

ХМЕЛЬНИЦЬКА ОБЛАСНА РАДА
ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ УПРАВЛІННЯ ТА ПРАВА
ІМЕНІ ЛЕОНІДА ЮЗЬКОВА

ФАКУЛЬТЕТ УПРАВЛІННЯ ТА ЕКОНОМІКИ

Кафедра публічного управління та адміністрування

МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

на тему: «Державно-приватне партнерство у формуванні
конкурентоспроможності надання медичних послуг на
місцевому рівні»

Виконала: студентка магістратури за
спеціальністю
281 Публічне управління та
адміністрування
Наумець Вікторія
Ігорівна

(прізвище ім'я та по-батькові)

Керівник: к. е. н., доцент Хитра О.В.

(науковий ступінь, вчене звання, прізвище та
ініціали)

Рецензент: _____

(науковий ступінь, вчене звання, прізвище та
ініціали)

АНОТАЦІЯ

Наумець В.І. **«Державно-приватне партнерство у формуванні конкурентоспроможності надання медичних послуг на місцевому рівні».**

Магістерська робота.

У теоретичному розділі роботи розкриті економічні аспекти надання медичних послуг населенню в умовах ринкових відносин. Сфера охорони здоров'я має надзвичайну соціальну значимість для суспільства і цілий ряд характеристик, що відрізняють її від інших сфер суспільної і економічної діяльності, значно ускладнюючи перехід галузі до ринкових умов господарювання і створюючи умови для ряду застережень як у застосуванні ринкових принципів господарювання в цілому, так і конкуренції зокрема.

Розглянута базисна модель попиту і пропозиції передбачає, що збільшення пропозицій будь-якої послуги понизить рівноважну ціну і підвищить рівноважну кількість цієї послуги. За останні десятиліття в Україні кількість лікарів збільшувалася набагато швидше, ніж чисельність населення. За інших рівних умов зростання пропозиції послуг повинне скоротити їх грошові доходи і збільшити кількість медичних послуг. Проте «інші рівні умови» не залишилися незмінними. Деякі детермінанти попиту на послуги лікарів ускладнили картину, зазнавши змін. Рівень чистих доходів людей неухильно підвищувався, тривалість життя збільшувалася, зростає кількість людей, які одержують медичне обслуговування на основі різноманітних медичних програм. Кожен з цих чинників обумовлює підвищення попиту на медичні послуги.

У роботі розглянуто зміст поняття «державно-приватне партнерство» та обґрунтовано доцільність застосування відповідних механізмів співпраці держави і приватного сектора у сфері охорони здоров'я. У дослідницько-аналітичному розділі виконаний аналіз передумов і результатів впровадження проєктів ДПП на прикладі Центру малоінвазивної хірургії (м. Трускавець). З'ясовано ряд проблем, що лежать у площині організаційно-

правового забезпечення спільної діяльності місцевої влади та інвесторів на ринку медичних послуг.

У рекомендаційному розділі запропоновані шляхи підвищення ефективності державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я, що стосуються передусім удосконалення організаційно-правових процедур і вжиття заходів щодо раціоналізації кадрового забезпечення проєктів. На основі вивчення досвіду різних країн встановлено, що найбільш перспективним в Україні є впровадження моделей ДПП, складовою яких виступає лізинг медичного обладнання, що дозволить оновити наявну у медичних установах матеріально-технічну базу і тим самим підвищити рівень конкурентоспроможності медичних послуг.

Ключові слова: державно-приватне партнерство, концесія, медична послуга, охорона здоров'я, ринок медичних послуг.

ANNOTATION

Naumets V.I. «**Public-private partnership as a formation of competitiveness of medical services locally**». Master's thesis.

In the master's thesis revealed the economic aspects of medical services to the population in market conditions. Healthcare is extremely important both for society and for the state. However, the quality of medical services provided by the state is low and the same services in private hospitals are too expensive. Public-private partnerships act as a mechanism for cooperation between the state and the private sector in the field of health care in order to create conditions for the provision of available and quality medical services to the population. The master's thesis suggests ways to increase the effectiveness of public-private partnerships in the field of health relating primarily to the improvement of organizational and legal procedures and taking measures to streamline staffing of projects.

Key words: public-private partnership, concession, medical service, health care, medical services market.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА З МЕТОЮ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ...	8
1.1. Економічні аспекти надання медичних послуг населенню в умовах ринкових відносин	8
1.2. Поняття, ознаки та форми здійснення державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я	14
1.3. Організаційно-правове підґрунтя державно-приватного партнерства у медичній сфері.....	20
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ І ПРОБЛЕМ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОЄКТІВ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ	25
2.1. Загальна характеристика передумов впровадження і досвіду реалізації проєктів ДПП у галузі охорони здоров'я в Україні	25
2.2. Аналіз досвіду спільної діяльності місцевої влади та інвесторів в рамках здійснення ДПП на базі Центру малоінвазивної хірургії (м. Трускавець)....	35
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА У НАДАННІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ.....	46
3.1. Організаційно-правові аспекти підвищення ефективності проєктів державно-приватного партнерства у сфері медичного обслуговування	46
3.2. Обґрунтування перспектив підвищення конкурентоспроможності надання медичних послуг на місцевому рівні на основі впровадження в Україні світових практик державно-приватного партнерства	53
ВИСНОВКИ.....	62
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	65

ВСТУП

Актуальність теми визначена постійним всебічним розвитком нашої країни, наданням розширених функцій місцевим органам влади, що зумовлене політикою децентралізації, а також реформування всіх сфер життєдіяльності суспільства. Необхідність дослідження більш якісних моделей партнерських відносин між державою та потенційними інвесторами, переймаючи передовий досвід більш розвинених країн в наданні медичних послуг (у т. ч. використовуючи державно-приватне партнерство), надасть можливість більш якісного використання державних ресурсів.

Останнім часом у більшості країн світу значного поширення набуває державно-приватне партнерство, яке вважається дієвим інструментом розвитку країни. Численні дослідження присвячуються питанням пошуку найефективніших шляхів співпраці держави та приватних підприємств у рамках здійснення державно-приватного партнерства.

Основною метою державно-приватного партнерства є впорядкування основних засад співпраці держави та приватного підприємства. Така співпраця дає потужний поштовх для отримання кращих техніко-економічних показників та результатів, забезпечує більш ефективне використання державних ресурсів та майна.

Теоретичні та практичні проблеми взаємодії державних і підприємницьких структур стали об'єктом активного вивчення дослідників у другій половині ХХ століття, коли в науковій літературі було представлено безліч концепцій соціальної відповідальності бізнесу, а згодом дістали розвиток дослідження форм взаємодії влади і бізнесу у формі державно-приватного партнерства.

Значна кількість науковців приділили увагу та написали велику кількість наукових праць, присвячених питанням розвитку державно-приватного партнерства. Серед них варто відмітити праці таких науковців, як: І. Біла [2], В. Варнавський [5], К. Павлюк і С. Павлюк [35], К. Пашинська [36], І. Петрова [37], О. Сімсон [51] та ін. Деякі науковці приділили увагу

самого розвитку державно-приватного партнерства в медицині: В. Борщ [4], Ю. Вороненко і А. Скороход [6], Н. Гойда, Н. Курділь і В. Вороненко [7], Н. Дутко [14], О. Духовна [9], А. Іванюк і Н. Орлова [17], В. Кравченко [19], Л. Криничко, Ф. Криничко і С. Петрик [21], Д. Лаврентій [22], О. Мартякова та І. Трикоз [24], А. Москвіна і О. Вороніна [29], Т. Попова та Н. Гавкалова [38], Д. Турчак [54–56], Ю. Шевчук [60] та ін.

Проте, попри досить значну нормативно-правову базу та велику кількість наукових досліджень щодо розвитку державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я, існують значні прогалини в розвитку цієї сфери. Сьогодні кількість проєктів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я, які знаходяться на стадії реалізації, мізерна.

Мета та завдання роботи. Метою дослідження є обґрунтування перспектив підвищення конкурентоспроможності надання медичних послуг на місцевому рівні на основі впровадження в Україні світових практик державно-приватного партнерства.

Відповідно до визначеної мети були поставлені такі завдання:

- розкрити зміст поняття “державно-приватне партнерство”;
- дослідити організаційне і нормативно-правове забезпечення державно-приватного партнерства у медицині;
- проаналізувати передумови і результати впровадження проєктів державно-приватного партнерства у сфері надання медичних послуг в Україні;
- визначити проблеми під час реалізації проєктів державно-приватного партнерства в галузі охорони здоров'я;
- критично проаналізувати закордонний досвід державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я;
- визначити шляхи підвищення ефективності проєктів державно-приватного партнерства у контексті забезпечення належної конкурентоспроможності надання медичних послуг на місцевому рівні.

Об'єктом дослідження є суспільні відносини у сфері розробки та впровадження проєктів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я.

Предмет дослідження – теоретико-методологічні і прикладні аспекти підвищення ефективності проєктів державно-приватного партнерства у контексті забезпечення конкурентоспроможності надання медичних послуг.

Методи дослідження. Відповідно до поставленої мети та завдань, у дослідженні використано сукупність як загальних, так і спеціальних методів та прийомів наукового пізнання, зокрема: діалектичний метод, за допомогою якого з'ясовано сутність і розкрито зміст поняття “державно-приватне партнерство”; формально-логічний метод дозволив з'ясувати логіко-методологічні засади побудови основних дефініцій; методи аналізу й синтезу застосовувались для обґрунтування логіки поєднання ринкових механізмів та державного регулювання у сфері охорони здоров'я; гіпотетично-дедуктивний метод – для формулювання і подальшої перевірки гіпотез про шляхи підвищення ефективності проєктів державно-приватного партнерства у контексті забезпечення конкурентоспроможності надання медичних послуг на місцевому рівні; методи моделювання були використані для визначення ризиків учасників проєктів державно-приватного партнерства.

Інформаційна база дослідження. У процесі дослідження використані: теоретико-методологічні положення, що висвітлюються у монографіях, наукових статтях та інших фахових публікаціях, присвячених питанням розробки і впровадження проєктів державно-приватного партнерства у сфері надання медичних послуг; законодавча база у сфері охорони здоров'я; статистичні дані, що характеризують основні тенденції впровадження проєктів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я; інформаційна довідка про міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я.

Практичне значення одержаних результатів полягає у розробці можливих шляхів підвищення ефективності проєктів державно-приватного партнерства у медичній сфері та забезпечення завдяки цьому належної конкурентоспроможності надання медичних послуг на місцевому рівні.

Структура магістерської роботи включає вступ, три розділи, висновки, список використаних джерел.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА З МЕТОЮ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

1.1. 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 [6; 7]. З іншого боку, кожна медична послуга є товаром, який можна продати на відкритому ринку [8, с. 23].

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.

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:

- 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 лікувально-профілактичного 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:

- 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 [1, с. 40]. 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 [50].

На ринку медичної діяльності діють різні групи суб'єктів, між якими розвиваються відносини як співробітництва, так і конкуренції (рисунк 1.1).

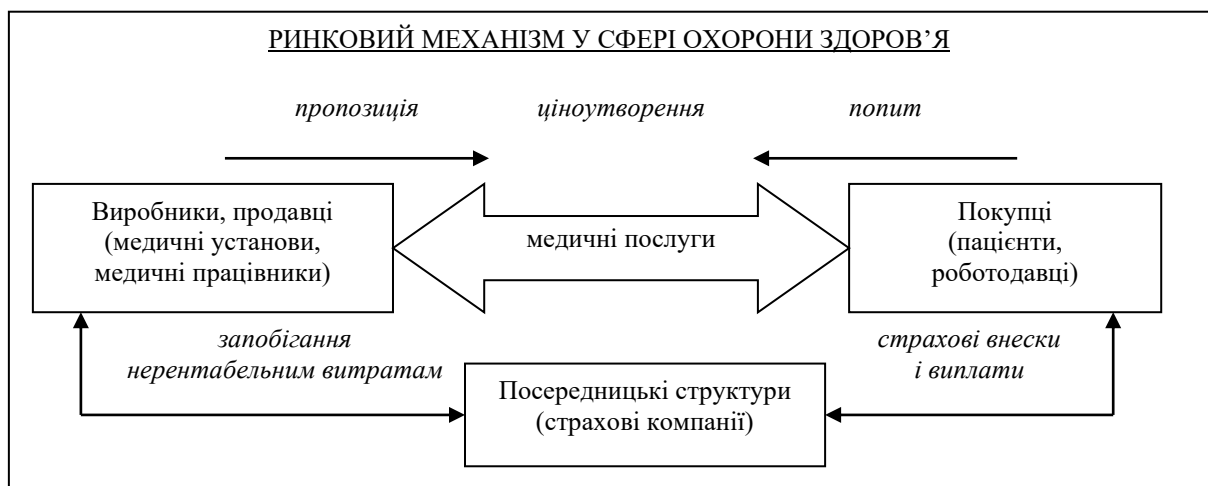


Рисунок 1.1 Основні учасники ринку медичних послуг та відносини між ними

Джерело: складено автором на основі [1; 8; 50]

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 (рисунок 1.2).

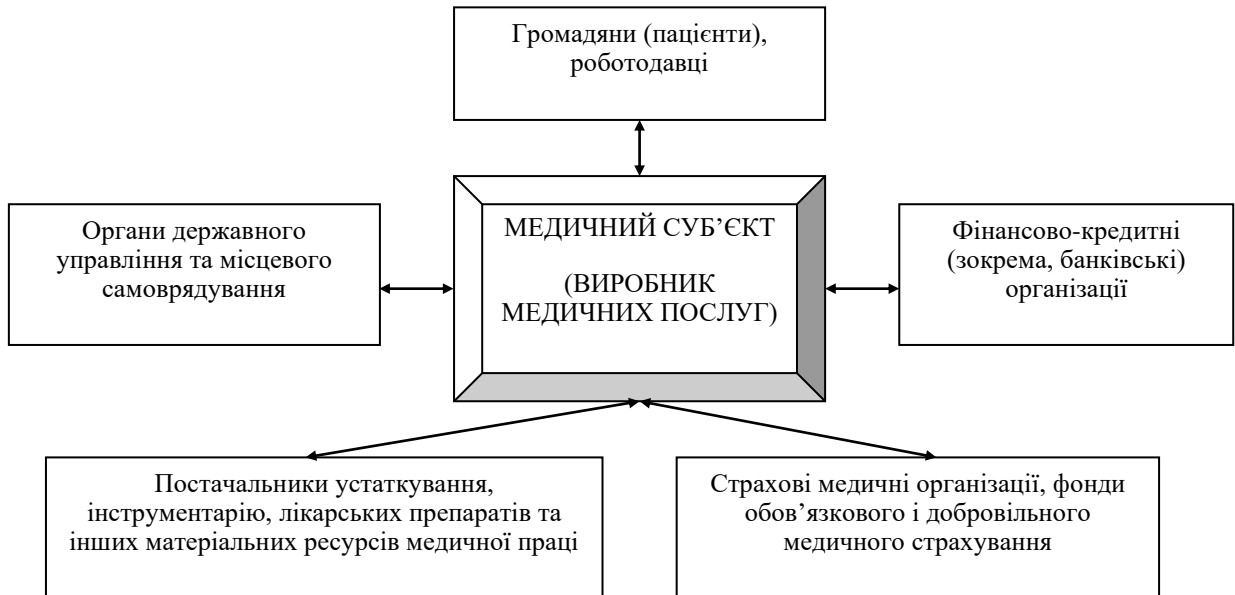


Рисунок 1.2 Контрагенти медичного суб'єкта на ринку медичних послуг

Джерело: складено автором на основі [1]

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 лікувально-профілактичних 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 морально-етичними, а економічними причинами.

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 підприємців-монополістів у сфері медицини. Не менш важливим залишається обсяг інвестицій в медичну галузь для удосконалення фінансової ситуації [50].

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 [20, с. 40].

1.2. Поняття, ознаки та форми здійснення державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я

На сьогодні сфера охорони здоров'я залишається однією з тих галузей, провідна роль в якій належить державі. Хоча з плином часу та проведенням достатньої кількості реформ як у самій медицині, так і в економічній та адміністративній сферах можна помітити тенденції до збільшення кількості приватних клінік. Вочевидь, вони фінансуються фізичними або юридичними особами, а не державою, тому їх діяльність доречно було б розглядати з економічної точки зору.

Сучасна державна система не здатна повною мірою забезпечити всі вимоги через низький рівень матеріально-технічного забезпечення установ, недостатню кваліфікованість медичного персоналу. Нині державне фінансування є основою матеріально-технічного забезпечення лікарень, проте навіть при збільшенні фінансування з бюджетів, коштів все одно буде недостатньо, щоб постійно оновлювати обладнання та супутні матеріали.

Приватна медицина акцентує свою увагу на якості медичного обслуговування, а точніше на співвідношенні «ціна–якість», щоб досягти максимального залучення клієнтів. Приватні клініки та лабораторії надають якісніші послуги за досить високою ціною. У випадку надання державною установою такої самої якості послуг, але за значно нижчої вартості, споживач звісно надасть перевагу більш вигідному для себе варіантові. Однак, усвідомлюючи, що приватні заклади охорони здоров'я оперують ще таким поняттям, як культура надання послуг, споживачі з високим рівнем доходів можуть надавати перевагу приватним закладам [60, с. 418]. У зв'язку з цим приватними компаніями з надання медичних послуг створюється конкуренція для державних лікарень [13].

Для того щоб покращити становище державних медичних установ, держава повинна забезпечити поєднання доступності медицини державних лікарень та якості надання медичних послуг приватною медициною. Така система співпраці знайшла відображення у державно-приватному партнерстві.

Упродовж останніх років стає актуальним питання партнерської взаємодії держави та приватного сектора, визначення його ролі у соціально-економічному розвитку країни, хоча сам термін «державно-приватне партнерство» (або «публічно-приватне партнерство») з'явився ще на початку вісімдесятих років ХХ століття. Термін «державно-приватне партнерство» (ДПП) є перекладом англійського терміна «public-private partnership» (PPP), що вживається для позначення відносин між державою та приватним сектором. В іноземній практиці поширене використання «публічний» замість «державний», сполучення слів «публічно-приватне партнерство» підкреслює

участь у відносинах публічного та приватного секторів та показує взаємодію публічного та приватного. Наявність частинки “публічний” означає, що у відносинах можлива не лише участь держави, а й територіальної громади, комунальної установи, установи, організації чи підприємства, що, у свою чергу, робить термін «публічно-приватне партнерство» більш коректним у застосуванні [51, с. 230].

В українській правовій сфері закріпився термін «державно-приватне партнерство», що пов’язане більш за все з роллю держави у суспільних відносинах. Впровадження державно-приватного партнерства пов’язане з виникненням потреби у значних обсягах інвестицій для фінансування й підвищення ефективності реалізації суспільно значущих проєктів як на національному, так і на регіональному рівнях. За таких відносин держава передає лише право на володіння та користування об’єктом, а за собою залишає право на розпорядження ним [5, с. 41].

Безперечно, відносини у державно-приватному партнерстві повинні бути вигідними як державі, так і приватному підприємству. Якщо розглядати переваги для держави, то варто виділити передусім інтерес зниження витрат, які бізнес бере на себе, а також в частині виконання певних робіт та функцій, які приватне підприємство, як правило, виконує самостійно (наприклад, ремонт, реконструкція, будівництво тощо). Щодо приватних компаній, то для них заохоченням до співпраці є: довготривале володіння державною власністю на пільгових умовах, гарантований ринок збуту продукції чи послуг, захист від ризиків та ін. [5, с. 42]. Проте навіть за таких перспектив приватні компанії не дуже охоче погоджуються на співпрацю з державою, оскільки ролі держави та бізнесу при укладанні договорів ніколи не урівноважуються. Інколи в інтересах суспільства держава може в односторонньому порядку розірвати договір ДПП і це, як правило, не матиме для неї жодних правових наслідків.

Державні підприємства та організації, маючи певні привілеї, можуть охоплювати майже усі сфери життєдіяльності суспільства. Досить великі

виробничі потужності забезпечують їх доступність для населення, проте за рахунок цього їх сервіс та якість можуть залишатися на значно нижчому рівні, ніж у приватних підприємств. У свою чергу, приватні фірми, намагаючись поліпшити сервіс обслуговування клієнтів та зробити його більш комфортним для кожного з них, витрачають на це певний капітал, який потім включають до вартості надання послуг. Не слід забувати і про жорстку конкуренцію між приватними фірмами, що, у свою чергу, зумовлює як поліпшення сервісу, так і перегляд вартості надання послуг. Як наслідок, споживачі не отримують послуги, які мають одночасно і високу якість, сервіс, зручне розташування та доступні ціни. Основні переваги для зацікавлених сторін від реалізації ДПП у сфері охорони здоров'я наведені на рисунку 1.3.

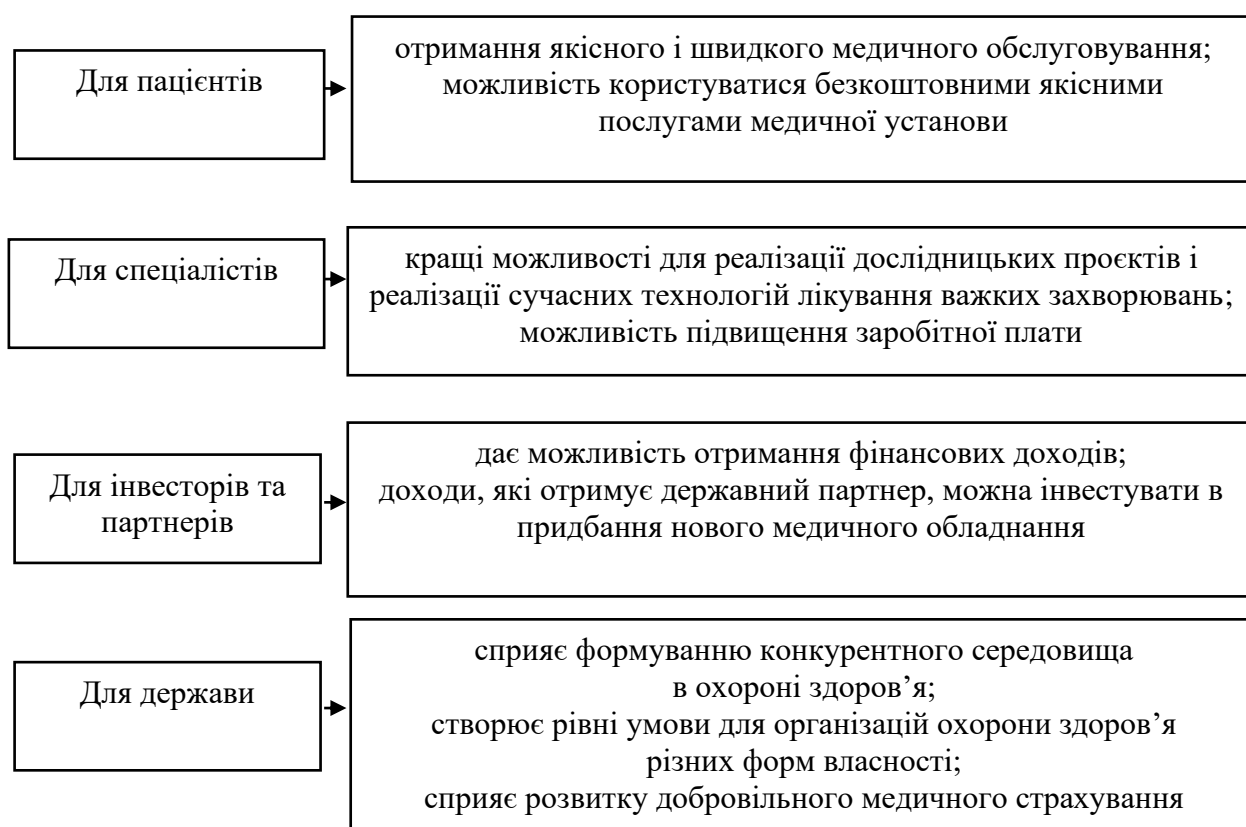


Рисунок 1.3 Переваги від державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я [55]

Існує велика кількість підходів до трактування терміна «державно-приватне партнерство», як у більш вузькому, конкретному розумінні, так і в

більш розширеному. Щодо вузького поняття, деякі вчені виділяють державно-приватне партнерство зі сфери державних закупівель і приватизації та акцентують увагу на рівноправних партнерських відносинах [37, с. 93]; у широкому трактуванні поняття ДПП повинне включати конструктивну взаємодію державного та приватного секторів, громадських інститутів у політичній, економічній, гуманітарній, соціальних та інших сферах діяльності [35].

У Законі України «Про державно-приватне партнерство» це поняття висвітлене як «співробітництво між державою Україна, Автономною Республікою Крим, територіальними громадами в особі відповідних державних органів, що згідно із Законом України «Про управління об'єктами державної власності» здійснюють управління об'єктами державної власності, органів місцевого самоврядування, Національною академією наук України, національних галузевих академій наук (державних партнерів) та юридичними особами, крім державних та комунальних підприємств, установ, організацій (приватних партнерів), що здійснюється на основі договору в порядку, встановленому цим Законом та іншими законодавчими актами, та відповідає ознакам державно-приватного партнерства, визначеним цим Законом» [45].

Законом України «Про державно-приватне партнерство» визначені основні ознаки державно-приватного партнерства: 1) створення або будівництво об'єкта ДПП та /або управління таким об'єктом; 2) довготривалість відносин; 3) передача приватному партнерові частини ризиків у процесі здійснення ДПП; 4) внесення приватним партнером інвестицій в об'єкт ДПП [45].

На сучасному етапі розвитку відносини між державою та приватними компаніями ДПП означає співпрацю, за якої переслідується ціль фінансування, виконання будівельних та ремонтних робіт, управління та утримання інфраструктури або надання послуг суспільству. Основною метою будь-якого проєкту ДПП є підвищення рівня та якості надання послуг за рахунок залучення приватних партнерів та використання їх новітніх практик.

ДПП є ефективним способом розв'язання проблеми надання якісних послуг за доступними цінами, а також модернізації самої системи надання послуг. Взаємозв'язок держави та приватних компаній, звичайно, міг би бути ефективнішим, припустимо, якби для населення такі послуги були не лише доступними, а й безкоштовними, в межах державного замовлення і, звісно, з використанням можливостей приватних компаній.

Форми ДПП є досить різноманітними, а тому потребують класифікації (рисунок 1.4), критеріями для якої зазвичай використовують правовідносини власності (володіння, розпорядження чи користування), рівень залежності від держави (як у фінансових питаннях, так і в розподілі ризиків).



Рисунок 1.4 Класифікація форм державно-приватного партнерства [60]

Найбільш поширеною вважається класифікація, яку розробив Світовий банк. Відповідно до неї виділяють чотири форми: контракти на управління і договори оренди; концесії; проекти “під ключ”; часткова приватизація активів [5, с. 46]. У світовій практиці досить часто зустрічаються змішані форми державно-приватного партнерства, які включають в себе окремі елементи цих форм.

В українському законодавстві виділені такі форми здійснення ДПП: концесійний договір; договір управління майном (виключно за умови передбачення у договорі, укладеному в рамках державно-приватного партнерства, інвестиційних зобов’язань приватного партнера); договір про спільну діяльність; інші договори [45]. Так само, як і в закордонній практиці, в Україні договори ДПП можуть містити складові з різних форм.

Таким чином, поняття державно-приватного партнерства пов’язане зі швидким економічним розвитком держави та приватних компаній та їх спільним прагненням до покращення свої позицій в економічній сфері. Також воно виступає рушійним механізмом у покращенні ситуації з розвитком виробничої та соціальної інфраструктури країни. Розмаїття форм ДПП та сфер його застосування визначає його як основний та універсальний інструмент оформлення відносин між державою та приватним сектором, з метою розв’язання актуальних проблем у різних сферах життєдіяльності [36].

1.3. Організаційно-правове підґрунтя державно-приватного партнерства у медичній сфері

Розвиткові системи охорони здоров’я повинна сприяти медична реформа, проте державні програми розвитку медицини не дозволяють у повному обсязі досягти визначених цілей, що в першу чергу пов’язане з обмеженістю державного бюджету в сфері медицини. Результати проведення реформи в медичній галузі безпосередньо залежать від інвестицій, які б давали можливість своєчасного оновлення матеріально-технічної бази, обладнання та якісного обслуговування. А отже, ДПП постає привабливою опцією як для лікарні, так і для бізнесу [11].

ДПП формується у площині адміністративно-правових відносин, а саме у сфері публічного адміністрування, і відповідно, наявність певного правового статусу суб'єкта цих відносин передуює здійсненню владних повноважень у цій сфері [54]. Орієнтовний принцип належності зображений на рисунку 1.5.



Рисунок 1.5 Структура суб'єктів ДПП у сфері охорони здоров'я [54]

При залученні приватних компаній в рамках проєктів ДПП у медичній сфері держава покладає на них виконання функцій, наведених на рисунку 1.6.



Рисунок 1.6 Типові функції, які держава передає приватному сектору в рамках проєктів ДПП у сфері охорони здоров'я [15]

Здійснення ДПП у сфері медицини – досить специфічне явище, що характеризується такими особливостями: заборона щодо скорочення мережі державних та комунальних закладів охорони здоров'я; зі сторони державного партнера може виступати лише представник Міністерства охорони здоров'я або органу місцевого самоврядування; збалансована соціальна та комерційна складова проєкту, а саме повернення інвестицій приватної компанії, здійснюється за рахунок надання платних послуг; фіксований перелік платних послуг, які надаються у державних та комунальних закладах.

Для якісного та успішного розвитку відносин держави та приватного сектора у сфері медичного обслуговування необхідне якісне правове регулювання таких відносин. На сьогодні основну законодавчу базу у сфері ДПП в рамках охорони здоров'я становлять:

- Конституція України [18];
- Цивільний кодекс України [59];
- Господарський Кодекс України [9];
- Закон України «Про державно-приватне партнерство» [45];
- Закон України «Про концесію» [46];
- Постанова Кабінету Міністрів України від 11.04.2011 № 384 «Деякі питання організації здійснення державно-приватного партнерства»;
- Постанова Кабінету Міністрів України від 01.07.2020 № 541 «Про затвердження Порядку заміни приватного партнера (концесіонера) за договором, укладеним в рамках державно-приватного партнерства (концесійним договором)» [40];
- Постанова Кабінету Міністрів України від 12.08.2020 № 706 «Про затвердження Методики розрахунку концесійних платежів» [26];
- Постанова Кабінету Міністрів України від 22.07.2020 № 621 «Про затвердження Порядку повернення концесіодавцю об'єкта концесії після припинення дії концесійного договору» [41];
- Постанова Кабінету Міністрів України від 09.10.2020 № 950 «Про затвердження Порядку залучення радників для підготовки проєкту, що здійснюється на умовах концесії» [39];

- Постанова Кабінету Міністрів України від 22.04.2020 № 294 «Про внесення змін до Порядку проведення аналізу ефективності здійснення державно-приватного партнерства» [44];

- Постанова Кабінету Міністрів України від 16.02.2011 № 232 «Про затвердження Методики виявлення ризиків здійснення державно-приватного партнерства, їх оцінки та визначення форми управління ними» [25];

- Наказ Міністерства розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства України від 26.05.2020 № 986 «Про затвердження Порядку подання державними партнерами (концесієдавцями) щорічного звіту про виконання договору, укладеного в рамках державно-приватного партнерства, у тому числі концесійного договору», зареєстрований у Міністерстві юстиції України від 06.07.2020 № 628/34911 [42];

- Наказ Міністерства економічного розвитку і торгівлі України від 27.02.2012 № 255 «Деякі питання проведення аналізу ефективності здійснення державно-приватного партнерства», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 15.03.2012 № 399/20712 [12].

Згідно з законодавством, процедура оформлення ДПП починається з аналізу ефективності наданих пропозицій, які відображені у концептуальній записці та техніко-економічному обґрунтуванні. Після закінчення аналізу комісією в 30-денний термін складається відповідний висновок. Відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України від 22.04.2020 № 294 висновок може бути про доцільність або недоцільність прийняття рішення про здійснення державно-приватного партнерства та після підписання керівником уповноваженого органу надсилається на погодження до Міністерства економіки України. Після погодження висновку, у випадку позитивного аналізу, розпочинається етап підготовки проектної документації.

Законодавством України передбачене надання допомоги приватним компаніям, які беруть участь у програмі. Вона полягає у фінансуванні за рахунок бюджетних коштів, відшкодуванні різниці витрат, які були передбачені у договорі. Будь-які можливі види фінансової підтримки

проектам ДПП, які надає держава, розглядаються Міністерством розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства України, після чого затверджуються відповідною директивою КМУ [56, с. 45].

Поряд з цим, у законодавстві немає чіткого переліку договорів, які можуть укладатися у ДПП, що, в свою чергу, може спричиняти подвійне трактування законодавства та нехтування його нормами у більш вигідних позиціях. Напевно, саме ці прогалини у законодавстві стримують приватний сектор в укладанні домовленостей з державним апаратом.

Втім, Законом передбачений певний перелік гарантій для інвестора, наприклад: додаткові види державної допомоги в рамках ДПП; право на звернення до міжнародного арбітражного чи третейського судів з метою вирішення протиріч; забезпечення законодавчої стабільності; надання права приватним партнерам щодо тимчасового призупинення інвестиційних зобов'язань (у випадку, якщо вартість чи тарифи підлягають регулюванню з боку держави та не обґрунтовані відповідно).

Досить часто виникають протиріччя у тлумаченні законодавства, коли при розробці проекту ДПП, створеного на основі договору концесії, інвестор має отримати в оренду державне майно, яке відповідно до законодавства не може бути об'єктом цього договору. У такому випадку інвестор повинен пройти два конкурсні відбори: концесійний та конкурс на отримання прав оренди на майно. Проблема полягає в тому, що Закон України "Про державно-приватне партнерство" не дає чіткої відповіді на питання: чим саме відрізняється державно-приватне партнерство від концесії [10].

Отже, аналізуючи законодавчу базу, ми можемо знайти у ній чимало прогалин. Впровадження проектів ДПП, з одночасним вивченням на практиці проблематики законодавчої бази та поданням пропозицій щодо внесення змін до нормативно-правових актів, дозволить краще розвинути взаємодію держави та приватних компаній. Основною метою ДПП у сфері надання послуг охорони здоров'я є підвищення якості медичних послуг, забезпечення ефективності фінансування з бюджету та функціонування на основі практики приватних компаній [55, с. 128].

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ І ПРОБЛЕМ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОЄКТІВ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ

2.1. Загальна характеристика передумов впровадження і досвіду реалізації проєктів ДПП у галузі охорони здоров'я в Україні

Вітчизняна система охорони здоров'я характеризується фінансовою і ресурсною розпорошеністю та деформованістю структури медичних послуг. Це сприяє загостренню проблем медичного обслуговування населення та вимагає реформування системи охорони здоров'я таким чином, щоб, з одного боку, забезпечити зростаючий попит населення у медичній допомозі, а з іншого – стримувати зростання витрат на охорону здоров'я.

Заслужують на увагу розбудовчі процеси, започатковані в системі охорони здоров'я України, які сприяли її трансформації внаслідок змін у:

- механізмах попиту (через зростання через осіб, які потребують медичних послуг), пропозиції (збільшення кількості медичних послуг, зокрема, на приватній і колективній основі), конкуренції (через збільшення пропозиції послуг), фінансування (диверсифікованішими стають джерела фінансування, можливість надання платних послуг);

- формах власності (плюралізм), управління (децентралізація), організації;

- законодавчому забезпеченні.

Водночас відмітимо, що проведені зміни стали причиною багатьох деструкцій у системі охорони здоров'я, серед яких:

- втрата монополії держави на певні ланки функціонування цієї галузі, що призвело до деструкції стабільності системи охорони здоров'я;

- недостатність і нестабільність фінансування;

- руйнування окремих механізмів, які в минулому забезпечували відносно стійкий стан галузі;

- нерівноправність в одержанні та недостатність гарантій якості медичних послуг;
- погіршення матеріальних умов працівників системи охорони здоров'я, відтік кваліфікованих фахівців.

Випереджаючий темп зростання витрат на медичну допомогу порівняно з темпами збільшення ВВП країни, кризові явища в багатьох регіонах обумовлюють пошук шляхів зменшення витрат та раціонального використання наявних ресурсів. За таких умов виникає та поглиблюється конфлікт інтересів, який полягає у невідповідності між завданнями, які стоять перед системою охорони здоров'я в плані підвищення доступності й якості послуг, забезпечення рівності, справедливості та фінансово-економічними можливостями їх реалізації. Що стосується доступності, то це основна мета системи охорони здоров'я населення, а її передумови полягають у збалансованості необхідних обсягів медичної допомоги з можливостями та ресурсами держави. Якість медичної допомоги, в свою чергу, відзначається сукупністю характеристик, які підтверджують відповідність наданої медичної допомоги наявним потребам пацієнта, його очікуванням, сучасному рівневі розвитку медичної науки і технології. Основними характеристиками якості медичної допомоги є адекватність, доступність, наступність і безперервність, безпека, результативність ефективність, дієвість, своєчасність, задоволення очікувань і потреб, стабільність процесу й результату, постійне вдосконалення та поліпшення.

В Україні досить широко розвинена мережа медичних закладів, проте коштів державного та місцевого бюджетів для фінансування глобальних удосконалень в сфері медицини (наприклад, будівництва нових лікарень, постійну модернізацію обладнання), на жаль, не вистачає. Тому останніми роками спостерігається все більший інтерес до проєктів ДПП. Так, за даними Міністерства розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства України станом на 01.01.2021 року на умовах ДПП укладено 192 договори, з яких на реалізації перебуває 39 [25]; для порівняння: у 2012 р. таких проєктів було лише 111, у 2014 р. – 171, а в 2017 р. – 186 [48].

На сьогодні розвитку державно-приватного партнерства приділяється значна увага на рівні не лише держави, а й на міжнародному рівні. За даними Програми розвитку державно-приватного партнерства України, у секторальному огляді «Потреби державного сектора в медичній сфері» 2015 р., Голова правління ГО «Ініціативи в громадській охороні здоров'я» Андрій Гук наводить приклад міжнародного благодійного фонду «Україна 3000», який починаючи з 2005 року співпрацює з 26 лікарнями країни, закупаючи обладнання спільно з іноземними компаніями. Одним з резонансних проєктів фонду, стала «Дитяча лікарня майбутнього». На жаль, через політичну складову цей проєкт так і не був втілений в життя.

У 2020 році відбулося обговорення перспектив участі щодо реалізації проєктів боротьби з COVID-19 та забезпечення умов для ДПП між Міністерством охорони здоров'я України та Світовим банком. Актуальним стало питання щодо оновлення устаткування закладів охорони здоров'я та лабораторій. За словами міністра охорони здоров'я України М. Степанова, створення умов для ДПП дасть стимул бізнесу стати потужним інвестором у сферу охорони здоров'я [30].

Наступний проєкт – «Центр медичних інновацій NOVO» на базі Львівської міської дитячої клінічної лікарні. Центр NOVO є недержавною неприбутковою установою. Це перший в Україні медичний заклад такого рівня, який розпочав роботу за принципом державно-приватного партнерства. Варто зазначити, що робота багатьох медичних закладів США, Канади та країн Європи організована саме так. Обладнання, встановлене у Центрі, навіть через 10 років експлуатації вважатиметься надсучасним.

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

медичних послуг, забезпечення безпеки пацієнта, з основами сучасного менеджменту та маркетингу в охороні здоров'я. Також викладачі навчають курсантів нових підходів у діагностиці, лікуванні та профілактиці хвороб.

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

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

Нині найбільш активною в галузі ДПП є компанія CREAM Europe. На пілотні проєкти CREAM може надати 100-відсткове фінансування за умови наявності інфраструктури «припливу грошей». Компанія CREAM Europe

розпочала роботу з Україною, але для залучення іноземних приватних інвестицій у сферу ДПП потрібне сприятливе бізнес-середовище, чітке і зрозуміле для іноземних інвесторів правове поле. Також започатковане співробітництво МОЗ України з Європейською економічною комісією ООН, за результатами якого має бути прийнято сукупність стандартів ДПП в галузі охорони здоров'я. Останні мають поки що рекомендаційну форму, проте можуть бути законодавчо затверджені на національному рівні. Наразі досягнуто домовленостей, що після експертного оцінювання цих стандартів фахівцями МОЗ рекомендації ООН будуть підписані. Рекомендації UNESCO Bioethics Core Curriculum вже були враховані для розробки програм і викладанні дисциплін медичним працівникам і страховикам; проведенні міжнародних заходів щодо обміну досвідом та підвищення кваліфікації. На основі стандартів ООН має бути сформована індивідуальна форма (модель) розвитку ДПП у галузі охорони здоров'я, відповідно до об'єктивної ситуації у вітчизняній економіці, соціальній та політичній сфері, рівня розвитку страхової медицини [60, с. 423].

Відповідно до даних Міністерства розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства України, станом на 01.01.2021 року в сфері охорони здоров'я на етапі реалізації знаходяться лише два проєкти ДПП: Центр малоінвазивної хірургії у місті Трускавець Львівської області та Діагностичний центр у місті Бориспіль Київської області [33].

Досить поширеною в Україні є проблема надання якісних діагностичних послуг в медицині. Напевне, у кожному обласному центрі існують поліклінічні відділення вузького спрямування, де приймають лікарі, які мають правильно діагностувати хворобу, спираючись на попередньо зроблені дослідження та здані аналізи. В містах, де таких діагностичних центрів немає, їх функції виконують звичайні районні чи міські поліклініки. Проте, як у першому, так і в другому варіантах якість зроблених аналізів чи проведених інших маніпуляцій знаходиться не на найвищому рівні. Проблема полягає у тому, що через недостатнє фінансування у державних закладах зазвичай обладнання для проведення досліджень застаріле,

реактиви для аналізів теж навряд чи з останніх партій. Постійне оновлення апаратів та матеріально-технічного забезпечення зумовлює витрату значної частини коштів, а прибуток, як у випадку з приватними лабораторіями та діагностичними лікарнями, до бюджету не надходить. Тому перед суспільством постає дилема: отримати послуги безкоштовні чи якісні.

Приватні діагностичні центри, надаючи більш якісні послуги, маючи можливість закупувати досить дороге обладнання та диктуючи медицині певну культуру в наданні медичних послуг, встановлюють на них досить високу вартість. Прийнятним способом врегулювання цього питання, як і у випадку інших форм надання дороговартісних медичних послуг державою, є співпраця в рамках державно-приватного партнерства.

У липні 2017 року в рамках співпраці за проектом ДПП між Бориспільською районною радою та ТОВ “Скандіагностика” був укладений довгостроковий договір на 49 років. Згідно з концесійним договором приватний партнер отримав право на будівництво діагностичного центру, площею 366 м², який буде знаходитися безпосередньо на території центральної лікарні. Діагностичний центр мав складатися з кабінету томографії, відділення гемодіалізу та клініко-діагностичної лабораторії.

Сьогодні томографічні дослідження є найбільш інформативними обстеженнями, які дозволяють за досить короткий термін оцінити стан всього організму і надати допомогу лікарям у постановці правильного діагнозу та подальшого призначення необхідного та своєчасного лікування. Комп’ютерні томограми забезпечують більшу чіткість і детальність, ніж звичайні рентгенівські дослідження.

Запропонований проєкт мав значно покращити надання медичних послуг у місті Бориспіль. Проте, як пояснив головний лікар Бориспільської центральної районної лікарні Олександр ЩУР, будівництво було заморожене у зв’язку зі зміною інвестора [16].

Ініціатором проєкту на умовах ДПП була Бориспільська центральна районна лікарня. За умовами договору, інвестор за власні кошти повинен був

збудувати корпус та передати у власність центральної районної лікарні, проте залишав за собою право на розпорядження частиною будівлі на власний розсуд. Відповідно до паспорту об'єкта, закінчення робіт планувалось на останній квартал 2017 року [16], проте так закінчений і не був. Мешканці міста, яким необхідно проходити гемодіаліз, вимушені тричі на тиждень їздити у найближчі міста Білу Церкву та Березань [3].

Хоча, з інформації, яка знаходиться на теренах Інтернету, медичний центр «Скандіагностика» в місті Борисполі все ж був відкритий. Він позиціонує себе як багатопрофільний медичний заклад з широким спектром послуг: ультразвукова діагностика, комп'ютерна томографія та доплерографія судин. Також у цьому медичному центрі пацієнти дорослого та дитячого віку можуть отримати консультацію спеціалістів: кардіолога, гінеколога, онколога, невропатолога, реабілітолога, мануального терапевта, спортивного лікаря, терапевта [16]. І, на превеликий жаль, крім комп'ютерної томографії, більше жодних послуг, з переліку запланованих до надання в Діагностичному центрі, немає. Тобто співпраця між Бориспільською центральною районною лікарнею та ТОВ «Скандіагностика» виявилась непродуктивною. Єдиним свідченням їх співпраці залишаються договори в системі ProzoGo щодо закупівлі послуг комп'ютерної томографії організму. В рамках закупівлі послуг державна лікарня надає можливість населенню отримати томографічне обстеження та лабораторні дослідження за державний кошт.

Законодавством встановлений алгоритм виявлення, оцінювання та розподілу всіх ризиків, на які може наражатися проєкт ДПП. Кожен ризик повинен бути віднесений до сфери відповідальності того з партнерів, який більш ефективно контролюватиме, управлятиме та /або запобігатиме виникненню такого ризику. Ризики можуть бути розподілені між державним і приватним партнерами у відповідному співвідношенні [25].

Стосовно проєктів ДПП, які були розглянуті вище, можна виділити спільні імовірні ризики: ймовірність незавершеного будівництва; організаційні ризики; ймовірність зміни попиту; політичні ризики; фінансові

та економічні ризики; ймовірність зміни вартості послуг; юридичні ризики; ризики, що стосуються права власності; форс-мажор.

Ризик незавершеного будівництва – проблема, з якою зіткнувся проєкт Діагностичного центру у місті Бориспіль. Різка та неочікувана зміна інвестора після початку будівництва корпусу Діагностичного центру в середині 2017 року призвела до «заморожування» будівництва.

Організаційні ризики лежать у площині співпраці приватного партнера з іншими, вторинними суб'єктами, до прикладу: отримання дозволів на виконання робіт, затримка в постачанні обладнання тощо.

На ймовірність зміни попиту в певній мірі впливає конкуренція. Хоча у таких провінційних містечках кількість приватних клінік незначна, все ж існує постійний ризик появи конкурентоспроможного закладу, що в свою чергу може призвести до економічних, фінансових ризиків та ризику зміни вартості послуг. Адже при довгострокових умовах договору завжди потрібно мати на увазі фактор інфляції, відсоткові ставки за позиками, валютні зміни тощо. З цього бачимо, що зміна вартості послуг неминуча, а при появі на ринку конкурента – головною метою буде втримати кількість клієнтів.

Юридичні та політичні ризики також перетинаються. Будь-яка зміна влади супроводжується прийняттям нових та скасуванням чинних нормативно-правових актів, які, на думку нових очільників, є не досить ефективними. В свою чергу, це призводить до певних коливань як у державному секторі, так і в приватному. Ці ризики також впливають на цінову політику та неминуче пов'язані з організаційними ризиками.

Як зауважила в одному з інтерв'ю медичний юрист та народний депутат України Ірина Сисоєнко, сьогодні у сфері охорони здоров'я досить багато прогалин, які за допомогою механізму ДПП вдалося б заповнити. Проте ДПП у цій сфері розвивається досить повільно. За даними Міністерства розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства України в процесі реалізації перебуває 8 проєктів ДПП, але чи будуть вони завершені – невідомо, що зумовлено відсутністю єдиного підходу до взаємодії держави та

приватного партнера, наявністю непорозумінь щодо сутності механізмів ДПП у співпраці приватного інвестора та державного сектора.

Іншим фактором, який сповільнює впровадження ДПП у сфері медицини, виступає пересторога інвесторів щодо корупційних ризиків, з якими можливо доведеться зіткнутися при оформленні численних дозволів. Бар'єри у просуванні проєктів ДПП починають виникати ще на початковому етапі, адже першочерговим документом, який потрібно оформити, щоб розпочати співпрацю в рамках ДПП, є концептуальна записка. У цьому документі мають бути повністю описані параметри об'єкта ДПП, з обов'язковим зазначенням об'єктивної експертної оцінки можливості досягнення цілей, прописаних у записці попередньо. Проблема полягає у кількості питань, які потрібно розкрити на експертному рівні, попри відсутність практики у складанні та аналізі таких документів. У результаті інвестори відмовляються від ризику, а держава не бере на себе відповідальність за ці питання у зв'язку з відсутністю вузькопрофільних фахівців [52].

З цього стає зрозумілим, чому ДПП в медицині не досить популярне явище. З метою покращення ситуації влада повинна розробити універсальний договір, певну методику укладання, де мають бути передбачені справедливі та взаємовигідні умови концесійного договору: обов'язки сторін, терміни договору, гарантії сплати за послуги, які надають заклади охорони здоров'я на основі концесії.

Іншим «каменем спотикання» є бюджетне планування, яке держава проводить щороку, а інвестору, який вклав кошти у будівництво, реконструкцію чи нове обладнання, потрібні гарантії від держави на більш тривалий період часу. Тому для залучення приватних компаній потрібно, по-перше, розробити типові алгоритми, які держава застосовуватиме для створення справедливих умов договорів, а по-друге – врегулювати питання довгострокового бюджетного планування [48].

Загальними проблемами у розробці та реалізації проєктів ДПП є:

- наявність суттєвих ризиків для приватного партнера та низька дієвість механізмів співпраці;

- відсутність достатнього досвіду роботи у цьому напрямі, що призводить до зменшення позитивного результату від співпраці;
- незацікавленість державного партнера у співпраці через нестачу державного фінансування та забезпечення;
- нестабільність та досить низька якість нормативно-правового забезпечення у поєднанні з мінливою політичною ситуацією посилюють суперечки між державою та приватним сектором;
- слабкий авторитет держави для суспільства призводить до зневіри інвесторів у можливостях ефективної та продуктивної співпраці;
- корупційна складова органів влади [2].

Таким чином, навіть розпочавши роботу в рамках здійснення проєкту ДПП, а потім зіткнувшись з переліченими проблемами, до фінальної частини договору доходить менше третини від всіх укладених контрактів (рисунок 2.1).

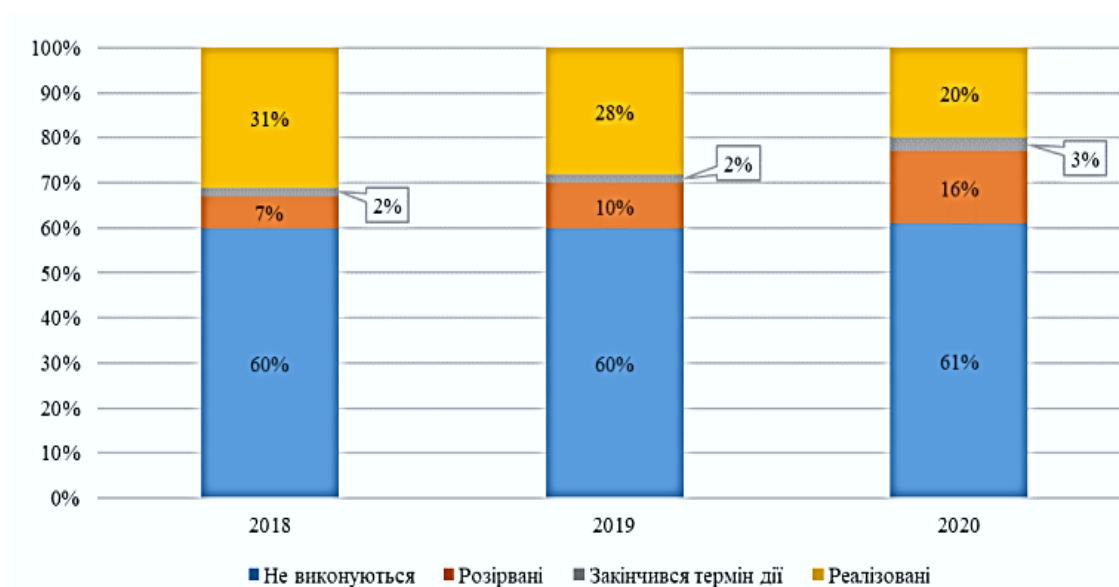


Рисунок 2.1 Структура угод (об'єктів) ДПП в Україні за ознакою завершеності [23]

Загалом, успішна реалізація проєктів ДПП на місцевому рівні потребує низки передумов, серед яких: політична воля та готовність підтримувати застосування ДПП на місцевому рівні задля вирішення завдань економічного

та соціального розвитку території; наявність стратегії розвитку територіальної громади, якою визначені пріоритетні напрями розвитку з урахуванням потреб населення конкретної території з огляду на її сильні та слабкі сторони; визначення пілотних проєктів для реалізації на умовах ДПП, які не потребуватимуть значних ресурсів для втілення, що надасть змогу МОВВ /ОМС поступово напрацювати досвід використання такого механізму та уникнути ризиків невиконання договору; формування інституційної спроможності реалізації проєктів ДПП; консультаційна підтримка підготовки та впровадження пілотних проєктів [31]. Територіальні громади на місцевому рівні та ОТГ шляхом реалізації проєктів ДПП можуть отримати дієвий механізм регіонального розвитку та збільшити їх конкурентоспроможність.

2.2. Аналіз досвіду спільної діяльності місцевої влади та інвесторів в рамках здійснення ДПП на базі Центру малоінвазивної хірургії (м. Трускавець)

Центр малоінвазивної хірургії в місті Трускавець створений на основі договору про спільну діяльність між ТОВ «Медичний центр «Консиліум»» та Трускавецькою міською радою. Договір укладений у листопаді 2019 року терміном на 25 років, за яким інвестор отримав право на управління, проведення капітального ремонту приміщень міської лікарні, реконструкцію кабінетів, купівлю обладнання для Центру малоінвазивної хірургії, а також надання послуг [38, с. 131]. Йдеться про послуги діагностики, проведення малоінвазивних операцій та реабілітаційних заходів.

Трускавець – це місто, яке має досить вагоме значення в сфері санаторно-курортного лікування України. Завдяки своїм мінеральним водам, тут лікують захворювання нирок, шлунково-кишкового тракту, обміну речовин та печінки. За надання медичної допомоги жителям та гостям міста відповідає Комунальне підприємство “Трускавецька міська лікарня”. Особливістю міста є замкнене коло надання медичних послуг в одному місці, де можна провести сучасну діагностику, хірургічні втручання та курс

санаторної реабілітації. Саме надання якісних послуг виділяє Трускавець з-поміж інших санаторно-курортних комплексів України. Якість проведення лікування, а саме операцій, перш за все залежить від кваліфікованого персоналу та якісного обладнання, за допомогою якого проводяться маніпуляції. Проте, всупереч наявності розвиненої медичної системи цього закладу, його слабким місцем досі залишалась малоінвазивна хірургія [61].

Рішенням Трускавецької міської ради від 22.11.2018 р. № 1120 було започатковано здійснення ДПП зі створення Центру малоінвазивної хірургії, а рішенням від 26.03.2019 р. № 1262 було оголошено конкурс на визначення приватного партнера. 18 грудня 2019 року відбулося урочисте відкриття Трускавецького центру малоінвазивної хірургії. Приблизна організаційна структура проекту відображена на рисунку 2.2.



Рисунок 2.2 Організаційна структура проекту ДПП на базі Центру малоінвазивної хірургії (м. Трускавець) [34]

Медична доцільність проекту пояснюється тим, що малоінвазивна хірургія спрямована на мінімізацію області втручання в організм та ступеня травмування тканин. У зв'язку з малою травматичністю скорочується період відновлення після операції; значно скорочується час, проведений пацієнтами в стаціонарі. Повернення до звичайних фізичних навантажень та праці

можливе вже через 1–3 тижні. Таким чином, цей вид хірургії є актуальною альтернативою відкритим хірургічним втручанням, характеризується високим рівнем як медичної, так і соціально-економічної ефективності.

Згідно з умовами, об'єктом ДПП стає приміщення Трускавецької міської лікарні. Він був обраний як пілотний проєкт за підтримки Програми «U-LEAD with Europe» саме завдяки своїй значущості в лікувальній сфері. Приміщення площею 474 м² було в аварійному стані та потребувало негайної реконструкції. Поряд з цим було прийнято рішення не лише про відновлення відділення хірургії, а й заодно підвищення його ефективності, забезпечивши створення умов для виконання малоінвазивних операцій. Консультантами Програми було розроблено техніко-економічне обґрунтування проєкту «Створення Центру малоінвазивної хірургії» (Центр) у м. Трускавці [49; 53].

Завдяки створенню Центру планувалось: забезпечити кращий доступ до медицини, яка пов'язана з малоінвазивною хірургією; зробити ефективнішим управління муніципальною власністю; значно послабити навантаження на місцевий бюджет; забезпечити розвиток міжнародного медичного туризму.

Консультативна група метою проєкту визначила підвищення доступності хірургічних послуг у місті за такими напрямками: проведення малоінвазивних операцій у галузі загальної хірургії, урології, гінекології та проктології; надання можливості скористатися послугами іноземцям; реконструкція та подальше використання приміщення хірургічного відділення Трускавецької міської лікарні [49; 53].

Консультативною групою було проведено юридичний аналіз щодо визначення форм реалізації проєкту ДПП. За результатами аналізу було прийнято рішення щодо подальшого просування проєкту у формі угоди про спільну діяльність. Така угода не передбачає зміни форми власності, тобто приміщення хірургічного відділення продовжуватиме перебувати у власності муніципалітету. Угодою передбачена можливість розподілу (диверсифікації) ризиків між приватним інвестором та лікарнею.

В результаті опрацювання проєкту ДПП передбачалось досягнення таких результатів в діяльності Центру: забезпечення надання визначених

медичних послуг протягом визначеного в договорі періоду; надання населенню медичних послуг з більшою доступністю; надання можливості соціально незахищеним групам населення отримати безкоштовно послуги малоінвазивної хірургії; забезпечення можливості підвищення кваліфікації працівникам; підвищення рівня матеріально-технічного забезпечення закладу; розвиток лікарні для запровадження нових методів діагностування та реабілітації за рахунок залучення кращих медичних кадрів; перспектива розвитку за рахунок проєкту не лише медичного закладу, а й всього міста.

З метою більш якісного та доцільного розвитку проєкту консультативною групою було розроблено два альтернативні варіанти втілення його в життя. За першим передбачалося, що інвестор додатково до приміщення на третьому поверсі лікарні, яке він отримає в користування за договором ДПП, візьме в оренду приміщення другого поверху, з використанням комунікацій та обладнання, яке вже там встановлене. За таких умов існує можливість більш доцільного використання Центру та нарощування кількості виконаних операцій. У договорі ДПП буде передбачено, що приміщення другого поверху приватний партнер отримувати на умовах погодинної оренди та сплачуватиме за це кошти на рахунок лікарні. За другим варіантом реалізації проєкту розглядалося питання щодо розміщення всього необхідного обладнання лише на третьому поверсі, що значно зменшуватиме коефіцієнт корисної дії Центру.

Консультативна група з метою вибору найбільш вигідного варіанта, розробила відповідні коефіцієнти ефективності, провела розрахунки та вивчила безліч точок зору як представників муніципалітету, лікарні, так і потенційних інвесторів (таблиці 2.1, 2.2, рисунок 2.3).

З наведених у таблицях і на діаграмі показників бачимо, що для інвестора більш вигідним виявився перший варіант, навіть незважаючи на те, що йому доведеться додатково витратити фінанси на оренду приміщень другого поверху. Враховуючи, що за рахунок розширення робочого простору буде надано більшу кількість послуг, прибуток від цієї альтернативи в

результаті вийде значно вищим. Переваги для населення також очевидні. По-перше, більша кількість пацієнтів одночасно зможе отримати послуги, а по-друге – з’явиться більша кількість робочих місць.

Таблиця 2.1 Порівняння потреб у інвестиціях для кожної альтернативи проєкту ДПП на базі Центру малоінвазивної хірургії (м. Трускавець) [53]

Об’єкт інвестування, тис. грн	Альтернатива 1	Альтернатива 2	Порівняння альтернативи 2 з альтернативою 1
Реконструкція	3586	3586	0
Обладнання	3922	6172,5	+2250,5
Інше	800	800	0
Разом витрати:	8308	10558,5	+2250,5

Таблиця 2.2 Порівняння рівня прибутковості різних альтернатив проєкту ДПП на базі Центру малоінвазивної хірургії (м. Трускавець) [53]

Показник	Альтернатива 1	Альтернатива 2	Порівняння альтернативи 2 з альтернативою 1
Внутрішня норма прибутку за проєктом після сплати податків (реальна), %	36,8	17,6	-19,2
Період окупності (роки)	1+3	1+6	+3
Чиста приведена вартість проєкту (тис. грн)	20328	6436	-13892
Чиста приведена вартість капіталу (тис. грн)	14070	4222	-9848
Номінальні дивіденди, без дисконту (тис. грн)	73955	35977	-37978
Внутрішня норма прибутку капіталу після сплати податків (реальна), %	81,20	29,32	-51,88
Внутрішня норма прибутку капіталу після сплати податків (реальна) за 15-річний період, %	81,17	28,02	-53,15

Таким чином, враховуючи значення фінансових показників, було прийнято рішення щодо подальшого розвитку проєкту за першим варіантом, з використанням матеріально-технічної бази другого поверху будівлі за умови погодинної оренди.

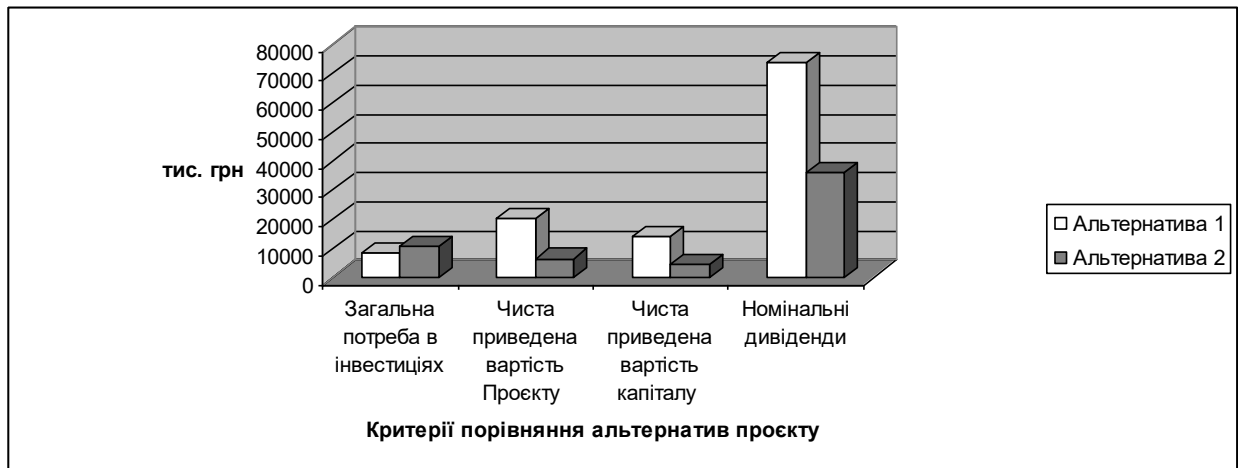


Рисунок 2.3 Показники витрат і результатів за різними альтернативами ДПП

Відповідно до договору було проведено приблизний розрахунок показників витрат і доходів на період 2018–2028 рр. Як бачимо з таблиці 2.3, доходи від виконаних операцій з кожним роком збільшуються і перевищують рівень витрат. Орієнтовна структура витрат за проєктом наведена на рисунку 2.4.

Таблиця 2.3 Планові показники витрат і доходів приватного партнера у рамках проєкту ДПП на базі Центру малоінвазивної хірургії (м. Трускавець) [53]

№ з/п	Показники витрат і доходів, тис. грн	Часові періоди				Загальна сума
		2018 рік	2019 рік	2020 рік	2020–2028 рр.	
1	Витрати на електроенергію	45,98	49,29	52,25	365,75	513,27
2	Витрати на холодне водопостачання і каналізацію	23,43	25,12	26,63	186,41	261,59
3	Витрати на опалення	236,75	253,80	269,02	1883,17	2642,74
4	Витрати на вивезення сміття	0,76	0,81	0,86	6,02	8,45
5	Експлуатаційні витрати, враховуючи витрати на обслуговування обладнання	77,44	84,70	92,42	711,62	966,18
6	Амортизація	150,00	160,00	180,00	1260,00	1750,00
7	Заробітна плата	1482,00	1615,4	1742,9	12200,3	17040,6
8	Податки із заробітної плати	326,1	355,4	383,4	2683,8	3748,7
9	Загальні витрати	2342,46	2544,52	2747,48	19297,07	26931,53
10	Доходи від операцій	8086,00	8694,6	9464,0	66248,00	92492,6

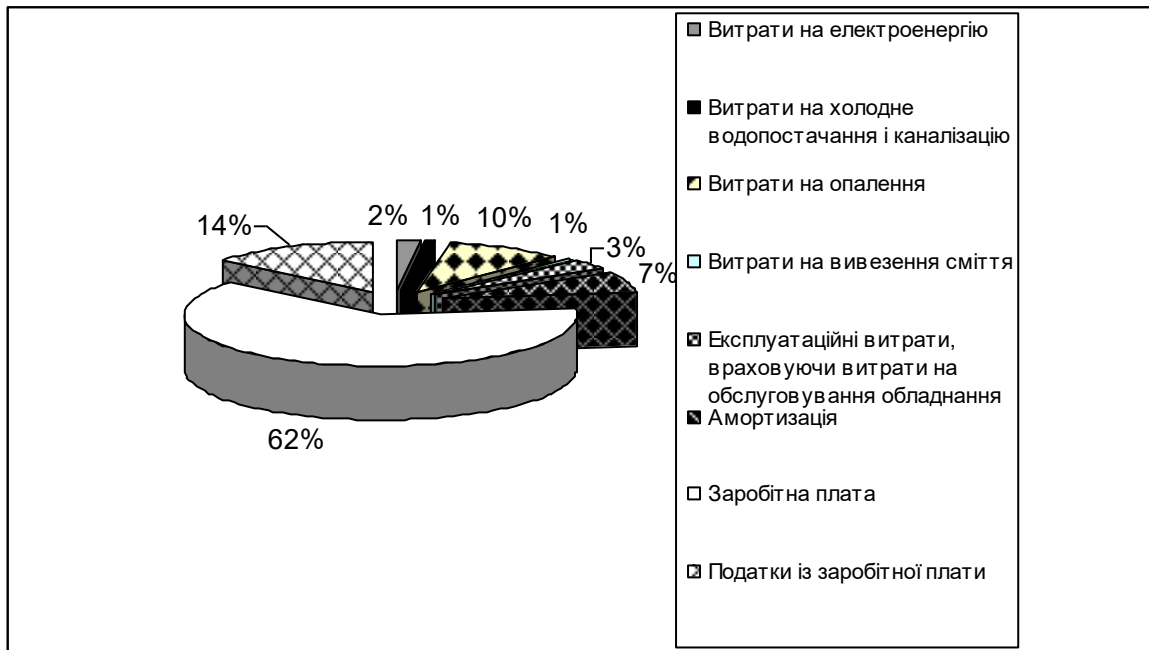


Рисунок 2.4 Структура витрат за проектом ДПП на базі Центру малоінвазивної хірургії (м. Трускавець) у 2020 р. [53]

Як бачимо на діаграмі, найбільшою (62 %) є питома вага витрат з виплати заробітної плати працівників, а тому досить високими є вимоги до професійності майстерності як управлінського апарату, так і медичного персоналу Центру.

Для того щоб краще зрозуміти ризики проекту, можемо їх візуально зобразити у вигляді матриці (рисунок 2.5), розділивши умовно на дві категорії: рівень впливу на проєкт та ймовірність виникнення ризику. Більше уваги потрібно зосередити на ризиках, які знаходяться у верхньому правому куті, враховуючи те, що вони мають одночасно ймовірність виникнення та рівень впливу вище середнього.

Загальний розподіл ризиків між партнерами наведений у таблиці 2.4.

Таким чином, проєкт покликаний зменшити кількість оперативних втручань загальновідомим хірургічним методом та виділити ті, які можливо здійснити малоінвазивним, що у свою чергу збільшить загальну спроможність до надання медичних послуг на місцевому рівні.

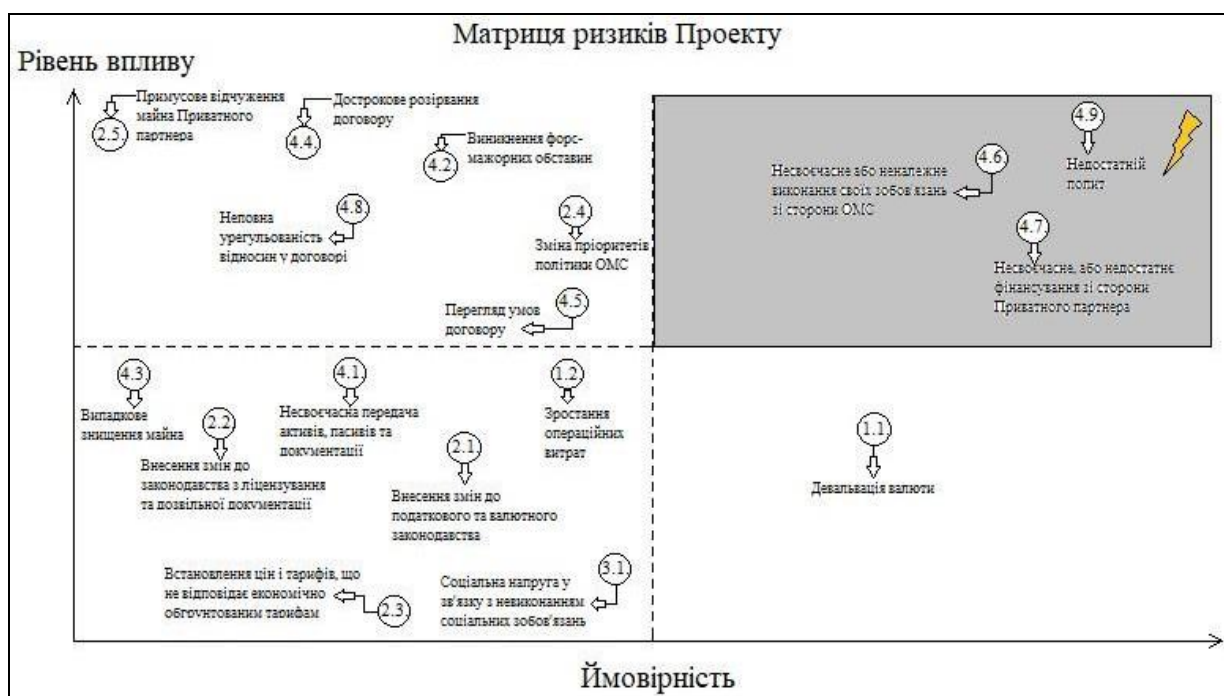


Рисунок 2.5 Матриця ризиків проєкту ДПП на базі Центру малоінвазивної хірургії (м. Трускавець) [53]

Таблиця 2.4 Оцінка ризиків, які несуть приватний та державний партнери за проєктом ДПП на базі Центру малоінвазивної хірургії (м. Трускавець) [53]

Ризики	Увесь ризик або його основну частину несе:		
	інвестор	Зона спільного ризику	державний партнер
1. Будівельні ризики	X		
2. Ризики придатності та операційні ризики	X		
3. Ризики попиту	X		
4. Політичні ризики		X	
5. Юридичні ризики		X	
6. Макроекономічні та фінансові ризики	X		
7. Ризики регулювання цін	Не стосується		
8. Ризик регулювання витрат			X
9. Ризики форс-мажору та знищення майна		X	
10. Ризик спорів, соціальні ризики		X	
11. Екологічні ризики	X		
12. Ризик передання прав власності			X

На стан здійснення кількості операцій впливає не лише забезпеченість новітнім обладнанням, а й наявність ліжок-місць у відділенні. На

заповненість хірургічного відділення впливає час, який кожен пацієнт проводить у лікарні в післяопераційний період. Цей період вдасться зменшити за рахунок проведення малоінвазивних втручань. Тому, якщо після звичайної операції пацієнт повинен знаходитися під наглядом лікарів 5 діб, то після малоінвазивної – лише добу, а то й взагалі декілька годин. Таким чином, за 5 діб медичні працівники методом малоінвазивної хірургії зможуть надати допомогу не одному пацієнту, а як мінімум п'ятьом.

У таблиці 2.5 і на рисунку 2.6 наведені дані щодо кількості операцій, які проведені в Трускавецькій міській лікарні у період 2018–2020 рр., і дані щодо кількості з них, які можна виконувати малоінвазивним методом. З наведеної статистики можемо побачити, що третина операцій виконується з залученням меншої кількості ресурсів і нижчим травматизмом для організму пацієнта, що в свою чергу значно скорочує реабілітаційний період та збільшує ефективність лікування в цілому.

Таблиця 2.5 Питома вага хірургічних операцій, що потребують виконання сучасним малоінвазивним методом, у Трускавецькій міській лікарні [53]

Рік	Вид операції	Загальна кількість хірургічних операцій	Кількість операцій, які можна виконати малоінвазивним методом	
			Абсолютне значення	Питома вага від загальної кількості, %
2018	Загальна хірургія	1238	314	25,4
	Урологія	550	314	57,1
	Гінекологія	87	52	59,8
	Разом	1875	680	36,3
2019	Загальна хірургія	996	249	25
	Урологія	588	292	49,7
	Гінекологія	95	66	69,5
	Разом	1679	607	36,2
2020	Загальна хірургія	957	221	23,1
	Урологія	457	210	46,0
	Гінекологія	80	51	63,8
	Разом	1494	482	32,3

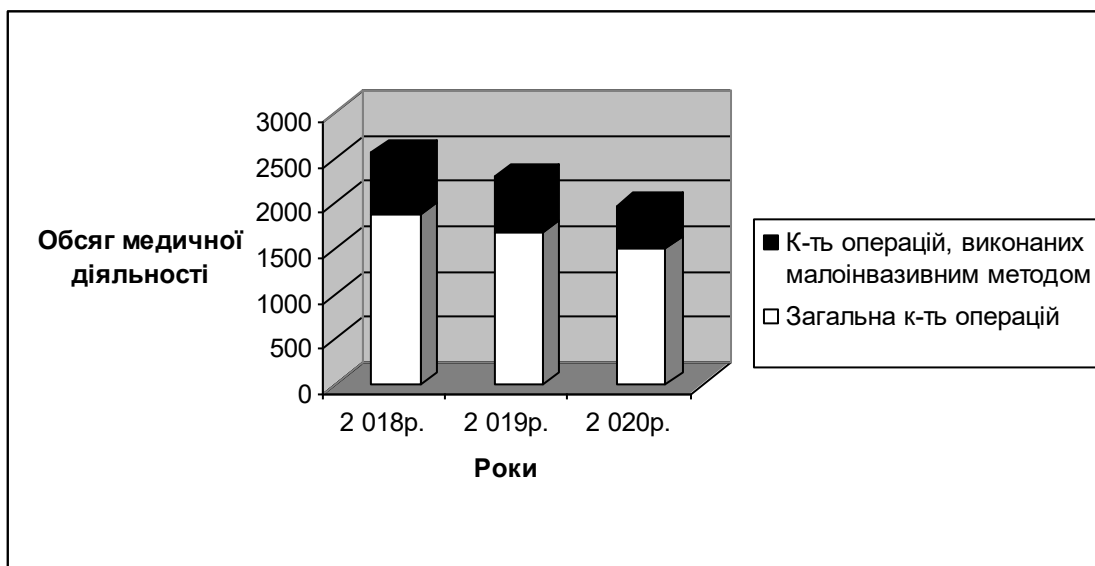


Рисунок 2.6 Питома вага хірургічних операцій, що потребують впровадження технологій малоінвазивної хірургії

Для визначення орієнтовної вартості операцій малоінвазивним методом було виконано аналіз цінової політики інших медичних закладів України та розраховано очікувані показники річних доходів виходячи з прогнозованого попиту на ті чи інші хірургічні втручання (таблиця 2.6).

Таблиця 2.6 Цінова політика Центру малоінвазивної хірургії (м. Трускавець)

Сфера медицини	Ціна у клініках м. Львова, грн	Ціна у клініках м. Києва, грн	Орієнтовна вартість послуг у Центрі, грн	Орієнтовна кількість операцій за рік	Очікуваний рівень річних доходів, тис. грн
Урологія	10000-20000	10000-28000	7200-14000	300	2160-4200
Хірургія	10000-20000	12000-30000	7300-15000	576	4205-8640
Проктологія	6000-12000	10000-28000	1200-14000	288	346-4032
Гінекологія	5000-20000	7000-30000	5200-15000	348	1810-5220
Ендоскопія	600-2400	600-2400	500-1900	660	330-1254
Разом	х	х	х	х	8851-23346

Іншим проблемним питанням, яке повинен вирішити проєкт, було забезпечення можливості використовувати потужності Трускавецької міської лікарні у повному обсязі. Найближчий заклад, який проводить аналогічні операції, знаходиться у місті Львів. Проте цей медичний заклад не в змозі

надати повний перелік послуг. Після лікування пацієнтів направляють на реабілітацію в санаторно-курортні комплекси у місті Трускавець. З точки зору пацієнтів, це привносить певний дискомфорт стосовно того, що потрібно заздалегідь передбачати та поєднувати резервування місць в реабілітаційному центрі та лікарні. З боку місцевої влади, проблемою було те, що за наявності території та місця для проведення повного кола медичного забезпечення пацієнтів, у зв'язку з відсутністю фінансування на оновлення та розвиток місцевої медицини, до бюджету міста надходить лише частина з можливих коштів.

Ще одне завдання проєкту – збільшення переліку медичних послуг для населення завдяки використанню вже існуючої інфраструктури медичного закладу. У свою чергу, це збільшить кількість робочих місць та зменшить рівень безробіття і відтік кваліфікованих кадрів у більш розвинені міста. За останніми даними, в Центрі малоінвазивної хірургії працює 19 лікарів, які мають вищу категорію, троє з яких – кандидати медичних наук.

Таким чином, реалізація проаналізованого проєкту ДПП націлена на покращення не лише самих лікувальних послуг, а й, власне, благоустрою міста, що дозволить підвищити його туристичний потенціал. Досить високого рівня конкурентоспроможності досягнуть реабілітаційні послуги, які використовуватимуться у комплексному лікуванні.

Підсумовуючи результати аналізу, можна дійти висновку, що основними проблемами при реалізації проєкту ДПП щодо створення Центру малоінвазивної хірургії у місті Трускавець були: недостатня поінформованість посадовців у цій сфері діяльності; недостатній досвід здійснення ДПП в медицині, що призводить інколи до непоправних помилок; повільне виконання інвестиційних зобов'язань; неспроможність здійснити детальне оцінювання та вплинути на подальший хід договорів у зв'язку з слабким нормативно-правовим підґрунтям та відсутністю прикладів; наявність пересторог у приватного партнера, адже більшість фінансових ризиків зазнає саме інвестор; переслідування різних цілей, що може призвести до проблем в узгодженні порядку дій.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА У НАДАННІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ

3.1. Організаційно-правові аспекти 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 (рисунок 3.1). 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 [23].

Основні напрями удосконалення механізму державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я на місцевому рівні наведені на рисунку 3.2.

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.



Рисунок 3.1 Принципи удосконалення системи державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я [55]

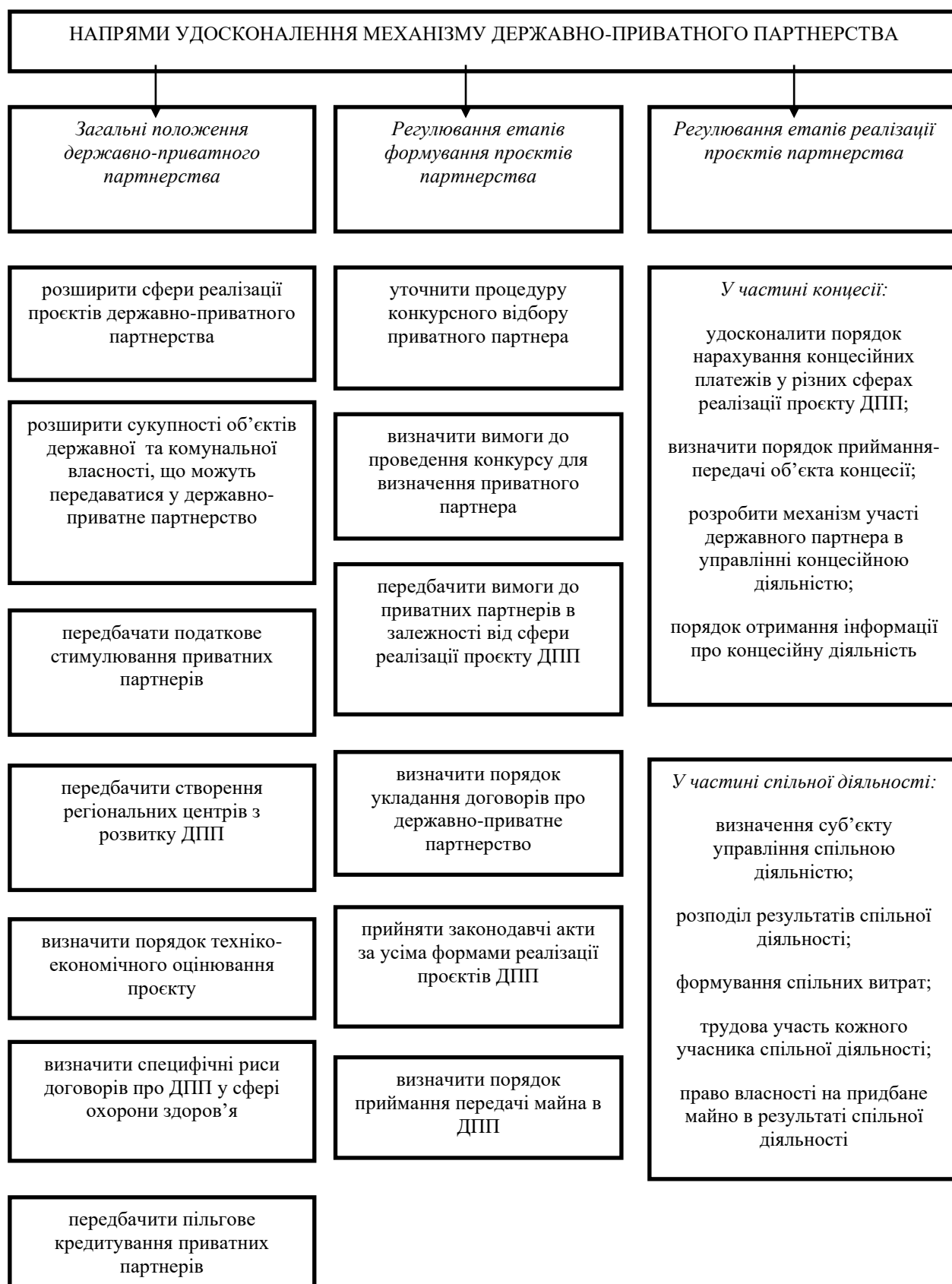


Рисунок 3.2 Напрями удосконалення правового регулювання державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я

Джерело: складено автором на основі [21, с. 134–137]

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 сформувати 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.

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 [57].

Створення регіонального центру з розвитку ДПП при місцевих органах влади як окремого департаменту забезпечить більш якісний контроль за

проведенням процедури становлення проекту ДПП, достовірне проведення аналізів доцільності проекту, дотримання вимог законодавства. Водночас законодавство повинне бути орієнтоване на ефективні відносини між державою та приватним партнером та своєчасно проводити зміни з урахуванням специфіки реалізації проектів та з розробкою типових алгоритмів дій.

Однією з проблем розвитку ДПП вважаємо відсутність кваліфікованих керівників [17]. Для грамотної реалізації проектів ДПП потрібні компетентні, спеціалізовані керівники (менеджери), які мають володіти знаннями щодо світового досвіду ДПП, варіантів адаптації даних проектів 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:

- 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 [19, с. 65].

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 [4].

Великий потенціал для участі в партнерстві мають фінансово-промислові 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 проекту, 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 проектів ДПП). Цілком можливий варіант ДПП за участю іноземного капіталу, однак в існуючих економічних і політичних умовах такий варіант в нашій країні малоімовірний [14; 24; 29; 58].

Багаторівнева система ДПП може складатися з кількох підсистем, що наведені на рисунку 3.3.



Рисунок 3.3 Складові системи ДПП у сфері охорони здоров'я на рівні Хмельницької області

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 [63].

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:

- 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.

3.2. Обґрунтування перспектив підвищення конкурентоспроможності надання медичних послуг на місцевому рівні на основі впровадження в Україні світових практик державно-приватного партнерства

Лікарні, як найважливіші організації охорони здоров'я, відіграють провідну роль у зміцненні здоров'я в суспільстві, а їх скоординована діяльність з комплексом політичних, соціальних і культурних факторів забезпечує здоров'я нації. Оскільки ця галузь є основним споживачем

значної частини бюджету країн, особливого значення набуває увага до показників ефективності та витрат.

Протягом 2015–2018 років спостерігалось зростання капіталовкладень медичних закладів в Україні. Абсолютні показники капіталовкладень у сфері охорони здоров'я за 2018 рік у доларовому еквіваленті досягли значення близько 299 млн дол. США. Утім, динаміка тренду свідчить про реальне відновлення інвестицій у валютному вимірі, незважаючи на провал капіталовкладень 2014–2015 років.

Щорічно величезні суми витрачаються на будівництво, технічне обслуговування та реконструкцію лікарень по всьому світу, але нечасто трапляються дані щодо досягнення очікуваної вигоди від таких витрат. Станом на кінець 2020 року залишкова вартість основних засобів суб'єктів, які надають послуги у сфері охорони здоров'я в Україні, становила 9,4 млрд грн, а загальний ступінь зносу 45,6 %. Значною перешкодою до оновлення основних засобів є обмеженість зовнішнього фінансування таких інвестицій.

За даними Державної служби статистики України, у 2020 році капітальні інвестиції всіх підприємств сфери охорони здоров'я та надання соціальної допомоги на 54,3 % були профінансовані за рахунок місцевих бюджетів, на 26,8 % – за рахунок власних коштів і лише на 5,2 % за рахунок кредитних ресурсів банків та інших позик. Такі значні обсяги бюджетного фінансування пояснюються великою кількістю державних і відомчих медичних закладів. Водночас результати даних, які надали представники приватних медичних закладів, свідчать про те, що понад 70% усіх капітальних інвестицій профінансовано власними коштами.

Фінансування з боку державного сектора не може реагувати на постійно зростаючі витрати в системі охорони здоров'я. Зобов'язання щодо фінансування з боку державного сектора, а також збільшення витрат призводять до того, що державні лікарні вимушені зменшити свої витрати.

Уряди більшості країн світу у сфері охорони здоров'я застосовують ДПП з метою розв'язання таких загальних проблем, як: оновлення

інфраструктури; уникнення обмеженості фінансування; підвищення кваліфікації керуючої ланки для більшої конкурентоспроможності у наданні медичних послуг; спрощення процедури поставок медичного обладнання, інструментів, медичних препаратів; збільшення варіативності надання послуг.

У зв'язку з труднощами у фінансуванні більшість комунальних лікарень знаходяться у стані занепаду в багатьох країнах світу. Бюджету країни не вистачає для фінансування великомасштабних змін, до прикладу будівництва. Завдяки відносинам з приватними партнерами у форматі ДПП держава отримує доступ до новітніх практик, нових джерел фінансування. Розглянемо цей досвід на прикладі Швеції, де було започатковано проект будівництва однієї з найбільших та найсучасніших лікарень загальною площею 330000 м². Це лікарня «New Karolinska Solna» за підтримки проектно-будівельної компанії «Сканска» у форматі ДПП з британським інвестиційним фондом «Іннісфрі». Залучені компанії відповідають за фінансування, будівництво, експлуатацію та обслуговування нової лікарні до 2040 року. Загальна вартість проекту становила 27 млрд. шведських крон, з них вартість будівництва – 14,5 млрд. крон. Ціллю проекту було покращення доступу до медичної допомоги, надання відповідних можливостей для обслуговування та перетворення університетської лікарні на спеціалізований центр третинної допомоги, тісно пов'язаний з високоякісною освітою та дослідженнями. Лікарня, за сприяння ради округу Стокгольм, Каролінського інституту та Стокгольмського університету, стала ключовим елементом у створенні провідної у світі галузі науки. Щонайменше 5 млрд. євро буде інвестовано в цю територію до 2025 року. Це сприятиме зміцненню здоров'я, покращенню формування людського капіталу, прискоренню соціального та економічного розвитку [62].

Успішного розвитку проекту у Швеції передували зміни у законодавстві на усіх, без винятку, рівнях влади, які полягали передусім у децентралізації. Відповідальність за систему охорони здоров'я була покладена на регіональні та місцеві уряди. Фактично, децентралізація була

доведена до рівня медичного закладу. Попри те, що більшість медичних закладів належать державі, їм притаманна певна самостійність у прийнятті управлінських рішень [56, с. 141].

Реформа галузі охорони здоров'я в Україні передбачає повний перехід усіх комунальних закладів охорони здоров'я країни усіх видів медичної допомоги на оплату за договорами з Національною службою здоров'я України. З 1 січня 2020 року всі заклади охорони здоров'я, які надають спеціалізовану медичну допомогу, переходять на оплату за договорами з НСЗУ. Лікарні, які не реорганізуються й не підпишуть договір, не зможуть отримувати фінансування з державного бюджету та будуть змушені утримуватися з інших джерел, наприклад, з місцевих бюджетів.

В таких умовах досить затребуваною є модель державно-приватного партнерства.

У світовій практиці застосовуються різні форми реалізації партнерства між державою та приватним бізнесом у охороні здоров'я. Найбільш поширеною моделлю ДПП є концесія, яка є основою від 60 до 80 % усіх партнерських договорів між державою та приватним бізнесом у країнах Європи та США. В одних країнах основний наголос робиться на інвестиції у створення нових об'єктів інфраструктури, в інших – на підвищення ефективності роботи вже існуючих.

З усього розмаїття моделей державно-приватного партнерства, що існують у світі, можна виділити основні, які можуть бути використані в Україні і принести ефект на місцевому рівні функціонування ринку медичних послуг (рисунок 3.3):

- франчайзинг – приватна компанія укладає контракт з державним чи муніципальним замовником на управління та експлуатацію існуючого об'єкта охорони здоров'я; приватний партнер здійснює інвестування в об'єкти охорони здоров'я, а також в обладнання та транспортні засоби, забезпечуючи повернення вкладених інвестицій та отримання прибутку за рахунок ефективної експлуатації об'єктів;

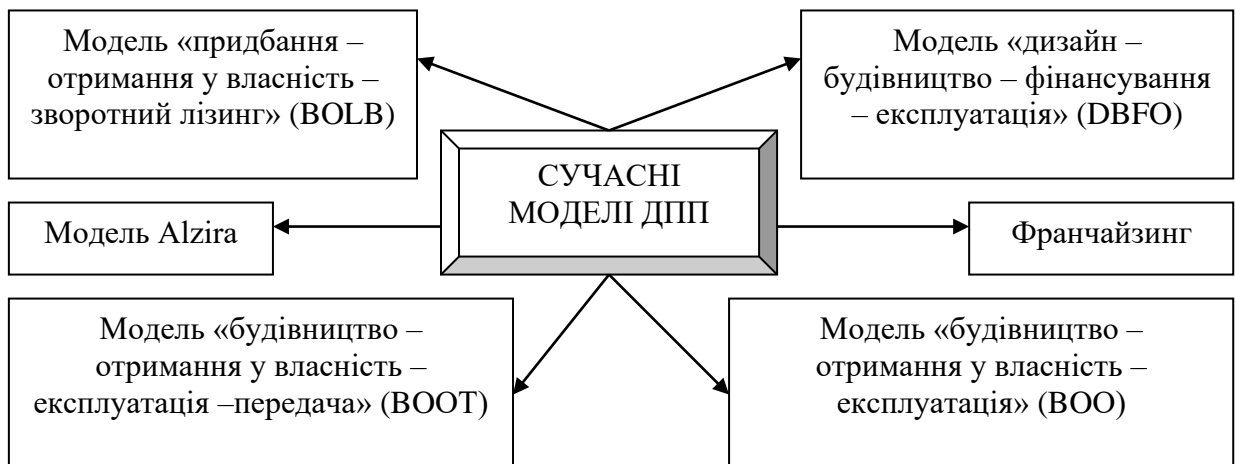


Рисунок 3.3 Сучасні моделі ДПП, що можуть бути використані для підвищення конкурентоспроможності надання медичних послуг в Україні

- модель «дизайн – будівництво – фінансування – експлуатація» (DBFO – design, build, finance, operate) – приватний забудовник будує на підставі дизайну та специфікацій, встановлених державним органом, об’єкт охорони здоров’я; фінансує його капітальні витрати, вводить в експлуатацію та експлуатує;
- модель «будівництво – отримання у власність – експлуатація» (BOO – build, own, operate) – приватний забудовник після закінчення будівництва об’єкта охорони здоров’я передає його державному або муніципальному замовнику на строк, встановлений у контракті; після закінчення терміну контракту права користування на об’єкт залишаються у приватного забудовника;
- модель «будівництво – отримання у власність – експлуатація – передача» (BOOT – build, own, operate, transfer) – приватний забудовник експлуатує об’єкт капітального будівництва протягом терміну, встановленого контрактом, після якого права власності на об’єкт повертаються державному або муніципальному замовнику;
- модель «придбання – отримання у власність – зворотний лізинг» (BOLB – buy, own, lease back) – приватний забудовник будує та вводить в експлуатацію об’єкт охорони здоров’я, який потім передає до лізингу державі чи муніципалітету; лізингові платежі протягом встановленого

терміну повинні покрити вартість об'єкта та принести прибуток, норма якого встановлюється у контракті;

- модель Alzira (укладання контрактів на будівництво та надання послуг) – приватний забудовник будує, вводить в експлуатацію та експлуатує об'єкт охорони здоров'я, маючи при цьому контракт на надання медичних послуг певній категорії населення.

На нашу думку, цілком перспективною для застосування у вітчизняній практиці є модель, яка передбачає лізинг медичного обладнання. Досить показово, що у 2020 році частка імпорту становила 90 % загального обсягу продажу медичного обладнання в Україні. Експерти прогнозують, за умови збереження існуючих тенденцій, зростання ринку медичного обладнання в наступних періодах. Хоча Україна має професійну науково-дослідницьку базу і здатна розвивати прогресивні методи лікування та виробляти медичну техніку, проте не вистачає потужного виробничого сектора. Місцеві виробники пропонують обмежений вибір обладнання. Українським виробникам важко конкурувати з міжнародними компаніями, оскільки місцеві виробники не мають достатніх фінансових ресурсів для розвитку та масштабування свого бізнесу, а також для інвестування у власні технологічні дослідження та розроблення інноваційного обладнання.

Основними гравцями на українському ринку охорони здоров'я є: компанії-вендори /дистриб'ютори медичного обладнання, зокрема відомі міжнародні компанії; приватні медичні заклади, зацікавлені в отриманні ефективного медичного обладнання; лізингові компанії, зацікавлені у джерелах фондування та подальшому фінансуванні придбання медичного обладнання компаніями, а також розвитку співпраці з постачальниками /продавцями цього обладнання. На ринку медичного обладнання України сформувався досить великий пул компаній-імпортерів. Всі вони мають приватну форму власності. Серед найбільших імпортерів немає медичних клінік, що свідчить про доволі чітке структурування самого ринку та окреслену спеціалізацію її учасників. Здебільшого компанії-імпортери поєднують у собі також функцію дистрибуції обладнання.

Опитування учасників ринку показує, що протягом останніх років українські медичні заклади купували медичне обладнання за обігові кошти. Але для розширення власного бізнесу вони потребують залучення коштів з інших джерел. Компанії – постачальники та/чи дистриб'ютори – хоча й пропонують продаж медичного обладнання розстрочку на виплат, проте обмежені у власному капіталі, і це лише часткове вирішення проблеми. Вони зацікавлені у співпраці з компаніями, готовими запропонувати фінансовий лізинг клієнтам зараз, а оперативний – у майбутньому. А отже, означені суб'єкти можуть стати разом з представниками публічного сектора учасниками проєктів ДПП.

Підтримка держави у таких проєктах сприяла б забезпеченню доступу населення до якісного медичного обладнання, а медичним закладам допомогла б зменшити фінансове навантаження, пов'язане з придбанням цього обладнання. Стимули можуть бути як податковими (прискорена амортизація, механізм передавання податкових пільг, звільнення від податків), так і інвестиційними (субсидії, урядові гарантії). Враховуючи соціальну складову розвитку ринку медичного обладнання, для лізингових компаній було б доцільним наголосити на перевагах, які вони могли б запропонувати ринку в разі отримання доступу до капіталу. Залучення консорціумних кредитів, револьверних кредитних ліній, випуск облігацій – це той далеко не вичерпний арсенал інструментів, які можна використовувати для диверсифікації кредитного портфелю та збільшення фінансових потоків.

Дослідження ринку показало, що сучасна бізнес-модель імпортерів та водночас дистриб'юторів медичного обладнання є досить уніфікованою і стандартизованою: вибір бізнес-партнерів за межами України (виробники, глобальні постачальники медичного обладнання); організація з ними ділових відносин та підписання договорів постачання техніки конкретних брендів; здобуття статусу офіційного імпортера в Україні; розбудова бізнес-відносин з медичними закладами України (кінцевими покупцями обладнання);

впровадження маркетингової стратегії, яка базується на конкретних світових брендах медичного обладнання; визначення умов постачання обладнання та грошових розрахунків; участь у тендерах на постачання медичного обладнання державним медичним закладам (за статистикою, частка сегмента державних клієнтів-покупців обладнання становить від 30 до 90 % у бізнесі великих імпортерів обладнання); постачання обладнання, розмитнення, монтаж /інсталяція (у разі потреби імпортер може виконувати проєктні роботи адаптивного монтажу медичного обладнання в медичному закладі); навчання обслуговуючого персоналу медичного закладу правил експлуатації; гарантійне та післягарантійне обслуговування й ремонт обладнання (ця опція є обов'язковою для ведення бізнесу й виконується за принципом досягнення беззбитковості /мінімальної дохідності сервісу для імпортера; до ціни обладнання закладається від 5 до 10 % на ці потреби); оновлення, модифікацію реалізованого медичного обладнання здійснюють імпортери виключно згідно з політикою світових виробників та глобальних дистриб'юторів – бізнес-партнерів, відповідного бренду обладнання.

Імпортери наголошують на тому, що 70–80 % компаній-покупців (приватні медичні установи) під час укладання угоди про постачання медичного обладнання просять продавців організувати схему фінансування або з використанням відтермінування платежів за медичне обладнання, або за допомогою застосування інструменту фінансового лізингу. Основна причина – нестача обігових коштів та низька доступність банківських кредитів у цій галузі. Стандартна схема розрахунку за медичне обладнання для приватного медичного закладу має такий вигляд (таблиця 3.1): авансовий платіж у розмірі від 25 до 50 % вартості; щомісячна оплата залишку вартості рівними частками від трьох до максимум шести місяців за фактом постачання та інсталяції обладнання [21].

Імпортер дозволяє медичному закладу відтермінування оплати обладнання виключно за наявності відповідного за термінами та за вартістю товарного кредиту з боку світового виробника або глобального імпортера. Багато імпортерів ініціювали лізингові програми постачання медичного

обладнання сумісно з лізинговими компаніями й банками. Але факти таких продуктів поодинокі та здебільшого є винятками, ніж правилом. Нагальна ж потреба у таких програмах є доміантною з боку медичних закладів, порівнюючи з іншими видами розрахунків.

Таблиця 3.1 Умови лізингу медичного обладнання [28]

Основні показники лізингового договору	Типові значення
Загальна вартість майна	Від 100000 до 7000000 млн. грн
Термін лізингу	Від 13 до 36 місяців
Авансовий платіж	30 % на майно вартістю до 1 млн. грн; 35 % на майно вартістю більше 1 млн. грн; 40–50 % для стартапів
Щомісячні платежі	За узгодженим графіком, у гривнях
Відображення у платежах умов страхування	Страхування майна протягом лізингу
Додаткові платежі (комісії)	Відсутні
Середньорічне здорожчання (переплата)	9–11 % від загальної вартості майна

Таким чином, якщо розглядати медичні проєкти ДПП у розрізі порівняння їх конкурентоспроможності з аналогічним державними закладами, то їх перевага є очевидною. Крім того, проєкти ДПП позитивно впливають на всю економіку країни:

- якісне діагностування захворювань надає більше можливостей для якісного лікування, чим збільшує людський капітал;
- забезпечення робочих місць з гідними умовами праці та оплати та використання супутніх з медициною секторів (будівництво, технічне виробництво, наука, медичний туризм, економічна та ІТ-сфера);
- залучення інноваційних технологій;
- стимулювання розвитку не лише медицини, а й супутніх сфер (наприклад, фармакології);
- розширення мережі закладів охорони здоров'я тощо.

ВИСНОВКИ

Державно-приватне партнерство є одним з найефективніших інструментів взаємодії держави та приватного сектора. За допомогою державно-приватного партнерства реалізується конструктивний діалог між органом публічної влади та інвестором. З огляду на закордонний досвід та відповідно до законодавства України, державно-приватне партнерство може здійснюватися у різних моделях та формах, які відрізняються за належністю проєктів державно-приватного партнерства, розподілом обов'язків та ризиків приватного партнера і держави. Розуміння специфіки кожної моделі забезпечує оптимальний вибір форми державно-приватного партнерства, що в подальшому забезпечує досягнення бажаних результатів у співпраці.

До принципів реалізації ДПП належать: рівноправний розподіл ризиків між партнерами; економія бюджетних коштів; інноваційний розвиток вітчизняної медицини; формування механізму взаємодії держави та бізнес-структур на засадах добровільного та взаємодоповнюючого партнерства; отримання економічного та соціального ефектів; розвиток інноваційних форм проєктного менеджменту; стимулювання підприємництва й попиту; формування дієвої нормативно-правової бази для регулювання відносин партнерів; інформаційне забезпечення суб'єктів ДПП; підготовка медичних та управлінських кадрів для реалізації медико-соціальних проєктів; забезпечення єдності інтересів партнерів та ін.

Аналіз законодавства у сфері державно-приватного партнерства дозволив виділити конкретні форми реалізації проєктів ДПП у сфері охорони здоров'я, такі як: договір про концесію; договір про управління майном; договір про спільну діяльність тощо.

Виконаний у роботі аналіз впровадження проєктів державно-приватного партнерства дозволив виділити загальну проблематику, яка в подальшому дасть можливість вжити заходів щодо недопущення вказаних прорахунків при реалізації майбутніх проєктів.

Результати дослідження закордонних практик стали основою для розробки шляхів підвищення ефективності проєктів ДПП

- нівелювання тенденції скорочення мережі державних лікувальних закладів;
- збалансування державної та приватної участі у відносинах;
- розробка планового переходу на фінансове забезпечення медицини;
- перегляд існуючих норм законодавства з метою забезпечення більших гарантій інвестиції приватного сектору та полегшення співпраці з державою;
- забезпечення участі представників державних медичних закладів у форумах, консультативних проєктах тощо;
- покращення фінансового забезпечення системи охорони здоров'я;
- збільшення рівня самостійності медичних закладів у кадрових, фінансових та матеріально-технічних питаннях;
- підбір доцільної форми співпраці в рамках здійснення проєктів ДПП;
- впровадження моделей об'єктивного і стандартизованого оцінювання, відбору, врахування ймовірних ризиків та ефективності проєктів ДПП;
- розроблення ефективної програми залучення іноземних інвесторів;
- державне медичне страхування працівників та членів їх сімей, яке буде формуватися з обов'язкових відрахувань на особисті рахунки, з подальшим використанням виключно з метою лікування, а також з частковим відшкодуванням суми внесків роботодавцем.

З метою прискорення впровадження проєктів ДПП у сфері охорони здоров'я та забезпечення завдяки цьому високої конкурентоспроможності у наданні медичних послуг доцільно реалізувати такі заходи:

- розробити єдиний підхід у розвитку ДПП та визначити сферу охорони здоров'я пріоритетною в його застосуванні;
- удосконалити нормативно-правову базу, врахувавши наявну проблематику;
- забезпечити чіткий розподіл повноважень між органами влади у системі публічного управління медициною щодо ДПП; урахування при цьому загальних тенденцій децентралізації влади в Україні;

- визначити напрями надання державної підтримки проектам ДПП, в тому числі державних гарантій.

Удосконалення законодавчо-правової бази, доопрацювання проекту та впровадження Закону України “Про Стратегію розвитку державно-приватного партнерства в Україні”, розробка проекту Закону України “Про державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров’я” забезпечить визначення понять та врегулює організаційно-правові засади взаємодії державного партнера з приватними партнерами в межах реалізації проектів на умовах ДПП у сфері охорони здоров’я України.

Об’єднання фінансових ресурсів державного і приватного сектора дозволить акумулювати більше коштів та ефективніше вирішувати економічні і соціальні завдання у сфері охорони здоров’я, зберегти власність держави на значимі інфраструктурні об’єкти, впровадити найбільш перспективні технології, що використовуються бізнес-структурами, до практичної діяльності закладів, що створюються та модернізуються в рамках ДПП.

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.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

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/3b63646e-4026-4df2-826d-c561b5313180.pdf (дата звернення: 18.10.2021).
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> (дата звернення: 15.10.2021).
3. Бориспільці їздять у Березань на гемодіаліз. *Вісті: електронна газета*. URL: <https://i-visti.com/news/boryspil/5878-boryspilci-izdiat-u-berezan-na-gemodializ.html> (дата звернення: 06.11.2021).
4. 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> (дата звернення: 20.11.2021).
5. Варнавський В. Государственно-частное партнерство: некоторые вопросы теории и практики. *Мировая экономика и международные отношения*. 2011. № 9. С. 41–50.
6. Вороненко Ю.В., Скороход А.В. Запровадження бюджетно-страхової 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 (дата звернення: 20.11.2021).
7. Гойда Н.Г., Курділь Н.В., Вороненко В.В. Нормативно-правове забезпечення державно-приватного партнерства в охороні здоров'я України. *Запорожский медицинский журнал*. 2013. № 5. С. 104–108. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zmzh_2013_5_30 (дата звернення: 20.11.2021).
8. 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 (дата звернення: 16.10.2021).

9. Господарський Кодекс України. *Відомості Верховної Ради України*. 2003. № 18–22. Ст. 144.

10. 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 (дата звернення: 18.10.2021).

11. Державно-приватне партнерство: опції для розвитку медичних закладів. URL: <https://www.legalalliance.com.ua/publikacii/derzavno-privatne-partnerstvo-opcii-dla-rozvitku-medicnih-zakladiv/> (дата звернення: 02.11.2021).

12. 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.

13. Дудка В.В. Переваги приватної медицини та вигоди держави у підтримці розвитку приватного сектора системи охорони здоров'я України (до проблеми державного регулювання здоровоохоронної сфери). *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2012. № 1. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2012_1_4 (дата звернення: 19.10.2021).

14. 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 (дата звернення: 16.11.2021).

15. 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-ukrayinskiy-medicini.html> (дата звернення: 12.11.2021).

16. Засекречене будівництво корпусу Бориспільської ЦЛР. *Вісті:*

електронна газета. URL: <https://i-visti.com/news/boryspil/5149-zasekrechene-budivnyctvo-korpusu-boryspilskoi-crl.html> (дата звернення: 06.11.2021).

17. 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> (дата звернення: 23.11.2021).

18. Конституція України. *Відомості Верховної Ради України*. 1996. № 30. Ст. 141.

19. 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> (дата звернення: 02.12.2021).

20. 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 (дата звернення: 21.10.2021).

21. 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 (дата звернення: 04.12.2020).

22. 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.nauka.com.ua/?op=1&z=1273> (дата звернення: 01.11.2021).

23. 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 (дата звернення: 15.10.2021).

24. Мартякова О.В., Трикоз І.В. Механізм реалізації державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. *Часопис економічних реформ*. 2013. № 4. С. 33–39. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Cher_2013_4_8 (дата звернення: 16.11.2021).

25. 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.

26. Методика розрахунку концесійних платежів, затверджена Постановою Кабінету Міністрів України від 12.08.2020 № 706. *Офіційний вісник України*. 2020. № 67. С. 470.

27. 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> (дата звернення: 26.11.2021).

28. Можливості для лізингу медичного обладнання в Україні. Проєкт USAID «Трансформація фінансового сектору». 2019. URL: http://www.fst-ua.info/wp-content/uploads/2019/12/Leasing-Medical-Equipment_Survey_dec2019_ua.pdf (дата звернення: 20.11.2021).

29. 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> (дата звернення: 16.11.2021).

30. 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-bank-obgovorili-derzavnoprivatne-partnerstvo-u-medicini.html> (дата звернення: 23.10.2021).

31. Офіційний сайт Всеукраїнської Асоціації об'єднаних територіальних громад. Результати опитування щодо організації надання медичних послуг в ОТГ. URL: <https://hromady.org/13518-2/> (дата звернення: 28.10.2021).

32. Офіційний сайт комітету з питань охорони здоров'я. Державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я: виклики та перспективи в умовах медичної реформи. URL: <http://komzdrav.rada.gov.ua/fsview/73864.html> (дата звернення: 28.10.2021).

33. Офіційний сайт Міністерства розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства України. URL: <https://www.me.gov.ua/> (дата звернення: 18.10.2021).

34. Офіційний сайт Трускавецької районної ради. URL: <https://tml.org.ua/> (дата звернення: 18.10.2021).

35. Павлюк К.В., Павлюк С.М. Сутність і роль державно-приватного партнерства в соціально-економічному розвитку держави. *Наукові праці КНТУ*. 2010. № 17. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Npkntu_e_2010_17_4 (дата звернення: 15.10.2021).

36. 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/escan_2015_22%281%29__9 (дата звернення: 17.10.2021).

37. 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> (дата звернення: 17.10.2021).

38. 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> (дата звернення: 18.10.2021).

39. 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.

40. 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.

41. 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.

42. Порядок подання державними партнерами (концесіодавцями) щорічного звіту про виконання договору, укладеного в рамках державно-приватного 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.

43. 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.

44. 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.

45. 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> (дата звернення: 23.10.2021).

46. 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>

(дата звернення: 15.10.2021).

47. Радущий 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/> (дата звернення: 22.10.2021).

48. 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> (дата звернення: 19.10.2021).

49. 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> (дата звернення: 23.10.2021).

50. 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> (дата звернення: 16.10.2021).

51. 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> (дата звернення: 15.10.2021).

52. 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-omunaye-vitchyznyanu-sferu-ohorony-zdorov-ya/> (дата звернення: 28.10.2021).

53. Техніко-економічне обґрунтування проекту: 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> (дата

звернення: 23.10.2021).

54. Турчак Д.В. Інституційне забезпечення реалізації державно-приватного 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/wp-content/uploads/2019/11/182-2019.pdf> (дата звернення: 19.10.2021).

55. 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.pag-journal.iei.od.ua/archives/2019/10-2019/25.pdf> (дата звернення: 19.10.2021).

56. 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 (дата звернення: 18.10.2021).

57. 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-privatne-partnerstvo-v-ohoroni-zdorov-ya-pitannya-na-chasi> (дата звернення: 22.10.2021).

58. 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.

59. Цивільний кодекс України. *Відомості Верховної Ради України*. 2003. № 40–44. Ст. 356.

60. 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> (дата звернення: 19.10.2021).

61. 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://health-ua.com/article/37520-malonvazivna-hirurgya-sogodn--zavdannya-problemi-taperspektivi> (дата звернення: 22.10.2021).

62. New Karolinska Solna PPP. *European Investment Bank*. URL: <https://www.eib.org/en/projects/pipelines/all/20090436> (дата звернення: 17.10.2021).

63. 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/> (дата звернення: 15.10.2021).