.
- Економіко-математичні методи: для оцінки ефективності реалізованих проектів у сфері медичних послуг.

Результати роботи можуть бути корисними для органів державної влади, місцевого самоврядування, а також представників приватного сектору, зацікавлених у реалізації спільних проектів у сфері охорони здоров'я.

Наукова новизна магістерської роботи полягає у дослідженні та подальшому розвитку теоретичних засад публічно-приватного партнерства в контексті децентралізації та реформування медичної сфери України. Положення наукової роботи, що визначають її наукову новизну і виносяться на захист, полягають у розробці рекомендацій щодо шляхів підвищення ефективності державно-приватного партнерства в ході реалізації програм медичного обслуговування українського населення. Автором обґрунтована пріоритетність орієнтації програм державноприватного партнерства у напрямку створення та/або оснащення сучасним обладнанням клініко-діагностичних лабораторій (КДЛ) за умови об'єднання зусиль держави, органів місцевого самоврядування та приватного сектору в реалізації проектів розвитку телемедицини; запропоновані конкретні форми державно-приватного партнерства для реалізації вказаних у роботі заходів підвищення ефективності медичного обслуговування населення територіальних громад.

Практичне значення дослідження державно-приватного партнерства (ДПП) у формуванні конкурентоспроможності надання медичних послуг має важливе практичне значення для реформування медичної галузі в Україні. Результати дослідження можуть бути застосовані в напрямках розробки та впровадження пілотних проектів ДПП у сфері охорони здоров'я, включаючи створення сучасних діагностичних центрів, впровадження телемедицини та оновлення матеріально-технічної бази медичних закладів за рахунок приватних інвестицій, оптимізація правового регулювання ДПП у медичному секторі через вдосконалення законодавства. Рекомендації щодо розробки прозорих механізмів вибору приватних партнерів і укладання договорів сприятимуть підвищенню ефективності партнерських проектів, розвиток місцевого самоврядування в умовах децентралізації, зокрема створення умов для територіальних громад щодо ініціювання та реалізації проектів ДПП з

орієнтацією на потреби місцевого населення, запровадження системи моніторингу та оцінки ефективності ДПП, що дозволить забезпечити прозорість реалізації проектів, раціональне використання ресурсів і підвищення довіри до таких ініціатив з боку громадськості та інвесторів.

Апробація. Результати дослідження знайшли своє відображення у доповідях на:

1.ІІІ Всеукраїнській науково-практичній конференції «Забезпечення прав людини: національні та міжнародні виміри». Тема доповіді: «Основні напрями удосконалення організації надання третинної медичної допомоги в Україні»;

2.Круглому столі «Глобальні тенденції та національні особливості публічного управління та адміністрування». Тема доповіді «Основні напрями удосконалення системи надання первинної медичної допомоги в Україні»;

3.Круглому столі ВДПУ факультету права, публічного управління та менеджменту «Філософсько-методологічні та гносеологічні проблеми публічного управління» (до 301-річниці з дня народження Г.Сковороди). Тема доповіді: «Наукові підходи дослідження системи надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги».

Публікації. Матеріали дослідження опубліковано в таких статтях:

1.Танасієнко Я.Ф. Основні напрями удосконалення організації надання третинної медичної допомоги в Україні // Збірник матеріалів ІІІ Всеукраїнської науково-практичної конференції «Забезпечення прав людини: національні та міжнародні виміри». с.199-205.

2.Танасієнко Я.Ф.Основні напрями удосконалення системи надання первинної медичної допомоги в Україні //Збірник матеріалів «Круглого столу» «Глобальні тенденції та національні особливості публічного управління та адміністрування» 22 грудня 2023 р. Вінниця: ТОВ «Друк», 2024.

3. Танасієнко Я.Ф. Наукові підходи дослідження системи надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги // Збірник матеріалів Круглого столу ВДПУ факультету права, публічного управління та

менеджменту «Філософсько-методологічні та гносеологічні проблеми публічного управління» (до 301-ї річниці з дня народження Г.Сковороди).

Структура роботи обумовлена метою та завданням дослідження. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку джерел та літератури, додатків. Список використаних джерел та літератури нараховує 61 позицію.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА В УКРАЇНІ У ФОРМУВАННІ КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

1.1. Поняття державно-приватне партнерство. Ознаки та форми державно-приватного партнерства

Дослідження державно-приватного партнерства є важливим напрямом соціально-економічного розвитку країн. Більшість країн, де державні органи співпрацюють з бізнесом, активно сприяють розвитку державно-приватного партнерства на законодавчому рівні. Організація економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР) визначає державно-приватне партнерство як «довгострокові партнерські угоди між урядами та приватними партнерами, в яких приватні партнери використовують основні фонди для надання державних послуг, залучення коштів та розподілу ризиків». Зелена книга Європейської Комісії про державно-приватне партнерство визначає державно-приватне партнерство як «форму співпраці між органами державної влади та бізнес-спільнотою для фінансування, будівництва, реконструкції, управління, обслуговування та надання послуг в галузі інфраструктури». Згідно з документом, державно-приватне партнерство включає: відносно тривалу тривалість партнерських відносин; узгоджений між сторонами метод фінансування проекту (частково комплексна угода за участю приватного сектору і частково держави); важливість ролі керівного органу, залученого на різних стадіях проекту; чотири елементи розподілу ризиків. чотири елементи розподілу ризиків. Відповідно до Закону, державний суб'єкт є суб'єктом державного фінансового сектору в розумінні положень про державні фінанси.

Державний сектор є ініціатором та замовником бізнес- та інвестиційних проектів, а приватний - їх виконавцем. Державно-приватне партнерство має довгу історію розвитку. Не маючи змоги самотійно досягти своїх економічних, політичних та інших цілей, держава шукала участі приватного сектору, який брав на себе частину функцій держави за певну плату. У різні історичні періоди виникали оригінальні форми державно-приватного партнерства, такі як відкуп, каперство, найманство та концесії.

Сьогодні в рамках державно-приватного партнерства використовуються сучасні форми концесій для залучення приватних інвестицій в національну економіку. Враховуючи дослідження природи державно-приватного партнерства та його історичного становлення, можна виділити три основні

чинники, які зумовили розвиток партнерської форми: по-перше, потреба держави в ресурсах та інвестиціях для розвитку економіки; по-друге, необхідність вирішення інфраструктурних проблем; по-третє, мобільність та широкі можливості для бізнесу. Крім того, основними передумовами виникнення та розвитку державно-приватного партнерства є: об'єднання зусиль державних і приватних партнерів для досягнення спільних цілей; задоволення потреб суспільства та досягнення інтересів держави і бізнесу через спільне фінансування та розвиток об'єктів суспільного користування; делегування державою певних повноважень приватним суб'єктам та довгостроковий розподіл ризиків та відповідальності між державою та приватним сектором на засадах партнерства; наявність законодавчої бази для забезпечення державно-приватного партнерства. Ці передумови для державно-приватного партнерства сформували певні характеристики та форми.

Тривалий історичний досвід дозволяє розглядати різні ознаки та форми державно-приватного партнерства. Відповідно до українського законодавства, функціонування державно-приватного партнерства характеризується такими ознаками: «1) створення та/або будівництво (нове будівництво, реконструкція, реставрація, капітальний ремонт, технічне переоснащення) об'єктів державно-приватного партнерства та/або управління (використання, експлуатація, утримання) такими об'єктами, 2) тривалість відносин (від 5 до 50 років); 3) передача приватному партнеру частини ризиків у процесі здійснення державно-приватного партнерства; 4) внесення приватним партнером інвестицій в об'єкт державно-приватного партнерства. На нашу думку, Закон України «Про державно-приватне партнерство» не в повній мірі визначає ознаки співпраці між державою та приватним сектором.

Ці ознаки доцільно доповнити іншими ознаками, виходячи з огляду літератури. Наприклад, науковці пропонують враховувати наступні ознаки, які відрізняють проекти державно-приватного партнерства від інших відносин між державою та бізнесом. «реалізація проектів, що становлять значний

суспільний інтерес; реалізація проектів на конкурсній основі, коли для відбору приватних партнерів використовуються тендери; розподіл обов'язків між державним і приватним партнерами, тобто державний партнер зосереджується на встановленні цілей, якості послуг, цінній політиці та моніторингу реалізації проекту а приватний партнер виконує регуляторні та координаційні функції, тобто коли приватний партнер безпосередньо реалізує проект» [9].

До наведених вище характеристик державно-приватного партнерства слід додати такі моменти: наявність як державного, так і приватного партнерів на обов'язковій основі; соціальна значущість проектів, що реалізуються в рамках державно-приватного партнерства; тимчасовий характер взаємовідносин між сторонами в рамках конкретного партнерського проекту тимчасовий характер відносин між сторонами в рамках конкретного партнерського проекту; використання переваг приватного сектору при реалізації проектів у межах адміністративно-територіальної одиниці; індивідуальний характер проектів державно-приватного партнерства та їх регулювання і правового контролю. Вищезазначені характеристики державно-приватного партнерства дозволяють ідентифікувати та виокремити відносини, які уможливають реалізацію національно значущих та соціально значущих проектів у рамках державно-приватного співіснування [8]. Далі розглянемо форми державно-приватного партнерства. Чинне законодавство України не містить достатньо чіткого визначення державно-приватного партнерства. Допускається будь-яка форма взаємодії на основі договору (або іншої угоди).

У зв'язку з цим при ідентифікації інших договорів доцільно посилатися на ознаки відповідності механізму державно-приватного партнерства. Слід зазначити, що державно-приватне партнерство може також включати інші форми спільного фінансування проектів між державним і приватним партнерами, такі як договори оренди та лізингу, договори про управління державним майном, угоди про розподіл продукції, контракти та державні

замовлення. Чинна редакція Закону України «Про державно-приватне партнерство» не включає ці договори, але, виходячи з природи таких договорів, їх можна класифікувати як форму державно-приватного партнерства [43].

У більшості країн, де проекти реалізуються на засадах державно-приватного партнерства, найчастіше укладаються договори концесії. В принципі, закон встановлює чіткі процедури та умови відбору концесіонерів, регулювання концесійних відносин, їх правову визначеність та специфіку концесійних проектів. «Концесія - це форма державно-приватного партнерства, за якої створення та/або будівництво (нове будівництво, реконструкція, ремонт, капітальний ремонт, технічне переоснащення) та/або управління (користування, у тому числі об'єктом концесії в порядку та на умовах, передбачених концесійним договором) об'єктом концесії здійснюється за рахунок коштів концесіонера. Надання концесіонеру права на будівництво та/або реконструкцію (нове будівництво, реконструкцію, капітальний ремонт, технічне переоснащення) та/або управління (використання, експлуатацію, утримання) та/або надання соціально значущих послуг, відповідно до способів та умов, визначених концесійним договором, з подальшою передачею концесіонеру значної частини операційного ризику, що покриває ризик попиту та/або ризик пропозиції Це державно-приватне партнерство, яке передбачає передачу частини концесіонеру».

Відповідно до умов концесії, приватні інвестори отримують у концесію від держави існуючі активи, вкладають у них кошти або створюють нові активи, надають всі або частину суспільно важливих публічних послуг та здійснюють платежі до бюджетів усіх рівнів. При цьому держава в особі відповідних органів влади здійснює контроль за виконанням зобов'язань інвестора та продовжує виконувати частину своїх функцій, не передаючи їх приватному партнеру. Після закінчення терміну дії концесійного договору держава отримує і управляє майном, яке раніше було передано концесіонеру.

Українське законодавство не дає чіткої відповіді на питання, чим відрізняється концесія від інших форм державно-приватного партнерства. Тому основним критерієм при наданні дозволу на реалізацію концесійного проекту, відповідно до Директиви ЄС 2014/23/ЄС, має бути передача економічного ризику концесіонеру [46]. У практиці ЄС при визначенні форми державно-приватного партнерства, передача ризику від публічного суб'єкта до приватного суб'єкта від публічного до приватного суб'єкта береться до уваги як розмежувальний критерій і можна виділити дві групи моделей співпраці: концесії та інші форми. За договором концесії концесіонер (приватний партнер) інвестує в проект на певний період часу, а потім експлуатує інфраструктуру та надає послуги самостійно, на власний ризик і за певну плату.

На додаток до існуючої моделі концесії, Комісія розрізняє договірні та інституційні концесії. Договірні концесії регулюються Директивою ЄС про концесії [38]. Відповідно до неї, партнерство між державним і приватним секторами ґрунтується виключно на договірних відносинах. Ці відносини передбачають гарантовану винагороду приватним операторам за виконану роботу або послуги, надані органами державної влади та/або безпосередніми користувачами. В інституційних концесіях співпраця між державою та приватними партнерами відбувається в рамках певної структури. Ці концесії охоплюють всі форми спільних підприємств між державними та приватними партнерами. Інші види державно-приватного партнерства включають контрактні відносини (операційні та управлінські контракти), контракти на надання послуг, лізингові контракти (оренда інфраструктури) та інвестиційні контракти «під ключ». Ці види державно-приватного партнерства в основному ґрунтуються на тому, що вони передбачають більший ризик і відповідальність з боку державного сектору порівняно з концесійними договорами [39].

Аналіз застосування форм державно-приватного партнерства дозволяє зробити висновок, що найбільш поширеною та законодавчо визначеною

формою є концесія. Недостатньо врегульованими є договори оренди та спільної діяльності. Ці форми доцільно використовувати як механізм залучення приватних інвестицій, якщо проект не передбачає значних капіталовкладень або великого будівництва. Державно-приватне партнерство у формі управління майном також має обмеження у застосуванні. Воно не передбачає плати за управління майном та не враховує великі обсяги інвестування в активи за такими договорами.

Що стосується інвестиційних договорів, то їх застосування у державно-приватних відносинах також не врегульовано належним чином на законодавчому рівні. Це обмежує використання та структурування інвестиційних проектів. Таким чином, можна зробити висновок, що для прийняття рішення про створення та реалізацію проектів на засадах державно-приватного партнерства необхідно враховувати їх особливості та обирати форму, яка забезпечить необхідну ефективність. Різні форми державно-приватного партнерства потребують загальної концепції принципів. Принципи є основою та першою ідеєю для подальшої реалізації проектів державно-приватного партнерства [3, с. 156].

1.2. Нормативно-правове регулювання та цільові орієнтири державно-приватного партнерства в Україні

В Україні нормативно-правова база державно-приватного партнерства базується на системі законів та підзаконних актів, а також міжнародних договорів, ратифікованих Верховною Радою України.

Існує дві групи законів, що регулюють державно-приватне партнерство: Конституція України та Кодекс України. Перша група - це Основний Закон. До неї належать адміністративне, цивільне, кримінальне та адміністративно-процесуальне законодавство України. Ці закони регулюють суспільні відносини в Україні, в тому числі відносини між державою, бізнесом та суспільством. Друга група українських кодексів складається з господарських кодексів, таких як Господарський кодекс України, Податковий кодекс та Земельний кодекс. Ці кодекси регулюють управління об'єктами та проектами

економічних відносин та державно-приватного партнерства. Основними спеціальними законами, що регулюють державно-приватне партнерство в Україні, є Закон України «Про державно-приватне партнерство» та Закон України «Про концесії». Закон України «Про державно-приватне партнерство» встановлює правові, економічні та організаційні засади відносин між державою і приватним сектором, порядок формування та реалізації проектів державно-приватного партнерства та форми їх реалізації. Закон також регулює відносини в рамках державно-приватного партнерства щодо підготовки, укладення та припинення договорів і забезпечує гарантії досягнення інтересів сторін договору, дотримання їхніх прав та виконання зобов'язань. Закон України «Про концесії» визначає концептуальні, правові, фінансові та організаційні засади реалізації проектів на концесійних засадах з метою модернізації інфраструктури та підвищення якості надання суспільно важливих послуг. По суті, цей закон регулює відносини між концесієдавцем і концесіонером щодо реалізації проектів державно-приватного партнерства [44].

Крім законів, нормативно-правова база державно-приватного партнерства включає підзаконні акти, такі як постанови Кабінету Міністрів України (КМУ) та накази міністерств. Основними з них є постанови КМУ «Про деякі питання організації державно-приватного партнерства», «Про затвердження методики розрахунку концесійних платежів», «Про затвердження методики виявлення та оцінки ризиків державно-приватного партнерства і визначення форм управління ними» та наказ Міністерства економічного розвитку і торгівлі України «Деякі питання здійснення державно-приватного Деякі питання проведення аналізу ефективності партнерських відносин». Ці та інші накази спрямовані на врегулювання процесу організації, аналізу та розвитку державно-приватного партнерства в Україні, забезпечення законності та правової основи державно-приватних відносин. Чинне законодавство не відображає належним чином специфіку державно-приватних відносин у різних галузях національної економіки.

По-друге, українська правова база регулює лише загальні питання, пов'язані з державно-приватним партнерством у формі концесій, і не стосується інших форм спільних державно-приватних проектів та особливостей їх реалізації. По-третє, положення чинного законодавства України у сфері державно-приватного партнерства не визначають належним чином методологію його здійснення, предмет техніко-економічної оцінки проектів, порядок приймання-передачі майна за договорами державно-приватного партнерства та взаємодію між державним і приватним партнерами. У зв'язку з цим можуть виникати питання, які потребують додаткового роз'яснення з боку державних органів, а між державними та приватними партнерами можуть виникати непорозуміння щодо розподілу результатів спільної діяльності, формування спільних витрат, трудової участі тощо [44].

З огляду на вищезазначене, система нормативно-правового регулювання державно-приватного партнерства в Україні потребує вдосконалення. Перш за все, необхідно прийняти законодавство про всі форми реалізації проектів державно-приватного партнерства. Наразі в Україні діє лише Закон «Про концесії». Загальні законодавчі положення про державно-приватне партнерство мають бути вдосконалені в частині податкових пільг, пільгового кредитування приватних партнерів, розширення сфер реалізації проектів та розширення переліку об'єктів державної та комунальної власності, що передаються приватним партнерам. Для вдосконалення регулювання проектної діяльності необхідно уточнити вимоги та процедури проведення конкурсів та відбору учасників конкурсів з визначення приватних партнерів, а також законодавчо закріпити процедури укладення договорів державно-приватного партнерства та приймання-передачі майна партнерам. Це забезпечить розвиток державно-приватного партнерства та сприятиме зміцненню державно-приватного партнерства в Україні.

Висновки до розділу 1

Таким чином, дослідження теоретичних засад державно-приватного партнерства (ДПП) підтверджує важливість цієї форми співпраці для

забезпечення конкурентоспроможності послуг охорони здоров'я України ДПП спрямоване на вирішення стратегічних питань, таких як залучення інвестицій, модернізація інфраструктури та підвищення ефективності використання ресурсів. Аналізуючи характеристики та форми ДПП, можна виокремити такі основні риси партнерства, як довгостроковість співпраці, справедливий розподіл ризиків, фінансування приватним сектором, соціальна значущість проектів та адаптивність до різних секторів економіки. формулювання.

Особливу увагу було приділено концесіям, найбільш поширеній формі ДПП. Концесії передають частину ризиків та повноважень приватному партнеру. Оцінка правової бази ДПП в Україні виявила низку недоліків, серед яких обмеженість форм партнерства та недостатньо прописані механізми реалізації проектів і розподілу результатів спільної діяльності. Існуюче законодавство, зокрема Закони України «Про державно-приватне партнерство» та «Про концесії», встановлюють лише базові принципи співпраці, які на практиці потребують вдосконалення та доопрацювання. Розвиток ДПП в Україні стримується відсутністю системного підходу до нормативно-правового забезпечення. Для подолання цих бар'єрів необхідно прийняти законодавство, що регулює всі форми ДПП, розширює сферу партнерства, створює стимули для приватного сектору та забезпечує прозорість і конкуренцію в процедурі відбору партнерів. Таким чином, ДПП є перспективним засобом вирішення інфраструктурних та соціальних проблем, але його ефективна реалізація в Україні потребує модернізації законодавчої бази, адаптації міжнародного досвіду та зміцнення довіри між державою та приватним сектором.

РОЗДІЛ 2. РЕАЛІЗАЦІЯ ПРОЕКТІВ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА В ПРОЦЕСІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ УКРАЇНСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ. ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД.

2.1. Зарубіжний досвід реалізації програм державно-приватного партнерства у сфері медицини

В медичній сфері лідером у розбудові партнерських відносин між державою і приватним сектором стала Великобританія.

Національна служба охорони здоров'я у Великій Британії (National Health Service — NHS) починаючи з 1948 року працює за моделлю Беверіджа, що спрямована на забезпечення всіх верств населення країни безкоштовною і доступною медичною допомогою. Фінансовою основою NHS є надходження від податків, які становлять 90% бюджету охорони здоров'я. Кожен британець платить за медицину відповідно до своїх доходів. NHS надає безкоштовну медичну допомогу з огляду на потреби пацієнта, а не на його відрахування. Фінансування за рахунок загальних податкових зборів забезпечує 82% витрат на утримання установ NHS і 100% зарплати лікарів, медичних сестер та незалежних лікарів загальної практики. Додаткові джерела фінансування NHS (18%) представлені пожертвами, державним страхуванням, комерційною діяльністю установ NHS.

Медичні послуги у Великій Британії поділяють на первинні (рутинна медична допомога, що надається в офісах лікарів загальної практики, амбулаторних хірургічних відділеннях, стоматологічних та офтальмологічних кабінетах) та вторинні (спеціалізовані медичні послуги в госпіталях, медичних центрах, а також робота психологів і психіатрів). Основний принцип оплати — «гроші йдуть за пацієнтом» — надає пацієнтам право вільного вибору лікаря, гонорар якого залежить від кількості пацієнтів, їх статі, віку. Звернення до лікаря загальної практики (який у разі необхідності надає направлення до «вузьких» фахівців) безкоштовне для пацієнта[61].

У середині 80-х років минулого століття уряд Маргарет Тетчер продемонстрував усьому світу приклад, як держава може з успіхом

використовувати механізм залучення коштів приватних інвесторів у ті галузі економіки які вона не спроможна самотужки вивести з кризи.

Спочатку цей механізм базувався на концесійних угодах, згідно з якими користувач був покупцем послуг, а приватний сектор – їх постачальником. З часом ДПП стало дедалі більше фокусуватись на наданні послуг для соціальної інфраструктури; при цьому, по суті, уряд і державний сектор виступали покупцями послуг.

Подальший розвиток ДПП був пов'язаний з урядом Д. Мейджора, який у 1992 р. оголосив про запровадження програми «Ініціатив приватного фінансування» (Private Finance Initiative – PFI). Згідно з цими ініціативами, у рамках договорів та угод про ДПП передбачалося передання приватному сектору функції фінансування будівництва, реконструкції, експлуатації, управління тощо об'єктів виробничої та соціально-культурної інфраструктур, які перебували у державній власності. Це нововведення значно полегшило приватним структурам «вхід» до сектору публічних послуг, зафіксувавши чітко визначені умови роботи[60].

Як результат, сьогодні програму розвитку ДПП у Великобританії можна вважати цілком зрілою: щороку підписується понад 80 нових угод ДПП, більшість з яких реалізується у сфері соціальної інфраструктури. Значна кількість цих проектів здійснюється органами місцевої влади. За даними британського уряду, такі проекти забезпечують для бюджету країни 17% економії. В цілому, за розрахунками експертів, Великій Британії вдається витратити на охорону здоров'я, порівняно з іншими розвиненими країнами, майже вдвічі менше коштів.

Той факт, що державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я є важливим компонентом успішних реалізації програм у медичній сфері Великої Британії, підтверджується безперервним збільшенням кількості відповідних проектів: якщо у період 1990-1994 роках проекти ДПП склали близько 5% від загального обсягу інвестицій у медичну галузь Великої Британії, то у період 2005- 2007 років цей показник зріс до 40%. Наразі більше

50 лікарень у Великій Британії, що функціонують на основі ДПП, вже отримали більше 50 мільйонів фунтів інвестицій кожна. До їх числа належать такі лікарні як Darent Valley Hospital (отримала £94 мільйони ще у 1998 році) Norfolk and Norwich University Hospital (£229 мільйонів у 1998) University College Hospital у Лондоні (£229 мільйонів у 1998), Royal Manchester Children's Hospital (£500 мільйонів у 2004) Queen's Hospital у Ромфорді (£312 мільйонів у 2004) Royal London Hospital (£650 мільйонів у 2006), Southmead Hospital у Брістолі (£430 мільйонів у 2010) та Midland Metropolitan Hospital у місті Сметуїк (£297 мільйонів у 2016)[2,с.36].

Значний досвід успішної реалізації проектів ДПП у сфері охорони здоров'я у Великій Британії вимагає його вивчення з метою використання в нашій країні.

Реалізація проектів ДПП у сфері охорони здоров'я у Великій Британії починається з підписання контракту.

Орган державної влади підписує контракт з консорціумом приватного сектору, технічно відомим як «компанія спеціального призначення» (specialpurpose vehicle/SPV). Цей консорціум, як правило, утворюється з конкретною метою забезпечення ДПП. Його власником стає низка приватних інвесторів, до числа яких, як правило, входять будівельна компанія та постачальник послуг, а часто і банк. Кошти консорціуму використовуються для будівництва об'єкта, технічного обслуговування та/або модернізації впродовж терміну дії контракту.

Контракти ДПП, як правило, розраховані на 25–30 років (залежно від типу проекту); хоча відомі контракти терміном менше 20 років або більше 40 років. Протягом періоду дії контракту консорціум надає наперед визначені послуги, які раніше надавав державний сектор. Консорціуму отримує оплату за роботу на умовах «немає послуги - немає плати».

Державний орган розробляє «специфікацію результатів» - документ, що визначає, що повинен здійснити консорціум. Якщо консорціум не забезпечує виконання певної узгодженої вимоги, то він не отримуватиме відповідний

елемент оплати, поки вимога не буде виконана. Якщо вимога так і не буде виконана впродовж узгодженого періоду, орган державної влади отримує право розірвати контракт, компенсувати консорціуму понесені витрати (за умови їх обґрунтованості) та перебрати на себе право власності на цей проект.

В структуру типового приватного партнера, як правило, крім вищезазначеного SPV, входять компанія, що забезпечує капітальне обладнання та/або інфраструктуру та операційна компанія, що надає послуги. Основний контракт укладається між органами державного сектору та SPV, а останній виставляє вже визначені вимоги до інших партнерів шляхом підписання вторинних контрактів. Потім подальші вимоги надходять до субпідрядників, знову ж із відповідними контрактами[27,с.91].

Контроль за реалізацією програм ДПП у медичній сфері Великої Британії здійснюється на декількох рівнях.

По-перше, Національна служба охорони здоров'я встановлює стандарти і слідкує за їх дотриманням. Усі недержавні та державні клініки повинні отримати ліцензію у місцевого підрозділу NHS, який перевіряє їх щонайменше двічі на рік. Моніторинг лікарень NHS здійснюють національні інспектори NHS оцінюючи діяльність медичних закладів на загальнонаціональному та регіональному рівні (за цільовими показниками, що охоплюють три компоненти визначення якості - ефективність, відгуки пацієнтів і безпека).

По-друге – національні та місцеві органи влади, які є замовниками проектів ДПП та які відслідковують їх реалізацію.

По-третє – пацієнти, які, завдяки основному принципу оплати — «гроші йдуть за пацієнтом» - своїми відвідинами медичних закладів (та оцінкою їх результативності) визначають гонорари лікарів.

По-четверте – самі лікарі. Реформи системи охорони здоров'я, здійснені урядами Маргарет Тетчер і Тоні Блера зобов'язали лікарів загальної практики об'єднуватися у групи фондотримачів, завдяки чому самі лікарі стали зацікавленими в покращенні здоров'я населення (що менше хворіють

пацієнти, то більше коштів заощаджує фондотримач). Вони не лише домоглися зменшення частоти направлень пацієнтів до «вузьких » спеціалістів і стаціонарів, а й почали приділяти більше уваги профілактиці (запрошують до співпраці за угодами лікарів-дієтологів, фізіотерапевтів, «вузьких» фахівців, тісніше співпрацюють із медико-соціальними службами тощо). Крім того, отримуючи кошти для організації вторинної медичної допомоги пацієнту, лікар орієнтується на кінцеві результати лікування хворого, тож воліє укласти угоди з тими стаціонарами, які здатні надати якісну допомогу за прийнятними цінами, шукаючи найефективніших партнерів[35,с.88].

Захищеність суспільного інтересу конкретною угодою про ДПП значною мірою залежить від того, наскільки добре чи погано був складений контракт, а також від рішучості (чи її відсутності) та спроможності замовника слідкувати за його виконанням.

За останні роки був досягнутий значний прогрес у справі стандартизації форми угод про ДПП для забезпечення кращого захисту суспільних інтересів.

Особливої уваги заслуговує спосіб фінансування проектів ДПП у медичній сфері. До фінансової кризи 2007–2010 рр. великі проекти ДПП фінансувались шляхом емісії облігацій та / або залучення банківських кредитів під заставу. У післякризовий період більш поширеним стало боргове фінансування. Менші капіталомісткі проекти ДПП (кількість яких набагато перевищує кількість великих), як правило, фінансуються безпосередньо банками у формі старшого боргу.

Вартість обслуговування старшого боргу, як правило, трохи вища за відсотку на облігації, що, за твердженням банкірів, пояснюється їхнім більш точним розумінням кредитоспроможності партнерів по ДПП; вони вважають, що моноліїнні провайдери недооцінюють ризик, особливо на етапі будівництва, а отже, можуть запропонувати кращу ціну, ніж ту, що готові запросити банки.

Загальноприйнятим явищем є рефінансування угод з ДПП. Це пояснюється тим, що після завершення будівництва профіль ризику проекту зазвичай стає нижчим, тому можна отримати кредит під менші відсотки. Це рефінансування в майбутньому може здійснюватися за допомогою емісії облігацій[34,с.48].

Тобто на сучасному етапі проект ДПП, як правило, на етапі будівництва об'єкту фінансується за рахунок банківських кредитів, а після завершення будівництва партнери емітують облігації на значно довший період – до закінчення терміну експлуатації об'єкту.

Консорціум приватних партнерів (SPV) погашає банківські кредити за гроші, які він отримує від уряду протягом терміну дії контракту. З точки зору банківського сектору, кредити на проекти ДПП вважаються низькоризикованими, оскільки дефолт органів державного сектору мало ймовірний, і, навіть, за правилами МВФ, національним урядам заборонено банкрутувати.

Оплата послуг та, відповідно, погашення кредиту повністю залежать від здатності консорціуму надавати послуги відповідно до результатів, зазначених у контракті.

В цілому Велика Британія витрачає 9,8% ВВП на здоров'я (менше ніж Швеція, Франція і Німеччина, які витрачають майже 11% ВВП).

Охорона здоров'я складає третину витрат на громадські потреби в Англії. 98% грошей в бюджеті NHS йдуть із загального оподаткування, і лише 1,2% сплачують пацієнти.

Спрямування частини податків прямо до NHS з 2013 року закріплено законодавчо. 60% бюджету йде на зарплати, 20% — на оплату ліків, і решта розподіляється між інвестиціями в обладнання та навчання кадрів.

В інших країнах Європи проекти ДПП в галузі охорони здоров'я не набули такого ж поширення, хоча вони, безперечно, залишаються прийнятною та доцільною для розгляду формою залучення інвестицій в усіх сферах економіки в умовах обмеженості бюджетних ресурсів.

За даними Європейського центру експертизи у сфері ДПП, у 2016 році в ЄС було реалізовано майже 60 проектів ДПП загальною вартістю 12 млрд. євро. Більшість проектів ДПП в ЄС були реалізовані в наступних сферах: транспорт – 31%, медицина – 19%, освіта – 13%, телекомунікації – 10[

Накопичений у сфері охорони здоров'я у Великій Британії досвід свідчить про те, що форми державно-приватного партнерства у галузі медицини можуть існувати у досить широкому спектрі, але їх мають об'єднувати наступні спільні характеристики:

Приватні компанії/консорціуми обираються за результатами конкурсного відбору;

Приватні партнери інвестують у медичну інфраструктуру та надають пов'язані послуги (наприклад, утримання будівель);

Держава залишає за собою виключне право та обов'язок надання ключових послуг, таких як, наприклад, встановлення протоколів лікування;

Форми публічно-приватного партнерства базуються на довгострокових контрактах (зазвичай 25-30 років), в яких закріплюються обсяг та рівень (стандарти) послуг, які надаються приватним оператором;

В рамках укладених контрактів приватні компанії часто беруть на себе декілька функцій, таких як проектування, будівництво, експлуатацію та прийом на роботу обслуговуючого персоналу.

Платежі, обумовлені контрактами в рамках проекту ДПП, поставлені в залежність від успішності приватного оператора у наданні послуг згідно із узгодженими стандартами їх виконання.

Таким чином, досвід Великобританії не можна оцінити однозначно. Останніми роками критика програми підтримки приватної ініціативи пов'язана з вищою вартістю таких проектів для держави.

Франція також має багаті традиції ДПП. Вона є одним із глобальних лідерів у цій сфері, має значний досвід в управлінні проектами та залученні інвесторів, у тому числі в регіональну й муніципальну інфраструктуру.

Особливість французької моделі розвитку ДПП полягає в тому, що держава з метою залучення приватних інвесторів створює так звані спільноти змішаної економіки (*Societe d'Economie Mixte, SEM*), які є спільними підприємствами. Обов'язковою умовою їх формування є частка держави або органів місцевого самоврядування у статутному капіталі від 50 до 85 %. За даними Федерації державних підприємств (*FedEpl*), у 2012 р. у Франції функціонувало 1001 ДПП, основна частка в статутному капіталі яких припадала на місцеві органи влади.

SEM мають право: провадити діяльність у сфері будівництва і реконструкції, виконувати передані їм функції з надання громадських послуг. Особливість використання механізму ДПП полягає в тому, що приватний капітал не обмежується територіально, тобто взяти участь у реалізації проекту можуть інвестори, котрі виходять за межі регіону, де створено підприємство. Такий підхід визначив входження французьких компаній до числа лідерів серед іноземних фірм, котрі застосовують механізми ДПП.

Крім того, Франція активно використовує у практиці партнерства концесії, які значно відрізняються від «базової» англо-американської моделі низкою істотних рис. Наприклад, законодавчо заборонено приватизацію концесіонером переданого йому в концесію муніципального або державного майна, а також передбачено комплексний характер концесії, коли концесіонеру одночасно доручається і розроблення концесії, і вжиття заходів, необхідних для створення або модернізації інфраструктурних об'єктів та їх експлуатації.

У цій країні використовується кілька типів контрактів відповідно до місцевого законодавства: партнерський; довгостроковий договір оренди з адміністрацією; довгостроковий договір оренди з госпіталями; дозвіл на тимчасове використання державної власності; дозвіл на тимчасове використання державної власності з правом викупу до закінчення терміну контракту, тобто лізинг.

Міністерство економіки і фінансів Франції активно підтримує проекти у сфері ДПП, для чого в його рамках створено Місію підтримки державно-приватного партнерства (Mission d'Appui aux Partenariats Publics-Privés, MAPPP). Роль MAPPP полягає в консультаційній та організаційній підтримці підготовки та укладення контрактів ДПП, розробленні відповідного методичного керівництва. Експертиза MAPPP є обов'язковою умовою при формуванні проектів ДПП, коли проводиться економічна оцінка проекту, а також визначається його вплив на систему державних фінансів. Крім того, вона контролює виконання контракту перші кілька місяців і за необх хідності може вносити пропозиції щодо зміни регламенту реалізації проекту.

Прикладом успішної реалізації програми ДПП у Франції є проект клінічного центру з госпіталем на 1000 ліжок “Сюд Франсільєн” (Centre Hospital de Sud Fracilien, CHSF). Конкурс на реалізацію проекту виграла спеціальна компанія, створена Eiffage – однією з найбільших будівельно-концесійних груп Франції. Укладення контракту з будівництва клінічного центру “Сюд Франсільєн” тривало лише шість тижнів, загальна вартість становила 315 млн євро. Проект розрахований на 30 років від дати початку комерційного використання об'єкта (у тому числі період будівництва – чотири роки). Об'єкт перебуває в експлуатації з 2012 р. і є державною власністю.

Для ДПП у Франції характерна доволі висока ефективність, пов'язана з тим, що здебільшого проводиться детальна оцінка проекту, організовано серйозний контроль із боку держави, а пріоритет віддається державному фінансуванню.

Отже, проекти ДПП можуть бути корисними для сектору охорони здоров'я, коли вони добре обґрунтовані, підготовлені, реалізовані, зокрема здійснюється моніторинг.

Німеччина, на відміну від інших європейських країн, розпочала реалізацію проектів ДПП (öffentlich-privaten Partnerschaften, ÖPP) значно пізніше – з 2003 р. Концепція розвитку ґрунтується на створенні розгалуженої інфраструктури центрів його підтримки, що діють на рівні як окремих земель,

так і на федеральному. На федеральному рівні такий центр – ÖPP Deutschland AG (Partnerschaften Deutschland) – був створений у листопаді 2008 р. Він є незалежною консалтинговою компанією під егідою федеральних міністерств фінансів і транспорту та будівництва.

Федеральні, субфедеральні й місцеві органи влади формують ядро публічного власника ÖPP Deutschland AG: їм належить близько 57 % акцій компанії. Діяльність консультативного центру охоплює кілька напрямів: проектний, консультативний, науково-методичний.

Існує позитивний зворотний зв'язок між розбудовою ДПП та високим рівнем задоволеності користувачів і клієнтів. Особливо це стосується проектів у галузі освіти і здоров'я. Ці позитивні ефекти сприяли тому, що близько 15 % муніципалітетів і двох третин земель мали досвід проектів ДПП, реалізували один або кілька будівельних проектів громадського користування.

Медична галузь ДПП показала величезний потенціал для реалізації політики державних органів з використанням моделей партнерства.

У госпітальному секторі зростає інтерес до реалізації зареєстрованих проектів ДПП, стимулом до чого є успішне їх завершення.

Наголос у реалізації проектів ДПП робиться на новому будівництві, про що свідчать і моделі, застосовувані в Німеччині. Будівництво здійснюється переважно в соціальній сфері: в освіті реалізовано проектів на суму 1,8 млрд євро; у сфері культури і спорту – на 740 млн; у галузі охорони здоров'я – на 770 млн євро.

Серед наймасштабніших і найуспішніших проектів, здійснених у Німеччині з 2003 р., варто відзначити будівництво найбільшого центру протонної терапії в Ессені. Вартість проекту становила 132 млн євро. Центр переданий у приватне управління на 15 років із запланованою економією коштів у 20 %. Проект завершено в 2010 р., відтоді лікування в центрі проходять 2200 пацієнтів щороку.

Королівський госпіталь Норт-Шор (КГНШ) і Громадська лікарня в Сідней (Австралія) є великою базовою державною медичною установою міста, що надає повний спектр медичних послуг. Госпіталь обслуговує близько 5,7 % населення Австралії.

У 2008 р. консорціум InfraShore за результатами конкурсу уклав договір ДПП вартістю 950 млн дол., що передбачає фінансування, проектування, реконструкцію, будівництво, експлуатацію (за винятком надання клінічних послуг) і обслуговування будівель госпіталю протягом 28 років. Консорціум реконструював і об'єднав 53 застарілих будівлі на території медичної установи у два цільових і орієнтованих на пацієнта об'єкти охорони здоров'я. Крім того, InfraShore побудував новий багаторівневий паркінг і взяв на себе виконання низки послуг неклінічного характеру (прибирання, забезпечення безпеки, управління відходами). Функції надання медичної допомоги населенню після реконструкції об'єкта охорони здоров'я зберіг публічний партнер в особі КГНШ.

На момент проведення конкурсу в госпіталі налічувалось менше 600 ліжко-місць, а внаслідок реалізації проекту їх кількість збільшилася на 20 %. Крім того, у реконструйованому КГНШ створено додаткові місця для проведення хіміотерапії та гемодіалізу, розширено послуги діагностики й амбулаторного лікування. Згідно з оціночними розрахунками, економія від реалізації проекту за моделлю ДПП порівняно з традиційними державними закупівлями для державного партнера становила 13,4 млн. дол.

Як ще один приклад застосування забезпечувальної моделі ДПП можна розглянути медичний заклад «Нова Каролінська Сольна» (New Karolinska Solna, NKS) у Швеції. Партнерство держави і приватного сектору з метою фінансування, будівництва, експлуатації та обслуговування лікарні було укладено між радою округу Стокгольм і «Свідіш Хоспітел Партнерс» (Swedish Hospital Partners), до якого увійшли Skanska й Innistry. Це перший шведський об'єкт інфраструктури охорони здоров'я, що будується з використанням механізмів ДПП. Його загальна площа дорівнює 320 тис. кв. м, місткість

розрахована на 550 ліжко-місць. Перші пацієнти очікувалися в листопаді 2016 р.

Цілями проекту є: дієва підтримка розвитку і поширення знань для лікування важкохворих і травмованих пацієнтів; створення привабливих умов як усередині, так і навколо лікарні; забезпечення ефективніших процесів у сфері охорони здоров'я, а також оптимального використання ресурсів; чітка та безперервна робота; поділ діяльності лікарні за пріоритетами й належне визначення ролі в місті; стійке функціонування проекту на всіх рівнях.

Проектна компанія Swedish Hospital Partners у випадку NKS взяла на себе відповідальність за надання послуг з обслуговування лікарняних будівель на високому рівні протягом 30 років. Велике значення при укладенні угоди про ДПП мав фактор довіри до цієї компанії, що запропонувала найкращі інноваційні рішення. Вся діяльність за проектом NKS – від архітектурних планів до експлуатації побудованої лікарні – ґрунтується на забезпеченні конфіденційності, безпеки й комфорту хворих. Медична допомога населенню надається державною установою охорони здоров'я NKS.

Безперечно, забезпечувальна модель реалізації проектів ДПП в охороні здоров'я має низку переваг. Як бачимо з розглянутих прикладів, проекти, реалізовані за нею, доволі ефективні й для приватного, і для державного партнерів та здатні задовольняти потреби населення в наданні безкоштовної медичної допомоги.

В Італії одним з основних проектів ДПП є лікарня Нью-Местре (New Mestre Hospital). Проект концесіонера й оператора було підписано 30 вересня 2002 р. на 20 років із групою банків під керівництвом нідерландського банку ABN Amro. У червні 2007 р. етап будівництва завершений. Сьогодні лікарня Местре вважається технологічно просунутою в Італії й однією з найпрогресивніших у Європі.

Серед головних причин застосування моделі ДПП для реструктуризації лікарні Местре був брак державних ресурсів (72 млн євро з місцевого бюджету було недостатньо для цього величезного проекту). У другій половині 2000 р.

вирішено використовувати модель ДПП для будівництва нової лікарні. Ця модель становить великий інтерес не тільки в аспекті подолання браку державних коштів, а й тому, що пов'язує приватний інтерес зі швидким виконанням робіт і знижує експлуатаційні витрати.

Перед початком процедури ДПП було підтверджено доцільність проекту з урахуванням обмежених державних ресурсів і високих стандартів будівництва, які мають бути досягнуті. Підготовлено проект фінансового плану. Загальна вартість проекту становила 220 млн євро з часткою в приватного партнера близько 140 млн євро. Приватній компанії для повернення цієї суми дозволено керувати протягом 24 років певними лікарняними послугами (лабораторії і радіодіагностика; утилізація відходів; пральня; харчування для пацієнтів, послуги з прибирання приміщень і клінічного обладнання; майно та медичне обслуговування обладнання; механічний транспорт; обслуговування зелених зон; житлові послуги). Також вона надає послуги зовнішнім відвідувачам – із харчування, роздрібною торгівлі та паркінгу.

Під час визначення гнучкості ДПП у галузі охорони здоров'я важливими є знання і досвід у поєднанні з грамотним управлінням контрактних угод; спосіб фінансування проекту; залежність між фінансуванням клінічних послуг та витратами органів охорони здоров'я за ДПП. Органи охорони здоров'я повинні враховувати ці детермінанти, щоб запобігти появі лікарень, які не можуть адекватно реагувати на невизначеність, пов'язану з їхніми безпосередніми проблемами.

Успіх ДПП залежить від кількох факторів: наявності інститутів, що добре функціонують; прозорих та ефективних процедур; підзвітних та компетентних державних і приватних суб'єктів.

Незважаючи на переваги, пов'язані з ДПП, виникають питання управління. Щодо систем охорони здоров'я головні проблеми були визначені як: нездатність чітко окреслити роль та обов'язки партнерів; неналежний моніторинг продуктивності; недостатній рівень контролю й управління

конфліктами інтересів корпоративних партнерів; непрозорість у процесах прийняття рішень.

У міру накопичення досвіду впровадження ДПП у галузі охорони здоров'я процес його реалізації може стати рутиннішим і бути придатним для прозорих моделей закупівель. Необхідні чесні посередники для ведення переговорів і модератор сторін для проектування продуктивного ДПП. Однак оскільки дедалі більше країн розуміють принципи ДПП і все більше комерційних компаній набувають досвіду роботи в партнерствах, потреба в зовнішніх посередниках послаблюватиметься, скорочуючи витрати часу й коштів для розроблення і здійснення ефективних партнерських відносин

Зауважимо, що жодна з країн не розробила стандартного формату для контрактів ДПП. Тривалість цих контрактів в Англії та Австралії становить 20–30 років, у Канаді – 25, у Туреччині – переважно 49, в Іспанії – 10–15 років. Крім Іспанії, де регіональні органи влади мають право провадити переговори й укладати контракти з приватним сектором, в інших країнах цю роботу покладено на сектор охорони здоров'я місцевих органів влади. Майже у всіх країнах кожна фаза (проектування – будівництво – операція) завершується іншою компанією.

В Англії та Австралії витрати приватного сектору покриваються за рахунок доходів, отриманих від експлуатації об'єкта протягом певного періоду, у Канаді – завдяки доходам, отриманим від експлуатації проекту на підставі застосування фіксованих тарифів, у Туреччині – в межах функціонування проекту для об'єктів, передбачених для приватного сектору, в Іспанії – на основі відшкодування витрат на одну особу. В Англії існують фіксовані тарифи на контракти державних послуг на засадах ДПП, у Канаді та Австралії вони чітко не визначені, а в Туреччині й Іспанії взагалі не вказуються.

Відповідно до інформації, наданою Міністерством охорони здоров'я України, Україна обрала саме британську модель для трансформації своєї системи.

Наразі наше суспільство буде систему за наступними основоположними принципами:

Впроваджуємо принцип «універсального базового покриття», незалежно від статків. Людям не потрібно кудись йти та отримувати страховку.

Створили Національну службу здоров'я — аналог NHS. Вона виконує функцію замовника медичних послуг — кожна лікарня, що працює в системі, отримує фінансування за чіткими тарифами. Інших посередників немає.

Основне джерело фінансування — загальні податки. Люди платять скільки можуть, послуги отримують всі однаково.

Якщо хтось бажає додаткові послуги — можна скористатися добровільним медичним страхуванням. Ринок швидко розвивається, адже всі заклади починають працювати за принципом «гроші за послугу».

Посилюється первинна медична допомога і зростає конкуренція за пацієнта.

Партнерство включає в себе розподіл ризиків і доходів, а також використання кваліфікації і ресурсів державного та приватного секторів для задоволення намічених стратегічних результатів в інтересах держави.

У розбудові державно-приватного партнерства Україні допомагають численні зарубіжні та міжнародні організації.

Так, зокрема, Європейська економічна комісія ООН, Агентство міжнародного співробітництва Міністерства економіки та фінансів Франції (ADETEF), Французька інституція з питань публічно-приватного партнерства MAPPP, Казахстанський центр державно-приватного партнерства, Польський центр публічно-приватного партнерства, Інститут ППП (Польща), Японська Асоціація ПФІ/ПП, КПМГ Лімітед (Московське представництво компанії KPMG) та інші організації допомогли у створенні невідприємницької організації «Український центр сприяння розвитку публічно-приватного партнерства», метою якого є сприяння розвитку публічно-приватного партнерства для реалізації суспільно значущих інфраструктурних проектів;

активізація використання науково-технічного потенціалу та інноваційних технологій для розв'язання завдань модернізації систем життєзабезпечення; сприяння підвищенню інвестиційної привабливості української економіки та її регіонів.

Найважливіші питання, котрі необхідно враховувати при застосуванні цього механізму фінансування і які повинні прозоро визначатися перед укладенням будь-яких договорів, – точні умови договору, порядок передачі лікарні у власність після того, як контракт закінчується, процес надання коштів (якщо вони передбачені) для приватної сторони, процедура розподілу ризиків, те, як лікарі працюватимуть в лікарнях і які збори будуть виплачуватися їм, а також порядок розрахунку витрат, котрі мають компенсуватися пацієнтами. Прозорі правила для передачі права власності й забезпечення численних вимог дуже істотні в цих контрактах. Оскільки приватний сектор використовує державні кошти і повинен дотримуватися правил уряду, то урядовцям слід бути обережними у прийнятті певної політики. Упровадження моделей ДПП має, врешті-решт, сприяти поліпшенню медичних послуг для пацієнтів.

Домовленість про розподіл ризиків істотно варіюється залежно від контракту, але переважно зводиться до таких аспектів:

- ризик капітальних вкладень (будівництво та фінансування ризиків) зазвичай передається приватному оператору, але органи державної влади можуть надати допомогу провайдеру/оператору; в окремих проектах ДПП держсектор несе певну відповідальність за інвестиції через надання гарантій приватному оператору;

- ризик надходження існує за двома основними напрямками: обсягу й оплати контрактів на послуги. Його здебільшого поділяють між державними і приватними партнерами й існує можливість зниження через дозвіл суто приватної практики (медичної або немедичної) у відповідній установі.

- ринковий ризик виникає в ситуаціях, коли провайдер ДПП повинен конкурувати за надання послуг з іншими державними та/або приватними

гравцями, як правило, для дуже специфічних послуг (наприклад, екстреної хірургії, променевої терапії тощо). У більшості з цих випадків певний ступінь поділу ризику передбачено за договором, або шляхом надання ексклюзивності послуг приватному провайдеру, або через інші форми гарантій мінімального доходу чи платежів.

На підставі викладеного можна зробити такі висновки. ДПП у сфері охорони здоров'я передбачає справедливий розподіл ризиків між приватним і публічним партнерами, сприяє розширенню доступності медичних послуг для населення й підвищенню їхньої якості, а тому є перспективним для впровадження в Україні.

З метою розв'язання наявних проблем можна запропонувати:

- розроблення національного стратегічного інструменту або дорожньої карти для ДПП, що розпізнаватиме фактори ризику та перешкоди на шляху реалізації його моделей ДПП через вивчення й аналіз поточної правової, політичної і нормативно-правової бази;

- створення спеціалізованої установи або організації для управління, моніторингу ДПП в охороні здоров'я по всій країні. Партнерства вимагають потужного державного сектору з менеджерами, котрі набули навичок ведення переговорів і укладення договорів, а також аналізу ризиків. Держсектор повинен контролювати проекти й пропонувати і реалізовувати практичні рішення за необхідності;

- ухвалення законодавчих ініціатив щодо забезпечення прозорих, конкурентних умов функціонування ДПП у сфері охорони здоров'я;

- запровадження типових договорів про спільну діяльність, про ДПП, концесію та оренду; партнерство має ґрунтуватися на докладному договорі, що описує відповідальність, загальні ризики й вигоди як державного, так і приватного партнерів;

- формування методичних рекомендацій стосовно вибору та використання фінансових моделей реалізації проектів ДПП, прийнятних для системи охорони здоров'я;

- розроблення порядку реєстрації об'єктів, що реалізуються на засадах ДПП, у реєстрах об'єктів капітальних вкладень і державних контрактів, що дасть змогу забезпечити облік і моніторинг відповідних бюджетних витрат. Фінансування та очікувані доходи сторін ДПП повинні чітко визначатися на початку угоди на весь інвестиційний період;

- розкриття у бюджетних документах і звіті про виконання бюджету за кожним проектом ДПП такої інформації: майбутні платежі й надходження держави, пов'язані з наданням послуг, указаних у договорах на майбутні роки; сума й умови фінансування та іншої підтримки, що надається шляхом кредитування державою чи через державні фінансові установи; обсяг державних гарантій; вплив проекту на сальдо бюджету і державний борг;

- забезпечення безперервного зв'язку з усіма зацікавленими сторонами ДПП на засадах відкритості, прозорості.

2.2. Реалізація проектів державно-приватного партнерства в Україні.

За даними центральних та місцевих органів виконавчої влади України, станом на 1 січня 2020 року укладено 187 договорів на засадах державно-приватного партнерства (ДПП), з них ДПП підписано 187 договорів ДПП, з яких 52 реалізуються (34 договори концесії, 16 договорів про спільну діяльність та 2 інші), а 135 ще не реалізуються (4 договори закінчилися, 18 договорів розірвано та 113 не реалізуються). Зі 187 проектів ДПП лише два (у Києві та Львівській області) стосувалися партнерства у сфері охорони здоров'я. Цікаво відзначити, що саме Міністерство охорони здоров'я України вважає, що ці проекти, які позиціонуються як приклади ДПП в українському секторі охорони здоров'я, не є такими за своєю суттю і були реалізовані поза межами вимог законодавства про ДПП. Міністерство охорони здоров'я України включає: Український центр томотерапії на базі Кіровоградського обласного онкологічного диспансеру (внесок державного партнера: 1000 кв.м. центру; внесок приватного партнера: високоспеціалізоване обладнання, таке як лінійні прискорювачі, безкоштовне лікування 50 пацієнтів на рік) [2, с. 37].

Сумський обласний центр служби крові (створення спільного підприємства з 25% участі місцевої влади та 75% приватного інвестора ТОВ «Біофарма»). Приватний інвестор отримує доступ до закупівлі компонентів крові, що використовуються ТОВ «Біофарма» у своїй основній діяльності, а також до виробництва препаратів крові); Клінічний науково-методичний центр рентгенівської та ендоваскулярної терапії на базі університетської клініки Одеського національного медичного університету (внесок приватного партнера: високоспеціалізоване обладнання, в тому числі ангіографічне обладнання; безкоштовне лікування 50 пацієнтів). Будівництво та відкриття діагностичного центру на базі Центральної районної лікарні м. Бориспіль (прибудова 300 кв. м до головного корпусу). Приватний партнер: ТОВ «СканДіагностика» (проект реалізовано з приватної ініціативи) [10, с. 42].

Проект будівництва центру малоінвазивної хірургії на третьому поверсі хірургічного корпусу Трускавецької міської лікарні (на засадах спільного проекту) готується до оголошення тендеру. Проект МФК з об'єднання кількох старих лікарень в одну нову лікарню (спільний проект КМДА та МФК) знаходиться на стадії техніко-економічного обґрунтування. Згідно зі статистичними даними, дані для аналізу реалізації проектів ДПП у сфері охорони здоров'я відсутні. Перейдемо до теоретичного: успіх проекту ДПП базується на врахуванні кожною стороною певних ризиків, пов'язаних з проектною діяльністю; однією з переваг реалізації інвестиційних проектів на засадах ДПП є те, що за умови дотримання двох основних принципів розподілу ризиків, які несуть всі учасники партнерства проекту, з'являється можливість зменшити ризик проекту. - Обсяг ризику, який беруть на себе партнери, повинен бути пропорційним вигодам, які вони отримують в результаті реалізації проекту. Доцільно розподіляти ризик на того партнера, який може найкраще ним управляти. Такий розподіл зменшує премію за ризик і загальні витрати на проект, змушуючи приватних учасників намагатися виконати проект з найменшими витратами. В результаті виграють як учасники партнерства, так і споживачі медичних послуг. Привабливість проекту

визначається в процесі аналізу його ефективності. Відповідно до чинного законодавства, цей процес здійснюється на підставі пропозиції щодо здійснення державно-приватного партнерства, яка складається з концептуальної записки та техніко-економічного обґрунтування і передбачає:

- 1) детальне обґрунтування соціально-економічних та екологічних результатів державно-приватного партнерства на основі результатів оцінки - економіко-фінансових показників (рентабельності державно-приватного партнерства (РПП), індексу Чиста теперішня вартість (NPV), внутрішня норма рентабельності (IRR), індекс прибутковості (RI) та дисконтований період окупності (DPP)).

Оскільки проекти, що реалізуються із застосуванням механізмів державно-приватного партнерства, мають специфічні особливості, пов'язані зі складом учасників (держава та приватний сектор) та цілями діяльності, при аналізі ефективності таких проектів необхідно враховувати цільові ефекти. Наприклад, якщо основною метою держави є забезпечення добробуту своїх громадян та створення комфортного і безпечного середовища проживання, то першочергового значення набувають соціальні та екологічні цілі. Це і задоволення потреб громадян, і забезпечення якості та доступності послуг, і дотримання екологічних та санітарних норм, і справедливий перерозподіл ресурсів. З іншого боку, у випадку приватного сектору основна увага приділяється досягненню операційної ефективності, показниками якої є збільшення доходів, зниження витрат і, як наслідок, максимізація прибутку. Порівнюючи цілі цих двох груп учасників державно-приватного партнерства, тобто держави та приватного сектору, не виключено, що цілі приватного сектору щодо зниження витрат, наприклад, можуть бути суперечливими, оскільки вони можуть бути принесені в жертву збереженню якості та доступності послуг, що надаються населенню.

Можна зробити висновок. Таким чином, при реалізації проектів державно-приватного співробітництва держава в більшості випадків відіграє роль гаранта дотримання інтересів прав населення. У зв'язку з цим, для оцінки

ефективності проектів державно-приватного співробітництва Прем'єр-міністр Сілепницький пропонує використовувати два показники ефективності - для приватного сектору та для держави. Це пов'язано з тим, що лише досягнення бажаного рівня ефективності для кожної із зацікавлених сторін є основним критерієм ефективності проекту в цілому, а також з урахуванням галузевих та регіональних аспектів економічного розвитку для визначення корисності проекту для суспільства, його фінансової, бюджетної, екологічної та соціально-економічної ефективності. Це пояснюється тим, що [12, с.105].

Оцінюється за допомогою традиційних методів аналізу ефективності інвестиційних проектів, заснованих на порівнянні вигод і витрат проекту, зокрема, Value for Money (VFM), Cost-Benefit Analysis (CBA) та Public Sector Comparator (PSC). Чиста приведена вартість доходу та його похідних розраховується з використанням необхідної норми прибутку на інвестований капітал. Прибутковість і доцільність проекту для держави і суспільства в цілому визначається його суспільною корисністю, бюджетною, екологічною та соціально-економічною ефективністю. Ми пропонуємо оцінювати суспільний характер проектів державно-приватного партнерства на основі соціометричних методів шляхом визначення задоволеності очікувань місцевих мешканців та прибутковості в контексті сприяння розвитку конкретної громади або цілого регіону. «Наприклад, шляхом створення умов для сталого та ефективного розвитку систем життєзабезпечення міст, сіл та селищ, модернізації та розвитку систем громадських робіт, підвищення якості та надійності послуг, що надаються споживачам, впровадження додаткового обладнання та програмного забезпечення для дистанційного моніторингу та управління виробничими системами. Бюджетна ефективність проектів державно-приватного партнерства має оцінюватися шляхом порівняння та визначення співвідношення між дисконтованим потоком податкових надходжень до бюджету та бюджетними асигнуваннями. Екологічна ефективність - базується на показниках, що характеризують вплив результатів проекту на навколишнє середовище, очікувані екологічні та пов'язані з ними

соціальні, економічні та інші наслідки реалізації проекту. Перелік індикаторів залежить від масштабу проекту, а методологія оцінки ефективності ґрунтується на порівнянні фактичних значень індикаторів з обраним еталонним значенням або базовою лінією (референтним значенням). Соціально-економічну ефективність проекту рекомендується оцінювати, виходячи з того, якою мірою його результати сприяють соціально-економічному розвитку регіону. Така оцінка повинна враховувати галузеві та регіональні аспекти регіонального розвитку і відображати вплив результатів проекту на конкретні галузеві та регіональні показники розвитку, такі як рівень економічного розвитку регіону, рівень інвестиційної активності та тенденції в сфері інновацій, науково-технічного прогресу. Крім того, мають бути включені такі показники, як стан та якість трудових ресурсів, рівень життя населення та ступінь задоволення його потреб, а також ступінь охоплення населення результатами проекту. Наведений вище підхід до оцінки ефективності проектів державно-приватного партнерства відрізняється від існуючих тим, що враховує інтереси різних стейкхолдерів, конкретизує вектори ефективності та методичний інструментарій їх оцінки, що дозволяє проводити комплексну оцінку, яка може бути використана для вирішення існуючих соціальних, екологічних та економічних проблем.

2.3. Проблеми та перспективи розвитку державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я в Україні.

Реалізація будь-якої програми, спрямованої на «підвищення ефективності/якості медичних послуг», потребує, без винятку, проведення Реалізація будь-якої програми, спрямованої на «підвищення ефективності/якості медичних послуг», вимагає, без винятку, створення відповідної матеріальної інфраструктури закладів охорони здоров'я. Без сучасного обладнання, технологій, фахівців, здатних їх використовувати та обслуговувати, інформатизації, комп'ютеризації та кібербезпеки закладів охорони здоров'я всі ці плани навряд чи будуть реалізовані. У 2018 році Міністерство охорони здоров'я створило Воно розробило та затвердило

«Настанову для державних та комунальних закладів охорони здоров'я». У документі наголошується, що поглиблення процесу реформування системи охорони здоров'я «потребує забезпечення відповідних закладів охорони здоров'я належним матеріально-технічним оснащенням і, враховуючи обмеженість бюджетних ресурсів, оптимальним варіантом є залучення приватних партнерів» [3, с. 159]. Крім того, реалізація всіх без винятку планів, спрямованих на «підвищення ефективності/якості медичних послуг», неможлива без попереднього вирішення низки методологічних проблем. З наданням автономії державним і комунальним закладам охорони здоров'я та переходом до фінансування закладів охорони здоров'я на основі постатейного кошторису і оплати за надані медичні послуги ще більшої актуальності набуває поглиблення взаємовигідної співпраці між державою і приватним сектором у сфері охорони здоров'я.

Тому, особливо в секторі охорони здоров'я, проекти ДПП повинні сприяти: 1. підвищенню якості медичних послуг; 2. розвитку потенціалу та досвіду приватних партнерів і т.д.; 4. економії коштів та часу. Економія коштів підтверджується статистичними даними, які свідчать про значну економію коштів у порівнянні з традиційними закупівлями. Існують прямі стимули для приватних підрядників дотримуватися встановлених термінів завдяки використанню гарантій та контрактів, заснованих на результатах, конкуренції між учасниками тендерів та передачі ризиків приватному сектору для покриття витрат [5, с. 104]. Крім того, деякі приватні підрядники зменшують витрати за рахунок скорочення масштабів діяльності, наймання працівників, які не є членами профспілок, а також зменшення винагороди та пільг, що може мати негативний вплив на якість роботи. Загалом, аналіз показує, що проекти ДПП сприяють економії часу, оскільки кілька етапів проекту, таких як проектування, будівництво, експлуатація та технічне обслуговування, виконуються одним підрядником - державним партнером. Теоретично це дає приватному підряднику стимул до скорочення витрат і часу протягом усього життєвого циклу об'єкта, підвищуючи таким чином ефективність життєвого

циклу об'єкта. За даними М.А. Гумницької, ефективність життєвого циклу може бути значно підвищена до 40% у проектах з використанням ДПП, при цьому витрати можуть бути зменшені на 40%. Це також може призвести до їх зниження. Незалежно від галузевої приналежності, експерти виділяють такі ключові характеристики проектів ДПП: унікальність результатів проекту (потреба в яких в кінцевому підсумку визначається державою); комплексний характер діяльності і, відповідно, її чітка структуризація; врахування всіх зовнішніх і внутрішніх факторів, які можуть вплинути на успіх проекту, необхідність залучення широкого кола експертів, консультантів та спеціалістів до розробки та реалізації проектів ДПП; поділ всієї діяльності в рамках проекту ДПП на етапи з певними специфікаціями, такими як: обмеженість ресурсів (кошти, матеріали, робоча сила тощо). Обсяг ресурсів, виділених на проект, тісно пов'язаний з бюджетом і завжди є обмеженим [13, с.2]. Обмеження в часі при реалізації будівництва. Проекти ДПП зазвичай мають тривалий період реалізації (до 10-50 років). Водночас, будь-який проект ДПП має дату початку та закінчення реалізації; для реалізації ДПП призначається керівник проекту або створюється спеціальна проектна компанія (керуюча компанія), яка координує всі дії в рамках конкретного проекту. До особливостей проектів ДПП у сфері охорони здоров'я належать: заборона скорочення мережі державних і комунальних закладів охорони здоров'я (передача таких об'єктів приватним партнерам не повинна призводити до втрати спроможності державних і комунальних закладів охорони здоров'я надавати медичні послуги). Державні партнери мають бути представлені на рівні або Міністерства охорони здоров'я (у випадку державних закладів, що перебувають під його контролем), або місцевої влади (у випадку комунальних закладів), спеціальної структури залучених сторін [19, с. 131]. 1. Необхідність збалансування соціальної та комерційної складових проекту (приватні партнери, як правило, отримують повернення інвестицій приватних партнерів, як правило, відбувається за рахунок надання платних послуг); 2. конституційні обмеження на оплату послуг у державних і

комунальних закладах охорони здоров'я; вичерпність переліку платних послуг, що надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах; 3. необхідність збалансування проекту 3. різні інтереси основних стейкхолдерів проекту. Наприклад, для держави пріоритетом є соціальна спрямованість проекту, тоді як компанії зосереджуються на отриманні фінансових (наприклад, збільшення прибутку, збільшення капіталу) або нефінансових вигод (наприклад, довгострокові відносини з клієнтами, доступ до закритих галузей), тому, по-перше, узгодження характеру та змісту проекту займає більше часу, а по-друге, необхідно отримати багато погоджень. узгодження щодо характеру та змісту проекту займає більше часу та вимагає більшої кількості погоджень. Соціальна значущість проектів повинна оцінюватися і враховуватися при відборі проектів. 5. Показники соціальної (інноваційної, інфраструктурної) значущості проектів є «відкладеними», тому оцінка ефективності проектів базується на нефінансових індикаторах, що значно ускладнює оцінку результатів. Іншими словами, можливість виміряти справжню ефективність проекту часто з'являється через тривалий час після того, як були понесені витрати. Пріоритетність нефінансових показників не означає, що фінансові показники (наприклад, NPV, IRR, DPP, ROI) є неважливими, але їх недостатньо для прийняття рішень щодо реалізації проекту. Крім того, при структуруванні проектів ДПП у сфері охорони здоров'я необхідно враховувати наступні аспекти [21, с.12]: 1. процес автономізації закладів охорони здоров'я; 2. запланований перехід на фінансування медичних послуг за видами медичної допомоги (первинна медична допомога перейшла у 2018 році, вторинна та третинна медична допомога 3. вимоги Національної служби здоров'я України (НСЗУ) до надавачів медичних послуг та 4. забезпечення відповідних закладів охорони здоров'я належним матеріально-технічним оснащенням; з огляду на обмеженість бюджету, найкращим варіантом є залучення приватного партнера. На думку експертів, існують наступні стримуючі фактори для впровадження та розвитку державно-

приватного партнерства [23, с.112]: 1. побоювання інвесторів, пов'язані з корупційними ризиками, недосконалістю законодавства в Україні, відсутністю гарантій дотримання та виконання контрактів; 2. обмежені фінансові можливості держави, особливо під час епідемії COVID 19 неможливість інвестувати державні кошти на тривалий час; 3. неспроможність закладів охорони здоров'я надавати медичні послуги за ринковими цінами; 4. ціновий демпінг на ринку послуг з технічного обслуговування обладнання з боку підрядників, які не є виробниками. Відсутність сертифікатів виробника та недостатня кваліфікація технічних спеціалістів компаній, які залучаються до обслуговування обладнання. Ці фактори є причинами того, що в українському секторі охорони здоров'я досі не було реалізовано жодного проекту ДПП; станом на 2018 рік, за оцінками експертів Міністерства охорони здоров'я України, проекти, які позиціонуються як приклади ДПП в українському секторі охорони здоров'я, не є такими за своєю суттю, реалізуються поза межами вимог законодавства про ДПП. До таких проектів МОЗ України відносить: Український центр томотерапії на базі Кіровоградського обласного онкологічного диспансеру (внесок державного партнера: 1000 кв. м центру, Сумський обласний центр гематологічної служби (спільне підприємство з 25% участі МОЗ та 75% приватного інвестора ТОВ «Біофарма»). Приватний інвестор може закуповувати компоненти крові для використання ТОВ «Біофарма» у своїй основній діяльності та виробляти препарати крові. Будівництво та відкриття діагностичного центру на базі Центральної районної лікарні м. Бориспіль (прибудова 300 кв.м. до головного корпусу). Приватний партнер: ТОВ «СканДіагностика» (проект є приватною ініціативою) [14]. Проект створення центру малоінвазивної хірургії на третьому поверсі хірургічного корпусу Трускавецької міської лікарні (на засадах спільного проекту) готується до оголошення тендеру. Проект МФК щодо об'єднання кількох старих лікарень в одну нову лікарню (спільне підприємство КМДА та МФК) перебуває на стадії розробки техніко-економічного обґрунтування; у 2017 році за

підтримки Європейського Союзу та його держав-членів Данії, Естонії, Німеччини, Польщі та Швеції, підготовлено аналітичний звіт «Державно-приватне партнерство як механізм реалізації нової регіональної політики: застосування та практичні аспекти при підготовці та реалізації інвестиційних проектів». У ньому проаналізовано проблеми та перешкоди, які можуть виникнути при реалізації проектів ДПП на місцевому та регіональному рівнях, способи їх запобігання та шляхи вирішення, а також показано, що найсерйознішою перешкодою на шляху реалізації проектів ДПП є загальний стан інституційного середовища, в якому приватним партнерам доводиться реалізовувати проекти ДПП [11, р.2]. На думку авторів цієї публікації, найбільш серйозними інституційними проблемами є: 1) труднощі з отриманням необхідних дозволів та ліцензій для реалізації проектів ДПП; 2) труднощі з переоформленням на приватного партнера права користування земельною ділянкою, на якій розташований об'єкт ДПП; 3) недостатня професійна підготовка персоналу, що займається питаннями ДПП, низька мотивація персоналу; 4) корупція; 5) труднощі з реальним виконанням гарантій, наданих державними партнерами для реалізації проектів ДПП. Публікація також містить висновки групи експертів Світового банку, яка у 2015 році за активної участі Мінекономрозвитку провела оцінку стану державно-приватного партнерства в контексті управління державними інвестиціями в Україні та підготувала звіт «Державно-приватне партнерство в контексті управління державними інвестиціями в Україні». У звіті визначено основні недоліки державно-приватного партнерства в Україні, до яких, на думку експертів Світового банку, належать: 1. фрагментарність національної системи ДПП; 2. слабе правове поле Закону України «Про державно-приватне партнерство» та концесійного законодавства; 3. відсутність чітких пріоритетів державної політики, якими слід керуватися при відборі проектів; 4. неадекватні правила та рекомендації щодо оцінки проектів; 5. слабе управління фінансовими ризиками ДПП; 6. нечітка роль інституцій, пов'язаних з ДПП. Якщо ці недоліки

не будуть усунуті, реалізація проектів ДПП буде поставлена під сумнів, а роль закладів охорони здоров'я - під сумнів. Створення сучасної матеріально-технічної інфраструктури, оновлення обладнання та технологій, забезпечення якісного та своєчасного обслуговування, безсумнівно, буде відкладено.

Висновки до розділу 2

Незважаючи на те, що реформи охорони здоров'я та децентралізації в Україні мають позитивні соціально-економічні наслідки, їхніми проблемами є низький рівень доходів населення, незрілість системи місцевого самоврядування в Україні, численні правові колізії та нечіткість законодавства у сфері повноважень і компетенцій органів місцевого самоврядування, відсутність економічного підґрунтя для проведення реформ та низька громадянська активність населення. Проблеми у сфері охорони здоров'я. Найбільш серйозними проблемами охорони здоров'я як для окремих регіонів, так і для України в цілому є недосконалість механізмів державного фінансування галузі, організаційні недоліки, пасивна кадрова політика у сфері охорони здоров'я, низька якість медичних послуг та недосконалість законодавства, що регулює діяльність системи охорони здоров'я. Згідно з інформацією, наданою Міністерством охорони здоров'я України, Україна обрала британську модель для трансформації української системи. Тому саме Великобританія була обрана для вивчення досвіду реалізації програм ДПП у зарубіжному секторі охорони здоров'я. Аналіз державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я Великої Британії дозволив визначити найбільш прийнятні принципи для трансформації охорони здоров'я в Україні:

1. принцип «універсального базового покриття», незалежно від багатства чи бідності. Люди не потребують;
2. Національна служба здоров'я України створюється за аналогією з NHS. Національна служба здоров'я України створена за аналогією до NHS і функціонує як замовник медичних послуг. Інших посередників немає.
3. Основним джерелом фінансування є загальне оподаткування. Громадяни платять стільки, скільки можуть, і всі отримують рівний доступ до послуг;
4. додаткові послуги надаються за рахунок

добровільного медичного страхування; 5. система медичного страхування базується на принципі «без податку»; 6. система медичного страхування базується на принципі «без податку». Дослідження реалізації проектів ДПП у сфері охорони здоров'я в Україні є досить проблематичним. Це пов'язано з тим, що навіть ті проекти, які позиціонуються як приклади ДПП в українському секторі охорони здоров'я, не є такими за своєю суттю і реалізуються поза межами вимог законодавства про ДПП.

РОЗДІЛ 3. ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА В ПРОЦЕСІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НАСЕЛЕННЮ ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАД

3.1. Форми державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я в Україні

При реалізації проектів державно-приватного партнерства використовуються різні механізми співпраці між державою та приватним сектором у різних галузях. Вони різняться залежно від ступеня передачі прав власності приватному партнеру, інвестиційних зобов'язань сторін, принципів розподілу ризиків і доходів між партнерами та їхньої відповідальності за різні види діяльності. Як зазначалося вище, стаття 5 Закону про ДПП визначає такі форми ДПП: 1) концесійні договори, 2) договори управління майном, 3) договори про спільну діяльність та 4) інші договори [43]. У цьому розділі розглянемо специфіку цих форм у сфері охорони здоров'я: 1) Концесії з метою підвищення ефективності використання державного та комунального майна на підставі концесійних договорів поняття та правові засади регулювання відносин щодо об'єктів права державної та комунальної власності, а також умови та порядок їх здійснення визначаються Господарським кодексом України та Законом України «Про концесії» (далі - Закон). та порядок їх здійснення визначаються Господарським кодексом України та Законом України «Про концесії» [44]. Відповідно до його положень, концесії характеризуються тим, що держава (територіальна громада) залишається повним власником майна, яке є об'єктом концесійного договору в рамках партнерських відносин, при цьому уповноважує приватного партнера на виконання визначених договором функцій на певний строк та здійснення звичайних функцій об'єкта концесії надання відповідних прав, необхідних для забезпечення належного функціонування об'єкта концесії. За користування державним або комунальним майном концесіонер сплачує плату на умовах, передбачених концесійним договором. Умови концесії Концесія передбачає зобов'язання суб'єкта господарювання (концесіонера) створити, істотно поліпшити та/або управляти (експлуатувати) об'єктом концесії, майнову відповідальність та взяття на себе можливих підприємницьких ризиків. Концесія об'єкта надається на підставі концесійного договору [44]. Основними положеннями концесійного договору є: сторони договору; види діяльності, робіт і послуг, що

здійснюватимуться відповідно до умов договору; об'єкт концесії; умови надання земельної ділянки, якщо вона необхідна для здійснення концесійної діяльності; перелік видів діяльності, що підлягають ліцензуванню; умови встановлення (та зміни) цін і платежів, строк дії концесійного договору, умови найму, використання праці найманих працівників (громадян України), умови використання вітчизняної сировини, умови та обсяги поліпшення об'єктів концесії, порядок компенсації за ці поліпшення, умови та розміри концесійних платежів

Проекти ДПП у формі концесій у сфері охорони здоров'я стикаються з низкою серйозних перешкод. Почнемо з визначення «предмету» ДПП у сфері охорони здоров'я. Відповідно до частини другої статті 7 Закону України «Про державно-приватне партнерство», об'єктами державно-приватного партнерства є Передача в концесію здійснюється шляхом їх ліквідації (відповідно до частини 1 статті 409 Господарського кодексу та частини 1 статті 23 Закону «Про концесії»). За таких умов передача цілісного майнового комплексу діючої лікарні суперечитиме положенням статті 49 Конституції України, яка забороняє скорочення існуючої мережі державних і комунальних закладів охорони здоров'я [44].

Наступна перешкода на шляху реалізації проектів ДПП у сфері охорони здоров'я пов'язана з поняттям «суб'єкта» ДПП. Згідно з ним, бюджетні установи не можуть брати участь у договорах ДПП. Концесійні платежі. Платежі здійснюються незалежно від результатів господарської діяльності. Методика розрахунку концесійних платежів затверджується Кабінетом Міністрів України. Щорічні концесійні платежі не можуть перевищувати 10% вартості майна, що передається в концесію. Виходячи з розміру річного концесійного платежу, визначається розмір концесійного платежу за перший квартал після укладення концесійного договору, який включається до договору. Розмір концесійного платежу за перший квартал розраховується за формулою річного концесійного платежу з урахуванням індексу інфляції з дати оцінки об'єкта до моменту підписання концесійного договору та індексу інфляції за перший квартал після укладення концесійного договору. Якщо

концесія надається на об'єкт незавершеного будівництва або на новий об'єкт, концесійний платіж сплачується з моменту отримання концесіонером доходу від експлуатації об'єкта концесії, але не пізніше ніж через шість місяців після початку експлуатації об'єкта концесії. Закон «Про концесії» передбачає, що держава забезпечує дотримання умов, визначених законом, для здійснення концесіонером діяльності, пов'язаної з виконанням концесійного договору, а також захист його прав та законних інтересів. Зміни до закону не повинні погіршувати умови здійснення концесіонером діяльності, пов'язаної з реалізацією об'єкта концесії [44]. Крім того, органи державної влади та органи місцевого самоврядування, їх посадові особи не мають права втручатися в діяльність концесіонера у зв'язку з виконанням концесійного договору, крім випадків, передбачених законом або концесійним договором і здійснюваних у межах їх повноважень. Майно та фінансові ресурси концесіонера, який виконує концесійний договір в Україні, не можуть бути примусово відчужені, крім випадків, передбачених законом. Ці фінансові ресурси можуть бути використані лише для здійснення заходів з ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру. У таких випадках концесіонер має право на компенсацію відповідно до закону. У разі прийняття органами державної влади або органами місцевого самоврядування рішення, що порушує права концесіонера, збитки, завдані концесіонеру внаслідок такого рішення, підлягають відшкодуванню в порядку, встановленому законом. Підсумовуючи аналіз ДПП у формі концесій, слід зазначити, що всі концесійні договори можна поділити на дві групи залежно від джерела доходів концесіонера. До першої групи належать концесії, де концесіонер отримує платежі переважно від користувачів послуг (user-pays), тоді як до другої групи належать концесії, де концесіонер отримує певну частину платежів від держави (government-pays) [46]. Перший випадок стосується рентабельних об'єктів, які приносять великі прибутки (порти, аеропорти), тоді як другий - високовартісних проектів, які не можуть генерувати достатньо доходів, щоб бути прибутковими без отримання

платежів від держави (більшість доріг, закладів охорони здоров'я, сміттєпереробних заводів і т.д.). В обох випадках, однак, суть концесії залишається однаковою. Держава наймає приватного оператора для проектування, будівництва/реконструкції та експлуатації певного об'єкта інфраструктури, не гарантуючи повернення інвестицій приватного оператора. В одному випадку концесіонер отримує плату за свої послуги від споживачів товарів/послуг, а в іншому - частину плати отримує від користувачів, а частину - від держави. Водночас, ефективність концесіонера стимулюється, оскільки платежі з боку держави завжди пов'язані з конкретними КРІ концесіонера, які повинні бути досягнуті, інакше концесіонер не отримає платежу. Натомість особливістю класичних проектів ДПП є те, що держава бере на себе більшість операційних ризиків, а в деяких випадках гарантує приватному оператору повернення інвестицій. Проекти ДПП зазвичай використовуються у сферах суспільної діяльності, за які держава або місцеві органи влади несуть повну відповідальність. Прикладами є освіта, охорона здоров'я, утримання пенітенціарних установ, збір та утилізація відходів, експлуатація громадського транспорту та надання комунальних послуг.2) Договори управління майном: керуючий державний партнер передає державне майно приватному партнеру (управителю) на певний строк в управління, а приватний партнер передає майно управителю (бенефіціару), за що зобов'язується зобов'язується здійснювати управління цим майном від свого імені за плату в інтересах управителя (бенефіціара).

Угода є ДПП лише тоді, коли вона передбачає інвестиційні зобов'язання приватного партнера. Однак ця «чиста» форма договору не є поширеною в ДПП, оскільки управління може не передбачати інвестицій, і тому цей тип договору, швидше за все, буде використовуватися як елемент змішаного договору ДПП [49, с.222].3) Договори про спільну діяльність: державні та приватні партнери зобов'язуються діяти спільно з метою досягнення певних цілей, зобов'язуються діяти спільно, без створення юридичної особи, для досягнення попередньо погоджених цілей. Спільна

діяльність може здійснюватися на основі об'єднання вкладів учасників (просте товариство) або без такого об'єднання. Кількість учасників договору про спільну діяльність чинним законодавством не обмежена. Крім того, стаття 77 Цивільного кодексу не обмежує статус суб'єктів спільної діяльності, якими можуть бути юридичні та фізичні особи - резиденти або нерезиденти. Найпоширенішою формою спільного підприємства є така, коли державний партнер вносить до спільного підприємства майно (наприклад, нерухомість, обладнання), а приватний партнер вносить інвестиції (наприклад, будівництво нових об'єктів або їх реконструкцію). Форма «без об'єднання вкладів» не діє для інвестиційних зобов'язань, і існує ряд обмежень для простих товариств як моделі за участю державних підприємств: 1. при укладенні договору про спільну діяльність внесок державного підприємства повинен становити не менше 50% спільного майна учасників спільної діяльності (аналогічно, місцеві органи влади можуть брати участь у спільній діяльності за участю державних підприємств). майно місцевих органів влади також може бути предметом певних обмежень, встановлених місцевими органами влади) [37, с. 112]; 2. до спільного підприємства не може бути внесено майно зі складу основних фондів державних підприємств, що не підлягає приватизації; а також 3. для укладення державним підприємством або установою договору про спільну діяльність необхідно, щоб Рада Міністрів України прийняла рішення про надання згоди на укладення такого договору. Що стосується управління, то форма спільної діяльності передбачає спільне управління, але на практиці функція управління делегується приватному партнеру. Прибуток, отриманий учасниками договору простого товариства в результаті спільної діяльності, розподіляється пропорційно вартості вкладу учасників у спільне майно, якщо інше не передбачено договором простого товариства або іншою домовленістю сторін.4) Інші види ДПП об'єднані експертами: - - спільна Оренда (лише за наявності інвестиційних зобов'язань): коли орендар за договором і за плату володіє і користується певним майном, необхідним для

здійснення підприємницької або іншої діяльності. За загальним правилом, об'єктом оренди може бути єдиний майновий комплекс підприємства, його структурні підрозділи (філії, відділення), нерухоме майно (будівлі, споруди, нежитлові приміщення) або інше індивідуально визначене майно підприємства. Характерною особливістю орендних відносин у проектах ДПП між державними органами та приватними підприємствами (традиційна та орендна форми) є те, що державне або комунальне майно передається приватному партнеру у тимчасове користування за плату на умовах, передбачених договором. У випадку договорів оренди орендар завжди має право викупити державне або комунальне майно. Умови застосування моделі: в принципі, договори оренди не є формою ДПП, але певні спільні риси можуть бути укладені, якщо договір структурований з урахуванням інвестиційних зобов'язань орендаря (ремонт, невід'ємні поліпшення тощо) [39, с. 2]. - Спільне підприємство; не є формою ДПП відповідно до Закону про ДПП, але по суті є способом взаємодії держави та компанії з метою залучення приватних інвестицій у сферу охорони здоров'я. Суть співробітництва полягає у створенні підприємств, заснованих на спільній власності, спільному управлінні та спільному розподілі результатів і ризиків між державою/муніципалітетом та приватним сектором. Спільні підприємства можуть створюватися у формі товариств з обмеженою відповідальністю, акціонерних товариств тощо). Обмеження щодо функціонування спільних підприємств у сфері охорони здоров'я полягають у наступному: нерухоме державне майно, що не підлягає приватизації, не може бути передане до статутного капіталу господарської організації, а також щодо такого майна не можуть вчинятися дії, які призведуть до його відчуження. Обмежена можливість реінвестування прибутку на розвиток підприємства (для суб'єктів господарювання, у статутному капіталі яких є державна частка, встановлені основні критерії відрахування частки прибутку, що спрямовується на виплату дивідендів). Створення суб'єкта господарювання, заснованого на державній власності, здійснюється за умови,

що розмір державних корпоративних прав перевищує 50% статутного капіталу (державним засновником виступає Фонд державного майна України). Суттєвою ознакою будь-якого виду спільного підприємства є постійна участь держави в поточній виробничій, адміністративно-господарській та інвестиційній діяльності. Незалежність і свобода прийняття рішень приватним партнером значно вужча, ніж, наприклад, у випадку концесії. - Контракт - адміністративний договір, що укладається між державою/місцевим органом влади та приватним сектором для здійснення конкретної суспільно необхідної та корисної діяльності. У відносинах адміністративного контракту право власності не передається приватному партнеру, а всі витрати та ризики несе держава. Інтерес приватного партнера полягає в отриманні частки доходів, прибутку та права на отримання платежів за контрактом. У багатьох випадках державно-приватне партнерство базується на перевагах різних моделей та їх комбінації.

3.2. Методи підвищення ефективності державно-приватного партнерства у реалізації програм медичного обслуговування населення територіальних громад

Сьогодні одним із головних викликів адміністративної та фіскальної децентралізації в Україні є узгодження засобів та механізмів її реалізації з цілями та пріоритетами, задекларованими на початку реформи: у країнах G7 проекти у сфері охорони здоров'я посідають перше місце серед проектів ДПП (майже 30% від загальної кількості: 184 з 615 проектів). На противагу цьому, в Україні проекти ДПП у сфері охорони здоров'я становлять лише 1% від усіх підписаних угод про партнерство (2 з 187). Реалізація раніше укладених договорів ДПП у сфері охорони здоров'я (у 2012 році - проект реконструкції та експлуатації «Третьої міської клінічної лікарні» у Запоріжжі) не відбулася через конфлікт інтересів. У Запоріжжі дію концесійного договору було призупинено через спротив місцевої влади, незважаючи на зацікавленість у проекті приватного сектору. Аналіз реалізації проектів державно-приватного партнерства у Великій Британії дає відправну точку для розуміння того, які

типи проектів ДПП у сфері охорони здоров'я є найбільш придатними для реалізації місцевими громадами і які проекти розвиваються більш ефективно, ніж інші [23, р.112]. Охорона здоров'я населення є ключовим питанням для органів влади всіх рівнів, оскільки впливає не тільки на стан здоров'я населення, яке є невід'ємною частиною людського потенціалу країни, а й на розвиток нації в цілому. Особливістю сфери охорони здоров'я є те, що реформи в рамках соціально-економічних перетворень в Україні відрізняються від реформ в інших секторах економіки. Саме тому реалізація проектів ДПП у сфері охорони здоров'я має бути пріоритетом національної та регіональної політики [34, с. 48]. В умовах дефіциту фінансових ресурсів для української системи охорони здоров'я вже тривалий час піднімається питання про необхідність прискореного переходу галузі від екстенсивної та розподільчої системи ресурсозабезпечення до інтенсивної моделі розвитку з економічним підходом до управління, в тому числі шляхом впровадження державно-приватного партнерства. На рівні територіальної громади найбільш перспективними напрямками розвитку ДПП на даному етапі видаються наступні (за умови їх одночасної реалізації): 1. створення клініко-діагностичних лабораторій (КДЛ) та/або забезпечення сучасним обладнанням 2. розвиток телемедицини Клініко-діагностична лабораторія необхідна для постановки правильного діагнозу та призначення відповідного лікування. і є структурним підрозділом лікарні, який надає лікарям клінічно релевантну та об'єктивну інформацію. Необхідність прискорення розбудови та модернізації існуючих клініко-діагностичних лабораторій в громаді зумовлена, з одного боку, специфічними медико-демографічними проблемами населення громади (високим демографічним старінням, регресивною віковою структурою, високим рівнем смертності населення працездатного віку), а з іншого - потребою в коштах та кваліфікованих лікарях в самій громаді (щоб поставити точний діагноз та можуть обрати найкращий варіант лікування) у самій громаді. Телемедицина дозволила б жителям громади отримати клінічно значиму та об'єктивну інформацію без

додаткових зусиль, витрат і часу, необхідних для консультації з провідним фахівцем. Телемедицина є галуззю медицини і являє собою сукупність дій, методів і засобів, що використовуються при наданні медичної допомоги за допомогою телекомунікацій у вигляді електронних повідомлень (де відстань є важливим фактором). Метою телемедицини є поліпшення здоров'я населення шляхом забезпечення рівного доступу до медичних послуг належної якості. Функціями телемедицини є клінічна, організаційна, адміністративна, профілактична, освітня та наукова. Основним завданням телемедицини є забезпечення надання медичної допомоги пацієнтам, а також сприяння підвищенню якості медичної допомоги та оптимізації організаційних і адміністративних процесів у сфері охорони здоров'я, коли відстань є важливим фактором надання медичної допомоги [36, с. 126].

Перший напрямок - створення та забезпечення сучасним обладнанням клініко-діагностичних лабораторій - доцільно реалізовувати у формі концесій. Після визначення цілей державно-приватного партнерства (ефективність господарського управління КДЛ, підвищення якості та доступності клініко-діагностичних лабораторій) держава в особі муніципальної влади спільно з приватними інвесторами повинна створити новий суб'єкт господарювання (комерційну організацію) на засадах ДПП. Співпраця між партнерами має ґрунтуватися на чіткому розподілі функцій. Муніципальна влада має забезпечити об'єкт нормативними, організаційно-методичними документами, методиками вимірювань, науково-технічною документацією та виконувати адміністративні функції. Держава в особі Національної служби здоров'я України бере на себе витрати на клінічні обстеження, що входять до пакету безоплатних медичних послуг, тоді як пацієнти оплачують додаткові обстеження. Ці платежі можуть бути частково покриті, наприклад, за рахунок державних виплат за послуги, що надаються малозабезпеченим верствам населення. Також можна було б фінансувати контракти на проведення клініко-діагностичних досліджень з приватними клініками. На нашу думку, реалізацію другого напрямку найкраще

здійснювати у формі спільної діяльності. Відповідно до статті 1130 Цивільного кодексу України, за договором про спільну діяльність сторони (учасники) зобов'язуються спільно діяти без створення юридичної особи для досягнення певної мети, що не суперечить закону [42]. Спільна діяльність може здійснюватися на основі об'єднання вкладів учасників (просте товариство) або без об'єднання вкладів учасників. У договорі простого товариства сторони (учасники) об'єднують свої вклади і зобов'язуються спільно діяти для одержання прибутку або досягнення іншої мети. Українська держава виділяє цільові кошти на розвиток телемедицини. Зокрема, субвенція на реалізацію заходів, спрямованих на розвиток системи охорони здоров'я у сільській місцевості у 2019 році (у розмірі 5 млрд грн) дозволить забезпечити заклади охорони здоров'я широкосмуговим доступом до мережі Інтернет, сучасним обладнанням та інформаційно-програмними засобами для роботи електронних систем охорони здоров'я та телемедицини. Передбачено виділення коштів на розвиток телекомунікаційної інфраструктури, в тому числі на забезпечення [3, с. 158]. Об'єднання зусиль двох секторів, муніципального (державного) і приватного, кожен з яких має свої унікальні особливості, створює можливості для більш ефективної діяльності та кращих результатів: державний/комунальний сектор може скорочувати бюджетні витрати, фінансувати проекти без збільшення бюджетного дефіциту або державного боргу, підвищувати ефективність вигоди за рахунок збільшення та зменшення витрат на виконання програм і доступу до більш гнучких та інноваційних практик, таких як інтегровані ІТ-системи та практики управління людськими ресурсами, орієнтовані на результат, що дасть змогу розширити медичні заклади та покращити якість надання послуг. Уряди також можуть отримати доступ до нових джерел фінансування і передати частину ризиків приватному сектору. Наприклад, у типовій програмі ДПП приватний партнер зазвичай бере на себе всі витрати і ризики, пов'язані з будівництвом об'єкта, а платежі відкладаються до моменту введення об'єкта в експлуатацію. Приватні партнери можуть

розширити сферу своєї діяльності та отримати доступ до нових ринків з меншим ризиком, одночасно підвищуючи суспільний добробут. Приватні партнери також мають можливість отримувати гарантований дохід у середньо- та довгостроковій перспективі, що гарантує стабільність їхньої діяльності та дозволяє залучати позикові кошти на більш вигідних умовах під державні гарантії. Хоча державні ринки охорони здоров'я, як правило, мають низьку потенційну прибутковість інвестицій, вони пропонують можливості для збільшення розміру та частки ринку, а також дозволяють приватному сектору диверсифікувати свій портфель інвестицій та послуг. Підсумовуючи, слід підкреслити, що проекти державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я повинні ґрунтуватися на тих самих базових принципах, що й Стратегія реформування системи охорони здоров'я на 2015-2020 роки. А саме, що проекти ДПП мають бути орієнтовані насамперед на задоволення потреб людей (як пацієнтів, так і медичних працівників); що якість та безпека послуг, які надаються в результаті реалізації проектів ДПП, є основним критерієм оцінки останніх; що реалізація проектів ДПП у секторі охорони здоров'я залежить від взаємовідносин між партнерами. Позитивні результати проекту можуть бути досягнуті лише за умови побудови довіри, діалогу та взаємної поваги між партнерами. Орієнтація на результат означає, що ефективність лікувально-профілактичних програм, фінансова безпека пацієнтів, ефективність використання коштів та врахування побажань пацієнтів визначають прийняття рішень на всіх рівнях [53, с. 127].

Системи оцінки проектів повинні забезпечувати регулярний моніторинг завершення кожного етапу проекту і використовувати його як основу для вдосконалення. Реформи із залученням приватних постачальників послуг слід пропонувати лише тоді, коли вони дійсно призведуть до кращих результатів або зменшать витрати на надання послуг тієї ж якості. Орієнтованість на впровадження. Це означає, що хороші ідеї - це лише половина справи. Це також вимагає ретельного моніторингу підготовчої роботи, впровадження, хто, коли і як відповідає, а також чітких механізмів

підзвітності. Нові моделі фінансування медичних послуг мають бути ефективними, знижувати фінансові ризики, пов'язані із загрозами для здоров'я людей, та забезпечувати доступ до належних послуг. Аналіз проблем та перспектив розвитку державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я в Україні свідчить про те, що на даному етапі в українському секторі охорони здоров'я відсутні форми ДПП, розбіжність інтересів між приватними та державними партнерами в процесі реалізації проектів ДПП, конкретні проекти ДПП у сфері охорони здоров'я. Найбільш серйозними інституційними проблемами, як свідчить аналіз практики реалізації ДПП та фахової літератури, є: заборона скорочення мережі державних та комунальних закладів охорони здоров'я, конституційні обмеження щодо оплати послуг у державних та комунальних закладах охорони здоров'я, розбіжність інтересів приватних та державних партнерів тощо, складнощі в отриманні необхідних дозволів та погоджень для реалізації проектів ДПП; складнощі в переоформленні на приватного партнера права користування земельною ділянкою, на якій розташований об'єкт ДПП; недостатня професійна підготовка посадових осіб, які займаються питаннями ДПП, їх низька мотивація, корумпованість та складнощі в реальному виконанні наданих державою гарантій. Нижче наведено деякі з виявлених проблем. Аналіз нормативно-правової бази державно-приватного партнерства дозволив визначити конкретні форми проектів ДПП у сфері охорони здоров'я. До них відносяться: концесійні договори, договори про передачу майна у власність, договори купівлі-продажу, договори оренди. До них відносяться договори концесії, договори управління майном, договори про спільну діяльність та інші договори (оренди, лізингу, підряду, про спільну діяльність). Як показує практика, у багатьох випадках співпраці держави та приватного сектору використовуються форми, що базуються на перевагах різних моделей або їх комбінації. [...] [...] [...] [...] [...] Основним мікроекономічним елементом охорони здоров'я є організація охорони здоров'я, яка по суті є типом підприємства (фірми), що виробляє та надає

послуги; 2. Макроекономічні відносини формуються в національній економіці в цілому, особливо в галузях, безпосередньо пов'язаних з охороною здоров'я (медична промисловість, фармацевтична промисловість, приладобудування, спеціальна харчова промисловість, транспортне машинобудування, будівельна промисловість, торгівля тощо), в яких вони формуються.), в яких вони формуються.3 Нарешті, в останні роки у фаховій економічній літературі намітилася і все більше проявляється тенденція до виділення інших рівнів економічних відносин і, відповідно, аналізу економічної діяльності. Йдеться про економічний середній рівень (лат. *medius* - середина, англ. *middle* - середній). На цьому рівні вивчаються економічні відносини в охороні здоров'я, а охорона здоров'я розглядається як велика галузь (надгалузь) економіки, що складається з багатьох підгалузей, виробництв і спеціалізацій, пов'язаних спільним функціональним завданням охорони і зміцнення громадського та індивідуального здоров'я [58, с.416]. Охорона здоров'я є сферою послуг. Економічні характеристики послуг охорони здоров'я можна звести до таких взаємопов'язаних класифікаційних груп: 1. Першу групу утворюють особливості послуг охорони здоров'я, пов'язані з конкретними проявами результатів професійної діяльності зайнятих у цій сфері. До таких особливостей належать: - результати професійної діяльності в охороні здоров'я, як правило, втілюються в людині - послуги як галузеві результати охорони здоров'я завжди мають персоніфікований характер. Результати охорони здоров'я мають складну структуру і можуть бути розбиті на ряд проміжних результатів (або квазірезультатів); - результати охорони здоров'я не пов'язані безпосередньо з обсягом витрат. - Результати різняться за тривалістю та необхідністю повторних дій; 2. Друга група характеристик медичних послуг стосується вираження кількісних характеристик їх вартості. Тут важливо підкреслити кілька моментів:[42]. - вартість медичної послуги не є постійною, раз і назавжди заданою величиною; - при визначенні вартості медичної послуги лікарі мають кілька варіантів, оскільки їм доводиться стикатися з

необхідністю вирішувати складні клінічні та економічні проблеми; - процеси лікування та профілактики є невизначеними і непередбачуваними. Незважаючи на це, існують економічні критерії, що включають ряд взаємозалежних натуральних, вартісних і відносних показників, які дозволяють хоча б приблизно визначити витрати на очікуване лікування або медичний процес;

3.3. Економічні аспекти надання медичних послуг населенню в умовах ринкових відносин.

Охорона здоров'я розглядається багатьма вченими як суспільне благо, коли надання медичної допомоги кожній людині має важливе значення для суспільства в цілому. З іншого боку, кожна медична послуга є товаром, який можна продати на відкритому ринку[56,с.12].

Економічні відносини у сфері охорони здоров'я виникають на таких інформаційних рівнях.

1. На мікроекономічному рівні вони охоплюють діяльність кожного індивідуума, окремих ділянок, ланок і структур виробництва медичних послуг. Головний мікроекономічний елемент охорони здоров'я – це лікувально-профілактична установа, за своєю суттю виступає як своєрідне підприємство (фірма), яке виробляє та надає послуги.

2. В рамках національної економіки в цілому, і, перш за все, в тих галузях, які безпосередньо пов'язані з охороною здоров'я (медична промисловість, фармацевтична промисловість, приладобудування, спеціальні галузі харчової промисловості, транспортного машинобудування, будівництва, торгівлі тощо), складаються макроекономічні відносини.

3. Нарешті, останнім часом у спеціальній економічній літературі обґрунтовується і все більш виразно виявляється тенденція до виділення ще одного рівня економічних відносин, а, отже, і здійснення аналізу господарської діяльності. Йдеться про міді-економічний рівень (від лат. – *medius*, англ. – *middle* – середній). На цьому рівні досліджуються господарські зв'язки в охороні здоров'я, що розглядається як велика галузь в

економіці (супер-галузь), що складається з цілого ряду підгалузей, виробництв і спеціалізацій, поєднаних спільним функціональним завданням – охорона і зміцнення суспільного та індивідуального здоров'я[58,с.416].

Охорона здоров'я належить до сфери послуг. Економічні особливості медичних послуг можуть бути зведені у такі взаємообумовлені класифікаційні групи:

1.Першу групу утворюють особливості послуг охорони здоров'я, пов'язані зі специфікою прояву самого результату професійної діяльності осіб, зайнятих у цій галузі. До цих особливостей належать такі моменти:

- результат професійної діяльності в охороні здоров'я, як правило, втілений в самій людині;
- послуга, як галузевий результат охорони здоров'я, завжди носить індивідуальний характер. Споживання значної кількості послуг охорони здоров'я в часі збігається з їх виробництвом;
- отриманий результат, незважаючи на всю свою індивідуальність, може бути різноманітним за своїм фізичним обсягом;
- результат охорони здоров'я має складну структуру і може розпадатися на множину під-результатів (або квазі-результатів);
- результативність в охороні здоров'я безпосередньо не пов'язана з величиною витрат;
- результат різноманітний за терміном прояву і необхідністю повторної дії;
- характер розрахунків за досягнутий результат (надану послугу) також може бути різним.

2.Друга група визначення особливостей послуг охорони здоров'я пов'язана з виразом кількісних характеристик її вартості. Тут важливо виділити декілька моментів:[42].

- послуга може надаватися як у товарній (і саме в цьому випадку вона починає володіти вартісними параметрами), так і в нетоварній формі;

– вартість послуги охорони здоров'я не є якась постійна, дана раз і назавжди величина;

– визначення величини вартості послуг охорони здоров'я може мати декілька варіантів, при виборі яких лікар має справу з необхідністю рішення комплексної клініко-економічної задачі;

– незважаючи на всю невизначеність і непередбачуваність лікувальнопрофілактичного процесу, існують економічні нормативи, які включають ряд взаємозалежних натуральних, вартісних і відносних показників і які дозволяють, хоча б орієнтовно, визначити, в що обійдеться передбачуваний процес лікування або охорони здоров'я.

3.Третя група особливостей послуг охорони здоров'я пов'язана з процесом надання (виробництва) цих самих послуг в охороні здоров'я. До цих особливостей доцільно віднести такі риси:[48,с.5].

– наявність великої кількості інвесторів (пацієнт, сім'я, підприємство, працедавець, суспільні організації, страхові компанії, держава і міжнародні структури), що оплачують процес надання послуг. Тільки сумісне використання різних інвестиційних ресурсів дозволяє зробити процес надання послуг охорони здоров'я безперервним, якісним і ефективним;

– розмаїття господарських зв'язків, які виявляються в ході надання медичних послуг і без наявності яких не мислиться діяльність сучасної системи охорони здоров'я;

– залежність ходу надання послуги охорони здоров'я від місцевих природно-кліматичних умов, які можуть перешкоджати або, навпаки, бути сприятливими для здійснення процесу лікування й профілактики різних захворювань;

– наявність активного взаємозв'язку по лінії «лікар – пацієнт». Пацієнт, як об'єкт медичної дії, володіє найбільшою активністю, яка також може бути направлена як на шкоду йому, так і на благо;

– можливість територіальних переміщень у процесі надання послуг охорони здоров'я також відрізняє галузь від багатьох видів діяльності у сфері

матеріального виробництва, де процес створення благ, як правило, територіально відбувається в одному місці;

– у процесі надання послуг охорони здоров'я існує можливість обмеження зусиль досягненням проміжного результату з подальшим відновленням надання послуги за відповідної зміни умов здійснення цього процесу;

– тривалість процесу надання послуги охорони здоров'я може бути різною. В цілому ж вона охоплює все життя, а в певних випадках навіть виходить за рамки меж життя конкретної людини.

Ринок медичних послуг – це сукупність медичних технологій, виробів, медичної техніки, методів організації медичної діяльності, фармакологічних засобів, лікарської дії і профілактики, які реалізуються в умовах конкурентної економіки. Це частина ринку в цілому, яка забезпечує існування економічних відносин між усіма суб'єктами ринку медичної галузі, які обумовлені не тільки медичними, а й економічними інтересами. Головними завданнями ринку медичної галузі є забезпечення взаємодії між виробництвом і споживанням послуг та товарів медичного призначення. На ринку медичної діяльності діють різні групи суб'єктів, між якими розвиваються відносини як співробітництва, так і конкуренції. З розвитком елементів ринкових відносин в охороні здоров'я з'явилося поняття «медичний суб'єкт» як виробник медичних послуг. Під медичним суб'єктом розуміється будь-яка медична установа (підприємство, організація або колектив), що надає послуги в галузі охорони здоров'я, незалежно від форм власності. Партнери медичного суб'єкта можуть бути різноманітні[50,с.2].

По-перше, це можуть бути інші медичні установи, які беруть участь в реалізації складного лікувально-діагностичного процесу. Крім того, до цієї групи входять постачальники устаткування, інструментарію, лікарських препаратів і інших матеріальних ресурсів медичної праці.

Другу групу утворюють фінансово-кредитні, перш за все банківські, установи і організації. В умовах ринкових відносин роль банківського

кредиту, що є одним із джерел фінансування діяльності лікувальнопрофілактичних установ, зростає.

Третя група контрагентів ринкових відносин – громадяни. Ця група вельми неоднорідна за своїм складом, за функціями, здійснюваними у процесі реалізації господарських зв'язків в умовах ринку.

Четверту групу утворює держава в особі державних органів. Держава зацікавлена у залученні медичних установ і підприємств до виконання розроблених відповідними урядовими органами програм в галузі охорони здоров'я населення в цілому і його окремих соціальних груп зокрема. Держава повинна зацікавити лікувально-профілактичні установи у виконанні програм, надаючи їм податкові пільги, фінансову підтримку тощо.

Охорона здоров'я як соціально значуща сфера суспільства має свої особливості. Перш за все, вона передбачає значимість клінічного ефекту, ніж фінансового, тому тут вплив ринкових відносин досить обмежений. Основними принципами за будь-яких економічних відносин у медичній галузі, повинні бути гуманізм, сумлінність, якісне надання медичної допомоги. Отже, йдеться про необхідність чіткого розмежування сфер в самій охороні здоров'я, де для досягнення кращих медичних показників повинні бути спрямовані економічні методи, і сфер, де необхідно використовувати адміністративні, громадські та інші заходи. Тут необхідність існування державного сектора визначається не моральноетичними, а економічними причинами[55,с.4].

Слід зауважити, що медичні послуги не можуть реалізовуватися тільки за формулою ринкових відносин «товар – гроші – товар», так як це може призводити в разі неплатоспроможності пацієнтів до передчасної втрати їх здоров'я і навіть життя. Ці послуги характеризуються складністю оцінювання якості та необхідності надавання. Основна діяльність в охороні здоров'я потребує безпосереднього контакту між споживачем та постачальниками медичних послуг. Якщо споживач не обізнаний про користь послуг медичного призначення, тоді виникає асиметрія інформованості між

виробником і споживачем, що призводить до монополізації ринку в цій галузі. Доступ до медичної допомоги не може бути пов'язаний з наявністю або відсутністю фінансових коштів у споживача цих послуг. Незважаючи на свій дохід, людина не повинна втрачати можливість отримання необхідної медичної допомоги.

Державне втручання в систему охорони здоров'я необхідне для регулювання таких ключових елементів ринку, як конкуренція і ціна. Встановлення державою гранично допустимих цін на медичні препарати не дає можливості продавцю піднімати ціни. За допомогою антимонопольного регулювання держава обмежує виробництво і продаж товарів підприємств-монополістів у сфері медицини. Не менш важливим залишається обсяг інвестицій в медичну галузь для удосконалення фінансової ситуації.

Держава обов'язково має втручатися у регулювання галузі охорони здоров'я, але мають існувати і межі такого втручання. Можна виділити такі критерії визначення меж сфери державного сектора в охороні здоров'я: співвідношення витрат на надання безоплатної для населення медичної допомоги з втратами, які нестиме суспільство в разі її відсутності; економічні можливості держави та рівень добробуту населення.

Для того, щоб гонитва за вигідними видами медичної допомоги не позначалася згубно на системі охорони здоров'я в цілому, має бути вироблений дієвий господарський механізм самої охорони здоров'я, який би поєднував: централізоване бюджетне фінансування провідних лікувальних і навчальних медичних центрів країни; фінансування за рахунок місцевих бюджетів профілактичної роботи; фінансування за рахунок страхових внесків інших видів медичної допомоги; переведення окремих видів медичної допомоги на платну основу.

3.4. Організаційно-правові аспекти підвищення ефективності проєктів державно-приватного партнерства у сфері медичного обслуговування.

Вивчаючи нормативно-правове забезпечення державно-приватного партнерства в Україні, можна помітити, що не існує типового варіанта здійснення ДПП, не можна віднайти стандартний проєкт, адже до кожного конкретного випадку слід підходити індивідуально, вивчаючи певні особливості сфери застосування. Не є винятком і проєкти ДПП у системі охорони здоров'я. Відповідно, існує необхідність удосконалення нормативно-правової бази з метою більш якісної реалізації проєктів, шляхом розробки нових та оновлення вже існуючих законодавчих актів.

Перш за все доречно навести принципи, дотримання яких забезпечує підвищення ефективності проєктів ДПП у сфері охорони здоров'я. Важливими чинниками та вимогами до реалізації ДПП є такі фактори: належне розуміння проєкту, стабільні економічні та політичні умови, адекватне економічне обґрунтування, достатній початковий капітал, професійний менеджмент, відповідний розподіл ризиків, достатній досвід, використання авторитетних і компетентних підрядників, а також інновації у фінансуванні. Ці фактори слід враховувати, для того щоб уникнути будь-яких збоїв у реалізації та експлуатації проєктів ДПП[2,с.39].

Що стосується загальних положень нормативно-правового забезпечення, яке регулює відносини між державним та приватним секторами в рамках здійснення проєктів ДПП, то слід перш за все звернути увагу на розширення спектру послуг, які можуть бути реалізовані інвестором, та визначення сфер системи охорони здоров'я, які мають найбільші прогалини у фінансовому забезпеченні, та сприяти їх розвитку, що згодом дозволить зменшити навантаження на місцевий бюджет та, власне, на систему охорони здоров'я. Це приведе до створення конкуренції у наданні медичних послуг, підвищить ефективність системи та покращить якість послуг.

При збільшенні варіативності об'єктів державної чи комунальної власності, які можуть бути залучені до ДПП, потрібно провести повну інвентаризацію майна з паралельним оцінюванням ефективності його

використання. За результатами інвентаризації потрібно сформувавши перелік стратегічних об'єктів, які можуть бути передані як об'єкти ДПП.

Відшкодування інвестицій приватному партнеру є однією з головних проблем під час впровадження державно-приватного партнерства. Майбутні законодавчі зміни мають містити норму про можливість переходу в приватну власність новостворених медичних, фармакологічних об'єктів або модернізованих, реконструйованих. Також варто закріпити норму, за якою існувала б можливість приватної діяльності на базі існуючих закладів. За таких умов інвестори будуть готові безоплатно надавати необхідний комплекс медичних послуг[4,с.79].

Розглядаючи варіант податкового стимулювання, можна виділити такі можливі зміни: зменшення (звільнення) податків на прибуток та додану вартість під час проведення модернізації об'єктів, створити умови для доступного імпорту медичного устаткування тощо. Поряд з податками варто не забувати про варіанти пільгового кредитування, наприклад із заниженою відсотковою ставкою, чи навіть взагалі безвідсоткові. Це можна зробити, до прикладу, у взаємодії з державними банками, коли при наданні приватним партнером суспільних медичних послуг витрати, які він нестиме, будуть відшкодовуватися за рахунок пільгових кредитів.

Основною рушійною силою для налагодження державно-приватного партнерства є автономізація медичних закладів та реформа фінансування галузі. Завдяки цьому заклади охорони здоров'я отримають більшу самостійність, зможуть самостійно ухвалювати рішення та оптимізувати персонал і, водночас, встановлення тарифів на визначений перелік послуг надасть певні гарантії для інвестора в отриманні прибутку.

Створення регіонального центру з розвитку ДПП при місцевих органах влади як окремого департаменту забезпечить більш якісний контроль за проведенням процедури становлення проєкту ДПП, достовірне проведення аналізів доцільності проєкту, дотримання вимог законодавства. Водночас законодавство повинне бути орієнтоване на ефективні відносини між

державою та приватним партнером та своєчасно проводити зміни з урахуванням специфіки реалізації проєктів та з розробкою типових алгоритмів дій.

Однією з проблем розвитку ДПП вважаємо відсутність кваліфікованих керівників. Для грамотної реалізації проєктів ДПП потрібні компетентні, спеціалізовані керівники (менеджери), які мають володіти знаннями щодо світового досвіду ДПП, варіантів адаптації даних проєктів та імплементації в сфері застосування в Україні, механізмів державно-приватного партнерства. В умовах сьогодення управлінець повинен стати головним організатором, який володіє обстановкою та з легкістю вирішує всі поставлені завдання. Він повинен використовувати лише достовірні дані та доведені факти, а не покладатися на інтуїтивний підхід. Менеджер закладу охорони здоров'я, який функціонує на засадах ДПП, повинен виконувати такі функції:[8].

- аналізувати умови роботи закладу;
- здійснювати постійний моніторинг ринкової економіки з метою здійснення своєчасних змін в структурі господарських механізмів;
- враховуючи ринкові умови, визначати оптимальну стратегію ціноутворення;
- здійснювати аналіз штатної структури, форм оплати праці, підготовки та підвищення кваліфікації персоналу;
- забезпечувати стабільний потік пацієнтів.

В ході реалізації Програми розвитку державно-приватного партнерства у 2010–2015 рр. та програми «Лідерство в економічному управлінні» у 2014–2019 рр. було проведено навчально-методичні семінари з метою підготовки фахівців. Сьогодні в Україні активно здійснюється професійне навчання у сфері ДПП, проводяться курси підвищення кваліфікації, тренінги та конференції. Проте підвищення кваліфікації керівної ланки має деякі прогалини, незважаючи на те, що підготовка керівників є надзвичайно необхідною. Тому з метою раціонального використання кадрових ресурсів державі необхідно продумати сучасну програму підготовки менеджерів в

сфері охорони здоров'я та перепідготовки управлінського кадрового потенціалу. Відповідно до цієї програми повинне здійснюватися навчання менеджерів щодо вирішення завдання організації закладу охорони здоров'я на базі ДПП, управління фінансами, залучення приватних інвестицій для інновацій, формування ефективного кадрового потенціалу.

Ще одним важливим кроком є створення робочої групи при Міністерстві, яка повинна розробити методичні рекомендації щодо співпраці в рамках ДПП у медицині.

Особливістю розвитку ДПП в охороні здоров'я є процес кластеризації і укрупнення медичних закладів. Такі об'єкти будуть об'єднувати в собі клінічні дослідження, діагностику, амбулаторно-поліклінічне напрям, відновне лікування, профілактику, медичну логістику, освіту і підвищення кваліфікації для медиків. Надання допомоги буде здійснюватися за всіма нозологіями для всіх груп пацієнтів. У рамках кластерів відбувається консолідація економічних, фінансових, управлінських та інших видів ресурсів для їх раціонального використання та розширення фінансування об'єктів медичної галузі[10,с.12].

Великий потенціал для участі в партнерстві мають фінансовопромислові групи, у складі яких є діючий медичний напрям, що зарекомендував себе на ринку. У таких потенційних партнерів є кілька переваг: медичне минуле і сьогодення, а також бажання розвиватися в цьому напрямі; фінансовий інститут та інші активи, здатні як згенерувати фінансову основу проєкту, так і отримати синергетичний ефект від взаємодії; репутація, яка в першу чергу буде турбувати публічного партнера (саме відсутність репутації зараз буде для багатьох потенційних інвесторів перешкодою у здійсненні проєктів ДПП). Цілком можливий варіант ДПП за участю іноземного капіталу, однак в існуючих економічних і політичних умовах такий варіант в нашій країні мало ймовірний.

На першому рівні суб'єктом управління є координаційна рада – громадська організація, до складу якої входять представники обласної

державної адміністрації та Управління охорони здоров'я області, керівники страхових компаній, що здійснюють ДМС населення, та представники громадськості. Об'єктом управління є медичні заклади, що надають медичну допомогу застрахованим, та страхові компанії, залучені до системи ДПП. Другий рівень представлений Управлінням охорони здоров'я області – як суб'єкта управління, та ЗОЗ – як об'єкта. Третій рівень – це система управління ризиками, де суб'єктом управління є усі структури ДПП, а об'єктом – здоров'я населення та ризики його порушення.

Відповідно до досвіду інших країн, одним з рушійних механізмів є створення органу для управління відносинами з приватним сектором, т. зв. комітету для визначення кваліфікації приватних партнерів. Основними завданнями такого комітету є: допомога в укладанні контрактів, затвердження кваліфікації приватного сектора та подальший контроль діяльності. Цей комітет повинен бути аполітичним та не зазнавати змін в умовах нестабільності уряду. Однією зі стратегій успішного розвитку та просування ДПП, на думку закордонних фахівців, є залучення міжнародного консультанта, який вивчає законодавство, а потім розробляє юридичну угоду на основі чинних законів та з урахуванням передового досвіду інших країн.

Висновки до розділу 3

Отже, ДПП є основним шляхом для подальшого сучасного та збалансованого розвитку медицини. З метою успішного підвищення ефективності впровадження проєктів ДПП у сфері охорони здоров'я доцільно реалізувати такі заходи:[12,с.108].

- з метою підвищення конкурентоспроможності розробити єдиний підхід у розвитку ДПП у сфері охорони здоров'я;
- удосконалити нормативно-правову базу, врахувавши наявну проблематику;
- забезпечити чіткий розподіл повноважень між органами виконавчої влади у системі державного управління медициною щодо ДПП;

- визначити напрями надання державної підтримки проєктам ДПП, у т. ч. надання державних гарантій.

Отже, державно-приватне партнерство може стати найважливішою складовою функціонування системи охорони здоров'я в нашій країні і в найближчій перспективі – одним з механізмів реформування вітчизняної охорони здоров'я. ДПП дозволяє інтегрувати бізнес-моделі в державну сферу, а також запропонувати вирішення найбільш гострих проблем державної політики.

У розділі проаналізовано шляхи підвищення ефективності державно-приватного партнерства (ДПП) у сфері надання медичних послуг населенню територіальних громад. Встановлено, що ДПП є дієвим механізмом для розв'язання нагальних проблем охорони здоров'я, зокрема модернізації інфраструктури, забезпечення інноваційного обладнання та підвищення доступності медичних послуг.

Запропоновано низку стратегічних рішень для покращення ефективності ДПП у медичному секторі. Серед них:

1. Запровадження пілотних проєктів у сферах телемедицини, оснащення лікарень сучасним обладнанням за участі приватного капіталу та створення діагностичних центрів на засадах концесії.
2. Удосконалення нормативно-правової бази, зокрема щодо процедур відбору приватних партнерів, формування прозорих критеріїв оцінки ефективності проєктів та регулювання розподілу ризиків.
3. Формування стимулів для приватного сектору, таких як податкові пільги, державні гарантії, спрощення дозвільних процедур та доступ до кредитування.
4. Активізація комунікації з громадами з метою підвищення довіри до партнерських ініціатив і залучення громадян до процесу прийняття рішень.

5. Створення системи моніторингу та оцінки ефективності реалізації проектів ДПП, що дозволить вчасно коригувати недоліки і підвищувати результативність ініціатив.

Особливу увагу приділено децентралізації як ключовому чиннику розширення можливостей територіальних громад у впровадженні ДПП. Розглянуто можливість передачі повноважень і ресурсів на місцевий рівень для сприяння автономному розвитку медичної інфраструктури.

Таким чином, реалізація запропонованих шляхів дозволить підвищити ефективність державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я, сприятиме розширенню доступу до якісних медичних послуг та забезпечить сталий розвиток територіальних громад в умовах сучасних викликів.

ВИСНОВКИ

На основі проведеного дослідження можна зробити наступні висновки: ДПП визначається як комплексна форма співпраці між державою та приватним сектором, спрямована на реалізацію спільних проектів з метою підвищення ефективності використання ресурсів. У сфері охорони здоров'я ДПП є важливим механізмом залучення інвестицій, гарантування

інноваційного розвитку, підвищення якості та доступності медичних послуг. У цій статті проаналізовано основні характеристики ДПП, включаючи взаємні вигоди, розподіл ризиків та довгострокове співробітництво. Автор класифікує форми ДПП, включаючи концесії, державно-приватні угоди у сфері будівництва, управління та фінансування об'єктів охорони здоров'я, створення спільних підприємств та ін. Очевидно, що українське законодавство у сфері ДПП все ще перебуває на стадії становлення. Аналіз законодавства свідчить про наявність прогалин у регулюванні питань, пов'язаних з реалізацією проектів у сфері охорони здоров'я, що обмежує масштаби та ефективність проектів. Вивчено успішні приклади реалізації ДПП у сфері охорони здоров'я в європейських країнах. Серед ключових висновків - важливість чіткого розподілу ризиків, залучення приватного капіталу до розбудови сучасної інфраструктури та використання інноваційних технологій. Оцінка поточного стану ДПП в Україні показує, що рівень реалізації проектів ДПП у сфері охорони здоров'я є низьким через обмежене фінансування, труднощі правового регулювання та недостатню зацікавленість приватного сектору. Перспективи розвитку ДПП ґрунтуються на децентралізації, високій якості охорони здоров'я зростаючий попит на послуги, пов'язаний з державними реформами у сфері охорони здоров'я. Було виявлено низку проблем, серед яких відсутність чітких механізмів управління ризиками, низький рівень зацікавленості приватного сектору, низький рівень довіри між державою та бізнесом, а також незавершеність законодавчої бази. Автор пропонує створення пілотних проектів у сфері телемедицини, забезпечення медичних закладів найсучаснішим обладнанням за участю приватного капіталу та запровадження прозорого механізму відбору приватних партнерів. Також надаються рекомендації щодо використання таких форм співпраці, як спільне управління медичними закладами, концесії для створення діагностичних центрів та механізмів аутсорсингу немедичних функцій у лікарнях; запровадження системи моніторингу та оцінки ефективності проектів ДПП; забезпечення прозорого фінансування; формування спеціалізованої

Запропоновано створення спеціалізованих груп підтримки ДПП. Розроблено рекомендації щодо створення умов для залучення приватного капіталу, спрощення адміністративних процедур, удосконалення нормативно-правової бази та підвищення обізнаності державних і приватних інвесторів про можливість реалізації проектів ДПП у сфері охорони здоров'я. Дослідження підтверджує значний потенціал державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я, який може бути реалізований шляхом вирішення інституційних питань та адаптації найкращих міжнародних практик до українського контексту.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ

1. Ахламов А.Г., Кусик Н.Л. Економіка та фінансування охорони здоров'я: навчально-методичний посібник. Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2011. 134 с.
URL:
http://academy.gov.ua/NMKD/library_nadu/Biblioteka_Magistra/3b63646e4026-4df2-826d-c561b5313180.pdf
2. Біла І.С., Петришина Н.В. Особливості державно-приватного партнерства в сучасних умовах в Україні. Сталий розвиток економіки. 2012. № 2. С. 36–39. URL:
<http://dspace.nuft.edu.ua/jspui/handle/123456789/5155>
3. Борщ В.І. Державно-приватне партнерство як запорука інноваційного розвитку національної галузі охорони здоров'я. Вісник ЖДТУ. Серія «Економіка, управління та адміністрування». 2019. № 2 (88). С. 156–161.
URL: <http://ven.ztu.edu.ua/article/view/175391>
4. Вороненко Ю.В., Скороход А.В. Запровадження бюджетнострахової медицини на принципах державно-приватного партнерства. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2014. № 2. С. 79–83. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VSG_2014_2_18
5. Гойда Н.Г., Курділь Н.В., Вороненко В.В. Нормативно-правове забезпечення державно-приватного партнерства в охороні здоров'я України. Запорозький медичинський журнал. 2013. № 5. С. 104–108.
URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zmzh_2013_5_30
6. Голованова І.А., Краснова О.І. Значення приватної медицини в системі охорони здоров'я України. Економіка і право охорони здоров'я. 2016. № 1. С. 22–25. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/eprozd_2016_1_6
7. Господарський Кодекс України. Відомості Верховної Ради України. 2003. № 18–22. Ст. 144.
8. Державно-приватне партнерство як механізм реалізації нової регіональної політики: можливості застосування та практичні аспекти підготовки і впровадження інвестиційних проєктів. URL:

- http://rdpa.regionet.org.ua/images/129/PPP_report_U-LEAD_30_10_2017.pdf
9. Державно-приватне партнерство: опції для розвитку медичних закладів.
URL: <https://www.legalalliance.com.ua/publikacii/derzavno-privatnepartnerstvo-opcii-dla-rozvitku-medicnih-zakladiv/>
 10. Деякі питання проведення аналізу ефективності здійснення державно-приватного партнерства: Наказ Міністерства економічного розвитку і торгівлі України від 27.02.2012 р. № 255, зареєстрований в Міністерстві юстиції України від 15.03.2012 р. № 399/20712. Офіційний вісник України. 2012. № 22. С. 536.
 11. Дудка В.В. Переваги приватної медицини та вигоди держави у підтримці розвитку приватного сектора системи охорони здоров'я України (до проблеми державного регулювання здравоохоронної сфери). Державне управління: удосконалення та розвиток. 2012. № 1. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2012_1_4
 12. Дутко Н.Г. Напрями розвитку державно-приватного партнерства: галузь охорони здоров'я. Економіка та держава. 2011. № 1. С. 105–108. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ecde_2011_1_28
 13. Духовна О. Застосування ДПП в українській медицині. Юридична газета online: всеукраїнське професійне юридичне видання. 2021. № 15 (745) URL: <https://yur-gazeta.com/dumka-eksperta/zastosuvannya-dpp-v-ukrayinskiymedicini.html>
 14. Засекречене будівництво корпусу Бориспільської ЦЛР. Вісті: електронна газета. URL: <https://i-visti.com/news/boryspil/5149-zasekrechenebudivnyctvo-korpusu-boryspilskoi-crl.html>
 15. Іванюк А., Орлова Н. Методологія формування моделі регіонального центру кардіології на принципах державно-приватного партнерства. Вісник Вінницького національного медичного університету. 2021. Т. 25. № 2. С. 320–324. URL: <https://reports-vnmedical.com.ua/index.php/journal/article/view/883/857>

16. Конституція України. Відомості Верховної Ради України. 1996. № 30. Ст. 141.
17. Кравченко В. Актуальність підготовки менеджерів для впровадження державно-приватного партнерства в охороні здоров'я. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2017. № 4 (74). С. 62–67. URL: <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/visnyk-gigieny/article/view/8655/8034>
18. Краснова О., Плужнікова Т. Роль держави в регулюванні сфери охорони здоров'я в ринкових умовах. Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського. Серія «Економічні науки». 2019. № 1. С. 37–43. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvmduce_2019_1_8
19. Криничко Л., Криничко Ф., Петрик С. Удосконалення правового механізму реалізації державно-приватного партнерства як інвестиційного проєкту в сфері охорони здоров'я. Інвестиції: практика та досвід. 2020. № 23. С. 131–137. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/23_2020/22.pdf
20. Лаврентій Д.С. Напрями вдосконалення публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2018. № 7. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1273>
21. 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
22. Мартякова О.В., Трикоз І.В. Механізм реалізації державноприватного партнерства у сфері охорони здоров'я. Часопис економічних реформ. 2013. № 4. С. 33–39. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Cher_2013_4_8
23. Методика виявлення ризиків здійснення державно-приватного партнерства, їх оцінки та визначення форми управління ними,

- затверджена Постановою Кабінету Міністрів України від 16.02.2011 № 232. Офіційний вісник України. 2011. № 18. С. 221.
- 24.Методика розрахунку концесійних платежів, затверджена Постановою Кабінету Міністрів України від 12.08.2020 № 706. Офіційний вісник України. 2020. № 67. С. 470.
- 25.Методичні рекомендації для державних та комунальних закладів охорони здоров'я для працівників органів управління у сфері охорони здоров'я. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/1/7840-1234567890.pdf>
- 26.Можливості для лізингу медичного обладнання в Україні. Проект USAID «Трансформація фінансового сектору». 2019. URL: http://www.fstua.info/wp-content/uploads/2019/12/Leasing-Medical-Equipment-Survey_dec2019_ua.pdf
- 27.Москвіна А.О., Вороніна О.О. Застосування міжнародного досвіду державно-приватного партнерства в охороні здоров'я України. Глобальні та національні проблеми економіки: електронне наукове фахове видання. 2018. Вип. 23. С. 91–95. URL: <http://global-national.in.ua/archive/23-2018/20.pdf>
- 28.МОЗ та Світовий банк обговорили державно-приватне партнерство у медицині. Мультимедійна платформа іномовлення України «УКРІНФОРМ». URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-economy/3083304-moz-ta-svitovij-bankobgovorili-derzavnoprivatne-partnerstvo-u-medicini.html>
- 29.Офіційний сайт Всеукраїнської Асоціації об'єднаних територіальних громад. Результати опитування щодо організації надання медичних послуг в ОТГ. URL: <https://hromady.org/13518-2/>
- 30.Офіційний сайт комітету з питань охорони здоров'я. Державноприватне партнерство у сфері охорони здоров'я: виклики та перспективи в умовах медичної реформи. URL: <http://komzdrav.rada.gov.ua/fsview/73864.html>
- 31.Офіційний сайт Міністерства розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства України. URL: <https://www.me.gov.ua/>

- 32.Офіційний сайт Трускавецької районної ради. URL: <https://tml.org.ua/>
- 33.Павлюк К.В., Павлюк С.М. Сутність і роль державно-приватного партнерства в соціально-економічному розвитку держави. Наукові праці КНТУ. 2010. № 17.
- 34.Пашинська К.С. Форми державно-приватного партнерства. Економічний аналіз: зб. наук. праць. 2015. Том 22. № 1. С. 48–52. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ecan_2015_22%281%29__9
- 35.Петрова І.П. Поняття державно-приватного партнерства: оцінка зарубіжних і вітчизняних визначень. Вісник економічної науки України. 2014. № 3 (27). С. 88–99. URL: <http://dspace.nbuv.gov.ua/bitstream/handle/123456789/87485/17-Petrova.pdf?sequence=1>
- 36.Попова Т., Гавкалова Н. Публічно-приватне партнерство в галузі охорони здоров'я. Економічний аналіз. 2021. Том 31. № 2. С. 126–135. URL: <https://www.econa.org.ua/index.php/econa/article/view/1939/6565656999>
- 37.Порядок залучення радників для підготовки проекту, що здійснюється на умовах концесії, затверджений Постановою Кабінету Міністрів України від 09.10.2020 № 950. Офіційний вісник України. 2020. № 84. С. 137.
- 38.Порядок заміни приватного партнера (концесіонера) за договором, укладеним в рамках державно-приватного партнерства (концесійним договором), затверджений Постановою Кабінету Міністрів України від 01.07.2020 № 541. Офіційний вісник України. 2020. № 55. С. 924.
- 39.Порядок повернення концесіодавцю об'єкта концесії після припинення дії концесійного договору, затверджений Постановою Кабінету Міністрів України від 22.07.2020 № 621. Офіційний вісник України. 2020. № 61. С. 14.
- 40.Порядок подання державними партнерами (концесіодавцями) щорічного звіту про виконання договору, укладеного в рамках

- державноприватного партнерства, у тому числі концесійного договору, затверджений Наказом Міністерства розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства України від 26.05.2020 № 986. Офіційний вісник України. 2020. № 56. С. 11.
41. Порядок проведення конкурсу з визначення приватного партнера для здійснення державно-приватного партнерства щодо об'єктів державної, комунальної власності та об'єктів, які належать Автономній Республіці Крим, затверджений Постановою Кабінету Міністрів України від 11.04.2011 № 384. Урядовий кур'єр. 2011. № 80.
42. Про внесення змін до Порядку проведення аналізу ефективності здійснення державно-приватного партнерства: Постанова Кабінету Міністрів України від 22.04.2020 № 294. Урядовий кур'єр. 2020. № 81.
43. Про державно-приватне партнерство: Закон України від 01.07.2010 р. № 2404-VI / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2404-17>
44. Про концесію: Закон України від 03.10.2019 р., № 155-IX / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/155-IX#Text>
45. Радущкий М. Чому в Україні лише два «медичних» концесійних проекти? Економічна правда: електронна газета. 11.01.2021 URL: <https://www.epravda.com.ua/rus/columns/2021/01/11/669840/>
46. Реалізація ДПП в Україні. ДПП як механізм ефективної співпраці між державою та приватними партнерами у галузі інфраструктури: практичний посібник. Київ: Spilno PPP Management Office, 2017. URL: <https://mtu.gov.ua/files/Посібник%20Реалізація%20ДПП%20в%20Україні.pdf>
47. Реєстраційна картка програми і проекту Створення Центру малоінвазивної хірургії за адресою вул. Данилишиних, 62 у м. Трускавець URL: <https://dfrr.minregion.gov.ua/Project-annotation-full?PROJT=11009>

- 48.Резнікова Н.В., Іващенко О.А., Войтович О.І. Моделі конкуренції на ринку послуг в сфері охорони здоров'я: проблема використання потенціалу медичної галузі та її регулювання в умовах глобалізації. Ефективна економіка. 2018. № 1. URL: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=6277>
- 49.Сімсон О.Е. Державно-приватне партнерство в інноваційній сфері. Вісник Академії правових наук України: зб. наук. праць. 2011. № 4. С. 222– 230. URL: <http://dspace.nlu.edu.ua/handle/123456789/7459>
- 50.Тернова С. Коли ДПП стане реальністю в українській медицині? Ваше здоров'я: всеукраїнська медична газета. 2021. № 527. URL: <https://www.vz.kiev.ua/chomu-derzhavno-pryvatne-partnerstvo-omynayevitchyznyanu-sferu-ohorony-zdorov-ya/>.
- 51.Техніко-економічне обґрунтування проєкту: Створення Центру малоінвазивної хірургії за адресою вул. Данилишиних, 62 у м. Трускавець URL: <http://rdpa.regionet.org.ua/images/ppp-doc/03/Truskavets-FS-Ukr.pdf>
- 52.Турчак Д.В. Інституційне забезпечення реалізації державноприватного партнерства у сфері охорони здоров'я. Вісник Донецького державного університету управління. Серія «Державне управління». 2019. № 1 (82). С. 161–168. URL: <https://old.dsum.edu.ua/wpcontent/uploads/2019/11/182-2019.pdf>
- 53.Турчак Д.В. Суть та значення державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. Публічне управління та адміністрування в Україні. 2019. Вип. 10. С. 127–131. URL: <http://www.pagjournal.iei.od.ua/archives/2019/10-2019/25.pdf>
- 54.Турчак Д.В. Механізми державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я: дис. канд. наук з державного управління: 25.00.02. Київ, 2019. 240 с. URL: https://ipk.edu.ua/wp-content/uploads/2019/10/dis_Turchak.pdf

55. Устінов О.В. Державно-приватне партнерство в охороні здоров'я: питання на часі. Український медичний часопис: Видавництво «Моріон» 19.10.2018. URL: <https://www.umj.com.ua/article/131494/derzhavno-privatnepartnerstvo-v-ohoroni-zdorov-ya-pitannya-na-chasi>
56. Хитра О.В., Вакарь В.Ю. Перспективи удосконалення системи охорони здоров'я на основі державно-приватного партнерства. Регіональна економіка та управління. 2020. Вип. 2 (28). С. 128–137.
57. Цивільний кодекс України. Відомості Верховної Ради України. 2003. № 40–44. Ст. 356.
58. Шевчук Ю.В. Розвиток державно-приватного партнерства у контексті вдосконалення фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я. Економічний вісник Університету Державної фіскальної служби України. 2017. Вип. № 33/1. С. 416–428. URL: <https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewByFileId/270723.pdf>
59. Шудрак А.А. Малоінвазивна хірургія сьогодні: завдання, проблеми та перспективи. Спеціалізований медичний портал «Health-ua.com». Тематичний номер «Онкологія» № 2 (53). травень 2018. URL: <http://healthua.com/article/37520-malonvazivna-hirurgya-sogodn--zavdannya-problemitaperspektivi>
60. New Karolinska Solna PPP. European Investment Bank. URL: <https://www.eib.org/en/projects/pipelines/all/20090436>
61. Strategies to develop and promote public-private partnerships (PPPs) in the provision of hospital services in Iran: a qualitative study. National Center for Biotechnology Information. 2016 Apr. 8(4). URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4886559/>

ДОДАТКИ

Додаток 1



Державно-приватне партнерство (далі – ДПП) для закладів охорони здоров'я: **співробітництво між державним партнером/концесієдавцем** (КМУ, державною установою (казенним підприємством) **та приватним партнером/концесіонером** (юридичною особою, крім державних та комунальних підприємств, установ, організацій), що здійснюється **на основі договору** та **відповідає ознакам ДПП**, визначеним законом.

Рис.1.Зміст державно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я

Додаток 2



Рис.2. Державно-приватне партнерство в медичній галузі