

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ НЕПЕРЕРВНОЇ ОСВІТИ  
Кафедра публічного управління та адміністрування

ДОПУСТИТИ ДО ЗАХИСТУ  
Завідувач випускової кафедри  
\_\_\_\_\_ Н.М.Грущинська  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

**ДИПЛОМНА РОБОТА  
(ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА)**

**ВИПУСКНИКА ОСВІТНЬОГО СТУПЕНЯ  
« МАГІСТР »**

За освітньо-професійною програмою «Менеджмент в органах публічного управління»

**Тема: «Державно-приватне партнерство у реалізації економічного та соціально-культурного розвитку територіальних громад» (на прикладі сфери медичного обслуговування населення)**

Виконавець: студент гр. МУз 201                      Амалян Вільямс Арутюнович

Керівник: доцент Чібісова Ірина Валентинівна

Консультанти з окремих розділів  
пояснювальної записки:                      доцент Чібісова І.В.

Нормоконтролер: доцент Чібісова І.В.

Київ 2020

**НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**  
Навчально-науковий інститут неперервної освіти  
Кафедра публічного управління та адміністрування  
спеціальність: 281 Публічне управління та адміністрування

ЗАТВЕРДЖУЮ:  
Завідувач кафедри  
\_\_\_\_\_ Н. М. Грущинська  
» \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2020 р.

**ЗАВДАННЯ**  
**на виконання дипломної роботи**  
Амалян Вільямса Арутюновича

1. Тема роботи: **«Державно-приватне партнерство у реалізації економічного та соціально-культурного розвитку територіальних громад» (на прикладі сфери медичного обслуговування населення)** затверджена наказом ректора від «30» листопада 2020 р. № 2362/ст.
2. Термін виконання роботи: з 13.10.2020 р. по 31.12.2020 р.
3. Вихідні дані до роботи: теоретичні відомості щодо методичні розробки вітчизняних та зарубіжних авторів, періодичні видання, статистичні щорічники, результати власних спостережень і обстеження діяльності публічних установ, ресурси мережі Internet, нормативно-законодавча база України.
4. Зміст пояснювальної записки: Розділ 1. Теоретичні засади державно-приватного патнерства у реалізації економічного та соціально-культурного розвитку територіальних громад. Розділ 2. Реалізація проектів державно-приватного партнерства в процесі забезпечення медичним обслуговуванням населення територіальних громад. Розділ 3. Шляхи підвищення ефективності державно-приватного партнерства в ході забезпечення медичним обслуговуванням населення територіальних громад. 5. Перелік обов'язкового графічного (ілюстративного) матеріалу: 3 таблиці, 4 рисунка. Розроблена презентація в Microsoft Office Power Point (10 сл.).

## 6. Календарний план-графік

№ п/п	Завдання	Термін виконання	Відмітка про виконання
1.	Вибрати тему дипломної роботи	13.10.2020-23.10.2020	Виконано
2.	Затвердити тему і план роботи у наукового керівника, завідувача кафедри	24.10.2020-31.10.2020	Виконано
3.	Визначити статистичну, інформаційну базу дослідження, скласти бібліографію	01.11.2020-05.11.2020	Виконано
4.	Оформити і обговорити з науковим керівником перший розділ роботи	06.11.2020-14.11.2020	Виконано
5.	Оформити і обговорити з науковим керівником другий розділ роботи	15.11.2020-30.11.2020	Виконано
6.	Оформити і обговорити з науковим керівником третій розділ роботи	01.12.2020-08.12.2020	Виконано
7.	Доопрацювати роботу, оформити її кінцевий варіант	09.12.2020-11.12.2020	Виконано
8.	Підготуватися та взяти участь у попередньому захисті роботи	12.12.2020-15.12.2020	Виконано
9.	Отримати відгук керівника та рецензію	16.12.2020-18.12.2020	Виконано
10.	Підготувати доповідь на захист	19.12.2020-31.12.2020	Виконано

## 7. Консультанти з окремих розділів

Назва розділу	Консультант (посада, П.І.Б)	Дата, підпис	
		Завдання видав	Завдання прийняв
1. Теоретичні засади державно-приватного партнерства у реалізації економічного та соціально-культурного розвитку територіальних громад.	доц. Чібісова І.В.	06.11.2020	06.11.2020
2. Реалізація проектів державно-приватного партнерства в процесі забезпечення медичним обслуговуванням населення територіальних громад.	доц. Чібісова І.В.	15.11.2020	15.11.2020
3. Шляхи підвищення ефективності державно-приватного партнерства в ході забезпечення медичним обслуговуванням населення територіальних громад.	доц. Чібісова І.В.	01.12.2020	01.12.2020

8. Дата видачі завдання: 13.10.2020 р.

Керівник дипломної роботи \_\_\_\_\_ доц. Чібісова І.В.

Завдання прийняв до виконання \_\_\_\_\_ Амалян В.А.

## РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка до дипломної роботи **«Державно-приватне партнерство у реалізації економічного та соціально-культурного розвитку територіальних громад» (на прикладі сфери медичного обслуговування населення) :**

120 с., 12 таблиць, 3 рисунки, 142 літературні джерела.

**Об'єктом** дослідження є процес формування й розвитку державно-приватного партнерства як інструмент здійснення соціально-економічних проектів.

**Предмет** дослідження – механізм забезпечення розвитку державно-приватного партнерства в ході реформування на рівні територіальних громад системи охорони здоров'я.

Методи дослідження: загальнонаукові - аналіз і синтез (для обґрунтування теоретичних положень і практичних рекомендацій);

- системний і комплексний підходи (при дослідженні практики формування організаційної культури підприємства);

- аналітичні методи: традиційні методи і прийоми економічного аналізу: табличний (для представлення розрахунків і конкретних результатів дослідження), індексний; метод експертних оцінок та метод ілюстративного аналізу.

Результати дипломної роботи рекомендується використовувати під час проведення наукових досліджень та в практичній діяльності фахівців з публічного управління та адміністрування.

**ДЕРЖАВНЕ ПАРТНЕРСТВО, ТЕРИТОРІАЛЬНІ ГРОМАДИ, ПОЛІТИКА, ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЯ, ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я.**

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b> .....	6
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА У РЕАЛІЗАЦІЇ ЕКОНОМІЧНОГО ТА СОЦІАЛЬНО-КУЛЬТУРНОГО РОЗВИТКУ ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАД</b> ...	11
1.1. Теоретичні засади політики децентралізації в Україні .....	11
1.2. Інституційне середовище реалізації проектів державно-приватного партнерства .....	21
1.3. Спроможність територіальних громад забезпечувати розвиток регіону в умовах децентралізації та фінансової свободи. ....	31
<b>РОЗДІЛ 2. РЕАЛІЗАЦІЯ ПРОЕКТІВ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА В ПРОЦЕСІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНИМ ОБСЛУГОВУВАННЯМ НАСЕЛЕННЯ ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАД</b>	42
2.1. Проблеми забезпечення населення територіальних громад медичними послугами.....	42
2.2. Зарубіжний досвід реалізації програм державно-приватного партнерства у сфері медицини .....	51
2.3. Реалізація проектів державно-приватного партнерства в Україні	59
<b>РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА В ХОДІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНИМ ОБСЛУГОВУВАННЯМ НАСЕЛЕННЯ ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАД</b> .....	68
3.1. Проблеми та перспективи розвитку державно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я в Україні.....	68
3.2. Форми державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я в Україні.....	75
3.3. Шляхи підвищення ефективності державно-приватного партнерства у реалізації програм медичного обслуговування населення територіальних громад.....	86
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	98
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	103
<b>ДОДАТКИ</b> .....	122



## ВСТУП

Актуальність теми «Державно-приватне партнерство у реалізації економічного та соціально-культурного розвитку територіальних громад» визначається новітніми тенденціями розвитку незалежної України, підвищенням ролі регіонів, розширення арсеналу методів управління на місцевому рівні. Необхідність дослідження сучасного етапу управлінських трансформацій у нашій державі зумовлюється накопиченим досвідом реалізації Програми соціально-економічного розвитку територіальних громад, який наочно продемонстрував, що в переважній більшості випадків бюджетного фінансування не вистачає ані для реалізації проектів капітального будівництва та модернізації житлово-комунального господарства, ані для підтримки установ соціальної та гуманітарної сфер.

В усьому світі державно-приватне партнерство (ДПП) вважається ефективним інструментом економічного і соціального розвитку на регіональному й місцевому рівнях, дієвим засобом залучення коштів до проектів, у яких державні та місцеві органи влади намагаються зберегти контроль, налагоджуючи ти співпрацю з приватними інвесторами. В ході такої співпраці між державою і підприємцями досягаються кращі техніко-економічні показники та результати господарювання, ефективніше використовуються державні ресурси й комунальне майно. Як свідчить досвід зарубіжних країн, найбільша частка таких проектів реалізується у сфері охорони здоров'я, що сприяє підвищенню якості надаваних населенню медичних послуг.

Деякі аспекти державно-приватного партнерства в процесі реалізації програм розвитку медичного обслуговування населення територіальних громад вже знайшли своє висвітлення у працях вітчизняних та зарубіжних експертів. Велику увагу дослідженню державного регулювання розвитку регіонів приділили у своїх роботах С. Бандур [22], П. Беленький [23], І. Брайловський [26, 27, 28, 29, 30], В. Варнавський [33, 34, 35, 36], З. Варналій [37], М. Васильєва [39], З. Герасимчук [47], Т. Єфименко [64], О.

Лебединська [74], О.Степанова [120], Н. Філіпова [129] та інші.

Проблемам територіального розвитку України приділяють увагу С. Ткаченко [125] та Л. Дем'яненко [52], що аналізують реформування адміністративно-територіального устрою та проблеми розвитку територіальних громад в Україні. Механізм регулювання економічного й соціального розвитку сільських територій, зарубіжний досвід територіального управління, формування та реалізації державної політики вивчають П. Лайко, А. Борщ та ін. вчені. Теоретико-методологічні засади та системну модель управління соціально- економічним розвитком сільських територій досліджує О.Павлов [96]. Методологічні засади формування та оцінювання ефективності державної політики сталого соціально- економічного розвитку сільських територій опрацьовує А. Антонов [21]. Інституціональне забезпечення управління сільським розвитком висвітлює В. Цибуляка [133]. Вплив фондів ЄС на фінансування сільського та регіонального розвитку визначають Б. Андріс та інші [139].

Різні аспекти розвитку механізмів державно-приватного партнерства, в тому числі в сфері охорони здоров'я, досліджуються у працях вітчизняних і зарубіжних науковців, зокрема А. Данилова [51], К. Павлюка [97], Е. Добагяна [59], С. Єльсиновської [62], Д. Єршова [63], Р. Жердева [65], О. Карпенка [67], В. Кліміна [68], В. Лехана [77], М. Макаренка [78], О. Мартякової [80], Ж. Мещерякової [84], Б. Нісана [90], О. Петрової [98], С. Підгайця [99], Є. Потапчика [102], О. Приходька [104], А. Разумовського [107], Є. Рожкової [110], Є. Сізової [118], В. Уйби [127], В. Чернецького [136] та інших.

Незважаючи на значну кількість наукових досліджень з питань розвитку регіонів в цілому, і медичного обслуговування населення, зокрема, все ще відсутнє комплексне дослідження проблем ролі державно-приватного приватного партнерства у реалізації економічного та соціально-культурного розвитку територіальних громад, особливо в умовах динамічного зовнішнього середовища, що притаманне сучасній Україні. Гостра



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

Саме тому **метою** цієї роботи є системне дослідження проблем державно-приватного партнерства у реалізації економічного та соціально-культурного розвитку територіальних громад (на прикладі сфери медичного обслуговування населення) та обґрунтування комплексу теоретичних і практичних підходів до визначення місця та ролі державно-приватного партнерства в реалізації економічного та соціально-культурного розвитку територіальних громад на прикладі розбудови системи охорони здоров'я населення територіальних громад,

Відповідно до визначеної мети були поставлені та вирішені наступні **завдання**:

- дослідити теоретичні засади політики децентралізації в Україні;
- проаналізувати інституційне середовище реалізації проектів державно-приватного партнерства;
- визначити спроможність територіальних громад забезпечувати розвиток регіону в умовах децентралізації та фінансової свободи;
- виокремити проблеми розвитку територіальних громад загалом, і в сфері охорони здоров'я - зокрема;
- дослідити зарубіжний досвід публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я;
- дослідити стан реалізації проектів ДПП у вітчизняній сфері медицини;
- проаналізувати проблеми і перспективи розвитку державно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я в Україні;
- визначити специфіку законодавчо встановлених форм державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я в Україні;

- розробити рекомендації щодо шляхів підвищення ефективності державно-приватного партнерства в ході реалізації програм медичного обслуговування населення територіальних громад.

**Об'єктом** дослідження є процес формування й розвитку державно-приватного партнерства як інструмент здійснення соціально-економічних проектів.

**Предмет** дослідження – механізм забезпечення розвитку державно-приватного партнерства в ході реформування на рівні територіальних громад системи охорони здоров'я.

Для досягнення поставленої в роботі мети були використані загальнонаукові методи (формально-логічний, соціологічний, системний, структурно-функціональний, конкретно-історичний, статистичний, бібліосемантичний тощо), загальні логічні методи теоретичного аналізу (аналіз, синтез, узагальнення, порівняння, абстрагування, аналогія, моделювання).

Синергетичний підхід став підґрунтям аналізу й визначення сутності та економічного змісту категорії « державно-приватне партнерство » , а також обґрунтування елементів механізму реалізації державно-приватного партнерства в Україні на рівні територіальних громад. Дослідження механізмів розвитку ДПП у Великій Британії проводилося з використанням структурного підходу, методів логічного, порівняльного і статистичного аналізу, угруповань, абстрактно- логічного моделювання тощо. Методи моделювання використано при аналізі ризиків учасників ДПП і для обґрунтування пропозицій щодо шляхів підвищення ефективності державно-приватних партнерств в ході надання медичних послуг населенню територіальних громад України.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у дослідженні та подальшому розвитку теоретичних засад публічно-приватного партнерства в контексті децентралізації та реформування медичної сфери України.

Положення дипломної роботи, що визначають її наукову новизну і виносяться на захист, полягають у розробці рекомендацій щодо шляхів підвищення ефективності державно-приватного партнерства в ході реалізації програм медичного обслуговування населення територіальних громад. Автором обґрунтована пріоритетність орієнтації програм державно-приватного партнерства у напрямку створення та/або оснащення сучасним обладнанням клініко-діагностичних лабораторій (КДЛ) за умови об'єднання зусиль держави, органів місцевого самоврядування та приватного сектору в реалізації проектів розвитку телемедицини; запропоновані конкретні форми державно-приватного партнерства для реалізації вказаних у роботі заходів підвищення ефективності медичного обслуговування населення територіальних громад.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА У РЕАЛІЗАЦІЇ ЕКОНОМІЧНОГО ТА СОЦІАЛЬНО-КУЛЬТУРНОГО РОЗВИТКУ ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАД

#### 1.1. Теоретичні засади політики децентралізації в Україні

Протидія трансформаційним викликам, з якими стикається сучасна економіка України, неможлива без нагального та ефективного вирішення проблем регіонального розвитку. На сучасному етапі прискорення процесів децентралізації державного управління, формування сучасної моделі регіонального управління з метою підвищення конкурентоспроможності регіонів та активізації їх сукупного економічного та соціального потенціалу визначено одним із пріоритетних завдань державної політики України.

Невідкладна необхідність децентралізації в Україні, як країні з транзитною економікою, визначається цілою низкою факторів:

- Політичним імперативом: На тлі того, що в усьому світі децентралізація рухається не з економічного, а з політичного процесу, у країнах з перехідною економікою ця причинно-наслідкова залежність посилюється негативною реакцією на цілу епоху централізованого домінування та контролю, що й стало найсильнішим поштовхом до пришвидшеної розбудови автономного місцевого самоврядування.

- Економічним імперативом: Для перехідних економік, які провели десятиліття в умовах державної, планової економіки, практично не залишилося іншого вибору, як зменшити роль держави в економіці та » децентралізуватись » .

- Необхідністю підвищення ефективності надання послуг. За старою системою центральні уряди використовували регіональні та місцеві відділення для надання послуг, при тому що основна частина рішень приймалася в центрі, і в багатьох випадках надання загального обсягу обов'язкових послуг та пільг було фінансово неможливим. Саме це і

зумовлює потребу передачі органам місцевого самоврядування повноважень щодо прийняття рішень стосовно пріоритетності витрат та прийняття рішень, що відповідають очікуванням та вимогам громадян та можливості їх реалізації.

Законодавче підґрунтя для докорінної зміни системи розподілу владних повноважень та її територіальної основи почало формуватися у 2014 році, після того як Уряд схвалив Концепцію реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади [17], та Державну стратегію регіонального розвитку на період до 2020 року (затверджену Постановою Кабінету міністрів України № 385 від 6 серпня 2014 р.) [18]. Після цього почав формуватись основний пакет нового законодавства, який наразі включає:

- Закони про внесення змін до **Бюджетного та Податкового кодексів** України, завдяки яким відбувається фінансова децентралізація. Так, зокрема, за п'ять років місцеві бюджети зросли на 206,4 млрд грн: з 68,6 млрд в 2014 до 275 млрд грн в 2019 році [109].
- Закон « **Про добровільне об'єднання територіальних громад** », завдяки якому за 2015-2019 роки в Україні було добровільно створено 982 об'єднані територіальні громади (ОТГ), в яких наразі проживають 11 млн людей.
- Закон « **Про співробітництво територіальних громад** », який створив механізм вирішення спільних проблем громад.
- Закон « **Про засади державної регіональної політики** », що створив передумови для значного зростання державної підтримки регіонального розвитку та розвитку інфраструктури громад, яка за час реформи зросла у **41,5 разів**: з 0,5 млрд в 2014 до 20,75 млрд грн у 2019 році. За рахунок цієї підтримки в регіонах та громадах реалізовано у 2015-2019 роках більше **12 тисяч проектів**.
- Пакет законів щодо розширення повноважень органів місцевого самоврядування та оптимізації надання адміністративних послуг, що

дозволив делегувати органам місцевого самоврядування відповідного рівня повноваження з надання базових адміністративних послуг.

У 2020 році в зв'язку з завершенням строку реалізації Державної стратегії регіонального розвитку на період до 2020 року, а також наявністю нових викликів, які постали перед Україною протягом останніх семи років, які суттєво впливають на ситуацію в регіонах, а також на якість життя жителів міст і сіл, була розроблена нова Державної стратегії регіонального розвитку – на 2021-2027 роки [15]. Її відмінність від попередньої стратегії полягає в наступному (див. табл. 1.1):

Таблиця 1.1

Порівняльна характеристика підходів до формування та реалізації окремих елементів державної регіональної політики в рамках реалізації Державної стратегії регіонального розвитку

Елементи політики	Підходи до формування та реалізації державної регіональної політики	
	2014—2020 роки	2021—2027 роки
Об'єкти політики	надання допомоги слаборозвиненим регіонам через фінансову підтримку  декларування депресивних територій як об'єктів політики, які де-факто не отримували допомоги	визначення типу територій, що потребують застосування особливих механізмів та інструментів державної підтримки  розбудова конкурентоспроможного регіону та функціональної території шляхом залучення усіх суб'єктів розвитку та використання потенціалу ключових активів регіону/території як умови надання фінансової підтримки з державного бюджету
Підхід до планування	домінування галузевого підходу, який не враховує специфіку різних типів територій держави	визначення територій, що потребують державної підтримки, планування їх розвитку на засадах інтегрованого підходу (поєднання галузевого та територіального підходу)
Типи проектів	спрямування субсидій і державної допомоги переважно на створення об'єктів капітального будівництва (державне інвестування виключно в об'єкти державної	спрямування державних інвестицій у матеріальні та нематеріальні активи у вигляді так званих » твердих» та » м'яких» розвиткових проектів на основі якісної діагностики потенціалу та проблем територій, що потребують державної

Елементи політики	Підходи до формування та реалізації державної регіональної політики	
	2014—2020 роки	2021—2027 роки
	або комунальної власності)	підтримки
Суб'єкти формування та реалізації політики	розроблення та реалізація політики здійснювалася виключно через центральні органи виконавчої влади	розроблення та реалізація політики здійснюється на усіх рівнях врядування (центральний, регіональний, місцевий) із залученням неурядових організацій
Фінансування	відсутність цільового фінансування Стратегії та програм регіонального розвитку	цільове спрямування коштів державного фонду регіонального розвитку на виконання програм регіонального розвитку
Просторове планування	недотримання вимог містобудівної документації під час здійснення державних інвестиційних програм/заходів	обов'язкове врахування вимог містобудівної документації під час здійснення державних інвестиційних програм/заходів
Міжвідомча координація	міжвідомча координація відсутня внаслідок неефективної роботи Міжвідомчої координаційної комісії з питань регіонального розвитку	забезпечення Кабінетом Міністрів України належного рівня координації, зокрема через Міжвідомчу координаційну комісію з питань регіонального розвитку
Інституційна спроможність	інституційна спроможність базового рівня врядування перебуває на початковому етапі становлення агенцій регіонального розвитку як суб'єктів регіональної політики	забезпечення спроможності територіальних громад стратегічно планувати розвиток та ефективно управляти ресурсами для розвитку становлення агенцій регіонального розвитку як реальних суб'єктів регіональної політики

Джерело: ДЕРЖАВНА СТРАТЕГІЯ регіонального розвитку на 2021—2027 роки [15]

Реалізація державної регіональної політики на період до 2027 року здійснюватиметься на основі комплексного територіального підходу, що передбачає, що об'єктом у рамках регіональної політики є територія, яка характеризується специфічним набором соціальних, просторових, екологічних та економічних особливостей. Не виникає сумніви у тому, що виконання цієї стратегії потребує прискіпливого вивчення досвіду реалізації

аналогічності програм в інших країнах та теретичного осмислення уже відомих бізнес-моделей децентралізації.

У світовому науковому середовищі прийнято розрізняти різні типи та форми децентралізації. Почнемо з типів – зазвичай виділяють політичну, адміністративну, фіскальну та ринкову; деякі експерти виділяють окремо екологічний тип. Розмежування видів децентралізації є корисним для висвітлення проблем, що виникають в кожній сфері, та пошуку шляхів координації між ними. При цьому завжди наголошується, що зазвичай існує чітке перекриття у визначенні будь-якого з цих термінів, і не настільки важливі точні визначення, скільки необхідність комплексного підходу. Політична, адміністративна, фіскальна та ринкова децентралізація проявляються у різних формах та поєднаннях у різних країнах, всередині країн і навіть у межах секторів.

**Політична децентралізація** спрямована на надання громадянам або їх обраним представникам більше владних повноважень у процесі прийняття державних рішень та спільну розробку і реалізацію політики шляхом залучення зацікавлених сторін. Вона часто асоціюється з плюралістичною політикою та представницьким урядом, але може також підтримувати демократизацію, надаючи громадянам або їх представникам більший вплив у процесах формування та реалізації політики.

Прихильники політичної децентралізації вважають, що рішення, що приймаються за більш активної участі місцевих громад, будуть прийматись краще проінформованими представниками та відобразатимуть різні інтереси у суспільстві, в порівнянні з тими рішеннями, що приймаються лише централізованими органами. Концепція передбачає, що відбір представників з місцевих виборчих юрисдикцій дозволяє громадянам краще знати своїх політичних представників, а обраним посадовцям - краще знати потреби та бажання своїх виборців.

Політична децентралізація часо вимагає конституційних або визначених законом реформ, розвитку плюралістичних політичних партій,



зміцнення законодавчих органів, створення місцевих політичних одиниць та заохочення діяльності громадських груп.

**Адміністративна децентралізація** спрямована на перерозподіл повноважень, відповідальності та фінансових ресурсів для надання державних послуг між різними рівнями управління. Також вона може супроводжуватись розбудовою ефективного галузевого управління та/або наданням ресурсів і повноважень органам місцевої влади під контролем міністерств. В обох випадках це означає передачу відповідальності за планування, фінансування та управління певними державними функціями від центрального уряду та його відомств до місцевих регіональних або функціональних підрозділів урядових установ або місцевих органів влади.

**Фіскальна децентралізація** полягає у наданні місцевій владі повноважень щодо встановлення і збору в бюджет податків. Ключовим компонентом децентралізації є фінансова відповідальність. Якщо органи місцевого самоврядування та приватні організації мають ефективно виконувати децентралізовані функції, вони повинні мати адекватний рівень доходів (або залучених на місцевому рівні, або переданих від центрального уряду) а також повноваження приймати рішення щодо витрат. Фіскальна децентралізація може мати різні форми, включаючи: а) самофінансування або відшкодування витрат.

Існує два основні підходи до оцінки фіскальної децентралізації: якісний і кількісний. Якісний підхід полягає у вимірюванні ступеня децентралізації за допомогою якісної шкали з метою оцінювання того, в якому випадку децентралізація слабкіше або сильніше впливає на об'єкти, що порівнюються, при цьому об'єктами для порівняння можуть виступати як різні країни, так і одна і та ж країна на різних етапах свого розвитку. Кількісний підхід базується на використанні статистичних показників що неминуче спрощує картину і може створити хибне уявлення про реальну оцінку ступеня децентралізації.

Використання обох підходів в рамках комплексного аналізу, запропонованого Е.І. Андрєєвою і Н.В. Головановою [48], базується на застосуванні таких методів оцінки: кількісна оцінка децентралізації витрат, якісна оцінка ступеня децентралізації видаткових повноважень, кількісна оцінка ступеня децентралізації доходів, якісна оцінка ступеня децентралізації доходів.

Фіскальна децентралізація може бути забезпечена шляхом врегулювання системи справляння зборів, встановлення місцевих податків на власність та податків з договорів купівлі-продажу, а також завдяки отриманню міжбюджетних трансфертів з центрального уряду, грантів чи місцевих позик. Таке надходження коштів може відбуватись як з обов'язком звітувати про їх витрату так і без нього.

Базовою настановою фіскальної децентралізації є те, що оскільки кожен споживач, змінюючи місце проживання, може підібрати найвигідніші для себе публічні послуги й обсяг сплати податків, тобто знайти територію з кращим рівнем забезпечення публічними послугами, то завданням місцевої влади є забезпечення мешканців доступними та якісними послугами за оптимальним їх переліком із найнижчим рівнем фіскального навантаження на громадян [126].

**Економічна/ринкова децентралізація** може відбуватись як шляхом приватизації комерційних підприємств які належать державі, так і повним дерегулюванням і скасуванням обмежень на бізнес підприємств, що конкурують з державними службами. Така приватизація державних функцій та/або бізнесу дозволяє підприємствам, громадським групам, кооперативам, приватним добровільним асоціаціям та іншим неурядовим організаціям виконувати функції, які раніше в основному або виключно покладались на уряд. Ринкова дерегуляція зазвичай, але не завжди, супроводжуються політикою лібералізації економіки та розвитку ринку.

**Екологічна децентралізація** полягає у наданні автономним державним структурам, органам місцевої влади чи навіть окремим компаніям

права на використання природних ресурсів за умови унормування цих процесів, встановлення екологічних стандартів тощо.

В рамках вищеназваних видів децентралізації виділяють окремі **форми**. Так, зокрема, в рамках адміністративного типу виокремлюють чотири основні форми - деконцентрацію, делегування, деволуцію та дивестування – кожна з яких має власні специфічні характеристики.

*Деконцентрація.* Деконцентрація - яку часто вважають найслабшою формою децентралізації і найчастіше використовується в унітарних державах – пов'язана з передачею повноважень з управління, використання коштів та реалізації соціальної політики від центральних органів до регіональних органів, але за умови, що прямий контроль за виконанням даних повноважень ведеться з центру. В її рамках можуть просто перекладатись обов'язки з посадових осіб центрального уряду на тих, хто працює в регіонах, або може створюватись потужна адміністрація на місцях або розбудовуватись місцевий адміністративний потенціал під наглядом міністерств центрального уряду.

*Делегування.* Делегування - це більш широка форма децентралізації. За моделі делегуванню центральні уряди передають відповідальність за прийняття рішень та управління державними функціями напівавтономним організаціям, які не повністю контролюються центральним урядом, але у підсумку підзвітні йому. Уряди делегують обов'язки, коли створюють державні підприємства чи корпорації, органи житлово-комунального господарства, спеціальні служби тощо. Зазвичай ці організації мають велику свободу дій при прийнятті рішень. Вони можуть бути звільнені від обмежень на штатний персонал державної служби та можуть мати можливість безпосередньо отримувати плату за надавані послуги.

*Деволуція.* Третім видом адміністративної децентралізації є передача влади. Коли уряди передають функції, вони передають повноваження щодо прийняття рішень, фінансування та управління квазіавтономним підрозділам місцевого самоврядування. В рамках деволуції, як правило, обов'язки

передаються місцевим органам влади, які обирають своїх очільників, збирають власні ресурси та мають повноваження самостійно приймати інвестиційні рішення. У деволуційній системі органи місцевого самоврядування мають чіткі та законодавчо визнані географічні обмеження, в межах яких вони здійснюють владу та виконують державні функції. Така модель, децентралізації є виграною для місцевих автономій, але вона потребує наявності дієздатних та відповідальних органів місцевого самоврядування.

*Дивестування* – це передача функцій планування та адміністративної влади у волонтерські приватні чи громадські організації.

В рамках економічної або ринкової децентралізації виділяють наступні форми:

*Приватизація*— політика чи процес продажу чи передачі державної чи суспільної власності чи бізнесу до рук приватних інвесторів. Приватизованими можуть бути: майно державних підприємств, державний земельний фонд, сфера послуг тощо. Приватизація може варіюватися від повної передачі виробництва / майна / функцій вільному ринку до « державно-приватного партнерства » , в ході якого уряд та приватний сектор співпрацюють для надання послуг або розбудови/розвитку інфраструктури.

Приватизація може проявлятися у наступних формах: 1) надання дозволу приватним підприємствам виконувати функції, які раніше були монополізовані урядом; 2) укладання контрактів на надання або управління державними послугами чи об'єктами з комерційними підприємствами (аутсорсинг послуг); 3) фінансування програм державного сектору через ринок капіталу (з адекватним регулюванням або заходами для запобігання ситуаціям, коли центральний уряд бере на себе ризики цього запозичення) та надання дозволу приватним організаціям брати участь; та 4) приватизація контролю: передача чи спільна реалізація контролю за наданням послуг державним сектором.

*Дерегуляція.* Дерегуляція зменшує правові обмеження щодо участі приватних осіб у наданні послуг або дозволяє конкуренцію серед приватних постачальників за послуги, які раніше надавали уряд або регульовані монополії.

Однією із найважливіших актуальних проблем децентралізації є питання: межі до якої може здійснюватись децентралізація та переліку повноважень, що можуть передаватись. Вирішення обох питань базується на принципі *субсидіарності* (*Subsidiary* – допоміжний, доповнюючий), згідно з яким центральна влада має вдаватися до будь-яких заходів лише в тому разі, якщо вони ефективніші за відповідні заходи на місцевому рівні (за винятком реалізації функцій, що відносяться до сфери виняткової компетенції держави). Іншими словами, якщо головним критерієм раціональної децентралізації є досягнення найвищої якості обслуговування громадян, то головним принципом має бути субсидіарність, що визначатиме найнижчу оптимальну межу втручання уряду в місцеві справи.

Виникнення цього принципу пов'язане із формуванням поняття публічної адміністрації – єдиної системи публічного урядування, за якої місцеві органи влади, місцеві інтереси, місцеве самоврядування загалом не протиставляються державним, а навпаки, є інтегрованими в єдиний управлінський механізм, діяльність якого спрямована на комплексне вирішення завдань, що постали перед суспільством у цілому [81].

Принцип субсидіарності означає також і зобов'язання влади діяти по відношенню до громади таким чином, щоб надати їй можливість вирішувати місцеві питання самостійно. З цього приводу однією з ключових проблем децентралізації є проблема міжбюджетних відносин. Стратегія вирішення цього питання також раціонально реалізується на підставі зазначеного принципу субсидіарності, хоча при цьому у багатьох країнах спостерігається тенденція концентрації значної частки коштів на центральному рівні. Це часто пов'язано з необхідністю збереження важелів державної влади для реалізації державних пріоритетів на місцевому рівні та з наявністю певного

ризика децентралізації. До того ж, як вказують Н.Македонська та Л.Клівіденко [82], міжбюджетне фінансування має також низку загроз:

- бюджетна децентралізація передбачає більш широкий спектр повноважень місцевим органам влади, ніж може існувати у центральних органів влади;
- неузгодженість між зобов'язаннями за видатками та їх джерелами і обсягами фінансування;
- місцеві органи влади можуть не мати достатніх важелів і стимулів до збільшення надходжень до бюджетів, а також можуть не мати права самостійно, прозоро, у повному обсязі здійснювати управління власними ресурсами;
- якщо протягом тривалого часу система міжбюджетного фінансування розвивалася непередбачувано, вона не мала науково-методичних підходів до їх розрахунків, то це мало попередній негативний вплив на управління бюджетами в напрямі планування та прогнозування;
- недосконала інституційна та правова база міжбюджетного фінансування не дає поштовху до розвитку інфраструктури регіонів і не сприяє забезпеченню виробництва суспільних благ.

Перспективив використання, переваги та недоліки вищевказаних типів і форм децентралізації будуть проаналізовані в наступних розділах з урахуванням конкретних потреб поглиблення державно-приватного партнерства у реалізації соціально-економічного розвитку територіальних громад.

## **1.2. Інституційне середовище реалізації проектів державно-приватного партнерства**

Досягнення стратегічних цілей розвитку країни в цілому та її окремих регіонів передбачає пошук нових інструментів, найбільш ефективним з яких може бути державно-приватне партнерство (ДПП). Необхідною передумовою успішної реалізації будь-якого виду державно-приватного партнерства у будь-якій сфері є розбудова відповідного

інституційного та нормативно-правового середовища на міжнародному та національному рівні.

У національній системі законодавства специфічні проблеми державно-приватного партнерства регулюються Конституцією України, цілою низкою законів, постанов і розпоряджень Кабінету Міністрів України, положення та накази відповідних міністерств - див. їх перелік у Додатку А.

Основним законодавчим актом є прийнятий у 2010 році Закон України « **Про державно-приватне партнерство** » . Стаття 1 Закону України « Про державно-приватне партнерство » містить визначення та ознаки, які характеризують взаємовідносини державно-приватного партнерства, а саме:

» Державно-приватне партнерство – державно-приватне партнерство - 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 » [4].

Як зафіксовано в українському правовому полі, до основних принципів реалізації державно-приватного партнерства належать: рівність перед законом державних та приватних партнерів; заборона будь-якої дискримінації прав державних чи приватних партнерів; узгодження інтересів державних та приватних партнерів з метою отримання взаємної вигоди; забезпечення вищої ефективності діяльності, ніж у разі здійснення такої діяльності державним партнером без залучення приватного партнера; незмінність протягом усього строку дії договору, укладеного в рамках державно-приватного партнерства, цільового призначення та форми

власності об'єктів, що перебувають у державній або комунальній власності чи належать Автономній Республіці Крим, переданих приватному партнеру; визнання державними та приватними партнерами прав і обов'язків, передбачених законодавством України та визначених умовами договору, укладеного у рамках державно-приватного партнерства; справедливий розподіл між державним та приватним партнерами ризиків, пов'язаних з виконанням договорів, укладених у рамках державно-приватного партнерства; визначення приватного партнера на конкурсних засадах, крім випадків, встановлених законом.

Сферами застосування державно-приватне партнерство в Україні є енергетика, водопостачання, поводження з відходами, інфраструктура, машинобудування, аграрна промисловість, охорона здоров'я, спорт, туризм, рекреація, наука, освіта, виховання, надання соціальних послуг тощо.

До головних цілей державно-приватного партнерства, як вказують Ю.Гусев і Т.Бойчук, відноситься подолання інфраструктурного дефіциту, розвиток публічних послуг, розвантаження бюджетів всіх рівнів (від державного до місцевих), поліпшення якості послуг; зниження вартості послуг та скорочення відповідальності і ризиків держави у сфері надання послуг [50].

Партнерство державного і приватного секторів набуває різноманітних форм відповідно до ступеню залучення приватного та державного секторів та відповідно до рівня ризику, який приймають на себе сторони.

Вибір оптимальної для кожного конкретного випадку форми ДПП, за наявності їх великого розмаїття в усьому світі, вимагають їх класифікації. Світовий досвід пропонує різні підходи до класифікації ДПП - в залежності від обраного критерія. Так, зокрема, державно-приватне партнерство може бути класифікованим:

- 1) залежно від сфери діяльності, в якій реалізується ДПП (транспорт; житлово комунальне господарство; охорона здоров'я; туризм тощо);
- 2) за складом учасників ДПП:



- двостороннє ДПП (один державний та один приватний партнер);
- багатостороннє ДПП (на боці державного партнера – два і більше носіїв публічних інтересів: держава, орган/органи місцевого самоврядування та/або на боці приватного партнера – один або декілька суб'єктів підприємництва). Окремими підгрупами в цій групі можна виділити ДПП у наданні соціальних послуг за участі державного і приватного партнерів, а також учасників соціального діалогу;
- міжнародне ДПП (співпраця держави з іноземним приватним капіталом)
  - 3) за рівнем ДПП: загальнодержавний (за участі держави); локальний (за участі органу місцевого самоврядування); змішаний, або державно локальний (на боці державного партнера – держава та орган місцевого самоврядування); міжнародний (за участі з боку партнерів вітчизняних та іноземних учасників).
  - 4) за спрямуванням проектів ДПП і, відповідно, обов'язками приватного партнера, а також його правами щодо об'єкта ДПП. У світі відомі наступні моделі контрактів державно-приватного партнерства, що диференціюються в залежності від об'єкту співпраці, розподілу ризиків, рівня інвестицій та бажаного результату (див. таблицю 1.2).

Таблиця 1.2

### Основні моделі контрактів державно-приватного партнерства

<b>Модель</b>	<b>Приватний партнер</b>	<b>Держава</b>
BOT (Build, Operate, Transfer) - Будівництво - Управління – Передача	Будує/створює об'єкт, експлуатує його на основі права користування протягом строку дії договору, після чого об'єкт передається державі. Бере на себе всі ризики.	Завжди зберігає за собою право власності, отримує право користування через обумовлений термін
BOOT (Build, Own, Operate, Transfer) - Будівництво - Володіння -	Будує/створює об'єкт, здійснює його експлуатацію на основі права власності. Після спливу строку дії договору право власності на об'єкт	Отримує у власність об'єкт після обумовленого угодою строку. Прийнятний у разі браку у держави інвестицій

Управління – Передача	переходить державі.	
ВТО (Build, Transfer, Operate) - Будівництво - Передача – Управління	Будує/створює об'єкт і передає його у власність державі одразу по завершенню будівництва. Після цього держава передає об'єкт приватному партнеру для здійснення його експлуатації та обслуговування (з правом користування).	Отримує у власність об'єкт відразу після його будівництва. Передає право використання приватному партнеру
ВОО (Build, Own, Operate) - Будівництво - Володіння - Управління	Здійснює будівництво та обслуговування об'єкта. Об'єкт назавжди залишається у власності приватного партнера, який зберігає право експлуатації.	Надає пільги (зазвичай податкові)
ВВО (Buy, Build, Operate) - » Придбання – Будівництво - Експлуатація »	Будує об'єкт і здійснює його подальшу експлуатацію, володіючи ним на правах власності, термін дії якого не обмежується	Надає пільги (зазвичай податкові)
ВВО (Buy, Build, Operate) – Придбання – Будівництво - Експлуатація	Придбання об'єкта державної або комунальної власності на умовах контракту, згідно з яким такий об'єкт повинен бути модернізований та експлуатуватись упродовж встановленого терміну	Надає пільги (зазвичай податкові)
ВОМТ (Build, Operate, Maintain, Transfer) - Будівництво - Управління - Експлуатація – Передача	Приватний партнер створює об'єкт і здійснює його експлуатацію. Особливий акцент в цій моделі робиться на відповідальності приватного партнера за утримання, підтримку життєздатності і поточний ремонт збудованого об'єкта.	Право власності закріплюється, при цьому, за державою.
ВОЛВ (Buy, Own, Lease-Back) - Придбання- Володіння- Зворотній лізинг	Будує об'єкт і отримує його у власність; після завершення будівництва передає його в управління органам влади за лізинговою угодою	Позбавляється всіх ризиків і отримує готовий об'єкт у лізинг
<b>ДВ (Design, Build) -</b> Проектування - Будівництво	Проектує і будує об'єкт (виступає в ролі єдиного підрядника	Отримує готовий об'єкт не беручи на себе ризиків
ДВВ (Design, Bid, Build) – Розробка – Тендер - Будівництво	Поділяє функції розробки та створення медичної установи з іншою приватною компанією, що здійснює функції підрядника	Отримує готовий об'єкт не беручи на себе ризиків

<p>DBOOT (Design, Build, Own, Operate, Transfer) - Проектування - Будівництво - Володіння - Управління – Передача</p>	<p>Окрім будівництва та обслуговування об'єкта, до обов'язків приватного партнера входить і проектування об'єкта. Передає об'єкт у власність держави після закінчення строку дії договору.</p>	<p>Отримує у власність об'єкт після обумовленого угодою строку</p>
<p>DBF (Design, Build, Finance) - (Проектування - Будівництво - Фінансування)</p>	<p>Проектує та будує об'єкт за власні кошти і на власний ризик</p>	<p>Держава компенсує приватному партнеру відповідні витрати у встановленому законом та договором порядку.</p>
<p>DBFO (Design, Build, Finance, Operate) - (Проектування - Будівництво - Фінансування - Управління)</p>	<p>Фінансує будівництво об'єкта та його обслуговування. Вся відповідальність передається приватному партнеру. Після завершення строку угоди передає об'єкт у лізинг державі</p>	<p>Держава після закінчення обумовленого строку отримує об'єкт у лізинг.</p>
<p>DBFM (Design, Build, Finance, Maintain) – Розробка – Будівництво - Фінансування - Утримання</p>	<p>Фінансує будівництво об'єкта та його обслуговування. Вся відповідальність передається приватному партнеру. здійснює управління об'єктом, надаючи також і неклінічні послуги (логістика, безпека тощо)</p>	<p>Надає пільги (зазвичай податкові)</p>
<p><b>O &amp; M (Operation, Maintenance)</b> Обслуговування - Експлуатація</p>	<p>Отримує готовий об'єкт з правом його експлуатації за умови виконання обумовлених угодою обов'язків. Отримує фіксовану або за результатами діяльності плату.</p>	<p>Оплачує виконану роботу не беручи на себе ризиків</p>
<p>ROT (Rehabilitate, Operate, Transfer) – Відновлення - Експлуатація - Передача</p>	<p>Отримує державне майно в оренду з умовою його реконструкції та подальшої експлуатації й обслуговування на строк дії угоди</p>	<p>Після закінчення строку дії угоди отримує реконструований об'єкт у свою власність</p>
<p>PFI (Private Finance Initiative) - Приватна фінансова ініціатива</p>	<p>Надає послуги населенню за зафіксованими державою ставками. Доходи залежать від попиту і не є фіксованими</p>	<p>Сплачує за надані послуги за фіксованими ставками.</p>

JV (Joint ventures) Спільні підприємства	Розподіляють між собою витрати, доходи та ризики такої державно приватної (акціонерної) компанії в обумовленому угодою порядку. Ступінь свободи приватного сектору в прийнятті адміністративно господарських рішень визначається його часткою в акціонерному капіталі.
---	--

Джерело: Складено автором на основі: Type of Public-Private Partnership Contracts [143].

Ще одна форма співпраці держави з приватними партнерами – Постачання товарів та/або послуг за короткостроковими контрактами (Short term contracts), коли держава отримує і оплачує роботи / товари / послуги, не відноситься до ДПП, оскільки такі контракти за означенням є короткостроковими.

Зазвичай, концесійні схеми BOT використовуються при будівництві інфраструктурних стратегічних об'єктів, які вимагають значних інвестицій, але повинні залишатись у державній власності. Найбільш вигідною для держави є модель ВТО, оскільки нею передбачається високий ступінь державного контролю над об'єктом концесії і у випадку необхідності держава в будь-який час може вплинути на діяльність концесіонера.

На практиці вказані моделі схеми не є чітко вираженими та дуже часто переплітаються між собою, створюючи нові види договорів та форм.

В Україні у рамках здійснення державно-приватного партнерства можуть укладатися **договори у формах:**

- Концесійного договору (у відповідності до Закону України «Про концесію» № 157-ІХ від 3 жовтня 2019 року). За цією угодою уповноважений орган виконавчої влади чи орган місцевого самоврядування (концесіодавець) може надавати на платній та строковій основі суб'єкту підприємницької діяльності (концесіонеру) право створювати (будувати) об'єкт концесії чи суттєво його поліпшити та /або здійснювати його управління (експлуатацію) з метою задоволення громадських потреб;

- Договора управління майном (у відповідності до Закону України « Про державно-приватне партнерство » № 2404-УІ від 1 липня 2010 року) - виключно за умови передбачення у договорі, укладеному в рамках ДПП, інвестиційних зобов'язань приватного партнера);

- Договора про спільну діяльність (у відповідності до Закону України « Про державно-приватне партнерство » № 2404-УІ від 1 липня 2010 року)

З моменту прийняття Закону України « Про державно-приватне партнерство » форми державної підтримки були суттєво розширені. Наразі державна підтримка здійснення державно-приватного партнерства може надаватися:

- шляхом фінансування за рахунок коштів державного чи місцевих бюджетів та інших джерел згідно із загальнодержавними та місцевими програмами;

- шляхом виплати приватному партнеру платежів, передбачених договором, укладеним у рамках державно-приватного партнерства, зокрема плати за експлуатаційну готовність;

- шляхом придбання державним партнером певного обсягу товарів (робіт, послуг), що виробляються (виконуються, надаються) приватним партнером за договором, укладеним у рамках державно-приватного партнерства;

- шляхом постачання приватному партнеру товарів (робіт, послуг), необхідних для здійснення державно-приватного партнерства;

- шляхом будівництва (нового будівництва, реконструкції, реставрації, капітального ремонту, технічного переоснащення) державними, комунальними підприємствами, установами, організаціями та/або господарськими товариствами, 100 відсотків акцій (часток) яких належить державі, Автономній Республіці Крим чи територіальній громаді, об'єктів суміжної інфраструктури (залізничних, автомобільних шляхів, ліній зв'язку, засобів тепло-, газо-, водо- та електропостачання, інженерних комунікацій тощо), що не є об'єктами державно-приватного партнерства, але необхідні

для виконання договору, укладеного в рамках державно-приватного партнерства;

- шляхом надання державних гарантій та місцевих гарантій;

Гарантії діяльності приватних партнерів при виконанні договорів у рамках державно-приватного партнерства полягають у наступному [4].:

- недопустимість втручання державних органів та органів місцевого самоврядування, їх посадових осіб у діяльність приватних партнерів, пов'язану із здійсненням державно-приватного партнерства, крім випадків, встановлених законом;

- у разі державного регулювання цін (тарифів) на товари (роботи, послуги) приватного партнера, вони мають включати кошти для компенсації вартості внесених приватним партнером інвестицій (інвестиційну складову), якщо інший порядок компенсації не передбачено договором;

- право приватного партнера призупинити виконання інвестиційних зобов'язань або відмовитися від договору, у разі якщо ціни (тарифи) на товари (роботи, послуги) приватного партнера, що підлягають державному регулюванню, не є економічно обґрунтованими і відсутня належна компенсація;

- застосування саме законодавства, чинного на день укладення договору в рамках державно-приватного партнерства, крім змін до законодавства, що регулює правовідносини, в яких не діють принципи рівності сторін (державного та приватного партнерів); та

- відшкодування приватному партнеру збитків внаслідок неправомірних рішень, дій чи бездіяльності державних органів чи органів місцевого самоврядування; а у разі розірвання договору через порушення державним партнером своїх зобов'язань — також відшкодування некомпенсованої частини інвестицій (« stability clause »).

Підсумовуючи короткий аналіз форм ДПП можна зробити висновок про те, що їм притаманні наступні характеристики:

- відносини, засновані на загальних очікуваннях (прагненнях, цілях);

- у ці відносини може залучатися безліч партнерів;
  - поділ ризиків, доходів і ресурсів між сторонами;
  - середньо-або довгострокові відносини;
  - метою є досягнення матеріальних результатів і надання послуг в публічних інтересах на постійно вдосконалюваній основі;
  - взаємовигідні відносини. **Суспільство** в цілому виграє в результаті:
  - підвищення якості надаваних населенню послуг, віднесених до компетенції держави;
  - втілення в життя великих інфраструктурних проектів, які не змогли б бути реалізовані в найближчому майбутньому з тих чи інших причин;
  - допомога у найбільш вигідній реалізації і розвитку об'єктів державного майна;
  - зменшення податкового тягаря, надання пільг та преференцій для бізнесу;
  - збереження державного контролю над активами, сприяння появі можливості успішно використовувати досвід, навички та професіоналізм приватного бізнесу;
  - створення сприятливого середовища для появи різного роду форм новаторства та інновацій;
  - активізація бізнес-процесів у суспільстві, стимулювання підприємницького мислення в галузі пошуку нових і перспективних методів взаємодії;
  - сприяння впровадженню передових принципів управління в органах державної і муніципальної влади;
  - сприяння розвитку діалогу між владою і бізнесом у всіляких сферах
- Переваги для держави** полягають у наступному:
- активізації інвестиційної діяльності
  - ефективному управлінню майном
  - збереженні та створенні робочих місць
  - скороченні витрат на надання послуг

- економії фінансових ресурсів
- використанні досвіду приватних компаній
- підвищенні ефективності інфраструктури

**Переваги для приватного партнера** полягають у наступному:

- доступу до нових сфер бізнесу (сегментів ринку)
- спрощенні роботи з дозвільними структурами
- додаткових гарантіях повернення інвестицій
- можливості участі в державних та міжнародних програмах

фінансування

- отриманні кредитів під держані гарантії

### **1.3. Спроможність територіальних громад забезпечувати розвиток регіону в умовах децентралізації та фінансової свободи**

В Україні починаючи з 2014 р. відбувається реформа адміністративно-територіального устрою, яка спрямована на створення сучасної системи місцевого самоврядування в країні. У 2015 році у рамках реформування був прийнятий Закон України « Про добровільне об'єднання територіальних громад » (№157-УІІ) та внесені зміни до Бюджетного і Податкового кодексів в питаннях стосовно фінансової децентралізації. Ці заходи стали наріжним каменем для формування дієвого і спроможного інституту місцевого самоврядування на базовому рівні (Об'єднаних територіальних громад - ОТГ), що має відповідати положенням Європейської хартії місцевого самоврядування, яку Україна ратифікувала ще 15 липня 1997 року (аґауаґн).

В ході реалізації першого етапу децентралізації в Україні впродовж 2014-2019 років в Україні було добровільно створено 982 об'єднані територіальні громади. До їх складу увійшли близько 4500 колишніх місцевих рад, які наразі об'єднують 11 млн людей. Такі темпи міжмуніципальної консолідації міжнародні експерти називають дуже



високими [105].

Як вказується у Державній стратегії регіонального розвитку на 2021—2027 роки, впродовж першого етапу децентралізації в Україні вже було створено юридичну основу та запроваджено нові підходи для стратегічного планування та фінансування регіонального розвитку.

Так, зокрема, Стаття 142 Конституції України містить положення про те, що « матеріальною і фінансовою основою місцевого самоврядування є рухоме і нерухоме майно, доходи місцевих бюджетів, інші кошти, земля, природні ресурси, що є у власності територіальних громад сіл, селищ, міст, районів у містах, а також об'єкти їхньої спільної власності, що перебувають в управлінні районних і обласних рад» [1]. У розвиток положень основного закону України Стаття 9 Закону України « Про добровільне об'єднання територіальних громад» зобов'язує державу здійснювати інформаційно-просвітницьку, організаційну, методичну та фінансову підтримку добровільного об'єднання територіальних громад та приєднання до об'єднаних територіальних громад [14], а Стаття 10 конкретизує форми та порядок фінансової підтримки державою добровільного об'єднання територіальних громад шляхом надання коштів у вигляді субвенцій на формування відповідної інфраструктури згідно з планом соціально-економічного розвитку такої територіальної громади.

На сучасному етапі можна констатувати, що бюджетна децентралізація вже спричинила суттєвий перерозподіл бюджетних ресурсів на користь місцевого самоврядування [15]. Але при цьому ще не відбулося реальної конвертації нових можливостей для розвитку територіальних громад та регіонів у кращу якість життя людини незалежно від місця її проживання.

Однією з причин недостатньо високих темпів реалізації програми децентралізації стала майже сторічна політика тотальної централізації влади в Україні, наслідками якої стали:

- істотна залежність територій від центру;
- низький рівень інвестиційної привабливості територій;

- інфраструктурно, фінансово та кадрово слабкі громади;
- деградація сільської місцевості;
- складна демографічна ситуація;
- низька якість надання публічних послуг;
- низький рівень довіри до влади;
- високий рівень корупції
- низька ефективність управлінських рішень [60].

Загально визнано, що проблема ефективного виконання територіальною громадою своїх повноважень тісно пов'язана з наповненням свого бюджету. Успішний розвиток будь-якої громади з можливостями самозабезпечення та саморозвитку передбачає наявність у громади можливості вирішувати питання місцевого значення за рахунок власних фінансових ресурсів. Згідно з вітчизняним законодавством об'єднані територіальні громади (ОТГ) наділені такими повноваженнями, як планування розвитку громади та формування бюджету, вирішення питань економічного розвитку, залучення інвестицій, розвиток підприємництва, управління земельними ресурсами тощо. Рада об'єднаної територіальної громади затверджує бюджет громади, встановлює місцеві податки і збори та визначає, яким буде соціально-економічний і культурний розвиток регіону. Виконавчий комітет, призначений Радою, забезпечує виконання бюджету ОТГ.

Фінансові ресурси ОТГ складаються із власних доходів і коштів, переданих з державного бюджету. За законом у місцевому бюджеті має залишатись 100% єдиного податку, податку на прибуток підприємств та установ комунальної власності та податку на нерухомість. Також в громадах має залишатись 60% податку на прибуток фізичних осіб, 25% екологічного податку, 5% акцизного податку. Крім цього, всі кошти, отримані за надання адміністративних послуг, також будуть йти до місцевого бюджету.

Власні доходи ОТГ 2018 року зросли на 62.1% (до 20.9 млрд грн) порівняно з 2017 роком (для зіставності показників порівняння здійснено лише щодо 665 ОТГ, які функціонували в 2017–2018 роках, виходячи з

наявних даних, без ОТГ, які почали функціонувати 2018 року). Власні доходи включали: відрахування від загальнодержавних податків і зборів (податку з доходів фізичних осіб (надходження від якого – 11,9 млрд. Рівень забезпечення - майже 57% усіх власних доходів ОТГ), акцизів (1, 5 млрд.), рентних платежів та ін.), надходження від місцевих податків і зборів (єдиного податку, податку на майно, плати за землю, туристичного збору тощо) та інші надходження (штрафи, кошти від відчуження комунального майна, гранти і т.ін.) – див. Рис.1.3.1.

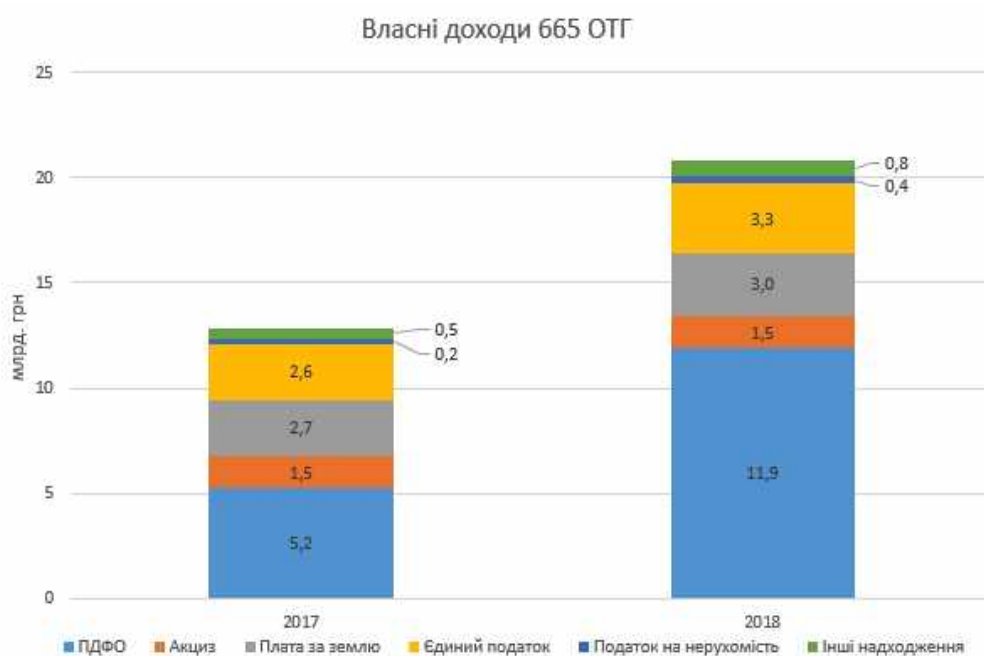


Рис. 1.1. Власні доходи ОТГ

Джерело: Децентралізація: коротко про головне [57].

У 2019 році власні доходи ОТГ вже становили 234 млрд.гривень [105].

Джерела податкових надходжень до бюджетів 665 ОТГ представлені у табл.1.3.

Таблиця 1.3

Обсяг податкових надходжень до бюджетів 665 ОТГ (тисяч грн.)

Платежі до бюджету	Надходження		Відхилення +/-	Темпи приросту, %
	2017 р.	2018 р.		
Всього, із них:	12 873,1	20 865,3	7 992,2	162,1

Податок на доходи фізичних осіб	5 223,3	11 880,3	6 656,0	227,4
Акцизний податок	1 522,8	1 538,7	15,9	101,4
Місцеві податки і збори, із них:	5 614,4	6 656,0	1 087,1	118,6
Плата за землю	2 698,1	2 997,4	299,3	111,1
Єдиний податок	2 646,2	3299,1	652,9	124,7
Податок на нерухоме майно, відмінне від земельної ділянки	245,9	373,6	127,8	151,9

Джерело: розраховано на основі даних сайту Децентралізація в Україні:  
<https://decentralization.gov.ua>

Другу частину доходів ОТГ становлять кошти, які безповоротно і безоплатно передають об'єднаним територіальним громадам з державного бюджету у вигляді дотацій і субвенцій. Ці кошти йдуть на розвиток ОТГ і фінансування освіти, медицини, соціального захисту. Частка переданих з держбюджету коштів здебільшого коливається в межах 65–75% загальних доходів ОТГ.

Державна підтримка, як необхідний компонент регіонального розвитку та розвитку системи місцевого самоврядування, за період першого етапу здійснення реформи зросла у 41,5 разів: з 0,5 млрд гривень у 2014 до 20,75 млрд грн у 2019 році. За рахунок цієї підтримки в регіонах та громадах реалізовано у 2015-2019 роках більше 12 тисяч проектів [105].

Найвагомішими/ « найдорожчими » субвенціями, які виділяють з державного бюджету на розвиток ОТГ, у 2014-2018 роках були: субвенція на будівництво, реконструкції, ремонт і утримання автомобільних доріг загального користування місцевого значення; субвенція на здійснення заходів щодо соціально-економічного розвитку окремих територій; субвенція на формування інфраструктури ОТГ; субвенція на реалізацію заходів, спрямованих на розвиток системи охорони здоров'я у сільській місцевості, та деякі інші. Крім того, з держбюджету передавались місцевим бюджетам освітню та медичну субвенції, субвенцію на виплату допомоги

малозабезпеченим сім'ям, субвенцію на надання пільг і житлових субсидій населенню на оплату природного газу і т.ін.

У 2019 році, наприклад, із загальної суми 84,1 млрд.гривень, виділених державою на підтримку розвитку територій, на розвиток дорожньої інфраструктури було надано 39,4 млрд.грн., на регіональний розвиток – 19,2, а на розвиток у сфері охорони здоров'я – 7,6 млрд. грн.

Кошторисом на 2020 рік передбачено надання субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення заходів щодо соціально-економічного розвитку окремих територій 1 682 023 813 гривень [123].

Основна відмінність дотацій від субвенцій – відсутність обмежень щодо напрямів їх використання, тимчасом як субвенції мають чітко визначені напрями використання. Дотації отримують з держбюджету (базова, стабілізаційна) або передають до держбюджету (реверсна), виходячи з того, наскільки бюджет конкретної ОТГ податкоспроможний порівняно з аналогічним середнім показником за всіма місцевими бюджетами країни. Дотації здебільшого скеровують для фінансування поточних потреб місцевої громади.

За даними аналізу фінансових показників діяльності ОТГ за 9 місяців 2018 року, із 665 ОТГ три з чотирьох ОТГ були дотаційними (тобто отримували базову дотацію з держбюджету), 16% усіх ОТГ – «заможними» (тобто перераховували частину коштів у вигляді реверсної дотації до держбюджету), а в 9% усіх ОТГ податкоспроможність бюджетів коливалася в межах середньоукраїнського показника (вони не отримували базової дотації з держбюджету і не перераховували реверсної дотації до держбюджету) – див. Рис. 1.2.

Структура ОТГ за дотаційністю, %

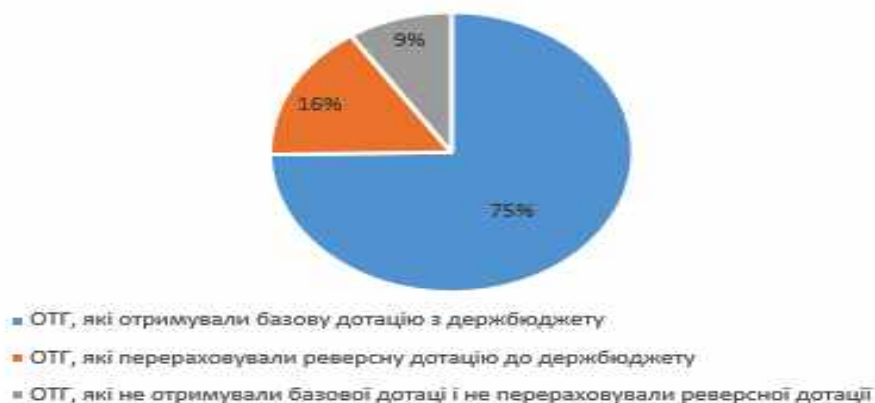


Рис. 1.2. Структура ОТГ за дотаційністю у 2018 році.

Джерело: Децентралізація: коротко про головне [57].

В середньому за період 2015-2018 років бюджети ОТГ зросли у 5-7 разів, а всього за рахунок державної субвенції у вітчизняних ОТГ було реалізовано 6298 проектів розвитку інфраструктури [105]; в числі інших об'єктів було побудовано 517 амбулаторій у сільській місцевості, для яких було закуплено 513 автомобілів [60].

У 2020 році розпочався другий етап реформи децентралізації. 12 червня 2020 року Уряд затвердив **новий адміністративно-територіальний устрій базового рівня**, схваливши пакет нормативно-правових актів, необхідних для реалізації завдань реформи місцевого самоврядування та територіальної організації влади. Їх суть – закріплення в правовому полі (у сукупності з іншими законами, які будуть прийняті найближчим часом в рамках реформи) **територіальної основи**, яка дає змогу забезпечити в Україні повсюдність юрисдикції органів місцевого самоврядування в межах території кожної з утворених спроможних територіальних громад. Відповідно до розпоряджень Кабінету Міністрів, після місцевих виборів в Україні буде **1469 територіальних громад**, які покриватимуть усю територію країни. Як заявив заступник Міністра розвитку громад та територій В'ячеслав Негода, ці акти забезпечать органи місцевого самоврядування можливість здійснювати комплексне просторове планування своєї території, яка б мала бути баченням

коротко-, середньо- та довгострокової перспективи розвитку території громади.

Станом на вересень 2020 року результати фінансової децентралізації можна представити у вигляді таблиці (див. табл.1.4)

Таблиця 1.4

Результати фінансової децентралізації

Рік	Частка місцевих бюджетів (без трансфертів ) у зведеному бюджеті України	Частка власних доходів ОТГ у доходах місцевих бюджетів (загальний фонд)
2014	22,2%	-
2015	18,5%	-
2016	21,8%	2,2%
2017	22,6%	4,8%
2018	22,2%	8,9%
2019	23,3%	14,3%
2020 (I-VII)	23,6%	18,3%

Джерело: Моніторинг процесу децентралізації влади та реформування місцевого самоврядування, вересень 2020 [87].

В грошовому виразі власні доходи загального фонду місцевих бюджетів, що становили у 2014 році 68,6 млрд.грн., у 2015 році зросли на 42% до 98,2 млрд.грн.; у 2016 році вони зросли ще на 49% до 146,6 млрд.грн.; у 2017 році вони зросли ще на 31% до 192,7 млрд.грн.; у 2018 році вони зросли на ще 21,5% до 234,1 млрд.грн.; у 2019 році вони зросли ще на 17,5% до 275,2 млрд.грн.; за планом у 2020 році вони мають зрости на 6,1% до 291,9 млрд.грн. [87]. Таким чином, впродовж першого етапу реформи децентралізації власні доходи загального фонду місцевих бюджетів зросли більш ніж в чотири рази.

Зростання доходів загального фонду місцевих бюджетів на 1 мешканця за січень-липень 2016-2020 років (в процентах та гривнях) можна відобразити у вигляді таблиці.

## Зростання доходів загального фонду місцевих бюджетів на 1 мешканця

Рік	Власні доходи на 1 мешканця, гривень	Зростання за рік, %	ПДФО на 1 мешканця, гривень	Зростання за рік, %	Місцеві податки і збори на 1 мешканця, гривень	Зростання за рік, %
2016	2020		1093		585	
2017	2661	31,7	1532	40,2	742	27
2018	3277	23,1	1934	26,2	868	16,9
2019	4122	25,8	2482	28,3	1126	29,8
2020	4209	2,1	2583	4,1	1125	-0,1

Джерело: Моніторинг процесу децентралізації влади та реформування місцевого самоврядування, вересень 2020 [87].

Усього за весь період реформування місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я було реалізовано 795 проектів, в тому числі 153 проекта з реконструкції та капітального ремонту, на що було витрачено 4,55 млрд.гривень.

Незважаючи на вражаючі темпи зростання фінансування, просування реформи децентралізації та розвитку ОТГ все ще гальмується цілою низкою проблем. Експерти пропонують умовно розділяти ці проблеми на законодавчі та внутрішні. Вирішення законодавчих проблем потребує врегулювання (через прийняття відповідних законів) питань, які стосуються: адміністративно-територіального устрою (зокрема порядку утворення та ліквідації адміністративно-територіальних одиниць, встановлення і зміни їх меж тощо); служби в органах місцевого самоврядування (йдеться про надання ОМС більшої автономії у визначенні умов оплати праці для залучення до ОМС професійних кадрів); містобудівної діяльності; добровільного об'єднання територіальних громад (зокрема вдосконалення процедури затвердження перспективних планів формування територіальних



громад і надання права затверджувати їх виключно КМУ, а не облрадам, на рівні яких лобіюють свої інтереси місцеві олігархи, створюючи ОТГ « під себе » ) [57].

Серед перешкод розвитку ОТГ внутрішнього характеру домінують: нестача фінансових ресурсів, брак кваліфікованих кадрів, міграція мешканців ОТГ за її межі, неофіційна зайнятість, низька активність жителів у вирішенні питань функціонування громади та ін. Особливо виділяють недореформований сектор охорони здоров'я.

### **Висновки до розділу 1**

Дослідження теоретичних засад державно-приватного партнерства у реалізації економічного та соціально-культурного розвитку територіальних громад в Україні дозволило встановити, що:

- Невідкладна необхідність децентралізації в Україні, як країні з транзитною економікою, визначається політичним та економічним імперативом, а також необхідністю підвищення ефективності надання послуг;

- Децентралізація розрізняється за типами (політичний, адміністративний, фінансовий та економічний) та за формами (деконцентрацію, делегування, деволюцію, дивестування, приватизація та дерегуляція)

Аналіз базових підходів до децентралізації дозволив сформулювати наступні твердження:

- держава може здійснювати децентралізацію влади в інтересах населення, передаючи частину повноважень органів виконавчої влади органам місцевого самоврядування;

- децентралізація повноважень має відбуватись із урахуванням принципу субсидіарності;

- передача повноважень органам місцевого самоврядування має

супроводжуватись передачею необхідних ресурсів і наданням права самостійного прийняття рішень щодо переданих повноважень з урахуванням місцевих особливостей.

Одним з найбільш ефективних інструментів реалізації програм розвитку країни в цілому та її окремих регіоні є державно-приватне партнерство (ДПП). Воно забезпечує можливості ведення конструктивного діалогу між владою та бізнесом на основі розподілу ризиків при реалізації проектів та створення позитивного іміджу у суспільстві. Як свідчить зарубіжний досвід, державно-приватне партнерство може реалізовуватись у формі різних моделей, які відрізняються за спрямуванням проектів ДПП, обов'язками та ризиками приватного партнера, а також його правами щодо об'єкта ДПП. Знання специфіки кожної моделі необхідне для вибору оптимальної форми ДПП для досягнення бажаного результату у кожному конкретному випадку.

Як відомо з практики, реалізація будь якої форми ДПП у будь-якій територіальній громаді вимагає передачі на місцевий рівень повноважень і відповідальності у фінансовій та бюджетній сферах. Вказані аспекти являються найважливішим, оскільки саме вони визначають успішність функціонування як об'єднаних територіальних громад, так і держави в цілому. Статистичні дані свідчать про швидке зростання субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення заходів щодо соціально-економічного розвитку окремих територій та доходів загального фонду місцевих бюджетів в цілому. Але при цьому відомі непоодинокі випадки, коли на утримання місцевих органів управління витрачалось більше 80% обсягу власних доходів шромади, а місцеві олігархи створювали ОТГ « під себе » .

## **РОЗДІЛ 2**

### **РЕАЛІЗАЦІЯ ПРОЕКТІВ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА В ПРОЦЕСІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНИМ ОБСЛУГОВУВАННЯМ НАСЕЛЕННЯ ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАД**

#### **2.1. Проблеми забезпечення населення територіальних громад медичними послугами**

На сучасному етапі населення територіальних громад потерпає одразу від двох негараздів: нестачі повноважень та власних ресурсів у місцевих громадах та стану медицини в цілому по Україні. Почнемо наше дослідження з аналізу проблем охорони здоров'я в цілому в Україні.

Як вказують експерти [69, 75], на сучасному етапі найбільш гострими проблемами системи національної охорони здоров'я, котрі вимагають негайного розв'язання, є:

- недоліки механізмів державного фінансування медичної сфери; організаційні прорахунки;
- пасивна кадрова політика в галузі;
- зниження якості медичних послуг;
- недосконалість законодавства, що регламентує діяльність системи охорони здоров'я тощо.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає фінансування охорони здоров'я як функцію системи охорони здоров'я, пов'язану з мобілізацією, накопиченням і розподілом коштів на задоволення потреби людей (індивідуальні і колективні) в якісних медичних послугах. Мета фінансування охорони здоров'я полягає в тому, щоб надати у розпорядження фінансові ресурси і встановити відповідні фінансові стимули для постачальників послуг, які можуть забезпечити гарантії щодо рівного доступу до медичних послуг.

За розрахунками Центрального розвідувального управління США (Central Intelligence Agency) у 2017 р. витрати на охорону здоров'я в Україні

були на рівні 7% від ВВП, що є середнім показником для країн європейського регіону [142]. Але якщо ми порівняємо дані по витратам на охорону здоров'я в розрахунку на душу населення, то витрати українців - 177,41 доларів - поступаються не тільки витратам американців (10 246,14 доларів), швейцарців (9 956,26) та французів (4 379,43), а й навіть середнім показникам - 1061,147 доларів [140].

Зведений бюджет на охорону здоров'я на 2020 рік був запланований на рівні 131,8 млрд грн. Хоча це й на 4,3 млрд грн більше, ніж у 2019 році, але у співвідношенні до ВВП показник фінансування галузі зменшено до 2,9% проти 3,2% у минулому році (за потреби у 228 млрд грн — 5% від ВВП).

Недоліком української медичної галузі є не тільки недостатнє ресурсне забезпечення, але й вкрай низький рівень ефективності використання цих ресурсів. Фінансові ресурси, що виділяються з державного бюджету, спрямовуються головним чином на утримання персоналу й оплату комунальних послуг, і дуже мала частка залишається для лікарських засобів, устаткування та модернізації інфраструктури. Із поточних суспільних витрат на лікарні (лікарні загального профілю та спеціалізовані) 63,6% витрачається на оплату праці, 10,2% – на комунальні платежі, 21,0% – на прямі витрати на виробництво послуг та 5,2% на інші витрати. Тобто, переважна частина громадських коштів використовується на фінансування людського капіталу та інфраструктурні / комунальні платежі, які в більшості визначені характером фінансування сектору охорони здоров'я в Україні [89].

Незважаючи на те, що загальний обсяг фінансування охорони здоров'я з державного та місцевих бюджетів щорічно збільшується, рівень заробітної плати в медичній сфері залишається одним із найнижчих за даними Державного комітету статистики України, у 2018 році середній рівень заробітної плати працівників охорони здоров'я становив 6 258 грн., що менше у 1,5 раза від показника у промисловості (9 552 грн.), у 1,4 раза — галузі освіти (8 553 грн.), в 1,1 раза — галузі культури (6 641 грн.). Порівняння зарплат лікарів в Україні і США чи Канаді (10 – 30 тисяч доларів

на місяць) пояснюють причини браку кваліфікованих медичних кадрів в Україні. Навіть ще до початку пандемії лише з одної Івано-Франківської обласної лікарні щорічно впродовж 5 років звільняють до 130 працівників - здебільшого фахових хірургів та медсестер. Їх радо приймають вєвропейських країнах, особливо в умовах пандемії. Так, зокрема згідно з чеським урядовим проєктом « Україна », щороку відкривають певну кількість квот на отримання робочих віз. І якщо на пілотному етапі у 2015 році це було 500 місць на рік, то на 2020-й ця цифра зросла до 40 тисяч [134].

В українській медицині високою є частка недержавної та неформальної складових фінансування (41-50%). Попри конституційну гарантію (стаття 49) державного фінансування охорони здоров'я, в Україні сумарне фінансування майже наполовину забезпечується за рахунок недержавної частки, що формується за рахунок інвестицій, благодійних внесків, особистих витрат населення тощо. Крім того, формування кошторису медичних закладів відбувається залежно від їх потужності (чисельності ліжок і медичного персоналу), а не від реальних потреб населення в медичній допомозі, що призводить до екстенсивного розвитку галузі. Переважна частка державних коштів скеровується на фінансування лікарень, при цьому 80-90% з них витрачаються на оплату праці персоналу та комунальні послуги.

В результаті, за твердженням Т. Миськевича [85], « існуючий стан справ в Україні доводить, що сьогодні наші лікарі зацікавлені у хворому пацієнті та в процесі лікування, а не одужанні. Отже, створення умов, за яких надавати неякісну медичну допомогу, стане економічно не вигідно, має стати, нарешті, пріоритетом у роботі з розбудови української медицини.»

Проблеми кадрового потенціалу вітчизняної системи охорони здоров'я зумовлені неефективною державною політикою щодо людських ресурсів галузі. Мова йде, наприклад, про те, що дільничні лікарі, праця яких оплачується на основі ставок і не залежить від якості їх роботи та обсягу наданих послуг, не зацікавлені в підвищенні своєї кваліфікації. Крім того, постаріння працівників і зниження якості підготовки медичних кадрів,

недостатній приплив у медицину кваліфікованих молодих спеціалістів призвели до негативного кадрового балансу. На жаль, медичні працівники є однією з найменш соціально захищених професійних груп в Україні.

В Україні, окрім системи охорони здоров'я, що знаходиться у віданні профільного міністерства, існує низка паралельних медичних служб міністерств та відомств (14), на фінансування яких витрачається 42,3% видатків на охорону здоров'я з державного бюджету. Наявність відомчих систем обертається підтримкою дублювання потужностей медичних установ і відповідно неефективним використанням коштів.

Оновлена система фінансового забезпечення місцевих бюджетів має сприяти зростанню мотивації до збільшення їх дохідної частини, однак, поточні результати фіскальної децентралізації свідчать про недостатність сформованих додаткових ресурсів органів місцевого самоврядування на фінансування самоврядних повноважень та повноважень, делегованих державою, й підвищення регіональної фінансової ефективності в цілому.

Низька доступність медичних послуг проявляється передусім через диспропорцію в забезпеченні якісними послугами з охорони здоров'я сільського і міського населення України. За даними соціологічних досліджень, майже у кожному другому домогосподарстві, у якому хто-небудь з членів потребував медичну допомогу, він не отримав її: у 79% випадків з причини високої вартості послуг, у 11% – відсутності медичного спеціаліста потрібного профілю (у сільській місцевості – 17%). Варто зазначити, що перші кроки реформування, а саме оптимізація закладів охорони здоров'я, лише поглибили дану проблему. Якщо раніше в сільській місцевості діяли ФАПи, то на сьогодні більшість із них ліквідовано, а географічна віддаленість деяких населених пунктів у поєднанні з низькою якістю доріг і транспортного зв'язку взагалі залишає певну частину населення України без медичної допомоги.

Недосконалість законодавства, що регламентує діяльність системи охорони здоров'я, створюючи бар'єри для змін (законодавчі бар'єри,

ієрархічний контроль та існуюча система фінансування), сприяють збереженню теперішньої, економічно нестійкої системи, яка нездатна забезпечити ефективно медичне обслуговування високої якості. Фінансування, яке базується на структурі « розподіл ресурсів на лікарняне ліжко і на лікаря», яке зараз застосовується в Україні, має кілька слабких сторін: а) метод планування за лікарняними ліжками і медпрацівниками не має раціональних основ і є застарілим; б) є економічно не вигідним і ускладнює контроль за використанням коштів; в) не відображає фактичні потреби населення в медичних послугах.

Неузгодженість нормативно-правової бази, що визначає та регулює механізми фінансування охорони здоров'я; відсутність чіткого базового пакету медичної допомоги, надання якого держава гарантує всім своїм громадянам (за рахунок державних та місцевих бюджетів); застарілі штатні нормативи, за якими досі укомплектовують заклади охорони здоров'я; недосконалість законодавства щодо забезпечення захисту прав пацієнтів та медичних працівників в Україні – все це поглиблює кризу досліджуваної галузі та погіршує стан здоров'я населення.

Ухвалений Верховною Радою 19 жовтня 2017 р. Закон України « Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів » у цілому був позитивно оцінений ВООЗ, оскільки він сприяє додатковому залученню коштів у систему охорони здоров'я, підвищує ефективність їх використання і знижує невиправдане надмірне споживання ресурсів системи.

Тим не менше, в нинішніх умовах в Україні введення співплатежів в системі охорони здоров'я може, на думку експертів [69], викликати низку ризиків:

- ✓ відмова частини населення від користування платними або частково оплачуваними медичними послугами, що призведе до погіршення стану здоров'я населення, збільшення числа людей з хронічними захворюваннями;
- ✓ порушення принципу справедливості у доступі до медичної допомоги за умови, що рівень платежів та доплат буде надто високим

відносно середніх доходів населення;

- ✓ збільшення адміністративних витрат на налагодження і підтримку роботи системи пільг, знижок та виключень, спрямованої на забезпечення доступності медичних послуг для соціально незахищених верств населення;

- ✓ зниження ефективності поточних неофіційних витрат на медичні послуги, які несуть домогосподарства у випадку, якщо держава не встановить високих стандартів медичного обслуговування або не зможе забезпечити ефективний контроль над коштами, які будуть приходити в систему охорони здоров'я за офіційними каналами після

- ✓ проведення реформи;
- ✓ посилення сегрегації на ринку медичних послуг у випадку якщо
- ✓ приватні та неприбуткові лікарні та амбулаторії не будуть допущені до надання послуг (з подальшим державним відшкодуванням їхньої вартості) на тих самих умовах, на яких будуть діяти державні та муніципальні заклади;

- ✓ ризик скорочення державних зобов'язань з надання найбільш соціально значимих послуг – охорона материнства, дитинства, медичне обслуговування інвалідів та осіб похилого віку.

Крім того, експерти очікують, що значних фінансових ресурсів потребуватиме оновлена система державного управління масштабною галуззю, з особливостями, що не сприяють « самоналогодженню «процесів функціонування. З одного боку, між лікарняними закладами повинна бути конкуренція, з іншого – в жодному разі не можна сподіватися, що впровадження » ринкових механізмів » у галузі охорони здоров'я автоматично призведе до підвищення ефективності використання коштів.

Втім, головною претензією до України « Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів » є те, що він порушує як мінімум три статті Конституції України: ст. 49, в якій задекларовано, що в Україні « кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно. » , ст. 22, яка містить



норму « При прийнятті нових законів або внесенні змін до чинних законів не допускається звуження змісту та обсягу існуючих прав і свобод » , та частини другої ст. 64, в якій прописано, що конституційні права не можуть бути обмежені інакше як « в умовах воєнного або надзвичайного стану » .

Проблеми забезпечення населення територіальних громад медичними послугами не вичерпуються проблемами в медичній галузі – не менш серйозні проблеми виникають і в ході оперативної діяльності територіальних громад.

На сучасному етапі на місцевому рівні системи управління розвитком територіальних громад існують серйозні проблеми. В першу чергу це пов'язано з слабкістю, незрілістю інституту місцевого самоврядування в Україні, існуванням значної кількості правових колізій та нечіткістю законодавства в сфері компетенції і повноважень місцевих органів державної влади та органів місцевого самоврядування, відсутністю економічного підґрунтя для реалізації реформ, а також слабкістю громадянського суспільства, громадянської активності населення.

Суттєвими недоліками чинної моделі діяльності місцевих органів влади також є недостатня прозорість у їх діяльності, обмежене та нераціональне фінансування потреб громади, недотримання принципу субсидіарності, слабкість громадянського суспільства і недостатня політична відповідальність територіальних громад; нерідко серйозною перешкодою для успішного соціально-економічного розвитку громад стає неспівпадання інтересів центральної та місцевої влади та недостатня підтримка державою реформ на місцевому рівні.

Серйозна перешкода у поліпшенні якості медичних послуг була виявлена в результаті опитування, проведеного у жовтні 2019 року Аналітичним центром Асоціації об'єднаних територіальних громад (в якому взяло участь 169 громад) щодо організації надання медичних послуг в ОТГ. Воно продемонструвало недостатній рівень кадрового забезпечення організаційного розвитку медицини в ОТГ: лише 42% опитаних ОТГ мають

та ще 18% збираються запровадити діяльність підрозділу або посадової особи, відповідальної за напрям медицини у громаді [92] (див. Рис.2.1.1.)



Рис. 2.1. Забезпеченість ОТГ кадрами.

Джерело: Опитування голів ОТГ щодо організації надання медичних послуг [92].

Крім того, переважна більшість опитаних ОТГ заявили про неготовність утримувати заклади охорони здоров'я вторинного рівня. Зазначаючи причини відмови в утримуванні ЦРЛ, громади вказують на відсутність відповідного зобов'язання, незавершеність процесу децентралізації, відсутність важелів впливу на якість надання медичних послуг ЦРЛ. Більшість ОТГ мають фінансові труднощі з утриманням закладів охорони здоров'я вторинного рівня оскільки це не належить до власних повноважень ОТГ. При передачі їх на фінансування в ОТГ не передбачаються ресурси на їх утримання в повному обсязі, часто вони територіально віддалені від новоутворених громад [92].

Ще одним стримуючим розвиток громад фактором є їх недостатня інвестиційна привабливість та низька ефективність використання інвестиційних ресурсів, так само як і відсутність (або низький рівень) прозорості надання з боку місцевих органів влади усіх адміністративних послуг, що не створює гарантії як для внутрішніх, так і для зовнішніх

потенційних інвесторів.

Аналіз проблем, з якими стикаються територіальні громади, був би неповним без згадки про соціальну інфраструктуру, рівень розвитку якої суттєвим чинником динаміки міграції населення, надаючи або усуваючи можливості працевлаштування як безпосередньо в цій сфері так і у сфері, що обслуговує соціальну інфраструктуру. Наявність та рівень розвитку соціальної інфраструктури нерідко і визначальним фактором наявності та рівня довіри до органів місцевого самоврядування з боку населення, адже наявність освітніх, медичних, культурних, розважальних та спортивних закладів позитивно впливає на добробут громадян та їхній соціально-культурний розвиток, що і має бути місією реформи децентралізації. На жаль, у багатьох територіальних громадах наразі фіксується занепад соціальної інфраструктури.

Третім фактором, який не сприяє успішному досягненню основної мети як системи охорони здоров'я в Україні, так і органів самоврядування – поліпшення здоров'я громадян - є вкрай низький рівень доходів у більшості українських домогосподарств. Як показали результати дослідження «(Без)коштовна медицина» , проведеного Міністерством охорони здоров'я України в рамках проекту USAID у 2017 році [111], кожен другий пацієнт в Україні відмовляється від лікування або відкладає його через брак коштів. Згідно з результатами дослідження, більш ніж 56% пацієнтів вживали лише частину прописаних ліків з фінансових причин. 43% хворих довелося позичати кошти на лікування або продавати коштовні речі, майно. Головною проблемою 94% пацієнтів, які брали участь у фокус-групах, вважають саме високу вартість препаратів. А відсоток тих, хто вдається до самолікування, сягає майже 70%.

Перелік проблем, з якими стикаються територіальні громади в процесах забезпечення населення медичними послугами, свідчать про відсутність в деяких випадках стратегічного бачення всіх рівнів влади шляхів економічного і соціального розвитку територіальних громад, не завжди

ефективне використання наявних бюджетних коштів, низьку податкоспроможність громад, проблеми розвитку економічно слабких та малолюдних територіальних громад. Втім, незважаючи на вказані недоліки, проведення реформи децентралізації в Україні демонструє позитивний соціально-економічний ефект.

## **2.2. Зарубіжний досвід реалізації програм державно-приватного партнерства у сфері медицини**

Юридична та економічна практика концесійних форм партнерства держави і приватного сектору, як найбільш поширена форма публічно-приватного партнерства, сформувалась ще в період середньовіччя в процесі будівництва нових укріплених міст та облаштування нових земель у південно-західному регіоні Франції в XII–XIII ст. [66] В подальшому європейські монархи нерідко уступали проведення громадських робіт (будівництво та облаштування русла річок і каналів, покриття доріг, збір сміття, освітлення вулиць, доставка пошти, громадський транспорт) своїм «фінансовим інвесторам», яких називали антрепренерами. В XIX ст. концесії найбільш активно розвивались у залізничному транспорті, а також у сфері муніципальних послуг. У XX сторіччі концесія стала поширеною формою співпраці держави і приватного сектора в усіх галузях економіки, навіть Радянський Союз вдавався до цієї практики в період НЕПу.

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

Національна служба охорони здоров'я у Великій Британії (National Health Service — NHS) починаючи з 1948 року працює за моделлю Беверіджа, що спрямована на забезпечення всіх верств населення країни безкоштовною і доступною медичною допомогою. Фінансовою основою NHS є надходження від податків, які становлять 90% бюджету охорони здоров'я. Кожен британець платить за медицину відповідно до своїх доходів. NHS надає безкоштовну медичну допомогу з огляду на потреби пацієнта, а

не на його відрахування. Фінансування за рахунок загальних податкових зборів забезпечує 82% витрат на утримання установ NHS і 100% зарплати лікарів, медичних сестер та незалежних лікарів загальної практики. Додаткові джерела фінансування NHS (18%) представлені пожертвами, державним страхуванням, комерційною діяльністю установ NHS [137].

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

У середині 80-х років минулого століття уряд Маргарет Тетчер продемонстрував усьому світу приклад, як держава може з успіхом використовувати механізм залучення коштів приватних інвесторів у ті галузі економіки які вона не спроможна самотужки вивести з кризи.

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

Подальший розвиток ДПП був пов'язаний з урядом Д. Мейджора, який у 1992 р. оголосив про запровадження програми « Ініціатив приватного фінансування»(Private Finance Initiative – PFI). Згідно з цими ініціативами, у рамках договорів та угод про ДПП передбачалося передання приватному сектору функції фінансування будівництва, реконструкції, експлуатації, управління тощо об'єктів виробничої та соціально-культурної інфраструктур,

які перебували у державній власності. Це нововведення значно полегшило приватним структурам «вхід» до сектору публічних послуг, зафіксувавши чітко визначені умови роботи.

Як результат, сьогодні програму розвитку ДПП у Великобританії можна вважати цілком зрілою: щороку підписується понад 80 нових угод ДПП, більшість з яких реалізується у сфері соціальної інфраструктури. Значна кількість цих проектів здійснюється органами місцевої влади. За даними британського уряду, такі проекти забезпечують для бюджету країни 17% економії [71]. В цілому, за розрахунками експертів, Великій Британії вдається витратити на охорону здоров'я, порівняно з іншими розвиненими країнами, майже вдвічі менше коштів [137].

Той факт, що державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я є важливим компонентом успішних реалізацій програм у медичній сфері Великої Британії, підтверджується безперервним збільшенням кількості відповідних проектів: якщо у період 1990-1994 роках проекти ДПП склали близько 5% від загального обсягу інвестицій у медичну галузь Великої Британії, то у період 2005- 2007 років цей показник зріс до 40%. Наразі більше 50 лікарень у Великій Британії, що функціонують на основі ДПП, вже отримали більше 50 мільйонів фунтів інвестицій кожна. До їх числа належать такі лікарні як Darent Valley Hospital (отримала £94 мільйони ще у 1998 році) Norfolk and Norwich University Hospital (£229 мільйонів у 1998) University College Hospital у Лондоні (£229 мільйонів у 1998), Royal Manchester Children's Hospital (£500 мільйонів у 2004) Queen's Hospital у Ромфорді (£312 мільйонів у 2004) Royal London Hospital (£650 мільйонів у 2006), Southmead Hospital у Бристолі (£430 мільйонів у 2010) та Midland Metropolitan Hospital у місті Сметуік (£297 мільйонів у 2016).

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

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

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

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

Державний орган розробляє « специфікацію результатів » - документ, що визначає, що повинен здійснити консорціум. Якщо консорціум не забезпечує виконання певної узгодженої вимоги, то він не отримуватиме відповідний елемент оплати, поки вимога не буде виконана. Якщо вимога так і не буде виконана впродовж узгодженого періоду, орган державного влади отримує право розірвати контракт, компенсувати консорціуму понесені витрати (за умови їх обґрунтованості) та перебрати на себе право власності на цей проект.

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

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

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

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

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

По-четверте – самі лікарі. Реформи системи охорони здоров'я, здійснені урядами Маргарет Тетчер і Тоні Блера зобов'язали лікарів загальної практики об'єднуватися у групи фондотримачів, завдяки чому самі лікарі стали зацікавленими в покращенні здоров'я населення (що менше хворіють пацієнти, то більше коштів заощаджує фондотримач). Вони не лише домоглися зменшення частоти направлень пацієнтів до «вузьких » спеціалістів і стаціонарів, а й почали приділяти більше уваги профілактиці (запрошують до співпраці за угодами лікарів-дієтологів, фізіотерапевтів, «вузьких» фахівців, тісніше співпрацюють із медико-соціальними службами тощо). Крім того, отримуючи кошти для організації вторинної медичної допомоги пацієнту, лікар орієнтується на кінцеві результати лікування хворого, тож воліє укладати угоди з тими стаціонарами, які здатні надати якісну допомогу за прийнятними цінами, шукаючи найефективніших партнерів.

Захищеність суспільного інтересу конкретною угодою про ДПП значною мірою залежить від того, наскільки добре чи погано був складений



контракт, а також від рішучості (чи її відсутності) та спроможності замовника слідкувати за його виконанням.

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

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

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

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

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

Консорціум приватних партнерів (SPV) погашає банківські кредити за гроші, які він отримує від уряду протягом терміну дії контракту. З точки зору банківського сектору, кредити на проекти ДПП вважаються низько-

ризикованими, оскільки дефолт органів державного сектору мало ймовірний, і, навіть, за правилами МВФ, національним урядам заборонено банкрутувати.

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

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

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

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

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

За даними Європейського центру експертизи у сфері ДПП, у 2016 році в ЄС було реалізовано майже 60 проектів ДПП загальною вартістю 12 млрд. євро. Більшість проектів ДПП в ЄС були реалізовані в наступних сферах: транспорт – 31%, медицина – 19%, освіта – 13%, телекомунікації - 10 [56].

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

- приватні компанії/консорціуми обираються за результатами конкурсного відбору;
- приватні партнери інвестують у медичну інфраструктуру та надають пов'язані послуги (наприклад, утримання будівель);
- держава залишає за собою виключне право та обов'язок надання

ключових послуг, таких як, наприклад, встановлення протоколів лікування;

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

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

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

Відповідно до інформації, наданою Міністерством охорони здоров'я України, Україна обрала саме британську модель для трансформації своєї системи [138].

Наразі наше суспільство будує систему за наступними основоположними принципами:

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

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

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

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

Посилнюється первинна медична допомога і зростає конкуренція за пацієнта.

Партнерство включає в себе розподіл ризиків і доходів, а також використання кваліфікації і ресурсів державного та приватного секторів для

задоволення намічених стратегічних результатів в інтересах держави.

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

Так, зокрема, Європейська економічна комісія ООН, Агенство міжнародного співробітництва Міністерства економіки та фінансів Франції (ADETEF), Французька інституція з питань публічно-приватного партнерства MAPPP, Казахстанський центр державно-приватного партнерства, Польський центр публічно-приватного партнерства, Інститут ППП (Польща), Японська Асоціація ПФІ/ПП, КПМГ Лімітед (Московське представництво компанії KPMG) та інші організації допомогли у створенні невідприємницької організації «Український центр сприяння розвитку публічно-приватного партнерства», метою якого є сприяння розвитку публічно-приватного партнерства для реалізації суспільно значущих інфраструктурних проектів; активізація використання науково-технічного потенціалу та інноваційних технологій для розв'язання завдань модернізації систем життєзабезпечення; сприяння підвищенню інвестиційної привабливості української економіки та її регіонів.

### **2.3. Реалізація проектів державно-приватного партнерства в Україні**

За даними центральних та місцевих органів виконавчої влади в Україні станом на 01.01.2020 на засадах ДПП укладено 187 договорів, з яких реалізується 52 договори (34 – договорів концесії, 16 – договорів про спільну діяльність, 2 – інші договори), 135 договорів не реалізується (4 договори – закінчено термін дії, 18 договорів – розірвано, 113 договорів – не виконується). Ситуація зі здійсненням проєктів ДПП по регіонах див. на рис. 2.2.

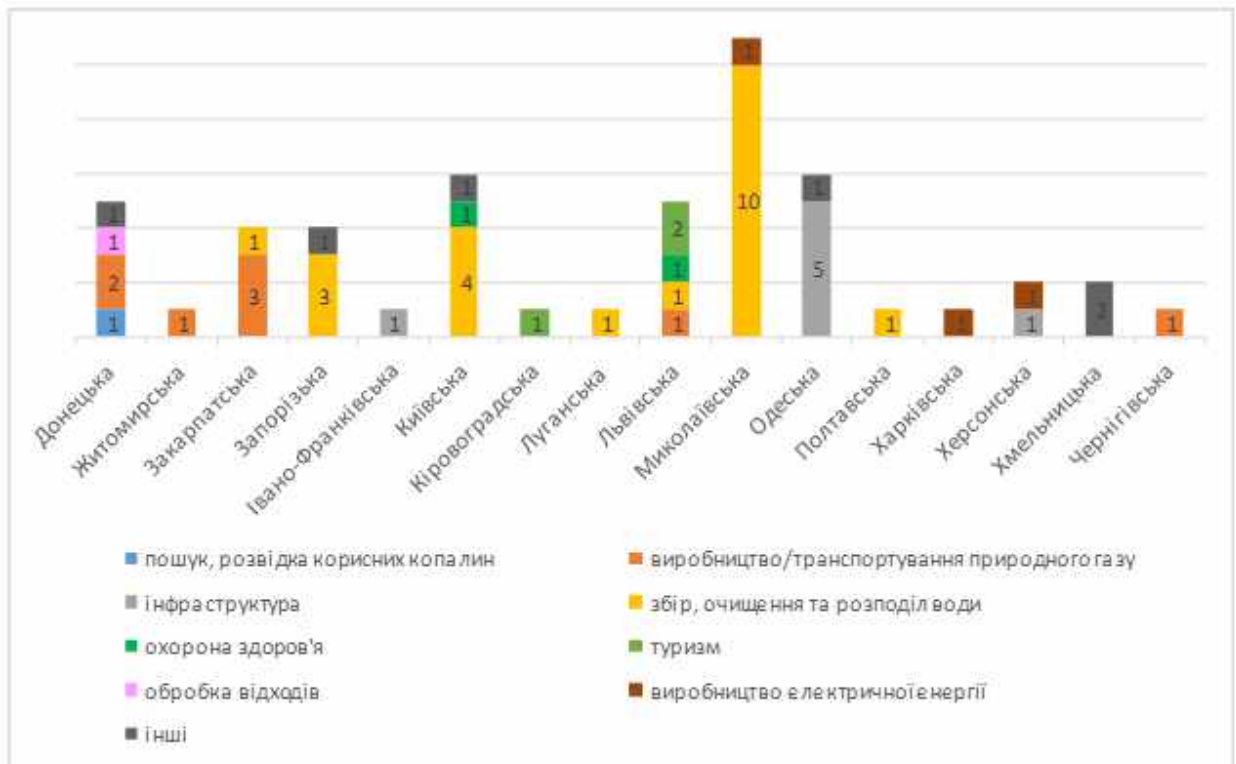


Рис. 2.2. Договори, укладені на засадах ДПП, які реалізуються станом на 01.01.2020

Джерело: Стан здійснення ДПП в Україні по регіонах [119].

Як бачимо з графіка, із 187 проектів ДПП лише 2 (у Київській та Львівській областях) були пов'язані за партнерством в галузі медицини. Що цікаво вказати, саме міністерство охорони здоров'я України вважає, ці проекти, що позиціонуються як приклади ДПП у сфері охорони здоров'я в Україні, не є такими за своєю природою і були реалізовані поза вимогами Закону « Про ДПП » [83]. До числа таких проектів МОЗ відносить:

- ✓ Український центр томотерапії на базі Кіровоградського обласного онкологічного диспансеру (внесок публічного партнера – площа центру 1000 кв. м., внесок приватного партнера – високоспеціалізоване обладнання, в т.ч. лінійний прискорювач, та безкоштовне лікування 50 пацієнтів на рік);
- ✓ Сумський обласний центр служби крові (створення спільного підприємства на 25% участь ОМС та 75% участі приватного інвестора ТОВ «Біофарма » ; вигода приватного інвестора полягає в отриманні доступу до придбання компонентів крові, які ТОВ « Біофарма » використовує за своєю

основною діяльністю для виготовлення препаратів крові);

Клінічний науково-методичний центр рентгеноваскулярної медицини на базі університетської клініки Одеського національного медичного університету (внесок приватного партнера – високоспеціалізоване обладнання, в т.ч. ангиограф);

✓ Центр медичних інновацій Novo на базі Львівської комунальної міської дитячої клінічної лікарні (внесок приватного партнера – ремонт приміщення та високоспеціалізоване обладнання);

Окремо МОЗ перераховує проекти, які позиціонуються як приклади ДПП у сфері охорони здоров'я в Україні, що перебувають на етапі впровадження (у т.ч. з врахуванням вимог Закону « Про ДПП » ):

✓ Будівництво та відкриття Діагностичного центру на території Бориспільської центральної районної лікарні (добудова площею 300 кв.м. до головного корпусу). Приватний партнер: ТОВ « СканДіагностика » (проект реалізовано як приватну ініціативу);

✓ готується до оголошення конкурсу проект щодо створення Центру малоінвазивної хірургії на базі третього поверху хірургічного корпусу Трускавецької міської лікарні (на умовах спільної діяльності);

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

Як свідчить статистика, поки що немає даних для аналізу практики реалізації проектів ДПП у сфері медицини. Тому перейдемо до теорії.

Способи залучення приватного партнера (тобто фактично перелік функції, які передаються інвестору), варіюються залежно від типу проектів ДПП (Див. Табл. 2.1.):

Таблиця 2.1

#### Типи проектів ДПП

Інфраструктурний проект	участь бізнесу у наданні немедичних послуг (будівництво лікарень, технічне переоснащення тощо)
-------------------------	--

Інтегровані медичні проекти	передача приватному партнеру таких функцій, як стратегічне планування, спеціалізована/високоспеціалізована медична допомога, медична освіта, оснащення обладнанням та забезпечення його функціонування, діагностування тощо
Комбіновані моделі	поєднання інфраструктурної та медичної складової Окрім того, функції, які передаються приватному партнеру, істотно відрізняються залежно від фази проекту ДПП:

Джерело: МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ для державних та комунальних закладів охорони здоров'я [83].

Окрім того, функції, які передаються приватному партнеру, істотно відрізняються залежно від фази проекту ДПП (Див. Табл. 2.2):

Таблиця 2.2

Функції партнерів по ДПП в залежності від його типу

Фаза і тип проекту	Інвестиційна фаза	Експлуатаційна фаза
Для інфраструктурних проектів:	проектування будівництво (або реконструкція, модернізація) фінансування	утримання експлуатація управління капітальний та поточний ремонт надання немедичних послуг (клінінгових, готельних, послуг харчування, паркінг тощо)
Для інтегрованих медичних проектів:	придбання фінансування	сервісне обслуговування обладнання надання медичних або діагностичних послуг
Для комбінованих моделей	проектування будівництво (або реконструкція, модернізація) фінансування придбання	утримання експлуатація управління капітальний та поточний ремонт надання немедичних послуг (клінінгових, готельних, послуг харчування, паркінг тощо) сервісне обслуговування обладнання надання медичних або діагностичних послуг

Джерело: МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ для державних та комунальних закладів охорони здоров'я [83].

Краще розуміння перспектив державно-приватного партнерства в сфері забезпечення медичними послугами територіальних громад може бути забезпечено проведенням SWOT аналізу. Цей вид аналізу застосовується вже більше 50 років у процесі стратегічного планування, і полягає в виокремленні 4 категорій чинників і явищ:

- сильні сторони (Strengths)
- слабкі сторони (Weaknesses)
- можливостей (Opportunities)
- та загроз (Threats)

Для проектів ДПП у сфері медицини SWOT аналіз можна представити у вигляді таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

SWOT аналіз проектів ДПП у сфері медицини

Сильні сторони	Слабкі сторони
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Розуміння того, що охорона здоров'я є ключовим елементом національної безпеки держави</li> <li>• Найнижча вартість кваліфікованого медперсоналу в Європі</li> <li>• Фінансова та технічна підтримка з боку міжнародних організацій, що мають значний досвід реалізації проектів ППП</li> <li>• Законодавство є достатнім для успішної реалізації проектів з ППП, і воно поступово вдосконалюється</li> <li>• Гнучкий механізм реалізації ДПП, який дозволяє розглядати різні моделі проектів як з точки зору структури фінансування, так і розподілу ризиків між партнерами в кожному окремому випадку</li> <li>• Створення відділу управління проектами ДПП для підтримки та ефективного впровадження проектів</li> <li>• Розробка методологічних та аналітичних матеріалів для реалізації проектів ДПП</li> <li>• Участь міжнародних консультантів у реалізації пілотних проектів и та</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Часті зміни державної політики та правової бази, що ускладнює планування</li> <li>• Військові дії в країні, нестабільна політична ситуація</li> <li>• Нестабільна економічна ситуація, висока інфляція та низька купівельна спроможність населення</li> <li>• Складність ведення бізнесу, низький рейтинг бізнесу (80 місце у загальному рейтингу в 2017 році)</li> <li>• Необхідність значних інвестицій для створення / модернізації / ремонту інфраструктури, брак ресурсів у державному бюджеті</li> <li>• Недосконалий механізм реалізації проектів та оцінка їх ефективності, відсутність кваліфікованого персоналу та досвіду реалізації ДПП</li> <li>• Відсутність стратегії розвитку галузі та пріоритетів реалізації проектів ДПП</li> <li>• Кілька різних процедур реалізації проектів ППП та відсутність чітких критеріїв їх застосування,</li> </ul>



накопичення відповідного досвіду органами державної влади	протиріччя в правовій системі <ul style="list-style-type: none"> <li>• Відсутність довгострокового бюджетного планування</li> <li>• Погана співпраця між державою та місцевою владою, складна процедура затвердження проектів</li> </ul>
<b>Можливості</b>	<b>Загрози</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Очікування відновлення економіки, збільшення ділової активності та зростання ВВП України</li> <li>• Угода про асоціацію та зону вільної торгівлі з ЄС</li> <li>• Політична та громадська підтримка впровадження ДПП в галузі охорони здоров'я</li> <li>• Значний діапазон об'єктів для партнерства з приватним бізнесом</li> <li>• Відкриття нових можливостей участі приватних підприємств у стратегічних та соціально важливих об'єктах</li> <li>• Доступні інвестиційні фонди на міжнародних ринках капіталу та інтереси інвесторів до ринків, що розвиваються</li> <li>• Недооцінені активи та можливе зростання їх вартості в результаті впровадження ДПП</li> <li>• Розподіл довгострокових ризиків з приватним партнером</li> <li>• Можливість залучення партнерів з досвідом ефективного управління інфраструктурою, високий рівень фінансового контролю, стандарти безпеки та якості обслуговування</li> <li>• Зростання уваги до розвитку національної медицини як наслідок пандемії</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Економічна криза, падіння купівельної спроможності</li> <li>• Річне бюджетування та затвердження фінансування проектів ДПП</li> <li>• Обмежена кількість учасників, зацікавлених у проекті</li> <li>• Неточні дані про приватного партнера або переоцінка наслідків його участі в управлінні об'єктами інфраструктури</li> <li>• Переоцінка фінансового потенціалу приватного партнера та необхідність залучення додаткового фінансування</li> <li>• Вища вартість приватного капіталу у порівнянні з державним фінансуванням</li> <li>• Можливе зниження конкуренції на ринку, дискримінація інших учасників ринку</li> <li>• Ризик відмови приватного партнера від реалізації проекту або завищення вартості проекту в ході реалізації</li> <li>• Посилення позиції приватного партнера в переговорах щодо соціально важливих проектів</li> <li>• Маніпуляції при залученні партнерів, оцінці та фінансуванню проекту, розрахунку компенсацій збитків</li> <li>• Відсутність державних гарантій захисту інвестицій, відшкодування збитків та виконання зобов'язань</li> </ul>

Складено автором.

Окремої уваги заслуговують ризики державно-приватного партнерства. В залежності від стадії реалізації проекту ризики ДПП можна представити у вигляді таблиці (див. Табл. 2.4):

Таблиця 2.4

#### Ризики проектів ДПП у сфері медицини

Ризики	Планування	Будівництво / модернізація / ремонт	Експлуатація та технічне обслуговування
Політичний	Прийняття	Законодавчі /	Передача функцій

	політичних рішень	нормативні зміни	постачальників послуг з політичних мотивів
Економічний	Передінвестиційні фінансові	Фінансові Ризик завищення вартості проекту	Оплати медичних послуг з боку держави Низька платоспроможність населення громад
Соціо культурний	Моральні Соціальної справедливості		
Технічний	На стадії проектування	Приховані дефекти об'єкта Застаріле обладнання	Застаріла матеріально-технічна база Відсутність інформатизації та компютеризації медичних закладів

В основі успішної реалізації будь-якого проекту ДПП є врахування кожною стороною існування певних ризиків, пов'язаних з проектною діяльністю. Однією з переваг реалізації інвестиційних проектів на принципах ДПП вважається можливість зниження ризиків для всіх учасників партнерства за умови дотримання двох основних принципів розподілу ризиків:

- кількість ризиків, прийнятих на себе партнером, повинна бути пропорційна вигоді, яку він зможе отримати в результаті реалізації проекту;
- ризики повинні бути передані тій стороні, яка може покрити їх з найменшими витратами.

Видається доцільним, щоб ризики покладались на того партнера, який в змозі найкраще керувати ними. Такий розподіл знижуватиме премії за ризик і загальну вартість проекту, а приватний учасник стане змушеним управляти проектом таким чином, щоб виконати його за найнижчою ціною. В результаті у вигравші будуть як учасники партнерства, так і споживачі медичних послуг.

Висновки до розділу 2.

Проведення реформ системи охорони здоров'я та децентралізації в Україні демонструє позитивний соціально-економічний ефект, хоча є і проблеми: низький рівень доходів населення, незрілість інституту місцевого самоврядування в Україні, існуванням значної кількості правових колізій та

нечіткість законодавства в сфері компетенції і повноважень місцевих органів державної влади, відсутність економічного підґрунтя для реалізації реформ, а також низька громадянська активність населення. Найбільш гострими проблемами охорони здоров'я як населення окремих громад, так і всієї України, є:

- недоліки механізмів державного фінансування медичної сфери; організаційні прорахунки;
- пасивна кадрова політика в галузі;
- зниження якості медичних послуг;
- недосконалість законодавства, що регламентує діяльність системи охорони здоров'я.

Відповідно до інформації, наданою Міністерством охорони здоров'я України, Україна обрала саме британську модель для трансформації української системи. Саме тому для вивчення досвіду реалізації програм ДПП у сфері охорони здоров'я в зарубіжних країнах була обрана Велика Британія. Аналіз практики публічно-приватного партнерства у сфері медицини цієї країни дозволив виявити найбільш прийнятні для вітчизняних реалій засади трансформації української медицини, включно з наступними принципами:

- ✓ Принцип «універсального базового покриття», незалежно від статків. Людям не потрібно
- ✓ Українська Національна служба здоров'я створена за аналогією до NHS. Вона виконує функцію замовника медичних послуг — кожна лікарня, що працює в системі, отримує фінансування за чіткими тарифами. Інших посередників немає.
- ✓ Основне джерело фінансування — загальні податки. Люди платять скільки можуть, послуги отримують всі однаково.
- ✓ Додаткові послуги забезпечуються добровільним медичним страхуванням.

Дослідження стану реалізації проектів ДПП в Україні у сфері медицини є вкрай проблематичним, оскільки станом на сьогодні навіть ті проекти, що позиціонуються як приклади ДПП у сфері охорони здоров'я в Україні, не є такими за своєю природою і були реалізовані поза вимогами Закону « Про ДПП » .

Аналіз теоретичних аспектів державно-приватного партнерства в українській медицині дозволив виявити сильні та слабкі сторони проектів ДПП, можливості та загрози їх реалізації (SWOT аналіз), а також ризики, притаманні таким проектам на різних стадіях їх реалізації. Результати аналізу стали базою для розробки заходів, спрямованих на підвищення ефективності державно-приватного партнерства у реалізації економічного та соціально-культурного розвитку територіальних громад.

## РОЗДІЛ 3

### ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА В ХОДІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНИМ ОБСЛУГОВУВАННЯМ НАСЕЛЕННЯ ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАД

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

Реалізація всіх без виключення планів «підвищення ефективності/якості медичних послуг» вимагають розбудови відповідної матеріальної бази закладів охорони здоров'я. Без сучасного обладнання, технологій та спеціалістів, що здатні їх якісно використовувати та/або обслуговувати, без інформатизації, комп'ютеризації та забезпечення кібербезпеки медичних закладів всі ці плани навряд чи будуть втілені в життя.

У 2018 році Міністерство охорони здоров'я розробило і затвердило Методичні рекомендації для державних та комунальних закладів охорони здоров'я для працівників органів управління у сфері охорони здоров'я для впровадження проектів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. У цьому документі наголошується на тому, що поглиблення процесів реформування системи охорони здоров'я вимагає «забезпечення відповідних закладів охорони здоров'я належним матеріально-технічним оснащенням, а з огляду на обмеженість бюджетних ресурсів оптимальним варіантом вбачається залучення приватних партнерів» [83].

Реалізація всіх без виключення планів «підвищення ефективності/якості медичних послуг» так само неможлива без попереднього вирішення цілої низки методичних проблем. В умовах автономізації державних та комунальних закладів охорони здоров'я та переходу від фінансування закладів охорони здоров'я за постатейним кошторисом до оплати за медичну послугу поглиблення взаємовигідної співпраці між державою та приватним сектором у сфері охорони здоров'я набувають ще більшої актуальності.

Навіть за умови різниці в цілях, які переслідують дві сторони при реалізації проєктів ДПП (див табл. 3.1.) їх співпраця може бути і в багатьох випадках є вигідної для суспільства в цілому.

Таблиця 3.1

Цілі держави і бізнесу при використанні механізму ДПП

№	Цілі держави	Цілі бізнесу
1	Підвищення рівня життя населення, сприяння розвитку » людського капіталу »	Розширення простору для вільного руху капіталу, його проникнення у ті сфери, які раніше були для нього недоступними
2	Усунення структурних обмежень економічного зростання	Залучення бюджетних коштів для здійснення проєкту
3	Сприяння підвищенню конкурентоспроможності компаній, зміцнення їх позицій на внутрішньому і зовнішньому ринках	Розширення можливостей для отримання кредитів під проєкт від українських і зарубіжних фінансових організацій за рахунок отримання державних гарантій
4	Соціально-економічний розвиток регіонів	Полегшення роботи з органами влади та управління за рахунок участі держави у проєкті, у тому числі отримання ліцензій, дозвільної документації, висновків наглядових органів
5	Раціональна інтеграція України у світову економіку	Підвищення статусу проєкту за рахунок участі держави. Створення позитивного іміджу компанії

Джерело: Авдеева О. В. Развитие государственно-частного партнерства в инвестиционных проектах в сфере здравоохранения [20]

Так, зокрема, у сфері охорони здоров'я реалізація проєктів ДПП має сприяти

- підвищенню якості надання медичних послуг;
- забезпеченню вищої ефективності діяльності завдяки залученню
- компетенцій та досвіду приватного партнера тощо
- Економія грошей та часу.

Економія витрат підтверджується статистичними даними, які

засвідчують суттєву економію коштів порівняно з традиційними закупівлями. Причини полягають у прямих стимулах приватного підрядника для своєчасної доставки, що обумовлюється використанням гарантій або контрактів на основі результатів, конкуренцією серед претендентів та перенесенням ризику приватному сектору на покриття витрат. До того ж деякі приватні підрядники можуть знизити свої витрати, скорочуючи штат, наймаючи працівників, які не є членами профспілки, або зменшуючи винагороду та пільги; все це може негативно вплинути на якість роботи. В цілому, за твердженням аналітиків,

Економія часу стимулюється тим, що в проектах ДПП єдиний підрядник, що виступає партнером держави, несе відповідальність за кілька етапів проекту, таких як проектування, будівництво, експлуатація та / або технічне обслуговування. Це, теоретично, дає приватному підряднику стимул скоротити витрати як грошей, так і часу, на весь життєвий цикл об'єкта, підвищуючи ефективність життєвого циклу об'єкту, під яким розуміється інтегральний показник, що відображає ефективність операційної, інвестиційної і фінансової діяльності об'єкта та дозволяє оцінювати досягнуті результати на кожній стадії життєвого циклу. За оцінкою М.А. Гумницької [49], ефективність життєвого циклу також може призвести до суттєвої економії коштів до 40 відсотків - для проектів з ППР.

Незалежно від галузі реалізації експерти визначають такі основні ознаки проекту ДПП [116]:

- ✓ *унікальність* результату проекту, потреба в якому визначається в кінцевому рахунку державою;
- ✓ *комплексний характер діяльності*, що вимагає чіткого структурування, врахування всіх зовнішніх і внутрішніх факторів, що можуть здійснити вплив на успіх проекту, і залучення до розробки і реалізації проекту ДПП великого кола фахівців, консультантів і експертів;
- ✓ *поділ всієї діяльності в рамках ДПП-проекту на етапи*, які мають певну специфіку, що розглядається нами нижче;

✓ *обмеженість ресурсів (фінансових, матеріальних, трудових тощо).* Обсяг виділених на проект ресурсів тісно пов'язаний з бюджетом і завжди кінцевий;

✓ *обмеженість у часі при реалізації робіт.* Зазвичай проекти ДПП мають тривалий термін реалізації (до 10-50 років). При цьому будь-який проект ДПП має дату початку і дату закінчення його реалізації;

✓ *спеціальна організація проекту.* Для реалізації ДПП призначається керівник проекту або створюється спеціальна проектна компанія (керуюча компанія), яка координує всю діяльність в рамках конкретного проекту.

Специфічними особливостями проектів ДПП у сфері охорони здоров'я є наступні [83, 125]:

✓ *заборона скорочення мережі державних та комунальних закладів охорони здоров'я (наслідком передачі відповідного об'єкта приватному партнеру не повинна стати втрата можливості надання медичних послуг державним чи комунальним ЗОЗ);*

✓ *особлива структура суб'єктів відносин, адже сторона державного партнера має бути представлена або на рівні МОЗ (для об'єктів державної власності, що знаходяться в його управлінні) або органів місцевого самоврядування (для об'єктів комунальної власності);*

✓ *необхідність збалансування соціальної та комерційної складової проекту (повернення інвестицій приватного партнера здійснюється, як правило, за рахунок надання платних послуг);*

✓ *конституційні обмеження щодо платності послуг у державних і комунальних ЗОЗ, вичерпність переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних ЗОЗ та вищих медичних навчальних закладах;*

✓ *інтереси основних зацікавлених сторін (стейкхолдерів) проекту відрізняються різноспрямованістю. Так, для держави пріоритетним є соціальна спрямованість проектів, для бізнесу - отримання грошових (наприклад, зростання прибутку, капіталізації) і негрошових вигод*



(довгострокові клієнтські відносини, доступ до закритих галузей та ін.), Це призводить, по-перше, до тривалих і численним узгоджень суті та змісту проекту, а по-друге, до формування різних оцінок успіху / невдачі проекту;

- ✓ соціальна значущість проекту повинна оцінюватися і враховуватися при відборі проектів;

- ✓ оцінка ефективності проекту базується на нефінансових показниках, що істотно ускладнює оцінку результатів, оскільки показники соціальної (інноваційної, інфраструктурної) значущості проекту є « відкладеними » . Іншими словами, можливість виміряти реальний ефект проекту часто з'являється через значний час після того, як витрати були понесені. Пріоритет нефінансових показників не означає, що фінансові (такі як NPV, IRR, DPP, ROI та ін.) не мають значення, але їх самих недостатньо для прийняття рішення про реалізацію проекту.

Крім того, структурування будь-якого проекту ДПП у медичній сфері вимагатиме врахування таких аспектів:

- процесів автономізації закладів охорони здоров'я;
- плановості переходу на фінансування медичної послуги залежно від видів медичної допомоги (первинна ланка вже була переведена у 2018 році, вторинна і третинна ланки мали бути переведені до кінця 2019 року);
- вимог Національної служби здоров'я України (НСЗУ) до надавачів послуг з медичного обслуговування населення;
- процесів утворення госпітальних округів та деякі інші аспекти забезпечення відповідних закладів охорони здоров'я належним матеріально-технічним оснащенням, а з огляду на обмеженість бюджетних ресурсів оптимальним варіантом вбачається залучення приватних партнерів.

На думку експертів [53], наступні фактори є стримуючими для впровадження та розвитку приватно-державного партнерства:

- ✓ Перестороги інвесторів, пов'язані з корупційними ризиками, недосконалим законодавством України, відсутністю гарантії відповідності та виконання договорів;

✓ Обмежений фінансовий потенціал держави, неможливість тривалого інвестування державних коштів, особливо під час епідемії COVID-19;

✓ Відсутність можливості ЗОЗ надавати медичну допомогу за тарифами на рівні ринкових;

✓ Ціновий демпінг на ринку послуг сервісу техніки з боку підрядників, які не є виробниками. Відсутність сертифікатів виробника, недостатня кваліфікація інженерів компаній запрошених для обслуговування техніки.

Саме завдяки перерахованим факторам наразі у сфері охорони здоров'я України ще не реалізовано жодного проекту ДПП. Станом на 2018 рік, за висновком експертів Міністерства охорони здоров'я України [83], проекти, які позиціонуються як приклади ДПП у сфері охорони здоров'я в Україні, не є такими за своєю природою і були реалізовані поза вимогами Закону « Про ДПП » . До числа таких проектів МОЗ України відносить:

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

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

§ Клінічний науково-методичний центр рентгенендоваскулярної медицини на базі університетської клініки Одеського національного медичного університету (внесок приватного партнера – високоспеціалізоване обладнання, в т.ч. ангиограф);

§ Центр медичних інновацій Novo на базі Львівської комунальної міської дитячої клінічної лікарні (внесок приватного партнера – ремонт приміщення

та високоспеціалізоване обладнання);

Проекти, які позиціонуються як приклади ДПП у сфері охорони здоров'я в Україні, що перебувають на етапі впровадження (у т.ч. з врахуванням вимог Закону « Про ДПП » ):

§ Будівництво та відкриття Діагностичного центру на території Бориспільської центральної районної лікарні (добудова площею 300 кв.м. до головного корпусу). Приватний партнер: ТОВ « СканДіагностика » (проект реалізовано як приватну ініціативу);

§ готується до оголошення конкурсу проект щодо створення Центру малоінвазивної хірургії на базі третього поверху хірургічного корпусу Трускавецької міської лікарні (на умовах спільної діяльності);

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

У 2017 році за підтримки Європейського Союзу та його держав-членів Данії, Естонії, Німеччини, Польщі та Швеції була підготовлена аналітична доповідь «Державно-приватне партнерство як механізм реалізації нової регіональної політики: можливості застосування та практичні аспекти підготовки і впровадження інвестиційних проектів» [56]. В цій публікації аналізуються ймовірні проблеми та перешкоди під час реалізації проектів ДПП на місцевому та регіональному рівнях, способи запобігання й шляхи їх вирішення та вказується, що найбільш серйозною перешкодою на шляху реалізації проектів ДПП є загальний стан інституційного середовища, в якому приватному партнеру доводиться реалізовувати проект ДПП.

До найбільш серйозних проблем системного характеру автори публікації відносять:

- ✓ труднощі з отриманням дозвільних документів та погоджень, що необхідні для реалізації проекту ДПП;
- ✓ складність в переоформленні на приватного партнера права користування земельною ділянкою, на якій розташований об'єкт ДПП;
- ✓ недостатня фахова підготовка посадових осіб, які займаються

питаннями ДПП, низький рівень їх мотивації;

- ✓ наявність корупційних проявів;
- ✓ складність практичної реалізації гарантій, що надаються державним

партнером для цілей реалізації проекту ДПП та ін.

Ця ж публікація містить і висновки групи експертів Світового банку, які у 2015 році за активної участі Мінекономрозвитку провели оцінку стану організації державно-приватного партнерства в контексті управління державними інвестиціями в Україні, за результатами якої підготовлено звіт «Державно-приватне партнерство в контексті управління державними інвестиціями в Україні» . У зазначеному Звіті визначено основні недоліки організації державно-приватного партнерства в Україні, якими, на думку експертів Світового банку [56], є наступні:

- ✓ Фрагментація національної системи ДПП
- ✓ Слабке правове середовище ЗУ «Про державно-приватне партнерство» та концесійного законодавства
- ✓ Відсутність чітких пріоритетів державної політики, що необхідні для управління відбором проектів
- ✓ Неадекватні правила та методичні рекомендації оцінювання проектів
- ✓ Слабке управління фінансовими ризиками ДПП
- ✓ Незрозуміла роль відповідних інституцій ДПП

Видається безсумнівним, що без усунення вказаних недоліків реалізація проектів державно-приватного партнерства стає сумнівною, тим самим гальмуючи процеси розбудови сучасної матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я, оновлення обладнання та технологій, та їх якісного й своєчасного обслуговування.

### **3.2. Форми державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я в Україні**

При реалізації проектів державно-приватного партнерства в різних

сферах використовуються різні механізми співпраці держави і приватного бізнесу. Вони диференціюються залежно від обсягу передачі приватному партнеру прав на власність, інвестиційних зобов'язань сторін, принципів поділу ризиків і доходів між партнерами, відповідальності за проведення різних видів робіт [115].

Як вказувалось вище, стаття 5 Закону про державно-приватне партнерство закріплює наступні форми здійснення ДПП:

- 1) договір про концесію;
- 2) договір про управління майном;
- 3) договір про спільну діяльність;
- 4) інші договори.

Розглянемо специфіку дії цих форм у сфері охорони здоров'я.

1) **Концесія.** Поняття та правові засади регулювання відносин державного та комунального майна, а також умови та порядок її здійснення з метою підвищення ефективності використання державного і комунального майна в рамках концесійних угод визначаються Господарським кодексом України та Законом України «Про концесію» [9]. Згідно з їх положеннями, особливість концесії полягає в тому, що держава (територіальна громада) в рамках партнерських відносин, залишаючись повноправним власником майна, що є предметом концесійної угоди, уповноважує приватного партнера виконувати протягом певного терміну обумовлені в угоді функції і наділяє його з цією метою відповідними правами, необхідними для забезпечення нормального функціонування об'єкта концесії. За користування державною або муніципальною власністю концесіонер вносить плату на умовах, обумовлених у концесійній угоді.

Концесія відбувається за умови взяття суб'єктом підприємницької діяльності (концесіонером) на себе зобов'язань по створенню, суттєвому поліпшенню та /або управлінню (експлуатації) об'єктом концесії, майнової відповідальності та можливого підприємницького ризику. Надання об'єкту у концесію відбувається на підставі *концесійного договору*.

Істотними умовами договору концесії є:

- ✓ сторони договору;
- ✓ види діяльності, роботи, послуги, які здійснюються за умовами договору;
- ✓ об'єкт концесії;
- ✓ умови надання земельної ділянки, якщо вона необхідна для здійснення концесійної діяльності;
- ✓ перелік видів діяльності, здійснення яких підлягає ліцензуванню;
- ✓ умови встановлення (зміни) цін, тарифів;
- ✓ строк дії договору концесії, умови найму, використання праці працівників – громадян України;
- ✓ умови використання вітчизняної сировини, матеріалів;
- ✓ умови та обсяг поліпшення об'єкту концесії та порядок компенсації зазначених поліпшень;
- ✓ умови, розмір та порядок внесення концесійних платежів;
- ✓ порядок використання амортизаційних відрахувань;
- ✓ відновлення об'єкта концесії та умови його повернення;
- ✓ відповідальність за невиконання або неналежне виконання зобов'язань за договором, порядок внесення змін у договір, порядок вирішення спорів;
- ✓ страхування концесіонером об'єктів концесії;
- ✓ право на отримання інформації та проведення перевірки виконання умов договору;
- ✓ порядок та умови передачі, у тому числі з наданням гарантії кредиторам, прав і зобов'язань, що впливають з концесійного договору.

Схематично концесію можна предствити у вигляді Рис. 3.1.



Рис. 3.1. Концесія: схема реалізації.

Джерело: Державно-приватне партнерство в медичній галузі України: реалії та перспективи 17.06.2020. [53]

Реалізація проектів ДПП у сфері медицини у формі концесії наштовхується на ряд серйозних перешкод. Почнемо з визначення ‘об’єкту’ ДПП у сфері охорони здоров’я: згідно з частиною другою статті 7 Закону України « Про державно-приватне партнерство » , об’єктами державно-приватного партнерства є: існуючі, зокрема відтворювані (шляхом реконструкції, модернізації, технічного переоснащення) об’єкти, що перебувають у державній або комунальній власності; створювані або придбані об’єкти в результаті виконання договору, укладеного в рамках державно-приватного партнерства.

Передача будь-яких об’єктів у концесію здійснюється шляхом його ліквідації (згідно з частиною першої статті 409 ГКУ та частиною першою статті 23 Закону про концесії). За таких умов передача цілісного майнового комплексу діючої лікарні суперечитиме приписам статті 49 Конституції України, відповідно до якої забороняється скорочення існуючої мережі державних і комунальних закладів охорони здоров’я.

Наступна перешкода на шляху реалізації проектів ДПП у сфері медицини пов'язана з поняттям «суб'єкта» ДПП, згідно з яким для бюджетних установ: не передбачається можливості участі у договорі ДПП, оскільки бюджетна установа, а саме окреме її майно, виступає об'єктом, а не суб'єктом таких відносин

*Концесійні платежі.* Вносяться незалежно від наслідків господарської діяльності. Методика розрахунку концесійних платежів затверджується Кабінетом Міністрів України. Розмір річного концесійного платежу не може перевищувати 10% вартості майна, що передається в концесію. На підставі розміру річного концесійного платежу встановлюється і фіксується у договорі розмір концесійного платежу за перший квартал, що настає після укладення договору концесії. Розмір концесійного платежу за перший квартал розраховується по формулі від розміру річного концесійного платежу з урахуванням індексу інфляції з дати проведення оцінки об'єкту до моменту укладення договору концесії, та індексу інфляції за перший квартал, що настає після укладення договору концесії.

У разі надання концесії на об'єкт незавершеного будівництва або на створення нового об'єкта, концесійні платежі вносяться з часу одержання концесіонером доходу від експлуатації об'єкту концесії, але не пізніше ніж через 6 місяців після введення об'єкту у експлуатацію.

Права сторін концесійного договору можна представити у вигляді таблиці (див. Табл.3.2.)

Таблиця 3.2

Права сторін концесійного договору у відповідності до Закону України «Про концесії»

<b>Права концесіодавця</b>	<b>Права концесіонера</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• здійснювати контроль за дотриманням умов концесійного договору;</li> <li>• надавати виключне право на створення (будівництво) та (або) управління (експлуатацію) об'єкта концесії;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• здійснювати підприємницьку діяльність на основі створення (будівництва) та (або) управління (експлуатації) об'єкта концесії;</li> <li>• на виключне право на створення (будівництво) та (або) управління (експлуатацію) об'єкта концесії, якщо</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"> <li>• вимагати дострокового розірвання концесійного договору у разі порушення концесіонером його умов;</li> <li>• вимагати відшкодування збитків у разі погіршення стану об'єкту концесії, яке сталося з вини концесіонера.</li> </ul>	<p>це передбачено умовами концесійного договору;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• вимагати розірвання концесійного договору у разі порушення концесієдавцем умов договору і відшкодування збитків, завданих невиконанням умов договору;</li> <li>• на продовження строку дії концесійного договору у разі виконання його умов;</li> <li>• отримувати плату за вироблені товари (роботи, послуги) згідно з умовами концесійного договору;</li> <li>• використовувати амортизаційні відрахування на відновлення основних фондів, отриманих у концесію;</li> <li>• на контрактній основі залучати до виконання спеціальних робіт на об'єкті концесії третіх осіб. При цьому концесіонер несе відповідальність за виконання такими особами умов концесійного договору та законодавства України</li> </ul>
---	---

Джерело: Підготовка та реалізація проектів публічно-приватного партнерства: [100]

Так само у вигляді таблиці можна представити і обов'язки сторін ДПП (див. Табл.3.3)

Таблиця 3.3

Обов'язки сторін концесійного договору у відповідності до Закону України «Про концесії»

<b>Обов'язки концесієдавця</b>	<b>Обов'язки концесіонера</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• передати об'єкт концесії концесіонеру у стані та строки, передбачені концесійним договором;</li> <li>• надати концесіонеру своєчасно і в повному обсязі передбачені концесійним договором документи, які підтверджують право концесіонера на створення (будівництво) та (або) управління</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• виконувати умови концесійного договору;</li> <li>• укладати відповідно до законодавства трудові договори (контракти), як правило, з працівниками – громадянами України;</li> <li>• використовувати на об'єкті концесії технології, матеріали, техніку</li> </ul>

<p>(експлуатацію) об'єкта концесії;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• вимагати звіт про використання амортизаційних відрахувань;</li> <li>• зберігати комерційну таємницю концесіонера та не втручатися в його господарську діяльність; а також</li> <li>• у випадку, якщо для здійснення концесійної діяльності необхідна земельна ділянка, забезпечити її надання у порядку, встановленому Земельним кодексом України.</li> </ul>	<p>вітчизняного виробництва, якщо інше не передбачено умовами договору;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• утримувати об'єкт концесії в належному технічному стані;</li> <li>• після закінчення строку, на який було укладено концесійний договір, передати об'єкт концесії в належному технічному стані концесіодавцю відповідно до умов договору;</li> <li>• укласти договори оренди землі не пізніше одного року з дня набрання чинності договором концесії. За письмовим зверненням приватного партнера цей строк може бути продовжено, але не більш як на один рік.</li> </ul>
--	---

Джерело: Підготовка та реалізація проектів публічно-приватного партнерства [100]

#### Гарантії прав концесіонерів

Законом «Про концесії» встановлено, що держава гарантує додержання встановлених актами законодавства умов для провадження концесіонерами діяльності, пов'язаної з виконанням концесійних договорів, захист їхніх прав і законних інтересів. Зміни, що вносяться до законодавства, не повинні погіршувати умов для провадження концесіонерами діяльності з реалізації проектів на умовах концесії.

Крім того, органи державної влади та органи місцевого самоврядування, їх посадові особи не мають права втручатися в діяльність концесіонерів, пов'язану з виконанням концесійних договорів, крім випадків, якщо таке втручання передбачено законодавством, концесійним договором і здійснюється в межах їх повноважень.

Майнові та фінансові ресурси концесіонерів, які виконують концесійні договори в Україні, не можуть бути примусово відчужені, крім випадків, установлених законом. Зазначені ресурси можуть використовуватися винятково для здійснення рятівних заходів у разі надзвичайних ситуацій техногенного чи природного характеру. У такому разі концесіонер має право на

компенсацію відповідно до закону.

У разі прийняття органами державної влади або органами місцевого самоврядування рішень, що порушують права концесіонерів, збитки, завдані їм внаслідок прийняття таких рішень, підлягають відшкодуванню у порядку, встановленому законом.

Підсумовуючи аналіз ДПП у формі концесії, слід вказати, що всі концесійні угоди умовно можна поділи на дві групи, в залежності від джерела отримання доходу концесіонера. У першу групу можна об'єднати концесії, за яких концесіонер отримує плату переважно від користувачів послуг (*user-pay*), у другу групу — концесії, в яких концесіонер отримує певну частину плати від держави (*government-pay*).

Якщо в першому випадку мова йде про високомаржинальні об'єкти, які генерують значні прибутки (порти, аеропорти), то в другому випадку мова йде про високозатратні проекти, які нездатні генерувати достатню кількість доходу, щоб бути рентабельними без отримання платежів від держави (більшість автодоріг, заклади охорони здоров'я, сміттєпереробні заводи тощо) [91].

Однак як у першому, так і в другому випадках суть концесії не змінюється — держава наймає приватного оператора для проектування, будівництва/реконструкції та експлуатації певних об'єктів інфраструктури *без гарантії* окупності інвестицій, вкладених приватним оператором. Тільки в одному випадку оплату за свої послуги концесіонер отримує від споживачів товарів та/або послуг, а в іншому — частково від користувачів, а частково від держави. При цьому оплата платежів державою завжди прив'язана до певних КРІ концесіонера, невиконання яких унеможлиблює отримання оплати, що стимулює підвищення ефективності останнього.

Натомість класичні проекти ДПП характеризуються тим, що держава перебирає на себе більшість операційних ризиків та в деяких випадках гарантує приватному оператору окупність інвестицій. Зазвичай проекти ДПП використовуються в публічних сферах діяльності, відповідальність за які

повинна нести виключно держава або органи місцевого самоврядування. Зокрема, мова йде такі сфери: освіта, медицина, утримання пенітенціарних установ, здійснення збору та утилізації сміття, експлуатація громадського транспорту, надання комунальних послуг тощо.

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

Даний договір належить до ДПП виключно за умови передбачення інвестиційних зобов'язань приватного партнера. Однак подібні договори у » чистому » вигляді в рамках ДПП не є поширеними, адже управління може не передбачати інвестицій, а тому даний тип договору з ймовірніше може використовуватися як елемент змішаного договору в рамках ДПП.

**3) Договір про спільну діяльність:** публічний та приватний партнери зобов'язуються діяти спільно, без створення юридичної особи, для досягнення наперед обумовленої мети. Спільна діяльність може здійснюватися на основі об'єднання вкладів учасників (просте товариство) або без такого об'єднання. Кількість сторін — учасників договору про спільну діяльність чинним законодавством не обмежується - таких сторін може бути більше двох. Крім того, в ст. 77 Цивільного кодексу немає обмежень щодо статусу суб'єктів спільної діяльності, ними можуть бути як юридичні особи — резиденти, так і фізичні особи, і нерезиденти.

Найпоширенішим варіантом такого партнерства є передача державним партнером у спільну діяльність майна (об'єктів нерухомості, обладнання тощо), а приватним - інвестицій (наприклад, у формі будівництва нових об'єктів, їхньої реконструкції тощо). Форма « без об'єднання вкладів » не є ефективною для інвестиційних зобов'язань, а просте товариство як модель за участі державного підприємства передбачає ряд обмежень:

- під час укладення договорів про спільну діяльність розмір частки

державних підприємств має становити не менше 50 відсотків спільного майна учасників спільної діяльності (аналогічним чином певні обмеження можуть встановлюватися органами місцевого самоврядування щодо комунальної власності);

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

- укладання державним підприємством або установою договору про спільну діяльність зумовлює необхідність прийняття Кабінетом Міністрів України рішення про погодження укладення такого договору.

Що ж до вирішення питання управління, то хоча форма спільної діяльності вимагає спільного ведення справ, на практиці управлінська функція делегується приватному партнеру. Прибуток, одержаний учасниками договору простого товариства в результаті їх спільної діяльності, розподіляється пропорційно вартості вкладів учасників у спільне майно, якщо інше не встановлено договором простого товариства або іншою домовленістю учасників.

#### **4) В інші види ДПП експерти [115] об'єднують:**

- **Оренду** (виключно у разі наявності інвестиційних зобов'язань): засноване на договорі строкове платне володіння, користування певним майном, необхідним орендареві для здійснення підприємницької та іншої діяльності. За загальним правилом об'єктом оренди може виступати єдиний майновий комплекс підприємства, його структурні підрозділи (філії, відділення), нерухоме майно (будівлі, споруди, нежитлові приміщення) та інше окреме індивідуально визначене майно підприємств. Особливість орендних відносин у проектах ДПП (у традиційній формі і формі лізингу) між владними структурами та приватним бізнесом полягає в тому, що на визначених договором умовах відбувається передача приватному партнеру державного або муніципального майна у тимчасове користування і за певну плату. У разі договору лізингу лізингоодержувач завжди має право викупу

державного або муніципального майна.

Умови застосування моделі: договір оренди за загальним правилом не є формою ДПП, проте у разі структурування договору з урахуванням інвестиційних зобов'язань орендаря (наприклад, ремонтні роботи, невід'ємні поліпшення), можна зробити висновок про окремі спільні риси

- **Спільні підприємства.** Хоча вони не є формою ДПП у відповідності до Закону про ДПП, однак по суті є способом взаємодії держави та бізнесу з метою залучення приватних інвестицій до сфери охорони здоров'я.

Суть співпраці полягає у створенні підприємства, яке базується на спільному капіталі державної/комунальної та приватної власності, на спільному управлінні та на спільному розподілі результатів та ризиків. Спільне підприємство може бути створено у формі товариства з обмеженою відповідальністю, акціонерного товариства тощо).

Обмеження для функціонування спільних підприємств у сфері медицини визначаються наступним:

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

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

Створення господарських організацій на базі об'єктів державної власності здійснюється за умови, що розмір корпоративних прав держави перевищуватиме 50 відсотків їх статутного капіталу (при цьому, засновником з боку держави є Фонд державного майна України).

Суттєвою особливістю спільних підприємств будь-якого типу є те, що держава постійно бере участь у поточній виробничій, адміністративно-господарській та інвестиційній діяльності. Самостійність і свобода у

прийнятті рішень приватним партнером набагато вужча, ніж, наприклад, у концесії.

- **Контракти:** адміністративний договір, що укладається між державою / органом місцевого самоврядування і приватною фірмою на здійснення певних суспільно необхідних і корисних видів діяльності. В адміністративних контрактних відносинах права власності не передаються приватному партнеру, витрати і ризики повністю несе держава. Інтерес приватного партнера полягає в тому, що за договором він отримує право на обумовлену частку в доході, прибутку чи право на стягнення платежів.

У багатьох випадках співпраці держави з приватним сектором використовують форми, що базуються на перевагах різних моделей і їх поєднанні.

### **3.3. Шляхи підвищення ефективності державно-приватного партнерства у реалізації програм медичного обслуговування населення територіальних громад**

Як вчать студентів Київського університету імені Бориса Грінченко, «низка заходів, які реалізуються сьогодні в Україні у руслі проведення адміністративно-фінансової децентралізації, перетворюються на прихований спосіб перекидання відповідальності за скорочення мережі загальноосвітніх закладів і медичних установ у сільській місцевості на органи місцевого самоврядування сільських територіальних громад. Сьогодні одним з першочергових завдань адміністративно-фінансової децентралізації в Україні є приведення засобів і механізмів її реалізації до тих цілей і пріоритетів, які декларувалися на початку реформування» [76].

Вкрай незадовільний стан справ у медичній галузі підтверджується статистикою: на противагу країнам «великої сімки», де проекти з охорони здоров'я займають перше місце серед усіх проектів ППП (їх частка сягає майже 30% від загальної кількості: 184 із 615), в Україні на проекти ДПП у

сфері медицині припадає лише 1% всіх підписаних угод про партнерство (2 із 187). Реалізації раніш підписаної угоди ДПП в сфері охорони здоров'я (проект реконструкції та управління комунального закладу «Міська клінічна лікарня №3», міста Запоріжжя, 2012 рік) не сталось через конфлікт інтересів - не вдалось перебороти інституційний бар'єр імплементації визначеної форми партнерства. В Запоріжжі, не дивлячись на зацікавленість приватного сектора у проекті, супротив органу місцевого самоврядування призвів до призупинення договору концесії.

Аналіз здійснення проектів публічно-приватного партнерства у Великій Британії та нормативно-законодавчого забезпечення таких проектів в Україні дає вихідні точки, з яких можна зрозуміти, які типи проектів ППП у сфері медицини є найбільш придатними для їх реалізації територіальними громадами та які, як видається, можуть бути розроблені більш ефективно, ніж інші.

Почнемо із визначення засад державно-приватного партнерства.

ДПП у сфері охорони здоров'я формуються, виходячи із наступного:

- охорона здоров'я – це основоположна сфера діяльності для національного розвитку;
- характер сфери охорони здоров'я як суспільного блага, а також необхідні зусилля і ресурси для задоволення потреб суспільства в цій сфері діяльності потребує тісного співробітництва всіх залучених сторін як державного, так і приватного сектору.

Типовими драйверами ДПП у сфері медицини є наступні:

- ✓ Потреба в новій або модернізованій інфраструктурі;
- ✓ Обмеження бюджетних коштів та / або грошових потоків;
- ✓ Потреба у вдосконалених навичках управління для підвищення якості та економічної ефективності надання медичних послуг;
- ✓ Потреба у надійному та ефективнішому ланцюжку закупівель та постачання;



✓ Потреба в додаткових послугах / навичках (наприклад, спеціальних послугах) або розширення спроможності надання послуг.

Необхідними передумовами успішного впровадження проектів ДПП в сфері охорони здоров'я на будь-якому рівні є:

- Політична воля, підтримка держави та суспільства; створення умов для розвитку підприємництва і справедливої конкуренції серед закладів охорони здоров'я різних форм власності та розвиток соціального партнерства між державою та представниками приватної медицини;

- законодавче забезпечення функціонування закладів системи охорони здоров'я, включно з визначенням на законодавчому рівні базового пакету надання безоплатних медичних послуг населенню, гарантованих державою;

- Законодавче забезпечення різних форм державно-приватного партнерства; нормативно-законодавчий захист приватних партнерів;

- наявність виваженої середньо- та довгострокової стратегії розвитку кожної територіальної громади, якою визначено пріоритетні напрямки розвитку з урахуванням потреб населення конкретної території в медичному обслуговуванні та наявних ресурсів для їх задоволення;

- Державна підтримка програм підвищення якості медичного обслуговування населення територіальних громад;

- Формування інституційної та фінансової спроможності реалізації проектів ДПП;

- Прозорість процедур;

- Справедливий розподіл ризиків і доходів між партнерами;

- Сприятливе фіскальне середовище;

- Запровадження прозорої багатоканальної моделі фінансування галузі, що забезпечуватиме можливості для гнучкого фінансування через власний та/або залучений капітал

Охорона здоров'я населення є важливим завданням усіх рівнів влади суспільства, від стану якого залежить не тільки стан здоров'я населення як

невід'ємної складова людського потенціалу країни, але й розвиток держави в цілому. Специфікою розвитку медичної сфери є те, що її реформування в рамках соціально-економічних перетворень в Україні, відрізняється від перетворень в інших секторах економіки: охорона здоров'я не може припинитись в той період, коли в ній відбуваються серйозні трансформації. Саме тому реалізація проектів ДПП у сфері медицини має стати пріоритетом у державній та регіональній політиці.

В умовах недостатнього фінансування системи охорони здоров'я в Україні вже давно постало питання про необхідність прискореного переходу галузі від екстенсивно орієнтованої, розподільної системи ресурсного забезпечення на інтенсивну модель розвитку з економічними методами управління, в тому числі, на реалізацію державно-приватного партнерства. На рівні територіальних громад найбільших перспективними напрямками розвитку ДПП на сучасному етапі видаються, на нашу думку, наступні (за умови, що вони будуть реалізовуватись одночасно):

1. Створення та/або оснащення сучасним обладнанням клініко-діагностичних лабораторій (КДЛ)

2. Розвиток телемедицини

Клініко-діагностична лабораторія є структурним підрозділом лікарні, що забезпечує лікарів клінічно значущою об'єктивною інформацією, необхідною для постановки правильного діагнозу і призначення адекватного лікування. Потреба у прискореній розбудові та/або модернізації існуючих лабораторій в територіальних громадах обумовлюється специфічними медико-демографічними проблемами населення громад (високим ступенем демографічного постаріння населення, регресивним типом його вікової структури, високою смертністю населення працездатного віку), з одного боку, та браком коштів і кваліфікованих лікарів (здатних безпомилково ставити діагнози і обирати оптимальні методи дікування) у самих громадах. Можливість отримання клінічно значущої об'єктивної інформації дозволить

мешканцям територіальних громад без додаткових витрат зусиль, грошей та часу отримати консультацію провідних спеціалістів завдяки телемедицині.

Телемедицина - це напрямок медицини, а саме комплекс дій, технологій та заходів, що застосовуються при наданні медичної допомоги, з використанням засобів дистанційного зв'язку у вигляді обміну електронними повідомленнями (у випадках, коли відстань є критичним чинником). Мета телемедицини — поліпшення здоров'я населення шляхом забезпечення рівного доступу до медичних послуг належної якості. Функції телемедицини — клінічні, організаційно-адміністративні, превентивні, навчальні, наукові. Основними завданнями телемедицини є забезпечення надання медичної допомоги пацієнту, коли відстань є критичним чинником її надання та сприяння підвищенню якості допомоги та оптимізації процесів організації та управління охороною здоров'я.

Як видається, реалізація першого напряму - створення та/або оснащення сучасним обладнанням клініко-діагностичних лабораторій – має здійснюватись у формі концесії. Після визначення мети державно-приватного партнерства (підвищення ефективності економічного управління КДЛ, якості та доступності клініко-діагностичних досліджень) Держава, в особі міських органів влади, спільно з приватним інвестором має створити новий господарюючий об'єкт (комерційну організацію) на принципах ДПП.

Партнерські відносини партнерів повинні базуватись на чіткому розмежуванні функцій: приватний інвестор управлятиме закладом, вкладаючи в її розвиток професійний досвід управління та капітал. Міські органи влади забезпечуватимуть заклад нормативними, організаційними та методичними документами, методиками виконання вимірювань, науково-технічною документацією та виконуватимуть контролюючі функції.

В процесі експлуатації об'єкту приватний партнер буде отримувати плату за надавані послуги з двох джерел: держава в особі Національної служби здоров'я України оплачуватиме вартість лабораторних аналізів, що входять до пакету безоплатних медичних послуг, а додаткові аналізи будуть

оплачуватись самими пацієнтами за тарифами. Ці виплати можуть частково мопенсуватись державними платежами, наприклад, за послуги, які надаються користувачам з низьким рівнем доходу. Ще одним каналом надходження коштів можуть стати договори підряду на проведення клініко-діагностичних досліджень для приватних клінік.

Реалізацію другого напрямку, на нашу думку, було б оптимально здійснювати у формі спільної діяльності. Згідно ст. 1130 Цивільного Кодексу України за договором про спільну діяльність сторони (учасники) зобов'язуються спільно діяти без створення юридичної особи для досягнення певної мети, що не суперечить законові.

Спільна діяльність може здійснюватися на основі об'єднання вкладів учасників (просте товариство) або без об'єднання вкладів учасників. За договором простого товариства сторони (учасники) беруть зобов'язання об'єднати свої вклади та спільно діяти з метою одержання прибутку або досягнення іншої мети.

Українська держава виділяє цільові кошти на розвиток телемедицини. Так, зокрема, Субвенцією (у сумі 5 млрд, гривень) на реалізацію заходів, спрямованих на розвиток системи охорони здоров'я у сільській місцевості на 2019 рік передбачалось виділення коштів на розвиток телекомунікаційної інфраструктури, включаючи забезпечення закладів охорони здоров'я широкодіапазонним доступом до Інтернету, забезпечення сучасними технічними та інформаційно-програмними засобами для функціонування електронної системи охорони здоров'я та телемедицини [101].

Об'єднання зусиль двох секторів, комунального (державного) та приватного, з їх власними унікальними характеристиками, створюють можливості для більш ефективної діяльності та досягнення кращих результатів:

Державний / комунальний сектор виграє за рахунок скорочення бюджетних витрат, фінансування проектів без збільшення дефіциту бюджету і державного боргу, підвищення ефективності та зниження вартості реалізації

програм, доступу до більш гнучких та інноваційних практик, таких, наприклад, як впровадження комплексних ІТ-систем та орієнтованих на результат практик управління людськими ресурсами, що дозволяє розширювати потужності медичних закладів та підвищувати ефективність надання послуг. Уряди також отримують доступ до нових джерел фінансування і можуть перекласти частину ризиків на приватний сектор. Наприклад, за типовими програмами ДПП, приватний партнер зазвичай бере на себе всі витрати та ризики, пов'язані з будівництвом об'єкту, при тому що оплата відкладається до початку експлуатації об'єкта.

Приватний партнер зможе розширити рамки своєї діяльності, отримуючи доступ до нових ринків із меншим рівнем ризику, одночасно підвищуючи суспільний добробут. Приватний партнер також отримує можливість гарантовано отримувати доходи в середній та довгостроковій перспективі, що є гарантією стабільності бізнесу, отримує можливість залучення позикових коштів на більш вигідних умовах під гарантії держави. Хоча державні ринки охорони здоров'я, як правило, мають нижчу потенційну віддачу від інвестицій, вони забезпечують можливості для збільшення обсягу та частки ринку та дозволяють приватному сектору диверсифікувати свій портфель інвестицій та послуг.

Зточки зору об'єктивності перелік переваг державно-приватного партнерства має бути доповнений переліком потенційних недоліків ДПП, до яких відносяться:

- Можливість втрати громадського контролю
- Приватна вигода за рахунок держсектору
- Втрати майбутніх державних надходжень
- Ризик банкрутства або дефолту
- Проблеми з підзвітністю та прозорістю
- Можливі проблеми з охороною довкілля та трудовими ресурсами
- Суперечливі митні стягнення
- Недоліки, обумовлені конкретними умовами угоди.

В результаті здійснення будь-якої моделі ДПП у сфері охорони здоров'я держава і бізнес очікують на ефект, який може бути визначений трьома способами:

- ✓ підвищується якість послуг, що надаються;
- ✓ розподіл ризиків;
- ✓ у результаті конкуренції досягається більш ефективне

використання ресурсів.

Проблеми кількісного вимірювання вказаних ефектів потребують окремого дослідження в рамках написання докторської дисертації. Обмежений доступ даного дослідження дозволяють лише коротко перерахувати основні положеннями оцінки ефективності реалізації проектів згідно з Порядком проведення аналізу ефективності здійснення державно-приватного партнерства [97]:

1) соціально-економічна оцінка реалізації ДПП (характеристика ринкового середовища (показники попиту та пропозиції, тенденції, ціноутворення, цільові групи споживачів, технології, інші характеристики ринку, що стосуються специфіки здійснення ДПП; соціальна оцінка (аналіз території, населення, що перебуватимуть у сфері впливу ДПП, соціальні наслідки здійснення ДПП тощо);

2) економічна оцінка реалізації проектів державно-приватного партнерства (економічні вигоди та втрати від здійснення ДПП, економічна чиста приведена вартість (ENPV), економічні наслідки для учасників ДПП тощо);

3) екологічна оцінка реалізації проектів державно-приватного партнерства (вплив здійснення ДПП на навколишнє природне середовище, заходи, спрямовані на мінімізацію негативних наслідків тощо).

4) фінансова оцінка реалізації проектів державно-приватного партнерства (альтернативні варіанти досягнення мети ДПП (із порівнянням переваг та недоліків, фінансового ефекту, ризиків, технічних та технологічних аспектів тощо); ключові фінансові показники (індекс

прибутковості (PI), чиста приведена вартість (NPV), внутрішня норма рентабельності (IRR), дисконтований період окупності (DPP)); джерела фінансування ДПП, державна підтримка (необхідність, форма, обсяг тощо); співвідношення доходів та витрат державного (місцевого) бюджетів (прогнозні витрати та надходження до бюджетів з розбивкою за роками).

При підготовці проекту договору про державно-приватне партнерство в обов'язковому порядку повинні бути передбачені наступні положення [120]:

- 1) предмет та об'єкт договору;
- 2) мета договору
- 3) термін дії договору;
- 4) обсяг, зміст та види робіт і (або) послуг за договором;
- 5) терміни виконання видів робіт і (або) надання послуг за договором;
- 6) порядок створення (будівництво, реконструкція) та (або) експлуатація, управління об'єкту договору;
- 7) повноваження та обов'язки учасників (сторін) договору;
- 8) порядок створення, повноважень, функціонування та ліквідації цільової компанії (SPV) реалізації проекту державно-приватного партнерства за існування нагальної необхідності;
- 9) фінансова модель договору та інші фінансові питання;
- 10) розподіл між державним та приватним партнером доходів у зв'язку зі здійсненням діяльності, передбаченої договором ДПП, а також порядок визначення та отримання надприбутків, участь учасників договору ДПП в надприбутках, визначення середньозваженої доходності власного капіталу та ін.;
- 11) розподіл ризиків за усіма стадіями реалізації проекту ДПП та його учасниками;
- 12) державні гарантії, що надаються учасникам (сторонам) договору;
- 13) ресурси державного партнера, що передаються приватному партнеру, а також порядок передачі цих ресурсів;

14) право власності на об'єкт договору ДПП, а також на нематеріальні активи, пов'язані з договором (ліцензії, дозволи та інша документація), розподіл часток державного та приватного партнерів у праві власності на вказаний об'єкт, умови та момент виникнення таких прав;

15) порядок повернення ресурсів державного партнера та знов створеної в результаті виконання договору ДПП власності, необхідної для подальшого надання послуг, на момент закінчення терміну або у разі дострокового припинення договору[13];

16) порядок проведення аналізу ефективності здійснення державно-приватного партнерства;

17) екологічні, історико-культурні вимоги та вимоги безпеки до реалізації проекту ДПП;

18) страхування ризиків;

19) забезпечення гарантій якості продукції (робіт, послуг) та якості системи управління відповідно до ДСТ України.

Підсумовуючи викладений матеріал, наголосимо на тому, що проекти державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я мають базуватися на тих самих засадничих принципах, що й Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я на період 2015-2020 років [88], а саме:

- *Орієнтованість на людей*, що означає, що (i) проекти ДПП насамперед мають спрямовуватись на задоволення до потреб людей (як пацієнтів, так і медичних працівників); (ii) якість та безпека послуг, що надаватимуться в результаті реалізації проектів ДПП, є головними критеріями оцінки останніх; (iii) реалізація проектів ДПП у сфері охорони здоров'я залежить від стосунків між партнерами. Позитивний результат здійснення проекту може бути забезпечений лише шляхом формування довіри, діалогу та взаємоповаги між партнерами, а ефективність роботи залежатиме від якості таких стосунків.

- *Орієнтованість на результат*, що означає, що: (i) результативність допомоги та/ або профілактичних програм, фінансова захищеність пацієнтів,



ефективність використання коштів, урахування побажань пацієнтів повинні обумовлювати прийняття рішень на усіх рівнях; (ii) система оцінювання проекту повинна формувати передумови для того, щоб завершення кожного етапу реалізації проекту регулярно відслідковувалось за результатами та ставало підставою для покращення роботи; (iii) реформи, що передбачають залучення приватних надавачів послуг повинні пропонуватися тільки у тому випадку, якщо вони дійсно призведуть до кращих результатів або зменшать витрати на надання послуг тієї ж якості.

- *Орієнтованість на втілення*, що означає, що хороша ідея – це лише півшляху. Необхідно також провести підготовчу роботу, втілити ідею у життя та здійснювати ретельний моніторинг, котрий чітко відображає відповідальних осіб, часові межі та механізми підзвітності. Нові моделі фінансування послуг системи охорони здоров'я мають бути ефективними, зменшувати фінансові ризики, пов'язані з загрозою здоров'ю людей, та відкривати доступ до відповідних послуг.

Висновки до розділу 3.

Аналіз проблем і перспектив розвитку державно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я в Україні дозволив виявити відсутність будь-якої форми ДПП у сфері охорони здоров'я в Україні на сучасному етапі; розбіжність інтересів приватного і державного партнерів в процесах реалізації проєкту ДПП; специфічні особливості проєктів ДПП у сфері охорони здоров'я: заборона скорочення мережі державних та комунальних закладів охорони здоров'я, конституційні обмеження щодо платності послуг у державних і комунальних ЗОЗ, різноспрямованість інтересів стейкхолдерів проєкту; фактори, що стримують впровадження та розвитку приватно-державного партнерства в усіх галузях вітчизняної економіки загалом, і у сфері медицини – зокрема.

Як показав проведений аналіз практики реалізації ДПП і фахової літератури, найбільш серйозні проблеми системного характеру включають: труднощі з отриманням дозвільних документів та погоджень, що необхідні

для реалізації проекту ДПП; складність в переоформленні на приватного партнера права користування земельною ділянкою, на якій розташований об'єкт ДПП; недостатня фахова підготовка посадових осіб, які займаються питаннями ДПП, низький рівень їх мотивації; наявність корупційних проявів; складність практичної реалізації гарантій, що надаються державним партнером для цілей реалізації проекту ДПП тощо.

Аналіз нормативно-правового забезпечення державно-приватного партнерства дозволив виокремити конкретні форми реалізації проектів ДПП у сфері охорони здоров'я. Вони включають: договір про концесію; договір про управління майном; договір про спільну діяльність та інші договори (оренду, лізинг, контракти та створення спільних підприємств). Як показує практика, у багатьох випадках співпраці держави з приватним сектором використовують форми, що базуються на перевагах різних моделей і їх поєднанні.

На рівні територіальних громад найбільших перспективними напрямками розвитку ДПП на сучасному етапі видаються, на нашу думку, наступні (за умови, що вони будуть реалізовуватись одночасно):

1. Створення та/або оснащення сучасним обладнанням клініко-діагностичних лабораторій (КДЛ)
2. Розвиток телемедицини

Як видається, реалізація першого напрямку - створення та/або оснащення сучасним обладнанням клініко-діагностичних лабораторій – має здійснюватись у формі концесії. Реалізацію другого напрямку, на нашу думку, було б оптимально здійснювати у формі спільної діяльності.

## ВИСНОВКИ

Дослідження теоретичних засад державно-приватного партнерства у реалізації економічного та соціально-культурного розвитку територіальних громад в Україні дозволило встановити, що:

- Невідкладна необхідність децентралізації в Україні, як країні з транзитною економікою, визначається політичним та економічним імперативом, а також необхідністю підвищення ефективності надання послуг;

- Децентралізація розрізняється за типами (політичний, адміністративний, фінансовий та економічний) та за формами (деконцентрацію, делегування, деволюцію, дивестування, приватизація та дерегуляція)

Аналіз базових підходів до децентралізації дозволив сформулювати наступні твердження:

- держава може здійснювати децентралізацію влади в інтересах населення, передаючи частину повноважень органів виконавчої влади органам місцевого самоврядування;

- децентралізація повноважень має відбуватись із урахуванням принципу субсидіарності;

- передача повноважень органам місцевого самоврядування має супроводжуватись передачею необхідних ресурсів і наданням права самостійного прийняття рішень щодо переданих повноважень з урахуванням місцевих особливостей.

Одним з найбільш ефективних інструментів реалізації програм розвитку країни в цілому та її окремих регіоні є державно-приватне партнерство (ДПП). Воно забезпечує можливість ведення конструктивного діалогу між владою та бізнесом на основі розподілу ризиків при реалізації проектів та створення позитивного іміджу у суспільстві. Як свідчить зарубіжний досвід, державно-приватне партнерство може реалізовуватись у формі різних

моделей, які відрізняються за спрямуванням проектів ДПП, обов'язками та ризиками приватного партнера, а також його правами щодо об'єкта ДПП. Знання специфіки кожної моделі необхідне для вибору оптимальної форми ДПП для досягнення бажаного результату у кожному конкретному випадку.

Як відомо з практики, реалізація будь якої форми ДПП у будь-якій територіальній громаді вимагає передачі на місцевий рівень повноважень і відповідальності у фінансовій та бюджетній сферах. Вказані аспекти являються найважливішим, оскільки саме вони визначають успішність функціонування як об'єднаних територіальних громад, так і держави в цілому. Статистичні дані свідчать про швидке зростання субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення заходів щодо соціально-економічного розвитку окремих територій та доходів загального фонду місцевих бюджетів в цілому.

Проведення реформ системи охорони здоров'я та децентралізації в Україні демонструє позитивний соціально-економічний ефект, хоча є і проблеми: низький рівень доходів населення, незрілість інституту місцевого самоврядування в Україні, існуванням значної кількості правових колізій та нечіткість законодавства в сфері компетенції і повноважень місцевих органів державної влади, відсутність економічного підґрунтя для реалізації реформ, а також низька громадянська активність населення. Найбільш гострими проблемами охорони здоров'я як населення окремих громад, так і всієї України, є:

- недоліки механізмів державного фінансування медичної сфери; організаційні прорахунки;
- пасивна кадрова політика в галузі;
- зниження якості медичних послуг;
- недосконалість законодавства, що регламентує діяльність системи охорони здоров'я.

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

української системи. Саме тому для вивчення досвіду реалізації програм ДПП у сфері охорони здоров'я в зарубіжних країнах була обрана Велика Британія. Аналіз практики публічно-приватного партнерства у сфері медицини цієї країни дозволив виявити найбільш прийнятні для вітчизняних реалій засади трансформації української медицини, включно з наступними принципами:

- ✓ Принцип «універсального базового покриття», незалежно від статків. Людям не потрібно

- ✓ Українська Національна служба здоров'я створена за аналогією до NHS. Вона виконує функцію замовника медичних послуг — кожна лікарня, що працює в системі, отримує фінансування за чіткими тарифами. Інших посередників немає.

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

- ✓ Додаткові послуги забезпечуються добровільним медичним страхуванням.

Дослідження стану реалізації проектів ДПП в Україні у сфері медицини є вкрай проблематичним, оскільки станом на сьогодні навіть ті проекти, що позиціонуються як приклади ДПП у сфері охорони здоров'я в Україні, не є такими за своєю природою і були реалізовані поза вимогами Закону «Про ДПП».

Аналіз теоретичних аспектів державно-приватного партнерства в українській медицині дозволив виявити сильні та слабкі сторони проектів ДПП, можливості та загрози їх реалізації (SWOT аналіз), а також ризики, притаманні таким проектам на різних стадіях їх реалізації. Результати аналізу стали базою для розробки заходів, спрямованих на підвищення ефективності державно-приватного партнерства у реалізації економічного та соціально-культурного розвитку територіальних громад.

Аналіз проблем і перспектив розвитку державно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я в Україні дозволив виявити

відсутність будь-якої форми ДПП у сфері охорони здоров'я в Україні на сучасному етапі; розбіжність інтересів приватного і державного партнерів в процесах реалізації проєкту ДПП; специфічні особливості проєктів ДПП у сфері охорони здоров'я: заборона скорочення мережі державних та комунальних закладів охорони здоров'я, конституційні обмеження щодо платності послуг у державних і комунальних ЗОЗ, різноспрямованість інтересів стейкхолдерів проєкту; фактори, що стримують впровадження та розвитку приватно-державного партнерства в усіх галузях вітчизняної економіки загалом, і у сфері медицини – зокрема.

Як показав проведений аналіз практики реалізації ДПП і фахової літератури, найбільш серйозні проблеми системного характеру включають: труднощі з отриманням дозвільних документів та погоджень, що необхідні для реалізації проєкту ДПП; складність в переоформленні на приватного партнера права користування земельною ділянкою, на якій розташований об'єкт ДПП; недостатня фахова підготовка посадових осіб, які займаються питаннями ДПП, низький рівень їх мотивації; наявність корупційних проявів; складність практичної реалізації гарантій, що надаються державним партнером для цілей реалізації проєкту ДПП тощо.

Аналіз нормативно-правового забезпечення державно-приватного партнерства дозволив виокремити конкретні форми реалізації проєктів ДПП у сфері охорони здоров'я. Вони включають: договір про концесію; договір про управління майном; договір про спільну діяльність та інші договори (оренду, лізинг, контракти та створення спільних підприємств). Як показує практика, у багатьох випадках співпраці держави з приватним сектором використовують форми, що базуються на перевагах різних моделей та їх поєднанні.

На рівні територіальних громад найбільших перспективними напрямками розвитку ДПП на сучасному етапі видаються, на нашу думку, наступні (за умови, що вони будуть реалізовуватись одночасно):

3. Створення та/або оснащення сучасним обладнанням клініко-діагностичних лабораторій (КДЛ)

4. Розвиток телемедицини

Як видається, реалізація першого напрямку - створення та/або оснащення сучасним обладнанням клініко-діагностичних лабораторій – має здійснюватись у формі концесії. Реалізацію другого напрямку, на нашу думку, було б оптимально здійснювати у формі спільної діяльності.

Взаємодія держави та бізнесу є об'єктивною потребою збалансованого розвитку територіальних громад, а світова практика свідчить, що варіації моделей такої співпраці практично не обмежені. Усунення визначених в дослідженні недоліків в нормативно-правовому та адміністративному регулюванні в нашій країні має сприяти підвищенню якості медичного обслуговування населення України.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Конституція України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>
2. Господарський кодекс України від 16.01.2003 № 436-IV./ Офіційний сайт Верховної Ради України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/436-15#Text>
3. Цивільний Кодекс України від 16.01.2003 № 435-IV / Офіційний сайт Верховної Ради України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15/para5248#n5248>
4. Закон України «Про державно-приватне партнерство » від 01.07.2010 № 2404-VI // Офіційний сайт Верховної Ради України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua>
5. Закон України « Основи законодавства України про охорону здоров'я » від 19.11.1992 р. №2801-XII / Офіційний сайт Верховної Ради України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/2801-12#Text>
6. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення » від 19.10.2017 р. №2168-VIII / Офіційний сайт Верховної Ради України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/2168-19#Text>
7. Закон України «Про публічні закупівлі » від 25.12.2015 р. №922-VIII / Офіційний сайт Верховної Ради України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/922-19#Text>
8. Закон України [« Про фінансовий лізинг »](#) від 16.12.1997 № 723/97-ВР / Офіційний сайт Верховної Ради України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/723/97-%D0%B2%D1%80#Text>



9. Закон України « Про концесію » від 2019, № 155-IX / Офіційний сайт Верховної Ради України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/155-20#n646>
10. Закон України « Про управління об'єктами державної власності » (стаття 5) від 21.09.2006 № 185-V / Офіційний сайт Верховної Ради України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/185-16#Text>
11. Закон України « Про відкритість використання публічних коштів » від 11.02.2015 № 183-VIII / Офіційний сайт Верховної Ради України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/183-19#Text>
12. Закон України « Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів » від 19.10.2017 р. № 2168-VIII [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2168-viii>.
13. Закон України « Про місцеве самоврядування в Україні » від 21 трав. 1997 р. № 280/97-ВР. Офіційний сайт Верховної Ради України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80> (дата звернення: 20.05.2019).
14. Закон України « Про добровільне об'єднання територіальних громад » №157-УІІІ [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/157-19#Text>
15. ДЕРЖАВНА СТРАТЕГІЯ регіонального розвитку на 2021—2027 роки ЗАТВЕРДЖЕНО постановою Кабінету Міністрів України від 5 серпня 2020 р. № 695 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/695-2020-%D0%BF#Text>
16. Концепція розвитку державно-приватного партнерства в Україні 2012-2017 роки [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ppp-ukraine.org/wp-content/uploads/2015/03/PPP-Development-Concept-2012->

2017.pdf

17. Концепція реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні від 01.04.2014 № 333-р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/333-2014-%D1%80#Text>
18. Про затвердження Державної стратегії регіонального розвитку на період до 2020 року. Постанова Кабінету Міністрів України від 6 серпня 2014 р. № 385. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/385-2014-%D0%BF#Text>
19. Абрамова І.В. Теоретичне обґрунтування змісту та форм фінансового забезпечення об'єднаних територіальних громад. Вісник ЖНАЕУ. 2017. № 1 (59), т. 2. С. 9-18.
20. Авдеева О. В. Развитие государственно-частного партнерства в инвестиционных проектах в сфере здравоохранения / О. В. Авдеева // Известия Тул. гос. ун-та. Эконом. и юрид. науки. - 2008. - № 2. - С. 141-150
21. Антонов А. В. Державна політика сталого соціально-економічного розвитку сільських територій як умова зростання якості життя сільського населення: теоретико-методологічні засади та практичні аспекти : монографія. Донецьк : Юго-Восток, 2012. 379 с.
22. Бандур С. І. Сучасна регіональна соціально-економічна політика держави: теорія, методологія, практика / С. І. Бандур, Т. А. Заяць, І. В. Терон. - К. : РВПС України НАН України, 2002. - 250 с.
23. Беленький П. Регіональна політика збалансованого соціально-економічного розвитку / П. Беленький, О. Другов // Регіон. економіка. - 2005. - № 1. - С. 96-106.
24. Близнюк А. С., Толстенко О. В. Проблеми формування інституту соціального партнерства та соціально орієнтованої підприємницької діяльності в Україні. Наукові праці МАУП. 2014. Вип. 43. С. 178–183.
25. Боделан В. Р. Соціальні бізнес і підприємництво як форма громадсько-

- державного партнерства. Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування. 2014. No 1. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ttpdu\\_2014\\_1\\_6/](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ttpdu_2014_1_6/)
- 26.Брайловський І. А. Сучасний стан державно-приватного партнерства в країнах Європейського Союзу / І. А. Браїловський // Ефективна економіка. – 2012. – No 12. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=1699>.
- 27.Брайловський І. А. Сучасні теорії державно-приватного партнерства / І. А. Браїловський // Вісник Приазовського державного технічного університету. – Маріуполь : ДВНЗ « Приазов. держ. техн. ун- т », 2012. – Вип. 24. – С. 49–54. – (Серія « Економічні науки »).
- 28.Брайловський І. А. Теоретичні засади взаємодії суспільного і приватного секторів економіки в рамках державно-приватного партнерства / І. А. Браїловський // Економіка і управління. – 2014. – No3 (63). – С. 68– 72.
- 29.Брайловський І. А. Управління ризиками проектів державно-приватного партнерства / І. А. Браїловський // Схід: аналітично-інформаційний фаховий журнал. – 2013. – No 5 (125). – С. 17–21.
- 30.Брайловський І. А. Характеристика орендно-концесійних моделей державно-приватного партнерства / І. А. Браїловський // Економіка і організація управління. – 2013. – No 1 (15) – 2 (16). – С. 166– 172.
- 31.Бульба В. Г. Територіальна громада як об'єкт і суб'єкт державної соціальної політики. Публічне управління: теорія та практика. 2013. Вип. 4. С. 118–125.
- 32.Вайсман Е. Я. Механізм залучення інвестицій в економіку регіону на основі державно-приватного партнерства [Текст] / Е.Я.Вайсман // Інвестиції: практика та досвід. – 2014. – No 6. – С. 149–153.
- 33.Варнавский В. Г. Государственно-частное партнерств в 2-х тт. / В. Г. Варнавский. – М. : ИМЭМО РАН, 2009. – Т. 1. – С. 12.
- 34.Варнавский В. Г. Концептуальные экономические и правовые основы

- концессионной деятельности [Электронный ресурс] / В. Г. Варнавский // Полемика : Интернет-журнал. – 2002. – No 13. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [//www.irex.ru/publications/polemika/13/varnavsky.html](http://www.irex.ru/publications/polemika/13/varnavsky.html).
35. Варнавский В.Г. Место и роль государственно-частного партнерства в системе экономических категорий: попытка системного анализа/ В. Г. Варнавский . [Электронный ресурс]– Режим доступа: [www.econogus.org/consp/files/x3yb.doc](http://www.econogus.org/consp/files/x3yb.doc)
36. Варнавский В. Г. Партнерство государства и частного сектора: формы, проекты, риски [Текст] / В. Г. Варнавский. – М. : Наука, 2005. – 315 с.
37. Варналії З.С. (ред) Регіони України: проблеми та пріоритети соціально-економічного розвитку : монографія / за ред. З. С. Варналія. - К. : Знання України, 2005. - 498 с.
38. Василенко Л., Василенко А. Формування місцевих бюджетів та соціальне партнерство. Вісник Київ. нац. торг.-екон. ун-ту. 2011. No 1. С. 50–57.
39. Васильева М. Н. Анализ зарубежного опыта реализации форм [Государственно-частного партнерства // Современные научные исследования и инновации : научно-практический журнал. – 2011. – No 2. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://web.snauka.ru/issues/2011/06/912>.
40. Васильєв Є. Є. Законодавче забезпечення державно-приватного партнерства в інноваційній сфері в Україні / Є. Є. Васильєв // Сучасна регіональна політика: освіта, наука, практика. – Одеса, 2011. – Т. 2. – С. 18–19.
41. Васильєва О. І. Розвиток державно-приватного партнерства у сфері житлово-комунального господарства / О. І. Васильєва // Наукові розвідки з державного та муніципального управління. – К., 2012. – Вип. 1. – С. 37–48.
42. Велков В. Державно-приватне партнерство як механізм взаємодії влади

- та бізнесу / В.Велков // Актуальні проблеми державного управління. – Одеса, 2010. – Вип. 3. – Т. 2 (43). – С. 38–42.
- 43.Вінник О. М. Форми та моделі державно-приватного партнерства / О. М. Вінник // Університетські наукові записки : часопис Хмельницького університету управління та права. – 2011. – Вип. 1. – С. 159-169.
- 44.Вінник О. М. Корпоративна форма державно-приватного партнерства: проблеми правового забезпечення на тлі зарубіжного досвіду: монографія / О. М. Вінник. – Суми : МакДен, 2012. – 204 с.
- 45.Гарбариніна В. Підвищення рівня інституційної спроможності органів публічної влади в умовах реалізації політики державно-приватного партнерства / В. Гарбариніна // Ефективність державного управління. — 2016. — Вип. 1/2 (46/47). — Ч. 1. — С. 180–187.
- 46.Геєць В. М. Суспільство, держава, економіка: феноменологія взаємодії та розвитку / В. М. Геєць ; НАН України ; Ін-т екон. та прогнозув. НАН України. – К., 2009.
- 47.Герасимчук З. В. Регіональна політика сталого розвитку: методологія формування, механізми реалізації / З. В. Герасимчук. - Луцьк : Надстир'я, 2001. - 528 с.
- 48.Голованова Н., Андреева Е. Понятие децентрализации и способы ее измерения на примере России // в кн. Развитие бюджетного федерализма: международный опыт и российская практика, ред. М. Де Сильва, Г. Курляндская, М: » Весь мир » , 2006
- 49.Гумницька Марія Вікторівна Вплив публічно-приватного партнерства на реалізацію міжнародних проектів. Магістерська дисертація. Київ. НТУУ КПІ. 2018, с.103
- 50.Гусев Ю., Бойчук Т. ЦІЛІ ТА ФОРМИ ДЕРЖАВНО ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА/ Ю.В.Гусев, Т.В.Бойчук. // Інвестиції: практика та досвід. No 16/2017
- 51.Данилов А. В. Новые аспекты финансирования в сфере здравоохранения / А.В. Данилов, Л. А. Гришина // Вестн. Воронеж. гос. техн.

- университета. – 2009. – № 5. – С. 159 – 160.
52. Дем'яненко Л. Реформа адміністративно-територіального устрою: плани та перспективи [Електронний ресурс] / Л. Дем'яненко // Стратегія сталого розвитку України – 2030. – 2020. – № 8. – С. 6–10. – [Електронний ресурс]. Режим доступу: [http://nbuviap.gov.ua/images/praktuka\\_susp\\_peretvoren/2020/8.pdf](http://nbuviap.gov.ua/images/praktuka_susp_peretvoren/2020/8.pdf).
53. Державно-приватне партнерство в медичній галузі України: реалії та перспективи. 17.06.2020. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://rpr.org.ua/news/derzhavno-pryvatne-partnerstvo-v-medychniy-haluzi-ukraini-realii-ta-perspektyvy/>
54. Державно-приватне партнерство: МОЗ України провело нараду з питань його впровадження у сфері охорони здоров'я. Матеріали Круглого столу з міжнародною участю « Актуальні питання міжнародної співпраці у сфері охорони здоров'я » м. Київ, 17 грудня 2015 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : URL : <http://www.apteka.ua/article/338281>.
55. Державно-приватне партнерство: Навчальний посібник. К. : Навчально-методичний центр « Консорціум із удосконалення менеджмент-освіти в Україні » , 2016.
56. Державно-приватне партнерство як механізм реалізації нової регіональної політики: можливості застосування та практичні аспекти підготовки і впровадження інвестиційних проектів / Програма U-LEAD. — Київ, 2017. — 106 с.
57. Децентралізація: коротко про головне 04.03.19. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://cost.ua/698-detsentralizatsiya-korotko-pro-holovne/>
58. Діагностичний огляд законодавства про державно-приватне партнерство [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ppp-ukraine.org/wp-content/uploads/2013/07/diagnostic-review-of-legal-and-regulatory-framework-for-ppps-ukr.pdf>

- 59.Добагян Е. К. Факторы и современные тенденции развития ГЧП в здравоохранении на примере зарубежного опыта / Е. К. Добагян // Человеч. капитал и профессион. образование. – 2016. – No 2.
- 60.Добровільне об'єднання територіальних громад, Офіційний сайт Воловецької районної державної адміністрації. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://vrda.gov.ua/dobrovilne-objednannya-terytorialnyh-hromad/>
- 61.Досвід та перспективи впровадження державно-приватних партнерств в Україні та за кордоном / Б. О. Винницький, М. І. Лендєл, Б. П. Онищук та ін. — К. : К. І. С., 2008. — 146 с.
- 62.Ельсиновская С. О. Продвижение платных медицинских услуг: инструменты, которые работают / С. О. Ельсиновская // Здравоохранение: журн. рабочих ситуаций гл. врача. – 2016. – No 5. – С. 28 – 35.
- 63.Ершов Д. Л. Перспективы реализации государственно-частного партнерства в здравоохранении субъектов в РФ / Д. Л. Ершов // Междунар. исследоват. журнал. – 2013. – No 10/13. – С. 33 – 35.
- 64.Єфименко Т. І. Державно-приватне партнерство в системі регулювання економіки : монографія / Т. І. Єфименко та ін. – К. : Ін-т економіки та прогнозування НАН України, 2012. □
- 65.Жердев Р. А. Государственно-частное партнерство как драйвер развития отечественного здравоохранения / Р. А. Жердев // Рос. предпринимательство. – 2015. – No 18. – С. 3125 – 3138.
66. Жуковська А. Державно-приватне партнерство в соціальній сфері Зарубіжний досвід та перспективи впровадження в Україні/ Вісник Тернопільського національного економічного університету №3, 2017.
- 67.Карпенко О. Н. Система здравоохранения: возможности и перспективы развития / О. Н. Карпенко // Современная медицина: актуальные вопросы. – 2014. – No 32. – С. 36 – 42.
- 68.Климин В. Г. Государственно-частное партнерство в здравоохранении

- / В. Г. Климін // Финансы и кредит. – 2010. – № 27. – С. 32 – 35.
69. Коломієць О. О. Система охорони здоров'я в Україні: недоліки організації та ризики реформування / О. О. Коломієць // [Економічний вісник Національного технічного університету України «Київський політехнічний інститут](#) » . - 2018. - № 15. - С. 18-27. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/evntukpi\\_2018\\_15\\_5](http://nbuv.gov.ua/UJRN/evntukpi_2018_15_5)
70. Кравченко В. В. Медико-соціальне обґрунтування концептуальної моделі консультативно-діагностичного центру на принципах державно-приватного партнерства / Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.03 « Соціальна медицина » . – Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ, 2018.
71. Кредісов А., Білоус А. Державно-приватне партнерство: світовий досвід та його використання в Україні. « Економіка України ». — 2016. — 2 (651)
72. Курдиль Н. В. Государственно-частное партнерство в первичной медико-санитарной помощи: предоставление услуг на основе контрактирования / Н. В. Курдиль, А. Г. Луценко // [Сімейна медицина](#). - 2014. - № 3. - С. 15-18. - [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/simmed\\_2014\\_3\\_7](http://nbuv.gov.ua/UJRN/simmed_2014_3_7)
73. Куц Д. Государственно-частное партнерство в Украине – отрасль, которая обещает развиваться [Электронный ресурс] / Д. Куц. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://rbn.cc/ru/analytics/3982-derzhvano-pryvatne-partnerstvo-v-ukrajini-galuz-jaka-obicjaje-rozvyvatysja>.
74. Лебединська О., Валентюк І. Державне регулювання розвитку регіону: проблеми та перспективи / О. Лебединська, І. Валентюк // Вісник Національної академії державного управління при Президенті України. – 2010. - №3. - С. 143-151



- 75.Левицька О.О. Проблеми вітчизняної системи охорони здоров'я в сучасних соціально-економічних умовах Lviv Polytechnic National University Institutional Repository. –[Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ena.lp.edu.ua>
- 76.Лекція 11. Тема: Стратегія регіонального розвитку: від історії до сучасності. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://fitu.kubg.edu.ua/>
- 77.Лехан В. М. Аналіз доступності медичної допомоги для населення України / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, Є. К. Духовенко // Голов. мед. сестра. – 2009. – № 1. – С. 19 – 20.
- 78.Макаренко М. П. Бар'єри для участя частных медорганізацій в системі ОМС / М. П. Макаренко, А. А. Абдин // Здравоохранение: журн. рабочих ситуаций гл. врача. – 2016. – № 2. – С. 34 – 39.
- 79.Мартякова О. В. Механізм реалізації Державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я / О. В. Мартякова., І. В. Трикоз // Часопис економ. реформ. – 2013. – № 4. – С. 33 – 39.
- 80.Маслов А., Гладковська А. Сутність, типи, форми, можливості і загрози децентралізації / А. О. Маслов, А. Т. Гладковська / Електронне видання Ефективна економіка №2, 2019 [Електронний ресурс] / Д. Куц. – Режим доступа : <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=5>
- 81.Мацедонська Н.В. Децентралізація в Україні та основні шляхи її впровадження в сучасних умовах / Н.И.Мацедонська, Л.М;Клівіденко // Економіка та суспільство. – 2017.- Вип. 8.
- 82.МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ для державних та комунальних закладів охорони здоров'я для працівників органів управління у сфері охорони здоров'я для впровадження проектів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. МООЗ. 2018.
- 83.Мещерякова Ж. В. Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения: проблемы и пути решения / Ж. В. Мещерякова, В. С. Дзекунскас // Науч. альманах. – 2015. – № 12. – С. 254 – 257.

84. Миськевич Т. *Реформування системи охорони здоров'я в Україні*. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.nbuviar.gov.ua/index.php?option=com\\_content&view=article&id=753](http://www.nbuviar.gov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=753)
85. Мокій А.І., Гуменюк А.М., Дацко » Організаційно-економічні механізми забезпечення розвитку державно-приватного партнерства на периферійних територіях західних регіонів України » . Аналітична записка. Національний інститут стратегічних досліджень – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://old2.niss.gov.ua/articles/1324/>
86. Моніторинг процесу децентралізації влади та реформування місцевого самоврядування, вересень 2020. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [https://decentralization.gov.ua/mainmonitoring#main\\_info](https://decentralization.gov.ua/mainmonitoring#main_info)
87. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я на період 2015-2020 років. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України. <https://moz.gov.ua/strategija>
88. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2015 році: Статистичний бюлетень / Держстат України. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat\\_u/2017/bl/02/bl\\_nroz15.zip](http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2017/bl/02/bl_nroz15.zip)
89. Нисан Б. А. Научное обоснование организационных подходов к государственно-частному партнерству в здравоохранении : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.02.03 / Нисан Белла Александровна ; Нац. науч.-исслед. ин-т обществ. здоровья РАМН. – М., 2014. – 48 с.
90. Новікова І., Бойчук Т. Що змінилося після прийняття закону про концесії? Юридична Газета online № 1 21 січня 2020. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://yur-gazeta.com/publications/practice/derzhavnoprivatne-partnerstvo/shcho-zminilosya-pislya-priynyattya-zakonu-pro-koncesiyi.html>
91. Опитування голів ОТГ щодо організації надання медичних послуг.

- Аналітичний центр АОТГ, Офіційний сайт <https://hromady.org/13518-2/>
92. Організаційно-економічні основи розвитку агропромислового виробництва та сільських територій ; за ред. П.А. Лайка. Київ : Нічлава, 2006. 448 с.
  93. Основы экономики здравоохранения / под ред. Н. И. Вишнякова. – М. : МЕДпресс-информ, 2014. – 152 с.
  94. Остапенко В. Сутність та роль публічно-приватного партнерства в соціально-економічному розвитку. Наукові записки Львів. ун-ту бізнесу та права. 2013. Вип. 10. С. 88–95.
  95. Павлов О. І. Сільські території України: функціонально-управлінська модель. Одеса : Астропринт, 2009. 344 с.
  96. Павлюк К. В. Підвищення ефективності бюджетних видатків у сфері охорони здоров'я на основі механізмів державно-приватного партнерства / К. В. Павлюк / Наука й економіка / 2014, No 1 (33)
  97. Петрова О. С. Взаимодействие власти и бизнеса в форме государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения : автореф. дис. .. канд. эконом. наук : 08.00.05 / Петрова Ольга Сергеевна ; Новгород. гос. ун-т им. Ярослава Мудрого. – В. Новгород, 2014. – 21 с.
  98. Підгаєць С. В. Проблеми та перспективи розвитку державно-приватного партнерства в системі охорони здоров'я / С. В. Підгаєць, Т. Д. Сіташ // Економіка розвитку. – 2012. – No 3. – С. 32 – 37.
  99. Підготовка та реалізація проектів публічно-приватного партнерства: Практичний посібник для органів місцевої влади та бізнесу / С. Грищенко – К., ФОП Москаленко О.М., 2011. – 140 с.
  100. ПОРЯДОК ТА УМОВИ надання субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення заходів, спрямованих на розвиток системи охорони здоров'я у сільській місцевості. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/983-2017-%D0%BF#Text>
  101. Потапчик Е. Г. Анализ мирового опыта отбора проектов,

- реализуемых посредством государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения / Е. Г. Потапчик, Л. Д. Попович // Здравоохранение: журн. рабочих ситуаций гл. врача. – 2015. – No 8. – С. 66 – 75.
102. Практическое руководство по вопросам эффективного управления в сфере государственно-частного партнерства. ООН, Женева, - 2008. - 114с.
103. Приходько О. Чому медична реформа від МОЗ приречена на поразку? / О. Приходько // Аптека. – 2017. – No 34. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: : <https://www.apteka.ua/article/424421>.
104. Про реформу – Децентралізація. Офіційний державний сайт decentralization.gov.ua <https://decentralization.gov.ua/about>
105. Прошкуратов О. М. Основні соціально-економічні сфери реалізації державно- приватного партнерства у світі. Наукові праці НДФІ. 2014. Вип. 1. С. 40–48.
106. Разумовский А. В. Перспективы развития государственно-частного партнерства в здравоохранении / А. В. Разумовский, Н. А. Полина, Л. Н. Коптева // Мед. альманах. – 2013. – No 2. – С. 19 – 23.
107. Реалізація проектів державно-приватного партнерства в Україні : практ. посіб. / Ю. Гусев, Т. Бойчук, А. Хорошун, Т. Садова та ін. ; SPILNO. — К., жовтень 2017. — 94 с.
108. Результаты первого этапа децентрализации в Украине 2014-2019 роки. Сайт ‘Децентрали́зация’ / [Електронний ресурс]. – Режим доступу:<https://decentralization.gov.ua/about>
109. Рожкова Е. В. Государственно-частное партнёрство: сущность, значение, основные направления реализации в сфере здравоохранения / Е. В. Рожкова, О. В. Касенко // Human health as a problem of medical sciences and humanities : materials of the international scientific conference on April 20-21, 2015. – Praha, 2015. – N 19. – С. 7 – 9.

110. Результати дослідження « (Без)коштовна медицина » 30 березня 2017. Офіційний сайт Міністерством охорони здоров'я України. [Електронний ресурс] - Режим доступу: <https://moz.gov.ua/article/statistic/rezultati-doslidzhennja-bezkoshtovna-medicina>
111. Результати першого етапу децентралізації в Україні. 2014-2019 роки / сайт 'Децентралізація'. [Електронний ресурс] - Режим доступу: <https://decentralization.gov.ua/about>
112. Розвиток партнерства між місцевою владою та недержавним сектором у сфері надання громадських послуг : монографія / О. В. Берданова, В. М. Вакуленко, М. Д. Василенко та ін. ; за ред. Ю. П. Лебединського. – Ужгород : Патент, 2003. – 192 с. □
113. Россоха, В., Плотнікова, М. Розвиток сільських територій України в умовах децентралізації управління: стан, проблеми, перспективи. / В. Россоха, М. Плотнікова // ЕКОНОМІЧНИЙ ДИСКУРС Міжнародний науковий журнал Випуск 4. 2018. [Електронний ресурс] - Режим доступу: <http://ekmair.ukma.edu.ua/handle/123456789/15290>
114. Роша Л.Г. Основи впровадження державно-приватного партнерства в патолого-анатомічній службі України. Актуальні проблеми клінічної та профілактичної медицини. 2018. Т. 2, № 4
115. Савченко Я. В., Євсєєва М. В. Особливості управління державно-приватного партнерством на регіональному рівні з використанням проектного і процесного підходів // Управлінець. 2014. № 6 (52). С. 24-29.
116. Середньостроковий план пріоритетних дій уряду на період до 2020 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [Електронний ресурс] - Режим доступу: [http://www.kmu.gov.ua/document/249628261/Presentation\\_Plan\\_diy\\_2020\\_□c.pdf](http://www.kmu.gov.ua/document/249628261/Presentation_Plan_diy_2020_□c.pdf). □

117. Сизова Е. С. Развитие инфраструктуры здравоохранения и качества услуг с использованием механизма государственно-частного партнерства : автореф. дис. .. канд. эконом. наук : 08.00.05 / Сизова Екатерина Сергеевна ; Рос. акад. нар. хоз-ва и гос. службы при Президенте РФ. – М., 2016. – 23 с.
118. Стан здійснення ДПП в Україні по регіонах. Офіційний сайт Міністерства розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства України 22.01.2020. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.me.gov.ua/Documents/Detail?lang=uk-UA&id=9fc90c5e-2f7b-44b2-8bf1-1ffb7ee1be26&title=StanZdiisnenniaDppVUkraini>
119. Степанова О.В. Інституційні механізми розвитку державно-приватного партнерства в Україні / О. В. Степанова Електронний журнал Ефективна економіка № 6, 2012 [Електронний ресурс] - Режим доступу: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=1227>
120. Степанова О. В. Стратегічні орієнтири розвитку державно-приватного партнерства в системі охорони здоров'я України [Електронний ресурс] - Режим доступу: / О. В. Степанова // Ефективна економіка. 2014. – № 6. – Режим доступу : URL : <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=3157>.
121. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, М.В. Шевченко. – К., 2009. – 50 с.
122. Субвенція на соціально-економічний розвиток. Офіційний сайт Державної казначейської служби України [Електронний ресурс] - Режим доступу: <https://www.treasury.gov.ua/ua/kaznachejstvo-informuye/mizhbyudzhetni-transferti/subvenciya-na-socialno-ekonomichnij>
123. ТКАЧЕНКО С. Проблеми розвитку територіальних громад в Україні / С. ТКАЧЕНКО // Наука онлайн: Міжнародний електронний науковий журнал - 2018. - №1. - [Електронний ресурс] - Режим доступу: <https://nauka-online.com/ua/publications/ekonomika/2018/1/problems-razvitiya-territorialnyh-obshhin-v-ukraine/>

124. Ткаченко І. М., Раменське Л. А., Євсєєва М. В. Управління портфелемпроектів державно-приватного партнерства з позиції стейкхолдерських підходу // Дискусія. 2013. № 9 (39). С. 95-103.
125. Трещов М. Децентралізація як засіб ресурсної самодостатності територіальних громад: теоретичний аспект / М. Трещов // Державне управління та місцеве самоврядування. - 2015. - Вип. 2. - С. 60-69. - [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/dums\\_2015\\_2\\_8](http://nbuv.gov.ua/UJRN/dums_2015_2_8)
126. Уйба В. В. Экономические методы управления в здравоохранении / В. В. Уйба, В. М. Чернышев, О. В. Пушкарев. – Новосибирск : Альфа-Ресурс, 2012. – 314 с.
127. Узунов Ф. В. Роль державно-приватного партнерства у побудові соціально орієнтованої економіки України / Ф. В. Узунов // Інвестиції: практика та досвід. – 2013. – № 15. – С. 133-135.
128. Філіпова Н. В. Роль державно-приватного партнерства в соціально- економічному розвитку країни / Н. В. Філіпова // Вісник Хмельницького національного університету. – 2012. – Т. 1. – № 6. – С. 258–262. – (Сер. : Економіка).
129. Фіскальний контроль і муніципальні проекти державно-приватного партнерства. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://ppp-ukraine.org/wp-content/uploads/2014/11/Guidance-Note-2\\_ua.pdf](http://ppp-ukraine.org/wp-content/uploads/2014/11/Guidance-Note-2_ua.pdf)
130. Фролов С. М. Фінансові аспекти публічно-приватного партнерства / С. М. Фролов, Р. А. Єремейчук // Економіка розвитку. – 2013. – № 4. – С. 18–22.
131. Хохлов Н.П. Экономическое содержание собственности в аспекте социально-экономических преобразований / Н.П.Хохлов // Экономическая теория. Научный журнал. – 2013. – № 3. – С. 5-15.
132. Цибуляк В.Я. Інституційні засади сільського розвитку в Україні: науково-прикладний аспект : монографія. Київ : ДУ « Ін-т екон. і

- прогнозув. НАН України » , 2014. 272 с.
133. « Ця зарплата їх не мотивує » – чому українські медики емігрують в ЄС та за яких умов готові повернутися? 26 листопада 2020 / <https://www.radiosvoboda.org/a/30340477.html>
134. Черевиков Є. Л. Розвиток державно-приватного партнерства як форми суспільного партнерства в Україні / Є. Л. Черевиков // Проблемы повышения эффективности функционирования предприятий различных форм собственности. – Донецьк, 2009. – Вып. 2. – Т. 1. – С. 262–269.
135. Чернецький В. Економічні механізми державного управління системою охорони здоров'я / В. Чернецький // Держ. управління та місцеве самоврядування. – 2013. – Вип. 1. – С. 145 – 150.
136. Шевченко М. Медицина Великої Британії — взірець егалітарної моделі. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://pharma.net.ua/publications/articles/10614-medicina-velikoyi-britaniyi-vzirec-egalitarnoyi-modeli>
137. Як працює система охорони здоров'я Англії 8 квітня 2019. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://moz.gov.ua/article/health/jak-pracjuje-sistema-ohoroni-zdorovja-anglii>
138. Andrljic, B., Sostar, M., Bodegrajac, T. Impact of e.u. Funding on Rural and Regional Development Management. Scientific Papers-Series Management Economic Engineering In Agriculture And Rural Development. 2018. Vol. 18. Is. 2. P. 17–20.
139. Current health expenditure per capita (current US\$). <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PC.CD>
140. EUR Lex Офіційний Журнал Європейського Союзу (2004), « Зелена книга щодо державно приватного партнерства та законодавства Співтовариств про публічні контракти та концесії » [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://eur.lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52004DC0327&from=EN>



141. The World Factbook. CIA. Ukraine  
[https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/print\\_up.html](https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/print_up.html)
142. Type of Public-Private Partnership Contracts.[Электронный ресурс].  
— Режим доступа: <https://www.swg.com/can/insight/ppp-resources/types-of-ppp-contracts/>