

Міністерство освіти і науки України
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

Хижняк Станіслав Владиславович

УДК 351.77:334.012:614.2

ДИСЕРТАЦІЯ

ПУБЛІЧНО-ПРИВАТНЕ ПАРТНЕРСТВО ЯК МЕХАНІЗМ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Спеціальність 281 – Публічне управління та адміністрування
(Галузь знань 281 – Публічне управління та адміністрування)

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

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

С.В. Хижняк

Науковий керівник
доцент

Вашев Олег Єгорович, кандидат медичних наук,

Харків — 2026

АНОТАЦІЯ

Хижняк С.В. **Публічно-приватне партнерство як механізм реалізації державної політики у сфері реформування охорони здоров'я.** – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису. Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 281 – публічне управління та адміністрування. – Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Харків, 2026.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у поглибленні теоретичних засад, науково-методичних підходів та організаційно-управлінського інструментарію активізації приватного медичного сектору в системі охорони здоров'я України на засадах публічно-приватного партнерства.

Показано, що сучасна державна політика у сфері охорони здоров'я є складною багаторівневою системою. Публічно-приватне партнерство обґрунтовано не просто як організаційно-правову форму залучення інвестицій, а як комплексний інституціоналізований механізм реалізації державної політики. Доведено, що ефективність публічно-приватного партнерства у медичній сфері не може оцінюватися виключно за фінансовими параметрами, а вимагає багатокритеріального підходу з орієнтацією на публічну цінність, детермінуючи якість, безперервність та інклюзивність послуг.

Узагальнено зарубіжний досвід функціонування моделей публічно-приватного партнерства в охороні здоров'я Великої Британії, Іспанії, Німеччини, Франції тощо та визначено шляхи його імплементації. Доведено, що вітчизняний приватний медичний сектор на сучасному етапі трансформується з ізольованого комерційного сегмента у функціональний компонент загальної системи медичного забезпечення населення, зокрема через інтеграцію в механізми Програми медичних гарантій.

Обґрунтовано інституційні механізми розподілу ризиків у проєктах

ППП через матрицю солідарної відповідальності. Публічний партнер бере на себе політичні, законодавчі та демографічні, тоді як приватний - будівельні й технологічні. Доведено, що такий підхід мінімізує трансакційні витрати та стимулює залучення довгострокових інвестицій у муніципальний сектор охорони здоров'я.

Удосконалено науково-методичний підхід до оцінки факторів впливу на розвиток приватного медичного сектору на основі розробленої перехресної матриці «значущість-ефект». Завдяки сценарному імітаційному моделюванню доведено, що найвищий макроекономічний та медико-соціальний ефект, зокрема, зниження рівня смертності та приріст ВВП досягається саме за сценарію системного розвитку медичної галузі на засадах державно-приватного партнерства, а не збереження статус-кво чи повної приватизації.

Розроблено комплексну концептуальну модель удосконалення механізмів публічно-приватного партнерства в умовах цифрової трансформації охорони здоров'я. Показано, що інноваційно-цифрове середовище має виступати наскрізним «цифровим ядром» партнерства. Це забезпечує алгоритмічний контроль виконання контрактів, ліквідує інформаційну асиметрію між державою та інвестором, деполітизує управлінські рішення та переводить систему в площину абсолютної транспарентності.

Удосконалено фінансово-економічний та нормативно-правовий механізми реалізації публічно-приватного партнерства. Для подолання інвестиційного розриву обґрунтовано доцільність впровадження комбінованої моделі фінансування: покриття операційних витрат за рахунок тарифів НСЗУ та покриття капітальних інвестицій через «плату за експлуатаційну готовність» з боку держави чи громад. Запропоновано алгоритм дерегуляції процедур через механізм «швидкого треку» для типових проєктів, а також масштабування договорів керованого доступу у фармацевтичній сфері на базі Оцінки медичних технологій.

Набули подальшого розвитку концептуальні засади формування інституційного середовища ППП на регіональному рівні. Доведено, що в умовах децентралізації територіальні громади та госпітальні ради стають драйверами партнерських проєктів. Розроблено організаційну модель просторової оптимізації медичної інфраструктури, яка дозволяє збалансувати інтереси місцевого самоврядування та приватного інвестора при створенні спроможних мереж лікарень.

Визначено стратегічні пріоритети застосування публічно-приватного партнерства для повоєнного відновлення медичної інфраструктури на засадах парадигми «Build Back Better» (відбудувати краще, ніж було). Доведено критичну необхідність переходу до архітектури тристороннього партнерства Держава - Приватний інвестор - Міжнародні фінансові організації із застосуванням інструментів змішаного фінансування, страхування воєнних ризиків та енергосервісних контрактів для розбудови мережі високотехнологічних міжрегіональних реабілітаційних центрів і забезпечення енергетичної резильєнтності лікарень.

Практичне значення одержаних результатів полягає у можливості їх безпосереднього використання органами публічної влади - Міністерством охорони здоров'я України, НСЗУ, Міністерством економіки, Радами госпітальних округів та органами місцевого самоврядування при формуванні політики повоєнного відновлення, розробці нормативно-правових актів, підготовці техніко-економічних обґрунтувань та управлінні концесійними договорами в медичній галузі.

Ключові слова: публічно-приватне партнерство, державно-приватне партнерство, система охорони здоров'я, державна політика у сфері охорони здоров'я, медична інфраструктура, якість і доступність медичних послуг, лікарські засоби, державне управління, повоєнне відновлення, публічне управління, механізми публічного управління, електронна система охорони здоров'я (eHealth), цифрові екосистеми.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

Наукові праці, у фахових виданнях:

1) Хижняк С. Інноваційні моделі публічно-приватного партнерства в умовах цифрової трансформації охорони здоров'я. Успіхи і досягнення у науці (Серія «Управління та адміністрування»). 2026. № 3(25). С. 1328-1337. URL: <https://perspectives.pp.ua/index.php/sas/article/view/39186>.

DOI [https://doi.org/10.52058/3041-1254-2026-3\(25\)-1328-1337](https://doi.org/10.52058/3041-1254-2026-3(25)-1328-1337)

2) Хижняк С. В. Державно-приватне партнерство: концептуальні засади та особливості впровадження в Україні / Вашев О. Є., Хижняк С. В.. Державне будівництво. 2024. № 2 (36). С. 68–82. URL: <https://periodicals.karazin.ua/db/article/download/25911/23247/>

DOI: <https://doi.org/10.26565/1992-2337-2024-2-05>

Внесок дисертанта: проаналізовано концептуальні засади публічно-приватного партнерства як інструмента публічного управління; систематизовано інституційні, правові та організаційні чинники, що стримують його впровадження в Україні; обґрунтовано розмежування партнерства й суміжних механізмів залучення приватного сектору та визначено умови, за яких застосування партнерства є обґрунтованим порівняно з прямою бюджетною закупівлею.

3) Хижняк С. В. Правові механізми розвитку державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я / Вашев О. Є., Хижняк С. В.. теорія та практика державного управління. 2024. № 2 (79). С. 314–327.

DOI: <http://doi.org/10.26565/1727-6667-2024-2-15>

Внесок дисертанта: досліджено нормативно-правове забезпечення публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я як багаторівневу систему правового регулювання; визначено проблеми узгодженості загального та галузевого законодавства; обґрунтовано напрями гармонізації правових механізмів партнерства з урахуванням специфіки медичної галузі, прав пацієнта та вимог безперервності надання

медичної допомоги.

4) Хижняк С. В. Державно-приватне партнерство в питаннях формування здорового способу життя. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. (Серія: «Публічне управління та адміністрування»). 2024. Том 35(74) № 6. С. 176-181. URL:

https://pubadm.vernadskyjournals.in.ua/journals/2024/6_2024/32.pdf

DOI: <https://doi.org/10.32782/TNU-2663-6468/2024.6/30>

5) Хижняк С. В. Публічно-приватне партнерство та міжмуніципальне співробітництво: управлінська синергія в межах госпітальних округів. / Вашев О. Є., Хижняк С. В.. Суспільство та національні інтереси (Серія «Публічне управління та адміністрування»). 2026. № 5(25). С. 2178-2188. URL: <https://perspectives.pp.ua/index.php/sni/issue/archive>

DOI [https://doi.org/10.52058/3041-1572-2026-5\(25\)-2178-2188](https://doi.org/10.52058/3041-1572-2026-5(25)-2178-2188)

Внесок дисертанта: обґрунтовано концептуальні засади синергетичного ефекту від поєднання інструментів публічно-приватного партнерства та міжмуніципального співробітництва в межах госпітальних округів; здійснено аналіз нормативно-правового та організаційного забезпечення взаємодії територіальних громад у сфері охорони здоров'я; розроблено рекомендації щодо оптимізації управління регіональною медичною інфраструктурою та підвищення ефективності спільного фінансування медичних об'єктів за участю приватного капіталу.

Інші публікації, що засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

6) Khizhniak S. V. Efficiency of public-private partnership in reforming the health care system: global experience and prospects for Ukraine. ScientificWorldJournal. Bulgaria, Svishtov. 2024. Issue No 27. С. 27-36. DOI: <https://doi.org/10.30888/2663-5712.2024-27-00-025>

7) Хижняк С. В. Державно-приватне партнерство як інструмент антикризового управління в системі охорони здоров'я України. Сучасні аспекти кризового управління та розвитку системи охорони здоров'я : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції 26.06.2025 р. –

Полтава, 2025- С. 131-135. URL:
<https://repository.pdmu.edu.ua/handle/123456789/27498>

8) Хижняк С. В. Цифрова трансформація та інноваційні моделі публічно-приватного партнерства як інструменти підвищення спроможності публічної служби у сфері охорони здоров'я. Потенціал молоді у розвитку публічного управління в Україні: збірник матеріалів науково-практичної конференції (25 лютого 2026 р., м. Харків, Україна) – Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2026. С. 120-123 URL: <https://ekhnuir.karazin.ua/items/715e0ff6-1e3b-41c1-8c3d-4aeaa3372080>

9) Хижняк С. В. Механізми реалізації публічно-приватного партнерства в системі охорони здоров'я в умовах правового режиму воєнного стану. Актуальні проблеми розвитку управлінських систем: досвід, тенденції, перспективи: збірник матеріалів XV Всеукраїнської щорічної науково-практичної конференції студентів і молодих науковців 22 квітня 2026 р. м. Харків, Україна – ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2026. С. 117-119

ABSTRACT

Khyzhnyak S.V. **Public-private partnership as a mechanism for implementing state policy in the field of health care reform.** – Qualification scientific work in the form of a manuscript. Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in specialty 281 – public management and administration. – V.N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, 2026.

The scientific novelty of the results obtained lies in the deepening of theoretical foundations, scientific and methodological approaches and organizational and managerial tools for activating the private medical sector in the health care system of Ukraine on the basis of public-private partnership.

It is shown that modern state policy in the field of health care is a complex multi-level system. Public-private partnership is justified not simply as an organizational and legal form of attracting investments, but as a complex institutionalized mechanism for implementing state policy. It is proven that the effectiveness of public-private partnership in the medical sector cannot be assessed solely by financial parameters, but requires a multi-criteria approach with an orientation to public value, determining the quality, continuity and inclusiveness of services.

The foreign experience of the functioning of public-private partnership models in healthcare in Great Britain, Spain, Germany, France, etc. is summarized and ways of its implementation are determined. It is proven that the domestic private medical sector at the present stage is being transformed from an isolated commercial segment into a functional component of the general system of medical care for the population, in particular through integration into the mechanisms of the Medical Guarantees Program.

The institutional mechanisms of risk distribution in PPP projects through a matrix of joint and several liability have been substantiated. The public partner assumes political, legislative and demographic, while the private partner assumes

construction and technological. It has been proven that such an approach minimizes transaction costs and stimulates the attraction of long-term investments in the municipal healthcare sector.

The scientific and methodological approach to assessing factors influencing the development of the private medical sector is improved based on the developed cross-matrix "significance-effect". Thanks to scenario simulation modeling, it has been proven that the highest macroeconomic and medical and social effect, in particular, a decrease in mortality and an increase in GDP, is achieved precisely under the scenario of systemic development of the medical industry on the basis of public-private partnership, rather than maintaining the status quo or complete privatization.

A comprehensive conceptual model for improving the mechanisms of public-private partnership in the context of the digital transformation of healthcare has been developed. It has been shown that the innovative and digital environment should act as a cross-cutting "digital core" of the partnership. This provides algorithmic control over the execution of contracts, eliminates information asymmetry between the state and the investor, depoliticizes management decisions and transfers the system to a plane of absolute transparency.

The financial, economic and regulatory mechanisms for implementing public-private partnership have been improved. To overcome the investment gap, the feasibility of implementing a combined financing model is substantiated: covering operating costs through the National Health System tariffs and covering capital investments through a "payment for operational readiness" by the state or communities. An algorithm for deregulating procedures through a "fast track" mechanism for typical projects is proposed, as well as scaling managed access contracts in the pharmaceutical sector based on the Medical Technology Assessment.

The conceptual principles of the formation of the PPP institutional environment at the regional level have been further developed. It has been proven that in the context of decentralization, territorial communities and hospital councils

become drivers of partnership projects. An organizational model of spatial optimization of medical infrastructure has been developed, which allows balancing the interests of local government and private investors in creating capable hospital networks.

Strategic priorities for the use of public-private partnerships for the post-war restoration of medical infrastructure based on the “Build Back Better” paradigm are identified. The critical need for a transition to a tripartite partnership architecture of the State - Private Investor - International Financial Organizations with the use of mixed financing instruments, war risk insurance and energy service contracts for building a network of high-tech interregional rehabilitation centers and ensuring the energy resilience of hospitals is proven.

The practical significance of the results obtained lies in the possibility of their direct use by public authorities - the Ministry of Health of Ukraine, the National Health Insurance Fund, the Ministry of Economy, the Councils of hospital districts and local self-government bodies in the formation of post-war recovery policy, the development of regulatory legal acts, the preparation of feasibility studies and the management of concession agreements in the medical sector.

Keywords: public-private partnership, public-private partnership, system health cares, state policy in the field of health care, medical infrastructure, quality and accessibility of medical services medicines, public administration, post-war recovery, public administration, public administration mechanisms, electronic health care system (eHealth), digital ecosystems,

ЗМІСТ

ВСТУП.....	13
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА В СИСТЕМІ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я	24
1.1. Державна політика у сфері охорони здоров'я як об'єкт публічного управління.....	24
1.2. Сутність, принципи та форми державно-приватного партнерства в теорії публічного управління	39
1.3. Державно-приватне партнерство як механізм реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я.....	59
Висновки до першого розділу.....	74
РОЗДІЛ 2 НОРМАТИВНО-ПРАВОВІ, ІНСТИТУЦІЙНІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНО-УПРАВЛІНСЬКІ ЗАСАДИ РЕАЛІЗАЦІЇ ПУБЛІЧНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	78
2.1. Сучасний стан і тенденції розвитку приватно-державного партнерства в охороні здоров'я України.....	78
2.2. Нормативно-правове забезпечення реалізації публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я в Україні.....	95
2.3 Зарубіжний досвід публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я	118
Висновки до другого розділу	142
РОЗДІЛ 3 НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ЗАСАДАХ ПУБЛІЧНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА	146
3.1 Удосконалення організаційно-управлінського механізму реалізації державної політики реформування охорони здоров'я на засадах публічно-приватного партнерства	146

3.2. Удосконалення нормативно-правового та фінансово-економічного механізмів реалізації державної політики реформування охорони здоров'я на засадах публічно-приватного партнерства.....	173
3.3. Пропозиції з удосконалення механізмів реалізації державної політики реформування охорони здоров'я на засадах публічно-приватного партнерства	199
Висновки до третього розділу	219
ВИСНОВКИ	222
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	227
ДОДАТКИ	253

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Система охорони здоров'я є однією зі сфер реалізації державної соціальної політики, від стану якої залежать рівень життя населення, соціальна стабільність і людський капітал держави. Реформування галузі в Україні супроводжується структурними змінами, децентралізацією повноважень і переходом до нових фінансових та управлінських моделей. За обмеженості бюджетних ресурсів держава ставить питання про залучення приватного сектору до вирішення суспільно значущих завдань, і одним із правових режимів такого залучення є публічно-приватне партнерство.

Публічно-приватне партнерство не є ані універсальним інструментом модернізації галузі, ані обов'язковим способом розвитку медичної інфраструктури. Воно є вибіркоvim інструментом, який обирають після порівняння з прямою бюджетною закупівлею, державним замовленням і цільовими програмами. Світовий досвід засвідчує, що партнерство дає результат там, де приватна сторона привносить капітал, технологію чи операційну спроможність, яких публічний сектор не має, і де довгий життєвий цикл об'єкта робить інтеграцію його фаз доцільною. Для значної частини об'єктів охорони здоров'я партнерство недоречне там пряме фінансування є простішим і менш витратним. Саме тому наукова постановка проблеми стосується не розширення партнерства, а обґрунтованого, дисциплінованого його застосування у складі механізмів державної політики.

В Україні потенціал публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я реалізується обмежено, що зумовлено інституційними, правовими, фінансово-економічними та управлінськими чинниками. За наявності спеціального законодавства бракує цілісного підходу, який пов'язував би організаційно - управлінський, нормативно-правовий і фінансово-економічний

механізми в одну керовану конструкцію та визначав би, для яких потреб партнерство є доречним, а для яких ні. Відсутність такого підходу стримує практичне застосування партнерства й водночас створює ризик його не виправданого застосування там, де простіший інструмент послужив би краще. Це зумовлює потребу наукового осмислення партнерства як механізму реалізації державної політики у сфері реформування охорони здоров'я.

Гостроти проблемі модернізації медичної інфраструктури додала повномасштабна збройна агресія проти України. Руйнування лікувально-профілактичних закладів, зміна демографічної структури населення, зростання потреб у високоспеціалізованій хірургії, протезуванні, реабілітації та психологічній допомозі створили значне навантаження на національну систему охорони здоров'я. За умов, коли пріоритетна частка зведеного бюджету спрямовується на сектор безпеки і оборони, капітальні видатки на відбудову закладів обмежені. Партнерство може бути одним з інструментів прискореного відновлення спроможності системи проте саме одним із інструментів, а не безальтернативним рішенням. Воєнні умови не послаблюють вимогу обґрунтованого вибору, а посилюють її, бо ціна незворотного довгострокового зобов'язання за невизначеності зростає.

Актуальність дослідження посилює і зміна фінансової моделі вітчизняної медицини. Запровадження Програми медичних гарантій та перехід до оплати за пролікований випадок змінили відносини між державою й надавачами медичних послуг. Тарифи Національної служби здоров'я України (НСЗУ) здебільшого покривають операційні витрати й не містять інвестиційної складової для технологічного оновлення. Узгодження цієї суперечності потребує наукового обґрунтування комбінованих моделей фінансування, у яких операційний потік від НСЗУ та капітальний потік від місцевого бюджету покривають різні складові витрат і несуть різні ризики, а самі ризики розподіляються між публічним і приватним партнерами за принципом керованості.

Сучасний етап реформування галузі пов'язаний і з її цифровою

трансформацією. Інтеграція електронної системи охорони здоров'я, розвиток телемедицини, впровадження медичних інформаційних систем і аналітики даних потребують експертизи, частково зосередженої в приватному секторі. Залучення приватних технологічних компаній на засадах партнерства може послабити асиметрію інформації між публічним замовником і приватним оператором та зробити виконання довгострокових договорів спостережуваним. Цифровий інструментарій при цьому виконує службову роль: він підвищує керованість договору, не заступаючи управлінського рішення й не створюючи довіри сам собою.

Стратегічний курс України на членство в Європейському Союзі зумовлює потребу гармонізації національного законодавства з європейським правовим доробком, зокрема з Директивою 2014/23/ЄС про присудження концесій. Перехід від моделі державно-приватного партнерства до моделі публічно-приватного партнерства, закріплений Законом України «Про публічно-приватне партнерство» № 4510-IX, чинним з 31 жовтня 2025 року, потребує переосмислення ролі територіальних громад і галузевої адаптації загального партнерського режиму. Сукупність наведених обставин засвідчує, що формування концептуальних засад і розроблення організаційно-управлінських, нормативно-правових та фінансово-економічних механізмів реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я із застосуванням публічно-приватного партнерства є своєчасним і науково затребуваним завданням.

Стан наукової розробки проблеми. Проблематику державної політики у сфері охорони здоров'я та механізмів публічного управління галуззю висвітлено у працях М. Аніщенко, В. Бакуменка, О. Вашева, Д. Карамішева, С. Кучерова, А. Немченко, М. Пристаї, Я. Радиша та інших. Теоретичні, правові та економічні засади партнерства держави й бізнесу розглянуто в дослідженнях В. Варнавського, Б. Данилишина, І. Дунаєва, І. Волощука, І. Дубка, В. Михеева, К. Павлюк, С. Павлюк, В. Родченка та інших. Питання фінансового забезпечення, управління ризиками та оцінювання ефективності партнерських проєктів вивчали І. Брайловський, І. Петрова, Ф. Узунов. Міжнародний досвід і

концептуальні рамки врядування в системах охорони здоров'я досліджують експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я, Світового банку та Європейської обсерваторії з систем і політик охорони здоров'я. Міжнародний досвід та концептуальні рамки управління системами охорони здоров'я (Health Systems Governance) активно досліджуються експертами ВООЗ, Світового банку, Європейської обсерваторії з систем та політик охорони здоров'я (М. Ainscow, Т. Booth, D. Budaus та ін.). Попри вагомий доробок науковців, більшість праць зосереджені або на загальних питаннях медичної реформи, або на класичних інфраструктурних моделях партнерства.

Позитивно оцінюючи вагомий здобуток науковців, слід зазначити, що більшість праць фокусуються або на загальних питаннях медичної реформи, або на класичних (інфраструктурних) моделях партнерства. Комплексних досліджень публічно-приватного партнерства саме як механізму реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я в умовах цифрової трансформації (e-Health), впровадження договорів керованого доступу (MEA) та повоєнного відновлення України, з урахуванням воєнних ризиків до цього часу не проводилось, що й обумовило вибір теми дисертації.

Партнерство як вибіркоковий механізм реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я узгоджений із чинним Законом № 4510-IX, з урахуванням цифрової трансформації галузі, воєнних ризиків і завдань повоєнного відновлення комплексно не досліджувалося. Це й зумовило вибір теми дисертації.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційне дослідження виконано відповідно до науково-дослідної тематики кафедри права, національної безпеки та європейської інтеграції та узгоджується з пріоритетними напрямками наукових досліджень у сфері публічного управління та адміністрування, зокрема щодо реформування системи охорони здоров'я, розвитку державно-приватного партнерства та європейської інтеграції України.

Мета і завдання дослідження. Метою дисертаційного дослідження є

теоретичне обґрунтування та розроблення практичних рекомендацій щодо удосконалення публічно-приватного партнерства як механізму реалізації державної політики у сфері реформування охорони здоров'я в Україні. Для досягнення поставленої мети у роботі передбачається вирішення таких *завдань*:

- розкрити державну політику у сфері охорони здоров'я як об'єкт публічного управління;
- визначити сутність, принципи та форми публічно-приватного партнерства в теорії публічного управління;
- обґрунтувати роль публічно-приватного партнерства як механізму реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я;
- оцінити сучасний стан і тенденції розвитку партнерства в охороні здоров'я України;
- проаналізувати нормативно-правове забезпечення реалізації партнерства у сфері охорони здоров'я України;
- дослідити зарубіжний досвід партнерства у сфері охорони здоров'я та визначити умови його адаптації;
- удосконалити організаційно-управлінський, нормативно-правовий і фінансово-економічний механізми реалізації державної політики на засадах партнерства;
- розробити концептуальну модель удосконалення механізмів реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я на засадах партнерства.

Об'єктом дослідження є процес реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я України.

Предметом дослідження є публічно-приватне партнерство як механізм реалізації державної політики у сфері реформування охорони здоров'я.

Гіпотеза дослідження ґрунтується на припущенні, що ефективність публічного управління системою охорони здоров'я за обмеженості ресурсів і потреби у повоєнному відновленні підвищується за умови переходу від точкових інфраструктурних проєктів до концептуальної моделі дисциплінованого вибіркового застосування партнерства. Така модель пов'язує

організаційно- управлінський, нормативно-правовий і фінансово-економічний механізми навколо обґрунтованого вибору інструменту, передбачає порівняння партнерства з прямою бюджетною закупівлею, комбінує фінансові інструменти та використовує цифровий інструментарій для управління ризиками, що дозволяє розподіляти ризики за принципом керованості, послаблювати асиметрію інформації та утримувати довгострокові зобов'язання держави в межах її спроможності.

Наукова новизна полягає в обґрунтуванні цілісного підходу до удосконалення механізмів реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я на засадах публічно-приватного партнерства, що розглядається як вибірковий інструмент, а не як неодмінний напрям розвитку галузі. Найбільш значущі наукові результати, що виносяться на захист:

вперше:

- у вітчизняній науці публічного управління організаційно-управлінський механізм публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я подано як структурно-логічну модель, побудовану навколо порога незворотності, який розмежовує зону зворотних управлінських рішень і зону незворотних довгострокових зобов'язань держави, та точки обґрунтованого вибору інструменту, що інституціоналізує конкуренцію ППП з альтернативними механізмами реалізації державної політики. Такий погляд переводить ППП із розряду типового інструмента модернізації галузі в інструмент вибіркового застосування, а управління ризиками з окремої завершальної стадії в наскрізний принцип, зосереджений насамперед на межі незворотності;

- на відміну від організаційно-управлінського механізму (п. 1 «уперше»), що описує одну підсистему реалізації державної політики, запропоновано цілісну концептуальну модель удосконалення механізмів реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я на засадах публічно-приватного партнерства, яка інтегрує три механізми: організаційно-управлінський, нормативно-правовий і фінансово-економічний в одну

керовану конструкцію. Модель побудовано на принципі дисциплінованого вибіркового застосування партнерства: на відміну від наявних розробок, які трактують партнерство як бажаний напрям розвитку галузі й описують перехід до нього, запропонована модель об'єднує три механізми навколо точки обґрунтованого вибору інструменту та порога незворотності, а в основу її п'ятиблокової структури й п'ятиетапного алгоритму покладено розрізнення зони зворотних рішень і зони незворотних зобов'язань. Складовою цього пункту є й удосконалений підхід до диференціації об'єктів партнерства за критерієм придатності інструмента, що дозволяє визначати категорії потреб, для яких партнерство недоречне;

удосконалено

– комплексний підхід до розвитку приватного медичного сектору, який базується на системній комбінованій фінансово-економічній взаємодії учасників медичної сфери, справедливому збалансуванні їхніх компетенцій, інтересів і ризиків, включає систему управління ризиками та модель механізму реалізації публічно-приватного партнерства, що регулюється сукупністю нормативно-правових, організаційно-економічних, управлінських механізмів і регуляторних засобів;

– наукові засади інтеграції нормативно-правового та фінансово-економічного механізмів реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я на засадах публічно-приватного партнерства з організаційно-управлінським механізмом: на відміну від наявних підходів, що розглядають правове, фінансове та організаційне забезпечення як окремі предметні блоки, запропоновано поетапну модель відповідності, у якій кожному станові організаційно-управлінського механізму від точки обґрунтованого вибору інструменту до порога незворотності поставлено у відповідність конкретну нормативно-правову підставу та фінансово-економічну вимогу, а також управлінський ризик їх невиконання. Раніше пропоновані вітчизняні підходи здебільшого описували нормативне регулювання та фінансове забезпечення партнерства окремо одне від одного й окремо від організаційної моделі

взаємодії; зв'язок між станом управлінського рішення та його правовою й фінансовою опорою при цьому не виокремлювався. Обґрунтуванню цієї поетапної моделі та її практичних наслідків і присвячено подальший виклад.

дістали подальшого розвитку:

- - науково-методичний підхід до аналізу передумов публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я на основі оцінки структурних економічних змін у системі охорони здоров'я, що дав можливість сформулювати основні цілі державного регулювання ринку приватної медицини та визначити напрями активізації медичного бізнесу України;

- - науково-методичні засади оцінки соціального та економічного результатів розвитку приватного медичного сектору на основі публічно-приватного партнерства, що базується на сценарному імітаційному моделюванні розвитку системи охорони здоров'я і формує підґрунтя розроблення стратегії економічного розвитку медичної сфери країни.

Методологічну основу дисертації становлять загальнонаукові та спеціальні методи наукового пізнання. Комплексний підхід, що поєднав засади системного, структурного та функціонального аналізу, застосовано для вивчення державної політики у сфері охорони здоров'я як об'єкта публічного управління та механізмів її реалізації (підрозділи 1.1, 1.2, 1.3). Методи аналізу, синтезу, дедукції та декомпозиції використано для розкриття змісту публічно-приватного партнерства, його місця в системі публічного управління та розмежування з суміжними інструментами (підрозділи 1.2, 1.3, 2.2). Порівняльний аналіз застосовано для дослідження зарубіжного досвіду партнерства у медичній сфері та визначення умов його адаптації в Україні (підрозділ 2.1). Формально-юридичний метод і метод системного тлумачення нормативних актів використано при аналізі нормативно-правового забезпечення партнерства, зокрема положень Закону України «Про публічно-приватне партнерство» № 4510-IX (підрозділ 2.2). Метод структурно-логічного моделювання застосовано для побудови організаційно-управлінського механізму партнерства та концептуальної моделі удосконалення механізмів

реалізації державної політики (підрозділи 3.1, 3.3). Метод матричного аналізу використано для зіставлення станів організаційно-управлінського механізму з нормативно-правовими підставами та фінансово-економічними вимогами (підрозділ 3.2). Абстрактно-логічний метод застосовано при формуванні теоретичних узагальнень і висновків, графічний для наочного подання положень дисертації у вигляді рисунків і таблиць.

Нормативно-правову базу дослідження склали чинні законодавчі та підзаконні акти України з питань організації, фінансування та реформування системи охорони здоров'я й публічно-приватного партнерства, зокрема Закон України «Про публічно-приватне партнерство» № 4510-IX та Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення».

Інформаційну базу дослідження становлять офіційні матеріали Державної служби статистики України, документи та аналітичні матеріали Всесвітньої організації охорони здоров'я, Світового банку, Організації економічного співробітництва та розвитку, Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства фінансів України, Стратегія розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року, наукові праці вітчизняних і зарубіжних учених, а також результати власних досліджень автора.

Практичне значення одержаних результатів полягає у розробці науково обґрунтованих рекомендацій щодо вдосконалення механізмів реалізації державної політики у сфері реформування охорони здоров'я на засадах публічно-приватного партнерства в умовах цифрової трансформації та повоєнного відновлення, які можуть бути використані органами публічної влади та місцевого самоврядування для підвищення ефективності управлінських рішень у медичній галузі.

Надані дисертантом матеріали були розглянуті у Богодухівській міській раді Богодухівського району Харківської області і Охтирській міській раді Охтирського району Сумської області і визнані такими, які можуть бути враховані у діяльності Богодухівської міської ради і охтирської міської ради (довідка №02-21/3562 від 05.05.2026р. і довідка №35-7/421 від 12.05.2026 р.).

Особистий внесок здобувача. Теоретичні обґрунтування, практичні рекомендації, висновки і пропозиції, отримані в результаті проведених досліджень, здобувач зробив самостійно. З наукових праць, опублікованих у співавторстві, в дисертації використані лише ті ідеї, положення та пропозиції, які є результатом його особистої праці, із відповідним посиланням на джерела. Конкретний особистий внесок здобувача у праці, що опубліковані у співавторстві, деталізовано наведено у переліку основних публікацій за темою дисертації. Практичне значення одержаних результатів.

Практичне значення результатів дослідження полягає у можливості їх використання органами державної влади та органами місцевого самоврядування при формуванні та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, а також у навчальному процесі закладів вищої освіти.

Апробація результатів дисертації. Результати дисертаційного дослідження оприлюднені на міжнародних і всеукраїнських науково-практичних конференціях. Зокрема на Всеукраїнській науково-практичній конференції «Сучасні аспекти кризового управління та розвитку системи охорони здоров'я» 26.06.2025 р.- Полтава; науково-практичній конференції «Потенціал молоді у розвитку публічного управління в Україні 25.02.2026 р. Харків; XIII Міжнародної науково-практичної конференції «Transformation of science and education: problems, challenges, modern technologies» 01.04.26 р м. Харків; XIV Міжнародної науково-практичної конференції «Modern scientific inventions: current problems, theories and challenges» 06.04.2026 р. м.Харків; Всеукраїнської науково-практичної конференції студентів і молодих науковців «Актуальні проблеми розвитку управлінських систем: досвід, тенденції, перспективи» 22.04.2026 р. м.Харків; III Всеукраїнської науково-практичної конференції «Економіка та публічне управління: нові виклики та рішення» 11.06.2026 р. м.Харків, а також оприлюднення матеріалів дослідження у міжнародному науковому виданні «ScientificWorldJournal» (м. Свіштов, Болгарія, 2024 р.).

Публікації. Основні положення дисертації опубліковано у 9 наукових

працях, у тому числі: 5 статей у наукових фахових виданнях України з публічного управління та адміністрування, 4 публікацій у збірниках матеріалів всеукраїнських та науково-практичних конференцій і закордонних наукових виданнях.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів з дев'ятьма параграфами, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи становить 267 сторінок, з них основного тексту 226 сторінок. Матеріали дисертації містять 28 таблицю і 22 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА В СИСТЕМІ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я

1.1. Державна політика у сфері охорони здоров'я як об'єкт публічного управління

Роботу з дослідження механізмів реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я слід розпочати з того, щоб з'ясувати, чим є сам об'єкт цієї політики. Те, як зазвичай в сучасній вітчизняній науці окреслюються межі охорони здоров'я, визначає, які типи механізмів переважно виокремлюються, а які – лишаються поза його увагою. Відповідно, і огляд профільної літератури має не стільки довідково-спостережну, а й методологічну мету.

Протягом останнього десятиліття дослідження цієї сфери можна описати таким стислим чином. Раніше, це відносно у 1990-2000-х рр., дослідницька увага зосереджувалася на мережі закладів, ресурсному забезпеченні, юридичному статусі органів охорони здоров'я, тобто на системі як сукупності установ. Згодом об'єктом аналізу стала сама державна політика в Україні, тобто увага на більш упорядкований процес формування цілей і досяжних результатів, галузевих і суміжних межкторальних пріоритетів, рішень, правил координації та механізмів відповідальності різних залучених сторін – як державних, так і комунальних і приватних. У вітчизняному науковому полі ця зміна збіглася з медичною реформою з 2015 р., запровадженням програми медичних гарантій, розгортанням електронної системи охорони здоров'я, інституціоналізацією громадського здоров'я та прискореною повоєнною перебудовою галузі заради виживання [3, с. 31-37; 73, с. 36-46; 137; 148; 159, с. 211-220; 216; 217]. Так поступово сформувався погляд, за яким охорона здоров'я постає не як вузькогалузевий різновид соціальної політики, а як один

зі складних об'єктів владно-управлінського впливу, де поєднуються правові, інституційні, організаційні, фінансові, інформаційні, кадрові, етичні та безпекові складові [7, с. 163-172; 191; 199; 213; 214].

Свідченням такої зміни є те, що категорія «об'єкт публічного управління» поступово втратила суто описовий характер. У дослідженні М. А. Аніщенко [3, с. 31-37] сфера охорони здоров'я прямо визначена як об'єкт публічного управління, причому з істотним застереженням: вона не зводиться ані до сукупності медичних закладів, ані до галузевої компетенції профільного міністерства. Охорона здоров'я постає тут як складний суспільний інститут, у якому перетинаються інтереси держави, громад, пацієнтів, медичної спільноти, приватного сектору, органів місцевого самоврядування та міжнародних учасників. Цінність такого визначення полягає у зміні самого підходу, бо пропонується охорону здоров'я аналізувати і в логіці підпорядкованості й відомчої вертикалі, і в логіці публічної політики, де вирішальне значення мають цілі, координація, підзвітність і суспільний результат [3, с. 31-37; 135, с. 557-562]. Другий «погляд» змінює й постановку наукової проблеми: цікавить уже не лише те, як функціонує система, а й те, як умовна держава вибудовує нормативні рамки, пріоритети, формує стимули, бачить і утримує баланс між централізацією й автономією з ринковими стимулами для підтримки життєдіяльності, між фінансовою дисципліною й доступністю допомоги, між безпековими викликами та гарантіями права на охорону здоров'я [17, с. 197-204; 73, с. 36-46]. За такого прочитання охорона здоров'я стає одним із бажаних майданчиків для дослідження державної спроможності та якості публічного управління загалом.

Споріднену лінію, проте з іншим понятійним фокусом, розробляють В. Д. Бакуменко, С. А. Попов та І. В. Вошко. Вони послуговуються категорією «медична політика держави» й визначають її як об'єкт публічного управління та адміністрування. Це дає змогу побачити охорону здоров'я не лише як сферу надання послуг, а як самостійний напрям державної політики, пов'язаний із збереженням, функціонуванням і розвитком суспільства. Автори наголошують

на універсальності загального механізму управління державною політикою, що охоплює нормативно-правову основу, державні та недержавні інститути, організаційні процедури, комунікацію й реалізаційні інструменти [7, с. 163-172]. Зіставлення традиційного й сучасного прочитань охорони здоров'я як об'єкта управління наведено в таблиці 1.1; воно унаочнює, що йдеться не про косметичну зміну термінів, а про зміну самого предмета аналізу.

Таблиця 1.1. Еволюція підходів до визначення охорони здоров'я як об'єкта управління

Характеристика	Традиційний (галузево-адміністративний) підхід	Сучасний (публічно-управлінський) підхід
Головний об'єкт впливу	Мережа лікувальних закладів, ліжковий фонд, медичний персонал	Державна політика, правила взаємодії, фінансові стимули, здоров'я населення
Роль держави	Монопольний власник мережі, прямий управлінець, утримувач	Стратегічний замовник, регулятор, координатор, покупець послуг
Механізм фінансування	Історичне кошторисне фінансування, утримання інфраструктури	Стратегічна закупівля послуг, державні гарантії; кошти йдуть за пацієнтом
Ключові актори	Профільне міністерство, вертикаль управлінь охорони здоров'я	Поліцентрична мережа: МОЗ, НСЗУ, органи місцевого самоврядування, приватний сектор, пацієнтські організації
Критерії ефективності	Обсяг освоєних ресурсів, кількість ліжко-днів	Якість і доступність послуг, фінансовий захист пацієнта, показники громадського здоров'я

*Джерело: складено автором за матеріалами [7, с. 163-172].

Саме в цій групі праць проступає характерна для українського дискурсу проблема - співіснування кількох близьких, проте не тотожних категорій: «медична політика держави», «державна політика у сфері охорони здоров'я», «публічне управління у сфері охорони здоров'я», «публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я». Для огляду літератури це має не лише термінологічне, а й методологічне значення. «Медична політика» наголошує передусім на

лікувально-організаційній складовій; ширша категорія «державна політика у сфері охорони здоров'я» вміщує також громадське здоров'я, профілактику, психічне здоров'я, реабілітацію, інформаційні системи, довготривалий догляд, цифрові сервіси та міжсекторальну взаємодію [42, с. 42-47; 84, с. 110-116; 85, с. 5-13; 191; 193; 214; 215]. Це дослідження свідомо обирає ширшу категорію саме тому, що механізми, які воно вивчає, виходять за межі лікувально-організаційного ядра.

Окремої уваги потребує нормативно-правова рамка, у якій науковці осмислюють сферу охорони здоров'я. Законодавство не лише задає формальні межі галузі воно відображає еволюцію самого підходу до неї як до об'єкта державної політики. Основи законодавства України про охорону здоров'я визначають правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я, тобто вже на рівні базового закону закріплюють багатовимірну природу цієї сфери [117].

Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» став рубіжним не лише в нормативному, а й у концептуальному сенсі: він запровадив іншу логіку державної політики від утримання інфраструктури до гарантування оплачуваного державою обсягу послуг. Услід за цим змістилася й наукова література: від аналізу організації закладів до аналізу моделі політики, механізму закупівлі послуг, ролі Національної служби здоров'я України, зміни стимулів для надавачів і трансформації державних гарантій [145; 159, с. 211-217; 220]. Схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року закріпило на урядовому рівні ширше бачення галузі як сфери, де поєднуються доступність, якість, фінансова захищеність, громадське здоров'я, людський капітал, цифрові рішення та стійкість до криз. Навіть нормативний матеріал, отже, підтверджує: державна політика у сфері охорони здоров'я вже не мислиться як суто галузевий менеджмент [117; 137; 148].

Помітну лінію вітчизняної науки утворюють праці О. Є. Вашева, Д. В. Карамішева та Б. О. Волоса, які поєднують державно-управлінський, правовий

і фінансово-організаційний аналіз. Показовою є стаття О. Є. Вашева, О. Г. Рогової та Т. Б. Пустовойт про правові механізми реалізації державної політики реформування охорони здоров'я та формування галузі медичного права. У ній державну політику розглянуто як правово інституціоналізований процес, що не може існувати поза чітко визначеними повноваженнями, процедурними правилами, юридичними гарантіями та нормативною узгодженістю [17, с. 197-204].

Теоретичний наслідок такого підходу вартий уваги. Він долає звичне уявлення про право як допоміжний інструмент реалізації політики. Право постає тут як одна з її системоутворювальних складових: через нього держава не просто оформлює вже ухвалені рішення, а визначає межі легітимного владного впливу, статус суб'єктів і зміст гарантій. Доробок Вашева та співавторів посилює в огляді правовий вимір об'єкта публічного управління й показує, що охорона здоров'я не може бути адекватно пояснена без правової будови її функціонування [17, с. 197-204].

Слабше представленим у вітчизняних дослідженнях лишається компаративний аспект. Праця А. О. Вашевої та О. Є. Вашева про національну систему охорони здоров'я Великобританії та її значення для України показує, що державна політика краще пізнається через порівняння моделей фінансування, ролі держави, характеру закупівлі послуг, місця первинної допомоги, системи підзвітності та ступеня автономії надавачів [21, с. 73-75]. Для українського дискурсу така перспектива потрібна особливо, адже національна модель останніх років зазнає відчутного впливу ідей беверіджівського типу фінансування, єдиного закупівельника, пріоритезації первинної ланки та гарантованого пакета послуг [73, с. 36-46; 137; 217]. Порівняльний матеріал дає змогу точніше відокремити характеристики, внутрішньо властиві охороні здоров'я як об'єкту публічного управління, від похідних рис конкретної моделі [191; 193; 199; 213].

У співавторській праці Д. В. Карамишева, О. Є. Вашева, А. С. Немченка та Б. О. Волоса про державну політику фінансування галузі сформульовано

тезу, що зберігає вагу й нині: фінансування є одним із базових механізмів державної політики, а не технічним бюджетним забезпеченням. Фінансова підсистема визначає доступність медичної допомоги, структуру стимулів для надавачів, характер державних гарантій і можливості інституційної перебудови галузі [67, с. 51-56]. Дослідження реформованої української системи дедалі частіше підтверджують це спостереження, наголошуючи, що зміна механізму оплати послуг є не другорядним елементом реформи, а її ядром [159, с. 211-220; 216; 217]. Звідси випливає, що державна політика у сфері охорони здоров'я має не лише інституційну чи нормативну, а й фінансово-структурну природу: спосіб руху коштів у системі формує саму модель владного впливу.

Системне осмислення проблематики простежується у працях про механізми публічного управління. Найвиразніше ця лінія представлена у статті Г. В. Козаченко та О. В. Сологуб, де механізми аналізуються не як ізольовані інструменти, а як взаємопов'язана система, дієвість якої залежить від відповідності прийнятій моделі охорони здоров'я. Методологічна вага цієї праці в тому, що вона переносить фокус із суми окремих управлінських дій на системотворення. Охорона здоров'я як об'єкт публічного управління не піддається ефективному регулюванню через окремі, неузгоджені важелі вона потребує цілісного механізму, де правові, фінансові, кадрові, організаційні, комунікаційні та інформаційні складові взаємно підтримують одна одну. Із цього випливає й інша думка авторів: модель системи охорони здоров'я не є зовнішньою щодо механізмів управління, а навпаки визначає їхню конфігурацію [73, с. 36-46; 193].

Розширення меж предмета добре видно у працях, які вводять до аналізу громадське здоров'я. Теоретичні засади дослідження публічного управління у сфері громадського здоров'я, запропоновані С. І. Кучеровим та Я. Ф. Радишем, показують, що здоров'я населення дедалі менше сприймається як суто клінічна категорія й дедалі більше як суспільний стан, залежний від профілактики, соціального середовища, поведінкових чинників, управління ризиками, комунікації та міжвідомчої координації [84, с. 110-116].

Для розуміння державної політики це має визначальне значення. Якщо здоров'я тлумачити лише як наслідок медичної допомоги, об'єкт публічного управління звужується до мережі закладів і фінансування послуг. Якщо ж до нього долучити детермінанти здоров'я, епідеміологічний нагляд, просвітницькі програми, психосоціальну підтримку та захист громад від загроз, сфера охорони здоров'я набуває значно ширших меж [42, с. 42-47; 84, с. 110-116; 213]. Цим пояснюється, чому сучасні міжнародні документи дедалі послідовніше говорять про багатосекторальні підходи, базові функції громадського здоров'я та міжвідомче врегулювання заради здоров'я нації [213; 214; 215].

Виразним проявом цієї еволюції є праця Н. Д. Дідик, де державну політику у сфері громадського здоров'я проаналізовано в умовах воєнного стану. Її значення в тому, що сучасний об'єкт публічного управління вже не описується у стабілізаційній логіці мирного часу. Війна робить визначальними стійкість, адаптивність, швидкість реагування, міжвідомчу координацію, здатність підтримувати безперервність життєво важливих послуг, наявність резервів і механізмів компенсації втрат [42, с. 42-47; 148; 216]. За цих умов охорона здоров'я набуває рис інфраструктури суспільної безпеки, а державна політика рис кризового та післякризового врегулювання. Для огляду це цінне тим, що вводить до аналізу безпековий вимір, який раніше лишався периферійним [191; 213; 216].

Цифровий поворот у дослідженнях охорони здоров'я утворює ще один потужний напрям літератури. Праця М. І. Лахижі, Я. В. Качан та А. О. Собченка пов'язує державну політику з цифровою медициною, телемедициною, електронними медичними записами, мобільними сервісами, функціонуванням електронної охорони здоров'я та викликами кібербезпеки. Її значення не лише прикладне. Вона показує, що сучасний об'єкт публічного управління дедалі більше набуває інформаційно-цифрового характеру: до управлінської реальності, поряд із закладами, ліжковим фондом і персоналом, увійшли цифрові платформи, електронна взаємодія суб'єктів, аналітика даних, віддалені консультації, електронні рецепти, цифрова ідентифікація пацієнта та

кіберзахист [85, с. 5-13; 116, с. 233-242]. Цифровізація змінює тут не лише інструменти управління, а саму природу об'єкта: він стає мережевішим, динамічнішим, менш прив'язаним до фізичної інфраструктури.

Логічним продовженням є дослідження Н. С. Орлової та З. М. Бурик про державну інформаційну політику у сфері охорони здоров'я [116, с. 233-242]. На відміну від ширших розвідок про цифрову трансформацію, ця праця окреслює саме інформаційно-політичний вимір об'єкта. Інформація в цій сфері виконує не лише технічну, а й політичну функцію: вона впливає на поведінку населення, на довіру до держави, на можливість контролю за рішеннями, на якість комунікації під час криз, на захист персональних даних та на здатність органів влади ухвалювати обґрунтовані рішення [116, с. 233-242]. Звідси висновок, що має теоретичну вагу: інформація є не допоміжним ресурсом, а середовищем, у якому розгортається значна частина публічного управління. В умовах війни, епідемічних загроз і широкого використання цифрових платформ інформаційна асиметрія, недовіра чи вразливість даних прямо впливають на ефективність державної політики [42, с. 42-47; 85, с. 5-13; 116, с. 233-242].

Окремий пласт праць присвячено моделям публічного управління в системі охорони здоров'я та фармації. У матеріалах А. С. Немченка, М. М. Бабенка, В. М. Назаркіної та К. Л. Косяченка охорону здоров'я проаналізовано через призму державного управління, публічного адміністрування, належного врядування та самоврядування і їх поєднання [10, с. 81-94]. Цінним тут є вихід за межі суто українського нормативного поля й перенесення фокусу на принципи, що визначають якість управління в будь-якій сучасній системі: прозорість, підзвітність, участь, професійну автономію, узгодженість рішень та орієнтацію на суспільний результат [112, с. 81-94; 191; 193]. Узагальнений вигляд теоретичної моделі державної політики у сфері охорони здоров'я як об'єкта публічного управління, що впливає з розглянутих підходів, подано на рисунку 1.1.



Рисунок 1.1 Загальна теоретична модель державної політики у сфері охорони здоров'я як об'єкта публічного управління

*Джерело: розроблено автором.

Рисунок 1.1 показує охорону здоров'я не як соціальну систему саму по собі, а як майданчик, на якому перевіряється дієвість засадничих принципів врядування. Саме тут найвиразніше проступає вичерпність командно-адміністративних методів і постає запит на горизонтальну координацію, фахову експертизу та суспільну довіру. Аналіз управлінських моделей дозволяє, отже, прочитати профільну державну політику як показовий вияв еволюції самої парадигми публічного управління.

Суттєву роль у вітчизняному дискурсі відіграють праці про публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я. У роботі М. Пристаї наголошено на потребі чіткого визначення об'єктів, суб'єктів, цілей та особливостей публічного адміністрування в цій сфері [135, с. 557-562]. Автор розглядає об'єкт не як окрему організацію чи орган влади, а як цілу сферу суспільних відносин, у якій взаємодіють органи публічної влади, заклади охорони здоров'я, пацієнти, медичні працівники, суб'єкти господарювання та

контрольні інституції. Звідси теоретичний висновок: державна політика у сфері охорони здоров'я як об'єкт публічного управління має не монолітний, а мережевий і багатосуб'єктний характер, а публічна влада виконує не лише розпорядчо-контрольну, а й координаційну, договірну, сервісну та інтеграційну функції [135, с. 557-562]. Саме тому поняття «публічне управління» є місткішим за традиційне «державне управління»: рішення тут реалізуються не лише владним наказом, а через багаторівневу взаємодію акторів, партнерства, контракти, стандарти, електронні системи та професійне саморегулювання [112, с. 81-94; 135, с. 557-562; 191].

Багаторівнева природа об'єкта виразно проступає в літературі про децентралізацію управління системою охорони здоров'я. Дослідження Л. О. Рудакової та В. М. Михальчука на прикладі Київської області показує, що місцевий рівень не зводиться до виконавської ланки державної політики [156, с. 105-112]. Саме на рівні територіальних громад і регіонів значною мірою вирішуються питання фактичної доступності послуг, просторової організації мережі, кадрового забезпечення та взаємодії з населенням. Державна політика, отже, реалізується не тільки згори вниз, а й через територіально розподілену будову компетенцій, ресурсів та відповідальності [148; 156, с. 105-112]. Децентралізація виявляє й істотну рису сучасної політики - потребу поєднувати національні стандарти з локальною адаптацією: держава визначає загальні правила, гарантії та фінансові рамки, а місцевий рівень забезпечує реальне втілення доступності й чутливості системи до потреб населення [156, с. 105-112; 199].

У значній частині українських праць проблема розкривається через аналіз реформи. Праці Ю. І. Сенюк та З. О. Надюк показові тим, що розглядають сучасну державну політику крізь призму реформування системи та зміни її організаційних і фінансових параметрів [159, с. 211-220]. Реформа забезпечила нову модель фінансування, зміну статусу закладів, роль НСЗУ, автономізацію, нові вимоги до якості та звітності, цифровізацію процесів [137; 145; 159, с. 211-220; 217].

Проте надмірна зосередженість на перебігу реформ мала й зворотний бік: природа охорони здоров'я як об'єкта публічного управління інколи відходила на другий план перед описом етапів трансформації [159, с. 211-220]. Реформа є важливим емпіричним середовищем, у якому проявляються властивості об'єкта, але вона не вичерпує теоретичного змісту державної політики. Радше навпаки, вона виявляє, наскільки складною є будова цієї сфери: які інституційні конфлікти в ній закладені, як працюють механізми стимулювання, як розподіляються ризики, де пролягають межі централізованих і децентралізованих рішень [73, с. 36-46; 159, с. 211-220; 26].

Сучасні українські дослідження зазнали відчутного впливу міжнародного дискурсу щодо врядування в системах охорони здоров'я. Європейська обсерваторія з систем та політик охорони здоров'я розглядає публічне врядування як здатність організувати взаємодію ринків, мереж і публічної адміністрації так, щоб система лишалася доступною, якісною, сталою та підзвітною [191]. У колективній праці «Зміцнення врядування в системі охорони здоров'я: кращі політики, вища результативність» концепт врядування пояснено через прозорість, підзвітність, участь, організаційну цілісність і політико-управлінську спроможність. Охорона здоров'я постає тут не як статична система, а як простір управлінської взаємодії, де постійно триває балансування між публічним інтересом, професійною автономією, ринковими елементами, соціальною справедливістю та ресурсними обмеженнями [191; 193; 214; 215].

Зі споріднених позицій вагомою є аналітика Організації економічного співробітництва та розвитку щодо оцінювання результативності систем охорони здоров'я. Її підходи показують, що сучасна політика дедалі тісніше пов'язується з доказовістю, порівняльними індикаторами, системами моніторингу та здатністю держави перетворювати дані на зворотний зв'язок [199; 200]. Об'єктом аналізу стає не лише структура системи, а й механізми оцінки її функціонування. Звідси випливає спостереження, що варте уваги: об'єкт державної політики частково конструюється через інструменти

оцінювання те, що вимірюється, стає предметом цілеспрямованого управлінського впливу. Без категорій результативності, моніторингу та підзвітності сучасний аналіз охорони здоров'я як об'єкта публічного управління був би неповним [73, с. 36-46; 85, с. 5-13; 191; 199; 200].

Концептуально близькою є позиція Всесвітньої організації охорони здоров'я, за якою публічне врядування у цій сфері охоплює стратегічне спрямування, формування правил, координацію суб'єктів, забезпечення підзвітності та узгодження політики задля універсального охоплення послугами. У документах організації врядування пов'язується не лише з діяльністю профільного міністерства, а з ширшою інституційною спроможністю держави й суспільства виконувати базові функції громадського здоров'я та підтримувати людиноцентровані підходи [213; 214; 215]. Така рамка пояснює, чому охорона здоров'я є специфічним об'єктом публічного управління: галузеве адміністрування тут постійно наштовхується на межі власної дієвості й потребує міжсекторального врядування у вакцинації, психічному здоров'ї, реабілітації, реагуванні на надзвичайні ситуації результату годі досягти лише силами медичної допомоги.

Фінансово-управлінський вимір проблеми повно розкрито в матеріалах Світового банку щодо реформи фінансування охорони здоров'я в Україні. У звіті про прогрес реформи наголошено, що перехід від історичного кошторисного фінансування до закупівлі послуг означав не просто зміну платіжного механізму, а перепрограмування ролі держави: вона почала виступати не стільки утримувачем мережі, скільки стратегічним гарантом, покупцем і регулятором [137; 145; 217]. Новіший огляд, присвячений реформі, життєстійкості та відновленню, доповнює це аналізом стійкості системи в умовах війни. Теоретична цінність цих праць у тому, що вони дозволяють розглядати фінансову політику як ядро публічного управління охороною здоров'я, а фінансовий механізм як структурний елемент самого об'єкта, а не як зовнішню ресурсну передумову [67, с. 51-56; 216; 217].

Зіставлення цих праць дозволяє по-новому оцінити співвідношення між

державним управлінням, публічним управлінням і врядуванням. У частині українських досліджень ці поняття вживають майже як синоніми, проте за ними стоять різні аналітичні моделі. Державне управління наголошує на владній ієрархії, адміністративних повноваженнях та організаційній підпорядкованості. Публічне адміністрування зосереджується на процедурах реалізації, сервісній функції та регламентах. Публічне управління і врядування охоплюють ширший спектр відносин: участь недержавних акторів, мережевість системи, координацію, підзвітність, міжсекторальні зв'язки, співвиробництво політики [7, с. 163-172; 112, с. 81-94; 135, с. 557-562; 191; 193]. Для охорони здоров'я ця відмінність є істотною, бо тут управлінські рішення майже ніколи не реалізуються суто вертикальними каналами вони проходять через контракти, стандарти, клінічні протоколи, професійні спільноти, місцеві органи влади, інформаційні платформи та пацієнтські очікування. Це не означає витіснення держави: її роль стає важливішою, але дедалі менше зводиться до командування й дедалі більше до стратегічного спрямування, гарантування, координації та нагляду.

Ще однією рисою охорони здоров'я як об'єкта публічного управління є його ціннісна навантаженість. На відміну від багатьох інших сфер політики, тут майже кожне рішення торкається базових прав людини, суспільних уявлень про справедливість і допустимих меж ринкових механізмів. Тому ефективність державної політики не може оцінюватися лише в термінах економії ресурсів чи адміністративної керованості, вона співвідноситься з рівністю доступу, недискримінацією, захистом уразливих груп, орієнтацією на потреби пацієнта та довірою до системи [17, с. 197-204; 159; 199; 215]. Об'єктом публічного управління в охороні здоров'я є, отже, не лише інституційна система, а й результати її функціонування для людини [3, с. 31-37; 7, с. 163-172; 159, с. 211-220].

Аналіз літератури виявляє також, що цей об'єкт є глибоко міжсекторальним. Громадське здоров'я невіддільне від освіти й комунікаційної політики; психічне здоров'я - від соціального захисту, зайнятості й наслідків

війни; екстрена допомога - від цивільного захисту, логістики та енергетичної стійкості; реабілітація - від соціальної й ветеранської політики; цифровізація - від інформаційної політики, кібербезпеки та захисту даних [42, с. 42-47; 85, с. 5-13; 116, с. 232-242; 213]. Охорона здоров'я не має жорстко замкнених меж це поле перетину багатьох політик, де профільне міністерство зберігає центральну роль, проте не може одноосібно забезпечити результат [191; 193; 213].

Об'єкт цей має й виразно динамічний характер. Ідеться не лише про постійні зміни законодавства чи моделей фінансування, а про глибшу властивість системи реагувати на демографічні тенденції, епідемічні ризики, технологічні інновації, зміну структури захворюваності та військово-політичні виклики [42, с. 42-47; 85, с. 5-13; 148; 213; 216]. Державна політика у сфері охорони здоров'я не може бути зведена до раз і назавжди фіксованого набору рішень вона мусить містити механізми адаптації, навчання на власному досвіді, корекції стимулів і швидкого реагування. Саме тому в міжнародних підходах дедалі частіше вживають поняття інституційної життестійкості, що наголошує не лише на здатності витримувати шоки, а й на здатності змінюватися, зберігаючи базові функції [191; 213; 216].

Окрему лінію утворює переосмислення ролі держави. У пострадянській логіці держава мислилася як прямий утримувач мережі та монопольний центр розподілу ресурсів. У сучасних працях, що аналізують фінансування, автономізацію закладів і функціонування НСЗУ, держава постає як гарант, регулятор, покупець, координатор і арбітр [73, с. 36-46; 137; 145; 217]. Це не зменшення ролі держави, а її функціональне ускладнення. Тісно пов'язане з цим і те, що охорона здоров'я дедалі частіше осмислюється як простір взаємодії публічних і приватних елементів: навіть там, де держава відіграє провідну фінансову й нормативну роль, значна частина реалізації політики відбувається через поєднання державних, комунальних, приватних і неурядових учасників [21, с. 73-75; 135, с. 557-562; 191]. Публічний характер політики визначається при цьому не формою власності суб'єктів, а цілями, правилами, гарантіями та механізмами підзвітності [191; 193; 214].

Огляд дозволяє побачити й обмеження наявного наукового масиву. Значна частина праць має прикладний, а не концептуально-теоретичний характер: автори описують механізми, проблеми та напрями реформ, проте рідше ставлять питання про загальні закономірності формування державної політики [73, с. 36-46; 159, с. 211-220]. Зберігається термінологічна строкатість, що ускладнює синтез підходів. Недостатньо розробленою лишається взаємодія між правовим, фінансовим, інформаційним і безпековим вимірами політики як складовими єдиної системи. Порівняльний аналіз зарубіжного досвіду, за винятком окремих публікацій, поки не набув глибини, потрібної для системного зіставлення національних моделей [21, с. 73-75]. Воєнний контекст, ставши предметом окремих досліджень, ще не повною мірою інтегрований у загальну теорію [42, с. 42-47]. Ці прогалини не применшують значення наявної літератури вони радше окреслюють простір для подальшого теоретичного узагальнення.

Аналіз джерел дає підстави для висновку. Упродовж останнього десятиліття в українському науковому дискурсі склався відносно стійкий підхід, за яким державна політика у сфері охорони здоров'я розуміється як складний, багатовимірний і соціально чутливий об'єкт публічного управління. У межах цього підходу охорона здоров'я постає як система суспільних відносин, інституцій, механізмів, ресурсів і практик, на яку держава здійснює стратегічний, нормативний, організаційний, фінансовий, інформаційний і координаційний вплив задля збереження та зміцнення здоров'я населення. Цей об'єкт не зводиться до лікувальної мережі чи адміністративної вертикалі; він охоплює громадське здоров'я, цифрову інфраструктуру, фінансові механізми, правові гарантії, територіальну організацію, комунікацію з населенням, міжсекторальну взаємодію та безпековий компонент [42, с. 42-47; 84, с. 110-116; 85, с. 5-13; 148; 213; 216].

Для цього дослідження найпродуктивнішим є розуміння державної політики у сфері охорони здоров'я як цілеспрямованої та інституційно забезпеченої діяльності публічної влади, спрямованої на упорядкування,

координацію й розвиток складної системи забезпечення здоров'я населення. Саме таке визначення дозволяє звести напрацювання різних авторів Аніщенко, Бакуменка й Пристаї, Вашева, Карамішева, Волоса, Лахижі, Орлової, Кучерова, Дідик і Рудакової в єдину теоретичну рамку, придатну для подальшого аналізу механізмів реалізації державної політики, чому й присвячено наступні підрозділи [3, с. 31-37; 7, с. 163-172; 17, с. 197-204; 67, с. 51-56; 116, с. 233-242; 135, с. 557-562; 156, с. 105-112; 159, с. 211-220].

1.2. Сутність, принципи та форми державно-приватного партнерства в теорії публічного управління

В економічній системі розвинених країн економічні відносини характеризуються посиленням взаємозв'язків і взаємозалежності між усіма суб'єктами, що має на меті максимальне задоволення потреб за умови мінімізації витрат ресурсів. В епоху глобалізації та стрімких змін навколишнього середовища виникає об'єктивна необхідність пошуку нових механізмів співпраці як на макроекономічному рівні між державами, так і на мікрорівні між учасниками внутрішнього ринку. Одним із таких дієвих механізмів виступає державно-приватне партнерство (ДПП). Завдяки синергії та взаємодоповненню компетенцій державного сектору та бізнесу, ця модель дозволяє задовольнити інтереси обох сторін і досягти високих результатів. Хоча в Україні потенціал ДПП наразі використовується не повною мірою через недосконалість інституційної та законодавчої бази регулювання, інтерес до цього формату невпинно зростає. Розвиток партнерства між державою та приватним капіталом сьогодні відіграє критично важливу роль не лише для підвищення ефективності окремих підприємств, а й для соціально-економічного розвитку країни загалом. ДПП відкриває шляхи для залучення додаткових інвестиційних ресурсів у державний сектор.

Така співпраця сприяє більш раціональному використанню наявних

ресурсів та дозволяє ефективно розподіляти й мінімізувати ризики завдяки об'єднанню потенціалів влади та бізнес-структур. Урядові антикризові заходи та моделі посткризового відновлення економіки передбачають розширення співробітництва органів державного управління з підприємницьким сектором.

Реалізація соціально орієнтованих функцій та завдань держави стає можливою переважно завдяки формуванню стійких партнерських відносин у форматі державно-приватного партнерства. Історично формування системи відносин ДПП зароджувалося у сфері міського господарства, поступово поширюючись на транспортну інфраструктуру та інші галузі в міру зростання їхньої суспільної значущості. Яскравим прикладом є досвід Франції XVI століття, де влада залучала приватних підприємців до забезпечення комунальних послуг за їхній власний кошт, але під жорстким державним контролем. Фундаментального теоретичного розвитку концепція ДПП набула в середині XIX століття, а етап активного практичного застосування цієї теорії припав на 80–90-ті роки минулого століття.

У країнах пострадянського простору розвиток ДПП відображає загальносвітову тенденцію до зростання в останні роки, оскільки пріоритети держав вимагають підвищення якості соціальних послуг, розвитку інфраструктури на всіх рівнях та масштабного залучення інвестицій. Ефективне партнерство державних органів влади з приватним сектором має на меті не тільки забезпечення стійких темпів розбудови країни, а й розвиток її регіонів через формування конкурентного середовища. Варто зауважити, що сьогодні ДПП виступає як загальновизнана у світі альтернатива спільному способу фінансування, яка привертає значний інтерес як наукової, так і управлінської думки.

Незаперечною перевагою державно-приватного партнерства перед традиційними механізмами державних закупівель є зниження фіскального навантаження на державу з одночасним використанням ринкової конкуренції для створення високоякісного продукту. Для приватного партнера формат ДПП відкриває можливості доступу до галузей, де традиційно домінує держава,

зокрема до сфери надання медичних послуг. Оскільки такі проєкти реалізуються у сферах з вираженим суспільним інтересом, приватний сектор отримує гарантії стабільного або навіть зростаючого попиту. Крім того, можливість виведення певних зобов'язань поза баланс робить окремі форми ДПП вкрай привабливими для компаній, які дбають про збереження високого кредитного рейтингу. Проблематика розвитку державно-приватного партнерства вже тривалий час перебуває у фокусі уваги багатьох науковців, а кількість досліджень різноманітних аспектів його застосування суттєво зросла за останні п'ятнадцять років. Значний внесок у вивчення проблемних питань цієї сфери зробили фахівці в галузі економіки, права та державного управління.

Поняття ДПП є багатограним і характеризується суттєвими відмінностями у формулюваннях, проте об'єднуючим елементом усіх підходів є концепція спільної вигоди для держави та приватного партнера за підсумками реалізації проєкту. Державні органи передусім прагнуть забезпечити надання якісних і гарантованих послуг для задоволення потреб громадян, а також максимально ефективно використати наявні ресурси для вирішення пріоритетних соціально-економічних завдань. Зі свого боку, приватний партнер націлений на отримання прибутку, необхідного для подальшого розвитку та розширення бізнесу в процесі такої соціально-економічної взаємодії. Таким чином, державно-приватне партнерство виступає дієвим інструментом розбудови соціальної інфраструктури, належного виконання владними структурами своїх суспільних обов'язків, забезпечення добробуту населення, надання якісних послуг та налагодження конструктивної взаємодії на політичному рівні [37].

Відповідно, формування однозначного розуміння та уніфікованого трактування сутності дефініції «державно-приватне партнерство» постає як одне з першочергових завдань для нормативно-правового впорядкування його різноманітних форм. Вивчення та аналіз різних аспектів спільної діяльності органів державної влади та приватного сектору викликає стійкий науковий інтерес у контексті формування ефективної управлінської практики.

Дослідженню питань державно-приватного партнерства присвятили свої

праці такі відомі вітчизняні та зарубіжні вчені, як В.Г. Варнавський, Р. Кундрик, В. Добровольський, В.А. Михеєв, С.Д. Данасарова, В. Ребок, Б.М. Данилишин та інші. Проте, незважаючи на вагомий науковий доробок згаданих дослідників, питання специфіки застосування механізмів державно-приватного партнерства все ще потребують додаткового та більш глибокого розгляду. Сама концепція державно-приватного партнерства є ефективною альтернативою приватизації життєво важливих і стратегічно значущих об'єктів державної власності. Варто зазначити, що у країнах Європейського Союзу набуло поширення визначення цієї системи як публічно-приватного партнерства, тоді як у США та Канаді частіше використовують абревіатуру РЗ або дещо рідше - Р-Р Partnerships. У Великій Британії натомість закріпився термін «приватна фінансова ініціатива», а у Франції тривалий час для позначення певних поширених моделей ДПП використовувався термін «концесія». Аналіз цих термінологічних розбіжностей дозволяє стверджувати, що існування різноманітних варіацій назв для одного й того ж інструменту ускладнює формування універсального поняття «державно-приватне партнерство» та створює певні перешкоди для ефективного міжнародного обміну досвідом у цій сфері [182].

У науковій літературі існує низка підходів до визначення поняття державно-приватного партнерства, проте аналіз джерел, що розкривають теоретичні основи ДПП, свідчить про відсутність загальновизнаної термінології, що зумовлює певну розмитість меж цього поняття. Варто зауважити, що державно-приватне (публічно-приватне) партнерство може розглядатися у двох основних аспектах: по-перше, як система відносин між державою та бізнесом, що слугує інструментом національного, міжнародного, регіонального чи муніципального соціально-економічного розвитку; по-друге, як сукупність конкретних проєктів, які спільно реалізуються державними органами та приватними компаніями на об'єктах державної чи муніципальної власності.

Самій дефініції «партнерство» як економічній категорії притаманні специфічні риси, адже під ним традиційно розуміють форму організації підприємства, засновану на об'єднанні майна кількох співвласників для

подальшого спільного управління виробництвом і власністю, розподілу прибутку та солідарної відповідальності за зобов'язаннями [45, с. 698]. Організація партнерства держави та приватного власника на основі договору, який чітко регулює права та обов'язки сторін, їхню участь у загальних витратах, розподіл прибутку та поділ майна, дозволяє використовувати ДПП як ефективний механізм для усунення розривів у національних інноваційних системах.

У довідкових виданнях термін «партнерство» тлумачиться досить широко: як взаємовідносини між партнерами; засновані на рівноправності та взаємовигіді контакти держав, підприємств і громадських груп; закріплена договором чи протоколом форма співробітництва компаній; добровільна участь фізичних чи юридичних осіб і організацій різних рівнів у спільних проєктах; спрощена форма ведення бізнесу у сфері послуг; або ж фактична, не закріплена установчими документами співпраця, що іноді веде до злиття компаній. Своєю чергою, партнер визначається як учасник спільної діяльності, товариш або компаньйон у певній справі [161]. З огляду на це, під поняттям «партнерство» слід розуміти систему взаємовідносин між рівноправними сторонами, які добровільно закріпили умови співпраці в юридичному документі, де кожен партнер є учасником, що розділяє права, обов'язки та ризики.

Отже, змістом досліджуваного поняття виступає система взаємовідносин між публічними і приватними суб'єктами щодо практичної реалізації певної публічної функції. На міжнародному рівні підходи до трактування різняться: наприклад, у Зеленій книзі Європейського Союзу ДПП визначається як форма кооперації між владою і бізнесом з метою фінансування, будівництва, модернізації чи експлуатації інфраструктури та надання послуг.

Міжнародний валютний фонд трактує ДПП як угоду, за якою приватний сектор забезпечує інфраструктурні активи та послуги, що традиційно надавалися державою [205], хоча таке визначення має суттєвий недолік, оскільки обмежується лише інфраструктурною сферою і не враховує можливості реалізації проєктів в інших соціально важливих секторах економіки. Організація економічного співробітництва та розвитку (OECD) розглядає ДПП як

довгострокові договори, за якими приватний партнер фінансує та надає державні послуги з використанням основних засобів і відповідним розподілом ризиків [201]. У США під цим терміном розуміють угоду, що надає приватній компанії право брати участь у державній власності та виконувати традиційні функції публічної влади.

У вітчизняному науковому дискурсі дослідники К. Павлюк та С. Павлюк визначають ДПП як конструктивне співробітництво держави, бізнесу та інститутів громадянського суспільства в різних сферах для реалізації суспільно значущих проєктів, що базується на пріоритеті державних інтересів, консолідації ресурсів, ефективному розподілі ризиків, прозорості та рівноправності заради поступального розвитку суспільства [123].

В аналітичній записці Національного інституту стратегічних досліджень «Особливості застосування державно-приватного партнерства як механізму реалізації нової регіональної політики» державно-приватне партнерство визначається як рівноправне та взаємовигідне співробітництво між державою, територіальними громадами в особі органів влади чи місцевого самоврядування та приватними інвесторами, що здійснюється в межах реалізації проєктів для вирішення важливих соціально-економічних проблем територій [108]. Своєю чергою, В.Г. Варнавський розглядає ДПП як юридично закріплену форму взаємодії між державою та приватним сектором щодо об'єктів державної і муніципальної власності, а також послуг, що надаються відповідними органами та підприємствами, задля реалізації суспільно значущих проєктів у широкому спектрі економічної діяльності.

У Законі України «Про державно-приватне партнерство» це поняття трактується як засноване на договорі співробітництво між державою, Автономною Республікою Крим, територіальними громадами, Національною та галузевими академіями наук (державними партнерами) та юридичними особами, окрім державних і комунальних підприємств (приватними партнерами), що відповідає визначенням законодавством ознакам [52]. Цей нормативно-правовий акт комплексно регулює організаційно-правові засади та основні принципи

договірної взаємодії партнерів.

Дослідник В.А. Михеєв визначає ДПП як систему співробітництва бізнесу з державними установами для досягнення спільних економічних цілей і вирішення актуальних соціально-економічних завдань [182]. Натомість вітчизняний науковець Б.М. Данилишин акцентує увагу на тому, що це система співробітництва, де ризики між партнерами розподіляються за принципом їх найкращої спроможності до нейтралізації, за умови узгодженого підходу до поділу винагород. Подібну позицію поділяє В. Ребок, який характеризує ДПП як довгострокове співробітництво, в якому не лише розподіляються ризики, але й приватні фірми беруть на себе виконання певних державних чи муніципальних завдань, самостійно керуючи ними на свій ризик. Заслуговує на увагу підхід С.Д. Данасарової, яка трактує ДПП як домовленість про спільну реалізацію суспільно значущих проєктів у найбільш ефективний спосіб та з меншими витратами, ніж це могла б зробити держава самостійно.

За визначенням D. Budaus [186], це довгострокове співробітництво державних установ і приватних підприємств, де кожен партнер вкладає наявні ресурси для досягнення як спільних, так і індивідуальних цілей. З огляду на вищезазначене, слід констатувати, що в науковій літературі поняття державно-приватного партнерства розуміється багатовимірно: як система відносин, як сукупність конкретних проєктів, форма співробітництва, альянс, соціальний інститут, форма ринкової взаємодії чи особливий механізм, що свідчить про різнобічність вивчення цього складного явища [99].

На основі аналізу підходів вітчизняних і зарубіжних вчених, пропонується розуміти під ДПП систему довгострокового співробітництва між державними установами та приватними підприємствами, яка передбачає залучення ресурсів кожного з партнерів для досягнення спільних і відокремлених цілей. Із наведених дефініцій можна виокремити низку базових ознак державно-приватного партнерства, наявність яких є обов'язковою передумовою реалізації будь-якого спільного проєкту та дозволяє чітко відмежувати цей механізм від інших форм взаємодії держави та бізнесу.

Так, відомий дослідник І.В. Волощук до основних ознак державно-приватного партнерства відносить такі: участь як сторін держави, приватного бізнесу та суспільства; офіційне юридичне закріплення та рівноправність взаємозв'язків; чітко виражену публічну та суспільну спрямованість; консолідацію та об'єднання ресурсів і вкладів сторін; пропорційний розподіл рівня фінансових ризиків, витрат та одержаних результатів [26].

Своєю чергою, М. Масик виділяє схожі ознаки ДПП, наголошуючи на представництві державного та приватного секторів, обов'язковій фіксації їхньої рівноправної та партнерської взаємодії в юридичних документах (договорах чи контрактах), наявності спільних цілей на базі суспільних інтересів, об'єднанні матеріальних, фінансових і трудових ресурсів, а також спільному розподілі витрат, ризиків та результатів діяльності [95]. Звертає на себе увагу також дослідження І.П. Дубок, який серед ключових ознак партнерства виокремлює реалізацію проєктів важливого суспільного значення, довготривалий термін співпраці (від 5 до 50 років), об'єднання фінансових та інших ресурсів, а також юридично закріплений розподіл повноважень, зобов'язань, ризиків і очікуваних вигод між партнерами [44].

У вітчизняному законодавстві базовими ознаками державно-приватного партнерства визначено довготривалість відносин (від 5 до 50 років), передачу приватному партнеру частини ризиків, внесення ним інвестицій із джерел, не заборонених законодавством, а також створення, будівництво (нове будівництво, реконструкцію, реставрацію, капітальний ремонт, технічне переоснащення) об'єкта ДПП та/або управління, користування, експлуатацію чи технічне обслуговування таким об'єктом [52].

Аналіз цих базових ознак дозволяє дійти висновку, що механізм ДПП насамперед передбачає пріоритетність інтересів держави. Більшість науковців сходяться на думці, що саме органи влади виступають головним ініціатором будь-якого інвестиційного проєкту, визначаючи напрями та правила співпраці з приватним сектором. Довготривалий характер співпраці формує значні переваги для обох сторін, оскільки дає можливість залучати вагомні фінансові ресурси на

тривалий час без відчуження об'єктів державної чи комунальної власності, що дозволяє реалізовувати масштабні проєкти.

Крім того, державно-приватне партнерство завжди передбачає чіткий розподіл ризиків, які передаються тій стороні, що здатна забезпечити найефективніше управління ними. Узагальнюючи представлені в різних визначеннях ознаки, можна стверджувати, що фундаментальними характеристиками ДПП є довготривалість термінів співпраці, участь державних органів, бізнесу та суспільства (інтереси якого представляє влада), офіційний характер взаємозв'язків із фіксацією в юридичних документах, чіткий розподіл ризиків і обов'язків, рівноправність сторін, а також об'єднання спільних ресурсів для досягнення мети, що ґрунтується на суспільних інтересах.

На сучасному етапі активізація державно-приватного партнерства зумовлена насамперед можливістю залучення необхідного фінансування для реалізації проєктів у будівництві, житлово-комунальному господарстві, транспорті, медицині, промисловості, туризмі, рекреації та освіті. Оскільки кожен із таких проєктів зазвичай здійснюється в межах державної політики, це формує потенційні напрями розвитку ДПП у контексті активізації інвестиційно-інноваційної діяльності.

Аналіз масиву наукових публікацій, присвячених теорії та практиці державно-приватного партнерства, свідчить про надзвичайно широку сферу застосування відповідних проєктів. Залучення різноманітних організацій приватного сектору до таких ініціатив відкриває для них принципово нові можливості, що набуває особливої актуальності в контексті євроінтеграційних процесів в Україні. Варто відзначити, що в межах подібної співпраці традиційні владні повноваження державних органів та їхні суто контролюючі функції відходять на другий план, натомість держава в особі уповноважених інституцій виступає рівноправним партнером приватного суб'єкта.

За своїм сутнісним наповненням державно-приватне партнерство є багатовимірним поняттям, що зумовлює варіативність його трактування в науковій літературі: воно розглядається як система відносин між державою та

бізнесом, сукупність конкретних проєктів, форма співробітництва, стратегічний альянс, соціальний інститут, різновид ринкової взаємодії або специфічний управлінський механізм.

Наявність різноманітних підходів до розуміння сутності державно-приватного партнерства відображає багатогранність цього явища та множинність форм співпраці державного і приватного секторів, через що зведення цього поняття до єдиного стислого визначення є складним і методологічно недоцільним завданням [207]. Водночас фундаментальну основу ДПП незмінно становлять ідеї підвищення ефективності реалізації проєктів у таких суспільно значущих сферах, як енергетика, транспортна інфраструктура, наука, охорона здоров'я, освіта тощо.

Спираючись на викладений вище теоретичний базис, понятійно-категоріальний апарат державно-приватного партнерства доцільно узагальнити у вигляді структурної схеми (рис. 1.2).



Рисунок 1.2 Державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я: сторони та сутнісні ознаки

З огляду на це, сьогодні ДПП обґрунтовано вважається одним із найефективніших і найперспективніших інструментів забезпечення

економічного та соціального розвитку держави, який у сучасних умовах набуває дедалі більшої ваги та потребує безперервного вдосконалення. На практиці механізми державно-приватного партнерства реалізуються у різноманітних формах, що зумовлено його роллю як універсальної інструментарію, здатного системно впливати на функціонування різних сфер діяльності та суттєво покращувати стан окремих галузей економіки. Відповідно до чинного українського законодавства [109], до основних форм здійснення державно-приватного партнерства належать договір про концесію, договір про управління майном, договір про спільну діяльність, а також інші договори, зокрема змішані, які об'єднують у собі елементи різних договірних конструкцій (рис. 1.3).



Рисунок 1.3 Форми державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я за глибиною залучення приватного партнера

Концесія — це одна із форм державно-приватного партнерства, а саме, довгостроковий договір про співпрацю держави з приватним інвестором. За вимогами концесії приватний інвестор отримує від влади в користування існуючі активи, інвестує в них або створює нові, а також, надає всі або частину суспільно важливих публічних послуг. Однак, врешті-решт інколи здійснює платежі до місцевого або загального державного бюджетів. В той же час,

публічна сторона контролює виконання інвестором своїх зобов'язань і продовжує виконувати частину свої функцій, які не можуть бути передані приватній стороні. Після завершення строку концесійного договору держава отримує назад майно, яке було в користуванні у концесіонера, з урахуванням усіх поліпшень [80].

Варто зазначити, що ключовою перевагою концесії є те, що партнери розділяють між собою усі ризики, які пов'язані з майном та відповідною діяльністю. На думку Д.В Поповича, концесія визначається, як комерційні відносини між концесіонером та концесіодавцем, передача на тривалий строк у користування недержавним суб'єктам [133]. Підготовка концесійного договору складає деякий час й не є швидкою процедурою. Це є об'єктивним, тому що держава, як публічний партнер, має запропонувати певні вимоги до майбутнього інвестора, механізми його відбору та детальні умови довгострокової співпраці на основі концесійного договору. Саме тому, успішність залучення приватного партнерства на привабливих умовах, в значній мірі залежить від законодавства про державно-приватне партнерство та концесію.

Щодо інших загальних форм державно-приватного партнерства, то в науковій літературі та на практиці ще зустрічаються такі з них: оренда; лізинг; спільна діяльність; управління майном; інвестиційний договір [27].

Розглянемо кожен із представлених форм державно-приватного партнерства з метою визначення їх сутнісних характеристик і специфіки практичного застосування. Так, оренда як одна із форм державно-приватного партнерства, згідно Закону України «Про державно-приватне партнерство» є формою державно-приватного партнерства, яка заснована на строковому договорі, необхідному для платного користування майном та здійснення орендарем певного виду діяльності [141].

В більшості випадків договір оренди укладається на термін від 5 років, до цієї умови варто додати важливу ознаку поліпшення об'єкта оренди за рахунок конкретної кількості ресурсів і джерел. Цими джерелами зазвичай є:

амортизаційні відрахування, власні кошти або ресурси орендаря чи орендодавця. Орендар має право залишати за собою право отримувати усі покращення орендованого майна, які були отримані за рахунок власних коштів, якщо ці кошти були відокремлені від майна без заподіяння йому шкоди. При виборі орендаря орендодавець часто керується загальним правилом вибору на конкурсних засадах.

Характерною особливістю оренди як форми державно-приватного партнерства є те, що сама правова природа договору оренди заснована на умові своєчасного внесення орендарем орендної плати і не передбачає загалом значних інвестицій в об'єкт оренди. За таких умов на орендаря покладається обов'язок проведення поточного або капітального ремонту об'єкта оренди, якщо це необхідно за ситуацією. У побудові правовідносин під час оренди як форми державно-приватного партнерства, держава не бере на себе ніяких зустрічних зобов'язань. Варто відзначити, щоб ці зустрічні зобов'язання все ж мали місце, вони повинні мати характер проявів меншої зацікавленості приватного партнера до довгострокових відносин з державою [1].

Наступною формою державно-приватного партнерства є лізинг. Лізинг складається за умовами договору, коли одна сторона передає або зобов'язується передати іншій стороні в користування певне майно. При цьому дане майно належить одній із сторін на основі права власності та є набутим без різного роду попередніх домовленостей. Цим майном майже завжди виступає відповідна кількість грошових ресурсів. Адже, якщо деталізувати сутність лізингу з точки зору Господарського кодексу України, то констатувати, що «лізинг є господарською діяльністю, яка спрямована на інвестування коштів за договором іншій стороні лізингових правовідносин» [128]. Одним із основних завдань лізингу, як інструменту для практичної реалізації державно-приватного партнерства є успішне поєднання економічних інтересів, які перетинаються в рамках досягнення спільної мети та несуть певну взаємну вигоду. Часто лізинг є успішним в контексті покращення екологічного стану або в ситуаціях необхідності зменшити витрати місцевих бюджетів. Серед основних ознак

можна виокремити, що лізинг є: видом господарської діяльності; передбачає обов'язкове залучення інвестицій; передбачає важливу участь і роль трьох суб'єктів: лізингодавця, лізингоодержувача і продавця.

Аналізуючи лізинг ще потрібно враховувати його видову особливість, адже, лізинг буває прямий та непрямий. Прямий лізинг - це договір, який передбачає передачу майна, придбаного лізингодавцем без попередньої домовленості із лізингоодержувачем. Щодо непрямого лізингу, то це договір, згідно з яким лізингодавець передає лізингоодержувачу майно, спеціально придбане ним у продавця або як його називають в окремих випадках – постачальника, у відповідності до встановлених лізингоодержувачем обставин та умов. Також важливим аспектом лізингу є те, що він має низку обмежень стосовно майна, яке може передаватися за наявності подібного договору. Таким майном є комунальна власність, яка може бути предметом лізингу лише за наявністю згоди органу, що управляє цим майном. Об'єктами лізингу не можуть бути земельні ділянки, природні об'єкти та майнові комплекси, якими володіє комунальне підприємство [134].

На нашу думку, лізинг - це показовий приклад практичної реалізації державно-приватного партнерства. До його переваг можна віднести те, що він вирішує питання придбання основних фондів і фінансування всього проекту. Адже, отримати майно в лізинг простіше, ніж позику на його купівлю.

В свою чергу, спільна діяльність є найпростішою формою державно-приватного партнерства, яка передбачає взаємодію держави і бізнесу на договірній особі без необхідності створювати юридичну особу, щоб досягти поставленої мети. Характерною особливістю спільної діяльності є те, що в ній активно беруть участь кожна із сторін. Кінцева мета спільної діяльності повинна не суперечити положенням чинного законодавства та може мати як комерційний, так і не комерційний характер, що засвідчує швидкий пошук балансу взаємовигідних умов між державою і приватною особою. Останньою характерною особливістю спільної діяльності, можна вважати випадки і приклади її повного припинення. Договір про спільну діяльність припиняється

коли: держава і бізнес-партнер досягли спільної мети; був закінчений строк договору, в разі того якщо цей строк був прописаний у його укладанні; було прийняте обопільне рішення щодо припинення спільної діяльності за тих чи інших обставин або відповідних причин; наявні ті випадки, котрі передбачені законом чи самим договором або прийнятим рішенням суду[176].

На нашу думку, спільна діяльність як форма державно-приватного партнерства характеризується найменшою кількістю ризиків, є дуже прозорим і швидким способом організації співпраці держави та приватного сектору для досягнення ними спільної мети.

Щодо управління майном, як форми державно-приватного партнерства, то вона також укладається в формі договору і обов'язково передбачає наявність інвестиційних зобов'язань саме від комерційного партнера, а не від держави. Під час укладання договору управління майном потрібно враховувати факт передачі однією стороною другій стороні майна на визначений строк. При цьому обов'язком другої сторони стає здійснення від свого імені процесу управління майном в інтересах першої сторони, тобто власника майна. Серед характерних ознак управління майном основними є: відсутність спеціальних норм в законодавстві, що визначають управління майном юридично дозволеною формою державно-приватного партнерства; потреба у внесенні плати на користь власника майна для того, щоб мати можливість покращити майно, котре в даному випадку буде виступати об'єктом управління; обов'язкова плата приватного партнера за можливість управляти майном, яке було надане державою.

Прикладами практичного застосування управління майном, як успішного інструменту організації державно-приватного партнерства, є проекти на регіональному та місцевому рівні управління. Сутність таких прикладів полягає в передачі окремої споруди або будівлі приватному партнеру, який підтримуватиме належний технічний стан споруди або будівлі та буде управляти цією спорудою на засадах отримання відповідної плати від територіальної громади. Останнім, на що слід звернути увагу в даній формі

прояву державно-приватного партнерства - це критерій її вибору. Вона є найбільш ефективною саме в тих випадках, коли органам місцевого самоврядування потрібно зменшити витрати на утримання того чи іншого об'єкта комунальної власності [62].

Як бачимо, подібна форма державно-приватного партнерства, не є найнадійнішим способом його організації. Особливо, це аргументовано в контексті того, що управління майном може не мати спеціальних правових норм і регулятивних положень, як наприклад в Україні.

Останньою із основних форм державно-приватного партнерства є інвестиційний договір. Інвестиційний договір в міжнародному просторі є одним із каталізаторів розвитку інвестиційної діяльності. Загалом, він представляє собою типову форму господарського-правового договору із специфічними властивостями предмету та мети. Предметом таких договорів є будь-яка інвестиційна діяльність, що не є забороненою чинним законодавством або дії чи послуги учасників інвестиційної діяльності, чиї дії направлені на забезпечення потоків інвестицій. Стосовно мети таких договорів, то вони зазвичай характеризуються отриманням результатом, який передбачається в процесі укладання подібного договору. Метою подібних договорів є отримання прибутку чи соціального зиску. За видовою особливістю інвестиційні договори характеризуються за різними показниками, що робить їх більш універсальними ніж інші форми договорів. Інвестиційні договори класифікуються за часовою ознакою, економічною та юридичною властивістю власного застосування. За часом розрізняють одноразові та довготривалі інвестиційні договори. За економічним та юридичним показником інвестиційні договори різняться на: договори про передачу майна у власність чи під оперативне управління, котре відбувається в рамках інвестиційної діяльності; договори про спільну кооперацію чи підприємницьку діяльність; договори про передачу прав на майно; договори про використання права на об'єкти інтелектуальної власності; договори на придбання цінних паперів чи відповідного переліку корпоративних прав; договори про економічну концесію або про будівничі роботи. Останнім,

що потребує дослідження функціонал інвестиційних договорів.

Своєю чергою, міжнародний досвід демонструє, що класифікація моделей державно-приватного партнерства базується не на типах договірних відносин, а на специфічній комбінації функцій, які делегуються приватному партнеру. Серед основних світових моделей виокремлюють концепцію «Будівництво – Управління – Передача» (Build-Operate-Transfer), за якою приватний інвестор споруджує та експлуатує об'єкт протягом визначеного часу, після чого повертає його державі. Схожою є модель «Будівництво – Передача – Управління» (Build-Transfer-Operate), де збудований об'єкт одразу переходить у державну власність, а потім передається приватному партнеру в концесію. Натомість формат «Будівництво – Володіння – Управління» (Build-Own-Operate) передбачає безстрокову експлуатацію зведеного об'єкта на правах приватної власності. У разі застосування моделі «Придбання – Будівництво – Експлуатація» (Buy-Build-Operate) державне чи комунальне майно передається приватному сектору для модернізації та подальшого використання протягом чітко встановленого періоду.

Більш комплексний підхід реалізується в моделі «Розробка – Будівництво – Фінансування – Управління» (Design-Build-Finance-Operate), де приватна сторона проєктує об'єкт за державними вимогами, повністю фінансує капітальні витрати та здійснює управління. Її варіацією є концепція «Розробка – Будівництво – Фінансування – Утримання» (Design-Build-Finance-Maintain), яка додатково охоплює надання супутніх неклінічних послуг, таких як логістика, прибирання чи охорона. Формат «Розробка – Тендер – Будівництво» (Design-Bid-Build) характеризується розподілом функцій створення медичної установи між окремими приватними розробниками та підрядниками.

Специфічною є модель «Будівництво – Володіння – Управління – Передача» (Build-Own-Operate-Transfer), за якої державні структури певний час надають медичні послуги в будівлі, що належить приватному партнеру, після чого цей об'єкт переходить у власність держави. Також застосовується схема «Придбання – Володіння – Повернення з лізингу» (Buy-Own-Lease-Back), коли

приватний інвестор викупує медичний заклад і згодом передає його державі на умовах лізингової угоди. Модель «Відновлення – Експлуатація – Передача» (Rehabilitate-Operate-Transfer) передбачає повернення державного об'єкта владі після його реконструкції та тимчасової експлуатації бізнесом. Окремо виділяють «Приватну фінансову ініціативу» (Private Finance Initiative), у межах якої дохід приватного партнера формується за рахунок державних виплат за фіксованими ставками, що безпосередньо залежать від рівня попиту. Так, основними функціями інвестиційних договорів є:

1) Функція регуляції, яка пов'язана із регулювання відносин між сторонами, тобто, учасниками інвестиційної діяльності за рахунок сформованого законодавчого поля.

2) Функція координації, яка забезпечує практичну реалізацію умов договору шляхом погодження відповідних положень, які виникають через специфіку обставин в яких здійснюється інвестиційна діяльність.

3) Функція планування- завдяки інвестиційним договорам, учасники інвестиційних відносин можуть планувати свою діяльність, розпорядок на певний часовий період.

4) Функція контролю - інвестиційний договір дозволяє контролювати роботу учасників інвестиційної діяльності за рахунок його положень, необхідних для виконання.

5) Функція охорони прав - сама поява інвестиційного договору створює відповідний нормативно-правовий і юридичний захист прав і обов'язків, інтересів учасників інвестиційної діяльності [134].

Зазначені характеристики інвестиційних договорів засвідчують, що вони є доволі гнучким механізмом для реалізації державно-приватного партнерства. Однак необхідною умовою повинен бути сприятливий «інвестиційний клімат» в країні.

Означений перелік форм державно-приватного партнерства не є вичерпним. У науковій літературі з досліджуваної тематики форми державно-приватного партнерства класифікуються за ознакою цілеспрямованості

формування партнерських відносин. Відповідно до названого критерію існують такі форми державно-приватного партнерства як:

- партнерства, які направлені на розвиток інфраструктурного об'єкта державно-приватного партнерства за рахунок дій приватного партнера;
- партнерства, котрі передбачають наявність управлінської експертизи для приватного партнера для того щоб він міг реалізувати великий проект або масивну програму дій;
- партнерства, котрі направлені на створення та залучення новітніх технологій;
- партнерства, які передбачають швидку реалізацію важливих інфраструктурних проектів, котрі передбачені процедурою пакетного тендера [36, с. 140].

Також, виділяють такі форми державно-приватного партнерства, які різняться в залежності від специфіки оформлення нормативно-правових документів. До них належать:

- особливі види контрактів, котрі розглядаються в якості адміністративного договору, котрий укладається між органами місцевого самоврядування та приватним партнером для виконання певних суспільних видів діяльності;
- угоди, що передбачають розподіл продукції, завдяки цій формі державно-приватного партнерства здійснюється розподіл виробленої концесіонером продукції між державою та приватним партнером;
- «проекти зеленого поля» - особлива форма державно-приватного партнерства, яка передбачає можливість для приватного партнера спільно з державою або самостійно здійснювати експлуатацію нового об'єкта за термінами, котрі передбачені положеннями контракту;
- продаж активів – форма державно-приватного партнерства передбачає купівлю частини об'єкта у державного сектору шляхом розміщення вільних коштів у купівлю акції або через спеціальну програму приватизації.

Представлена вище класифікація є доволі специфічною, особливо, для

українських реалій. Вона частіше всього використовується в різних країнах Північної Америки та Європи, у яких рівень розвитку державно-приватного партнерства є значно вищим ніж в Україні.

За інституціональним рівнем державно-приватне партнерство може існувати у вигляді таких форм як:

- традиційна, за якої держава залучає бізнес-організацію до спільного вирішення якоїсь проблеми, яка існує в суспільстві;
- інвестиційна – спільне інвестування держави і приватного партнера в один проект;
- науково-освітня – форма державно-приватного партнерства, що визначає нові напрямки розвитку, котрі відображаються на міжнародному та національному рівні.

Остання із можливих класифікацій форм державного партнерства є класифікація за трьома векторами взаємодії держави та приватного сектору. Цими трьома векторами є:

- функціональний вектор, коли держава та приватний сектор працюють в конкретній галузі та мають доступ до окремих факторів виробництва та можуть впливати на різні показники підприємства;
- галузевий вектор, де державно-приватно партнерство реалізується в якості змішаних форм власності та у різних галузях;
- муніципальний вектор, це особлива форма державно-приватного партнерства, котра здійснюється виключно для того, щоб налагодити ситуацію на рівні окремої території, в контексті покращення виробничих показників, ринку праці, комунальної інфраструктури тощо [50, с. 109-111].

Тож, підводячи підсумок можна виділити шість основних форм державно-приватного партнерства, а саме: концесія, що є найпопулярнішою формою партнерства в світі та головною рисою якої є довгостроковість договорів та розподіл ризиків між партнерами; оренда, правова природа якої заснована на строковому договорі, необхідному для платного користування майном та здійснення орендарем певного виду діяльності; лізинг, головною особливістю

якого є успішне поєднання економічних інтересів, які перетинаються в рамках досягнення спільної мети та несуть певну взаємну вигоду, поділяється на прямий і непрямий; спільна діяльність, що є найпростішою формою державно-приватного партнерства, характерною особливістю якої є активна участь у партнерстві кожної із сторін; управління майном, сутність якої полягає в передачі окремої споруди або будівлі приватному партнеру, який підтримуватиме належний технічний стан споруди або будівлі; інвестиційний договір, що являється одним із каталізаторів розвитку інвестиційної діяльності та представляє собою типову форму господарського-правового договору.

1.3. Державно-приватне партнерство як механізм реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я

Процес реформування вітчизняної системи охорони здоров'я, окрім забезпечення гарантованої державою безоплатної медичної допомоги, об'єктивно потребує формування потужного приватного медичного сектору, дієвим каталізатором розвитку якого здатне стати раціональне державно-приватне партнерство.

Ключовими передумовами для поглиблення такої міжсекторальної взаємодії у досліджуваній галузі визнаються процеси автономізації державних та комунальних медичних закладів, а також концептуальний перехід від традиційного кошторисного утримання установ до принципу оплати за фактично надану медичну послугу [98, с. 7]. Володіючи значним практичним досвідом, а також відпрацьованими механізмами та методами функціонування в умовах повної фінансової та управлінської автономії, приватні клініки можуть виступати для державних закладів охорони здоров'я як у ролі здорових конкурентів, так і в якості надійних партнерів. У будь-якому з цих варіантів залучення приватного сектору генерує позитивний синергетичний ефект, оскільки формування конкурентного середовища

неминуче стимулює підвищення загальної якості медичного обслуговування, тоді як розбудова партнерських відносин дозволяє суттєво оптимізувати фінансове навантаження на державний бюджет.

Крім того, реалізація різноманітних типів партнерських проєктів відкриває широкі можливості для залучення приватних інвестицій з метою розбудови державного медичного сектору за умови збереження існуючого майна в комунальній чи державній власності, а також подальшої передачі новостворених об'єктів у власність держави [98, с. 21]. У широкому науковому сенсі під державно-приватним партнерством прийнято розуміти специфічний механізм узгодження стратегічних цілей та забезпечення оптимального балансу інтересів між владою і бізнесом у процесі реалізації суспільно значущих проєктів, що у підсумку приносить взаємну вигоду обох сторонам [82]. Водночас у площині національного законодавства ця категорія юридично закріплена як засноване на договорі співробітництво між державою Україна, Автономною Республікою Крим чи територіальними громадами в особі їхніх уповноважених органів влади або місцевого самоврядування (державними партнерами) та юридичними особами приватної форми власності або ж фізичними особами-підприємцями (приватними партнерами), яке реалізується у чітко встановленому нормативно-правовими актами порядку та повністю відповідає законодавчо визначеним ознакам такого партнерства [138].

Процес державно-приватного партнерства будується на відносинах, де визначальними є форма власності, фінансове забезпечення, механізми управління економічними агентами [39, с. 48].

Найбільш характерні ознаки державно-приватного партнерства – це співробітництво, стабільні відносини, розвиток взаємної продукції (послуг), розподіл ризиків, обмін вигодами й витратами, взаємне додавання вартості. У порівнянні з іншими формами співпраці, державно-приватне партнерство має такі відмінні риси:

- партнери мають різну структуру власності (одна сторона –

державний орган, інша – приватна структура);

– результати державно-приватного партнерства завжди є публічними товарами (послугами) на користь третьої сторони – суспільства;

– державно-приватне партнерство зазвичай діє між конкретними партнерами протягом тривалого періоду часу [82]. У сфері охорони здоров'я державно-приватному партнерству притаманні специфічні властивості, що обумовлені його цілями і залученням до реалізації певних органів державної влади (табл. 1.2) [98, с. 13-14].

Таблиця 1.2. Специфіка проєктів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я

Цілі	Специфічні особливості	Вимоги до структурування проєктів
1) підвищення якості надання 2) медичних послуг; 3) забезпечення ефективності 4) розподілу і використання 5) бюджетних коштів; 6) забезпечення ефективності 7) діяльності через залучення 8) компетенцій та досвіду 9) приватного партнера	–заборона скорочення мережі державних та комунальних закладів охорони здоров'я; –структура суб'єктів відносин, де в якості державного партнера виступає орган влади; –необхідність збалансування соціальної та комерційної складової проєкту; –конституційні обмеження щодо платності послуг у державних і комунальних закладах охорони здоров'я	–автономізація закладів охорони здоров'я; –плановість переходу на фінансування медичної послуг залежно від видів медичної допомоги; –вимоги Національної –служби здоров'я України до надавачів послуг з медичного обслуговування населення; –утворення госпітальних округів тощо

*Джерело: сформовано на основі [98, с.13-14]

Партнером з боку держави при здійсненні державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я виступають відповідні органи державної влади (державної власності, зокрема Міністерство охорони здоров'я України; комунальної власності (орган місцевого самоврядування)), в умовах децентралізації влади - об'єднана територіальна громада. Щодо приватного партнера, він визначається за результатами ініційованого державою конкурсом, після чого з переможцем укладається договір про реалізацію державно-приватного партнерства за відповідною формою [127, с. 90-91].

Взагалі в практичній діяльності виділяють багато видів державно-

приватного партнерства, що також обумовлено різними цілями, ринковими сегментами і потребами управління інфраструктурними послугами. Однак в науковій літературі переважно виокремлюється два основних типи державно-приватного партнерства: інституційний тип (передбачає спільне підприємництво між державними і недержавними учасниками) і контрактний тип (концесія) [13, с. 157].

Проекти державно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я наразі використовуються не тільки для створення інфраструктури, але також для надання певної послуги (наприклад, громадського харчування, управління енергією, системи інформаційних технологій, інтегрованої системи управління) [185, с. 35]. В залежності від типу проекту і його фази формується комбінація функцій, що передається приватному партнеру (рис. 1.4).



Рисунок 1.4 Типи проектів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я за фазами життєвого циклу

*Джерело: побудовано на основі [98, с. 19-20]

Отже, частина функцій держави щодо реалізації потреб суспільства у

медичних послугах частково може бути забезпечена приватним сектором на основі рівноправних договірних відносин при постійному державному регулюванні. В результаті поєднання кращих можливостей держави і приватного партнера можуть реалізовуватись довгострокові проєкти [82]. В цьому аспекті дослідження [164] виділяє п'ять факторів успіху для проєктів державно-приватного партнерства: ефективне управління; зобов'язання і відповідальність обох (всіх) партнерів; сприятливе правове поле; обґрунтована економічна політика; розвинений фінансовий ринок.

Щодо управління, органи державної влади застосовують комплекс інструментів, який визначається в залежності від етапу проєкту в рамках партнерства (табл. 1.3).

Таблиця 1.3. Інструменти управління державно-приватним партнерством у прив'язці до деяких функцій управління

Функція планування	Функція організації	Функція регулювання	Функція контролю
– доплановий моніторинг; стратегії; – план формування інститутів; допроектна документація; – дво- і тристоронні переговори; проєкти; плани	– документарна база; - уповноважені органи; договори з приватними партнерами, – з громадськими інститутами, некомерційними організаціями	– закони; – відомчі нормативні акти; – документарна база, що забезпечує коригування стратегії; – корегований план виробництва суспільних благ і конкретних проєктів; – взаємодії з учасниками партнерства	– карта інтересів зацікавлених сторін; – система індикаторів оцінки виконання планів; – інформаційна база; – моніторинг показників;

*Джерело: побудовано на основі [174, с. 171-173]

При цьому, існує думка [174, с. 169-170], що держава не достатньо ефективно використовує інструментарій державно-приватного партнерства. Наприклад, в органах влади відсутні актуальні генеральні плани міст, які відбивають зони відпочинку, транспортні й інженерні комунікації.

Що стосується інших факторів успіху, вважаємо їх недостатньо ефективними в сучасних партнерських відносинах державних структур і вітчизняного бізнесу. Так, розглядаючи зобов'язання і відповідальність державного і приватного партнерів, можна зробити висновок, що головну управлінську роль відіграє держава, формуючи тим самим нерівноправні відносини у партнерстві. Держава виконує функції планування, організації, контролю і регулювання, що, безумовно, відповідає її суспільній ролі, а конкретні виробничі проблеми передаються приватному партнеру, що, з одного боку, більше пристосований до їх вирішення [174, с. 170], але, з іншого боку, ризик має бути покладений на ту сторону, яка краще здатна ним управляти. Практика ж демонструє, що держава прагне більшість ризиків перекласти на свого приватного партнера, що, в свою чергу, суперечить концепції економічної ефективності [129, с. 129]. Перепонами для впровадження соціально-направлених державно-приватних партнерських відносин також визначені «недосконалість нормативної бази, недостатня зацікавленість бізнес-партнерів у соціальних ініціативах, відсутність відповідних кваліфікованих кадрів в органах влади для розвитку державно-приватного партнерства» [90, с. 9]. Ф. Узунов також вважає, що основним гальмом в реалізації механізму державно-приватного партнерства є саме дефіцит кваліфікованих кадрів, спроможних забезпечити якісне розроблення та реалізацію проєкту. До недоліків державно-приватного партнерства згаданий науковець також відносить «слабку координацію діяльності органів влади та управління різних рівнів і приватних учасників» проєктів [174, с. 169].

На думку експертів медичної сфери, стримуючими факторами розвитку державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я є корупційні ризики, недосконале законодавство України, відсутність гарантії виконання договорів, обмежений фінансовий потенціал держави, відсутність можливості закладів охорони здоров'я надавати медичну допомогу за ринковими тарифами, ціновий демпінг на ринку

обслуговування техніки (з боку підрядників, що не виступають виробниками), недостатня кваліфікація інженерів сервісних компаній, відсутність сертифікатів виробника.

В цілому, економічна, інституційна і фінансова слабкість державної власності поруч із несформованістю інструментарію юридичного оформлення партнерських відносин між державним і приватним секторами виступає потужним гальмом розвитку державно-приватного партнерства в досліджуваній сфері. Іншими словами, відсутність єдиного підходу до способів взаємодії державних та комунальних закладів охорони здоров'я і приватного сектору гальмує ефективний діалог та співпрацю.

Наприклад, «Методичні рекомендації для державних та комунальних закладів охорони здоров'я для працівників органів управління у сфері охорони здоров'я для впровадження проєктів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я» [98] і «Загальна процедура запуску проєкту державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я» [51] носять загальний характер і не визначають в повному обсязі процедурні положення організації конкурсу, алгоритм і порядок взаємодії представників держави і бізнесу в процесі реалізації проєкту державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. Викладене доводить спроможність державно-приватного партнерства виступати у ролі ефективного інструменту оптимізації системи охорони здоров'я і водночас підкреслює нагальність вирішення проблематики його розвитку у медичній сфері. Слід зазначити, що науковці вже сформуvalи ряд напрацювань у даному напрямі, зокрема, визначили базові принципи і головні напрями розвитку державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я (табл. 1.4).

Таблиця 1.4. Стратегічні напрями розвитку державно-приватного

партнерства у сфері охорони здоров'я

Принципи	Напрями	Зміст
Дієва нормативно- правова база регулювання партнерських відносин	Удосконалення законодавчої бази, розширення правозастосовної практики державно- приватного партнерства	Визначення і усунення законодавчих прогалин щодо державно- приватного партнерства в сфері охорони здоров'я; удосконалення страхової діяльності, забезпечення конкурентного ціноутворення, реформування тарифної політики
Єдність інтересів партнерів; рівноправний розподіл ризиків між партнерами	Вироблення єдиної концепції розвитку державно-приватного партнерства в Україні	Модернізація системи державного управління, запуск процесів децентралізації
Інформаційне забезпечення суб'єктів державно- приватного партнерства	Інформаційно-освітня політика щодо впровадження соціальних ініціатив та управління Проєктами державно- приватного партнерства	Вільний доступ приватних суб'єктів до участі в конкурсі, усунення дискримінації учасників конкурсу, прозорість і доступність правил і процедур при здійсненні партнерства
Економія бюджетних коштів	Фінансування і капітальне виробництво	Удосконалення умов для залучення інвесторів; формування урядові гарантій
Економічний і соціальний ефекти	Соціально-культурні зміни	Зміни в культурі та громадській думці, підвищення довіри громадян, координація між урядом і парламентом, ставлення уряду до приватного сектору, підтримка приватного сектора як партнера
Інноваційний розвиток вітчизняної медицини	Розвиток інноваційних форм проєктного менеджменту, розвиток інноваційних медичних технологій	Інноваційні підходи, підготовка управлінського та медичного персоналу для реалізації медико- соціальних проєктів державно- приватного партнерства, стимулювання підприємництва
Економічна взаємодія держави і бізнес- структур на засадах добровільного партнерства	Удосконалення існуючих механізмів партнерства	Покращення інвестиційних умов, формування системи стимулів для інвесторів, урядові гарантії, удосконалення інфраструктури, ефективне управління проєктом за участю публічного і приватного партнерів з дотриманням балансу їх прав та інтересів

*Джерело: удосконалено на основі [82, с. 128]

Базовим механізмом в цьому процесі має стати система державного регулювання. Базовими напрямками визначимо удосконалення законодавчої бази і вироблення єдиної концепції розвитку державно-приватного партнерства, адже вони покликані усунути ключові перепони у поглибленні ефективного партнерства, які виражаються у відсутності зацікавленості бізнесу, зокрема, через нерівноправний розподіл ризиків між партнерами. (рисунок 1.5).

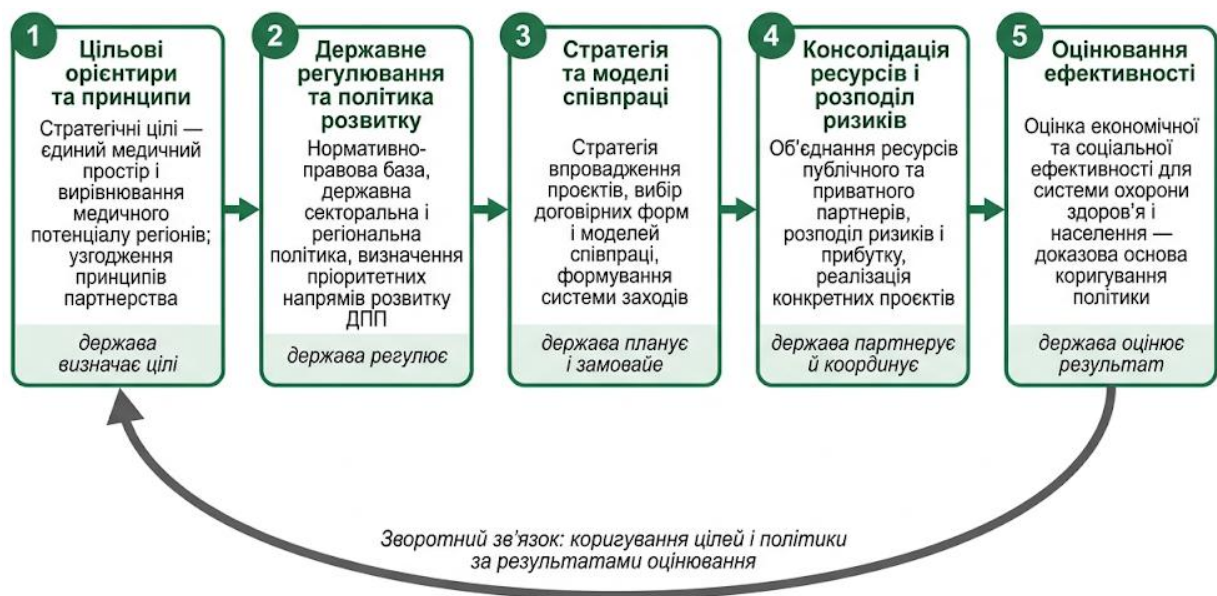


Рисунок 1.5 Цикл розвитку державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я

*Джерело: сформовано на основі [82]

Відмітимо, що значну увагу у науковій літературі справедливо приділено системі управління ризиками у партнерських відносинах, адже чинна «Методика виявлення ризиків, пов'язаних з державно-приватним партнерством, їх оцінки та визначення форми управління ними» [142] має ряд недоліків, серед яких:

- більшість показників, за якими оцінюються ризики, випускають визначення кількісних параметрів, а лише узагальнено констатують наявність впливу певного ризику (за принципом «так» або «ні»);
- обчислення фінансових показників здійснюється за однаковою

схемою для традиційних комерційних інвестиційних проєктів і не враховує, що такі проєкти можуть реалізовуватись у квазіринкових сферах економіки та соціальної сфери, зокрема у системі охорони здоров'я;

- визначення ефективності та ризиків проєктів здебільшого спираються на критерії фінансової оцінки їх реалізації, тоді як проєкти державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я вимагають перш за все визначення медичної, суспільної та бюджетної ефективності;

- за умов відсутності державного і регіонального середньострокового бюджетного планування, обґрунтування доцільності, визначення форм і обсягів державної підтримки за проєктами державно-приватного партнерства є не ефективними;

- алгоритм оцінювання ефективності проєктів державно-приватного партнерства є недостатньо структурованим і логічним [120, с. 285].

Водночас, кожному етапу процесу управління ризиками притаманні свої особливості, які традиційні підходи можуть не враховувати через унікальність проєкту, тобто, на наш погляд, потрібно визначати алгоритми і критерії оцінювання ризиків в залежності від специфіки певного проєкту.

В процесі державно-приватного партнерства постійно виникає потреба в управлінні ризиками, що дозволяє прогнозувати настання ризикових подій і своєчасно застосувати відповідних заходів за визначеними заздалегідь сценаріями. Зазвичай першим етапом в управлінні ризиками виступає ідентифікація, але, на наш погляд, передувати йому може визначення і обґрунтування наслідків співпраці, що зустрічається в деяких механізмах, адже лише в залежності від окреслених результатів взаємодії стане зрозуміло, які ризики більш ймовірні.

Крім цього, існує й група загальних ризиків, які загрожують ефективній реалізації конкретного проєкту в певних умовах, наприклад, політичні або валютні ризики, ризики суспільного визнання. Вивчення наукових праць [30] дозволило узагальнити ризики, що можуть виникнути у процесі державно-приватного партнерства (табл. 1.5).

Таблиця 1.5 Групи ризиків процесі державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я

Ризики ініціатора:	
<i>державний сектор</i>	<i>приватний сектор</i>
- ризик вибору об'єкта, не привабливого для приватного інвестора; - ризик недооцінки фінансових зобов'язань; - ризик неефективного використання бюджетних коштів; - ризик вибору невдалої моделі для розрахунку з приватним партнером	- ризик відмови від співпраці; - ризик обмеження конкуренції; - ризик завищеної вартості проєкту; - ризик помилкової оцінки попиту
Ризики, прийняті стороною в процесі реалізації проєкту:	
<i>державний партнер</i>	<i>приватний партнер</i>
- ризик втрати дотацій через публічного партнера; - ризик конкурентоспроможності; - фінансові ризики власників; - ризик зміни власника; - ризики адміністративного характеру	- підприємницький ризик; - проєктний ризик; - ризики, пов'язані з діяльністю постачальників та підрядників; - ризик технологічних змін; - ризики, пов'язані з недоліками застосовуваних медичних технологій - ризики, пов'язані з виконанням предмету договору
Спільні ризики	
економічні та фінансові ризики (інфляція, зміна процентних ставок, обмінних курсів валют, результативність проєкту, зміни структури проєкту; несвоєчасне надання дозволів і ліцензій); – ризики настання обставин непереборної сили (форс-мажор); – ризики, пов'язані з навколишнім середовищем; – ризики політичних, законодавчих, соціальних змін на рівні галузі, регіону або країни (зміни законодавства, ризик суспільного невизнання)	

*Джерело: узагальнено автором на основі [30;129]

Щодо ідентифікації, в якості інструментів І. Брайловським було запропоновано формальні сценарії й експертні опитування на основі таких вихідних даних, як бізнес-план проєкту, історична інформація про фактори зовнішнього середовища й в оточенні проєкту [15, с. 316-317]. Для оцінки ризиків проєктів зазначений автор запропонував здійснювати «розрахунок інтервальних оцінок фінальних і проміжних фінансових результатів методами параметричного оцінювання й імітаційного моделювання, виявлення й визначення типів критичних періодів (дефіцит наявних ресурсів і т.п.), ад'єктивування інтервальних оцінок фінансових ризиків окремих проєктів для

довільних портфелів проєктів, виявлення концентрацій ризиків, моделювання ліквідності платіжного календаря поточних операцій в умовах додаткового портфеля проєктів» [15, с. 319].

Таким чином, погоджуємося з розповсюдженою науковою думкою щодо зростання значущості державно-приватного партнерства у вітчизняній сфері охорони здоров'я як конструктивного механізму економічної взаємодії органів державної влади, приватного бізнесу і громадськості для формування єдиного медичного простору і вирішення проблем медичного сектору. Розвинений партнерський механізм сприятиме усуненню недоліків прямого регулювання держави і «провалів ринку» [122, с. 45], розвитку медичних закладів, підвищенню якості медичних послуг, надаватиме альтернативу щодо закупівлі медичного обладнання, вибору постачальника, реалізації масштабних інфраструктурних проєктів у сфері охорони здоров'я, усуненню корупційної складової тощо [122, с. 237-238] (рис. 1.6).

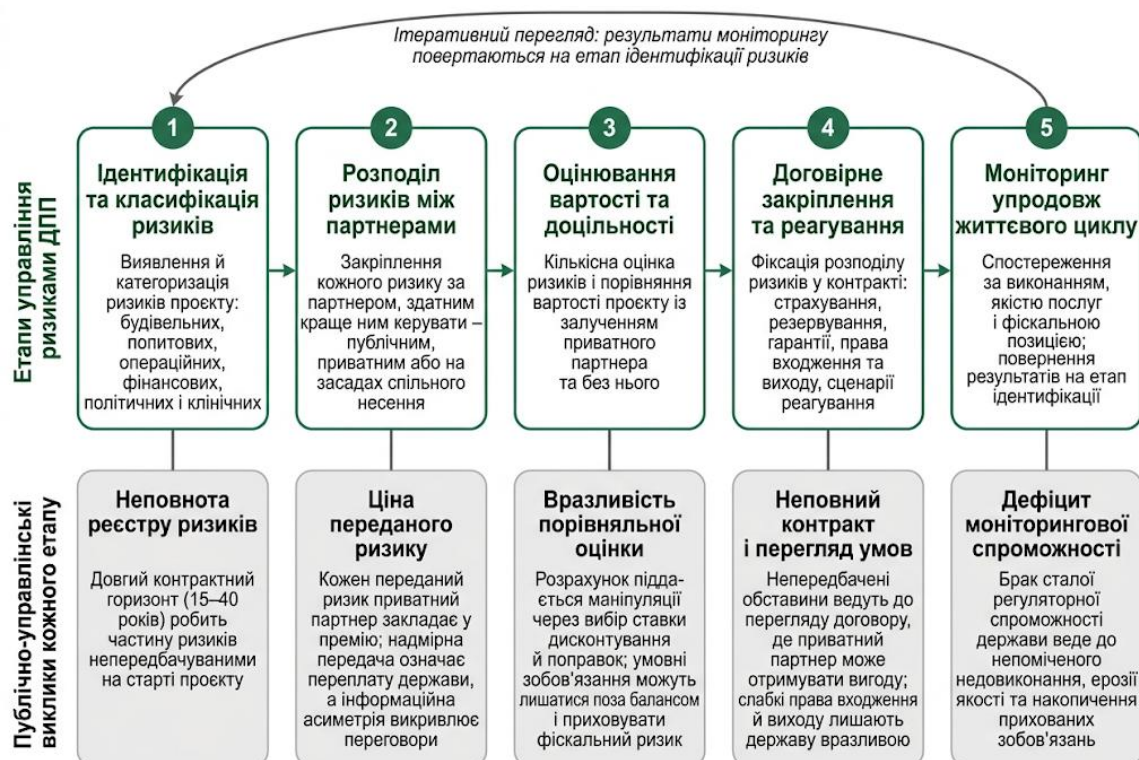


Рисунок 1.6 Алгоритм управління ризиками державно-приватного партнерства

*Джерело: розроблено автором

Отже, доповнивши структурні етапи системи управління ризиками

державно-приватного партнерства, виділені у [129, с. 131] із застосуванням відомих методів впливу на ризики [15, с. 315], сформуємо алгоритм управління ризиками державно-приватного партнерства у досліджуваній сфері.

Однак запропоновані у науковій літературі механізми реалізації державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я здебільшого зосереджуються на поглибленні зв'язків між партнерами, наприклад, у [15] у зв'язку з чим ми пропонуємо для формування механізму реалізації державно-приватного партнерства використати комплексний підхід, який поруч з виявленням основних аспектів процесу взаємодії, поєднує процедури забезпечення розвитку державно-приватного партнерства, зокрема, розширення його форм, удосконалення регуляторних засобів, управління ризиками, а також націлений на активізацію приватного сектору. Наукова обґрунтованість комплексного підходу до формування механізму реалізації державно-приватного партнерства базується на законах розвитку економічних систем, дотриманні принципів менеджменту і врахуванні тенденцій, що склалися у сфері охорони здоров'я.

Більш комплексний підхід до формування механізму реалізації державно-приватного партнерства передбачає розроблення і впровадження таких взаємопов'язаних методів, моделей і технологій управління, які забезпечують ефективність функціональних процесів на основі розподілу ризиків і поєднання інтересів учасників, що діють на взаємовигідних умовах. Забезпечення таких умов можливе у разі системної комбінованої взаємодії учасників медичної сфери, що регулюється нормативно-правовими, організаційно-економічними, управлінськими механізмами і регуляторними засобами. Отже, до обов'язкових структурних елементів, необхідних для удосконалення механізму реалізації державно-приватного партнерства відносимо:

– суб'єкти механізму (державний партнер, приватний партнер, уряд (органи влади, що виступають регулятором), контролюючі органи, зокрема

неурядові);

- об'єкти механізму (проекти в межах відповідних форм реалізації);
- регуляторні засоби (нормативно-правове забезпечення, організаційно- економічні інструменти, управлінські механізми);
- механізми підтримки проєктів (економічні, організаційно- адміністративні);
- політика розвитку (забезпечення балансу інтересів партнерів, інформаційно-комунікативна політика, громадський контроль, антикризовий менеджмент тощо);
- система управління ризиками (принципи, індикатори, оцінка, профіль, способи управління тощо).

Комплексна модель механізму реалізації державно-приватного партнерства (рис. 1.7) дозволяє прослідкувати функціональні й регулюючі зв'язки між визначеними структурними елементами.



Рисунок 1.7 Комплексна модель механізму реалізації державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я

*Джерело: розроблено автором

Комплексність цієї моделі обумовлена поєднанням системного,

функціонального і програмно-цільового підходів. В основу запропонованої моделі покладено урегулювання відносин між суб'єктами механізму на основі справедливого збалансування компетенцій, інтересів і ризиків. Такий підхід дозволить підвищити зацікавленість приватного сектору в розвитку партнерства з державою і, відповідно, сприятиме активізації бізнесу у медичній сфері.

Зазвичай державні органи виконують комплекс взаємопов'язаних управлінських функцій, серед яких організація державно-приватного партнерства, регулювання і контроль, що відіграють значущу роль в урегулюванні економічної взаємодії. Однак в умовах постійних змін, в силу дисбалансів у досягненні приватної мети певними суб'єктами досліджуваної сфери, а також невідповідного забезпечення реалізації інтересів всіх учасників медичної сфери, постає необхідність у політиці розвитку. Так, згідно моделі, державні органи мають брати активну участь у підтримці проєктів та сприяти розвитку партнерства шляхом збалансування інтересів учасників, забезпечення інформаційної прозорості, оприлюднення основних результатів діяльності, участі у громадських слуханнях, розроблення алгоритмів і стратегій розвитку, застосування інструментарію антикризового менеджменту тощо. Функції приватних партнерів розширюються за рахунок нових компетенцій, що надає уряд. Контроль разом з органами влади здійснює громадськість, що сприяє прозорості діяльності і стає запорукою активізації медичного бізнесу й удосконалення системи охорони здоров'я в цілому. Підґрунтям формування такого механізму має стати удосконалене нормативно-правове забезпечення.

Таким чином, в суперечливих умовах реформування вітчизняної системи охорони здоров'я державно-приватне партнерство стає дієвим управлінським інструментом, спроможним поєднувати ресурси державного і приватного секторів, забезпечуючи тим самим їх концентрацію, що сприятиме вирішенню фінансових і кадрових проблем медичної сфери, її технологічному переоснащенню та підвищенню якості медичних послуг.

Висновки до першого розділу

У першому розділі дисертаційного дослідження розкрито теоретико-методологічні та концептуальні засади державно-приватного, а в чинній термінології законодавства України публічно-приватного партнерства в системі реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я. Проведений аналіз дав змогу встановити, що сучасна державна політика у сфері охорони здоров'я є складною багаторівневою системою, в якій поєднуються правові, фінансово-економічні, організаційно-управлінські, інституційні, соціальні та інформаційно-аналітичні компоненти. Така багатовимірність об'єкта публічного управління зумовлює необхідність використання гнучких механізмів реалізації політики, здатних поєднувати публічний інтерес із ресурсним, інвестиційним, технологічним та управлінським потенціалом недержавного сектора.

1) Обґрунтовано, що публічно-приватне партнерство в системі охорони здоров'я доцільно розглядати не лише як організаційно-правову форму взаємодії держави та бізнесу, а як інституціоналізований механізм реалізації державної політики, спрямований на досягнення суспільно значущих результатів. Його зміст полягає у довгостроковому поєднанні ресурсів, компетенцій, ризиків, відповідальності та результатів публічного і приватного партнерів для вирішення завдань розвитку системи охорони здоров'я. На відміну від звичайних договірних відносин або аутсорсингових моделей, публічно-приватне партнерство має стратегічний характер, передбачає розподіл ризиків, орієнтацію на публічну цінність і потребує спеціального механізму державного регулювання, моніторингу та оцінювання.

2) Установлено, що сфера охорони здоров'я надає публічно-приватному партнерству специфічного змісту, оскільки тут ключовими критеріями результативності виступають не лише інвестиційна активність чи швидкість модернізації інфраструктури, а й доступність, безперервність,

якість, безпечність і соціальна справедливість у наданні медичних послуг. Ефективність ППП у медичній сфері не може оцінюватися виключно за фінансово-економічними параметрами, а повинна охоплювати також медичні, соціальні, інституційні, організаційно-управлінські та інноваційно-технологічні результати.

3) Доведено, що методологічною основою оцінювання ефективності публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я має бути поєднання системного, функціонального, цільового, структурного, інституційного та ризик-орієнтованого підходів. Системний підхід дає змогу розглядати ППП як цілісну взаємопов'язану конструкцію, інтегровану в загальну систему публічного управління галузю. Функціональний підхід дозволяє визначити, наскільки партнерство реалізує інвестиційну, інфраструктурну, інноваційну, сервісну та модернізаційну функції. Цільовий підхід орієнтує оцінювання на досягнення стратегічних цілей державної політики. Структурний на з'ясування місця ППП у загальній системі механізмів державного регулювання. Інституційний на оцінку спроможності органів влади та якості нормативно-правового середовища. Ризик-орієнтований на аналіз і розподіл ризиків як однієї з базових умов результативності партнерства.

4) Узагальнення теоретичних і прикладних підходів дало змогу встановити, що для оцінювання ефективності публічно-приватного партнерства недостатньо застосовувати лише традиційні фінансові показники. У сучасних умовах методологія оцінювання повинна включати аналіз value for money, affordability, оптимального розподілу ризиків, витрат життєвого циклу, а також порівняння партнерської моделі з традиційним публічним способом реалізації проєкту на основі Public Sector Comparator. Для сфери охорони здоров'я це особливо важливо, оскільки партнерські проєкти тут мають довгостроковий характер, супроводжуються значними бюджетними, соціальними та медичними наслідками й не можуть бути обґрунтовані лише фактом залучення приватних інвестицій.

5) Визначено, що важливою складовою методичного інструментарію оцінювання є факторний аналіз, який дозволяє виявляти чинники розвитку приватного медичного сектору та результативності партнерських моделей, а також перехресна матриця «значущість-ефект», яка забезпечує ранжування факторів за силою та характером їхнього впливу. Застосування цих інструментів створює підґрунтя для переходу від загальноописового аналізу до більш доказового обґрунтування управлінських рішень у сфері державного регулювання ППП. У цьому контексті особливого значення набуває можливість виявлення факторів високої значущості, що формують як позитивний, так і негативний вплив на розвиток приватного медичного сектору та на ефективність його взаємодії з державою. Саме така логіка відповідає загальному науково-методичному підходу, покладеному в основу дисертаційного дослідження.

6) Для довгострокових проєктів у сфері охорони здоров'я особливої ваги набувають сценарний підхід та імітаційне моделювання. Вони дають можливість оцінювати не лише статичні параметри проєкту, а й альтернативні траєкторії його розвитку в умовах невизначеності, враховуючи зміни бюджетної спроможності, попиту на послуги, кадрової ситуації, безпекового середовища, макроекономічних умов та інституційної готовності системи охорони здоров'я. Це має принципове значення для України, де ефективність ППП у медичній сфері повинна оцінюватися з урахуванням викликів воєнного і післявоєнного періоду, відновлення інфраструктури та потреби в довгостроковій стійкості галузі.

7) Обґрунтовано, що одним із вирішальних чинників ефективності публічно-приватного партнерства є інституційна спроможність публічного партнера. Навіть за наявності якісної фінансової моделі та привабливого приватного інвестора недостатня управлінська, аналітична чи переговорна спроможність органів влади може зумовити неефективність проєкту, втрату контролю над якістю послуг, зростання фіскальних ризиків або накопичення непрозорих зобов'язань. У зв'язку з цим подальший розвиток ППП у сфері

охорони здоров'я має супроводжуватися не лише вдосконаленням нормативної бази, а й розвитком професійних компетентностей, методичних стандартів, інституцій підтримки та практик контрактного менеджменту [159; 182].

РОЗДІЛ 2

НОРМАТИВНО-ПРАВОВІ, ІНСТИТУЦІЙНІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНО-УПРАВЛІНСЬКІ ЗАСАДИ РЕАЛІЗАЦІЇ ПУБЛІЧНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

2.1. Сучасний стан і тенденції розвитку приватно-державного партнерства в охороні здоров'я України

Приватний медичний сектор в Україні почав формуватися ще у 90-х роках ХХ століття. Його активний розвиток припадає на 2000–2010 рр., коли спостерігалось зростання кількості клінік, лабораторій, діагностичних центрів та лікувально-оздоровчих установ. За даними дослідницьких компаній, приватний сегмент системи охорони здоров'я займав лише 1% ринку у 2012 р., тоді як у 2016 р. цей показник становив уже 20%, а у 2019 р. – близько 30%. Для порівняння, у розвинутих країнах частка приватної медицини становить не менше 50–60% від загального обсягу медичних послуг [13]. Наведені показники дають підстави стверджувати, що приватний сектор поступово перетворився з периферійного сегмента медичного ринку на відчутний елемент функціонування системи охорони здоров'я в цілому.

У ретроспективному вимірі розвиток приватної медицини в Україні був зумовлений поєднанням кількох чинників. По-перше, зростала потреба населення у більш якісних, швидких та технологічно забезпечених медичних послугах. По-друге, державний сектор охорони здоров'я в багатьох випадках виявляв обмежену спроможність задовольнити цей попит унаслідок хронічного недофінансування, зношеності матеріально-технічної бази, надмірної централізації управління та недостатньої орієнтації на пацієнта [13; 31]. Унаслідок цього приватний сектор почав займати ті сегменти медичного ринку, в яких державна система була найменш гнучкою, насамперед у сфері стоматології, лабораторної діагностики, репродуктивної

медицини, косметології та частини амбулаторно-консультативних послуг [2; 13; 203].

Разом із тим для цілей дисертаційного дослідження важливо не лише констатувати розширення приватного медичного сектора, а й розглядати його як одну з матеріальних та організаційних передумов формування приватно-державного партнерства у сфері охорони здоров'я. Сам факт існування приватних клінік ще не означає наявності партнерської моделі взаємодії між державою і бізнесом. Проте формування потужного приватного сегмента, накопичення ним фінансових, кадрових, управлінських і технологічних ресурсів створюють базу для подальшого використання цього потенціалу в процесі реформування галузі [31; 96].

У 2015–2018 рр. в Україні відбувалися помітні зміни у структурі ринку медичних послуг, що відображали трансформацію співвідношення між державним фінансуванням, прямою оплатою домогосподарств і приватним сегментом. Саме цей період доцільно розглядати як ретроспективний фон, який дозволяє показати вихідні умови для подальших змін. Водночас надмірне зосередження на показниках 2015–2018 рр. у сучасному дослідженні не є методично виправданим, оскільки після 2021 р. система охорони здоров'я України функціонує вже в іншому фінансовому, організаційному та інституційному середовищі [16; 173].

Для характеристики вихідної конфігурації приватного ринку медичних послуг доцільно зберегти ретроспективні дані щодо провідних приватних операторів станом на 2018 р., оскільки саме вони демонструють, що ще до сучасного етапу трансформації в Україні вже існувала група економічно спроможних суб'єктів, потенційно придатних до участі у партнерських моделях у сфері охорони здоров'я. Дані табл. 2.1 свідчать, що ще на ретроспективному етапі в Україні сформувалася група приватних медичних операторів із високим рівнем доходів. Це має значення для розуміння сучасного етапу, оскільки саме наявність фінансово сильних приватних суб'єктів створює підґрунтя для ширшого залучення бізнесу до процесів

реформування системи охорони здоров'я, зокрема у формах співпраці з державою та територіальними громадами [31; 96].

Табл. 2.1 демонструє, що провідні приватні медичні заклади мали істотно різний рівень територіального розгортання. Частина з них функціонувала як локальні або регіональні медичні центри, тоді як інші вже сформували розгалужені мережі представництв. Це дозволяє зробити висновок, що приватний сектор ще до сучасного етапу трансформації охорони здоров'я мав не лише фінансову, а й організаційно-мережеву базу, яка в перспективі може бути використана для реалізації спільних із державою або громадами рішень у сфері медичного обслуговування [31].

Таблиця 2.1. Провідні приватні медичні заклади України за рівнем доходу у 2018 р.

Назва приватного медичного закладу	Орієнтований діапазон доходу, млн грн
1) ТОВ «Сінево Україна» та ТОВ «Сінево Схід»	950,0–1000,0
2) ТОВ «Медікс-рей Інтернешнл Груп»	350,0–400,0
3) ТОВ «Медичний центр «Медікап»	250,0–300,0
4) ТОВ «Ісіда-IVF»	250,0–300,0
5) ТОВ «МЛ «Діла»	250,0–300,0
6) ПрАТ «Миргородкурорт»	150,0–200,0
7) ТОВ «Неомед 2007»	150,0–200,0
8) ТОВ «Боріс»	150,0–200,0
9) ТОВ «Капітал»	150,0–200,0
10) ТОВ «Клініка репродуктивної медицини «Надія»	100,0–150,0
11) ТОВ «Незалежна лабораторія «Інвітро»	100,0–150,0
12) ПП «Медичний центр «Інтерсоно»	100,0–150,0
13) ТОВ «Медичний центр «Добробут-поліклініка»	100,0–150,0
14) ТОВ «Дім медицини»	100,0–150,0
15) Дочірнє підприємство «Миршинкурорт»	95,0–100,0
16) ТОВ «Медична клініка «Інновація»	90,0–95,0
17) ТОВ «СмартЛаб»	85,0–90,0
18) ПрАТ «Трускавецькурорт»	80,0–85,0
19) ПП «Клініка «Медіком»	80,0–85,0
20) ТОВ «Медичний центр Святої Праскеви»	80,0–85,0

*Джерело: сформовано автором на основі [77; 195; 203].

Разом із тим сучасний етап розвитку системи охорони здоров'я в Україні

потребує перенесення основного аналітичного акценту з довоєнної ринкової конфігурації на фактичні механізми функціонування галузі у 2021–2024 рр. і частково у 2025 р. У цей період значення приватного сектора визначається вже не лише його часткою на ринку платних послуг, а й участю у наданні медичної допомоги в межах Програми медичних гарантій, розвитком територіальної доступності, взаємодією з державною системою фінансування та здатністю інтегруватися в сучасні моделі забезпечення населення медичними послугами [16; 28; 40]. Саме це дозволяє перейти від опису приватної медицини як економічного явища до аналізу її ролі як одного з потенційних елементів приватно-державного партнерства в системі охорони здоров'я [149].

Таблиця 2.2. Провідні приватні медичні заклади України та масштаби їх мережевої присутності у 2018 р. (ретроспективний блок)

Назва приватного медичного закладу	Масштаби мережевої присутності
1) ТОВ «Сінево Україна» та ТОВ «Сінево Схід»	221 заклад у 76 населених пунктах
2) ТОВ «Медікс-рей Інтернешнл Груп»	1 заклад у Київській області
3) ТОВ «Медичний центр «Медікап»	10 закладів у Києві та Одеській області
4) ТОВ «Ісіда-IVF»	4 заклади у Києві
5) ТОВ «МЛ «Діла»	74 заклади у 27 населених пунктах
6) ПрАТ «Миргородкурорт»	4 заклади у Миргороді
7) ТОВ «Неомед 2007»	5 закладів у Києві, Житомирі та Львові
8) ТОВ «Боріс»	2 заклади у Києві
9) ТОВ «Капітал»	1 заклад у Києві
10) ТОВ «Клініка репродуктивної медицини «Надія»	1 заклад у Києві
11) ТОВ «Незалежна лабораторія «Інвітро»	58 закладів у 27 населених пунктах
12) ПП «Медичний центр «Інтерсоно»	2 заклади у Львові та Ужгороді
13) ТОВ «Медичний центр «Добробут-поліклініка»	10 закладів у Києві
14) ТОВ «Дім медицини»	2 заклади в Одесі
15) Дочірнє підприємство «Миршинкурорт»	5 закладів у Моршині
16) ТОВ «Медична клініка «Інновація»	2 заклади у Київській області
17) ТОВ «СмартЛаб»	63 заклади у 17 населених пунктах
18) ПрАТ «Трускавецькурорт»	11 закладів у Трускавці
19) ПП «Клініка «Медіком»	4 заклади у Києві
20) ТОВ «Медичний центр Святої Праскеви»	4 заклади у Львові та Києві

*Джерело: сформовано автором на основі даних [77; 195; 203].

Сучасний стан фінансування галузі доцільно розглядати через динаміку

видатків на охорону здоров'я та місце Програми медичних гарантій у структурі державного забезпечення медичних послуг. Такий підхід є більш релевантним для сучасного етапу, ніж повторне відтворення довоєнної ринкової статистики, оскільки саме через державне фінансування, контрактування послуг та включення різних форм власності в єдину модель медичного обслуговування можна оцінити реальний простір для розвитку партнерських механізмів [16; 173].

Наведена на рис. 2.1 динаміка свідчить, що в 2021–2024 рр. держава зберігала і посилювала фінансову роль у підтриманні системи охорони здоров'я, однак ця роль реалізується вже в іншій організаційній моделі, ніж у попередні роки. Якщо раніше домінував підхід до прямого бюджетного утримання мережі, то сучасний етап дедалі більше пов'язаний із фінансуванням гарантованого обсягу медичних послуг [16; 173]. Це, у свою чергу, відкриває можливість для участі в системі не лише державних і комунальних, а й приватних надавачів, які відповідають установленим вимогам [28]. Тобто фінансова архітектура сучасної системи охорони здоров'я вже містить елементи, які можуть стати основою для розвитку більш широких механізмів приватно-державного партнерства [149].

Продовжуючи аналіз сучасного стану охорони здоров'я України, слід зазначити, що в нових умовах роль приватного сектора доцільно оцінювати не лише за обсягом ринку платних послуг, а й за його включеністю у фактичний механізм забезпечення населення медичною допомогою. У попередні роки головний акцент робився на оцінці місткості приватного ринку, темпів зростання приватних клінік, їх галузевої спеціалізації та рівня доходів. Однак у 2021–2024 рр. центр уваги перемістився в іншу площину: тепер важливим є не тільки те, якою є частка приватної медицини в структурі ринку, а й те, яке місце приватні надавачі посідають у загальній системі гарантованого державою медичного обслуговування [28]. Саме в цій точці приватний сектор починає розглядатися не лише як ринковий суб'єкт, а як потенційний учасник реалізації суспільно значущих функцій, а отже як один із елементів розвитку приватно-

державного партнерства в охороні здоров'я [149].



Рисунок 2.1 Динаміка видатків на охорону здоров'я в Україні у 2021–2024 рр.

*Джерело: сформовано автором на основі офіційних даних МОЗ і НЦЗУ.

З огляду на це сучасний стан функціонування приватного сектора доцільно аналізувати через Програму медичних гарантій, оскільки саме вона стала базовим інструментом, який пов'язує державне фінансування медичних послуг із діяльністю закладів різної форми власності. Програма медичних гарантій поширюється на всі заклади охорони здоров'я: державні, комунальні, приватні та лікарів-ФОП, які уклали договори з НСЗУ, причому оплата послуг здійснюється за єдиними або уніфікованими підходами, встановленими для відповідних пакетів медичних послуг [28]. Це означає, що пацієнт може отримувати безоплатні послуги за державний кошт не лише в комунальному чи державному закладі, а й у приватній клініці або в лікаря-ФОП, якщо такий надавач має відповідний договір із НСЗУ [28].

Такий підхід суттєво змінює саму логіку функціонування системи охорони здоров'я. Якщо в класичній моделі держава забезпечувала населення переважно через власну мережу закладів, то в сучасній моделі вона дедалі більшою мірою виступає як гарант і платник за медичну послугу, яка може

бути надана закладом будь-якої форми власності за умови відповідності вимогам системи. Відповідно, приватний сектор уже не можна розглядати ізольовано від державної системи охорони здоров'я, оскільки він частково інтегрується в неї через механізм державного контракування [28; 149]. Для спеціальності 281 це має особливе значення, адже демонструє зміну інструментів реалізації державної політики: від прямого адміністративного управління мережею до змішаної моделі, в якій держава забезпечує публічний інтерес через закупівлю та оплату послуг, встановлення правил, цифровий контроль і моніторинг якості [28].

Програма медичних гарантій у 2024 р. стала ключовим механізмом, через який приватний сектор охорони здоров'я отримав можливість брати участь у забезпеченні населення медичними послугами не лише на комерційній, а й на публічно значущій основі. У Гіді по Програмі медичних гарантій для пацієнта прямо зазначено, що ПМГ поширюється на всі заклади охорони здоров'я як державні та комунальні, так і приватні й ФОП, які уклали договори з НСЗУ [28]. Це означає, що включення приватних надавачів до системи державних гарантій уже стало не теоретичною можливістю, а реальною практикою функціонування сучасної системи охорони здоров'я.

Водночас сучасні статистичні відомості свідчать, що присутність приватного сектора у ПМГ має не номінальний, а цілком відчутний масштаб. За даними НСЗУ, у 2024 році в Україні 2491 надавач первинної медичної допомоги мав договір із НСЗУ, з яких 1202 становили комунальні заклади, 866 - лікарі ФОП і 422 - приватні заклади [173]. Це свідчить про те, що частка недержавних надавачів у системі контракування первинної допомоги вже є суттєвою. Особливо показовим є високий сегмент лікарів-ФОП, що демонструє адаптивність та організаційну гнучкість недержавного медичного середовища [173].

З погляду логіки дослідження це має принципове значення. Якщо в початковій ринковій конфігурації приватний сектор переважно функціонував як окремий сегмент платних послуг, то в умовах ПМГ він частково переходить у

сферу забезпечення загального суспільного інтересу [28]. Водночас це ще не означає, що в Україні вже сформована повноцінна модель приватно-державного партнерства в охороні здоров'я в широкому розумінні. Однак це означає, що сам механізм контрахування, який допускає державні, комунальні та приватні заклади до єдиного фінансового середовища, створює інституційну основу для розвитку більш складних і довгострокових форм співпраці [149].

У практичному вимірі значення приватних надавачів у системі ПМГ полягає у кількох аспектах. По-перше, вони розширюють загальну пропускну спроможність системи охорони здоров'я, особливо на первинному та амбулаторному рівнях [28; 173]. По-друге, вони забезпечують додаткову гнучкість у випадках, коли державний або комунальний сектор не має достатньої мережевої присутності чи кадрового потенціалу. По-третє, вони формують конкурентне середовище, яке певною мірою стимулює підвищення якості організації медичної допомоги [13; 28]. По-четверте, через їх включення до системи державних гарантій держава отримує можливість використовувати вже наявний приватний організаційний ресурс без повного дублювання відповідної інфраструктури за бюджетні кошти [28; 31]. Усе це підсилює аргумент на користь того, що приватно-державне партнерство в охороні здоров'я має розглядатися не як зовнішня щодо реформи конструкція, а як механізм, що логічно впливає з уже наявних змін у способах фінансування і надання медичних послуг [149].

Цінова динаміка у сфері охорони здоров'я у 2024–2025 рр. є важливою для оцінки сучасного стану галузі, оскільки демонструє, що проблема доступності медичної допомоги не зводиться лише до формального існування Програми медичних гарантій. Навіть за наявності ПМГ населення продовжує відчувати тиск з боку зростання вартості тих послуг, які або не охоплюються повністю державним фінансуванням, або супроводжуються додатковими витратами [65; 76]. За офіційними даними індекс споживчих цін у групі «Охорона здоров'я» у 2024 р. становив 117,2%, а амбулаторні послуги - 118,4% [65]. Це свідчить про суттєве подорожчання медичних послуг і прямо впливає

на доступність лікування для населення, особливо для соціально вразливих груп.



Рисунок 2.2 Чинники зростання цін на медичні послуги в Україні у 2024–2025 рр.

*Джерело: сформовано автором на основі [65; 76].

Національний банк України у квітні 2025 р. прямо зазначав, що інфляція послуг пришвидшилася до 14,6% у річному вимірі, а порівняно з попереднім місяцем швидше зростала вартість послуг охорони здоров'я, ресторанів та готелів, культури та відпочинку, а також транспортних, страхових і фінансових послуг [76]. Це означає, що сфера охорони здоров'я входила до числа тих сегментів, у яких ціновий тиск залишався помітним і в поточному році. З одного боку, зростання вартості послуг підвищує економічну роль приватного медичного сектора, який працює в ринковому середовищі та відчуває вплив загальної інфляції витрат. З іншого боку, воно підсилює потребу у таких моделях організації медичної допомоги, які давали б змогу державі залучати приватний ресурс без одночасного перекладання всього фінансового навантаження на населення [31; 76; 149].

Слід зазначити, що приватний сектор охорони здоров'я завжди мав певні конкурентні переваги над частиною державних і комунальних закладів: вищу

організаційну гнучкість, більш швидке впровадження нових технологій, вищий сервісний компонент, більшу увагу до логістики пацієнта, цифрових рішень та індивідуалізації маршруту лікування [13; 31]. У сучасних умовах ці переваги не зникають, а навпаки набувають нового значення в системі, де держава дедалі більше орієнтується на оплату результату, а не тільки на підтримання мережі [28]. Разом із тим приватний сектор не може розглядатися як повноцінна заміна державної та комунальної медицини, оскільки він природно тяжіє до економічно доцільних сегментів ринку та більш платоспроможного попиту [13; 31]. Саме тому перспективним є не протиставлення секторів, а пошук форм їх функціонального поєднання [31; 149].



Рисунок 2.3 Цикл управління територіальною доступністю місць надання послуг за Програмою медичних гарантій

*Джерело: сформовано автором на основі електронної карти місць надання послуг за програмою медичних гарантій [46].

Сучасний аналіз територіальної доступності медичних послуг не може обмежуватися лише констатацією того, що приватні заклади переважно зосереджені у великих містах. Більш релевантним є питання, як саме населення може отримати послугу за Програмою медичних гарантій, де розміщені

відповідні місця надання допомоги і чи дозволяє існуюча мережа забезпечити реальний доступ до медичних сервісів незалежно від форми власності закладу [46]. У цьому сенсі електронна карта НСЗУ є важливим практичним та аналітичним інструментом, оскільки вона відображає не просто географію закладів, а включеність конкретних місць надання послуг до механізму державних гарантій [46] це особливо важливо, оскільки дозволяє оцінювати приватний сектор не ізольовано, а в межах загальної системи доступу до медичної допомоги. Якщо в певній територіальній громаді чи районі бракує спроможних комунальних закладів, але існує можливість залучити приватного надавача до надання окремих видів допомоги в межах ПМГ або через інші форми співпраці, це може розглядатися як один із практичних проявів партнерського підходу [28; 31; 46]. Навпаки, якщо мережа залишається територіально незбалансованою, а приватний сектор концентрується лише в найбільш прибуткових центрах, це свідчить про неповну реалізацію його потенціалу для потреб системи в цілому [2; 46; 77].

У цьому контексті територіальна доступність стає не просто технічним показником, а важливою характеристикою сучасного стану приватно-державного партнерства. Партнерський підхід у сфері охорони здоров'я має оцінюватися не лише за обсягом залучених ресурсів або кількістю приватних надавачів, а й за тим, чи сприяє він скороченню територіальної нерівності, розширенню доступу до послуг і покращенню маршруту пацієнта [31; 46; 149]. Саме тому сучасні електронні аналітичні інструменти НСЗУ фактично створюють нову інформаційну основу для прийняття рішень у системі охорони здоров'я, дозволяючи виявляти прогалини у забезпеченні послугами та потенційні точки прикладання партнерських рішень [46].

Таким чином, якщо у ретроспективному періоді приватний сектор охорони здоров'я розглядався насамперед як сегмент ринку медичних послуг, то у 2021–2024 рр. і частково у 2025 р. він дедалі більше виявляється як один із функціональних елементів загальної системи медичного забезпечення населення [28; 46]. Його значення визначається вже не лише обсягом

комерційної діяльності, а участю у ПМГ, рівнем організаційної спроможності, здатністю забезпечувати якісні послуги, адаптуватися до вимог контрагування, працювати в цифровій системі й бути включеним до мережі доступу населення до медичної допомоги [28; 74]. Це суттєво змінює зміст категорії «приватний сектор охорони здоров'я» в аналітичному полі дослідження і наближає її до категорії «потенційний партнер держави у реформуванні системи охорони здоров'я» [149].

Попри очевидне розширення приватного сегмента в системі охорони здоров'я України, сучасний стан його розвитку не дає підстав ототожнювати зростання приватної медицини з автоматичним формуванням цілісної моделі приватно-державного партнерства. Такий висновок зумовлений тим, що наявність приватних медичних закладів, розширення їхньої ринкової присутності, участь окремих із них у Програмі медичних гарантій і навіть залучення до виконання певних суспільно значущих функцій ще не означають, що між публічним і приватним секторами сформовано системну, збалансовану й інституційно сталу модель взаємодії [13; 31]. У більшості випадків ідеться або про паралельне функціонування двох секторів, або про окремі елементи інтеграції приватного ресурсу в механізми державного фінансування та забезпечення медичних послуг [13; 28; 96]. Саме тому, оцінюючи сучасні тенденції, доцільно виходити з того, що приватна медицина в Україні нині виступає одночасно і як самостійний сегмент ринку медичних послуг, і як потенційний ресурс системного реформування галузі, але цей потенціал ще не реалізований повною мірою [13; 31; 149].

Однією з головних причин такої ситуації є структурна асиметрія між приватним та публічним сегментами охорони здоров'я. Приватний сектор у природний спосіб концентрується в тих видах медичної допомоги, які є відносно економічно доцільними, мають достатній платоспроможний попит, не потребують надмірно довгого інвестиційного циклу та дозволяють гнучко масштабувати діяльність. Саме тому в Україні історично найбільш динамічно розвивалися стоматологія, лабораторна діагностика, амбулаторна

спеціалізована допомога, репродуктивна медицина, косметологія та окремі види консультативних послуг [2; 13; 77; 195; 203]. Натомість державний і комунальний сектор продовжував нести основний тягар щодо забезпечення екстреної, стаціонарної, епідеміологічно значущої, соціально чутливої, низькорентабельної або територіально складної медичної допомоги [31; 96]. Унаслідок цього між секторами склалася не стільки рівноважна система взаємодоповнення, скільки модель функціонального розшарування, за якої приватний сектор тяжіє до економічно життєздатних ніш, а публічний до виконання соціально необхідних, але фінансово складніших функцій [13; 31; 96]. Така асиметрія не заперечує можливості партнерства, однак істотно ускладнює його інституціоналізацію [31; 149].

Суттєвим обмеженням залишається і територіальна нерівномірність розвитку приватного сектора. Як показував ретроспективний аналіз, приватні медичні заклади переважно концентрувалися в Києві та інших великих містах, а також у регіонах із вищим рівнем економічної активності та платоспроможного попиту [2; 77; 203]. У сучасних умовах ця нерівномірність не зникла, хоча спосіб її оцінювання змінився. Якщо раніше вона фіксувалася передусім як нерівномірність розміщення приватних клінік, то тепер доцільніше оцінювати її через територіальну доступність місць надання послуг за Програмою медичних гарантій, що відображається на електронній карті НСЗУ [46]. Наявність такого інструмента дозволяє встановлювати, де саме населення реально може отримати гарантовану медичну допомогу, які заклади незалежно від форми власності включені до механізму державного фінансування, а також де зберігаються територіальні прогалини [28; 46]. Це, у свою чергу, переводить питання про нерівномірність із площини простого опису ринку в площину управлінського аналізу потреб і прогалин системи охорони здоров'я [46].

У зв'язку з цим можна стверджувати, що приватний сектор охорони здоров'я не здатен самотійно подолати проблему територіальної диспропорції в наданні медичних послуг. Його розвиток і надалі тяжіє до зон більшого попиту, кращої логістики, більшої кадрової концентрації та вищої економічної

доцільності [2; 13; 77]. Отже, якщо держава чи органи місцевого самоврядування прагнуть використовувати приватний ресурс для розширення доступу до медичних послуг у менш забезпечених громадах, це потребує не пасивного очікування ринкової активності, а цілеспрямованих організаційних рішень, заснованих на чіткому розумінні територіальних потреб, конфігурації мережі та економічних умов залучення приватних операторів [31; 46; 96]. Саме в цьому аспекті приватно-державне партнерство набуває практичного сенсу як механізм не просто співпраці з бізнесом, а подолання системних дисбалансів у доступі до медичної допомоги [31; 149].

Ще одним важливим обмеженням є збереження високої чутливості населення до вартості медичних послуг. У попередніх частинах підрозділу вже було показано, що в сучасних умовах фінансова доступність медичної допомоги не може оцінюватися лише через формальне існування Програми медичних гарантій. Зростання цін на послуги охорони здоров'я у 2024–2025 рр. підтверджує, що значна частина медичних витрат залишається вагомим навантаженням для домогосподарств. НБУ прямо фіксував швидше зростання вартості послуг охорони здоров'я у 2025 р., а офіційна статистика за 2024 р. відображала суттєве зростання індексу споживчих цін у відповідній групі [65; 76]. Це означає, що ринковий розвиток приватного медичного сектора відбувається в умовах, коли фінансова спроможність населення залишається обмеженою, а отже можливості суто комерційного механізму забезпечення медичної допомоги мають об'єктивні соціальні межі [13; 31; 65]. За таких умов будь-яке серйозне розширення ролі приватного сектора в системі охорони здоров'я потребує таких моделей співпраці, які дозволяють зберігати або розширювати доступність послуг без прямого перекладання витрат на пацієнта [31; 96; 149].

Звідси впливає ще один принциповий висновок: сучасний стан приватної медицини в Україні не дозволяє оцінювати її виключно як джерело ринкової конкуренції або комерційного сервісу. У межах реформування системи охорони здоров'я приватний сектор дедалі більше набуває значення як

носій певних ресурсів, яких бракує публічному сегменту. До таких ресурсів належать не тільки інвестиції, а й організаційна гнучкість, спроможність швидше впроваджувати сучасні технології, цифрові сервіси, нові моделі управління пацієнтськими потоками, лабораторні й логістичні рішення, а також стандарти сервісної взаємодії [13; 31; 96; 149]. Саме тому питання полягає не в тому, чи існує приватна медицина як така, а в тому, чи спроможна держава правильно інтегрувати її сильні сторони в загальну систему охорони здоров'я без втрати публічного контролю над соціально значущими функціями [28; 31]. У площині спеціальності 281 це означає необхідність аналізу не лише економічного потенціалу приватного сектора, а й здатності органів публічного управління використовувати цей потенціал як інструмент досягнення суспільної мети [31; 96; 149].

У цьому контексті особливого значення набуває питання функціонального призначення приватного сектора в сучасній системі охорони здоров'я. З одного боку, приватні заклади не можуть і не повинні повністю перебирати на себе функції державної медицини, оскільки значна частина медичної допомоги має виразну соціальну, безпекову, епідеміологічну, інфраструктурну та територіальну специфіку. З іншого боку, ігнорування можливостей приватного сегмента в умовах обмеженості бюджетних і кадрових ресурсів також є нераціональним [16; 31; 173]. Саме тому приватний сектор доцільно розглядати як елемент системи, здатний підсилювати окремі її компоненти: амбулаторну допомогу, діагностику, лабораторний супровід, реабілітацію, відновне лікування, допоміжні немедичні сервіси, телемедичні рішення, цифрову підтримку маршрутів пацієнта. В окремих випадках його роль може бути ширшою, але в будь-якому разі вона має оцінюватися через призму суспільної корисності та системної доповнюваності, а не лише економічної активності [31; 149].

Академічно коректним є й твердження про те, що сучасний стан розвитку приватного сектора охорони здоров'я не дає підстав для його однозначно позитивної або однозначно негативної оцінки. Його зростання справді створює

додаткові можливості для системи: розширює спектр послуг, підвищує технологічну насиченість медичного середовища, стимулює конкуренцію за пацієнта, створює альтернативу у тих сегментах, де публічний сектор не є достатньо гнучким або оперативним [13; 31]. Водночас приватний сектор може поглиблювати нерівність, якщо його розвиток відбувається без належної інтеграції в механізми публічних гарантій, без урахування територіальних диспропорцій і без чітких правил участі у виконанні суспільно важливих функцій. Тому питання полягає не в тому, чи є приватна медицина «кращою» або «гіршою» за державну, а в тому, у яких саме напрямках, формах і на яких умовах її можливості можуть бути використані в інтересах реформування системи охорони здоров'я [31; 96; 149]. Така постановка питання є більш адекватною для дисертаційного дослідження у сфері публічного управління, ніж спрощене зіставлення двох секторів за критерієм якості сервісу або комерційної ефективності [31].

Важливо також враховувати, що сучасний стан охорони здоров'я в Україні формується в умовах післякризового і воєнного навантаження на систему. Це означає, що навіть ті управлінські рішення, які у стабільних умовах могли б бути реалізовані переважно силами публічного сектора, нині дедалі частіше потребують пошуку змішаних моделей ресурсного забезпечення [148; 173]. У такій ситуації приватний сектор може виступати не лише джерелом окремих послуг, а й джерелом організаційної стійкості системи. Особливо це стосується таких напрямів, як діагностика, лабораторний супровід, реабілітація, підтримка осіб із хронічними захворюваннями, допоміжні клінічні сервіси, амбулаторний супровід і частина спеціалізованих медичних послуг [13; 31; 96; 131]. Однак для того щоб ця потенційна роль перетворилася на стабільний елемент системи, необхідно, щоб приватний сектор не залишався зовнішнім щодо публічної медицини середовищем, а був включений у систему цілей, вимог, правил контролю та результативності [28; 31; 149]. Саме це і є функціональним змістом приватно-державного партнерства у сфері охорони здоров'я.

Узагальнюючи сучасні тенденції, можна констатувати, що в Україні відбувається поступовий перехід від моделі, в якій приватна медицина сприймається лише як паралельний ринковий сегмент, до моделі, в якій приватний сектор розглядається як потенційний або частково вже задіяний функціональний компонент системи медичного забезпечення населення [13; 28; 31]. Першим практичним кроком у цьому напрямі стало включення приватних надавачів до механізму Програми медичних гарантій [28]. Другим формування сучасних цифрових інструментів пошуку й аналізу доступності медичних послуг, які дозволяють оцінювати не лише форму власності закладу, а його фактичну участь у системі державного забезпечення [46]. Третім зростання уваги до інструментів ППП у сфері охорони здоров'я як до способу підвищення ефективності, залучення додаткових 7777ресурсів та розширення спроможності системи [149]. МОЗ прямо визначає ППП як механізм, що дозволяє залучати додаткові фінансові ресурси, забезпечувати ефективне управління, впровадження інновацій і підвищення якості медичних послуг [149].

Отже сучасний стан розвитку приватно-державного партнерства в охороні здоров'я України може бути визначений як етап незавершеного, але вже достатньо виразного переходу. З одного боку, зберігаються обмеження, характерні для попередньої моделі: територіальна концентрація приватного сектора, його схильність до економічно привабливих сегментів, висока залежність населення від цінового чинника, нерівномірність доступу до послуг [2; 13; 31; 65; 77]. З іншого боку, уже сформовано низку практичних механізмів, які дозволяють використовувати приватний ресурс у ширшому, ніж суто ринковий, форматі. Йдеться насамперед про участь приватних закладів і лікарів-ФОП у Програмі медичних гарантій, цифровізацію маршрутів пацієнта, використання електронних карт доступу до послуг і загальне зближення стандартів роботи різних категорій надавачів у межах єдиної фінансової моделі [28; 46]. Саме ця проміжна, перехідна конфігурація і становить головний предмет наукового інтересу в межах дослідження.

Таким чином, приватний сектор охорони здоров'я України на сучасному

етапі слід розглядати не як заміник державної системи і не як її зовнішню альтернативу, а як ресурс, що за належних організаційних умов здатний істотно підсилити спроможність системи охорони здоров'я у виконанні її основних функцій [31; 96; 149]. Водночас ефективність такого підсилення залежить від того, наскільки раціонально держава та органи місцевого самоврядування зможуть поєднати вимоги доступності, якості, територіальної збалансованості та економічної доцільності [31; 46; 149]. Саме в цьому сенсі приватно-державне партнерство постає як один із найбільш перспективних механізмів реформування системи охорони здоров'я України, оскільки воно дозволяє перейти від стихійного паралельного співіснування секторів до більш упорядкованої та цілеспрямованої моделі їх функціональної взаємодії [31; 96; 149].

2.2. Нормативно-правове забезпечення реалізації публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я в Україні

Вітчизняна правова традиція тривалий час пов'язувала партнерську взаємодію держави й бізнесу з категорією державно-приватного партнерства, закріпленою в Законі України «Про державно-приватне партнерство» від 01.07.2010 № 2404-VI. Чинне правове поле України вже спирається на іншу основу. Закон України «Про публічно-приватне партнерство» від 19.06.2025 № 4510-IX є чинним базовим актом; датою набрання ним чинності зазначено 31.10.2025. Закон № 2404-VI на офіційному ресурсі Верховної Ради позначений як такий, що втратив чинність із 31.10.2025 на підставі Закону № 4510-IX. Юридично актуальною на сучасному етапі є саме категорія публічно-приватного партнерства; категорія державно-приватного партнерства зберігає значення для історико-правового аналізу та інтерпретації наукових праць, сформованих у 2010–2025 роках [4; 40; 43; 91].

Перехід від конструкції «державний партнер» до конструкції «публічний

партнер» має істотне значення для спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування». Поняття «публічний» є ширшим за «державний»: воно охоплює не лише центральні органи державної влади, а й органи місцевого самоврядування, територіальні громади та комунальні установи. Для охорони здоров'я така зміна є обґрунтованою, бо сучасна медична система України значною мірою спирається на комунальний сектор, локальну інфраструктуру та рішення територіальних громад. Категорія партнерства точніше відображає реальний суб'єктний склад відносин у цій сфері. Зміст Закону № 4510-IX підтверджує системність трансформації: він містить розділи про загальні положення, форми, об'єкти, строки, порядок підготовки проєктів, аналіз ефективності, конкурсні процедури, договір, підтримку, державні гарантії, контроль і моніторинг.

Поряд із термінологічним оновленням Закон № 4510-IX вніс і кілька предметних змін, істотних для медичної сфери. Він скоротив перелік форм партнерства до двох - концесійного договору та договору публічно-приватного партнерства, допустивши водночас змішаний договір, що поєднує елементи різних договірних конструкцій. Він увів постать донора - міжнародного партнера, який надає фінансування напряму або через бюджет. Він унормував плату за експлуатаційну готовність як визначений термін і запровадив спрощений порядок підготовки для проєктів відновлення інфраструктури, скоротивши граничний строк підготовчих заходів. Кожна з цих змін розширює інструментарій, проте жодна не скасовує обов'язку обґрунтувати застосування партнерства. Спрощений порядок стискає строки підготовки, він не звільняє від аналізу ефективності й порівняння з прямим бюджетним фінансуванням.

Нормативно-правове забезпечення реалізації партнерства у сфері охорони здоров'я доцільно визначати як багаторівневу систему правових норм, принципів, процедур, організаційних механізмів і договірних форм, що регулюють ініціювання, підготовку, аналіз, схвалення, конкурсний відбір, реалізацію, моніторинг, оцінку та припинення партнерських проєктів. У такому розумінні правове забезпечення охоплює не лише спеціальний закон, а й

ширший нормативний простір, де визначаються публічна мета, правовий режим об'єктів, допустимі форми участі приватного партнера, механізми фінансування, правила розподілу ризиків, гарантії прав сторін та межі захисту суспільного інтересу і прав пацієнтів [22].

Із цього визначення випливає й те, чого правове забезпечення робити не повинно. Воно не покликане полегшувати застосування партнерства як таке. Його функція впорядковувати складні відносини між публічним партнером, приватним партнером, пацієнтом, громадою, кредиторами та державою так, щоб у кожному окремому проєкті можна було перевірити, чи виправдане партнерство порівняно з альтернативами. Правова рамка, що лише спрощує вхід у партнерство, не виконує цієї функції; рамка, що зберігає процедури порівняння та аналізу ефективності, виконує її.

Багаторівневність правового забезпечення має й зворотний бік, який належить назвати прямо. Що більше нормативних режимів перетинається в одному проєкті, то вищою стає ціна підготовки й то більшим простір для колізій і затримок. Медичний проєкт партнерства одночасно підпорядкований цивільному, господарському, податковому, інвестиційному, концесійному та медичному праву; узгодження цих режимів вимагає фахової експертизи, якої бракує більшості потенційних публічних партнерів на місцевому рівні. Це не аргумент проти партнерства, проте це вагомий аргумент за вибірковість: складність правового супроводу сама собою є витратою, яку проєкт має виправдати. Для невеликого або типового завдання ця витрата часто переважає очікуваний виграш і тоді пряма закупівля, підпорядкована одному режиму, лишається розумнішим вибором.

Теоретичне підґрунтя партнерства у сфері охорони здоров'я пов'язане з розвитком змішаної, соціально орієнтованої ринкової економіки, де поєднуються ринкові механізми та регуляторна функція держави. Така модель передбачає не усунення держави з господарських процесів, а зміну характеру її участі: від безпосереднього виробника чи утримувача до організатора, координатора й гаранта суспільного інтересу. Для охорони здоров'я це має

вагу, бо медична сфера не може бути підпорядкована виключно ринковим законам. Медична допомога має життєво важливий, соціально значущий, етично чутливий і правозахисний характер. Тому державне і муніципальне регулювання зберігає тут системоутворювальне значення навіть тоді, коли до реалізації окремих функцій залучається приватний сектор.

Партнерство у сфері охорони здоров'я не ототожнюється з приватизацією медичної системи, із заміщенням публічної відповідальності приватною ініціативою чи з господарським аутсорсингом. Приватний партнер залучається до реалізації публічної мети в межах правового режиму, визначеного законом і договором, а публічний партнер не втрачає стратегічної ролі в управлінні, контролі та встановленні правил доступу. У західній літературі поряд із партнерськими моделями іноді вживають категорії часткової або непрямой приватизації окремих функцій [81], проте для охорони здоров'я таке ототожнення є неповним. Медична сфера належить до тих сегментів публічного сектору, де суспільний інтерес, захист прав пацієнта, недискримінація та територіальна доступність не дозволяють зводити правову природу партнерства до майново-договірної угоди між рівними комерційними суб'єктами. Юридичний сенс партнерства в медицині полягає в тому, що приватний ресурс і приватна компетентність використовуються для досягнення публічного результату [58-61; 67-70].

Структуру нормативно-правового забезпечення партнерства у сфері охорони здоров'я можна подати як кілька рівнів. Перший рівень становлять конституційні положення, які визначають Україну як соціальну і правову державу, закріплюють право людини на охорону здоров'я та покладають на державу обов'язок створювати умови для доступного медичного обслуговування [78]. Другий рівень утворюють акти цивільного, господарського й податкового законодавства: Цивільний кодекс України, Господарський кодекс України, Податковий кодекс України, які регулюють правосуб'єктність сторін, майнові та договірні відносини, способи забезпечення виконання зобов'язань і податкові наслідки реалізації проєктів [30-32]. Третій

рівень утворює спеціальне законодавство про публічно-приватне партнерство, концесію та інвестиційну діяльність [106; 136]. Четвертий рівень становлять підзаконні нормативні акти, що деталізують аналіз ефективності, управління ризиками, конкурсні процедури та інші елементи проектного циклу [142-144]. П'ятий рівень формує галузеве законодавство про охорону здоров'я - Основи законодавства України про охорону здоров'я та Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [117; 137]. Перелік основних актів цієї системи зведено в таблиці 2.3; він унаочнює, що партнерський проєкт у медицині перебуває на перетині щонайменше п'яти різних нормативних режимів.

Таблиця 2.3. Основна законодавча база регулювання публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я

Документ	Основний зміст у сфері партнерства
Конституція України [78]	Визначає засади соціальної та правової держави, гарантує право на охорону здоров'я, формує публічну мету партнерських проєктів
Цивільний кодекс України [177]	Визначає юридичний статус учасників правовідносин, засади укладення, зміни та припинення договорів, забезпечення зобов'язань
Господарський кодекс України [32]	Урегульовує господарські відносини за участю публічних і приватних суб'єктів, договірні механізми взаємодії
Податковий кодекс України [132]	Визначає податкові умови реалізації проєктів, правила оподаткування інвесторів, фінансові наслідки діяльності
Закон України «Про публічно-приватне партнерство» [101]	Закріплює базові поняття партнерства, коло публічних і приватних партнерів, форми, принципи, процедури підготовки та реалізації проєктів
Закон України «Про концесію» [147]	Визначає правові засади концесії як одного з різновидів партнерських механізмів, пов'язаних з використанням майна
Закон України «Про інвестиційну діяльність» [106]	Визначає правові засади інвестиційної діяльності та гарантії захисту інвестицій, істотні для партнерських проєктів
Основи законодавства України про охорону здоров'я [117]	Визначають засади державної політики у сфері охорони здоров'я, права пацієнтів, межі публічної відповідальності
Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування	Закріплює фінансову модель медичного обслуговування, істотну для сервісних моделей партнерства

Документ	Основний зміст у сфері партнерства
населення» [137]	
Підзаконні акти Кабінету Міністрів України та уповноважених органів [41; 107; 142-144]	Конкретизують аналіз ефективності, управління ризиками, конкурсний відбір, заміну приватного партнера

*Джерело: складено автором за матеріалами [32; 41; 78; 101; 106; 107; 132; 137; 142-144; 147; 177].

Історія правового оформлення партнерства публічного та приватного секторів в Україні дає підстави виділити два етапи. Перший охоплює 2010–2025 роки, коли регулювання здійснювалося на основі Закону про державно-приватне партнерство, а сама модель мала виразну державоцентричну спрямованість; йому передували окремі законодавчі спроби 2007 і 2009 років [40]. Другий етап розпочався з набранням чинності Законом № 4510-IX. Правова логіка зазнала оновлення: акцент змістився з державного партнера на публічного, із суто інфраструктурної моделі на ширший публічно-управлінський підхід. Для охорони здоров'я це оновлення має значення, проте його не варто переоцінювати. Зміна термінів і розширення кола публічних партнерів самі собою не роблять партнерство ефективнішим; вони лише точніше описують суб'єктний склад. Зіставлення двох етапів подано в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4. – Еволюція правової моделі партнерства у сфері охорони здоров'я

Критерій	Етап 2010–2025	Етап із 2025
Нормативна основа	Закон «Про державно-приватне партнерство» [102]	Закон «Про публічно-приватне партнерство» [101]
Базова категорія	Державний партнер	Публічний партнер
Управлінська логіка	Державоцентрична	Публічно-управлінська
Основний акцент	Інфраструктура, майно, актив	Суспільний результат, послуга, сервіс
Роль органів місцевого	Обмежена або похідна	Пряма та інституційно

Критерій	Етап 2010–2025	Етап із 2025
самоврядування		закріплена
Значення для охорони здоров'я	Переважно інфраструктурне	Інфраструктурне, сервісне, організаційне
Відповідність європейським підходам	Часткова	Вища, гармонізована з сучасною термінологією

*Джерело: складено автором за матеріалами [57; 140; 147; 189].

Для охорони здоров'я ця еволюція має прикладне значення. У попередній правовій моделі партнерські проєкти асоціювалися переважно з будівництвом, реконструкцією чи передачею в користування інфраструктурних об'єктів. Чинна модель дозволяє ширше тлумачити предмет партнерства: як модернізацію лікарняної інфраструктури, так і організацію окремих сервісних, лабораторних, діагностичних, цифрових чи логістичних компонентів. Це розширення предмета не слід читати як заклик застосовувати партнерство ширше. Воно радше означає, що там, де партнерство визнано доречним, його можна структурувати точніше [81; 154].

Соціально-економічна природа партнерства у сфері охорони здоров'я ґрунтується на поєднанні публічного обов'язку з приватною спроможністю. Держава й територіальні громади не можуть відмовитися від відповідальності за гарантування права на охорону здоров'я, формування медичної мережі та встановлення правил доступу до послуг. Водночас обмеженість бюджетних ресурсів, висока вартість обладнання, інженерних та цифрових рішень об'єктивно ставлять питання про залучення приватного потенціалу. Партнерство дає змогу здійснити це в правовій формі, що забезпечує договірну визначеність і розподіл ризиків. Проте партнерство виправдане не скрізь, де є потреба й обмеженість коштів. Воно виправдане лише там, де поєднання публічного й приватного ресурсу справді створює додану вартість порівняно з прямим бюджетним фінансуванням: де приватна сторона привносить технологію чи операційну спроможність, якої публічний

сектор не має, і де довгий життєвий цикл об'єкта робить інтеграцію фаз доцільною. Там, де цих умов немає, простіший інструмент пряма закупівля є кращим вибором. Партнерство є не альтернативою публічному управлінню, а однією з його форм, застосовною вибірково.

Правова природа партнерства найповніше розкривається через договір як центральний юридичний інструмент проєкту. Договір партнерства має організаційно-майновий, довгостроковий і комплексний характер; він не зводиться до звичайної господарської чи цивільно-правової угоди. Його специфіка у поєднанні приватноправових і публічно-правових елементів: свободи договору та імперативних меж, інвестиційної логіки та соціальної спрямованості, майнової відповідальності та публічної підзвітності. У сфері охорони здоров'я ці риси посилюються, бо договір має забезпечити не лише створення чи експлуатацію об'єкта, а й належне функціонування медичного сервісу: доступність послуг, безпеку пацієнтів, дотримання ліцензійних умов, режим захисту медичних даних, взаємодію з електронною системою охорони здоров'я та узгодженість із вимогами НСЗУ [38; 41].

Істотні умови договору в медичній сфері мають враховувати галузеву специфіку. Крім предмета, строку, форми фінансування, порядку компенсації витрат, розподілу ризиків і способів забезпечення зобов'язань, договір визначає критерії якості й доступності медичної послуги, параметри безперервності допомоги, порядок використання обладнання, вимоги до проєктної документації, страховий режим, порядок реагування на кризові ситуації, аварії та воєнні пошкодження. Для частини проєктів істотними стають умови інтеграції з цифровими системами, захисту персональних даних та узгодженості з медичними маршрутами пацієнтів. Усе це потребує більшої деталізації договору, ніж у класичних інфраструктурних проєктах [100].

Окремої уваги потребує довгостроковість договору партнерства як його правова риса. Договір укладається на десятиліття, і після його підписання вихід для публічного партнера є можливим, проте дорогим. Це означає, що

ключові запобіжники підстави й порядок зміни умов, механізми дострокового припинення, розподіл наслідків розірвання мають бути закладені в договір до його укладення, а не доформульовані згодом. Правова якість договору партнерства вимірюється не повнотою опису сприятливого сценарію, а опрацьованістю сценаріїв несприятливих: що відбувається, коли приватний партнер не виконує зобов'язань, коли змінюються тарифи, коли об'єкт зазнає воєнних пошкоджень. Договір, у якому ці сценарії пропрацьовано, захищає публічний інтерес; договір, у якому вони залишені поза увагою, переносить ризик на пацієнта й громаду.

Одним із центральних елементів правового режиму партнерства є розподіл ризиків. Для медичних проєктів це питання має особливу вагу, бо поєднує фінансово-економічні, будівельні, технологічні, нормативні, організаційні та соціальні ризики. До них належать інфляційні, процентні, валютні, тарифні, бюджетні, інвестиційні та будівельні ризики, ризики зміни правового середовища, нестабільності місцевих бюджетів, ризики воєнного впливу, а також ризики суспільної значущості: переривання медичної допомоги, недоступність діагностики чи лікування, конфлікт між комерційною моделлю та обов'язком забезпечення медичних гарантій. Ефективний розподіл означає покладання кожного ризику на ту сторону, яка спроможна керувати ним краще, без перекладання наслідків на пацієнтів чи громаду. Тут варто повторити те, що обґрунтовано в попередніх розділах: передавання приватному партнерові ризику, яким він не керує, не підвищує ефективності воно лише додає премію за ризик до ціни проєкту. Правове оформлення ризиків у медичному партнерстві має бути деталізованим, прозорим і адаптованим до кризових сценаріїв.

Інвестиційна складова партнерства у сфері охорони здоров'я зберігає значення, проте набуває соціально орієнтованого змісту. Приватні інвестиції в медичну сферу доцільно розглядати не лише як джерело прибутку, а як ресурс досягнення публічного результату: модернізації інфраструктури, оновлення обладнання, розвитку цифрових рішень, розширення доступу до

послуг [41; 106]. Правові гарантії захисту інвестицій мають бути достатніми для передбачуваності правового режиму, але не можуть перетворювати партнерство на механізм підпорядкування медичної системи логіці прибутку. Пріоритет тут зберігається за суспільним інтересом, а приватна ініціатива функціонує в межах, сумісних із правами пацієнта.

Галузеву специфіку партнерства в медицині визначає чинна система державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» є чинним; його поточна редакція на сайті Верховної Ради зафіксована станом на 01.01.2026. Цей закон закріпив фінансову логіку, за якої оплата медичної допомоги дедалі більше орієнтується на послугу, а не на утримання закладу. Звідси випливає вимога, що має пряме значення для добору проєктів: будь-який партнерський проєкт у сфері охорони здоров'я оцінюється з погляду сумісності з програмою медичних гарантій, правилами контракування з НСЗУ, статусом надавачів і маршрутизацією пацієнтів. Проєкт, формально правомірний та інвестиційно привабливий, але не узгоджений із системою медичних гарантій, не є повноцінно придатним для галузі. Цим пояснюється підвищена вимога до інтеграції загального законодавства про партнерство з галузевим медичним законодавством [117; 137].

Істотне місце в сучасній моделі партнерства посідає роль органів місцевого самоврядування. Медична реформа, децентралізація та комунальний характер значної частини мережі закладів посилили значення територіальних громад у медичній політиці. Громади ухвалюють рішення щодо комунального майна, співфінансування капітальних видатків, пріоритетів локальної інфраструктури, розвитку первинної ланки та окремих сервісних функцій. Категорія «публічний партнер» є для медичної сфери точнішою, ніж попередня «державний партнер». Проте ефективна участь органів місцевого самоврядування в партнерстві потребує належної інституційної спроможності - підготовлених фахівців, практики аналізу

ефективності, методичного супроводу, навичок договірної роботи й контролю виконання. Без такої основи формальна нормативна можливість участі громади в партнерстві не забезпечить реальної ефективності, а в гіршому разі обернеться невиваженими довгостроковими зобов'язаннями місцевого бюджету.

Розвиток партнерства в Україні історично супроводжувався складністю нормативної бази: неузгодженістю окремих актів, множинністю підзаконного регулювання, нечіткістю процедур, прогалинами щодо розподілу ризиків і високою залежністю від якості правозастосування [75; 104; 118]. Для охорони здоров'я ці проблеми посилюються тим, що тут перетинаються норми цивільного, господарського, бюджетного, інвестиційного, концесійного, медичного та антикорупційного права. Колізія або правова невизначеність у такому середовищі може мати наслідком не лише затримку проєкту чи майновий спір, а й порушення безперервності медичної допомоги. До цього додаються чинники, специфічні для галузі: потреба у фаховій експертизі, складність оцінювання соціального ефекту, жорсткі вимоги до безперервності сервісу та підвищені безпекові ризики. Це означає, що медичні проєкти потребують не механічного поширення загальних партнерських моделей, а їх цілеспрямованої адаптації. Основні проблеми правового забезпечення та напрями їх подолання зведено в таблиці 2.5.

Засадниче значення для правового забезпечення партнерства мають принципи, на яких воно будується. Ідеться не лише про загальні принципи законності, рівності сторін, свободи договору та добросовісності, а й про спеціальні принципи партнерства: довгостроковість взаємодії, розподіл ризиків, орієнтацію на публічну цінність, поєднання інвестиційного інтересу з публічною метою, недопущення погіршення доступності послуг, відкритість інформації та підзвітність. Для охорони здоров'я особливої ваги набуває принцип безперервності суспільно важливого сервісу: правове оформлення партнерства не може створювати підстав для зниження доступності допомоги чи припинення життєво важливих послуг. Принципи

партнерства в медицині належить тлумачити крізь призму права на охорону здоров'я, а не лише крізь призму ефективності інвестиційного проєкту [78; 117; 147].

Таблиця 2.5. Проблеми нормативно-правового забезпечення партнерства у сфері охорони здоров'я та напрями їх подолання

Проблема	Прояв у сфері охорони здоров'я	Напрямок удосконалення
Фрагментарність нормативної бази	Складність одночасного застосування норм про партнерство, концесію, інвестиції, медичні гарантії, ліцензування	Гармонізація загального і галузевого законодавства, узгоджені методичні документи
Недостатня процедурна визначеність	Тривалі етапи підготовки, аналізу ефективності, конкурсного відбору, погодження проєктів	Стандартизація процедур, типові алгоритми для медичних проєктів
Недостатня галузева адаптація	Загальні моделі не враховують специфіку медичних послуг і маршрутів пацієнтів	Моделі рішення для лікарень, лабораторій, реабілітації, цифрової медицини
Невизначеність розподілу ризиків	Ризики безперервності послуг, воєнні та енергетичні ризики, конфлікт прибутковості й медичної необхідності	Галузево адаптовані правила розподілу ризиків, резервні механізми кризового реагування
Недостатня спроможність публічного партнера	Брак компетенцій у громадах і закладах щодо підготовки та супроводу проєктів	Підготовка кадрів, залучення радників, регіональні центри експертизи
Обмежене врахування соціального результату	Оцінка проєктів переважно за фінансовими критеріями	Інтеграція індикаторів доступності, якості, охоплення, стійкості

*Джерело: складено автором за матеріалами [25; 75; 104].

Правове значення принципів партнерства полягає в кількох функціях. Вони спрямовують правотворчість, визначаючи межі допустимого регулювання. Вони пов'язують норми різних галузей права: конституційного, адміністративного, господарського, цивільного, фінансового, медичного в єдину систему. Вони забезпечують тлумачення конкретних норм у разі прогалин чи колізій. Нарешті, вони мають прикладне значення при укладенні та виконанні договорів, бо дозволяють оцінити, чи відповідає конкретна модель партнерства самій природі цього інституту [22; 43; 69]. Зміст і правове значення

основних принципів подано в таблиці 2.6.

Для тверезого аналізу істотно, що принципи партнерства працюють не лише як орієнтир, а й як перевірка. Якщо запропонований проєкт не витримує зв'язання з принципом публічної мети тобто служить переважно комерційній вигоді, він не є партнерством за змістом, хоч би як його назвали в документах. Якщо він не витримує зв'язання з принципом безперервності медичної допомоги, його не можна схвалювати незалежно від інвестиційної привабливості. У такому прочитанні принципи є не декларативною передмовою до закону, а робочим фільтром, через який проходить кожен проєкт; проєкт, що цього фільтра не проходить, належить відхилити, а не доопрацьовувати. Саме в цій фільтрувальній функції принципів і виявляється вибірковість партнерства на рівні правових засад.

Таблиця 2.6. Принципи публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я та їх правове значення

Принцип	Зміст у сфері охорони здоров'я	Правове значення
Законність	Реалізація проєктів лише в межах Конституції, спеціального законодавства, медичних і фінансових норм	Забезпечує юридичну допустимість моделі та її сумісність із правами пацієнта
Публічна мета	Орієнтація проєкту на суспільно значущий результат, а не лише на комерційну вигоду	Відмежовує партнерство від звичайних господарських угод
Розподіл ризиків	Покладення ризиків на сторону, що найкраще здатна ними керувати	Підвищує ефективність і стійкість проєкту
Довгостроковість	Стабільність правовідносин у межах життєвого циклу проєкту	Створює передумови для інвестицій і планування
Прозорість	Відкритість рішень, конкурсів, критеріїв відбору та контролю	Знижує корупційні ризики, підвищує довіру
Підзвітність	Механізми моніторингу, оцінювання та відповідальності сторін	Гарантує контроль за досягненням публічного результату
Безперервність медичної допомоги	Неприпустимість переривання суспільно важливих медичних сервісів	Забезпечує пріоритет захисту життя і здоров'я
Недискримінація	Неможливість звуження доступу до допомоги за майновими чи територіальними ознаками	Захищає соціальну справедливість у системі охорони здоров'я

*Джерело: складено автором за матеріалами [78; 117; 137; 141].

Суб'єктний склад партнерства у сфері охорони здоров'я є багатокомпонентним. Центральними суб'єктами виступають публічний і приватний партнери, проте фактичне коло учасників ширше: кредитори, радники, незалежні експерти, оператори окремих сервісів, субпідрядні організації, органи контролю, НСЗУ, органи місцевого самоврядування, комунальні підприємства, медичні заклади, пацієнти як кінцеві користувачі, а в окремих випадках міжнародні фінансові організації та донори [142-144; 147]. Закон № 4510-IX окремо ввів постать донора міжнародного партнера, що надає фінансування напрямку або через бюджет.

Публічний партнер у сфері охорони здоров'я не є формальним замовником чи власником майна. Його функції охоплюють виявлення публічної потреби, обґрунтування доцільності проєкту, аналіз ефективності, ухвалення рішення про здійснення партнерства, організацію конкурсу, укладення договору, моніторинг виконання та захист прав користувачів. Ці функції підсилюються тим, що публічний партнер зберігає контроль над суспільно значущими параметрами медичної допомоги територіальною доступністю, якістю послуг, виконанням медичних стандартів, інтеграцією із системою фінансових гарантій. Публічний партнер не є пасивною стороною договору; він інституційний носій суспільного інтересу [78; 117; 137; 147].

Приватний партнер не зводиться до інвестора. Він може виконувати функції проєктувальника, будівельного оператора, постачальника обладнання, сервісного провайдера, управлінського або цифрового оператора. Його правове значення в тому, що він бере на себе частину ризиків, інвестиційних зобов'язань та операційної відповідальності, які в межах традиційної бюджетної моделі публічний сектор не міг реалізувати самостійно. Проте його участь завжди лишається похідною від публічної мети й обмеженою законом, умовами договору та контрольними повноваженнями публічного партнера [147]. Розподіл ролей суб'єктів партнерства подано в таблиці 2.7.

Таблиця 2.7. Суб'єктний склад публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я

Суб'єкт	Основна роль у проєкті	Особливості правового статусу
Публічний партнер	Ініціює, обґрунтовує, затверджує, контролює та оцінює проєкт	Несе відповідальність за публічну мету, права пацієнтів, сумісність із державною політикою
Приватний партнер	Інвестує, створює, модернізує, експлуатує або забезпечує сервісний компонент	Діє на умовах договору, бере на себе визначені ризики та зобов'язання
Орган місцевого самоврядування	Виступає публічним партнером або співучасником проєкту на локальному рівні	Важливий для комунального сектору охорони здоров'я
Медичний заклад	Є об'єктом, оператором або інституційною основою проєкту	Функціонує в межах галузевих вимог, ліцензування і стандартів
НСЗУ	Впливає на фінансову модель через контракування та медичні гарантії	Не завжди є стороною договору, але впливає на життєздатність моделі
Кредитори, донори	Забезпечують фінансування проєкту	Їх інтереси підлягають правовому захисту в межах спеціального режиму
Радники, незалежні експерти	Забезпечують підготовку, оцінку та супровід проєкту	Залучаються для складних технічних, фінансових та юридичних питань
Пацієнти, користувачі	Є кінцевими бенефіціарами публічної послуги	Їх права становлять ключовий критерій оцінки легітимності проєкту

*Джерело: складено автором за матеріалами [117; 137; 142-144; 147].

Правове значення об'єкта партнерства у сфері охорони здоров'я потребує окремого аналізу. На відміну від багатьох інших галузей, де об'єктом є чітко ідентифікований майновий комплекс, медична сфера поєднує матеріальний і функціональний виміри. Об'єктом може бути будівля лікарні, окремий корпус, реабілітаційний центр, лабораторний комплекс, система енергопостачання, обладнання, цифрова система чи сервісний модуль. Нормативна модель партнерства в медицині має охоплювати як класичні об'єкти нерухомості, так і функціональні комплекси, де вартість і суспільна цінність визначаються не лише матеріальним активом, а й якістю сервісу [136; 147].

Ця особливість зумовлює різноманітність форм партнерства. Тут варто внести узгодження з попередніми розділами. За Законом № 4510-IX партнерство реалізується у двох формах концесійному договорі та договорі публічно-приватного партнерства, з можливістю змішаного договору; договори управління майном і про спільну діяльність більше не є самостійними формами. Тому подані в таблиці 2.8 форми слід розуміти не як окремі юридичні конструкції, а як прикладні типи проєктів: інфраструктурні, сервісні, енергосервісні, цифрові, реабілітаційні, комплексні, кожен з яких реалізується в межах однієї з двох законних форм. Це розрізнення істотне: тип проєкту описує його зміст, а форма договору його правову конструкцію.

Таблиця 2.8. Прикладні типи проєктів партнерства у сфері охорони здоров'я

Тип проєкту	Приклад застосування	Ключові правові акценти
Інфраструктурний	Будівництво або реконструкція лікарні, діагностичного центру, реабілітаційного корпусу	Майновий режим, землекористування, технічний нагляд, експлуатація
Концесійний	Експлуатація окремих об'єктів медичної інфраструктури на договірній основі	Використання державного чи комунального майна, контроль за суспільною функцією
Сервісний	Лабораторія, стерилізація, пральня, харчування, технічне обслуговування	Безперервність сервісу, стандарти якості, відповідальність за збої
Енергосервісний	Модернізація систем тепло- та електрозабезпечення, резервних джерел живлення	Енергоефективність, окупність, кризова стійкість закладу
Цифровий	Телемедицина, медичні інформаційні системи, цифрові контури діагностики	Захист даних, інформаційна безпека, сумісність із електронною системою охорони здоров'я
Реабілітаційний	Створення та довгострокове функціонування центрів реабілітації	Галузева адаптація, стійкість фінансування, інтеграція з медичними гарантіями
Комплексний	Поєднання інфраструктурного, сервісного та технологічного компонентів	Складна договірна конструкція, багаторівневе управління і моніторинг

*Джерело: складено автором за матеріалами [117; 137; 142-144].

Окремого розгляду потребує співвідношення партнерства й концесії. У вітчизняному праві концесія традиційно розглядалася як один із різновидів партнерських механізмів, пов'язаних з використанням державного або комунального майна [168]. Для охорони здоров'я концесійна модель не є універсальною. Вона має потенціал там, де проєкт пов'язаний із майновим комплексом, інфраструктурним активом чи довгостроковою експлуатацією об'єкта. Проте значна частина сучасних медичних проєктів виходить за межі класичної логіки концесії, бо центральне значення для них має не об'єкт, а якість, безперервність і суспільна корисність сервісу. Концесія є, отже, лише однією з можливих форм, а не синонімом партнерства. Для дисертаційного аналізу це розрізнення важливе, бо дозволяє уникнути спрощення, за якого партнерство помилково ототожнюється з концесійною моделлю [147].

Тверезий аналіз потребує й протилежного застереження. Поряд із випадками, де доречна та чи інша форма партнерства, є широкий клас потреб охорони здоров'я, для яких не підходить жодна з них. Поточне утримання закладів, типові закупівлі видаткових матеріалів, дрібний ремонт, оплата праці персоналу, фінансування базового пакета медичних послуг усе це належить до сфери прямого бюджетного забезпечення й програми медичних гарантій, а не партнерства. Спроба втиснути такі потреби в партнерську форму не дає виграшу вона лише додає трансакційних витрат на підготовку, конкурс і супровід договору там, де простіший інструмент дешевший і швидший. Правова рамка партнерства тому окреслює не весь простір медичної політики, а лише його вузький сегмент той, де довгий життєвий цикл об'єкта, потреба в приватній технології чи операційній спроможності й можливість осмисленого розподілу ризиків роблять партнерство доказово виправданим.

Правова проблематика фінансування партнерства в медицині не обмежується залученням приватного капіталу. Вона охоплює механізми державної підтримки, співфінансування, бюджетного планування, гарантій для кредиторів і моделей повернення інвестицій. Для медичної сфери істотним є питання допустимих джерел відшкодування витрат приватного партнера. У

частині інфраструктурних проєктів це може бути плата за доступність об'єкта чи фіксовані платежі; у частині сервісних і клінічно значущих компонентів потрібно враховувати сумісність із фінансовими гарантіями, пакетом медичних послуг і правилами оплат НСЗУ [137; 147]. Джерело економічної життєздатності партнерства в медицині не може формуватися врозріз із системою публічних гарантій тобто воно має бути інтегроване в неї або принаймні не суперечити її засадам.

Управлінський вимір партнерства тісно пов'язаний з інституційною спроможністю. Наявність спеціального закону сама собою не гарантує успішної реалізації проєктів. Потрібні компетентні уповноважені органи, кваліфіковані фахівці на рівні держави та громад, доступ до експертних ресурсів, методики аналізу ефективності, здатність моделювати ризики й контролювати виконання договорів. Для охорони здоров'я спроможність має й галузевий вимір, а саме знання про медичну мережу, ліцензійні умови, пакети послуг, маршрути пацієнтів, стандарти якості. Одним із напрямів удосконалення партнерства в медицині є тому спеціалізована підготовка публічних управлінців і керівників медичних закладів до роботи з такими проєктами [25; 75; 104; 147].

Окремо належить означити правову природу плати за експлуатаційну готовність, яку Закон № 4510-IX унормував як визначений термін. Цей платіж приваблює публічного партнера тим, що дозволяє розпочати проєкт без негайних капітальних видатків. Проте він не вивільняє бюджетних коштів. Плата за готовність є відкладеним публічним видатком: вартість об'єкта не зникає, а розноситься в часі, причому до неї додається премія за залучений приватний капітал. Правове оформлення такого платежу має забезпечувати його прозорий довгостроковий облік, бо інакше зобов'язання, розтягнуте на десятиліття, лишається непомітним для тих розпорядників коштів і складів місцевої влади, які нестимуть його в майбутньому. Юридична конструкція плати за готовність є, отже, не способом здешевити проєкт, а способом упорядкувати його справжню вартість у часі і саме так її належить тлумачити в дисертаційному аналізі.

Воєнний і післявоєнний контекст надає партнерству у сфері охорони здоров'я додаткового значення і додаткових ризиків. Війна змінила структуру медичного попиту: зросли потреби в реабілітації, протезуванні, психічному здоров'ї, паліативній допомозі, телемедичних рішеннях, енергетичній стійкості лікарень. Партнерство може виступати інструментом прискореного відновлення спроможності системи. Водночас посилюються ризики руйнування об'єктів, форс-мажор, проблеми логістики, міграційні зміни в структурі населення, коливання вартості ресурсів. Звідси висновок, що узгоджується з логікою попередніх розділів: воєнні умови не послаблюють вимогу обґрунтованого вибору, а посилюють її, бо ціна незворотного довгострокового зобов'язання за невизначеності зростає. Правова модель партнерства воєнного часу має враховувати кризову стійкість, резервування, відкладену компенсацію, спеціальні договірні застереження та адаптивний перерозподіл ризиків. Особливості правового конструювання партнерства в умовах війни зведено в таблиці 2.9.

Таблиця 2.9. Особливості правового конструювання партнерства у сфері охорони здоров'я в умовах війни та повоєнного відновлення

Компонент	Звичайний режим	Воєнний і післявоєнний режим
Інфраструктурний ризик	Переважає будівельний та експлуатаційний	Додаються ризики пошкодження, руйнування, тимчасової окупації, евакуації
Логістика	Планова, прогнозована	Ускладнена, залежна від безпекової ситуації та енергозабезпечення
Попит на послуги	Відносно стабільний	Динамічний, пов'язаний із переміщенням населення та новими категоріями пацієнтів
Фінансова модель	Орієнтована на довгострокову передбачуваність	Потребує додаткових механізмів гарантій, резервів, компенсацій
Технічні вимоги	Стандартні вимоги до функціонування об'єкта	Посилені вимоги до безперервності, захищеності, резервного живлення
Контроль і моніторинг	Планові індикатори ефективності	Додаються індикатори кризової стійкості та безпекової адаптивності

*Джерело: складено автором за матеріалами [25; 75; 104; 147].

Тут належить уникнути поширеної в публічному дискурсі помилки, за якою масштаб повоєнних потреб сам собою тлумачиться як підстава для широкого застосування партнерства. Великий обсяг відбудови означає лише те, що рішень доведеться ухвалювати багато; він не означає, що всі вони мають бути партнерськими. Навпаки, за умов підвищеної невизначеності частка потреб, для яких пряме бюджетне або донорське фінансування є простішим і безпечнішим, радше зростає. Партнерство в повоєнній відбудові виправдане там, де приватна сторона привносить дефіцитну технологію чи операційну спроможність і де довгий горизонт об'єкта це дозволяє; для термінового відновлення типових об'єктів партнерська процедура з її тривалою підготовкою часто є завільною. Тверезе правове забезпечення відбудови має тому передбачати не лише полегшені шляхи для партнерства, а й чіткі критерії, за якими частину проєктів свідомо виводять за його межі.

Застосування партнерства у сфері охорони здоров'я потребує переосмислення критеріїв ефективності. Економічний підхід, заснований лише на вартості, строках окупності чи бюджетній економії, для медичної галузі недостатній. Оцінювання проєктів поєднує економічні, правові, соціальні та управлінські критерії. До економічних належать: інвестиційна доцільність, прогноз витрат на життєвий цикл, вплив на бюджет, окупність; до правових: відповідність конституційним гарантіям, сумісність із медичним законодавством, адекватність розподілу ризиків, захист прав пацієнта; до соціальних: доступність послуг, охоплення населення, скорочення часу очікування, територіальна справедливість; до управлінських: підзвітність, прозорість, кризова стійкість, інтегрованість із політикою. Багатокритеріальна модель оцінки і є тим інструментом, що дозволяє тверезо визначити, чи доречне партнерство в конкретному випадку, і визнати, що в частині випадків відповідь буде заперечною [25; 75; 104; 147].

Правове оформлення партнерства у сфері охорони здоров'я дедалі більше враховує цифровий вимір. Медичні інформаційні системи, телемедичні рішення, цифрові контури фінансування послуг, інтеграція з електронною

системою охорони здоров'я стають частиною функціонування медичної системи. Нормативно-правове забезпечення партнерства охоплює тому не лише класичні майнові та договірні питання, а й кібербезпеку, сумісність систем, захист персональних даних, безперервність цифрового сервісу та резервування інфраструктури. Цифровий компонент може стати одним із перспективних напрямів партнерства в медицині, проте й тут діє те саме застереження: цифровий проєкт оцінюють за тим самим компаратором, що й будь-який інший.

Перспективи нормативно-правового розвитку партнерства в медичній сфері пов'язані з потребою галузевої спеціалізації загального партнерського режиму. Закон № 4510-IX створює рамку, проте стійкий розвиток партнерства у сфері охорони здоров'я потребуватиме деталізації через підзаконні акти, методичні рекомендації, типові договори та спеціальні порядки оцінки ефективності й ризиків. Тут належить врахувати обмеження, обґрунтоване в попередніх розділах: частина друга статті 2 Закону № 4510-IX встановлює, що відносини партнерства регулюються виключно цим Законом, тож галузева специфіка втілюється не в окремому урядовому порядку, а в методичних рекомендаціях і примірній документації в межах рамки Закону. Доцільним є запровадження типових моделей для актуальних сегментів: лікарняна інфраструктура, реабілітація, лабораторна діагностика, енергосервіс, цифрова інфраструктура. Така типізація не обмежує договірної гнучкості, але створює мінімальні стандарти правової якості проєктів.

Окреме значення має співвідношення партнерства з іншими інструментами реалізації державної політики. Партнерство не може підміняти бюджетне фінансування, програму медичних гарантій, державне регулювання чи прямі інвестиції з публічних джерел. Його належить розглядати як комплементарний інструмент, застосовний там, де поєднання публічного й приватного потенціалу створює додану вартість. Це твердження є стрижневим для тверезого розуміння партнерства: воно не конкурує з рештою інструментів за статус головного, а займає вузьку нішу, окреслену обґрунтованим вибором. Значна частина потреб охорони здоров'я лежить поза цією нішею й має

задовольнятися без партнерства і визнання цього є ознакою зрілості правової моделі, а не її слабкості.

Подальше розгортання нормативно-правового забезпечення партнерства у сфері охорони здоров'я доцільно будувати на чотирьох засадах. Перша - концептуальна: визнання партнерства інструментом досягнення публічної цінності, застосовним вибірково, а не формою організації інвестицій, бажаною самою собою. Друга - нормативна: гармонізація загального законодавства про партнерство з галузевими нормами охорони здоров'я та суміжними правовими режимами. Третя - інституційна: посилення спроможності органів державної влади, місцевого самоврядування й медичних закладів до підготовки, реалізації та контролю проєктів. Четверта - функціональна: орієнтація на конкретний суспільний результат, вимірюваний через доступність, якість і стійкість медичної допомоги. Поєднання цих засад дозволяє розглядати партнерство як один із дієвих, але не єдиних механізмів державної політики [4; 43; 56; 137; 142-144].

Ці чотири засади узгоджуються з логікою, обґрунтованою в наступному розділі дисертації, де партнерство розглянуто як вибірковий інструмент організаційно-управлінського механізму. Нормативно-правове забезпечення є тим середовищем, що робить таку вибірковість здійсненою або, навпаки, перешкоджає їй. Правова рамка, яка зберігає аналіз ефективності, конкурсний відбір і прозорий облік довгострокових зобов'язань, підтримує дисциплінований вибір; рамка, яка ці процедури послаблює задля пришвидшення, його підриває. Тому оцінка якості нормативно-правового забезпечення партнерства не зводиться до повноти й несуперечливості норм. Вона включає й те, наскільки право утримує публічного партнера від невинновданого застосування партнерства бо саме в цьому утриманні, а не в полегшенні входу, виявляється зрілість правового регулювання соціально чутливої сфери.

У цілісному вигляді нормативно-правове забезпечення реалізації партнерства у сфері охорони здоров'я є багаторівневою системою правового

регулювання, що поєднує конституційні засади, акти цивільного, господарського, податкового, інвестиційного, концесійного та медичного законодавства, спеціальний Закон України «Про публічно-приватне партнерство», підзаконні акти й договірні механізми. Сучасний зміст цього забезпечення визначається переходом від моделі державно-приватного партнерства до чинної моделі публічно-приватного партнерства, розширенням кола публічних партнерів, посиленням ролі територіальних громад і переорієнтацією з логіки активу на логіку суспільного результату. Для медичної сфери це означає можливість використання партнерства не лише для інфраструктурного, а й для сервісного та технологічного посилення системи - можливість, реалізація якої щоразу потребує обґрунтування.

Правове регулювання ППП саме у в медичній сфері має також охоплювати специфіку галузі, а саме – дійсно конституційно закріплений характер права на охорону здоров'я громадян, дію цілої системи державних фінансових гарантій, роль органів місцевого самоврядування і ВЦА/СВА на прифронтових територіях, комунальну природу і юридичний статус значної частини медичної мережі на місцях, соціально чутливі і підвищені вимоги до безпеки пацієнта та значення цифрових компонентів. Відповідно, і стратегічне значення ДПП/ППП зростає в умовах війни та повоєнного відновлення, коли ціла медична і соціальна системи потребують реабілітаційного, логістичного, кваліфікаційного, технологічного й енергетичного посилення, але навіть і за цих умов ДПП/ППП лишається вибіркоким інструментом: воно виправдане там, де доказово переважає пряме бюджетне фінансування, і недоречне там, де простіший інструмент послужив би краще. Саме тому в структурі державної політики у сфері реформування охорони здоров'я публічно-приватне партнерство має розглядатися як складний публічно-управлінський механізм, дієвість якого залежить як від якості його нормативно-правового забезпечення, так і від дисциплінованості рішень про його застосування [4; 43; 56; 137; 142-144].

2.3 Зарубіжний досвід публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я

Публічно-приватне партнерство в сучасній Європі є одним із найпопулярніших інструментів для організації стабільного економічного розвитку міст, регіонів та загалом усього суспільства. Зрозумілим є те, що кожна країна має свої власні особливості організації та регулювання розвитку державно-приватного партнерства, що зумовлюються деякими причинами. По-перше, кожна країна має свою власну систему законодавчого регулювання, яка диктує відповідні нормативно-правові і юридичні умови організації державно-приватного партнерства. По-друге, кожна країна має різну специфіку відносин державного і приватного сектору. По-третє, фактор загальнодержавного розвитку економіки також впливає на ефективність та продуктивність партнерських зв'язків між державою і приватним сектором. Враховуючи ці положення доцільним було б дослідити, як, яким чином та на яких умовах відбувається розвиток державно-приватного партнерства в різних країнах Європи, які територіально, а іноді і ментально близькі до України. Таке дослідження дозволить визначити можливості застосування європейського досвіду у вітчизняній практиці.

Першим, на що слід звернути увагу в контексті дослідження європейського досвіду публічно-приватного партнерства, це питання принципів його міжнародного функціонування. Так, на рівні усіх європейських країн світу існує певний перелік принципів, яких обов'язково потрібно дотримуватися при організації розвитку державно-приватного партнерства.

Принцип прозорості. Завдяки цьому принципу повинна надаватися повна інформація про практичну реалізацію державно-приватного партнерства усім зацікавленим особам і сторонам.

Принцип підзвітності. Держава та приватний сектор зобов'язані звітувати про свою діяльність під час організації ними спільної діяльності у вигляді державно-приватного партнерства. Юридичне закріплення даного принципу

відбувається в положеннях і умовах договорів, які укладаються між державою та приватним сектором.

Принцип зрозумілості та передбачуваності. Усі умови, які прописуються в різних договорах різних форм організації державно-приватного партнерства мають бути зрозумілими, прозорими, легкими у формулюванні та не нести труднощів у їх опрацюванні будь-якою із сторін.

Принцип врахування специфіки діяльності. Організація умов і практична реалізація державно-приватного партнерства має відбуватися із урахуванням умов регіону, країни, території, специфіки галузі.

Принцип сталості економічних і фінансових показників. Для ефективного процесу державно-приватного партнерства необхідно враховувати попит на послуги, а також, орієнтуватися на економічний ефект для економіки країни.

Принцип гнучкості. Учасники державно-приватного партнерства мають бути готовими до різних внутрішніх умов та повинні швидко реагувати на конкретні фактори зовнішнього середовища.

Принцип рівності. Послуги, що створюються у процесі реалізації державно-приватного партнерства мають бути доступними усім категоріям суспільства.

Принцип соціального залучення. Для того щоб організувати ефективну реалізацію положень і завдань передбачених створенням державно-приватного партнерства, потрібно залучати до співпраці із державою та приватним сектором різні соціальні групи населення [66].

Успішно інтегрувавши означений перелік принципів Європа почала активно розвивати систему державно-приватного партнерства, саме на таких установчих засадах

Першим вдалим прикладом є досвід Великобританії. Активний розвиток державно-приватного партнерства у цій країні розпочався у 1981 році і пов'язаний був із створенням нової ринково-орієнтовної політики регулювання та планування економічних і фінансових показників. Враховуючи необхідність вдосконалювати систему надання громадських послуг у 1992 році у

Великобританії була створена спеціальна фінансова ініціатива приватного характеру під назвою PFI (Private Finance Initiative). Її сутність полягала в залученні приватних інвестицій, які були необхідні для організації будівництва великих державних об'єктів. На той час компенсація витрат приватного сектору відбувалася за рахунок доходу від експлуатації будівлі чи через конкретні стабільні платежі із бюджету.

Якщо наводити приклади об'єктів тодішньої форми державно-приватного партнерства в Великобританії, то ними були: школи, лікарні, в'язниці, автомобільні або залізні дороги. Далі відбулося нормативно-правове закріплення даної форми державно-приватного партнерства, що дозволило забезпечити швидкий розвиток державних соціальних і виробничих інфраструктурних об'єктів. Останнє було пов'язано із створенням відповідного Закону «Про приватну фінансову ініціативу». У 1997 році процедурний механізм Private Finance Initiative був змінений, виникли нові критерії, за якими відбувалася практична реалізація державно-приватного партнерства. В той час була створена спеціальна профільна група із висококваліфікованих державних службовців, які займалися питаннями організації допомоги міністерствам та відомствам країни. Останнім найважливім діянням, що вплинуло на формування сучасної системи розвитку державно-приватного партнерства у Великобританії є створення на базі даної профільної групи спеціальної державно-приватної компанії, яка мала назву Partnerships UK. Partnerships UK виступала в якості методологічного центру, який займався управлінням системи державно-приватного партнерства при уряді Великобританії, а також, був структурним підрозділом Міністерства фінансів. Відсоткова доля держави та приватного сектору в компанії розподілялась таким чином: 49% належало державі, 51% – приватному сектору. У подальшому даний центр почав відповідати за реалізацію проектів державно-приватного партнерства у таких сферах як: транспорт, громадські заклади, будівництво житла, охорона здоров'я, освіта, місця для відпочинку, реконструкція закладів та споруд для Міністерства оборони.

Таким чином, представлений досвід розвитку державно-приватного партнерства у Великобританії був реалізований у формі так званих фінансових ініціатив, а також, за рахунок побудови спільного із державою та приватним сектором органу, який забезпечує контроль за партнерством. На нашу думку, доцільним є застосування подібного досвіду в Україні через створення аналогічного за своїми функціями органу, який буде представляти та поєднувати як інтереси держави, так і інтереси приватного сектору, що стане вагомим кроком на шляху успішної реалізації державно-приватного партнерства.

Наступний приклад європейського досвіду розвитку державно-приватного партнерства стосується Німеччини. Початок розвитку державно-приватного партнерства у цій країні припав на проекти кооперативного будівництва. Перші приклади побудови некомерційних будівель на основі приватних ініціатив були реалізовані ще в XIX столітті. Фундаментом подібних проявів державно-приватного партнерства у Німеччині, на той час слугувало обмеження власного бізнесу та отримання низького прибутку приватними фірмами. Внаслідок подібних втрат приватний сектор отримував низку податкових пільг від держави. Більш активний та справедливий процес удосконалення державно-приватного партнерства в Німеччині продовжився із 2002 року за рахунок створення спеціального профільного органу – Державного комітету із питань державно-приватного партнерства, який реалізовував проекти державного надземного будівництва. В 2003 році у рамках активної діяльності даного комітету було розроблено низку практичних рекомендацій, що врегульовують рамкові угоди. Крім того, з 2004 року в Німеччині почав діяти Інститут державно-приватного партнерства, який координував роботу різних галузевих структур, відповідав за створення платформи, яка повинна була об'єднати фахівців із різних сфер діяльності, мала популяризувати державно-приватне партнерства, а також надавати консультації потенційним партнерам. Цей інститут мав дуже широке і розгалужене представництво, в ньому перебували різні політичні організації, наукові та освітні заклади, різні

приватні компанії, які займалися банківською справою, страхуванням, лізингом. Також, до його складу входили консалтингові фірми та низка провідних незалежних експертів із питань розвитку державно-приватного партнерства [124, с. 106-111] .

Вагомим кроком в напрямку подальшого вдосконалення стало прийняття в вересні 2005 року федерального Закону «Про стимулювання державно-приватного партнерства і поліпшення нормативних умов для рамкових угод». Цей нормативно-правовий акт дозволив Німеччині значно спростити процес оподаткування проектів державно-приватного партнерства, чітко регламентував різні стандарти створення таких проектів і регулював порядок переходу права на майно, власність. У 2006 році в Німеччині був представлений перелік державних стандартів, які дозволяли оцінювати ефективність проектів державно-приватного партнерства. Знаковим для розвитку державно-приватного партнерства був і 2008-й рік – були схвалені нормативно-правових актів, які регулювали процес укладання рамкових угод, розроблені стратегічні цілі, однією із яких був стрімкий розвиток проектів державно-приватного партнерства на 15-20%. Крім цього, на базі Міністерства фінансів і Міністерства транспорту була створена консалтингова компанія у формі акціонерного товариства державно-приватного партнерства, яка відповідала за реалізацію консультаційної, інформаційної діяльності щодо розробки нових форм партнерства та організації співробітництва держави і приватних партнерів [125].

Щодо сучасних умов розвитку державно-приватного партнерства в Німеччині, то вони здебільшого характеризуються особливим вибором моделей для організації подібного роду співпраці. В Німеччині наразі надають перевагу таким моделям державно-приватного партнерства, які закріплюють остаточне право власності за державою. Серед них основними є: контракти на управління, лізинг, концесійні угоди. За рахунок використання подібних моделей в рамках державно-приватного партнерства приватним партнерам у Німеччині надають право на підтримку об'єкту в належному стані, що передбачений положенням

конкретного договору на період від 10 до 30 років. Останнє, на що варто звернути увагу – які проекти державно-приватного партнерства реалізуються в Німеччині. Так, означені проекти представлені в багатьох сферах діяльності серед яких: будівництво, реконструкція різних важливих інфраструктурних будівель, будівництво нерухомого майна різних державних сфер діяльності, таких як, сфери освіти, охорони здоров'я, сфери спортивного виховання і культури. Останнім часом в Німеччині частіше почали реалізовуватися проекти державно-приватного партнерства в сферах промисловості, комунального обслуговування, енергетики, адміністративних і державних послуг, інформаційних технологій та телекомунікацій [105, с. 246–256].

Отже, характерними особливостями досвіду реалізації державно-приватного партнерства у Німеччині є: широка сфера реалізації проектів державно-приватного партнерства, цілісна і впорядкована нормативно-правова база, а також, схожа із досвідом Великобританії ідея щодо необхідної наявності спеціальної організації на базі діючих міністерств, яка б об'єднала інтереси і бажання держави та приватного сектору.

Ще одним прикладом розвитку державно-приватного партнерства серед європейських країн є досвід Франції. У цій країні ще в другій половині XIX століття вже можна було знайти свідчення про розвиток державно-приватного партнерства, яке активно застосовувалось як в транспортній, так і в комунальній сферах. За цей час досить велика кількість залізничних сполучень, трамвайних колій, водопроводів було побудовано із залученням фінансових ресурсів приватного сектора. Останнє відбувалося на основі концесійних угод, що уклалися на довгострокову перспективу, по закінченню яких об'єкти державно-приватного партнерства переходили у власність держави. На сьогоднішній день, концесійна модель залишається однією з найактивніших форм державно-приватного партнерства у Франції. Країна успішно застосовує цю форму взаємодії держави і бізнесу для будівництва та модернізації автошляхів та водопостачання. Проблемним питанням довгий час залишалася децентралізована система управління, яка іноді заважала приймати правильні

проекти із причини, що центральні виконавчі органи не мають права втручатися в політику громади. Взаємодія держави та приватного бізнесу у цих обставинах відрізнялася неефективністю та хаотичністю.

З метою подолання означеної проблеми у 2005 році був прийнятий закон, який характерно відрізнявся від законодавства країн-партнерів Франції, якими були Німеччина та Великобританія. Перша характерна риса нового механізму полягала в підтримці державою підприємців.

Передбачалось, що новостворена державна структура брала на себе роль «ментора» або «няні». Ця програма мала назву *Mission d'Appui aux PPP* та функціонувала в рамках французького Міністерства фінансів. Метою її діяльності стало обслуговування і супроводження проектних робіт та контроль за дотриманням прав інвесторів. Серед завдань MAPPP слід виокремити: оцінку та визначення доцільності проектних робіт, пошук приватних експертів, аналіз відповідності проекту державно-приватного партнерства до вимог Міністерства фінансів Франції.

Крім того, на сучасному етапі розвитку державно-приватного партнерства у Франції активно діє механізм «Суспільства змішаної економіки», *Société d'Economie Mixtes*, мета якого – забезпечення ефективного розвитку концесійних відносин між державою і бізнесом. Згаданий механізм функціонує в трьох сферах діяльності: облаштування земельних ділянок, послуги, які стосуються місця проживання громадян та розвиток адміністративних і державних послуг. Наразі цей проект налічує понад 40 видів робіт і послуг, серед яких є будівництво і підтримка об'єктів комунальної сфери, облаштування зон паркування для автомобілів, збір і переробка сміття, а головною його особливістю є жорстка конкуренція при укладанні угод державно-приватного партнерства. Останнє в значній мірі позитивно позначається на майбутніх партнерських відносинах держави і бізнесу та сприяє підвищенню ефективності їх взаємодії [163].

Таким чином, досвід застосування різних інструментів для налагодження роботи механізму державно-приватного партнерства у Франції є схожим із

досвідом Німеччини та Великобританії. Він передбачає створення окремої організаційної структури для покращення взаємодії держави і приватного сектору, активне застосування концесій, що притаманне більшості країн Європи.

Ще одним досить «тернистим», але показовим у налагодженні механізмів державно-приватного партнерства є шлях Польщі. Як і більшість країн, у Польщі головна мотивація залучення до співпраці із державою можливостей приватного сектору полягає в тому, що порівняно із сучасними вимогами, центральний та місцевий бюджети мають обмежені можливості щодо розвитку інфраструктури та покращення якості суспільних послуг. Зокрема, найважливіше залізничне сполучення країни було встановлене за схемою концесії. Так, після здобуття незалежності у 1918 р. польський уряд намагався залучити місцеві органи влади та приватний капітал до розвитку місцевих залізниць. Подібна можливість реалізації міжвідомчих державних проєктів з'явилася лише після 1989 р., що було пов'язано з крахом комуністичної системи, відновленням демократичного управління та побудовою ринкової економіки.

Формування партнерства держави і приватного сектору в сфері розвитку інфраструктури загального користування та надання пов'язаних послуг в новітній історії Польщі можна поділити на два ключових періоди: до 2005 року і після цієї дати. Перший період характеризувався тим, що утворення та реалізація проєктів державно-приватного партнерства відбувалися практично без наявності спеціального закону про державно-приватне партнерство. Взаємини названих суб'єктів регулювалися двома основними шляхами – специфічним законодавством, що визначало принципи партнерства між державою і приватним сектором, використання яких залежало від галузі, де планувалося сформувати державно-приватне партнерство, та використанням загальних правил щодо економічної діяльності національного сектора.

Після прийняття закону про державно-приватне партнерство в 2005 році ситуація змінилася незначно. Не дивлячись на те, що відповідним законом була

врегульована процедура реалізації проектів державно-приватного партнерства з метою сприяння швидкого розвитку подібних структур, жоден договір з державно-приватного партнерства не був укладений. Це було пов'язано з такими факторами як: надмірні обмеження, важкий регуляторний тягар, нестача необхідних підзаконних актів, брак фінансування на виконання необхідного аналізу перед започаткуванням проекту державно-приватного партнерства тощо.

З метою усунення названих недоліків в Польщі у 2009 році були прийняті два нормативно-правові акти, які до сих пір складають основу правового забезпечення та формування державно-приватного партнерства – Закон «Про державно-приватне партнерство» від 19 грудня 2008 року; Закон «Про концесії на будівельні роботи та послуги» від 9 січня 2009 року.

Також у 2008 році був створений центр державно-приватного партнерства, що є неприбутковою громадською організацією, заснованою державою та приватними компаніями, включаючи банки, юридичні фірми, консалтингові компанії, будівельні фірми, агентства регіонального розвитку, фонди, асоціації, з метою створення та розвитку польського ринку державно-приватного партнерства. Ідея щодо її створення базувалася на моделі британської Taskforce. Серед функцій центру варто відзначити: організацію освітнього процесу; підготовку досліджень, аналізу та звітів; забезпечення співпраці з органами державної влади; моніторинг польського ринку та ведення бази даних проектів державно-приватного партнерства. Проте, діяльність таких структур, на наше переконання, не замінює необхідність створення уповноваженого державного органу з питань державно-приватного партнерства, а тільки частково вирішує проблеми підтримки його механізмів реалізації.

Отже, дослідження процесів розвитку державно-приватного партнерства в Польщі, дає можливість констатувати, що незважаючи на створені умови для розвитку такого партнерства, воно не отримало ще належного поширення як на загальнодержавному, так і на локальному рівнях. Причинами є: нестача

інформаційного забезпечення такого співробітництва; відсутність центрального спеціалізованого органу державної влади з питань державно-приватного партнерства, який володіє повноваженнями оперативного вирішення проблем, що можуть виникати при укладанні угод; низька якість таких проектів через відсутність досвіду тощо [181].

Процеси глобалізації та їх наслідки змусили країни світу реалістично переоцінити свій ресурсний потенціал й звернути увагу на необхідність його раціонального використання та управління. Враховуючи те, що стійкий технологічний прогрес та державна політика є джерелом великих можливостей й економічних вигод, обмеженість фінансування та неможливість або недоцільність утримання державної власності саме за рахунок державних коштів, обумовлює чергове звернення до ідеї державно-приватного партнерства та досвіду його реалізації у різних країнах світу.

Особливостям застосування та реалізації існуючих форм державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я різних країн присвячені дослідження відомих світових та міжнародних інституцій, таких як World Health Organization, UCSF Global Health Group, World Bank, міжнародна мережа компаній PricewaterhouseCoopers, ООН, European PPP Expertise Centre's, European Investment Bank, Boston Consulting Group, American Hospital Association, Ambulatory Surgery Centers Association, університетів та дослідницьких центрів, а також бази даних, включаючи PubMed, Science Direct, Springer, Elsevier, Proquest та Cochran які були зібрані, узагальнені та класифіковані.

Реалії стану фінансування урядами системи охорони здоров'я (як розвинених країн, так і країн, що розвиваються) створюють умови для пошуку нових підходів та форм фінансування, які будуть здатні задовольняти зростаючі витрати на систему охорони здоров'я та отримання доступу до більш бажаних результатів.

Результати дослідження Бостонської консалтингової групи [196] свідчать про те, що партнерські відносини з міжнародними, недержавними та

громадськими організаціями можуть частково забезпечити збільшення фінансування систем охорони здоров'я, але найбільший ефект може бути досягнуто за рахунок партнерської активності приватного сектору (рис. 2.4).



Рисунок 2.4 Особливості підходів суб'єктів партнерських відносин у сфері охорони здоров'я

*Джерело: побудовано на основі [196]

Приватний сектор, представлений великими приватними компаніями та транснаціональними корпораціями, найбільш прихильний до партнерства (84%) та здебільше має схильність співпрацювати з державним сектором й розглядає партнерські відносини як можливості домінування на ринках охорони здоров'я. У свою чергу державний сектор розглядає систему охорони здоров'я як суспільне благо, яке має забезпечувати держава, у зв'язку з чим, має прихильність та необхідність співпраці з неурядовими організаціями, міжнародними організаціями та донорами з метою отримання доступу до фінансування, досвіду та технологій, а необхідність покладатися на приватного партнера може розглядатися деякими урядами як результат небажаного обмеження можливостей надання державних послуг.

Така різниця у сприйнятті партнерських відносин приводить до дискусії стосовно застосування різноманітних підходів щодо державного та приватного партнерства.

Вперше державно-приватне партнерство з'явилося у Великобританії у 1992 р. у формі приватної фінансової ініціативи (PFI), основною ідеєю якої було залучення підприємців до співпраці з органами державної влади з метою розвитку економічної та соціальної сфер, запропонував Дж. Мейджер, після чого, протягом 1990-2000 рр. більшість країни стали використовувати різні моделі державно-приватного партнерства щодо розвитку системи охорони здоров'я з метою надання сучасних якісних медичних послуг.

З 1990 р. поєднання можливостей державного та приватного секторів у формі комбінованої моделі партнерства, яке все частіше використовується у розвинених країнах для реформування системи охорони здоров'я, представлено у формі державно-приватного партнерства.

У зв'язку з тим, що державний та приватний сектори знаходяться в природній конкуренції за надання медичних послуг, тому застосування моделі державно-приватного партнерства може перетворитися на співпрацю та партнерство з метою подолання обмежень кожного з них [212].

Якщо таке партнерство ретельно сплановане та організоване, воно може стати потужним інструментом не тільки виживання та утримання об'єктів системи охорони здоров'я, але й виявлення зайвих витрат, підвищення ефективності та якості медичних послуг, підвищення кваліфікації медичного персоналу, залучення інвестиційного капіталу в інфраструктуру та інноваційні медичні технології.

Дослідження світових інституцій [209, 212] доводять, що існують різні класифікації партнерств держави й бізнесу, а вибір форми партнерства за участю приватного капіталу залежить від цілей, поставлених урядом, муніципалітетом або органом, що здійснює управління майном та виступаючим в якості замовника при розміщенні замовлення, а також від обсягу правових можливостей власності, переданих державою бізнесу.

Світовий банк, в свою чергу, має власні погляди щодо структуризації проєктів державно-приватного партнерства та наступну класифікацію форм державно-приватного партнерства [209] (рисунок 2.5).

Дослідження та висновки світових організацій, таких як UCSF Global Health Group/PwC дають можливість зазначити, що більшість проєктів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я представлені трьома типами:

- моделі, що базується на інфраструктурі (для побудови або реконструкції державної інфраструктури об'єктів охорони здоров'я);
- моделі дискретних клінічних послуг (додавання та/або розширення можливості надання послуг);
- інтегрована модель державно-приватного партнерства (забезпечення комплексного пакету інфраструктури та надання послуг).

Медичні послуги вимагають застосування гнучкої моделі, яка дозволяє отримувати переваги завдяки масштабованості і хоча модель ППП для неклінічних послуг стала звичною практикою у системі охорони здоров'я розвинених країн, модель РРІР (Державно-приватна інвестиційна програма) стала революційною, залучивши приватний сектор до надання клінічних послуг.

Державно-приватні відносини, що лежать в основі моделі РРІР визначаються низкою контрактів, за якими держава доручає приватному бізнесу керувати та надавати комплексні, визначені державою медичні послуги для населення у попередньо визначеній географічно місцевості.

Міжнародний досвід свідчить не тільки про високу ефективність партнерських відносин між державою та приватним сектором, а й, також, про доцільність залучення зовнішніх інвестиційних ресурсів під час реалізації складних масштабних проєктів у різних галузях. Аналіз світової практики реалізації моделей державно-приватного партнерства дозволяє зробити висновок, що найбільш затребуваною, але найменш реалізованою є співпраця між державою та приватними інвесторами в соціальній сфері, а саме у сфері охорони здоров'я [194; 198] (табл. 2.10).



Рисунок 2.5. Основні форми (моделі) державно-приватного партнерства

*Джерело: побудовано на основі [209,212]

Таблиця 2.10. Найбільш розповсюджені форми державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я розвинених країн

Моделі державно-приватного партнерства	Країна
державно-приватне партнерство (PPP)	США
приватна фінансова ініціатива (PFI)	Великобританія Німеччина
контракт про державно-приватне партнерство, або співтовариство змішаної економіки (SEM) та концесії	Франція Нідерланди Фінляндія Ірландія
DBFO (розробка, будівництво, фінансування, експлуатація) державно-приватне інтегроване партнерств (PPIP)	Іспанія

*Джерело: сформовано на основі [194; 198]

Державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я, як правило, представлено двома категоріями: програмами розвитку системи охорони здоров'я та ініціативами, зосередженими на інфраструктурних проєктах

(табл. 2.11).

Таблиця 2.11. Державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я за типами співпраці

Тип співпраці	Опис типу співпраці	Мета типу співпраці
Адміністративний мутуалізм (Administrative mutualism)	Механізм забезпечення охорони здоров'я державних службовців та персоналу. Особи можуть обирати державний або приватний сектор.	Фондувати та / або надавати медичні послуги державним службовцям із соціальним забезпеченням
Влаштовані лікарні (Arranged hospitals)	Угоди з приватним постачальником, укладені урядом у конкурентному процесі, про надання конкретних медичних послуг та процедур в обмін на встановлену плату	Покращити доступ до охорони здоров'я віддалених громад Розряджати списки очікування Надавати високоспеціалізовані та дорогі послуги. Забезпечити догляд за окремими групами населення. Підвищити поступливість дотримання державних цілей, пов'язаних із охороною здоров'я Розробити та впровадити конкретні програми допомоги
Унікальні домовленості (Unique concerts)	Приватні лікарні, які стратегічно пов'язані з державною системою, надають послуги, які не можуть бути надані у державних лікарнях та отримують плату за кожну послугу, яку вони надають	Реагувати на потреби у сфері охорони здоров'я у кожному конкретному випадку без збільшення фінансування зі сторони держави
Адміністративні концесії Administrative concessions (PPPs/PPIPs)	Партнерство між державним та приватним секторами для проєктування, фінансування, розробки, побудови та експлуатації інфраструктурних проєктів та надання медичних послуг за допомогою концесійного контракту	Залучити приватний сектор до прийняття фінансових та операційних ризиків фінансування інфраструктури та надання медичної допомоги. Підвищити ефективність та якість через управління продуктивністю.

*Джерело: сформовано на основі [194, 198]

Підготовка будь-якого інфраструктурного проєкту має особливі характеристики ризику та прибутковості порівняно із подальшим циклом проєкту та урахуванням того, що очікуваний IRR власного капіталу та типова структура фінансування залежать від типу проєкту, сектору, умов місцевого

ринку фінансування, типу та тривалості концесій та оточення країни (табл. 2.12).

У більшості країн світу споживачем значної частини державного бюджету, що виділяється на охорону здоров'я є лікарні.

Партнерство приватного сектору в державних лікарнях може мати різні форми: від договорів на надання допоміжних послуг до складних процесів проєктування, будівництва та управління.

Таблиця 2.12 Характеристика ризику та прибутковості інфраструктурного проєкту

Ключові ризики	Підготовка та розвиток	Будівництво	Експлуатація
	Планування та проєктування системи	Інжиніринг та детальний дизайн	Експлуатація та обслуговування
	Дозволи / придбання землі	Будівництво	Еволюція попиту
	Екологічне	Збільшення попиту	-
	Регулювання / Політичне	-	
	Протидія зацікавлених сторін		
Очікуваний IRR власного капіталу (внутрішня норма прибутковості), %	30-40	15-30	8-15
Типова структура фінансування, %	0/100	70/30	80/20
Аналогія	Венчурний капітал	Капітал розширення	Приватний капітал

*Джерело: сформовано на основі [194; 198]

Європейський центр експертизи державно-приватного партнерства, який є дорадчою службою Європейського інвестиційного банку, представив агреговану інформацію щодо об'ємів фінансування та об'єктів державно-приватного партнерства за період 1990-2019 рр. За звітом Європейського центру експертизи, за 2001-2017 рр. об'єктами державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я є лікарні, більшість яких реалізується у

Великобританії. Також, з 2009 р. проєкти ДПП реалізуються в Іспанії, Швеції, Німеччині та Туреччині (таблиця 2.13.). З 2018 р. пріоритетними напрямками державно-приватного партнерства стали транспорт, освіта та навколишнє середовище.

Таблиця 2.13 Об'єкти державно-приватного партнерства країн Європи та об'єми їх фінансування за період 1990-2019 рр. [206]

Рік	Країна	Проект державно-приватного партнерства	Вартість проєкту (млн. EUR)
2017	Туреччина	Bursa Integrated Health Campus	150
2016	Ірландія	New Ross Road Bypass	22
2016	Туреччина	Gaziantep Health Campus	120
2015	Великобританія	Dumfries and Galloway Hospital	155
2015	Великобританія	Edinburgh Hospital for sick Children and Clinical Neurosciences	112
2015	Великобританія	Midland Metropolitan Hospital	148
2015	Великобританія	Papworth Hospital	65
2014	Німеччина	University Hospital of Schleswig-Holstein	400
2013	Німеччина	Hochtauns Kliniken	49
2013	Іспанія	Hospital de Vigo	180
2013	Великобританія	Alder Hey Hospital	63
2013	Великобританія	Royal Liverpool Hospital	108
2011	Іспанія	Hospital de Burgos	128
2010	Швеція	New Karolinska University Hospital	699
2010	Великобританія	Southmead Hospital	287
2009	Іспанія	Hospital Son Dureta	130
2009	Великобританія	Enniskillen Acute Hospital	137
2007	Великобританія	Wakefield Hospitals	221
2007	Великобританія	North Staffordshire Hospitals	227
2007	Великобританія	Forth Valley Acute Hospital	190
2006	Великобританія	St Helens and Knowsley Hospitals	218
2006	Великобританія	Birmingham Hospital	365
2006	Великобританія	Royal London Barts Hospitals	359
2005	Італія	Mestre Hospitals	70
2005	Великобританія	Newcastel Hospitals	167
2004	Великобританія	North East London Hospitals	142
2004	Великобританія	Manchester Hospitals	251
2003	Великобританія	Blackburn Hospitals	72
2001	Великобританія	Dudley Hospitals	113

Успішний досвід визначення та реалізації моделей державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я, особливо в лікарняних

системах, країн світу, дозволяє оцінити доцільність його використання в інших країнах, тому на рисунку 2.6. узагальнено досвід застосування моделей державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я Австралії, Великобританії, Ірану, Іспанії, Канади, Королівства Лесото та Туреччини.

Так, Великобританія є визнаним світовим лідером у сфері охорони здоров'я з неперевершеним досвідом та досвідом у задоволенні складних потреб охорони здоров'я різних груп населення. Приватний сектор Великобританії має великий досвід співпраці з Міністерством охорони здоров'я, Національною службою охорони здоров'я у плануванні та наданні послуг, клінічних послуг та впровадженні нових технологій.

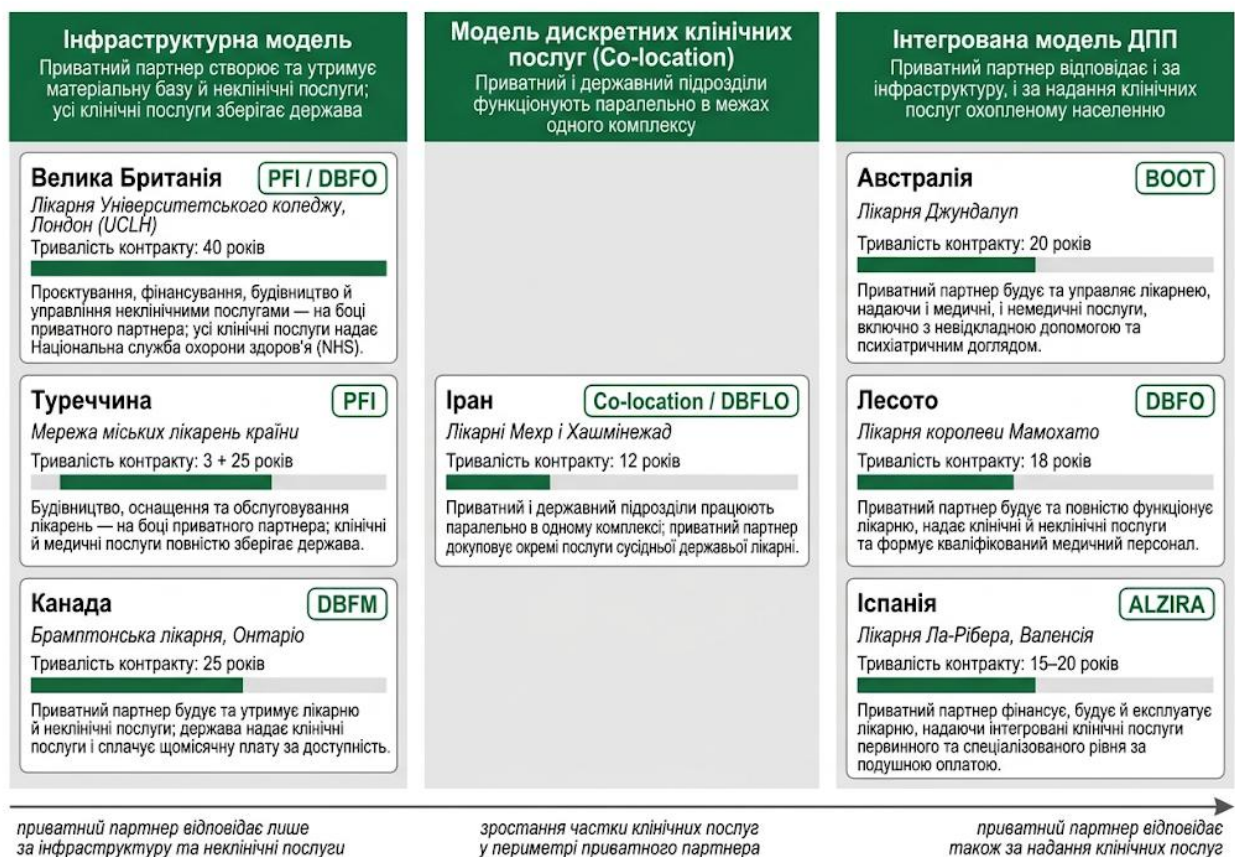


Рисунок 2.6. Досвід застосування країнами моделей державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я

*Джерело: сформовано автором на основі [194, 198, 206].

З 1948 р. Великобританія інвестувала мільярди фунтів стерлінгів у

постійне поліпшення якості медичного обслуговування, а з 1992 р. стала першою країною, якій вдалось залучити приватний бізнес до співпраці з органами державної влади з метою розвитку економічної та соціальної сфер у формі державно-приватного партнерства (приватної фінансової ініціативи (PFI), та продовжувати й підтримувати його розвиток і сьогодні (табл. 2.9) з метою надання сучасних якісних медичних послуг.

Розглядаючи міжнародний досвід, варто відзначити, що в Канаді питання реформування системи охорони здоров'я належить переважно до компетенції окремих провінцій. При цьому, згідно з результатами опитування компанії Leger, проведеного на замовлення Монреальського економічного інституту, 63% населення підтримують збільшення обсягу медичних послуг, що надаються приватними підприємцями, за умови збереження їх державного покриття, тоді як 62% респондентів виступають за право вільного придбання полісів приватного медичного страхування задля забезпечення гарантованого та своєчасного лікування.

Своєю чергою, в Іспанії, зокрема в автономній спільноті Валенсія, починаючи з 1997 року відбулася радикальна трансформація системи надання медичних послуг, яка базувалася на чотирьох ключових факторах ефективної співпраці держави та бізнесу. До них належать: забезпечення економічної стабільності, що стимулює приватний сектор до активної інвестиційної діяльності та підтримує фундаментальні державні ініціативи; впровадження стандартизованих і масштабованих бізнес-моделей, які генерують значні операційні та фінансові вигоди для уряду; застосування капіталомісткої моделі фінансування на основі принципу «гроші ходять за пацієнтом», що дозволяє владі чітко прогнозувати видатки, а приватному партнеру підвищувати якість, загальну ефективність та власну прибутковість; а також формування стійких довірчих відносин між партнерами з адекватним розподілом ризиків і винагород, що є критичною передумовою для довгострокового успіху спільного проєкту. Для практичної реалізації цих завдань було обрано модель інтегрованого державно-приватного

партнерства, впровадження якої дозволило суттєво розширити доступ населення до високоякісної медичної допомоги, розбудувати та модернізувати інфраструктуру галузі, а також імплементувати інноваційні управлінські практики.

Завдяки цьому приватний бізнес зміг досягти високого показника рентабельності інвестицій на рівні 20%. Таким чином, валенсійська модель РРІР слугує яскравим позитивним прикладом успішного поєднання високої рентабельності комерційної діяльності із забезпеченням належної якості надання суспільно важливих медичних послуг.

У Західній Австралії у 1996 р. було укладено контракт державно-приватного партнерства за моделлю BOOT, у галузі охорони здоров'я з точки зору проектування, будівництва, управління та надання клінічних та неклінічних послуг у оздоровчому таборі Джундалуп на 20 років, результатом якого стало відкриття у 1998 р. лікарні на 365 ліжок, 60 % яких є загальнодоступними й сплачуються державою за еквівалентною вартістю (щорічна сума грошей за одиницю спожитої послуги та розмір рівня послуг за 135 громадських ліжок). Протягом періоду концесії (20 років) лікарня належить приватному сектору (окрім землі), після його закінчення загальні компоненти цих активів повертаються у власність держави, приватний сектор (медичний центр) буде повернуто державі через 40 років.

Державно-приватне партнерство у Туреччині здійснюється з 2006 р. за моделлю PFI (15 інтегрованих проєктів із понад 2500 лікарняними ліжками та капітальними витратами понад 5 млрд дол США), згідно якої фінансування, будівництво (або реконструкція), оснащення, надання послуг, експлуатація та обслуговування об'єктів системи охорони здоров'я (лікарень) було передано приватним інвесторам на 28 років (3 роки для будівництва та 25 років експлуатації), які відповідають за проєкт, а Міністерство охорони здоров'я - за надання медичної допомоги.

Державно-приватне партнерство у Королівстві Лесото здійснюється, також, з 2006 р. за моделлю DBFO (будівництво нової лікарні на 425 ліжок,

реконструкція стратегічних клінік, приватне управління приміщеннями та обладнанням та надання послуг клінічної допомоги пацієнтам віком до 18 років, сектор клінічної освіти для покращення доступу до навчання медичних працівників) з метою надавання якісних клінічних послуг за доступними цінами.

Дані застосування державно-приватного партнерства в досліджених країнах доводять, що існують причини, фактори та змінні, які змушують державний та приватний сектори рухатись на зустріч один одному за формою державно-приватного партнерства, використовуючи доцільну модель.

Наприклад, важливими факторами застосування державно-приватного партнерства у Великобританії стали ризики, пов'язані з бюджетними обмеженнями щодо фінансування системи охорони здоров'я [197]. В Австралії, завдяки застосуванню державно-приватного партнерства, було вирішено проблеми надання комплексних державних послуг, сприяння творчим та інноваційним підходам, вирішення проблем бюджетних обмежень державного сектору та економію часу при виконанні проєктів [188].

Таким чином, партнерство між державою та бізнесом дозволяє розподілити обов'язки та відповідальність.

У досліджених країнах відповідальність за проєктування, будівництво, оснащення та технічне обслуговування та фінансування (Великобританія та Канада) та надання неклінічних послуг (Великобританія, Іспанія, Канада та Туреччина) та клінічних та неклінічних послуг (Австралія та Королівство Лесото) покладається на приватний сектор.

Уряди Франції, Нідерландів, Швеції та Швейцарії дозволяють приватному сектору функціонувати паралельно з медичними закладами, що діють за моделлю державно-приватного партнерства, та суто державними установами, охоплюючи процеси фінансування та надання необхідних послуг, результатом чого є збільшення кількості лікарняних ліжок і медичного персоналу, а також скорочення часу очікування для пацієнтів. Зокрема, у

Франції близько 30% лікарень перебувають у приватній власності, при цьому вартість лікування в них у середньому на 25% нижча порівняно з державними закладами, а громадяни мають право вільно обирати будь-яку лікарню, оскільки витрати покриваються державним страхуванням, що в комплексі полегшує доступ до лікування та сприяє розширенню медичних послуг у менш забезпечених районах, які раніше залишалися поза увагою державної системи.

Досвід державно-приватного партнерства у Швеції, зокрема на прикладі лікарні Saint Goran, переконливо доводить відсутність суперечностей між приватним наданням медичної допомоги та забезпеченням рівного доступу до неї, демонструючи скорочення часу очікування у відділеннях невідкладної допомоги та дозволяючи пацієнтам отримувати послуги на 10% дешевше порівняно із закладами державного управління.

Загалом у кожній із досліджуваних держав імплементація моделей державно-приватного партнерства забезпечила як вагомі фінансові результати із середньою річною економією на рівні 17–20%, так і значні нефінансові переваги, серед яких підвищення якості медичних послуг і своєчасності реалізації проєктів, скорочення часу очікування та мінімізація бюрократичних процедур, що позитивно вплинуло на уряди, населення та систему охорони здоров'я в цілому.

Відповідно, зазначені моделі виступають потужним та ефективним інструментом підтримки життєздатності державних медичних закладів і підвищення якості послуг в умовах динамічних змін, що особливо загострилися на тлі пандемії COVID-19, яка спровокувала безпрецедентний попит на медичну допомогу, виснаження ресурсів, зростання експлуатаційних витрат і поглиблення фінансових проблем галузі. Хоча довгострокові наслідки пандемії ще потребують комплексного вивчення, офіційні дані таких інституцій, як American Hospital Association, Ambulatory Surgery Centers Association та аналітика BCG, засвідчують, що майже половина систем охорони здоров'я розвинених країн стикнулася з негативною операційною маржею; наприклад, у США криза призвела до загальносистемного зниження

цього показника приблизно на 5% та спричинила збитковість лікарняних ліжок на рівні 20% (рис. 2.20), що об'єктивно спонукає до необхідності розширення державно-приватного співробітництва в межах інфраструктурних проєктів, спільного використання наявних ресурсів та інтенсивного розвитку цифрового обслуговування.

На європейському просторі наслідки COVID-19 суттєво прискорили формування Європейського державно-приватного партнерства з питань інновацій у сфері охорони здоров'я, діяльність якого орієнтована на підтримку та фінансування спільних досліджень задля комплексного подолання ключових галузевих викликів, у зв'язку з чим провідні профільні європейські асоціації (COCIR, EFPIA, EuropaBio, Medtech Europe та VaccinesEurope) консолідували свої зусилля для розробки та впровадження Стратегічної програми досліджень (SRA) у сфері медичних інновацій. Огляд світової практики реалізації ДПП демонструє існування значної кількості форм взаємодії з різним ступенем залучення приватного капіталу, причому базові моделі переважно зосереджені на створенні та оновленні критичної лікарняної інфраструктури, тоді як інтегровані формати уособлюють еволюційний розвиток галузі, оскільки спираються на використання передових практик надання клінічних послуг та ефективне приватне управління для підвищення загальної якості медичної допомоги та розширення доступу до спеціалізованого лікування.

Об'єктивна потреба у підвищенні якості та ефективності медичної сфери, пошук інноваційних методів роботи з даними та формування розгалужених мереж надавачів послуг із фокусом на профілактику захворювань вимагають від державних інституцій пошуку нових форматів співробітництва, серед яких ключову роль мають відіграти саме більш глибоко інтегровані моделі державно-приватного партнерства. Аналіз досвіду країн, де ДПП визначено як пріоритетний напрям розвитку медичної галузі, свідчить, що однією з найпоширеніших є модель PFI (характерна для Великої Британії), згідно з якою фінансування будівництва та управління інфраструктурним

об'єктом здійснює бізнес, тоді як безпосереднє надання клінічних послуг залишається прерогативою держави, натомість іспанський досвід інтегрованого партнерства за моделлю РРІР передбачає забезпечення приватним сектором повного циклу функціонування закладу, включно з наданням як неклінічних, так і чітко визначених клінічних послуг.

Разом з тим, в умовах України згадані класичні моделі матимуть обмежений потенціал застосування, оскільки формат PFI не викликає достатньої зацікавленості з боку приватного бізнесу через державну монополію на клінічні послуги, а повноцінна модель РРІР вступає у певну суперечність із чинним вітчизняним законодавством, зокрема Законами України «Про державно-приватне партнерство» [140] та «Про концесію» [146], які регламентують обов'язковість передачі приватному партнеру лише частини ризиків (ст. 1) та закріплюють принцип їх справедливого розподілу між сторонами договору (ст. 3). Зважаючи на ці обмеження, для практичного впровадження в Україні пропонується адаптована частково інтегрована модель РРІР, яка передбачає солідарне право надання попередньо визначених клінічних і неклінічних послуг як державою, так і приватним партнером, що набуває надзвичайної актуальності з огляду на зміни до Закону України «Про безпеку та якість донорської крові та компонентів крові» [139] (у редакції від 25.10.2020 р.), якими сферу застосування ДПП було розширено на такі специфічні напрями, як донорство, заготівля, переробка, тестування, зберігання, розподіл та реалізація крові та її компонентів.

Висновки до другого розділу

1) Аналіз зарубіжного досвіду засвідчив, що результативність публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я визначається не самим фактом нормативного закріплення такої можливості, а наявністю дієвих механізмів підготовки, супроводу, оцінювання та контролю проєктів. Досвід

Великобританії, Німеччини, Франції, Польщі та інших держав показує, що партнерство дає результат там, де держава створює спеціалізовані інституції методичного й експертного супроводу, проводить експертизу проєктів і забезпечує прозорість процедур, а не обмежується формальним дозволом на партнерську взаємодію. Найбільш результативними виявляються системи, у яких партнерство вбудоване в розвинену інституційну інфраструктуру, що поєднує інтереси держави й приватного сектору. Це спостереження є вихідним для подальшого аналізу: дієвість партнерства залежить від якості його інституційного забезпечення, а не від ширини застосування. Для України такий висновок означає, що розвиток партнерства потребує насамперед розбудови супровідних інституцій, а не лише законодавчого дозволу на партнерську взаємодію.

2) Установлено, що міжнародна практика охоплює широкий спектр моделей партнерства від інфраструктурних, орієнтованих на проєктування, будівництво, фінансування та експлуатацію об'єктів, до інтегрованих, що поєднують неклінічні та клінічні послуги. Вибір моделі залежить від цілей державної політики, ступеня готовності приватного сектору до участі в управлінні медичними процесами, характеру ризиків, що розподіляються між сторонами, та рівня нормативної й інституційної спроможності держави. Саме сфера охорони здоров'я демонструє, що партнерство доцільно розглядати не лише як механізм розвитку матеріальної інфраструктури, а як один зі способів організації публічного медичного сервісу, орієнтованого на доступність, безперервність і якість допомоги. Зарубіжний досвід при цьому є джерелом принципів побудови власної системи партнерства, придатних для адаптації до інституційних умов України, а не зразком для прямого копіювання. Вибір моделі для конкретного проєкту лишається предметом окремого обґрунтування з урахуванням розподілу ризиків і спроможності публічного партнера.

3) За результатами дослідження визначено перспективні для вітчизняної практики напрями: формування координаційного органу з питань партнерства у сфері охорони здоров'я, розширення методичного супроводу публічних

партнерів, упровадження стандартизованих процедур підготовки та оцінювання проєктів, чіткий розподіл ризиків між сторонами, посилення конкуренції та прозорості на етапах укладення й виконання договорів. Ці напрями не означають розширення партнерства як такого; вони створюють умови, за яких рішення про його застосування ухвалюється обґрунтовано. Наявність інституційної інфраструктури партнерства визначає сталість його функціонування, проте сам інструмент лишається вибіркоким: його застосовують лише після порівняння з прямою бюджетною закупівлею та іншими способами реалізації державної політики. Перенесення зарубіжних рішень в українську практику доцільне за умови їх адаптації до національної нормативної бази та інституційної спроможності публічних партнерів. Саме узгодженість запозичених підходів із чинним законодавством і реальними можливостями органів влади визначає, чи дадуть вони очікуваний результат.

4) Аналіз сучасного стану приватного медичного сектору в Україні показав, що приватна медицина за останнє десятиліття перетворилася з периферійного сегмента ринку на помітний елемент національної системи охорони здоров'я. Зростання кількості приватних клінік, лабораторій, діагностичних і реабілітаційних закладів засвідчує посилення ролі приватного сектору в задоволенні попиту населення на медичні послуги та його поступову інтеграцію в загальний контур медичної політики. Це створює підґрунтя для переходу від фрагментарної співпраці держави й бізнесу до структурованіших форм взаємодії, у яких приватний сектор виступає не лише постачальником окремих послуг, а й учасником реалізації державної політики. Водночас наявність розвиненого приватного сектору сама собою не визначає доцільності партнерства в кожному конкретному випадку вона лише розширює коло потенційних приватних партнерів, з якого вибір здійснюється на конкурсних засадах. Структуровані форми взаємодії доцільні там, де приватний сектор привносить ресурс або компетенцію, яких бракує публічному, а не там, де достатньо прямого бюджетного фінансування.

5) Розвиток партнерства у сфері охорони здоров'я в Україні стримується

сукупністю нормативних, інституційних та організаційно-управлінських чинників. До них належать недостатня розвиненість практики підготовки якісних проєктів, відсутність сталої системи професійного супроводу публічних партнерів, обмеженість компетентностей органів місцевого самоврядування у сфері аналізу ефективності, управління ризиками, підготовки конкурсної документації та договірного адміністрування. Окремим стримувальним чинником є слабкість інституційної спроможності на місцевому рівні, де ухвалюється значна частина рішень щодо комунальних медичних закладів. Це дає підстави стверджувати, що навіть за наявності нормативно закріпленої можливості участі публічних суб'єктів у партнерстві його реальна результативність без належної організаційної та кадрової бази лишається обмеженою, а в окремих випадках обертається невваженими довгостроковими зобов'язаннями місцевих бюджетів. Подолання цих чинників потребує не зміни законодавства, а цілеспрямованого розвитку компетентностей публічних партнерів та сталої практики методичного супроводу проєктів.

6) Нормативно-правове забезпечення партнерства у сфері охорони здоров'я має багаторівневий характер і охоплює норми Конституції України, цивільного, господарського та податкового законодавства, спеціальне законодавство про публічно-приватне партнерство, концесію та інвестиційну діяльність, галузеве медичне законодавство й підзаконні акти, що регламентують окремі етапи проєктного циклу. Чинною основою цієї системи є Закон України «Про публічно-приватне партнерство» № 4510-IX, який скоротив перелік форм партнерства до двох концесійного договору та договору публічно-приватного партнерства. Такий устрій формує правові передумови для партнерства, проте не усуває потреби в подальшому узгодженні загального та галузевого законодавства. Особливістю медичної сфери є те, що об'єктом взаємодії тут виступає не лише майно, а й безперервні соціально значущі послуги, що потребує адаптації загального партнерського режиму до галузевих вимог безпеки пацієнта та неперервності допомоги.

7) Сучасний розвиток партнерства пов'язаний із переходом від його

вужького розуміння як інструмента інфраструктурного будівництва до ширшого бачення як одного з механізмів реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я. У цих умовах категорія «публічний партнер» є точнішою за попередню категорію «державний партнер», оскільки враховує роль не лише центральних органів влади, а й органів місцевого самоврядування, комунальних некомерційних підприємств і територіальних громад, відповідальних за забезпечення публічного інтересу. Така зміна акцентів відповідає процесам децентралізації, розвитку громад і реформування публічного управління в Україні. Водночас розширення кола публічних партнерів є уточненням суб'єктного складу відносин, а не підставою для ширшого застосування партнерства поза межі обґрунтованого вибору інструменту. Розуміння партнерства як спільного виробництва публічної цінності зберігає за державою стратегічну та регуляторну роль і не послаблює її відповідальності за доступність і якість медичної допомоги.

8) Ефективна реалізація партнерства у сфері охорони здоров'я можлива лише за поєднання нормативно-правового, інституційного та організаційно-управлінського забезпечення. Партнерство при цьому лишається вибіркоким інструментом: воно доречне там, де доказово переважає пряму бюджетну закупівлю, і недоречне там, де простіший інструмент послужив би краще, а чимало об'єктів охорони здоров'я доцільніше розвивати поза партнерською формою. Перспективи розвитку партнерства пов'язані з удосконаленням законодавчої бази, підвищенням інституційної спроможності публічних партнерів, створенням механізмів координації й супроводу проєктів та адаптацією міжнародних практик до українських умов. Сукупність цих результатів створює підґрунтя для наступного етапу дослідження - розроблення організаційно-управлінського, нормативно-правового та фінансово-економічного механізмів удосконалення реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я на засадах партнерства.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ЗАСАДАХ ПУБЛІЧНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА

3.1 Удосконалення організаційно-управлінського механізму реалізації державної політики реформування охорони здоров'я на засадах публічно-приватного партнерства

Питання про залучення приватного партнера до реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я зазвичай ставлять у площині пошуку коштів. Бюджет обмежений, інфраструктура зношена, потреби зростають і публічно-приватне партнерство виглядає природним способом покрити різницю. Така постановка не є помилковою, проте вона неповна, і саме її неповнота, на нашу думку, пояснює, чому вдосконалення організаційно-управлінського механізму ППП в охороні здоров'я в Україні досі лишається радше наміром, аніж усталеною практикою. Перш ніж описувати, як цей механізм поліпшити, варто з'ясувати, чому попередні спроби не дали відчутного результату.

Міжнародний досвід радить обережність. Партнерства у медичній сфері навіть у країнах із розвиненим ринком таких контрактів укладаються нечасто, а їхні результати оцінюються неоднозначно. Аналізуючи практику Австралії, Іспанії та Великої Британії, М. Маккі, Н. Едвардс і Р. Атун ще у 2006 році відзначали, що модель, за якою приватний партнер проєктує, будує та експлуатує цілісну лікарню, на той час була поширена обмежено, бракувало ґрунтовних незалежних оцінок, а сам підхід послідовно порушував чотири питання: вартості, якості, гнучкості та керованості складністю [198]. За понад півтора десятиліття, що минули відтоді, жодне з цих питань не втратило ваги. Партнерство у медицині лишається не загальним правилом, а вибіркоким

рішенням.

Підсумок наглядного аудиту Європейського Союзу виявився ще стриманішим. Перевіливши дванадцять співфінансованих партнерств, Європейська рахункова палата дійшла висновку, що вони не можуть вважатися економічно виправданим способом створення публічної інфраструктури; цінність витрачених коштів і прозорість підірвалися нечіткою політикою, недостатнім попереднім аналізом, позабалансовим обліком зобов'язань та незбалансованим розподілом ризиків. Палата прямо рекомендувала не розширювати застосування ППП, доки виявлені проблеми не усунуто, і будувати вибір на ґрунтовному порівнянні з найкращим способом закупівлі [203]. Це не присуд інструменту як такому, але це послідовне застереження проти його використання за замовчуванням.

В Україні картина ще скромніша. За даними Міністерства розвитку економіки, станом на 1 січня 2021 року із 192 укладених договорів ППП реально виконувалися лише 39, а у сфері охорони здоров'я два. Закон «Про ДПП», який дозволяє такі партнерства, діє з 2010 року, концесійне законодавство оновлено у 2019-му, проте великого проєкту медичної інфраструктури, реалізованого за класичною партнерською схемою, країна досі не має. Розрив між нормативною можливістю та фактом є тривалим, і він показовий: справа не лише у відсутності норми чи коштів [184; 87; 157].

Ми виходимо з того, що цей розрив має й управлінську природу. Поширений у вітчизняній літературі підхід описує ППП як універсальний інструмент модернізації, придатний майже до будь-якої ділянки галузі, і зосереджується на тому, як розширити його застосування. Удосконалення механізму при цьому зводять до переліку напрямів і форм. Такий опис корисний як систематизація, але він не дає управлінцеві головного правила, за яким вирішують, чи доречне партнерство у конкретному випадку. Удосконалення механізму потребує іншого напрямку думки: не розширення сфери ППП, а впорядкування самого рішення про його використання.

Партнерство доцільно розглядати не як типову відповідь на нестачу

ресурсу, а як вибірковий інструмент, застосування якого щоразу потребує доведення. Нижче обґрунтовано структурно-логічну модель організаційно-управлінського механізму, побудовану навколо двох вузлів: точки обґрунтованого вибору інструменту та порога незворотності, за яким довгострокові зобов'язання держави стають практично невідворотними. Далі послідовно розглянуто саму модель, логіку вибору інструменту, диференційовану придатність партнерства за напрямками галузі, наскрізне управління ризиками та спроможність держави як передумову дієвості механізму (рисунк 3.1).



Рисунок. 3.1. Структурно-логічна схема організаційно-управлінського механізму ППП у сфері охорони здоров'я

*Джерело: розробка автора на основі [23; 103; 210; 34].

Організаційно-управлінський механізм реалізації ППП у сфері охорони здоров'я ми розуміємо як упорядковану сукупність суб'єктів, правил, процедур та інструментів, за допомогою яких публічна влада переводить суспільну потребу в інфраструктурі чи послугах у конкретний результат для пацієнта й

системи. Саме визначення не є новим, і вітчизняні автори здебільшого тлумачать механізм подібно як структуровану взаємодію держави та бізнесу заради соціально-економічного ефекту з розподілом ризиків. Менш звичним є наголос на тому, що механізм має внутрішню логіку руху - послідовність станів, кожен з яких накладає обмеження на наступний, і що саме ця логіка, а не перелік складових, визначає його дієвість.

Перш ніж переходити до логіки механізму, окреслимо його структурні складові. Метою механізму є доступна та якісна медична допомога в межах державних гарантій, а призначенням переведення суспільної потреби в інфраструктурі чи послугах у конкретний результат із залученням приватного ресурсу там і лише там, де це обґрунтовано. Принципом дії є вибірковість: партнерство застосовується не за замовчуванням, а за доведеною перевагою над альтернативами. Логіка дії полягає у послідовному русі від потреби через зону зворотних рішень і поріг незворотності до зони незворотних зобов'язань та умовного результату. Об'єктом механізму виступають довгострокові відносини держави і приватного партнера щодо створення, оновлення чи експлуатації медичної інфраструктури та послуг, а суб'єктами - публічний партнер в особі Міністерства охорони здоров'я, Національної служби здоров'я України та органів місцевого самоврядування, приватний партнер в особі інвесторів і операторів, а також громада і пацієнти як кінцеві адресати результату.

Основними засобами та інструментами механізму є концесія, контракт життєвого циклу за моделлю DBFO, сервісні та енергосервісні контракти, лізинг і сервісно-інвестиційні контракти, а також договори керованого доступу у фармацевтичному забезпеченні. Умовами доречності застосування партнерства є довговічність об'єкта, вимірність результату, керованість і передаваність ризику, достатній масштаб проєкту та спроможність держави вести контракт упродовж усього строку. Ключовими факторами успішності виступають обґрунтований вибір інструменту в порівнянні з альтернативами, завчасно закладені на порозі незворотності механізми виходу й перегляду умов та наскрізний моніторинг виконання. Обмеженнями механізму залишаються

вища за бюджетну вартість залученого капіталу, незворотність зобов'язань і висока ціна виходу з договору, неповнота довгострокового контракту та вузькість кола потреб, для яких партнерство справді доречне. Жодна з перелічених складових не діє окремо: вони набувають сенсу лише у взаємозв'язку, який і задає логіка механізму.

Запропонована модель не відкидає традиційного опису механізму через перелік суб'єктів, об'єктів, форм та очікуваних результатів. Такий опис лишається корисним і зберігається у моделі, але вже не як самостійна схема, а як зміст окремих її станів: суб'єкти й форми визначаються на етапі структурування, очікувані результати наприкінці ланцюга. Різниця в тому, що перелік складових сам по собі не підказує управлінського рішення, тоді як логіка руху - підказує. Вона показує, де рішення ще зворотне, а де вже ні, і де тому слід зосередити аналіз.

Запропонована модель (рис. 3.1) подає механізм як логічний ланцюг, поділений *порогом незворотності* на дві зони. Відлік починається не з наміру укласти партнерство, а з потреби та мети: потреби у медичній інфраструктурі чи послугах і мети - доступної та якісної допомоги в межах державних гарантій медичного обслуговування населення відповідно до чинного Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Це не формальність, а вихідна установка всієї конструкції. Механізм є засобом досягнення мети, а не самоціллю, і ППП у ньому лише один із можливих засобів, який конкурує з іншими і не має переваги за замовчуванням.

Перша зона зона зворотних рішень охоплює три послідовні стани: формулювання цілей і принципів, обґрунтований вибір інструменту та структурування партнерства. Спільна ознака цих станів у тому, що держава тут ще нічим не пов'язана. Вона може обрати партнерство, а може від нього відмовитися; може переглянути умови, змінити форму, повернутися на крок назад. Помилка, припущена в цій зоні, лишається виправною, і ця виправність є управлінським ресурсом, який недоцільно витрачати передчасно. Саме у першій зоні ухвалюються рішення, що визначають подальшу долю проекту.

Поріг незворотності це момент укладення довгострокового договору. Він не є технічною подією. Концесія чи контракт життєвого циклу пов'язують публічного партнера на п'ятнадцять, двадцять, інколи тридцять і більше років; вийти з таких відносин можна, але вихід коштує дорого і рідко відбувається на умовах держави. Перетин порога перетворює низку гнучких управлінських рішень на сталий масив зобов'язань. Усе, що було відкритим у першій зоні, по той бік порога стає заданим. Тому перетин порога заслуговує не меншої уваги, ніж сам зміст договору.

Незворотність, про яку йдеться, не є абсолютною. Договір можна розірвати, умови переглянути, актив викупити. Але кожна з цих дій має ціну, і ціна ця зазвичай висока та зростає з наближенням до кінця строку, коли держава вже сплатила більшу частину вартості. Тому коректніше говорити не про неможливість повернення, а про його дорожнечу. Поріг незворотності у моделі позначає саме межу, за якою вартість повернення стає такою, що практично виключає його як робочий варіант. Управлінськи це означає, що рішення про перетин порога доцільно ухвалювати так, ніби повернення не буде, навіть якщо формально воно лишається можливим.

Друга зона - зона незворотних зобов'язань охоплює реалізацію проєкту та його результат. Управління тут не зникає: триває моніторинг, коригуються поточні рішення, відпрацьовуються ризики. Але простір вибору вже вузький, а ціна попередніх рішень зафіксована. Результат, до якого веде ця зона, ми позначаємо як умовний свідомо: доступність допомоги, якість послуг, ощадливість публічних видатків досягаються не самим фактом партнерства, а дисциплінованістю рішень, ухвалених до перетину порога. Партнерство не гарантує результату; воно лише створює умови, за яких результат стає можливим.

Асиметрія двох зон і є тією обставиною, навколо якої вибудовано модель. До порога помилку можна виправити майже без втрат; після нього за неї платять роками. Звідси випливає висновок про розподіл управлінської уваги. Якщо вважати ППП універсальним інструментом, увага й ресурс

розпорошуються рівномірно вздовж усього процесу, а часто зміщуються у зону реалізації, де вже мало що можна змінити [211; 113]. Модель пропонує протилежне: аналітичний ресурс доцільно концентрувати у першій зоні і насамперед у точці вибору інструменту, де ще вирішується, чи доречне партнерство взагалі. Дисципліна до порога коштує дешевше за виправлення помилок після нього.

Під усім «ланцюгом» у моделі лежить окрема «смуга» регуляторна, договірна та моніторингова спроможність держави. Вона не є етапом механізму; вона є його передумовою. Точка вибору не спрацює без здатності провести чесне порівняння; поріг не буде захищеним без здатності закласти механізми виходу; зона реалізації залишиться некерованою без здатності наглядати. Смуга-основа з'єднує всі стани ланцюга в одне ціле, і саме її стан визначає, чи буде модель працювати як задумано. До цієї складової ми повертаємося у завершальній частині параграфа.

Точка вибору інструменту - змістовий центр моделі, тож на ній варто зупинитися докладніше. Поширене уявлення про ППП як про спосіб залучити кошти, яких бракує бюджету, спирається на припущення, що приватний капітал це додатковий ресурс, який нічого не коштує державі понад погоджену плату за послугу. Економічний аналіз партнерств це припущення не підтверджує. Е. Енгель, Р. Фішер та А. Галетович, узагальнивши досвід і теоретичну літературу, показали, що фіскальний вплив ППП загалом близький до впливу звичайного бюджетного фінансування, що партнерство не вивільняє публічних коштів, а підстава для нього не доступ до капіталу, а очікуваний виграш в ефективності, який, за спостереженням тих самих авторів, досягається не завжди [190].

Причину варто пояснити докладно, бо вона визначає всю логіку вибору. Приватний партнер залучає капітал дорожче, ніж держава позичає від власного імені: інвестор і кредитори враховують ризики проєкту й закладають у вартість фінансування премію за них. Ця різниця у вартості капіталу нікуди не зникає вона переноситься у регулярні платежі, які публічний партнер вноситиме

впродовж усього строку договору. Частина різниці є платою за корисні речі: за передавання ризику стороні, що краще ним керує, за фінансову дисципліну, яку приватний кредитор накидає проєктові, за поєднання будівництва й експлуатації в одних руках, що спонукає будувати з огляду на майбутні витрати утримання. Але це саме плата, і несе її врешті держава. Партнерство має сенс тоді, коли набуті завдяки йому переваги перевищують цю плату; коли не перевищують то простіший інструмент виявляється і дешевшим.

Корисно розрізняти два питання, які у практиці нерідко зливаються в одне: питання про те, хто фінансує проєкт, і питання про те, хто врешті за нього платить. Залучення приватного капіталу змінює відповідь на перше питання, але не на друге. Хто б не вклав кошти спочатку, джерелом їх повернення лишаються або платежі держави, або платежі користувачів, тобто врешті - суспільні кошти. Партнерство, отже, не створює нового джерела фінансування галузі; воно змінює графік і структуру платежів. Це не позбавляє його сенсу, але позбавляє головного аргументу, яким його часто обґрунтовують, уявлення про «додаткові» гроші.

Звідси впливає головна функція точки вибору: рішення про ППП має бути результатом порівняння, а не передумовою. Порівнювати партнерство слід із реальними альтернативами. Перша з них традиційне бюджетне фінансування і публічна закупівля, коли держава замовляє роботи чи товари і сама несе пов'язані ризики. Друга державне замовлення на послуги, що дозволяє залучити приватного виконавця без довгострокового інвестиційного контракту. Третя модернізація наявних комунальних закладів власними силами громади за рахунок бюджетних і донорських коштів. У моделі від точки вибору відходить окрема гілка саме до цих альтернатив, і ця гілка не є другорядною: для більшості потреб галузі вона і є основним маршрутом.

Розмежування інструментів має практичний зміст. Пряма бюджетна закупівля доречна там, де потреба є разовою або повторюваною, обсяг робіт піддається опису в технічному завданні, а тривалих експлуатаційних зобов'язань не виникає: поточний ремонт, придбання видаткових матеріалів,

заміна окремого обладнання. Державне замовлення на послуги підходить, коли держава хоче залучити приватну спроможність, але не готова пов'язувати себе на десятиліття і здатна переглядати умови з прийнятною періодичністю. Партнерство ж виправдане лише там, де поєднання інвестицій, будівництва та тривалої експлуатації в одному контракті справді додає вартості. Якщо потребу можна задовольнити простішим інструментом без помітної втрати в результаті, ускладнення її до формату ППП є невиправданим.

Порівняння інструментів у міжнародній практиці спирається на розрахунок цінності витрачених коштів та на так званий компаратор державного сектору - оцінку того, у скільки обійшовся б той самий результат поза партнерством [203]. Цей розрахунок корисний, проте його слабе місце добре задокументоване. Європейська рахункова палата встановила, що попередній аналіз партнерств нерідко спирався на надмірно оптимістичні сценарії, через що фактичне завантаження об'єктів виявлялося істотно нижчим за прогнозне, а сам розрахунок цінності коштів нечітким; позабалансовий облік до того ж робив справжній фіскальний тягар менш помітним для тих, хто ухвалював рішення [203, С. 30-37]. Компаратор дисциплінує вибір лише тоді, коли припущення, на яких він тримається ставка дисконтування, поправки на оптимізм прогнозів, оцінка переданого ризику, є прозорими й доступними для незалежної перевірки. Інакше він не обмежує рішення, а лише надає йому видимість обґрунтованості.

Є й причина, через яку партнерство інколи обирають усупереч результатам порівняння. Платежі за довгостроковим договором розподілені на десятиліття і не завжди повною мірою відображаються у поточних бюджетних показниках. Звідси спокуса: партнерство дозволяє започаткувати дорогий проект, не показуючи його повної вартості у бюджеті поточного року. Доброякісна точка вибору має нейтралізувати цю спокусу вимогою повного й прозорого обліку майбутніх зобов'язань. Інакше привабливість партнерства буде уявною: вартість нікуди не зникає, вона лише переноситься на наступні бюджетні періоди й на тих, хто ухвалюватиме рішення згодом.

Постає й питання про те, хто проводить порівняння. Якщо розрахунок цінності коштів готує та сама структура, яка зацікавлена в реалізації проєкту, висновок ризикує бути упередженим на користь партнерства. Тому обґрунтованість точки вибору залежить не лише від методики, а й від незалежності того, хто її застосовує. Доцільно, щоб порівняння інструментів готував або перевіряв суб'єкт, не пов'язаний з конкретним проєктом, а його припущення лишалися відкритими для зовнішнього контролю. Розрахунок, який неможливо перевірити, не виконує своєї дисциплінуючої функції.

Точка вибору, отже, потребує власних, наперед визначених критеріїв. Партнерство має перевагу там, де об'єкт довговічний, а його створення та експлуатація справді взаємопов'язані, тож поєднання цих фаз в одному контракті додає вартості; де результат можна чітко описати й виміряти, інакше неможливо ані сформулювати зобов'язання приватного партнера, ані проконтролювати їх; де ризик, що передається приватній стороні, остання справді здатна контролювати краще за державу; де масштаб проєкту достатній, аби виправдати високі витрати на підготовку та супровід угоди; і де публічна сторона спроможна провести конкурентний відбір та наглядати за виконанням упродовж десятиліть. Якщо хоча б кілька з цих умов не виконуються, простіший інструмент зазвичай виявляється раціональнішим, і чесний аналіз має це показати.

Окремо варто наголосити на витратах самої підготовки. Партнерство потребує фінансового моделювання, юридичного супроводу, конкурсних процедур, тривалих переговорів і всі ці витрати виникають ще до того, як об'єкт почне працювати. Для невеликого за обсягом проєкту вони можуть скласти помітну частку вартості й самі по собі звести нанівець очікувану економію. Тому масштаб проєкту є не технічною деталлю, а самостійним критерієм: партнерство має сенс там, де обсяг достатній, аби розподілити високі трансакційні витрати, і втрачає сенс там, де ці витрати порівнянні з вартістю самої потреби.

Практичний наслідок цього висновку полягає в тому, що значну частину

потреб галузі доцільно задовольняти поза ППП. Поточна закупівля видаткових матеріалів, типові ремонти, повторювані послуги усе це держава здатна забезпечити прямою закупівлею простіше, швидше й дешевше, ніж через довгостроковий партнерський контракт. Перенесення таких завдань у формат партнерства додає трансакційних витрат і управлінської складності, не приносячи відповідного виграшу. Вибірковість застосування ППП є не обмеженням, а ознакою зрілого механізму. Зведене порівняння партнерства з традиційним бюджетним інструментарієм за основними управлінськими ознаками подано в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1. Порівняння публічно-приватного партнерства з традиційним бюджетним інструментарієм за управлінськими ознаками

Ознака порівняння	Традиційне бюджетне фінансування і закупівля	Публічно-приватне партнерство
Горизонт зобов'язань держави	Короткий, у межах бюджетного циклу	Тривалий 15–30 і більше років
Джерело та вартість капіталу	Запозичення держави, нижча вартість	Приватний капітал, вища вартість із премією за ризик
Розподіл ризиків	Ризики переважно лишаються в держави	Частина ризиків передається приватному партнерові за плату
Оборотність рішення	Рішення коригуються відносно легко	Після укладення договору перегляд ускладнений і витратний
Витрати на підготовку та супровід	Помірні	Високі - фінансове моделювання, юридичний супровід, моніторинг
Вимоги до спроможності держави	Стандартні закупівельні процедури	Розвинена аналітична, договірна та наглядова спроможність
Доцільна сфера застосування	Поточні, типові, повторювані потреби	Довговічні об'єкти з вимірним результатом і керованим ризиком

*Джерело: складено автором на основі [210; 113; 178; 187; 157].

Якщо застосування ППП є вибіркоvim, то й опис його можливостей у галузі має бути диференційованим. Поширена практика - перелічувати напрями застосування партнерства як рівнозначні приховує головне: у різних сегментах

охорони здоров'я партнерство має різну, інколи доволі вузьку, придатність. Нижче напрями згруповано не за предметом, а за тим, наскільки переконливо до них прикладається логіка моделі, описана вище.

Найвиразніше партнерство пасує до капіталомісткої інфраструктури. Будівництво й реконструкція лікарень, створення спеціалізованих центрів це довговічні об'єкти, у яких проєктування, спорудження та подальша експлуатація справді взаємопов'язані, тож їх доцільно поєднувати в одному контракті за моделлю DBFO (проєктування, будівництво, фінансування, експлуатація) або у формі концесії. Саме тут економія від поєднання фаз життєвого циклу й передавання будівельного ризику інвесторові є найвідчутнішою: приватний партнер, який потім сам утримуватиме об'єкт, зацікавлений будувати якісно, а не дешево. У цьому сегменті партнерство має зрозумілу теоретичну підставу.

Перевага поєднання фаз життєвого циклу варта окремого пояснення. Коли проєктування, будівництво й експлуатацію виконує одна сторона, у неї зникає стимул здешевлювати будівництво коштом майбутніх витрат на утримання: економлячи на якості сьогодні, приватний партнер сам платитиме за наслідки впродовж наступних десятиліть. Традиційна закупівля, навпаки, розриває ці фази між різними виконавцями, і кожен з них оптимізує лише свою ділянку. Саме у цьому, а не в доступі до капіталу, полягає теоретична перевага інфраструктурного партнерства. Але вона реалізується тільки тоді, коли договір справді охоплює весь життєвий цикл, а не лише спорудження об'єкта.

Проте навіть у найсприятливішому сегменті придатність партнерства лишається умовною, і повчальний приклад тут французький центр Сюд-Франсільєн. Договір, укладений у 2006 році на тридцять п'ять років, передбачав, що приватний партнер споруджує та утримує лікарню, а заклад сплачує річну плату. Уже після введення об'єкта в експлуатацію сторони розійшлися: партнер вимагав значної доплати, лікарня фіксувала тисячі будівельних недоліків, а річний платіж виявився непосильним для закладу, що й так працював із дефіцитом. У 2014 році договір було достроково розірвано, і

вихід коштував лікарні близько 170 мільйонів євро (за даними Centre hospitalier sud-francilien bail emphytéotique hospitalier : rapport d'observations définitives). Французька рахункова палата згодом охарактеризувала низку лікарняних партнерств країни як завеликі, погано підготовлені та надміру дорогі. Проблема не в тому, що інфраструктурне PPP є хибним. Проблема у тому, що навіть там, де воно теоретично доречне, результат вирішується якістю рішень у першій зоні моделі обґрунтованістю вибору, реалістичністю прогнозів і наявністю працездатного механізму виходу ще до перетину порога.

Для України цей напрям набуває особливої ваги у зв'язку з повоєнним відновленням. Масштаб руйнувань медичної інфраструктури робить залучення приватного капіталу до відбудови привабливим, а концесія та контракт життєвого циклу здатні прискорити спорудження лікарень і реабілітаційних центрів. Водночас саме контекст відновлення підвищує ціну можливої помилки. Укладені поспіхом, під тиском темпів відбудови, довгострокові договори стають тими самими незворотними зобов'язаннями, перегляд яких згодом коштуватиме дорого. Гасло «відбудувати краще, ніж було» не повинно перетворюватися на загальну підставу для партнерства там, де простіше пряме фінансування дало б зіставний результат. Швидкість відбудови та дисципліна вибору інструменту не є взаємовиключними, але поєднати їх вдається лише за умови завчасної підготовки.

Другий сегмент із зрозумілою нішею - високотехнологічне діагностичне оснащення. Магнітно-резонансна та комп'ютерна томографія, ядерна медицина, ангіографічні системи швидко морально старіють: цикл оновлення триває кілька років, і державний заклад, обмежений у капітальних видатках, рідко встигає за ним. Тут доречні фінансовий та операційний лізинг, довгострокові сервісно-інвестиційні контракти, а також модель, за якої публічний замовник купує не апарат, а гарантований обсяг діагностичних послуг визначеної якості. Перевага партнерства у цьому сегменті полягає саме в тому, що ризик морального старіння обладнання переходить до сторони, яка здатна ним керувати - виробника або сервісного оператора. Досвід Іспанії з

централізованими діагностичними хабами та Фінляндії з лабораторними мережами показує, що така конструкція життєздатна, хоча й вона потребує уважного контролю якості послуги.

Третій сегмент немедичні, господарські функції та енергоефективність. Харчування, прибирання, прання, обслуговування інженерних мереж, охорона, термомодернізація будівель усе це не належить до профільної діяльності лікарні й може передаватися спеціалізованим операторам через сервісні та енергосервісні контракти. Партнерство тут є найменш дискусійним: горизонт коротший, ставки нижчі, а результат легше виміряти. Енергосервісний контракт, за яким інвестор проводить модернізацію власним коштом і повертає вкладене за рахунок досягнутої економії енергоспоживання, добре надається до швидкої відбудови енергетично неощадливих закладів. Головний ризик у цьому сегменті - зниження якості послуги заради економії оператора, і саме на ньому має зосереджуватися контроль публічної сторони.

Три розглянуті сегменти: інфраструктура, діагностичне оснащення та немедичні функції об'єднує спільна ознака: у кожному з них предметом партнерства є матеріальний актив або чітко окреслена послуга з вимірним результатом, а ризик, що передається приватній стороні, піддається оцінці. Саме ця визначеність робить порівняння інструментів змістовним. Там, де предмет партнерства розмитий, а результат погано вимірюваний, порівняння втрачає опору, і рішення про PPP дедалі більше залежить від припущень, а не від розрахунку. Диференціація напрямів є тому водночас і диференціацією надійності самого аналізу: чим виразніший предмет партнерства, тим більше можна довіряти висновку точки вибору.

Окремо стоїть напрям, який часто зараховують до PPP помилково - залучення приватних медичних закладів до надання допомоги в межах гарантованих державою пакетів. За принципом «гроші ходять за пацієнтом» Національна служба здоров'я України контракує і державні, і приватні заклади, що підвищує доступність послуг та створює конкуренцію за якості

(відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»). Це корисний механізм, і його роль у первинній ланці, спеціалізованій допомозі, реабілітації та паліативній допомозі є відчутною. Але за своєю природою він є радше стратегічною закупівлею послуг на змішаному ринку надавачів, ніж довгостроковим інвестиційним партнерством. Тут немає будівельного ризику, немає притаманного концесії пов'язання держави на десятиліття, і поріг незворотності, навколо якого побудовано нашу модель, у цьому випадку є невисоким, договір про медичне обслуговування переглядається в межах коротких циклів. Змішування закупівлі послуг із проєктним PPP розмиває аналіз: до простого за конструкцією інструменту починають прикладати вимоги, доречні лише для складного, або навпаки. Розрізнення цих двох механізмів є умовою чіткого управління кожним із них.

Ще два напрями потребують вузьких, точно дібраних форм. У фармацевтичному забезпеченні таким інструментом є договори керованого доступу, за якими держава розподіляє з виробником фінансові та клінічні ризики застосування інноваційних високовартісних препаратів, зокрема, для лікування орфанних та онкологічних захворювань, де традиційний тендер за найнижчою ціною не спрацьовує. Працездатність цього інструменту прямо залежить від наявності у держави спроможності з оцінки медичних технологій та електронних реєстрів пацієнтів, без яких неможливо ані оцінити доцільність закупівлі, ані підтвердити результат лікування. У цифровій інфраструктурі показовим є дворівневий устрій електронної системи охорони здоров'я: держава зберегла за собою центральну базу даних як стратегічний ресурс, а розроблення інтерфейсів і підтримку користувачів делегувала приватним медичним інформаційним системам. Це приклад партнерства, у якому межу між публічним і приватним проведено свідомо ядро лишилося в держави, периферія передана конкурентному ринку.

Нарешті, є напрям, де партнерство поки що лишається експериментом. У громадському здоров'ї та профілактиці обговорюють соціальні контракти,

орієнтовані на результат, зокрема облігації соціального впливу, за якими приватний інвестор фінансує превентивну програму, а держава відшкодовує вкладене лише в разі підтвердженого незалежним оцінювачем поліпшення показників здоров'я. Конструкція приваблива тим, що переносить ризик неефективності на інвестора і спонукає відбирати лише доказові втручання. Але доказова база щодо її результативності досі обмежена, число реалізованих проєктів у світі невелике, а вимірювання профілактичного ефекту методично складне. Тому такі контракти доцільно впроваджувати як обмежені пілотні проєкти з незалежним оцінюванням, утримуючись від їх масштабування, доки результати пілотів не нагромаджено й не перевірено. Обережність тут не є відмовою від інструменту, вона є коректним поводженням з інструментом, ефект якого ще не доведено.

Дворівневий устрій електронної системи охорони здоров'я показовий ще й тим, що унаочнює загальний принцип у дії. Держава не намагалася ані зробити все самостійно, ані передати все приватному секторові. Вона визначила, що є стратегічним ядром дані та центральна база і втримала його за собою, а конкурентну, швидкозмінну частину делегувала ринку. Такий поділ і є практичним змістом вибіркості: межа між публічним і приватним проводиться не за галуззю загалом, а всередині конкретної системи, за ознакою того, що держава мусить контролювати, а що може довірити. Цей принцип переноситься й на інші напрями.

Подане групування показує, що поняття «публічно-приватне партнерство» об'єднує конструкції різної природи від концесії з тридцятирічним горизонтом до сервісного контракту на кілька років і до закупівлі послуг на змішаному ринку. Прикладати до них однаковий обсяг аналізу та ту саму увагу до порога незворотності означало б або переускладнювати прості випадки, або, що небезпечніше, недооцінювати складні. Узагальнення диференційованої придатності партнерства за напрямками галузі подано в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2. Сфери застосування PPP у сфері охорони здоров'я: доцільні форми та умови обґрунтованого використання

Сфера застосування	Доцільні форми PPP	Умови, за яких застосування виправдане	Головні обмеження
Інфраструктурно-майнова сфера	Концесія; модель DBFO; договір про спільну діяльність	Довговічний об'єкт, вимірний результат, наявний механізм виходу	Висока ціна помилки, ризик незворотних зобов'язань
Високотехнологічне діагностичне оснащення	Лізинг; сервісно-інвестиційний контракт; купівля послуги	Швидке моральне старіння активу, керований приватним партнером ризик	Залежність від постачальника, складність контракту
Немедичні функції та енергоефективність	Сервісні контракти; енергосервісні договори (ESCO); договори управління	Непрофільна функція, короткий горизонт, вимірний результат	Ризик зниження якості заради економії
Залучення приватних надавачів медичних послуг	Договори про медичне обслуговування за програмою медичних гарантій	Наявність змішаного ринку надавачів, рівні правила доступу	За природою закупівля послуг, а не проєктне PPP
Фармацевтичне забезпечення	Договори керованого доступу з виробниками	Інноваційні препарати, наявна оцінка медичних технологій	Потреба в реєстрах пацієнтів і складному адмініструванні
Цифрова інфраструктура (e-Health)	Сервісні контракти; концесія IT-інфраструктури	Збереження за державою ядра системи та даних	Кіберризик, залежність від приватних розробників
Громадське здоров'я та профілактика	Соціальні контракти, орієнтовані на результат	Вимірний профілактичний ефект, незалежне оцінювання	Обмежена доказова база, доцільні лише пілотні проєкти

*Джерело: складено автором з урахуванням джерел [184; 87; 10; 12].

Логіка вибору інструменту, відображена на рисунку 3.2, є не загальною схемою, а робочим фільтром. Він починається з опису потреби, проводить її через перевірку наведеними вище критеріями і відносить до того інструмента й

того режиму підготовки, які цій потребі відповідають. Більшість потреб така перевірка спрямовує до прямої закупівлі або державного замовлення; до партнерства доходять лише ті, що пройшли всі критерії. Саме цей фільтр, а не розширення переліку напрямів, ми вважаємо змістом удосконалення механізму на етапі вибору.



Рисунок 3.2 Логіка обґрунтованого вибору інструменту реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я

*Джерело: розроблено автором.

Управління ризиками у запропонованій моделі не є окремою стадією. Вихідний варіант схеми механізму подавав мінімізацію ризиків як один із завершальних блоків після того, як інструмент уже обрано, а партнерство структуровано. Таке розміщення применшує роль управління ризиками, бо найважливіші ризикові рішення ухвалюються значно раніше. У моделі управління ризиками присутнє в кожному стані ланцюга, і доречніше говорити про нього як про наскрізний принцип, а не як про окрему функцію.

У точці вибору інструменту управління ризиком це сам вибір. Рішення укласти партнерство там, де простіший інструмент дав би зіставний результат, уже створює ризик переплати за вартість приватного капіталу. Рішення обрати ППП для потреби, ризик якої держава контролює краще за приватного партнера, наперед закладає неефективний розподіл. Найдешевший спосіб упоратися з ризиком на цьому етапі не брати на себе того, чого можна не брати, тобто не входити в партнерство, доцільність якого не доведено. Помилка вибору інструменту є ризиком, який не усувається жодними подальшими діями.

Орієнтовний розподіл ризиків для проєктів галузі подано в таблиці 3.3; він є відправною точкою, а не готовим рішенням, бо конкретний проєкт завжди потребує власної оцінки.

Таблиця 3.3. Орієнтовний розподіл ризиків у проєктах ППП у сфері охорони здоров'я

Категорія ризику	Сторона, що несе ризик	Управлінське обґрунтування
Будівельний ризик (перевитрати, затримки)	Приватний партнер	Сторона, що проєктує і будує, контролює перебіг робіт
Операційно-технічний ризик	Приватний партнер	Експлуатант відповідає за стан і обслуговування об'єкта
Ризик вартості залученого фінансування	Приватний партнер	Структуру фінансування формує приватна сторона
Ризик попиту та завантаженості	Спільний або публічний	Попит у медичній сфері залежить від чинників поза контролем партнера
Регуляторний і політичний ризик	Публічний партнер	Зміни політики й регулювання перебувають у сфері держави
Ризик якості клінічних послуг	Публічний партнер за участю спільного контролю	Кінцева відповідальність за якість допомоги лишається за державою
Залишковий ризик незворотності та виходу	Публічний партнер	Держава не може припинити надання суспільно важливої послуги

*Джерело: складено автором з урахуванням джерел [103; 103; 34; 12].

На етапі структурування управління ризиком набуває звичної форми

розподілу. Загальне правило відоме: кожен ризик доцільно покласти на ту сторону, яка здатна ним краще керувати. Будівельні перевитрати й затримки, операційно-технічні збої, вартість залученого фінансування логічно віднести до приватного партнера, який ці чинники контролює; регуляторні та політичні ризики залишаються за державою. Проте правило має застереження, яке часто випускають з уваги. Передавання ризику не є безкоштовним: приватний партнер оцінює прийнятий ризик і закладає його вартість у договірні платежі. Надмірне передавання обертається переплатою, а не захистом, тоді як ризик, залишений у держави без потреби, обертається прихованим зобов'язанням. Європейська рахункова палата серед причин невдач партнерств прямо назвала незбалансований розподіл ризиків [203, С. 32-33].

Варто застерегти й від протилежної крайності. Усвідомлення ризиків партнерства не означає, що альтернативи позбавлені ризику. Пряма бюджетна закупівля несе власні ризики перевитрат, затримок, неякісного утримання вже збудованого, які за традиційної схеми просто залишаються в держави й не завжди обліковуються як ризики. Порівняння інструментів у точці вибору тому є порівнянням не ризикового варіанта з безризиковим, а двох різних структур ризику. Питання не в тому, який інструмент уникає ризику, а в тому, який розподіляє його розважливіше з огляду на конкретну потребу.

Найвища концентрація ризику припадає на поріг незворотності, і саме тут управління ризиками має бути найбільш передбачливим. Оскільки довгостроковий контракт укладається в умовах, коли всі майбутні обставини передбачити неможливо, договір неминуче лишається неповним: у ньому не можуть бути заздалегідь прописані всі ситуації, що виникнуть за двадцять чи тридцять років. Неповнота згодом відкриває простір для перегляду умов, і досвід показує, що під час такого перегляду перевагу частіше отримує приватний партнер. Держава вже пов'язана, надання суспільно важливої послуги зупинити не можна, а отже, переговорна позиція публічної сторони ослаблена. Європейська рахункова палата серед головних причин неефективних витрат назвала саме фінансові розриви, спричинені переглядом договорів [203,

С. 24-29].

Практичний висновок полягає в тому, що інструменти реагування на ці ризики мають бути закладені до перетину порога, а не шукатися після нього. Ідеться про чіткі та заздалегідь визначені умови перегляду договору, про права входження та виходу для публічної сторони, про резерви на покриття непередбачених витрат, про прозорі підстави й процедуру дострокового припинення. Якщо таких механізмів немає, держава перетинає поріг незахищеною, і будь-яка несприятлива обставина у наступні десятиліття обертається для неї втратами або вимушеними поступками. Передбачливість на межі незворотності коштує дешевше за будь-яке подальше врегулювання.

У зоні реалізації управління ризиками набуває форми моніторингу. Виконання договору, якість послуг, фактичні платежі та фіскальна позиція потребують систематичного спостереження впродовж усього строку партнерства, а не лише на його початку. Окремої уваги заслуговує облік зобов'язань. Коли платежі за партнерством не відображаються у бюджетних показниках повною мірою, справжній фіскальний тягар лишається прихованим, аж доки ризик не реалізується і не постане перед наступними розпорядниками коштів. Європейська рахункова палата зазначила позабалансовий облік серед чинників, що підривають прозорість [203, С. 38-41]. Послідовний, відкритий облік зобов'язань за партнерствами є тому не технічною деталлю, а умовою того, щоб ризик лишався видимим, поки ним ще можна керувати.

Моніторинг ускладнює нерівність в інформації. Приватний партнер знає про стан об'єкта, фактичні витрати й технічні рішення більше, ніж публічна сторона, і ця нерівність зберігається протягом усього строку договору. Якщо держава не має власної спроможності перевіряти надану партнером звітність, моніторинг перетворюється на формальність: контролюючий бачить лише те, що йому показують. Тому дієвий нагляд потребує не лише доступу до інформації, а й власної здатності її оцінювати - незалежної експертизи, показників, які важко підмінити, права перевірки на місці. Без цього навіть добре прописаний договір лишається слабо керованим.

Усе викладене спирається на одну передумову, яку в моделі винесено в окрему смугу-основу, спроможність держави. Механізм описаних рішень не працює сам собою; він працює настільки, наскільки публічна сторона здатна ці рішення готувати, ухвалювати й супроводжувати. Європейська рахункова палата прямо констатувала, що належні інституційні та правові рамки разом із достатньою адміністративною спроможністю наявні лише в обмеженій кількості держав [203, С. 42-47]. Це спостереження стосується й України, і саме воно, на нашу думку, пояснює тривалий розрив між нормативною можливістю партнерств та їхнім фактичним числом.

Найвиразніше брак спроможності виявляє себе там, де ризик доводиться розподіляти між сторонами. Розподіл ризиків не є одноразовою дією структурування це предмет, до якого сторони повертаються протягом усього строку договору, і загальне правило «ризик належить тому, хто керує ним краще» саме по собі ще не підказує конкретного рішення. Рисунок 3.3 зводить це правило до робочої матриці: він подає вісім головних ризиків проєктів ППП у сфері охорони здоров'я разом із ключовими умовами їх розподілу та роллю, яку щодо кожного ризику виконують приватний партнер, держава й орган місцевого самоврядування.

Матрицю з рисунку 3.3 варто «читати» як орієнтир для управлінського рішення, а не як готовий припис: у кожному проєкті розподіл уточнюється з огляду на його умови, тож подані ролі є відправною точкою аналізу. Із матриці випливають три спостереження, істотні для публічного управління. По-перше, держава утримує за собою найважчі й найменш передавані ризики: попиту, якості медичних послуг, регуляторний і незворотності, бо вони залежать від її власних рішень, а не від дій партнера. По-друге, орган місцевого самоврядування постає не пасивною стороною, а носієм щоденного нагляду на місці та представником інтересів громади. По-третє, виділені ролі лишаються саме ролями, а не автоматичним наслідком підпису договору: кожна сторона виконує свою лише тоді, коли має для цього відповідну спроможність. Збалансований на папері розподіл ризиків залишиться декларативним, якщо

публічна сторона не здатна готувати, перевіряти й супроводжувати відповідні рішення. Ця залежність простежується на кожному етапі механізму.

Ключові умови розподілу ризиків

1. Кожен ризик покладають на сторону, яка керує ним із найменшими витратами
2. Передавання ризику не безкоштовне: надмірне передавання приватному партнерові обертається переплатою
3. Ризик, без потреби залишений державі, стає прихованим бюджетним зобов'язанням
4. Розподіл фіксують у договорі до перетину порога незворотності й супроводжують механізмами перегляду
5. Кінцева відповідальність за доступність і якість допомоги залишається за державою незалежно від розподілу

Ризик	Приватний партнер	Держава (центральний рівень)	Орган місцевого самоврядування
Будівельний і проєктно-технічний ризик (Перевитрати, затримки та дефекти спорудження об'єкта)	Несе ризик: фіксована ціна і строки, відповідальність за дефекти	Задає технічні та медико-технологічні стандарти об'єкта	Надає ділянку й дозволи; перевіряє відповідність проєкту потребам громади
Ризик морального старіння медичного обладнання (Швидке технологічне застарівання діагностичної та лікувальної техніки)	Несе ризик: зобов'язання періодично оновлювати техніку	Визначає мінімальні вимоги до рівня технічного оснащення	Формулює потребу в оновленні; контролює фактичну заміну
Операційно-експлуатаційний ризик (Утримання, технічне обслуговування та безперервність роботи об'єкта)	Несе ризик: утримання, обслуговування, безперервна робота об'єкта	Встановлює показники доступності та якості експлуатації	Веде щоденний моніторинг на місці; фіксує відхилення для застосування санкцій
Ризик попиту та завантаженості (Фактичний обсяг звернень пацієнтів і наданих послуг)	Поділяє ризик лише в межах, які контролює — сервіс, репутація	Несе переважно: попит формують програма медичних гарантій і тарифи НСЗУ	Бере участь у плануванні потужностей; уникає завищених прогнозів попиту
Ризик якості медичних послуг (Клінічна якість і безпека пацієнтів)	Поділяє ризик: дотримання клінічних протоколів і стандартів	Кінцева відповідальність: ліцензування, акредитація, контроль якості	Представляє інтереси пацієнтів громади; реагує на скарги; спільний контроль
Фінансовий ризик (Вартість і доступність капіталу, умови рефінансування)	Несе ризик: структура та вартість фінансування, рефінансування	Забезпечує стабільність платіжних зобов'язань і тарифів; не гарантує прибутку	Планує бюджетні платежі за договором у межах спроможності громади
Регуляторний і політичний ризик (Зміни законодавства, тарифів і державної політики)	Не несе ризику змін політики; має право на компенсаційні механізми	Несе ризик: зміни законодавства, тарифів і державної політики	Несе ризик власних рішень місцевого рівня; забезпечує їх стабільність
Ризик незворотності та виходу з договору (Пов'язаність держави довгостроковим зобов'язанням; вартість дострокового припинення)	Дотримується умов виходу; не використовує пов'язаність держави для тиску	Несе залишковий ризик: завчасно закладає механізми виходу й перегляду	Як сторона договору забезпечує безперервність послуги для громади

Світло-зеленим виділено сторону, яка переважно несе ризик; інші сторони задають правила, контролюють або поділяють його

Рисунок 3.3 Розподіл ризиків у проєктах ППП у сфері охорони здоров'я: ролі сторін і ключові умови розподілу

*Джерело: розроблено автором на основі [187; 34; 157; 178; 184].

Спроможність потрібна на кожному етапі механізму, причому щоразу різна за змістом. Точка вибору інструменту вимагає аналітичної спроможності: фінансового моделювання, побудови чесного компаратора, оцінки переданого ризику. Без неї порівняння ППП з альтернативами перетворюється на формальність, а вибір партнерства на рішення за замовчуванням. Структурування потребує договірно-правової спроможності: уміння розподілити ризики збалансовано, прописати умови перегляду, передбачити права входження та виходу. Поріг незворотності вимагає спроможності завчасно закладати запобіжники - резерви та механізми дострокового

припинення. Зона реалізації спирається на моніторингову спроможність, без якої недовиконання лишається непоміченим. Брак будь-якої з цих складових послаблює весь ланцюг, бо стани механізму пов'язані послідовно. Відповідність між етапами механізму та потрібною спроможністю узагальнено в таблиці 3.4.

Таблиця 3.4. Складові спроможності держави, потрібні на етапах організаційно-управлінського механізму ППП

Етап механізму	Потрібна складова спроможності	Наслідок дефіциту спроможності
Обґрунтування вибору інструменту	Аналітична спроможність: фінансове моделювання, порівняльний аналіз	Необґрунтований вибір ППП за замовчуванням
Структурування партнерства	Договірні-правова спроможність	Незбалансований розподіл ризиків, слабкий контракт
Перетин порога незворотності	Спроможність закладати механізми виходу та резерви	Дорогий і конфліктний вихід із договору
Реалізація проекту	Моніторингова спроможність упродовж життєвого циклу	Непомічене недовиконання, ерозія якості послуг
Наскрізно для всіх етапів	Антикорупційні запобіжники та прозорість процедур	Викривлення рішень на користь приватного партнера

*Джерело: складено автором.

Стан спроможності в Україні наразі не відповідає вимогам моделі. Аналітична робота з підготовки проєктів ППП розосереджена, єдиної визнаної методики порівняльних розрахунків бракує, фахівців із фінансового моделювання та супроводу довгострокових інфраструктурних контрактів у публічному секторі небагато. Інфраструктура оцінки медичних технологій перебуває на стадії становлення, а отже, вузькі інструменти на кшталт договорів керованого доступу поки що не мають належної опори. За таких умов будь-яке розширення практики партнерств випереджало б здатність держави цю практику вести, і ризик повторення проблем, задокументованих міжнародними аудитами, був би відчутним.

Антикорупційний вимір спроможності заслуговує окремої згадки. Довгостроковий характер партнерства створює дві вразливі точки - відбір приватного партнера та подальший перегляд умов договору. У першій ризиком є непрозорий конкурс, у другій перегляд, що відбувається поза публічним контролем і зміщує умови на користь партнера. Запобіжники проти обох ризиків відкритість конкурсних процедур, оприлюднення підстав і змісту будь-якого перегляду, незалежний аудит не є додатком до механізму. Вони є частиною його спроможності, без якої навіть обґрунтований на старті проєкт може з часом втратити початкову рівновагу інтересів.

Слід враховувати й те, що частина проєктів відбудови фінансуватиметься за участі міжнародних партнерів та донорів. Це додає ще один аргумент на користь розбудови спроможності: зовнішні кредитори й інституції висувають власні вимоги до підготовки проєктів, оцінки ризиків і прозорості, і держава, що не має відповідної спроможності, або не зможе залучити таке фінансування, або погодиться на умови, продиктовані іншою стороною. Спроможність у цьому сенсі є не лише внутрішньою передумовою якісних рішень, а й умовою рівноправної участі України у фінансуванні власної відбудови.

Звідси впливає конкретний напрям удосконалення механізму, і він стосується послідовності кроків. Розбудова спроможності має передувати розширенню практики партнерств, а не йти за ним. Це означає, що першочерговими є створення спеціалізованого підрозділу з підготовки та супроводу проєктів ППП, укомплектованого фахівцями з фінансового моделювання, управління ризиками та договірних прав; запровадження прозорості, відкритої для незалежної перевірки методики порівняльних розрахунків; розбудова інфраструктури оцінки медичних технологій; і вбудовування антикорупційних запобіжників у процедури відбору приватного партнера та перегляду умов договорів, бо саме перегляд є точкою, де інтереси публічної сторони найлегше потіснити. Жоден із цих кроків не є швидким, і саме тому їх доцільно починати раніше, ніж укладається черговий довгостроковий контракт.

Підсумовуючи, зауважимо, що запропонований погляд на організаційно-управлінський механізм ППП у сфері охорони здоров'я відрізняється від поширеного не переліком складових, а логікою їх поєднання. Партнерство тут не універсальний інструмент модернізації, який слід ширше впроваджувати, а вибірковий інструмент, доречність якого щоразу доводиться у точці обґрунтованого вибору. Незворотність довгострокових зобов'язань держави не є побічною обставиною; вона є тією віссю, навколо якої вибудовано весь механізм, і вона визначає, де саме у першій, зворотній, зоні має зосереджуватися управлінська увага. Управління ризиками не завершує процес, а пронизує його, концентруючись на межі незворотності. А дієвість усієї конструкції лишається умовною доти, доки під неї не підведено достатню регуляторну, договірну й моніторингову спроможність держави.

Викладене не варто розуміти як перелік приписів. Це радше сукупність умов. Партнерство здатне дати користь там, де об'єкт довговічний, ризик керований, результат вимірний, а держава спроможна вести контракт; воно обертається втратами там, де ці умови не виконані, а рішення ухвалено за замовчуванням. Контекст повоєнного відновлення цих умов не скасовує. Він радше підвищує їхню вагу: масштаб відбудови робить привабливим залучення приватного капіталу, але водночас збільшує число довгострокових договорів, які буде укладено у стислі строки й під тиском темпів. Саме тому впорядкування рішення про застосування ППП з ясною точкою вибору, з усвідомленим порогом незворотності та з підведеною під механізм спроможністю держави є передумовою того, щоб відбудова медичної інфраструктури спиралася на партнерство там, де воно справді доречне, і не спиралася на нього там, де простіший інструмент послужив би краще. У цьому, а не у ширшому застосуванні ППП, ми й вбачаємо зміст удосконалення організаційно-управлінського механізму реалізації державної політики реформування охорони здоров'я.

Загальну логіку застосування запропонованих у цьому підрозділі рекомендацій разом із ключовими обмеженнями механізму та ключовими

факторами його успішності узагальнено на рисунку 3.4.



Рисунок 3.4 Загальна логіка застосування авторських пропозицій з удосконалення організаційно-управлінського механізму реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я (з урахуванням ключових обмежень і ключових факторів успішності)

*Джерело: розроблено автором.

Рисунок 3.4 узагальнює запропоноване в підрозділі не як перелік заходів, а як послідовність, у якій кожен крок обмежує наступний. Як користуватися цим рисунком?

1) Верхня смуга окреслює межі: партнерство не вивільняє коштів, його зобов'язання незворотні, контракт неповний, а коло доречних випадків вузьке і ці обмеження діють постійно, а не лише на старті.

2) Центральний ланцюг показує, що саме робить управлінець у цих межах: обирає інструмент, дисципліновано структурує угоду, свідомо перетинає поріг незворотності, веде наскрізний моніторинг.

3) Нижня смуга називає умови, без яких ланцюг не спрацює. Для

публічного управління цінність такого подання в тому, що воно перетворює абстрактну вимогу «застосовувати ППП обґрунтовано» на перевірюваний порядок дій. Управлінець бачить не гасло, а маршрут і бачить, на якому кроці рішення ще зворотне, а де його ціна вже зафіксована на десятиліття.

3.2. Удосконалення нормативно-правового та фінансово-економічного механізмів реалізації державної політики реформування охорони здоров'я на засадах публічно-приватного партнерства

Організаційно-управлінський механізм, який був вище описаний у параграфі 3.1, не є універсальним, самодостатнім, він не діє у «порожнечі», тому що він апріорі припускає певне правове, фінансове і культурне середовище, в якому і ухвалюються, і виконуються рішення про партнерство і в принципі про роботу в тій чи іншій країні навколо грошей і суспільного блага. Це ж середовище здатне зробити більш прогностовний і навіть дисциплінований вибір інструменту реально здійсненим, так і здатне заблокувати його. Так само воно здатне і пропустити вибір недисциплінований або дуже ризикованим за кількома ірраціональними, або поверхнево «ірраціональними» на підставі корупції причин. Тому і нормативно-правовий, і фінансово-економічний механізми слід розглядати не як допоміжні, а як умову від якої залежить, чи спрацює логіка вибірконості.

Нормативно-правовий і фінансово-економічний механізми доцільно розглядати разом не задля зручності викладу, а тому, що вони відмовляють разом. Досконале правове поле без стійкого фінансового забезпечення дає інвесторові гарантії, але не дає йому чим повернути вкладений капітал. Стійке фінансове забезпечення без прозорого права дає кошти, проте лишає їх беззахисними перед політичним ризиком. Партнерство потребує обох опор водночас, і слабкість будь-якої з них знецінює другу. Саме тому далі ці два механізми розглянуто як єдине інституційне поле, а не як два незалежні переліки заходів.

Поширений у літературі погляд трактує нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення як базис, що визначає прозорість взаємодії та захищеність інвестицій [55, с. 52]. Це твердження не є хибним, проте воно неповне. Річ не лише у стабільності середовища. Річ у тому, що середовище формує саму якість управлінського рішення. Слабке правове поле унеможливорює партнерство навіть там, де воно доречне. Поле надмірно поблажливе, зі швидкими погодженнями та без порівняння з альтернативами, пропускає партнерство там, де воно недоречне. Обидва результати є вадами механізму, і обидва усуваються не послабленням вимог, а їх упорядкуванням.

Вихідна позиція станом на 2025 рік відрізняється від тієї, з якої виходила вітчизняна література попередніх років. Закон України «Про публічно-приватне партнерство» № 4510-IX, чинний з 31 жовтня 2025 року, істотно змінив рамку. Він скоротив форми партнерства до двох, увів поняття донорського фінансування, унормував плату за експлуатаційну готовність, скоротив строки підготовки проєкту. Тому завдання дослідника зміщується. Питання вже не в тому, чи є закон, а в тому, чи дисциплінує закон вибір і де його нові гнучкості здатні послабити той аналітичний шлюз, який визначено як центральний.

Нижче послідовно розглянуто нормативно-правовий механізм процедури підготовки, гармонізацію з європейським концесійним правом та узгодження з децентралізацією, а далі фінансово-економічний механізм: розрив між операційною та капітальною складовими фінансування, змішану модель та фіскальні інструменти. Окремо розглянуто фармацевтичний сегмент.

Перший за черговістю профільний Закон України «Про державно-приватне партнерство» 2010 року, нині не чинний, створювався з огляду на комерційно прибуткову інфраструктуру: порти, дороги. Його перенесення на соціально чутливу медицину породжувало неузгодженості [160, с. 114]. Глибша відмінність полягає в тому, що в охороні здоров'я мірилом ефективності є не пряма фінансова рентабельність, а соціальні ефекти: поліпшення громадського здоров'я, зниження інвалідизації, зростання тривалості активного життя, які узагальнюють показники QALY та DALY [160, с. 116]. Урядові методики

оцінки проєктів не містили дієвого інструменту для монетизації цих ефектів, через що медичні проєкти опинялися у програшній позиції порівняно з промисловими. Це спостереження не втратило сили, проте сьогодні воно потребує уточнення.

Уточнення таке: правова відправна точка вже не зводиться до першого профільного закону 2010 року, який втратив чинність. Закон № 4510-IX зробив значну частину того, чого вимагала література. Він залишив дві форми партнерства - концесійний договір і договір ППП, переставши виокремлювати договори управління майном та про спільну діяльність як самостійні форми; партнерство при цьому може поєднувати елементи різних договорів у формі змішаного договору. Він увів постать донора - міжнародного партнера, що надає фінансування напряду або через бюджет. Він скоротив строк виконання підготовчих заходів зі ста вісімдесяти до дев'яноста днів. Він унормував плату за експлуатаційну готовність як визначений термін. Через це питання вдосконалення нормативного механізму ставиться інакше, ніж десять років тому.

Скорочення форм партнерства заслуговує на окреме слово, бо стосується медичних проєктів безпосередньо. Контракт життєвого циклу, на який спирається оснащення закладів обладнанням, тепер не є самостійною правовою конструкцією він укладається в межах договору ППП, зокрема як змішаний договір, що поєднує елементи різних форм. Зникнення договору про спільну діяльність як окремої форми означає, що проєкти, які раніше оформляли через нього, потребують перегляду правової підстави. Класифікації форм партнерства, наведені у вітчизняній літературі мають бути звірені з чинною редакцією Закону, інакше вони описуватимуть правовий стан, якого вже немає. Таке звіряння належить вважати обов'язковим кроком: аналіз, що спирається на скасовану форму, втрачає не лише точність, а й практичну застосовність.

Воно ставиться так: чи дисциплінує наявна рамка вибір інструменту. І саме тут новий Закон містить напруження, яке варто назвати прямо. Поряд із загальною процедурою він увів спрощений порядок для проєктів відновлення

інфраструктури застосовний протягом воєнного стану та семи років після його скасування. Спрощений порядок має підставу: відновлення потребує темпу. Точку обґрунтованого вибору інструменту винесено в центр механізму це порівняння партнерства з прямою бюджетною закупівлею та державним замовленням. Небезпека будь-якого «швидкого треку» полягає в тому, що він стискає або оминає це порівняння. Бюрократизованість погодження є реальною: цикл розроблення техніко-економічного обґрунтування, багатоетапних експертиз і рішень рад триває від півтора до трьох років [150, с. 88]. За цей час технологічні рішення, закладені в обґрунтування для позитронно-емісійної томографії, радіології морально старіють ще до оголошення конкурсу [150, с. 91].

Корисно зауважити, що оновлений порядок аналізу ефективності вже містить часткову відповідь на проблему бюрократизованості. Він запроваджує двоетапну підготовку пропозиції - спершу концептуальна записка, далі повне обґрунтування. Таке розшарування має самостійну управлінську цінність. Воно дозволяє зупинити очевидно нежиттєздатний проєкт на дешевому етапі концептуальної записки, перш ніж ресурси витрачено на повне обґрунтування. У цьому розшаруванні проступає та сама логіка, що й у зоні зворотних рішень. Концептуальна записка є недорогим попереднім шлюзом, який відсіює слабкі задуми, доки відмова від них іще нічого не коштує. Рекомендація тут полягає в тому, щоб користуватися цим етапом за призначенням, як змістовним фільтром, а не як формальністю, яку проходять, не читаючи.

Звідси впливає така позиція. Спрощений порядок має стискати час, не усуваючи аналізу ефективності. Галузева спеціалізація, яку пропонує література тобто окремий порядок для стандартизованих проєктів із малим або середнім обсягом капітальних інвестицій [189, с. 45] є доречною для проєктів на кшталт оснащення закладів обладнанням за договорами життєвого циклу, створення централізованих лабораторій, цифрових систем. Для таких проєктів повномасштабне обґрунтування справді є зайвим і лише примножує трансакційні витрати. Але заміною йому має бути не «спрощена фінансова

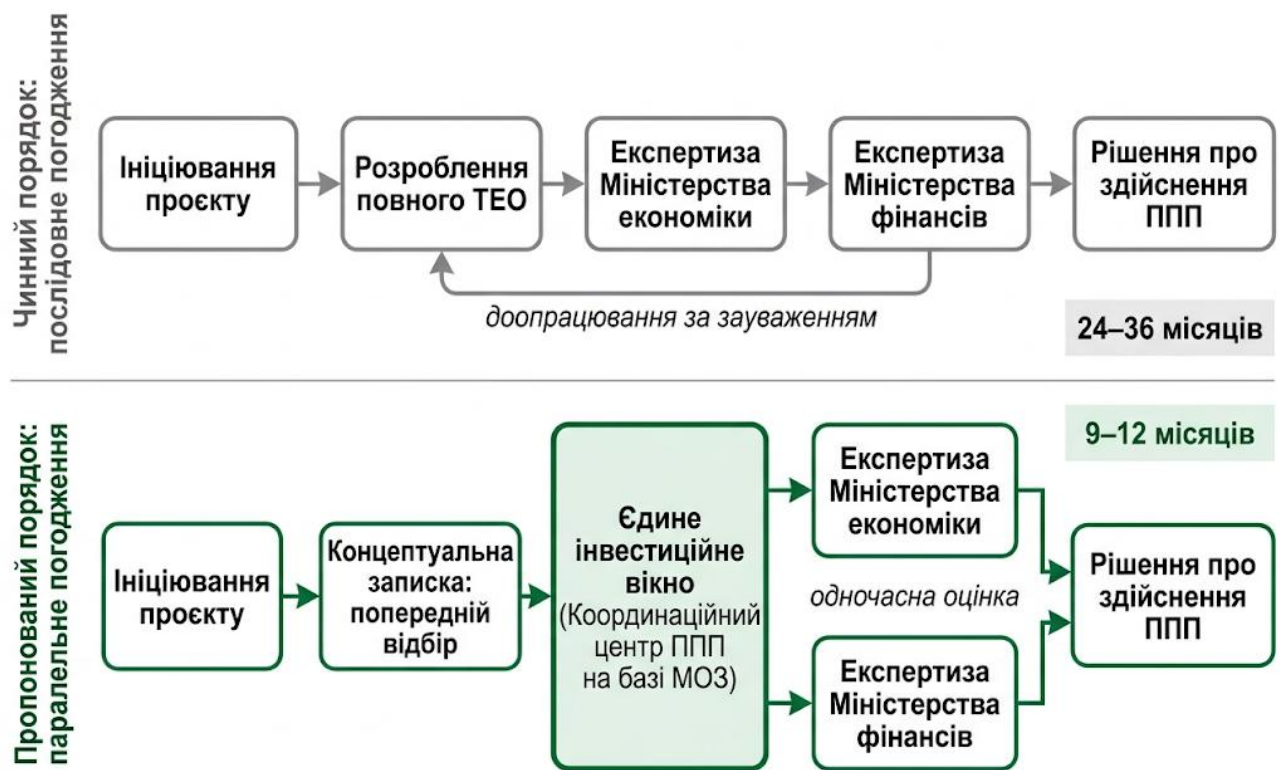
модель», що відкидає порівняння, а спрощене порівняння - стислий розрахунок цінності витрачених коштів відносно бюджетної альтернативи. Шлюз лишається; змінюється тільки його вага, пропорційна масштабу проекту.

Тут необхідне правове уточнення щодо форми, якої може набути галузева спеціалізація. У літературі ми зустрічали пропозиції затвердити на рівні Уряду окремий галузевий порядок підготовки та реалізації проектів із самостійною легалізацією швидкого треку. Таке формулювання потребує пом'якшення. Частина друга статті 2 Закону № 4510-IX встановлює, що відносини, які виникають у зв'язку з партнерством, регулюються виключно цим Законом, а зміни до нього вносяться лише законом про внесення змін. З цього випливає, що підзаконний урядовий акт не може самостійно запровадити окрему процедуру партнерства поза рамкою Закону; він може лише деталізувати й операціоналізувати те, що Закон уже передбачив. Сам Закон при цьому вже містить спрощений порядок для проектів відновлення і вповноважує Міністерство економіки затверджувати методичні рекомендації з підготовки концептуальної записки та техніко-економічного обґрунтування, а також примірну конкурсну документацію для таких проектів. Отже, галузева специфіка охорони здоров'я має втілюватися саме у цій формі - методичних рекомендацій і примірної документації в межах рамки Закону, а не у вигляді паралельного галузевого порядку, який суперечив би частині другій статті 2.

Окрема й справді корисна зміна стосується послідовності погоджень. Потрібно перейти від ієрархічного, послідовного алгоритму міжвідомчої взаємодії до паралельного. Цю пропозицію варто підтримати але з точно визначеної причини. Послідовне погодження, за якого будь-яке зауваження повертає процес на початок, примножує час, не поліпшуючи рішення. Паралельний алгоритм, за якого галузева експертиза та оцінки Міністерства економіки і Міністерства фінансів відбуваються одночасно, стискає час, зберігаючи кожну з перевірок незмінною за змістом. Єдине інвестиційне вікно - координаційний центр на базі Міністерства охорони здоров'я є інституційною формою такого алгоритму. Його функція полягає в координації, а не в усуненні

будь-якої з оцінок.

Єдине вікно несе й власний ризик - ризик перетворитися на вузьке місце. Координаційний центр, що лише додає ще один щабель між ініціатором і відомствами, які проводять оцінку, подовжив би шлях, а не скоротив його. Його цінність залежить від точно окресленого мандата: він координує паралельний потік і проводить галузеву експертизу, але не дублює оцінок Міністерства економіки та Міністерства фінансів і не набуває власного права вето. Спроможність важить і тут. Регуляторна, договірна й моніторингова спроможність держави проходить під цією інституцією так само, як під кожною іншою ланкою механізму. Координаційний центр без власної аналітичної спроможності стане ще однією печаткою на шляху документів, а не вузлом, що



прискорює рух. (Рис. 3.5.)

Рисунок 3.5 Модель оптимізації процедури ініціювання та погодження проєктів ППП у медичній сфері

*Джерело: складено автором.

Такий перегляд адміністративних процесів дозволяє скоротити

транзитний час підготовки проєкту з тривалих 24-36 місяців до прийнятих 9-12 місяців. Проте, і це головне, виграш є правомірним лише тоді, коли стиснення торкається послідовності дій, а не їх змісту. Прискорене погодження зменшує ризик технологічного старіння рішень та інфляційного знецінення капіталу; воно не зменшує потреби в порівнянні, яке вирішує, чи є партнерство доречним інструментом узагалі.

Другим вектором інституційного оновлення є гармонізація з європейським концесійним правом, передусім із Директивою 2014/23/ЄС про укладення концесійних договорів. У контексті євроінтеграції узгодження вітчизняного законодавства з європейським є інституційним зобов'язанням. Новий Закон уже рухався в цьому напрямі, тож завдання полягає радше в імплементації, ніж у проєктуванні рамки з нуля.

Перший інструмент це класична процедура «конкурентного діалогу». Медичні проєкти дійсно складні і різноманітні: стаціонар із системою електронної охорони здоров'я, онкологічний центр та ін. Стандартний тендер (публічні закупівлі) за головним для сучасним українських органів влади критерієм найнижчої ціни не спрацьовує там, де публічна сторона не здатна наперед повністю описати технічне завдання, а інформація розподілена несиметрично. Конкурентний діалог дозволяє державі вести переговори з кваліфікованими учасниками ще на етапі формування технічного завдання. Цінність тут не в інноваційності як такої, а в тому, що публічна сторона входить у незворотний договір із краще визначеним предметом.

Конкурентний діалог не є безкоштовним. Він повільніший за ціновий тендер і вимагає від публічної сторони спроможності, якої вона має не завжди, здатності вести змістовні переговори з кваліфікованими учасниками, не потрапляючи від них у залежність. Застосований без такої спроможності, діалог перетворюється на канал, через який краще поінформована приватна сторона формує технічне завдання на власну користь. Тому процедура доречна для справді складних проєктів і припускає аналітичну спроможність, описану в підрозділі 3.1. Для стандартизованого проєкту оснащення обладнанням діалог

був би зайвим, так само як повномасштабне обґрунтування. Вибір процедури, отже, підлягає тому самому правилу пропорційності, що й вибір глибини попереднього аналізу: складність інструменту має відповідати складності потреби, а не перевищувати її.

Другий інструмент - чітке визначення та передача операційного ризику. Директива 2014/23/ЄС визначає концесію саме через передавання концесіонерові операційного ризику - ризику попиту або пропозиції. У вітчизняній практиці розмитість відповідальності породжувала спори. Європейський підхід робить розподіл однозначним. Це прямо зникається з описаною в підрозділі 3.1 матрицею розподілу ризиків яка має сенс лише тоді, коли правова форма фіксує, хто який ризик несе. Концесія, правильно зрозуміла, і є тим правовим інструментом, який цю фіксацію забезпечує.

Третій інструмент - підвищення правової визначеності. Упізнаваний, прозорий нормативний ландшафт є умовою для інституційних кредиторів Європейського банку реконструкції та розвитку, Міжнародної фінансової корпорації, Європейського інвестиційного банку. Він знижує вартість залученого капіталу [183, с. 142]. Це твердження потребує точного прочитання. Нижча вартість капіталу не робить партнерство дешевим - партнерство все одно коштує дорожче за пряме бюджетне запозичення. Вона означає лише, що премія за приватний капітал стає меншою, проєкт обходиться дешевше, ніж обійшовся б за непрозорого правового режиму, а не стає дешевше, ніж за прямого фінансування.

Варто зауважити, що Закон № 4510-IX уже істотно наблизив вітчизняне регулювання до європейського концесійного права це було однією з прямих цілей його розроблення. Тому завдання дослідника й управлінця зміщується від проєктування рамки до спостереження за її імплементацією. Гармонізація на рівні тексту закону не тотожна гармонізації на рівні практики: конкурентний діалог, передавання операційного ризику, захист кредиторів працюють настільки, наскільки підзаконні акти, типові договори й кваліфікація посадовців відповідають намірам закону. Без спроможності держави європейська норма

лишається текстом, а не дієвим механізмом. Імплементацийний моніторинг, отже, є не завершенням реформи, а її окремим, тривалим етапом.

Особливої ваги гармонізація набуває в контексті повоєнного відновлення. Його масштаб робить залучення приватного капіталу доречним, а Директива 2014/23/ЄС гарантує іноземним інвесторам захист майнових прав, недискримінаційний доступ та захист від політично вмотивованих рішень [183, с. 145]. Гасло «відбудувати краще, ніж було» саме по собі не є підставою для партнерства. Правова гармонізація створює умови, за яких партнерство, обране після чесного порівняння, може бути виконане. Вона не перетворює партнерство на відповідь за замовчуванням для всіх потреб відбудови.

Дворівнева структура форм за новим Законом робить вартою уваги одну межу. Концесію визначає передавання операційного ризику; договір ППП у варіанті з платою за експлуатаційну готовність лишає ризик попиту державі. Вибір між цими формами, отже, не є формальним це вибір щодо того, хто несе ризик попиту. В охороні здоров'я такий вибір має змістове обмеження, яке докладніше розглянуто у фінансовій частині цього підрозділу: попит на медичні послуги залежить від чинників, що їх приватний партнер не контролює, тож концесія, яка покладає на концесіонера справжній ризик попиту, може виявитися ані справедливою, ані життєздатною. Це не вада концесійної форми як такої. Це нагадування, що форму партнерства обирають не за назвою, а за тим, який розподіл ризиків вона юридично закріплює.

Третім елементом є узгодження партнерства з реформою децентралізації. За європейським принципом субсидіарності рішення щодо локальних проєктів доцільно ухвалювати ближче до громади. Попередня будова механізму спиралася на централізацію: навіть невеликий муніципальний проєкт - міський центр реабілітації змушений був проходити експертне коло в Міністерстві економіки та Міністерстві фінансів. Це примножувало трансакційні витрати й демотивувало місцеву владу [71, с. 112].

Новий Закон частково усунув цю ваду. Він розширив коло публічних партнерів: державні та комунальні підприємства тепер можуть ініціювати

проекти від власного імені. Тому картина суцільної централізації вже не є цілком точною бо рамка 2025 року частину ініціативи делегувала.

Що лишається доцільним запропонувати. Це диференціація проєктів за рівнем фінансового впливу: якщо медичний проєкт не потребує державних гарантій та співфінансування з державного бюджету і спирається лише на ресурси громади, остаточне затвердження обґрунтування та укладення договору доцільно віднести до місцевої ради. Функція центральних органів зміщується з дозвільної на методологічну - ведення реєстрів, надання типових контрактів.

Але тут потрібне застереження, що випливає з підрозділу 3.1. Диференціація за тим, хто фінансує проєкт, не повинна перетворюватися на диференціацію аналітичної дисципліни. Поріг незворотності є тим самим незалежно від того, центральні кошти чи місцеві. Місцева рада, що підписує двадцятирічний договір із платою за експлуатаційну готовність, перетинає рівно той поріг. Тому аналіз ефективності - порівняння з бюджетною альтернативою має лишатися й для проєктів місцевого фінансування; змінюється те, хто його проводить, а не те, чи проводиться він узагалі.

Делегування повноважень несе труднощі, якої сам принцип субсидіарності не знімає. Громади різняться за спроможністю. Велике місто може мати аналітичний і правовий ресурс, щоб підготувати й супроводити партнерство; невелика громада зазвичай його не має. Передавання остаточного рішення місцевій раді без забезпечення такої спроможності відтворює на місцевому рівні ту проблему, як і на центральному рівні: рішення ухвалюється, проте ухвалюється без засобів ухвалити його добре. Тому делегування доцільно поєднувати з методологічною функцією центральних органів, яка є реальною, а не номінальною: типові контракти, реєстри, дорадча підтримка, доступ до інституту радника, що його запровадив новий Закон. Без цього децентралізація ризикує не наблизити рішення до громади, а лише наблизити до неї помилку. Субсидіарність вимагає не тільки переданого повноваження, а й переданої спроможності ним скористатися.

Окремо про госпітальні округи. Потрібно, щоб ради госпітальних округів виступали консолідаторами інвестиційних потреб: кілька громад об'єднують ресурси для спільного медичного хабу. Логіка тут слушна: окрема громада часто не здатна згенерувати потік пацієнтів, достатній для рентабельності важкого обладнання. Проте інституційний статус госпітальних округів лишився невизначеним відтоді, як контрактування через Національну службу здоров'я змінило систему планування медичної допомоги. Тому цю пропозицію варто формулювати обережно: міжмуніципальна співпраця заради спільних проєктів є цінною, але вона має спиратися на той міжмуніципальний механізм, який лишається юридично дієвим, а не на планувальну одиницю, функція якої могла втратити чинність.

Нормативно-правовий механізм робить вибір можливим; фінансово-економічний робить його здійсненим, або показує, що він нездійснений. Економічна привабливість медичного проєкту для інвесторів і кредиторів залежить від наявності стійкого способу повернення капіталу. І саме тут Україна має структурну суперечність між довгостроковою природою договорів партнерства, що тривають п'ятнадцять - тридцять років, та однорічною моделлю фінансування через єдиного платника, Національну службу здоров'я України.

Тарифи Програми медичних гарантій, за якими Служба оплачує послуги, розраховані на покриття поточних операційних витрат: оплати праці персоналу, закупівлі базових ліків, харчування, комунальних послуг [180, с. 204]. З інвестиційного погляду чинна методика тарифів має структурну прогалину: вона не містить капітальної складової. У вартості медичної послуги не враховано економічної амортизації високотехнологічного обладнання, капітального ремонту приміщень чи будівництва нових корпусів, а також повернення капітальних інвестицій приватного партнера та вартості залученого ним фінансування.

Практичне значення цієї прогалини зрозуміле. Якщо інвестор власним коштом збудує заклад і укладе договір зі Службою, тарифних надходжень

вистачить лише на поточну операційну діяльність. Повернути багатомільйонні вкладення в будівлю та обладнання виключно за рахунок потоку пацієнтів неможливо. Тарифна диспропорція утворює фінансовий розрив, який унеможливорює капіталомісткі проекти за схемою чистої самоокупності. Приватний партнер, провівши базовий фінансовий аналіз, від участі відмовляється.

Змішану модель, і насамперед плату за експлуатаційну готовність, нерідко подають як те, що робить проєкт економічно привабливим, наче вона усуває розрив. Вона розриву не усуває; вона його переміщує. Плата за експлуатаційну готовність це оплата державою капітальної вартості, рознесена в часі. Інвестор так само фінансує будівництво наперед, але повернення коштів надходить із публічного бюджету, а не з ринку. Отже, змішана модель не вивільняє публічних коштів - вона перетворює капітальний видаток на потік довгострокових бюджетних зобов'язань, до якого додається премія за приватний капітал.

Будова змішаної моделі спирається на три фінансові потоки. Операційний потік - тарифи Служби покриває операційні витрати; для пацієнта лікувально-діагностичний процес лишається безоплатним. Інвестиційний потік - плата за експлуатаційну готовність від публічного партнера покриває капітальну складову; він не залежить від кількості пацієнтів, тобто ризик попиту несе держава, але прив'язаний до показників ефективності, тож інвестор отримує оплату лише за об'єкт, що працює. Потік від комерційної діяльності - факультативний це платні послуги поза межами Програми медичних гарантій, які зменшують навантаження на місцевий бюджет.

Ризик попиту окреслює межу того, що здатен зробити фінансовий механізм. Попит на медичні послуги формують структура населення, епідеміологічна ситуація, тарифи й обсяг Програми медичних гарантій - чинники, що їх приватний партнер не контролює. Фінансова модель, яка покладе цей ризик на приватного партнера, буде відповідно оцінена: партнер вимагатиме премії за ризик, яким не може керувати, бо передавання

некерованого ризику є переплатою, а не захистом. Саме тому плата за експлуатаційну готовність лишає ризик попиту державі. Це не поступка інвесторові. Це той розподіл, який наказує саме правило, за яким ризик належить тій стороні, що керує ним краще. Концесійна ж форма, що переносить ризик попиту на приватну сторону, в охороні здоров'я застосовна лише там, де цей ризик справді частково керований, наприклад через сервісну складову, і не далі цієї межі.

Плата за експлуатаційну готовність потребує точного прочитання. Закон № 4510-IX визначає її як платежі на користь приватного партнера після прийняття об'єкта в експлуатацію, розмір яких залежить від досягнення показників ефективності. Звідси впливають дві речі. Перша: цей платіж дисциплінує інвестора бо оплата лише за готовність спонукає будувати якісно з першого дня. Друга: це довгострокове й значною мірою незворотне публічне зобов'язання. Це саме той тип зобов'язання, який розміщений по той бік порога незворотності. Тому фінансовий механізм має поводитися з ним відповідно: визнавати його прозоро, обліковувати як фіскальне зобов'язання й не лишати поза балансом, де його справжня вага стає непомітною.

Ще одне зауваження стосується обліку цих зобов'язань. У методології, застосовній у Європейському Союзі, партнерство з платою за експлуатаційну готовність, де ризик попиту несе держава й платежі здійснюються незалежно від використання об'єкта, у багатьох випадках відносять до балансу сектору загального державного управління. Спокуса структурувати партнерство так, щоб його платежі лишалися поза бюджетом, є тому спокусою видати публічний борг за щось інше. Позабалансовий облік серед чинників, що приховують справжній фіскальний тягар. Фінансовий механізм має протистояти цій спокусі прямо: мірилом добре збудованої змішаної моделі є не те, чи втримала вона зобов'язання поза обліком, а те, чи відобразила вона зобов'язання чесно й при цьому все одно показала перевагу над прямим фінансуванням.

Практична імплементація моделі вимагає перегляду Бюджетного кодексу. Головним викликом є перехід від однорічного горизонту бюджетного

планування до довгострокового. Місцеві ради мають отримати право та юридичні гарантії брати багаторічні фінансові зобов'язання на десять-двадцять років, щодо плати за експлуатаційну готовність, які не підлягали б скасуванню при зміні політичного складу місцевої влади. Але таке право не є способом здешевити проекти, це спосіб зробити довгострокове публічне зобов'язання чесним і стабільним. Пропозиція полягає в тому, щоб зобов'язання визнати, а не приховати.

Економічна привабливість проекту те, що кредитори називають банкабельністю потребує точного тлумачення. Проект є банкабельним тоді, коли його грошовий потік достатньо стабільний і передбачуваний, щоб обслуговувати борг. Змішана модель досягає цього, прив'язуючи інвестиційний потік до публічного зобов'язання, а не до ринку. Але банкабельність не тотожна цінності витрачених коштів. Проект може бути цілком банкабельним для кредитора й водночас гіршим вибором для держави, ніж пряме бюджетне фінансування, банкабельним саме тому, що зобов'язання взяла на себе держава. Отже, банкабельність є умовою участі приватного партнера, а не критерієм рішення держави. Плутати ці дві речі небезпечно: проект, привабливий для банку, легко сприйняти за проект, вигідний для суспільства, тоді як це різні судження, ухвалені з різних позицій.

Новий Закон про ППП додав до цього, донора, міжнародного партнера, що фінансує проект напряму або через бюджет. Донорське співфінансування здатне покрити частину капітальних витрат і тим зменшити тягар плати за експлуатаційну готовність для місцевого бюджету. Проте воно не змінює суті змішаної моделі: донорський внесок зменшує розмір публічного зобов'язання, але не скасовує його природи. Частина капітальної вартості, не покрита донором, лишається довгостроковим зобов'язанням держави з усіма наслідками незворотності. Донор полегшує тягар, але це не звільняє державу від раціонального планування та оцінку доцільності.



Рисунок 3.6 Оновлення комбінованих фінансових потоків у проєктах ППП за участю НСЗУ

*Джерело: складено автором.

Таким чином, застосування змішаної моделі є обґрунтованим не в усіх випадках, а виключно за умови переваги механізмів ППП над прямим бюджетним фінансуванням. Зокрема, коли дисциплінарний контроль з боку приватного кредитора та поєднання будівництва з експлуатацією перевищують вартість премії за капітал. За відсутності таких переваг змішана модель є лише фінансово дорожчою альтернативою прямому бюджетному будівництву.

Варто враховувати й те, що Україна досі не має досвіду великого медичного партнерства за класичною інвестиційною схемою. Змішана модель, хоч і обґрунтована теоретично, на вітчизняному ґрунті лишається неперевіреною. Звідси впливає обережний порядок її впровадження. Доцільно почати з обмеженого числа пілотних проєктів різних за формою та масштабом із незалежним оцінюванням результату, і лише після нагромадження цього досвіду переходити до ширшого застосування. Така послідовність повторює логіку, застосовану до інструментів із недоведеною дієвістю: їх впроваджують спершу як пілот, а не як норму. Поспішне масштабування змішаної моделі до того, як перші проєкти показали свою спроможність, обернулося б тими

самими незворотними зобов'язаннями, ціну яких згодом доведеться нести роками.

Окрім тарифів, можна використовувати систему податкових і митних преференцій як «податковий щит».

Наприклад, високотехнологічні медичні проєкти онкологічні центри з лінійними прискорювачами, центри роботизованої хірургії мають значну імпортозалежність. Більша частина капітальних інвестицій припадає на закупівлю обладнання іноземного виробництва. За чинним законодавством такий імпорт оподатковується податком на додану вартість і ввізним митом, що збільшує бюджет проєкту приблизно на чверть. Інвестор закладає ці витрати у фінансову модель і переносить їх на публічного партнера через плату за експлуатаційну готовність або через тариф.

Варто зазначити якщо податок на додану вартість за партнерським імпортом сплачує інвестор, а відшкодовує публічний партнер, то держава фактично оподатковує сама себе. Отже, звільнення від оподаткування не створює нових коштів. Воно лише ліквідує зайвий колообіг грошей та пов'язані з ним трансакційні витрати. Реальний ефект полягає саме в усуненні цієї циркуляції та супутніх адміністративних бар'єрів. Цей виграш хоч і помірний, але цілком реальний, і полягає він у підвищенні ефективності, а не у наданні субсидії.

Це визначає й те, як інструмент належить подавати. Фіскальні преференції «не втратою бюджетних надходжень». Таке формулювання є одностороннім. У методології Організації економічного співробітництва та розвитку й Міжнародного валютного фонду податкові звільнення є податковими видатками - формою публічних витрат, що здійснюється через податкову систему. Це фіскальна ціна. Подавати її як безкоштовну означає відтворювати ту саму проблему прихованої вартості. Тому доречною є така рекомендація: звільнення від податку на додану вартість та ввізного мита для обладнання, що імпортується в межах затверджених проєктів партнерства [110, с. 65], є доцільним передусім тому, що усуває кругообіг коштів; його слід

оцінювати й розкривати як фіскальну ціну, тримати в межах бюджету та прозорим, із цільовим митним контролем.

Фіскальне звільнення, прив'язане до проєктів партнерства, породжує стимул до хибної класифікації - подати звичайний імпорт як частину партнерства, щоб дістати пільгу. Саме тому звільнення не може існувати окремо. Воно потребує вузького визначення обладнання, що підпадає під пільгу, прив'язки до конкретного затвердженого договору та митного контролю, здатного перевірити фактичне використання ввезеного. Без цього звільнення перестає бути цільовим інструментом і стає каналом витоку коштів. Адміністративна вартість такого контролю сама є частиною ціни інструмента, і її належить враховувати, коли звільнення порівнюють з альтернативою - простим прямим фінансуванням закупівлі обладнання. Преференція, що її неможливо проконтролювати, не виконує свого призначення так само, як компаратор, припущення якого неможливо перевірити.

Місцеві податкові стимули посідають окреме місце. Громади як ініціатори багатьох медичних проєктів мають обмежені засоби прямого субсидіювання, проте володіють правом управління місцевими податками. Цільові пільги зі сплати земельного податку та податку на нерухоме майно для об'єктів охорони здоров'я, що створюються чи модернізуються на умовах концесії, зменшують операційні витрати оператора на інвестиційній фазі та в перші роки експлуатації. Це і водночас фіскальна ціна, яку громада має визнавати, а не подавати як безкоштовний жест. Його побічна цінність полягає в сигналі: громада, що надає таку пільгу, засвідчує власну зацікавленість як партнера, і це важить для кредиторів.

Прискорена амортизація є ще одним інструментом. З огляду на швидке моральне старіння медичного обладнання право списувати вартість активів за скороченими строками оптимізує базу оподаткування податком на прибуток у перші, фінансово напружені роки проєкту. Це дієвий інструмент. Він теж, як і попередні, є відстроченням фіскальних надходжень - ціною, рознесеною в

часі.

Корисно поставити ці інструменти поряд із прямою альтернативою. Замість того щоб звільняти інвестора від податку, держава могла б оподаткувати імпорт у звичайному порядку й прямо профінансувати відповідну частину проєкту. Економічно ці два шляхи близькі: в обох випадках витрати несе публічний сектор. Різниця у прозорості та керованості. Пряме фінансування видиме в бюджеті й піддається щорічному контролю; податкова пільга розчинена в часі й помітна гірше. Це не вирок преференціям, але це аргумент на користь того, щоб обирати їх свідомо, а не за звичкою вважати податкову пільгу безкоштовнішою за пряме фінансування. Приховані витрати небезпечніші за видимі саме тому, що ними важче керувати; це зауваження стосується й фіскальних преференцій. Підсумок цього розгляду це сукупність фіскальних інструментів, кожен з яких має реальну ціну й може бути виправданий там, де робить справді вартісний проєкт здійсненим. Їх належить розкривати й порівнювати, а не подавати як безоплатний стимул.

Окремим напрямом є фармацевтичний сектор та забезпечення закладів високовартісними медичними виробами. Тут стандартна система державних закупівель через тендерні процедури виявляється малопридатною, коли йдеться про інноваційні лікарські засоби: таргетну терапію онкологічних захворювань, генну терапію, препарати для пацієнтів з орфаними патологіями. Причина в тому, що класична закупівля передбачає повну оплату товару незалежно від клінічного результату для конкретного пацієнта, а за надзвичайно високої вартості інноваційних молекул це породжує значний фіскальний ризик і не гарантує ефекту.

Із погляду чинного законодавства це некоректно. Стаття 3 Закону № 4510-IX визначає ознаки партнерства: повне або часткове фінансування об'єкта приватним партнером, його створення або будівництво та технічне обслуговування, тривалий строк співпраці, передача приватному партнерові частини ризиків. Договір керованого доступу не відповідає жодній із цих ознак. Його предметом є не об'єкт, а лікарський засіб; приватна сторона не

фінансує й не будує інфраструктуру; строк визначається умовами постачання, а не життєвим циклом об'єкта. За правовою природою це договір закупівлі з умовою про розподіл фінансового чи клінічного ризику, а не партнерство. Тому договір керованого доступу розглядається тут як суміжний, але інший за природою інструмент фармацевтичного сегмента, а не як форма партнерства.

З цим уточненням інструмент лишається змістовно цінним. У країнах Європейського Союзу, Великій Британії та Австралії він є усталеною формою взаємодії урядів із фармацевтичними виробниками юридично закріпленою формою солідарного розподілу фінансових та клінічних ризиків [83, с. 81].

Дві моделі розкривають його управлінську цінність. Фінансові угоди мінімізують ризик перевитрат бюджету через конфіденційні знижки, безкоштовне надання перших доз або фінансовий ліміт, після перевищення якого виробник постачає ліки безоплатно. Вони дозволяють Міністерству охорони здоров'я прогнозувати видатки навіть за несподіваного зростання числа пацієнтів. Угоди, засновані на клінічному результаті, складніші: держава оплачує дороговартісний препарат лише тоді, коли в пацієнта зафіксовано об'єктивне клінічне поліпшення; якщо препарат не спрацював, фінансовий тягар лягає на виробника. Це приклад оплати за результат, а не за процес постачання.

Обов'язковою інституційною передумовою для таких угод є дієва система оцінки медичних технологій. Вона є тим аналітичним фільтром, який на основі доказової медицини та фармакоекономіки доводить доцільність переговорів щодо керованого доступу. Висновок оцінки медичних технологій дає публічному управлінцеві законні підстави відійти від стандартних тендерних процедур, які є публічними й не дозволяють приховати глобальну ціну від інших країн, на користь структурованих переговорів із виробником-монополістом.

Договір керованого доступу має й власні обмеження, і їх варто назвати, щоб інструмент не виглядав ідеальним. Його фінансові моделі нерідко спираються на конфіденційність, узгоджена ціна не розкривається, що

призводить до певної напруженості з прозорістю, якої публічні закупівлі загалом вимагають. Його моделі, засновані на результаті, потребують реєстру пацієнтів і спроможності перевіряти клінічний підсумок, які держава має створити й утримувати. Жодне з цих обмежень не позбавляє інструмент сенсу; обидва означають, що він адміністративно вимогливий і працює лише там, де підтримувальна інфраструктура вже наявна. Це узгоджується з підходом до фармацевтичного сегмента: вузький інструмент, залежний від аналітичної спроможності держави, який доцільно впроваджувати там, де ця спроможність є, і не раніше. Поспішне масштабування керованого доступу без оцінки медичних технологій обернулося б тими самими ризиками, яких цей інструмент покликаний уникнути.

Отже, договір керованого доступу, який спирається на оцінку медичних технологій, раціоналізує видатки на централізовані закупівлі та розширює Програму медичних гарантій за рахунок інноваційних рішень.

Викладене дозволяє звести інтеграцію двох механізмів у систематизований вигляд. Організаційно-управлінський механізм і нормативно-правовий та фінансово-економічний механізми, розглянуті у цьому підрозділі, не є двома незалежними конструкціями. Перший задає логіку рішення - рух від потреби через зону зворотних рішень і поріг незворотності до зони незворотних зобов'язань; другий визначає, чи має ця логіка правову та фінансову опору на кожному своєму етапі. Зв'язок між ними доцільно показати поетапно: для кожного стану організаційно-управлінського механізму існує відповідна нормативно-правова підстава і відповідна вимога до фінансового забезпечення. Там, де така відповідність наявна, етап механізму є дієвим; там, де її бракує, етап лишається наміром. Першу з двох таблиць інтеграції таблицю 3.5 побудовано саме за цим принципом: вона зіставляє стани механізму з правовим та процедурним забезпеченням за Законом № 4510-IX, показуючи, що жоден стан не лишається без інституційної опори, а отже, дисциплінарний контроль з боку приватного кредитора є не теоретичною побудовою, а здійсненою процедурою. Таке

зіставлення має й практичне значення: воно дозволяє управлінцеві перевірити, на якому саме етапі підготовки проєкту правова підстава вже задіяна, а на якому ще ні.

Таблиця 3.5. Інтеграція організаційно-управлінського механізму з нормативно-правовим механізмом: правова підстава кожного стану

Стан механізму за підрозділом 3.1	Зміст управлінської дії	Нормативно-правова підстава за Законом № 4510-IX	Юридичний наслідок для механізму
Формулювання цілей і принципів	Визначення суспільної потреби та мети в межах державних гарантій	Сфери застосування партнерства та його ознаки (статті 3, 4)	Окреслює коло допустимих об'єктів; відсікає непрофільні задуми на вході
Точка обґрунтованого вибору інструменту	Порівняння партнерства з бюджетною закупівлею; концептуальна записка	Аналіз ефективності та двоетапна підготовка пропозиції (стаття 11)	Робить порівняння обов'язковим; концептуальна записка є дешевим попереднім шлюзом
Структурування партнерства	Вибір форми, розподіл ризиків, умови перегляду	Дві форми: концесія та договір ППП; змішаний договір; конкурентний діалог	Фіксує розподіл ризиків юридично; форму обирають за змістом, не за назвою
Поріг незворотності	Укладення довгострокового договору; запобіжники виходу	Істотні умови договору; підстави та порядок його зміни і припинення	Робить вихід можливим, але платним; запобіжники мають бути закладені до підпису
Зона реалізації та моніторинг	Нагляд за виконанням, якістю та платежами	Показники ефективності (результативності); права контролю публічного партнера	Прив'язує платежі до результату; дає правову підставу для санкцій за недовиконання
Спроможність держави (смуго-основа)	Підготовка, ухвалення та супровід рішень	Інститут радника; повноваження публічного партнера; методичні рекомендації	Забезпечує етапи кадровим та аналітичним ресурсом; без неї норма лишається текстом

*Джерело: складено автором на основі Закону України «Про публічно-приватне партнерство» № 4510-IX.

Таблиця 3.5 показує правову проєкцію механізму; таблиця 3.6 показує його фінансову та публічно-управлінську проєкцію. Логіка тут та сама, але мірилом є вже не наявність правової підстави, а наявність фінансового забезпечення та керованість для публічної сторони. Кожному стану організаційно-управлінського механізму відповідає певна вимога до фінансово-економічного механізму і певний управлінський ризик, що постає, якщо цю вимогу не виконано. Сенс такого зіставлення полягає в тому, щоб показати: фінансовий механізм не доданий до організаційного ззовні, а супроводжує кожен його стан зсередини. На етапі вибору інструменту фінансова вимога це достовірний компаратор; на порозі незворотності, це повний і прозорий облік майбутніх зобов'язань; у зоні реалізації, а також це прив'язка платежу до підтвердженого результату. Невиконання будь-якої з цих вимог не зупиняє проєкт формально, але робить відповідний стан механізму вразливим: рішення ухвалюється, проте ухвалюється без фінансової опори, і ця вада виявляє себе згодом, коли виправлення вже коштує дорого. Таблиця 3.6 зводить ці відповідності та супутні ризики разом, аби управлінська й фінансова сторони механізму проглядалися як єдине ціле, а не як окремі сюжети.

Таблиця 3.6. Інтеграція організаційно-управлінського механізму з фінансово-економічним механізмом: вимога забезпечення та управлінський ризик

Стан механізму за підрозділом 3.1	Вимога до фінансово-економічного механізму	Публічно-управлінський зміст вимоги	Управлінський ризик за невиконання вимоги
Точка обґрунтованого вибору інструменту	Достовірний компаратор: чесна оцінка цінності витрачених коштів відносно бюджетної альтернативи	Незалежність розрахунку від сторони, зацікавленої в проєкті	Партнерство обирається за замовчуванням; держава переплачує за не виправдане рішення

Стан механізму за підрозділом 3.1	Вимога до фінансово-економічного механізму	Публічно-управлінський зміст вимоги	Управлінський ризик за невиконання вимоги
Структурування партнерства	Фінансова модель із розподілом потоків OPEX і CAPEX та оцінкою переданого ризику	Збалансованість інтересів держави та інвестора без прихованих субсидій	Незбалансована модель; премія за некерований ризик закладається у плату
Поріг незворотності	Повний і прозорий облік плати за експлуатаційну готовність як довгострокового зобов'язання	Визнання фіскального тягаря замість його винесення поза баланс	Прихований борг; фіскальний тягар постає перед наступними розпорядниками коштів
Зона реалізації та моніторинг	Прив'язка платежу до підтверджених показників ефективності; багаторічне бюджетне планування	Оплата за результат, а не за процес; стабільність зобов'язань попри зміну влади	Платежі не залежать від якості; недовиконання лишається без фінансових наслідків
Спроможність держави (смуго-основа)	Аналітична, договірна та моніторингова спроможність на кожному етапі	Здатність готувати компаратор, структурувати договір і перевіряти звітність	Формальний компаратор і формальний моніторинг; рішення ухвалюється наосліп

*Джерело: складено автором.

Відомості наведені у таблицях інтеграції, дають відповідь на питання, поставлене на початку підрозділу, чи пов'язані організаційно-управлінський механізм та нормативно-правовий і фінансово-економічний механізми в єдине ціле. Взаємопов'язаність є, і вона поетапна - кожен стан організаційно-управлінського механізму має правову підставу за Законом № 4510-IX і фінансову вимогу, без якої ця підстава лишається незабезпеченою. Саме тому нормативно-правовий і фінансово-економічний механізми не можна вдосконалювати окремо від організаційно-управлінського: зміна на будь-якому етапі одного механізму відлунює в інших.

Поряд із поетапним зіставленням механізмів доцільним є й

узагальнений огляд інституційних бар'єрів та запропонованих механізмів їх подолання; відповідні позиції зведено в таблиці 3.7.

Таблиця 3.7. – Інституційні бар'єри розвитку ППП у системі охорони здоров'я та управлінські механізми їх подолання

Група інституційних бар'єрів	Характеристика проблеми в системі управління	Запропоновані управлінські механізми подолання
Нормативно-правові (регуляторні)	Спрощений порядок за Законом № 4510-IX здатний стискати аналіз ефективності; бракує галузевих методичних рекомендацій для медичної сфери	Галузеві методичні рекомендації в межах рамки Закону; паралельний алгоритм міжвідомчого погодження; збереження порівняння з альтернативами у пропорційному, не скасованому вигляді
Фінансово-економічні (тарифні)	Тарифи Програми медичних гарантій орієнтовані на операційні витрати й не містять капітальної складової для повернення інвестицій приватного партнера	Змішана модель фінансування: оплата послуги від НСЗУ та плата за експлуатаційну готовність із бюджету, визнана як довгострокове фінанське зобов'язання
Фінансово-економічні (інвестиційні)	Високий рівень макроекономічних і валютних ризиків; кругообіг сплати ПДВ, що збільшує вартість проєкту	Звільнення від ПДВ та мита, оцінене й розкрито як прозора фінансова ціна; цільові місцеві податкові пільги; прискорена амортизація
Специфічні (фармацевтичний сегмент)	Ризик оплати неефективного дороговартісного лікування за стандартної закупівлі інноваційних технологій	Договори керованого доступу на основі оцінки медичних технологій; перехід до контрактів, орієнтованих на результат (суміжний до ППП інструмент)

*Джерело: складено автором.

Підсумовуючи розгляд нормативно-правового та фінансово-економічного середовища, зауважимо, що ці складові не є допоміжними елементами інвестиційного процесу. Вони утворюють несучу інституційну конструкцію всього механізму партнерства. Навіть найбільш продумані організаційно-управлінські моделі, лишатимуться теоретичними без

адаптованого, прозорого та макроекономічно стабільного правового і фінансового поля. Але призначення цього поля не в тому, щоб розширити застосування партнерства. Воно в тому, щоб зробити вибіркове, дисципліноване застосування партнерства здійсненним і втримати державу захищеною на порозі незворотності.

Щодо нормативно-правового механізму: чинний закон 2025 року вже зробив значну частину того, чого вимагала література попередніх років. Завдання, що лишається, користуватися ним розважливо, і насамперед забезпечити, щоб його спрощений порядок стискав час, не скасовуючи порівняння партнерства з бюджетними альтернативами. Дебюрократизація погоджень це паралельний міжвідомчий алгоритм, єдине вікно є реальним здобутком. Гармонізація з європейським концесійним правом робить розподіл ризиків однозначним і зменшує премію за капітал. Субсидіарність є слушною, проте аналітична дисципліна має супроводжувати делеговані повноваження, а не лишатися позаду.

Щодо фінансово-економічного механізму: суперечність між однорічною моделлю оплати послуг і довгостроковою природою інфраструктурних інвестицій є реальною й потребує розв'язання. Національна служба здоров'я покриває операційні витрати, бюджет покриває капітальні через плату за експлуатаційну готовність і створює ту економічну привабливість, якої ринку бракує. Але плата за експлуатаційну готовність є довгостроковим публічним зобов'язанням, а не винахідливим джерелом доходу; її слід визнавати такою, обліковувати прозоро й застосовувати там, де порівняння показує дійсну перевагу партнерства над прямим фінансуванням. Фіскальні інструменти: звільнення від ПДВ, місцеві пільги, прискорена амортизація є реальними витратами, виправданими там, де роблять вартісний проєкт здійсненним, і їхнє місце - у межах бюджету, а не за словом «щит».

Щодо фармацевтичного сегмента: угоди керованого доступу, сперті на оцінку медичних технологій, показують еволюцію публічних закупівель від

придбання товарів до управління клінічними та фінансовими ризиками. Це окремий інструмент, а не партнерство, і таке його трактування зберігає чіткість аналізу.

Окремо варто означити статус одного твердження цього підрозділу, щоб уникнути його хибного прочитання. Трактування плати за експлуатаційну готовність і фіскальних преференцій як відкладених публічних видатків та елементів незворотних бюджетних зобов'язань не подається тут як самостійний елемент наукової новизни. Погляд на податкові звільнення як на форму публічних витрат є усталеним у методології міжнародних організацій, тож заслуга дослідження полягає не у відкритті цього погляду, а в його послідовному застосуванні до медичного партнерства в українських умовах. У структурі пропонованого підходу це твердження є уточненням - однією з фінансово-економічних вимог поетапної моделі відповідності: вимогою прозорого довгострокового обліку зобов'язань на тому етапі механізму, де перетинається поріг незворотності. Саме як уточнення, вбудоване в інтеграційну модель, а не як окремий пункт новизни, його й належить розуміти.

Резюмуючи можна стверджувати, що правове та фінансове середовище не вирішує, добрим чи поганим є партнерство. Воно визначає, чи ухвалюється рішення про започаткування партнерства на основі всебічного аналізу ризиків, витрат і очікуваних результатів, чи без належної оцінки його довгострокових наслідків. Слабке інституційне середовище може блокувати навіть перспективні проєкти, тоді як надмірно поблажливе сприяти реалізації невинуватених ініціатив і створювати для держави багаторічні зобов'язання, ефективність яких не була належним чином обґрунтована. Завдання нормативно-правового та фінансово-економічного механізму, як і організаційно-управлінського механізму, полягає не в тому, щоб зробити партнерство простішим, а в тому, щоб забезпечити дисциплінованість, прозорість і обґрунтованість рішень щодо його започаткування.

У контексті повоєнного відновлення України, коли очікується

реалізація значної кількості довгострокових проєктів державно-приватного партнерства та існуватиме високий суспільний і політичний запит на швидке відновлення інфраструктури й послуг, така дисципліна є не перешкодою, а необхідною умовою ефективної відбудови. Саме вона дозволяє мінімізувати ризики помилкових рішень, неефективного використання ресурсів і виникнення надмірних довгострокових зобов'язань для держави та громад.

3.3. Пропозиції з удосконалення механізмів реалізації державної політики реформування охорони здоров'я на засадах публічно-приватного партнерства

У двох попередні підрозділах ми порізно розглянули механізми реалізації державної політики: підрозділ 3.1 - організаційно-управлінський, підрозділ 3.2 - нормативно-правовий і фінансово-економічний. Кожен з них обґрунтовано окремо, проте у практиці публічного управління вони діють спільно й на той самий проєкт. Постає потреба зібрати їх в одну конструкцію, яка показувала б не три механізми поряд, а одну логіку рішення, що проходить крізь усі три. Цьому й присвячено цей підрозділ.

Засобом такого збирання обрано концептуальне моделювання. Концептуальна модель це впорядкований опис того, як держава, приватний партнер і громада взаємодіють у проєкті партнерства: які суб'єкти діють, на які об'єкти спрямовано вплив, якими інструментами він здійснюється, як вимірюється результат [114, с. 56]. Модель не додає до означених механізмів нових сутностей. Вона лише надає їм спільну рамку й послідовність.

Вибір саме концептуального моделювання як методу потребує короткого пояснення. Організаційно-управлінський, нормативно-правовий і фінансово-економічний механізм описано як аналітичні конструкції кожна з яких повна сама собою, проте розімкнена щодо інших. Управлінцеві, який готує конкретний проєкт, така роздільність незручна: він має пройти всі три

механізми одночасно, а не послідовно прочитати три тексти. Концептуальна модель і є відповіддю на цю незручність. Вона не претендує на статус нового знання понад те, що вже обґрунтовано в попередніх підрозділах; її завдання скромніше й практичніше зробити вже обґрунтоване придатним до застосування. Модель тому оцінюють не за новизною складових, а за тим, наскільки точно вона відтворює логіку, не спотворюючи її.

Одну рису моделі належить означити одразу, щоб уникнути хибного прочитання. Модель описує дисципліноване й вибіркове застосування партнерства, а не його розширення. Партнерство є вибірковим інструментом, який обирають лише після порівняння з прямою бюджетною закупівлею, що правове й фінансове середовище має цей вибір дисциплінувати, а не пришвидшувати ціною аналізу. Концептуальна модель успадковує обидві тези. Вона не є схемою переходу до партнерства; вона є схемою обґрунтованого рішення про те, чи застосовувати партнерство, і якщо так то як утримати державу захищеною на порозі незворотності.

Поширений у літературі погляд трактує брак цілісного підходу як інституційний вакуум, у якому ініціативи приватного сектору натрапляють на бюрократичні та економічні бар'єри [153, с. 142]. Це спостереження є обґрунтованим, проте з нього не випливає, що метою державної політики має бути усунення всіх бар'єрів. Частина з них виконує важливу регуляторну функцію, виступаючи запобіжниками необґрунтованих рішень. До таких належать процедури порівняння альтернативних механізмів реалізації проєктів, оцінка ефективності використання ресурсів, аналіз ризиків і врахування довгострокових фінансових зобов'язань. Тому цілісність моделі полягає не в максимальному спрощенні процедур, а в чіткому розмежуванні бар'єрів, що безпідставно ускладнюють реалізацію суспільно корисних проєктів, і бар'єрів, які забезпечують належний рівень контролю та обґрунтованості рішень.

Відповідно, запропонована концептуальна модель не розглядає державно-приватне партнерство як самоціль або пріоритетний напрям розвитку системи охорони здоров'я. Її призначення полягає у створенні умов для виваженого

вибору між партнерством та іншими доступними інструментами реалізації публічних завдань. У цьому підході державно-приватне партнерство посідає таке місце, яке виправдовується результатами порівняння з альтернативами за критеріями ефективності, ризиків, вартості та суспільної цінності. Саме така логіка узгоджується з розумінням партнерства як вибіркового управлінського інструменту, застосування якого повинно визначатися не самим фактом його наявності, а доведеними перевагами в конкретних умовах.

Будову моделі визначають чотири наукові підходи, узяті не як декларація, а як робочі обмеження. Системний підхід задає те, що партнерство є підсистемою національної охорони здоров'я, а не самостійним явищем [14, с. 81]: рішення про окремий проєкт оцінюють з огляду на систему загалом. Синергетичний підхід пояснює, чому потреба в партнерстві загострюється саме в кризі, проте він не стверджує, що криза робить партнерство кращим вибором, вона лише підвищує ціну будь-якої помилки. Ціннісно-орієнтований підхід визначає мірило: кінцевим результатом є не збудований об'єкт, а цінність для пацієнта - співвідношення клінічного результату й витрачених коштів [8, с. 45]. Кібернетичний підхід вводить вимогу зворотного зв'язку: модель має спостерігати власні результати й коригуватися.

Кібернетичний підхід заслуговує на уточнення, бо в чорновому варіанті моделі його тлумачили надто широко. Цифровізація справді важлива, але вона не є самостійною метою механізму. Її роль службова й точна: вона послаблює асиметрію інформації між публічним замовником і приватним оператором ту саму асиметрію, яку є чинником слабкої керованості довгострокового договору [6, с. 198]. Цифрове середовище не створює довіри. Воно робить виконання договору спостережуваним, а отже, керованим. Це інструмент наскрізного управління ризиками, а не «середовище абсолютної транспарентності».

Чотири підходи доцільно бачити не як паралельний перелік, а як послідовність обмежень, що звужують конструкцію моделі. Системний підхід задає, що є предметом - підсистему охорони здоров'я, а не окремий проєкт. Синергетичний пояснює, чому потреба загострюється, не дозволяючи водночас

видавати загострення потреби за доказ доречності партнерства. Ціннісно-орієнтований встановлює мірило результату й тим відсікає оцінювання за обсягом збудованого. Кібернетичний додає вимогу зворотного зв'язку, без якої модель була б лінійною схемою, нездатною виправляти власні похибки. Узяті разом, ці підходи не прикрашають модель методологічним вокабуляром, а накладають на неї чотири перевірюваних обмеження, кожне з яких відсікає певний різновид управлінської помилки.

На цій методологічній основі побудовано концептуальну модель удосконалення механізмів партнерства в системі охорони здоров'я. Її утворюють п'ять блоків: цільовий, суб'єктно-об'єктний, інструментально-регуляторний, інноваційно-цифровий та критеріально-результативний. Блоки не є переліком; вони впорядковані як управлінський цикл - від формулювання потреби до вимірювання результату й повернення цього результату на вхід системи.

Складність зв'язків між блоками робить доцільною графічну формалізацію. У публічному управлінні візуальне моделювання є самостійним аналітичним засобом: воно унаочнює залежності та вузькі місця, які в текстовому описі лишаються непомітними [29, с. 14]. Загальну будову моделі подано на рисунку 3.7.



Рисунок 3.7 Концептуальна модель удосконалення механізмів публічно-приватного партнерства в умовах трансформації охорони здоров'я

*Джерело: розроблено автором.

У центрі моделі розташовано інноваційно-цифровий блок. Таке розташування не означає, що цифровізація є головною метою; воно означає, що цифровий інструментарій обслуговує всі інші блоки, забезпечуючи їх спостережуваними даними [151, с. 210]. Між блоками діє зворотний зв'язок: результати, зафіксовані критеріально-результативним блоком, повертаються до цільового та інструментально-регуляторного блоків і змінюють подальші рішення. (Табл. 3.8).

Таблиця 3.8. П'ять блоків концептуальної моделі: функція та зв'язок з механізмами попередніх підрозділів

Блок моделі	Функція в моделі	Зв'язок з механізмами 3.1 і 3.2
Цільовий	Формулює суспільну потребу й мету в межах державних гарантій; ставить питання вибору інструменту	Відповідає вхідному стану механізму 3.1 та точці обґрунтованого вибору інструменту
Суб'єктно-об'єктний	Визначає коло суб'єктів за рівнями влади та об'єкти, диференційовані за придатністю партнерства	Спирається на правові підстави 3.2 (статті 3, 4 Закону) щодо ознак і сфер партнерства
Інструментально-регуляторний	Подає правові, фінансові та фіскальні інструменти реалізації обраного рішення	Прямо переносить нормативно-правовий і фінансово-економічний механізми підрозділу 3.2
Інноваційно-цифровий	Забезпечує спостережуваність виконання договору; послаблює асиметрію інформації	Обслуговує наскрізне управління ризиками та моніторинг із підрозділу 3.1
Критеріально-результативний	Вимірює медико-соціальний, економічний та інституційний результат; замикає зворотний зв'язок	Відповідає зоні реалізації та моніторингу механізму 3.1; перевіряє досягнення мети

*Джерело: складено автором.

Циклічна, а не лінійна будова моделі має самостійне значення для публічного управління. Лінійна схема - від потреби до результату придатна для разової дії, проте партнерство є дією тривалою: договір живе десятиліттями, а обставини за цей час змінюються. Модель без зворотного зв'язку зафіксувала б рішення таким, яким воно було на старті, і не мала б засобу врахувати ані зміну тарифів, ані нові епідеміологічні виклики, ані виявлені похибки структурування. Замкнений контур цю ваду усуває: модель не лише ухвалює

рішення, а й спостерігає його наслідки та повертає їх на вхід. Саме ця властивість відрізняє концептуальну модель від простої послідовності етапів і робить її придатною для довгострокового управління в умовах, де незмінних обставин не буває.

Блок 1. Цільовий: потреба та вибір інструменту.

Цільовий блок відкриває модель. Його завдання не оголосити партнерство відповіддю, а сформулювати потребу так, щоб її можна було порівняти з різними способами задоволення. Три обставини роблять цю потребу гострою.

Перша - наслідки збройної агресії. Зруйновано фізичну інфраструктуру, водночас змінилася сама структура медичних потреб: зросла потреба в хірургії, протезуванні, реабілітації [169, с. 112]. Друга - обмеженість бюджетного ресурсу: за пріоритету безпекових видатків фінансування галузі здійснюється ощадливо, а Програма медичних гарантій покриває переважно операційні витрати, лишаючи капітальну складову незабезпеченою. Третя - зношеність матеріально-технічної бази: значна частина закладів працює в застарілих будівлях, які не відповідають сучасним вимогам інфекційного контролю [203, с. 201].

Ці обставини формують стратегічну мету - забезпечення доступу населення до якісної медичної допомоги. Проте і тут цільовий блок узгоджено з тим, що гострота потреби не визначає інструмента. Вона визначає лише те, що потребу треба задовольнити; чим саме - прямою бюджетною закупівлею, державним замовленням чи партнерством вирішує подальше порівняння. Цільовий блок тому не «запускає перехід до партнерства». Він фіксує потребу й передає її до точки обґрунтованого вибору. Партнерство стає одним із розглянутих варіантів, а не наперед заданою відповіддю.

Тут проступає істотна різниця між цією редакцією моделі та її чорновим варіантом. У чорновому варіанті цільовий блок названо «пусковим механізмом», що сам по собі вже схиляє до висновку: потреба гостра - отже, потрібне партнерство. Така конструкція непомітно перетворює констатацію

проблеми на рекомендацію інструмента. Запропонована редакція цей перехід розриває. Цільовий блок констатує проблему й не більше; рекомендацію виробляє лише наступний блок і лише після порівняння. Гострота воєнних потреб робить ціну помилкового вибору вищою, а не послаблює вимогу вибір обґрунтувати. Цільовий блок, отже, не вмикає партнерство він вмикає процедуру вибору, у якій партнерство може бути як підтверджене, так і відхилене.

Блок 2. Суб'єктно-об'єктний: рівні влади та диференціація об'єктів.

Суб'єктно-об'єктний блок описує, хто діє у проєкті партнерства й на що спрямовано дію. Суб'єктів доцільно розглядати за чотирма рівнями.

На макрорівні діє держава. Міністерство охорони здоров'я зосереджується на нормативно-методологічній функції: типові договори, методичні рекомендації, клінічні стандарти, ліцензування та контроль якості. Національна служба здоров'я України виступає стратегічним закупівельником: через оплату за пролікований випадок у межах Програми медичних гарантій вона формує операційний грошовий потік проєкту [179, с. 154]. Належить, однак, уникати спрощення, наявного в чорновому варіанті. Те, що приватний оператор здатний утримувати витрати нижче тарифу й залишати різницю собі, є не самостійною перевагою партнерства, а звичайним наслідком оплати за фіксованим тарифом він діє так само й для комунального закладу. Тариф НСЗУ деризиковує операційну діяльність; capital-складову він не покриває.

На мезорівні діють органи місцевого самоврядування. У межах змішаної моделі, вони формують капітальний потік плати за експлуатаційну готовність і несуть пов'язане з нею довгострокове бюджетне зобов'язання [171, с. 88]. Окрема громада рідко має достатній фіскальний простір і демографічну базу для високовартісного проєкту. Звідси ідея консолідації попиту через міжмуніципальне співробітництво. Цю ідею варто підтримати, проте з тим самим застереженням, що інституційний статус рад госпітальних округів після переходу на контракування з НСЗУ лишається невизначеним, тому консолідацію доцільно спирати на договір про співробітництво територіальних

громад - механізм із чинною правовою основою, а не на планувальну одиницю, повноваження якої не закріплені однозначно [171, с. 92].

Розподіл фінансових потоків між макро- і мезорівнями заслуговує на окреме уточнення, бо саме він тримає змішану модель. Операційний потік від НСЗУ й капітальний потік від місцевого бюджету покривають різні складові витрат і несуть різні ризики. Перший залежить від кількості пролікованих випадків отже, ризик попиту в операційній частині поділяє приватний оператор. Другий від кількості пацієнтів не залежить і ризик попиту в капітальній частині лишається державі. Така будова не випадкова: вона прямо втілює правило за яким ризик належить тій стороні, що керує ним краще. Капітальну вартість об'єкта приватний партнер контролювати не може попит на медичну послугу формують тарифи, демографія, епідеміологічна ситуація; тому покладати на нього капітальний ризик попиту означало б платити премію за некерований ризик. Розмежування двох потоків і є технічним вираженням цього розподілу відповідальності між рівнями влади.

Суб'єктно-об'єктний блок є тим місцем моделі, де механізми підрозділів 3.1 і 3.2 сходяться найтісніше. Розмежування функцій між макро- і мезорівнями операційний потік від держави, капітальний від громади є прямим перенесенням змішаної моделі фінансування. Вимога професійного управління керованими ризиками й застереження проти передавання некерованого ризику перенесення матриці розподілу ризиків. Обмеження повноважень наглядових рад наглядом без права вето впливає з правової природи договору партнерства за Законом № 4510-IX. Цей блок розподіляє вже обґрунтоване між чотирма рівнями влади, показуючи, який рівень за що відповідає. Саме тому суб'єктно-об'єктний блок є вузловим: через нього перевіряється, чи справді концептуальна модель відтворює логіку попередніх напрацювань, а не підмінює її власною схемою.

На мікрорівні діє приватний партнер. Його роль не зводиться до підрядника: за договором партнерства він на тривалий строк інтегрується у створення та експлуатацію об'єкта, приймаючи частину ризиків [97, с. 115].

Головна управлінська функція приватної сторони професійне управління тими ризиками, які вона здатна контролювати краще за державу. Це твердження слід тримати в межах передавання приватному партнерові ризику, яким він не керує, не підвищує ефективності, а лише додає премію за ризик до ціни.

На метарівні перебувають громада й пацієнт. Залучення приватного партнера справді створює ризик, що інтерес інвестора в прибутку відсуне інтерес пацієнта. Запобіжником виступає громадський нагляд: наглядові ради за участю пацієнтських організацій і фахових експертів, які відстежують виконання соціальних зобов'язань і оприлюднюють результати [97, с. 129]. Тут потрібне точне формулювання. Сторонами договору партнерства за Законом № 4510-IX є публічний і приватний партнери; орган, що не є стороною договору, не може мати права блокувати його виконання. Тому функція наглядових рад: нагляд, розголос, звернення до публічного партнера, а не вето. Дієвість громадського контролю забезпечується не правом блокування, а прозорістю та обов'язком публічної сторони реагувати.

Об'єкти партнерства диференційовано за типом потреби, і ця диференціація є водночас диференціацією придатності інструмента. Капіталомістка інфраструктура, багатoproфільні лікарні, реабілітаційні та перинатальні центри, є тим випадком, де партнерство за моделлю проєктування, будівництва, фінансування й експлуатації має теоретичну підставу: поєднання фаз життєвого циклу в руках однієї сторони усуває стимул здешевлювати будівництво коштом майбутньої експлуатації [11, с. 55]. Високотехнологічне обладнання - другий придатний випадок: договір життєвого циклу переносить на постачальника ризик морального старіння й простою [158, с. 91]. Немедичні допоміжні функції - третій випадок, де партнерство або сервісний контракт є доречним. Натомість для поточних, типових і повторюваних потреб партнерство недоречне: воно лише додає трансакційних витрат там, де пряма закупівля простіша й дешевша.

Диференціація об'єктів є тією рисою моделі, що найвиразніше відрізняє цю редакцію від чорнового варіанта. Чорновий варіант теж перелічував

об'єкти, проте подавав їх як рівнозначні напрями застосування партнерства так, ніби питання полягає лише в доборі контрактної форми. Запропонована редакція вводить інше питання: чи доречне партнерство для цього об'єкта взагалі. Відповідь на нього не однакова. Для капіталомісткої інфраструктури та високотехнологічного обладнання вона радше ствердна, бо тут партнерство має теоретичну підставу, не зведену до доступу до капіталу. Для немедичних функцій вона залежить від масштабу. Для поточних потреб вона заперечна. Включення до моделі чесної відповіді «партнерство недоречне» для цілого класу потреб не вада моделі, а ознака її відповідності: модель вибіркового застосування мусить вказати, де вибір має схилитися проти партнерства.

Розподіл функцій суб'єктів за чотирма рівнями влади узагальнено в таблиці 3.9. Він показує, що жоден рівень не діє відокремлено: операційний потік макрорівня, капітальний потік мезорівня, управління ризиками мікрорівня та нагляд метарівня сходяться на тому самому проєкті.

Таблиця 3.9. Розподіл ролей суб'єктів партнерства за рівнями публічного управління

Рівень	Суб'єкт	Основна функція	Внесок у проєкт
Макро	Держава: МОЗ та НСЗУ	Нормативно-методологічне регулювання; стратегічна закупівля послуг	Правила, стандарти; операційний потік через тарифи Програми медичних гарантій
Мезо	Органи місцевого самоврядування; міжмуніципальне співробітництво	Ініціювання проєкту; формування капітального потоку	Плата за експлуатаційну готовність; консолідація попиту за договором про співробітництво громад
Мікро	Приватний партнер: інвестори, оператори, девелопери	Створення та експлуатація об'єкта; управління керованими ризиками	Капітал, технології, операційна спроможність на строк договору
Мета	Громада та пацієнт; наглядові ради	Громадський нагляд за виконанням соціальних зобов'язань	Прозорість, зворотний зв'язок; нагляд і розголос без права вето на договір

* Джерело: складено автором.

Блок 3. Інструментально-регуляторний: правила, фінанси, фіскальні інструменти.

Інструментально-регуляторний блок систематизовано за чотирма групами.

Роль цього блоку в моделі доцільно означити точно: він є передавальною ланкою, а не джерелом рішень. Рішення про те, чи застосовувати партнерство, ухвалюється раніше у цільовому блоці та точці вибору. Рішення про те, хто за що відповідає, належить суб'єктно-об'єктному блоку. Інструментально-регуляторний блок не додає до цих рішень нового змісту; він перекладає вже ухвалене на мову конкретних правових, фінансових і фіскальних інструментів. Така службова роль не применшує його значення, бо погано дібраний інструмент здатний звести нанівець правильне рішення, вона застерігає від поширеної помилки, за якої наявність розвиненого інструментарію починають сприймати як підставу його застосовувати. Інструмент застосовують тоді, коли цього вимагає рішення, ухвалене в попередніх блоках, а не тоді, коли інструмент просто доступний.

Правові інструменти впорядковують підготовку проєкту. Підготовча фаза справді буває надмірно тривалою, і її стиснення є виправданим. Проте стискати належить послідовність дій, а не аналіз. Тому замість «галузевого швидкого треку» як окремої процедури модель спирається на методичні рекомендації та примірну документацію, що їх Закон № 4510-IX дозволяє Міністерству економіки затверджувати, а також на паралельне міжвідомче погодження через єдине вікно. Частина друга статті 2 Закону встановлює, що відносини партнерства регулюються виключно цим Законом; підзаконний акт не може запровадити окрему процедуру поза його рамкою. Якість відбору партнера підвищує орієнтація на економічно найвигіднішу пропозицію замість найнижчої ціни - критерій, що враховує вартість життєвого циклу, енергоефективність та повноту передавання ризиків.

Фінансові інструменти забезпечують економічну життєздатність проєкту. Це змішана модель: операційний потік від НСЗУ покриває поточні витрати,

плата за експлуатаційну готовність із місцевого бюджету покриває капітальну складову [162, с. 67]. Належить повторити те, що плата за експлуатаційну готовність не вивільняє публічних коштів. Вона є відкладеним публічним видатком, рознесеним у часі, до якого додано премію за приватний капітал. Її привабливість для інвестора пояснюється тим, що ризик попиту лишається державі; її ціна для держави саме цей ризик і ця премія [111, с. 70].

Фіскальні інструменти звільнення від податку на додану вартість та ввізного мита для обладнання, місцеві податкові пільги, прискорена амортизація здатні здешевити проєкт для приватного партнера. Їх, однак, не слід подавати як «податковий щит», що нічого не коштує. Кожен із них є податковим видатком - формою публічних витрат через податкову систему. Звільнення від податку на додану вартість здебільшого усуває кругообіг коштів між бюджетними рахунками, і реальний виграш полягає в усуненні цього кругообігу та пов'язаних трансакційних витрат, а не у створенні нового ресурсу. Фіскальні інструменти доцільні там, де роблять вартісний проєкт здійсненням, і їх належить обліковувати прозоро як фіскальну ціну.

Специфічні регуляторні інструменти стосуються фармацевтичного сегмента. Договори керованого доступу, сперті на оцінку медичних технологій, дозволяють розподілити з виробником фінансовий і клінічний ризик інноваційної терапії [192, с. 104]. Цей інструмент включено до моделі з тим самим застереженням, що договір керованого доступу не має ознак партнерства за статтею 3 Закону № 4510-IX і є суміжним інструментом фармацевтичного сегмента, а не формою ППП.

Чотири групи інструментів об'єднує спільне правило - правило пропорційності. Складність інструмента має відповідати складності потреби, а не перевищувати її. Повномасштабне обґрунтування, конкурентний діалог, багаторічна плата за готовність виправдані для капіталомісткого проєкту з тривалим життєвим циклом; для стандартизованого оснащення вони обертаються зайвими трансакційними витратами. Інструментально-регуляторний блок тому не є набором засобів, які слід застосовувати всі й

завжди. Він є набором, з якого засоби добирають відповідно до масштабу й характеру конкретної потреби. Надмірний інструмент шкодить не менше за недостатній: він подорожчує підготовку й відштовхує від партнерства проєкти, для яких воно було б доречним.

Блок 4. Інноваційно-цифровий: спостережуваність і управління ризиками.

Інноваційно-цифровий блок проходить крізь усі інші блоки моделі. Його призначення точне: послабити асиметрію інформації між публічним замовником і приватним оператором - ця асиметрія є чинником слабкої керованості довгострокового договору приватна сторона знає про стан об'єкта й фактичні витрати більше за публічну. Цифрове середовище зменшує цей розрив.

Інтеграція проєкту в електронну систему охорони здоров'я робить кожную медичну транзакцію зафіксованою й перевірюваною. Для НСЗУ це дає підставу оплачувати фактично надані послуги, а не приблизні показники. Телеметричний моніторинг обладнання та інженерних систем дозволяє прив'язати плату за експлуатаційну готовність до підтверджених показників ефективності: якщо параметр відхиляється від договірного, відхилення фіксується автоматично. Це і є технічна опора наскрізного управління ризиками.

Водночас цифровому ядру не варто приписувати того, чого воно не робить. Воно не створює довіри й не усуває потреби в управлінні. Воно робить виконання договору спостережуваним, а отже керованим. Алгоритмічний моніторинг зменшує простір для суб'єктивного трактування, проте рішення про санкції, перегляд чи припинення договору лишається управлінським, а не машинним. Цифрове ядро це інструмент, який підвищує якість цих рішень, постачаючи їм надійні дані; він не заступає самих рішень. Саме в такому, службовому, а не центральному за значенням сенсі цифровий блок інтегровано в модель.

Цифрова інтеграція має й просторовий вимір. Телемедичні мережі за моделлю «центр - периферія» дозволяють поширити компетенцію

високотехнологічного закладу на віддалені громади: дистанційне консультування, телерадіологія, моніторинг пацієнтів після виписки [35, с. 55]. Це знижує просторову нерівність доступу, проте знову ж таки як інструмент підпорядкований меті, а не як самостійна цінність.

Належить визнати й межі цифрового блоку. Спостережуваність, яку він забезпечує, спирається на дані про здоров'я - найчутливішу категорію персональних даних, тож розширення моніторингу супроводжується відповідальністю за їх захист, і ця відповідальність є частиною ціни інструмента, а не безкоштовним додатком. Крім того, телеметрія фіксує параметри, які піддаються вимірюванню, проте не все істотне піддається вимірюванню однаково добре: показник простою обладнання обчислити легко, а якість клінічної комунікації значно важче. Звідси ризик зміщення уваги до того, що зручно виміряти. Цифрове ядро тому не знімає потреби в людському судженні; воно постачає судженню надійніші дані там, де вони доступні, лишаючи відкритим питання про показники, які опираються кількісному вираженню. Визнання цих меж відрізняє службову роль цифрового блоку від приписуваної йому в чорновому варіанті ролі універсального розв'язувача.

Підсумовуючи характеристику четвертого блоку, варто повернутися до моніторингу виконання договору який є принципом організаційно-управлінського механізму, проте принцип потребує засобу втілення. Інноваційно-цифровий блок і є таким засобом: він робить наскрізний моніторинг технічно можливим, а не лише декларованим. Без нього вимога відстежувати виконання довгострокового договору лишилася б добрим наміром, нездійсненим через брак даних. У цьому й полягає внесок цифрового блоку в модель не в тому, щоб замінити управління технологією, а в тому, щоб забезпечити управління тим ресурсом, без якого воно неможливе. Цифрове ядро є опорою принципу організаційно-управлінського механізму, а не його заміною.

Блок 5. Критеріально-результативний: вимірювання та зворотний зв'язок.

Критеріально-результативний блок завершує модель. Він перевіряє, наскільки фактичний результат відповідає меті, сформульованій у цільовому блоці. Оскільки результат партнерства в соціальній сфері не вичерпується фінансовими показниками, оцінювання спирається на три виміри.

Медико-соціальний вимір має найвищу вагу. Він охоплює клінічну результативність - зниження летальності, частоти ускладнень, повторних госпіталізацій, а також доступність послуги та досвід пацієнта, вимірюваний стандартизованими інструментами PROMs і PREMs. Мірилом тут є цінність для пацієнта, а не обсяг наданих послуг.

Економіко-фінансовий вимір перевіряє, чи виправдав проєкт витрати. Базовий критерій - порівняння з гіпотетичним сценарієм прямого державного фінансування того самого об'єкта. Проєкт партнерства визнається ефективним лише тоді, коли він обходиться державі дешевше, ніж пряма закупівля, з урахуванням повної вартості життєвого циклу й переданих ризиків. Якщо порівняння цього не показує, висновок блоку - партнерство не було доречним вибором.

Інституційно-управлінський вимір оцінює системні наслідки: чи відбувся трансфер технологій та управлінських практик, чи підвищилася прозорість, чи зросла стійкість системи до шоків. Ці наслідки є побічними щодо окремого проєкту, проте істотними для галузі.

Три виміри оцінювання нерівноцінні й нерівні за надійністю, і це варто визнати відверто. Економіко-фінансовий вимір спирається на порівняння з компаратором, конструкцію відносно сувору, хоч і чутливу до закладених припущень. Медико-соціальний вимір спирається на клінічні показники та відгуки пацієнтів - дані змістовні, проте частково суб'єктивні й розтягнуті в часі. Інституційно-управлінський вимір спирається на наслідки, які важко відокремити від впливу інших чинників: трансфер практик чи зростання стійкості рідко можна однозначно приписати одному проєкту. Тому оцінювання за трьома вимірами не дає єдиної остаточної оцінки; воно дає три погляди різної роздільності, які управлінець зважує разом. Модель не приховує

цієї нерівності надійності за виглядом точного підсумкового балу, вона лишає судження за людиною, озброюючи його найкращими доступними даними.

Головна властивість цього блоку - замкнений зворотний зв'язок. Результати оцінювання не залишаються у звітах: вони повертаються до цільового та інструментально-регуляторного блоків і змінюють подальші рішення. Якщо моніторинг засвідчує недосягнення клінічних показників, активуються договірні санкції. Якщо плата за експлуатаційну готовність створює надмірне навантаження на місцевий бюджет, сигнал веде до перегляду умов. Накопичені дані формують підставу для вдосконалення методичних рекомендацій і типових документів. У цьому сенсі модель є не лінійною схемою, а циклом проте циклом керованим, а не таким, що «навчається сам».

Розрізнення між керованим циклом і «самонавчальним організмом» не є грою слів воно має практичне значення для публічного управління. Чорновий варіант моделі описував зворотний зв'язок як автоматичне самовдосконалення системи, наче дані самі собою виправляють політику. Насправді дані нічого не виправляють. Вони лише дають підставу для рішення, яке все одно ухвалює людина - посадовець, що зважає сигнал, обирає захід реагування й несе за нього відповідальність. Зворотний зв'язок у запропонованій редакції моделі є інструментом підтримки рішення, а не його заміником. Така стриманість формулювання важлива: вона не дозволяє перекласти відповідальність за політику на алгоритм і зберігає за публічним управлінням те, що належить лише йому, обов'язок ухвалювати рішення й відповідати за них. Модель допомагає це робити краще; вона не робить цього замість управлінця.

Якщо п'ять блоків описують будову моделі, то алгоритм описує її дію в часі послідовність дій суб'єктів публічного управління від ініціювання проєкту до сталої експлуатації. Алгоритм складається з п'яти етапів - призначення алгоритму перевести статичну будову моделі в порядок практичних кроків. Блоки відповідають на питання «з чого складається модель»; алгоритм відповідає на питання «що робити й у якій послідовності». Для публічного управління друге питання є не менш важливим за перше: навіть бездоганно

Четвертий етап - конкурентний відбір і укладення договору. Партнера визначають на конкурсних засадах за критерієм економічно найвигоднішої пропозиції. Договір фіксує комбіновану модель фінансування та розподіл ризиків.

П'ятий етап - реалізація та моніторинг. Об'єкт створюється та інтегрується в цифрове середовище; виконання договору наскрізне відстежується, платежі прив'язуються до підтверджених показників. Результати оцінювання повертаються на вхід моделі. Стислий опис п'яти етапів: дія, результат і ключовий ризик кожного подано в таблиці 3.10.

Таблиця 3.10. Алгоритм реалізації концептуальної моделі: дія, результат і ключовий ризик кожного етапу

Етап	Управлінська дія	Результат етапу	Ключовий ризик етапу
1. Формулювання потреби	Аналіз медичних потреб території; консолідація запиту громад	Окреслена потреба, передана до порівняння інструментів	Підміна потреби наперед обраним рішенням про партнерство
2. Вибір інструменту	Аналіз ефективності; концептуальна записка як попередній шлюз	Обґрунтований висновок: партнерство або бюджетна закупівля	Формальне порівняння; партнерство обирається за замовчуванням
3. Структурування	Розподіл ризиків; істотні умови; механізми перегляду й виходу	Підготовлений проєкт договору із закладеними запобіжниками	Перетин порога незворотності без запобіжників виходу
4. Відбір і укладення	Конкурс за критерієм економічно найвигоднішої пропозиції	Укладений договір із фіксованою моделлю фінансування	Відбір за найнижчою ціною; незбалансований розподіл ризиків
5. Реалізація та моніторинг	Цифрова інтеграція; наскрізний моніторинг; платіж за результат	Сталий сервіс; результати повертаються на вхід моделі	Формальний моніторинг; платежі без прив'язки до якості

*Джерело: складено автором.

Послідовність п'яти етапів відтворює не довільний адміністративний порядок, а логіку зворотності, обґрунтовану в підрозділі 3.1. Перші два етапи цілком належать до зони зворотних рішень: на етапі формулювання потреби від задуму ще можна відмовитися без жодних втрат, на етапі вибору інструменту

негативний результат порівняння просто повертає потребу до бюджетної закупівлі. Третій етап є підготовчим до незворотності саме тут, до підписання, закладають механізми виходу й перегляду. Четвертий етап, укладення договору, є перетином порога: після нього управління переходить у зону незворотних зобов'язань, де вихід коштує дорого. П'ятий етап триває в цій зоні десятиліттями. Така будова алгоритму означає, що найбільшу аналітичну увагу слід зосереджувати на перших чотирьох етапах доки рішення ще піддається виправленню, а не на п'ятому, коли простір для виправлення вже звужений ціною незворотності (Рис 3.9).

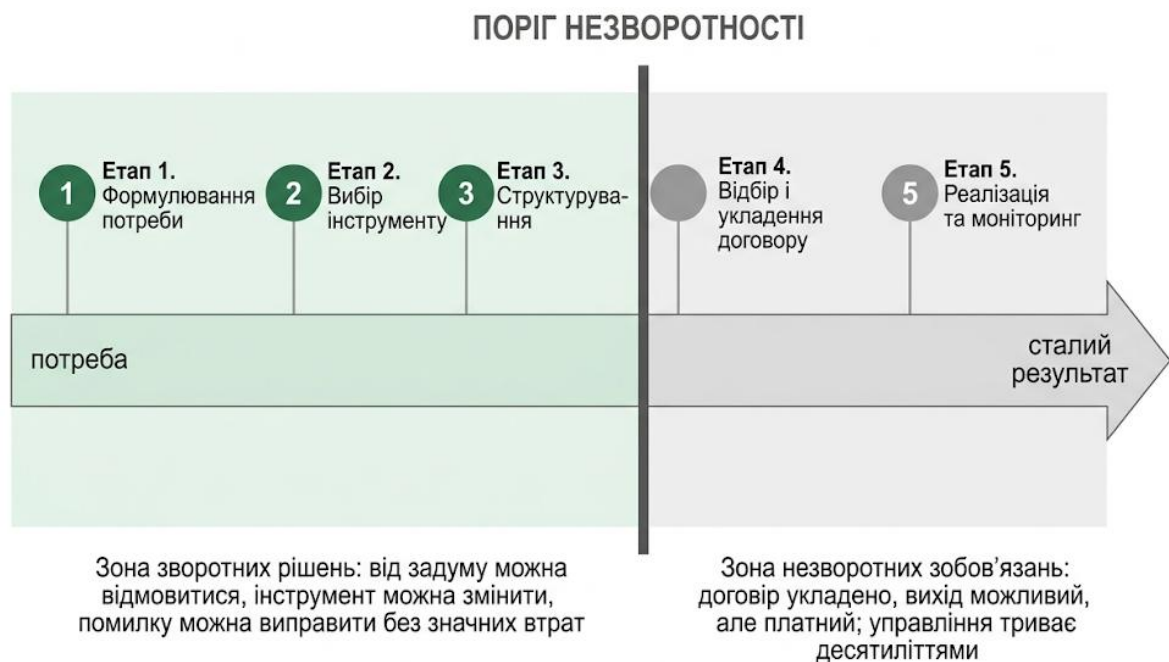


Рисунок 3.9 Співвіднесення етапів реалізації моделі з порогом незворотності: зона зворотних рішень і зона незворотних зобов'язань

*Джерело: розроблено автором.

Послідовність етапів алгоритму спирається на ту саму вісь, що й уся модель, - поріг незворотності. Перші два етапи належать до зони зворотних рішень: від потреби можна відмовитися, інструмент можна змінити, помилку можна виправити без значних втрат. Третій етап підводить до порога; четвертий його перетинає. Після укладення договору рішення стає практично незворотним, і подальше управління відбувається вже в зоні незворотних зобов'язань. Запропонована концептуальна модель збирає три механізми

попередніх підрозділів в одну керовану конструкцію. Її відмінність від чорнового варіанта не в наборі блоків, а в рамці: модель описує дисципліноване й вибіркоче застосування партнерства, а не його розширення. Партнерство в ній є одним із порівнюваних інструментів, цифрове ядро засобом наскрізного управління ризиками, а не середовищем абсолютної довіри, а сама модель чесно вказує, для яких потреб партнерство недоречне.

Практична цінність моделі для публічного управління полягає в тому, що вона перетворює абстрактну вимогу «застосовувати партнерство обґрунтовано» на впорядковану послідовність дій із вбудованими запобіжниками. Управлінець бачить не гасло, а маршрут, на якому позначено, де рішення ще зворотне, а де його ціна вже зафіксована на десятиліття. Саме це, а не ширше застосування партнерства, є змістом запропонованих удосконалень.

Належить чітко окреслити й те, чого запропонована модель не обіцяє. Вона не гарантує успіху кожного проєкту партнерства, вона лише знижує ймовірність того, що партнерство буде обрано там, де воно недоречне, і що його буде структуровано без запобіжників. Вона не замінює управлінського судження автоматизмом навпаки, вона впорядковує поле, у якому це судження здійснюється. Вона не усуває потреби у спроможності держави, модель настільки дієва, наскільки спроможні органи, що її застосовують, і ця залежність лишається чинною. Чесне визнання цих меж не послаблює модель. Воно відрізняє науково обґрунтовану конструкцію від адміністративної обіцянки: модель є інструментом дисциплінованого рішення, а не запорукою того, що рішення завжди буде вдалим.

Підсумовуючи, зауважимо, що розділ третій загалом пропонує не три окремі набори заходів, а одну послідовну логіку. Організаційно-управлінський механізм визначає, як ухвалюють рішення про партнерство; нормативно-правовий і фінансово-економічний за яких умов це рішення є здійсненим і безпечним для держави; концептуальна модель збирає обидва в керовану конструкцію, придатну до застосування. Спільним стрижнем усіх трьох підрозділів є вибіркочість: партнерство розглядається як інструмент, який

обирають доказово й застосовують там, де він справді переважає альтернативи. У контексті повоєнного відновлення, коли число довгострокових інфраструктурних рішень буде значним, а тиск темпу високим, саме така дисциплінованість вибору є передумовою того, щоб відбудова медичної галузі спиралася на партнерство там, де воно доречне, і не спиралася на нього там, де простіший інструмент послужив би краще.

Висновки до третього розділу

У третьому розділі дослідження обґрунтовано комплекс теоретико-методологічних і науково-практичних засад щодо вдосконалення механізмів ППП у системі охорони здоров'я України з урахуванням викликів цифрової трансформації та потреб повоєнного відновлення. Проведений аналіз дозволив сформулювати такі ключові висновки:

1) Публічно-приватне партнерство в охороні здоров'я, на нашу думку, доцільно трактувати як вибірковий, а не типовий інструмент: міжнародний досвід обмежений і неоднозначний, а в Україні з укладених договорів у галузі реалізовано одиниці. Вдосконалення механізму полягає тому у впорядкуванні рішення про застосування ППП, а не в розширенні його сфери. Структурно-логічна модель, що розмежовує зону зворотних рішень і зону незворотних зобов'язань, дає управлінцеві чіткіший орієнтир, ніж традиційний перелік форм і напрямів. Оскільки після укладення довгострокового договору вихід коштує дорого, аналітичну увагу й порівняння інструментів слід зосереджувати ще до перетину порога незворотності доки рішення лишається оборотним, а його виправлення не вимагає значних втрат.

2) Дієвість механізму ППП є умовною, а не наперед заданою: вона спирається на регуляторну, договірну та моніторингову спроможність держави. За браку такої спроможності розширення практики партнерств випереджало б здатність нею керувати, і тому розбудова спроможності, на наше переконання,

має передувати залученню нових партнерств, а не йти слідом за ним.

3) Нормативно-правовий і фінансово-економічний механізми доцільно трактувати не як тло організаційно-управлінського механізму, а як його несучу опору: кожному станові механізму відповідає правова підстава за Законом № 4510-IX і фінансова вимога, без яких цей стан лишається наміром. Чинне законодавство 2025 року вже задовольнило значну частину вимог попередньої наукової дискусії, тож завдання зміщується від проєктування рамки до її розважливого застосування і насамперед до того, щоб спрощений порядок стискав строки, не скасовуючи порівняння партнерства з бюджетними альтернативами.

4) Плату за експлуатаційну готовність та фіскальні преференції: звільнення від податку на додану вартість, місцеві податкові пільги, прискорену амортизацію слід трактувати як відкладені публічні видатки, а не як винахідливе джерело коштів. Жоден із цих інструментів не вивільняє бюджетних ресурсів: він лише розносить їхню вартість у часі, додаючи до неї премію за приватний капітал. Місце таких зобов'язань у прозорому довгостроковому бюджетному обліку, поза балансовими конструкціями, де справжня фіскальна вага рішення залишається видимою для тих розпорядників коштів і складів влади, які нестимуть її в наступні десятиліття.

5) Запропоновано концептуальну модель, яка збирає організаційно-управлінський, нормативно-правовий і фінансово-економічний механізми попередніх підрозділів в одну керовану конструкцію; її відмінність від чорнових розробок полягає не в наборі блоків, а в рамці тобто модель описує дисципліноване вибіркове застосування партнерства, а не його розширення, і трактує партнерство як один із порівнюваних інструментів.

6) П'ятиблокову структуру та п'ятиетапний алгоритм моделі побудовано навколо точки обґрунтованого вибору інструменту й порога незворотності, через що перші етапи належать до зони зворотних рішень, а укладення договору переводить управління в зону незворотних зобов'язань, де ціна виходу є високою. Об'єкти партнерства диференційовано за критерієм

придатності інструмента; модель прямо вказує категорії потреб, для яких партнерство недоречне і має поступитися прямій бюджетній закупівлі, а цифрове ядро трактовано як засіб наскрізного управління ризиками, а не як середовище абсолютної довіри.

ВИСНОВКИ

Проведене дисертаційне дослідження містить авторське вирішення актуальної науково-прикладної задачі - наукового обґрунтування теоретичних засад і розроблення науково-практичних рекомендацій щодо удосконалення публічно-приватного партнерства як механізму реалізації державної політики у сфері реформування охорони здоров'я в Україні в умовах цифрової трансформації та повоєнних викликів. Відповідно до восьми поставлених завдань результати дослідження дають підстави сформулювати такі висновки.

1) Розкрито державну політику у сфері охорони здоров'я як об'єкт публічного управління. Огляд літератури засвідчив, що впродовж останнього десятиліття сам предмет аналізу змінився: дослідницька увага перейшла від мережі закладів і ресурсного забезпечення до державної політики як упорядкованого процесу формування цілей, рішень, правил координації та механізмів відповідальності. Охорона здоров'я постає тепер не як вузькогалузевий різновид соціальної політики, а як складний об'єкт владно-управлінського впливу, що поєднує правові, інституційні, фінансові, інформаційні та безпекові складові. Таке розуміння має методологічне значення для дисертації: воно визначає, що партнерство досліджується не саме собою, а як один із механізмів реалізації цієї політики, і що межі об'єкта наперед окреслюють коло механізмів, придатних до аналізу. Розуміння охорони здоров'я як багатовимірного й соціально чутливого об'єкта дозволяє розглядати державну політику в цій сфері як цілеспрямовану діяльність публічної влади з упорядкування й розвитку системи забезпечення здоров'я населення.

2) Визначено сутність, принципи та форми публічно-приватного партнерства в теорії публічного управління. Установлено, що партнерство ґрунтується на поєднанні публічної відповідальності за результат із приватною спроможністю до інвестування та операційного управління, а його правову природу визначає договір організаційно-майнового, довгострокового й

комплексного характеру. За Законом України «Про публічно-приватне партнерство» партнерство реалізується у двох формах - концесійному договорі та договорі публічно-приватного партнерства, з можливістю змішаного договору. Доведено, що партнерство не є універсальним інструментом і не тотожне приватизації: воно зберігає за публічним партнером стратегічну й регуляторну роль. Принципи партнерства: публічна мета, розподіл ризиків, довгостроковість, прозорість, підзвітність виконують при цьому не декларативну функцію, а працюють як перевірка, через яку має пройти кожен проєкт. Проєкт, що не витримує зв'язання з принципом публічної мети чи безперервності медичної допомоги, належить відхилити, а не доопрацьовувати.

3) Обґрунтовано роль публічно-приватного партнерства як механізму реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я. Доведено, що партнерство відрізняється від класичних інфраструктурних проєктів високою соціальною чутливістю, вимогою безперервності медичної допомоги та залежністю від системи державних фінансових гарантій. Установлено, що партнерство є вибірконим інструментом: воно конкурує з прямою бюджетною закупівлею, державним замовленням і цільовими програмами, а не заміщує їх. Партнерство доцільне там, де приватна сторона привносить капітал, технологію чи операційну спроможність, яких бракує публічному сектору, і де довгий життєвий цикл об'єкта виправдовує інтеграцію його фаз. Для значної частини об'єктів охорони здоров'я партнерство недоречне, і пряме фінансування лишається простішим та менш витратним способом досягнення суспільного результату. Роль партнерства в реалізації державної політики є, отже, не панівною, а вибірковою обмеженою вузьким сегментом потреб, де воно доказово переважає прямі бюджетні альтернативи.

4) Оцінено сучасний стан і тенденції розвитку публічно-приватного партнерства в охороні здоров'я України. Установлено, що приватний медичний сектор за останнє десятиліття перетворився з периферійного сегмента ринку на помітний елемент національної системи охорони здоров'я, що розширює коло потенційних приватних партнерів. Водночас виявлено, що розвиток

партнерства стримується сукупністю нормативних, інституційних та організаційно-управлінських чинників: недостатньою практикою підготовки якісних проєктів, відсутністю сталого професійного супроводу публічних партнерів, обмеженістю компетентностей органів місцевого самоврядування у сфері аналізу ефективності та управління ризиками. Доведено, що навіть за нормативно закріпленої можливості участі публічних суб'єктів у партнерстві його результативність без належної організаційної та кадрової бази лишається обмеженою, а подекуди обертається невиваженими довгостроковими зобов'язаннями місцевих бюджетів. Тенденцією розвитку є перехід від фрагментарної співпраці держави й бізнесу до більш структурованих форм взаємодії; проте цей перехід уточнює умови обґрунтованого вибору, а не означає ширшого застосування партнерства.

5) Проаналізовано нормативно-правове забезпечення реалізації публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України. Установлено, що це забезпечення має багаторівневий характер і поєднує конституційні норми, цивільне, господарське й податкове законодавство, спеціальне законодавство про партнерство, концесію та інвестиційну діяльність, галузеве медичне законодавство й підзаконні акти. Чинною основою системи є Закон України «Про публічно-приватне партнерство» № 4510-IX, чинний з 31 жовтня 2025 року. Доведено, що призначення правового забезпечення полягає не в полегшенні застосування партнерства, а в упорядкуванні відносин так, щоб у кожному проєкті можна було перевірити його виправданість порівняно з альтернативами. Правова рамка, яка зберігає аналіз ефективності та конкурсний відбір, підтримує дисциплінований вибір; рамка, що ці процедури послаблює задля пришвидшення, його підриває. Виявлено, що чинне правове поле потребує галузевої адаптації, проте така адаптація має здійснюватися через методичні рекомендації в межах рамки Закону, оскільки відносини партнерства регулюються виключно цим Законом.

6) Досліджено зарубіжний досвід публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я та визначено умови його адаптації в Україні.

Установлено, що результативність партнерства в державах Європейського Союзу визначається не самим фактом нормативного дозволу, а наявністю інституцій методичного й експертного супроводу проєктів. Виявлено широкий спектр моделей від інфраструктурних до інтегрованих, вибір серед яких залежить від цілей політики, характеру ризиків та інституційної спроможності держави. Доведено, що зарубіжний досвід доцільно використовувати не як зразок для прямого копіювання окремих моделей, а як джерело принципів побудови власної системи партнерства. Перспективними для України є формування координаційного органу з питань партнерства, розширення методичного супроводу публічних партнерів, стандартизація процедур підготовки проєктів та чіткий розподіл ризиків між сторонами. Доведено, що ці напрями не передбачають розширення партнерства: вони створюють інституційні умови обґрунтованого вибору, а перенесення зарубіжних рішень доцільне за умови їх узгодження з національним законодавством.

7) Удосконалено нормативно-правовий та фінансово-економічний механізми реалізації державної політики реформування охорони здоров'я на засадах публічно-приватного партнерства. Доведено, що призначення цих механізмів у системі публічного управління полягає не в розширенні застосування партнерства, а в забезпеченні дисциплінованого вибору: правове поле та фінансове забезпечення мають утримувати державу спроможною ухвалити обґрунтоване рішення й захищеною на порозі незворотності довгострокових зобов'язань. Практична цінність такого підходу полягає в тому, що органи публічного управління різних рівнів від центрального до громади отримують узгоджений критерій ухвалення рішень: застосовувати партнерство там, де воно доказово переважає пряме бюджетне фінансування, і відкрито обліковувати його фінансові наслідки. Це знижує ризик прихованого боргового навантаження на майбутні бюджети та підвищує керованість інвестиційного процесу в галузі. У контексті повоєнного відновлення таке розуміння перетворює партнерство з декларативного гасла на керований інструмент відбудови медичної інфраструктури, застосування якого узгоджене з реальною

спроможністю держави і не перекладає не виважених зобов'язань на наступні склади влади.

8) Розроблено цілісну концептуальну модель удосконалення механізмів реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я на засадах публічно-приватного партнерства, практична цінність якої для системи публічного управління полягає в тому, що вона перетворює загальну вимогу обґрунтованого застосування партнерства на впорядкований маршрут управлінських дій із позначеними точками, де рішення ще зворотне, а де його ціна вже зафіксована на десятиліття. Це дає органам влади різних рівнів від центрального до територіальної громади спільний і перевіряємий порядок ухвалення інвестиційних рішень, знижує ризик помилкового вибору інструменту та підвищує керованість довгострокових зобов'язань. Модель також розмежовує відповідальність між рівнями влади й робить її «прозорою», що зменшує простір для управлінської невизначеності. У контексті повоєнного відновлення така модель робить партнерство передбачуваним і підзвітним інструментом відбудови медичної інфраструктури, застосування якого узгоджене з реальною спроможністю держави й не перекладає невиважених зобов'язань на наступні склади влади.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алексєнко А. П. Співвідношення державно-приватного партнерства та оренди державного і комунального майна. *Фінансово-правовий коледж Київського національного університету імені Тараса Шевченка*. URL: <https://sworld.education/konfer26/265.pdf>.
2. Аналіз ринку медичних послуг в Україні: чим дорожче лікування, тим цінніше здоров'я / ProConsulting. Аналітика ринків. Фінансовий консалтинг. URL: <https://pro-consulting.ua/ua/pressroom/analiz-rynka-medicinskih-uslug-v-ukraine-chem-dorozhe-lechenie-tem-cennее-zdorove> (дата звернення: 20.03.2023).
3. Аніщенко М. А. Сфера охорони здоров'я як об'єкт публічного управління. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2023. Вип. 34. С. 31–37. DOI: <https://doi.org/10.32782/pma2663-5240-2023.34.5>
4. Апаров А. М., Яценко А. В. Державно-приватне партнерство як особлива форма співпраці держави з приватним бізнесом. *Зовнішня торгівля: економіка, фінанси, право*. 2015. № 4. С. 27–35. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/uazt_2015_4_4
5. Баєва О. В. Публічне управління системою охорони здоров'я України : монографія. Київ : НАДУ, 2019. 320 с. URL: http://www.datamining.zntu.edu.ua/book_info.pl?id=142650
6. Бакуменко В. Д., Надок О. А. Візуалізація та моделювання в системі публічного управління: теоретико-методологічний аспект. *Публічне адміністрування та державна служба*. 2023. № 1. С. 12–19. URL: <https://vadnd.org.ua/app/uploads/2017/01/БАКУМЕНКО-В.Д.-Збірник-вибраних-наукових-праць-частина-11.pdf>
7. Бакуменко В. Д., Попов С. А., Вошко І. В. Медична політика держави як об'єкт публічного управління та адміністрування. *Актуальні проблеми державного управління*. 2021. № 1 (59). С. 163–172. DOI: <https://doi.org/10.34213/ap.21.01.17>

8. Батирева І. М. Фінансова автономія закладів охорони здоров'я: управлінський аспект. *Інвестиції: практика та досвід*. 2023. № 4. С. 112–118. DOI: <https://doi.org/10.32702/2306-6814.2023.4.112>
9. Боголюбов В. М. Смарт-контракти як інструмент автоматизованого моніторингу угод про рівень послуг у ПУ. *Правова інформатика*. 2025. № 2. С. 140–150. URL: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Infpr_2025_2.pdf
10. Божко В. М. Правові механізми проведення концесійних конкурсів із застосуванням критеріїв MEAT. *Юридичний вісник*. 2024. № 2. С. 200–210. URL: <https://yurvisnyk.in.ua/index.php/yuridichnij-visnik-2-2024.html>
11. Бойко В. В. Застосування BIM-технологій при проектуванні та управлінні життєвим циклом об'єктів охорони здоров'я. *Сучасні технології, матеріали і конструкції в будівництві*. 2024. № 1. С. 110–118. DOI: <https://doi.org/10.31649/2311-1429-2024-1> URL: <https://stmkvb.vntu.edu.ua/index.php/stmkvb/issue/view/34>
12. Борщ В. І. Державно-приватне партнерство як детермінанта сталого розвитку системи охорони здоров'я України. *Аспекти публічного управління*. 2023. Т. 11, № 1. С. 14–23. DOI: <https://doi.org/10.15421/152302>
13. Борщ В. І. Ринок охорони здоров'я України: аналіз сучасного стану та тенденції розвитку. *Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління*. 2020. Т. 19, вип. 1 (44). С. 140–159. DOI: [https://doi.org/10.18524/2413-9998.2020.1\(44\).201438](https://doi.org/10.18524/2413-9998.2020.1(44).201438).
14. Борщ В. І., Захарченко О. В. Інвестиційне забезпечення розвитку медичної інфраструктури в умовах децентралізації. *Економіка та держава*. 2022. № 9. С. 60–65. URL: <https://www.nayka.com.ua/index.php/economy/issue/view/28>
15. Брайловський І. А. Державно-приватне партнерство: методологія, теорія, механізми розвитку : дис. ... д-ра екон. наук : 08.00.01 / Донецьк, 2014. 462 с.
16. Бюджет Програми медичних гарантій у 2022 році має зрости на 34 млрд грн / Національна служба здоров'я України. 20.10.2021. URL:

https://nszu.gov.ua/press_releases/biudzet-programi-medicnix-garantii-u-2022-roci-maje (дата звернення: 08.02.2026).

17. Вашев О. Є., Рогова О. Г., Пустовойт Т. Б. Сучасні правові механізми реалізації державної політики реформування системи охорони здоров'я та проблеми формування галузі медичного права. *Теорія та практика державного управління*. 2014. Вип. 4. С. 197–204. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Trpu_2014_4_29.

18. Вашев О. Є., Хижняк С. В. Державно-приватне партнерство: концептуальні засади та особливості впровадження в Україні. *Державне будівництво*. 2025. № 2 (36). DOI: <https://doi.org/10.26565/1992-2337-2024-2-05>

19. Вашев О. Є., Хижняк С. В. Правові механізми розвитку державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. *Теорія та практика державного управління*. 2024. Вип. 2, № 79. DOI: <https://doi.org/10.26565/1727-6667-2024-2-15>

20. Вашев О. Є., Хижняк С. В. Державно-приватне партнерство в питаннях формування здорового способу життя населення. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування*. 2024. Т. 35 (74), № 6. <https://doi.org/10.32782/TNU-2663-6468/2024.6/30>

21. Вашева А. О., Вашев О. Є. Національна система охорони здоров'я Великобританії: досвід для України. *Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення* : матеріали III наук.-практ. конф. з міжнародною участю (м. Харків, 5 листоп. 2020 р.). Харків : ХНМУ, 2020. С. 73–75. URL: <https://repo.knmu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/da8b2ced-ba23-44fd-b5d6-7ce5f2568337/content>

22. Веймер Д. Л., Вайнинг Р. Е. Аналіз політики: Концепції і практика / пер. з англ. І. Дзюб, А. Олійник ; наук. ред. О. Кілієвич. Київ : Основи, 1998. 654 с.

23. Відбудова системи охорони здоров'я України: візія та стратегічні пріоритети : аналітичний звіт / за заг. ред. В. К. Ляшка. Київ : МОЗ України, 2023. 112 с.

24. Віктор Ляшко: пріоритети Української доктрини в медичній сфері закладені у проєкт бюджету-2024 / Міністерство охорони здоров'я України. 22.09.2023. URL: <https://moz.gov.ua/uk/viktor-ljashko-prioriteti-ukrainskoi-doktrini-v-medichnij-sferi-zakladeni-u-proekt-bjudzhetu-2024> (дата звернення: 08.02.2026).

25. Вінник О. М. Технології державно-приватного партнерства (правові аспекти). *Демографія та соціальна економіка*. 2012. № 1 (17). С. 110–119. DOI: <https://doi.org/10.15407/dse2012.01.110>

26. Волощук І. В. Дослідження сутності державно-приватного партнерства та передумов його впровадження в Україні. *Економіка і організація управління*. 2014. Вип. 3–4. С. 51–55. URL: <https://jeou.donnu.edu.ua/issue/view/20>

27. Волощук І. В. Аналіз світового досвіду використання державно-приватного партнерства та передумови його впровадження в Україні. *Економіка і організація управління*. 2014. № 1. С. 83–88. URL: <https://jeou.donnu.edu.ua/issue/view/19>

28. Гід для пацієнтів 2024 / Національна служба здоров'я України. Київ, 2024. 75 с. URL: https://academy.nszu.gov.ua/pluginfile.php/256700/mod_page/content/37/%D0%93%D1%96%D0%B4_%D0%B4%D0%BB%D1%8F%20%D0%BF%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%94%D0%BD%D1%82%D1%96%D0%B2%202024_.pdf (дата звернення: 08.02.2025).

29. Глущенко О. В. Архітектура державно-приватного партнерства в соціальній сфері: європейський досвід та українські реалії. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2024. № 2. С. 205–214. URL: <https://www.nayka.com.ua/index.php/dy/issue/view/129>

30. Гойда Н. Г., Курділь Н. В., Вороненко В. В. Нормативно-правове забезпечення державно-приватного партнерства в охороні здоров'я України. *Запорожский медицинский журнал*. 2013. № 5 (80). С. 104–108. URL: <https://zmj.zsmu.edu.ua/issue/view/980>

31. Голованова І. А., Краснова О. І. Значення приватної медицини в

системі охорони здоров'я України. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2016. № 1. С. 22–25. URL: <https://nasu-periodicals.org.ua/index.php/economiclaw/issue/view/963>

32. Господарський кодекс України від 16.01.2003 № 436-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/436-15>.

33. Григор'єва Л. П. Facility Management у медичній сфері: застосування Угод про рівень послуг (SLA). *Бізнес Інформ*. 2024. № 4. С. 82–91. URL: www.business-inform.net/annotated-catalogue/?year=2024&abstract=2024_04_0

34. Гринчук Н. М. Аутсорсинг та енергосервісні контракти в управлінні закладами охорони здоров'я. *Публічне урядування*. 2021. № 3. С. 54–61. URL: <https://journals.maup.com.ua/index.php/public-management/issue/view/183>

35. Гриценко А. А. Алгоритмічне врядування у соціальній сфері: виклики та перспективи детінізації транзакцій. *Економічна теорія*. 2024. № 2. С. 108–120. URL: <http://jnas.nbuiv.gov.ua/uk/issueUJRN-0001658862>

36. Давиденко Н. М. Договори життєвого циклу (Life Cycle Contracts) як інструмент управління високотехнологічним медичним обладнанням. *Інвестиції: практика та досвід*. 2025. № 2. С. 90–98. URL: <https://www.nayka.com.ua/index.php/investplan/issue/view/196>

37. Даниленко С. М. Державно-приватне партнерство в реалізації та фінансуванні інноваційних проєктів. *Фінансовий простір*. 2014. № 3. С. 41–47. URL: <https://fp.lnu.edu.ua/index.php/fp/issue/view/15>

38. Данилишин Б. М. Аналіз регуляторного впливу при впровадженні Закону України "Про загальні засади розвитку державно-приватного партнерства в Україні" / Департамент інвестиційної та інноваційної діяльності. URL: <http://news.yurist-online.com/news/kmu/2/>

39. Державне управління охороною здоров'я в Україні : генеза і перспективи розвитку : кол. моногр. / за заг. ред. М. М. Білінської, Я. Ф. Радиша. Київ, 2013. 424 с. URL: <https://dspace.nuph.edu.ua/bitstream/123456789/20361/1/199-200.pdf>

40. Державно-приватне партнерство в Україні. Оглядова інформація.

URL: https://www.ukrppp.com/present/Day_1_Panel_4_Ministry_of_Economy.pdf.

41. Деякі питання організації здійснення державно-приватного партнерства : Постанова Кабінету Міністрів України від 11.04.2011 р. № 384 (станом на 01.09.2023 р.). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/384-2011-п#Text>.

42. Дідик Н. Д. Державна політика у сфері громадського здоров'я: трансформація векторів в умовах воєнного стану. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування*. 2024. Т. 35 (74), № 2. С. 42–47. DOI: <https://doi.org/10.32782/TNU-2663-6468/2024.2/08>

43. Дубок І. Нормативно-правове забезпечення державно-приватного партнерства в сфері культури України. *Ефективність державного управління*. 2016. Вип. 46/47 (1). С. 257–265. <https://doi.org/10.33990/2070-4011.46/47.2016.176158>

44. Дубок І. П. Державно-приватне партнерство як механізм формування та реалізації культурної політики в Україні : дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2017. 225 с.

45. Економічна енциклопедія : у 3 т. Т. 2 / редкол.: С. В. Мочерний (відп. ред.) та ін. Київ, 2001. 848 с.

46. Електронна карта місць надання послуг за програмою медичних гарантій / Національна служба здоров'я України. URL: <https://nszu.gov.ua/dashboards/elektronna-karta-misc-nadannia-poslug-za-programoiu> (дата звернення: 08.02.2026).

47. Єфименко Т. І. Комбіновані моделі фінансування інфраструктурних проєктів в умовах обмеженого фіскального простору. *Фінанси України*. 2025. № 1. С. 65–78. DOI: <https://doi.org/10.33763/finukr2025.01.007>

48. Європейський банк реконструкції та розвитку (ЄБРР). Методологія оцінки Value for Money (VfM) у концесійних проєктах. Лондон : EBRD, 2024. 112 с.

49. Жаліло Я. А. Інституційна резильєнтність соціальної інфраструктури в

умовах повоєнного відновлення України. *Стратегічна панорама*. 2024. № 1. С. 50–62. URL: <https://niss-panorama.com/index.php/journal/issue/view/15>

50. Жук В. П. Форми функціонування державно-приватного партнерства. *Інвестиції: практика та досвід*. 2012. № 13. С. 109–111. URL: <http://www.investplan.com.ua/?n=13&y=2012>

51. Загальна процедура запуску проекту державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. Додаток 3 до методичних рекомендацій. URL: https://moz.gov.ua/uploads/1/7839dodatok_3_do_dpp_mr_zagalna_procedura_zapusk_proektu_derzavno.pdf.

52. Закон України «Про державно-приватне партнерство» від 01.07.2010 № 2404-VI. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2404-17>.

53. Закон України «Про концесії» від 16.07.1999 р. № 997-XIV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/997-14>.

54. Заліська О. М. Фармакоекономіка інноваційних лікарських засобів: виклики для публічного управління. *Фармацевтичний журнал*. 2024. № 3. С. 212–220. URL: <https://pharmj.org.ua/index.php/journal/issue/view/93> DOI: <https://doi.org/10.32352/0367-3057.3.24>

55. Запатріна І. В. Публічно-приватне партнерство в Україні: від становлення до реалізації масштабних інфраструктурних проєктів : монографія. Київ : Центр навчальної літератури, 2020. 256 с.

56. Запатріна І. В. Публічно-приватне партнерство в Україні: перспективи застосування для реалізації інфраструктурних проєктів і надання публічних послуг. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/econprog_2010_4_8

57. Звіт Єврокомісії: розділи «Публічні закупівлі», «Свобода руху товарів» та «Підприємництво та промислова політика» відзначили прогрес України у 2025 році / Міністерство економіки України. 05.11.2025. URL: <https://me.gov.ua> (дата звернення: 09.03.2026).

58. Звіт про результати діяльності Державної служби статистики України за 2017 рік. URL: https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2018/zb/09/

zb_nauka_2017.pdf.

59. Звіт про результати діяльності Державної служби статистики України за 2018 рік. URL: https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2018/zb/09/zb_nauka_2018.pdf.

60. Звіт про результати діяльності Державної служби статистики України за 2019 рік. URL: https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2018/zb/09/zb_nauka_2019.pdf.

61. Звіт про результати діяльності Державної служби статистики України за 2020 рік. URL: https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2018/zb/09/zb_nauka_2020.pdf.

62. Звіт «Державно-приватне партнерство як механізм нової регіональної політики: можливості застосування та практичні аспекти підготовки і впровадження інвестиційних проєктів», 2017. 33 с. URL: http://rdpa.regionet.org.ua/images/129/PPP_report_U-LEAD_30_10_2017.pdf.

63. Іванова Н. В., Іванов О. В. Проблеми та перспективи використання аутсорсингу в сфері публічних закупівель України. *Економіка та суспільство*. 2021. Вип. 26. URL: <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/364>

64. Ігнатенко О. С. Організаційно-управлінські механізми державно-приватного партнерства у медичній сфері. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2021. № 4. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=2054> (дата звернення: 03.03.2026).

65. Індеси споживчих цін на товари та послуги у 2024 році / Державна служба статистики України. Київ, 2025. URL: https://www.uz.ukrstat.gov.ua/statinfo/cini/2024/index_do_rik_2024.pdf (дата звернення: 08.03.2026).

66. Кайданник О. Б. Державно-приватне партнерство: досвід зарубіжних країн та перспективи України. *Науково-технічний збірник*. № 111. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/19610786.pdf>.

67. Карамишев Д. В., Вашев О. Є., Немченко А. С., Волос Б. О. Державна

політика фінансування галузі охорони здоров'я в Україні. *Державне будівництво*. 2007. № 1 (1). С. 51–56. URL: <https://www.nayka.com.ua/index.php/economy/article/download/509/516/1390>

68. Кіндрат П. С. Мережеве врядування та ко-продукція суспільних благ у соціальній сфері. *Публічне управління та митне адміністрування*. 2023. № 4. С. 40–48. URL: <https://customs-admin.umsf.in.ua/v4-39-2023>

69. Коваленко В. В., Гайдукович Д. С. Методологічні основи фінансування проектів публічно-приватного партнерства. *Ефективна економіка*. 2014. № 1. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/efek_2014_1_53.

70. Коваленко О. С. Державно-приватне партнерство у сфері високоспеціалізованих медичних послуг (на прикладі центрів гемодіалізу). *Медичні перспективи*. 2023. Т. 28, № 3. С. 200–208. URL: <https://medpers.dsma.dp.ua/uk/2023-tom-xxviii/n-3>

71. Ковальов В. М. Проблеми та перспективи інтеграції інвестиційної складової в тарифи на медичні послуги в рамках Програми медичних гарантій. *Інвестиції: практика та досвід*. 2022. № 12. С. 202–208. URL: <https://nayka.com.ua/index.php/investplan/issue/view/2>

72. Ковальова О. М. Фінансово-економічне забезпечення технологічної модернізації закладів охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2022. № 5. С. 85–91. URL: <https://nayka.com.ua/index.php/investplan/issue/view/2>

73. Козаченко Г. В., Сологуб О. В. Механізми публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні: стан і системотворення. *Бізнес Інформ*. 2024. № 2. С. 36–46. DOI: <https://doi.org/10.32983/2222-4459-2024-2-36-46>.

74. Команда Північного міжрегіонального департаменту НСЗУ: у 2024 році в Україні 2491 надавач первинної допомоги з договором НСЗУ. 03.07.2024. URL: <https://nszu.gov.ua/news/komanda-pivnicnogo-mizregionalnogo-departamentu-n-1>.

75. Комарницька Г. О. Сутність державно-приватного партнерства та його активізування в умовах розвитку інвестиційно-інноваційної діяльності. *Проблеми економіки*. 2019. № 1 (39). С. 46–51. DOI:

<https://doi.org/10.32983/2222-0712-2019-1-46-51>.

76. Коментар Національного банку щодо рівня інфляції в березні 2025 року / Національний банк України. 17.04.2025. URL: <https://bank.gov.ua/ua/news/all/komentar-natsionalnogo-banku-schodo-rivnya-inflyatsiyi-v-berezni-2025-roku>.

77. Комітет Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування : офіц. сайт. URL: <http://komzdrav.rada.gov.ua/>.

78. Конституція України від 28.06.1996 р. № 254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>.

79. Котлік А. В., Телішевська О. Б. Цифрова трансформація системи охорони здоров'я України: виклики та стратегічні пріоритети. *Вісник ХНУ імені В. Н. Каразіна. Серія «Економічна»*. 2022. Вип. 102. С. 64–72. URL: <https://periodicals.karazin.ua/economics/article/view/21154>

80. Концесія як форма державно-приватного партнерства / Кременецька міська громада : офіційний сайт. 2020. URL: <https://kremenetska-gromada.gov.ua/>

81. Криничко Л. Р. Алгоритм реалізації державно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я. Науковий вісник Ужгородського університету. Серія : Економіка. 2020. Вип. 2. С. 22-28. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvuuес_2020_2_4.

82. Круглов В. В. Механізми державного регулювання розвитку державно-приватного партнерства в Україні : дис. ... д-ра наук з держ. управ. : 25.00.02 / Харків, 2020. 479 с.

83. Кульчій О. О. Трансформація системи публічного управління в умовах сучасних інституційних викликів. *Вісник Національного університету цивільного захисту України. Серія: Державне управління*. 2022. Вип. 2 (17). С. 134–142. URL: <http://repositsc.nuczu.edu.ua/handle/123456789/15393?offset=40>

84. Кучеров С. І., Радиш Я. Ф. Теоретичні засади дослідження системи публічного управління у сфері громадського здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 13–14. С. 110–116. DOI:

<https://doi.org/10.32702/2306-6814.2021.13-14.110>.

85. Лахижа М. І., Качан Я. В., Собченко А. О. Державна політика у сфері охорони здоров'я та виклики цифрової медицини: аспекти публічного управління. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2025. Вип. 48. С. 5–13. DOI: <https://doi.org/10.32782/pma2663-5240-2025.48.1>.

86. Легенчук С. Ф., Вигівська І. М., Хоменко Г. Ю. Управління ризиками публічно-приватного партнерства в межах виконання спільних соціальних програм: обліковий аспект. *Проблеми теорії та методології бухгалтерського обліку, контролю і аналізу*. 2020. Вип. 1 (45). С. 41–47. DOI: [https://doi.org/10.26642/ptmbo-2020-1\(45\)-41-47](https://doi.org/10.26642/ptmbo-2020-1(45)-41-47).

87. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Стратегії розвитку системи охорони здоров'я: європейський вектор та українські реалії. *Україна. Здоров'я нації*. 2010. № 1. С. 5-23. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2010_1_3

88. Лозинська С. В. Електронна система охорони здоров'я (e-Health) як інструмент модернізації публічного управління галуззю. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 22. С. 119–124. URL: <http://www.investplan.com.ua/?n=22&y=2021>

89. Ляшко В. К., Гінзбург В. Г. Стратегічні закупівлі медичних послуг: інституційна роль Національної служби здоров'я України. *Український медичний часопис*. 2024. № 1. С. 152–159. URL: https://api.umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2024/03/WEB_UMJ_159.pdf

90. Мазурок О. В. Державно-приватне партнерство як засіб підвищення ефективності системи охорони здоров'я. *Державне будівництво*. 2016. № 2. С. 1–10. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeBu_2016_2_23

91. Маісурадзе М. Ю. Нормативно-правове забезпечення державно-приватного партнерства в Україні. *Економіка та право*. 2013. № 3 (37). С. 115–123. URL: <https://nasu-periodicals.org.ua/index.php/economiclaw/article/view/8041/7283>

92. Маркович І. Б. Модернізація регіональної інфраструктури в умовах цифрової трансформації суспільства. *Регіональна економіка*. 2021. № 3. С. 84–

91. URL: <http://re.gov.ua/doi/re2021.03.084>

93. Макогон В. Д. Бюджетна політика в умовах посилення євроінтеграційних процесів. / В. Д. Макогон. *Бізнес Інформ*. 2017. № 11. С. 323–327. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/binf_2017_11_50

94. Малиновський В. Я. Наукові засади процесу формування державної соціальної політики. *Соціально-економічні проблеми сучасного періоду України*. 2023. Вип. 1(159). С. 17–22. DOI: 10.36818/2071-4653-2023-1-3.

95. Масик М. Ознаки державно-приватного партнерства для реалізації інфраструктурних проєктів. Інститут підготовки кадрів державної служби зайнятості України. 2020. 135 с. URL: <https://repo.nung.edu.ua/bitstreams/a12c2ec6-3d44-4b8e-9781-bfa55055afcb/download>

96. Медична реформа: як співіснуватимуть державна і приватна медицина? URL: <https://www.radiosvoboda.org/a/29035683.html>.

97. Мельник А. Ф., Підгаєць С. В. Державно-приватне партнерство в системі інституційного забезпечення економічних процесів. *Вісник Тернопільського національного економічного університету*. 2011. Вип. 1. С. 7–19. URL: <http://dspace.tneu.edu.ua/handle/316497/15796>

98. Методичні рекомендації для державних та комунальних закладів охорони здоров'я для працівників органів управління у сфері охорони здоров'я для впровадження проєктів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я / МОЗ України. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/1/7840-1234567890.pdf>.

99. Мігай Н. Б. Державно-приватне партнерство у сфері інноваційної діяльності: закордонний досвід та вітчизняні реалії. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Економіка і управління*. 2020. Т. 31 (70), № 1. С. 52–59. URL: https://www.econ.vernadskyjournals.in.ua/journals/2020/31_70_1/11.pdf

100. Міжнародна фінансова корпорація консультоватиме Мінекономрозвитку щодо Агенції з питань підтримки державно-приватного партнерства. URL: <http://www.me.gov.ua/News>.

101. Міністерство економіки України. Керівництво з підготовки техніко-

економічного обґрунтування проєктів ДПП. Київ, 2024. 95 с.

102. Москаленко В. Ф., Розенко О. І. Модернізація матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я як пріоритет публічної політики. *Медичне право*. 2023. № 1. С. 195–206.

103. Москаленко В. Ф., Рожкова І. В. Конкурентне середовище на ринку медичних послуг: управлінський аспект. *Економіка та держава*. 2021. № 8. С. 208–214.

104. Музиченко А. С., Бержанір А. Л. Державно-приватне партнерство як інститут взаємодії влади та бізнесу. *Економічний простір*. 2013. № 75. С. 100–108. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ecpros_2013_75_12

105. Мушинська Н. Ю. Дослідження сучасного стану розвитку відносин державно-приватного партнерства в Німеччині та Україні. *Збірник наукових праць Луцького національного технічного університету*. 2011. Вип. 8 (30). С. 246–256. URL: http://www.pubadm.vernadskyjournals.in.ua/journals/2020/5_2020/5_2020.pdf

106. Навчально-методичний комплекс з дисципліни "Механізм державно-приватного партнерства" / уклад. О. Ф. Овсянюк-Бердадіна. Тернопіль : ТНЕУ, 2017. 60 с.

107. Наказ Мінекономіки України від 22.12.2020 № 2721 Про затвердження Порядку конкурсного відбору незалежних експертів. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0191-21#Text>.

108. Національний інститут стратегічних досліджень. Особливості застосування державно-приватного партнерства як механізму реалізації нової регіональної політики : аналітична записка URL: <http://www.niss.gov.ua/articles/1239/>.

109. Нейкова І. Державно-приватне партнерство як складова інвестиційного механізму інноваційного розвитку. *Науковий вісник Національного університету ДПС України. Серія: Економіка, право*. 2010. № 1(48). С. 152–160.

110. Немченко А. С. Договори керованого доступу як інноваційний

механізм фінансового забезпечення у фармацевтичній галузі. *Фармацевтичний журнал*. 2022. Т. 77, № 3. С. 80–90. DOI: <https://doi.org/10.32352/0367-3057.3.22.06>.

111. Немченко А. С. Нормативно-правове регулювання договорів керованого доступу (МЕА) в Україні: антикорупційний аспект. *Право та державне управління*. 2024. № 3. С. 100–110.

112. Немченко А. С., Бабенко М. М., Назаркіна В. М., Косяченко К. Л. Сучасні моделі публічного управління в системі охорони здоров'я та фармації. *Соціальна фармація: стан, проблеми та перспективи* : матеріали VIII Міжнар. наук.-практ. дистанц. конф. (м. Харків, 27 квіт. 2023 р.). Харків : НФаУ, 2023. С. 81–94.

113. Немченко А. С., Кубарева І. В. Оцінка медичних технологій та договори керованого доступу в системі фармацевтичного забезпечення : навч. посіб. Харків : НФаУ, 2023. 180 с.

114. Олійник Н. І. Цифрова трансформація соціальної сфери як пріоритет державної політики. *Публічне адміністрування: теорія та практика*. 2023. Вип. 1. С. 88–97. (Дата звернення: 25.03.2023)

115. Орлов В. В. Проблема «Принципал-Агент» у державно-приватному партнерстві та механізми її подолання. *Публічне адміністрування*. 2023. № 6. С. 140–148.

116. Орлова Н. С., Бурик З. М. Державна інформаційна політика в Україні в сфері охорони здоров'я. *Експерт: парадигми юридичних наук і державного управління*. 2021. № 2 (14). С. 233–242. DOI: [https://doi.org/10.32689/2617-9660-2021-2\(14\)-233-242](https://doi.org/10.32689/2617-9660-2021-2(14)-233-242).

117. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2801-12>.

118. Особливості застосування державно-приватного партнерства як механізму реалізації нової регіональної політики : аналітична записка / НІСД при Президентові України. URL: <http://www.niss.gov.ua/articles/1239/>.

119. Павлюк К. В. Деполітизація управління інфраструктурними

проектами територіальних громад: інституційний аспект. *Регіональна економіка*. 2023. № 3. С. 85–92.

120. Павлюк К. В. Підвищення ефективності бюджетних видатків у сфері охорони здоров'я на основі механізмів державно-приватного партнерства. *Наука й економіка*. 2014. № 1 (33). С. 281–289.

121. Павлюк К. В., Степаненко С. В. Інституційне середовище публічно-приватного партнерства: світовий досвід та вектори розвитку в Україні. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2021. Вип. 2. С. 50–58. DOI: <https://doi.org/10.32836/2310-9653-2021-2.9>.

122. Павлюк К. В., Степанова О. В. Розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. *Фінанси України*. 2011. № 2. С. 43–45.

123. Павлюк К. В. Сутність і роль державно-приватного партнерства в соціально-економічному розвитку держави. *Наукові праці КНТУ. Економічні науки*. 2010. № 17. URL: <https://dspace.kntu.kr.ua/items/b4649ac8-9b90-4c64-b3ca-49fccbd4fd9c>

124. Панікар Г. Ю. Державно-приватне партнерство: зарубіжний досвід та можливості його використання для України. *Стратегія розвитку України. Економіка, соціологія, право*. 2017. № 11. С. 106–111. URL: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4999542

125. Пашинська К. С. Використання проектів державно-приватного партнерства в Німеччині. *Економіка і організація управління*. 2016. № 3 (23).

126. Петренко В. І. Проблема «капітальної ілюзії» при публічних закупівлях важкого медичного обладнання. *Фінанси України*. 2024. № 5. С. 140–149.

127. Петрик С. М. Форми реалізації проектів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. *Економіка, управління та адміністрування*. 2020. № 2 (92). С. 88–94. DOI: [https://doi.org/10.26642/ema-2020-2\(92\)-88-94](https://doi.org/10.26642/ema-2020-2(92)-88-94).

128. Петрова І. П. Поняття державно-приватного партнерства: оцінка зарубіжних і вітчизняних визначень. *Вісник економічної науки України*. 2014. №

1. С. 88–99. URL: <https://nasplib.isofts.kiev.ua/server/api/core/bitstreams/de5863e4-58dd-4510-9bff-4c969e0f35de/content>

129. Петрова І. П. Система управління ризиками державно-приватного партнерства. *Young Scientist*. 2015. № 12 (27). С. 129–134. (Дата звернення: 8.09.2023)

130. Підготовка та реалізація проектів публічно-приватного партнерства: практичний посібник для органів місцевої влади та бізнесу / С. Грищенко. Київ : ФОП Москаленко О. М., 2011. 140 с.

131. План відновлення системи охорони здоров'я України від наслідків війни на 2022–2032 роки / МОЗ України. Київ, 2022. URL: https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%9D%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D0%BD%D0%B8/21-07-2022-Draft-Ukraine%20HC%20System%20Recovery%20Plan-2022-2032_UKR.pdf

132. Податковий кодекс України : Закон України від 02.12.2010 р. № 2755-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2755-17>.

133. Попович Д. В. Концесія як форма державно-приватного партнерства: сутність, переваги й недоліки застосування. *Львівська державна фінансова академія*. 2015. № 1. URL: <https://economics.opu.ua/files/archive/2015/No1/49-53.pdf>.

134. Практичний посібник «Місцевий економічний розвиток: моделі, ресурси та інструменти фінансування», частина 3. 2020. URL: https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/603/PLEDDG_LED_Finance_Guide_Part_3.pdf.

135. Пристая М. Особливості публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право*. 2023. Вип. 80, ч. 1. С. 557–562. DOI: <https://doi.org/10.24144/2307-3322.2023.80.1.85>.

136. Про внесення змін до деяких законів України щодо усунення регуляторних бар'єрів для розвитку ДПП та стимулювання інвестицій в Україні : Закон України від 24.11.2015 р. № 817-VIII. URL:

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/817-19#Text>.

137. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2168-19>.

138. Про державно-приватне партнерство : Закон України від 19 червня 2025 р. № 931-IX. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/view/t102404>.

139. Про безпеку та якість донорської крові та компонентів крові: Закон України від 30 вересня 2020 р. № 931-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/931-20#Text>

140. Про державно-приватне партнерство : Закон України від 01.07.2010 № 2404-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2404-17> (втратив чинність).

141. Про державно-приватне партнерство : Закон України №2404-VI від 20.10.2019 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2404-17#n44>.

142. Про затвердження Методики виявлення ризиків здійснення ДПП, їх оцінки та визначення форми управління ними : Постанова КМУ від 16.02.2011 р. № 232. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/232-2011-п#Text>.

143. Про затвердження Порядку заміни приватного партнера (концесіонера) за договором, укладеним в рамках ДПП : Постанова КМУ від 01.07.2020 р. № 541. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/541-2020-п#Text>.

144. Про затвердження Порядку конкурсного відбору незалежних експертів : Наказ Мінекономіки України від 22.12.2020 р. № 2721. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0191-21#Text>.

145. Про затвердження Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення : Постанова КМУ від 27.11.2019 № 1124. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/1124-2019-п>.

146. Про концесію : Закон України від 03 жовтня 2019 р. № 155-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/155-20>.

147. Про публічно-приватне партнерство : Закон України від 19.06.2025 № 4510-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/4510-20>.

148. Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на

період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів : Розпорядження КМУ від 17.01.2025 № 34-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/34-2025-p>.

149. Публічно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я / Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/publicno-privatne-partnerstvo-u-sferi-ohorona-zdorov-ya>.

150. Радченко О. В., Ігнатенко О. С. Оптимізація процедур ініціювання та реалізації інфраструктурних проєктів у медичній сфері. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2023. № 4. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=2650>.

151. Радченко О. В., Коваленко І. М. Інфраструктурні втрати системи охорони здоров'я України внаслідок військової агресії: оцінка та стратегії відновлення. *Економіка та держава*. 2023. № 5. С. 110–116. DOI: <https://doi.org/10.32702/2306-6806.2023.5.110>.

152. Радченко О. В., Коваленко І. М. Публічно-приватне партнерство як інструмент інноваційного розвитку соціальної інфраструктури. *Публічне управління та адміністрування в Україні*. 2022. Вип. 28. С. 38–45.

153. Радіш Я. Ф., Дяченко О. В. Публічне управління охороною здоров'я в Україні: системний підхід. Київ : НАДУ, 2022. 256 с.

154. Розум Г. М. Державно-приватне партнерство як ефективний інструмент реалізації інноваційної політики регіонів. *Інвестиції: практика та досвід*. 2017. № 20. С. 90–92. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/20_2017/20.pdf

155. Романюк В. С. Розвиток механізмів державно-приватного партнерства в умовах євроінтеграції України. *Ефективність державного управління*. 2021. Вип. 4(67). С. 56–64. URL: http://www.lvivacademy.com/vidavnitstvo_1/edu_67/fail/Romanyuk_56-64.pdf

156. Рудакова Л. О., Михальчук В. М. Децентралізація управління системою охорони здоров'я на місцевому рівні (на прикладі Київської області). *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 8. С. 105–112. DOI:

<https://doi.org/10.32702/2306-6814.2021.8.105>.

157. Руденко В. В. Публічне управління у сфері охорони здоров'я України: концептуальні засади та напрями реформування. Державне управління та місцеве самоврядування. 2021. Вип. 3(48). С. 84–92. URL: [http://www.dridu.dp.ua/vidavnictvo/2021/2021_03\(48\)/12.pdf](http://www.dridu.dp.ua/vidavnictvo/2021/2021_03(48)/12.pdf) (Дата звернення : 15.07.2023)

158. Світовий банк. Керівництво з підготовки проєктів державно-приватного партнерства в охороні здоров'я. Вашингтон : World Bank Group, 2023. 145 с.

159. Сенюк Ю. І., Надюк З. О. Сучасна державна політика у сфері охорони здоров'я: аналіз реформування системи. *Право та державне управління*. 2020. № 2. С. 211–220. DOI: <https://doi.org/10.32840/pdu.2020.2.33>.

160. Сиченко В. В., Рибкіна С.О. Міжсекторальна співпраця як інституційна основа реалізації соціальної політики. *Сусільство та національні інтереси*. 2025. № 10(18). С. 678–688.

161. Словник: портал української мови. URL: <https://slovnyk.ua>.

162. Соколовська А. М. Податкові інструменти стимулювання інвестицій в Україні та світі. *Фінанси України*. 2023. № 10. С. 24-50. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Fu_2023_10_4

163. Солодаренко М. О. Розвиток державно-приватного партнерства: зарубіжний досвід. *Науковий вісник Ужгородського університету*. 2015. URL: http://www.visnyk-ekon-old.uzhnu.edu.ua/images/pubs/46/1/46_17.pdf.

164. Стан інноваційної діяльності та діяльності у сфері трансферу технологій в Україні у 2017 році : аналіт. довідка. Київ, 2018. 98 с.

165. Статистичний збірник «Наукова та інноваційна діяльність України». Київ, 2018. URL: https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2018/zb/09/zb_nauka_2017.pdf.

166. Статистичний збірник «Наукова та інноваційна діяльність України». Київ, 2019. URL: https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2018/zb/09/zb_nauka_2018.pdf.

167. Статистичний збірник «Наукова та інноваційна діяльність України». Київ, 2020. URL: https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2018/zb/09/zb_nauka_2019.pdf.

168. Статистичний збірник «Наукова та інноваційна діяльність України». Київ, 2020. URL: https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2018/zb/09/zb_nauka_2020.pdf.

169. Степаненко С. В., Батіг В.В. Формування передумов інклюзивного розвитку національної економіки: проблеми та противоріччя *Успіхи і досягнення у науці*. 2026. № 1(23). С. 1598–1609.

170. Степанченко О.М., Шевченко С.О., Ворона О.В Основні проблеми та виклики публічного управління медичним забезпеченням збройних сил України в умовах воєнного стану. *Суспільство та національні інтереси* 2026. № 1(21). С. 953–963. DOI: [https://doi.org/10.52058/3041-1572-2026-1\(21\)-953-963](https://doi.org/10.52058/3041-1572-2026-1(21)-953-963)

171. Ткаченко В. І. Європейський досвід управління якістю медичних послуг та його ефективність у первинній медичній допомозі. *Державне управління*. 2022. № 19–20. С. 132–138. URL: <https://dspace.chmnu.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/1329/1/2022.%20-%20%E2%84%96%2019-20.pdf>

172. Тимченко М.С. Цифрова трансформація публічного управління: засоби та інструменти. *Успіхи і досягнення у науці*. 2024. № 3(3). С. 395–405. DOI: [https://doi.org/10.52058/3041-1254-2024-3\(3\)-395-405](https://doi.org/10.52058/3041-1254-2024-3(3)-395-405)

173. Управління Міністерства охорони здоров'я України. 28.12.2023. URL: <https://moz.gov.ua/uk/u-2024-r-obsjag-medichnih-poslug-scho-finansuetsja-derzhavoju-zbilshitsja---ministr-viktor-ljashko->.

174. Узунов Ф. В. Формування ефективних інструментів реалізації державно-приватного партнерства України. *Актуальні проблеми державного управління*. 2015. № 1 (47). С. 167–175. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apdy_2015_1_24

175. Фролов С. М. Механізми державного регулювання системи охорони здоров'я в умовах реформування. *Public Administration and Regional*

Development .2024. № 1. С. 205–218.URL: <https://pa.journal.in.ua/article/view/79>
(Дата звернення: 19.02.2024)

176. Цивільне право України, підручник, договірні та недоговірні зобов'язання. Загальна характеристика договору про спільну діяльність. URL: https://pidru4niki.com/1176042857308/pravo/dogovir_pro_spilnu_diyalnist.

177. Цивільний кодекс України від 16.01.2003 р. № 435-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15>.

178. Цифровізація охорони здоров'я в Україні: стан, виклики та перспективи : аналітична доповідь. Київ : Національний інститут стратегічних досліджень, 2024. 64 с.

179. Шевчук І. В. Роль громадських рад у реалізації державної політики у соціальній сфері щодо охорони громадського здоров'я в умовах воєнного стану та післявоєнного відновлення . *Успіхи і досягнення у науці* 2025. № 3(13). С. 703–710. DOI: [https://doi.org/10.52058/3041-1254-2025-3\(13\)-703-710](https://doi.org/10.52058/3041-1254-2025-3(13)-703-710)

180. Шеремет О. О. Податкове стимулювання інвестиційної діяльності в системі охорони здоров'я. *Фінанси України*. 2021. № 8. С. 60–75. DOI: <https://doi.org/10.33763/finukr2021.08.060>.

181. Шилепницький П. І. Державно-приватне партнерство: польський досвід : автореф. дис. ... д-ра екон. наук. Чернівці, 2020. 8 с.

182. Шилепницький П. І. Державно-приватне партнерство: теорія і практика : монографія. Чернівці : Ін-т регіональних досліджень НАН України, 2011. 455 с.

183. Шиманська К. В. Децентралізація публічного управління в системі охорони здоров'я: інвестиційний аспект. *Публічне урядування*. 2022. № 3. С. 110–121. DOI: [https://doi.org/10.32689/2617-2224-2022-3\(32\)-10](https://doi.org/10.32689/2617-2224-2022-3(32)-10).

184. Шиманська К. В. Інфраструктурні проекти державно-приватного партнерства в умовах децентралізації : монографія. Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2020. 256 с.

185. Blanken A., Dewulf G. PPPs in Health: Static or Dynamic? *Australian journal of public administration*. 2010. № 69 (1). P. 35–47. DOI:

<https://doi.org/10.1111/j.1467-8500.2010.00667.x>.

186. Budaus D. Public Private Partnership as innovative-organisation form. Heidelberg, 1998.

187. Buse R., Mays N. Human resources for health in Europe: dual education models and PPPs. *European Journal of Public Health*. 2023. Vol. 33, Issue 2. P. 45–52. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad034>.

188. Cheung E., Chan A. P. C., Kajewski S. Reasons for implementing public private partnership projects: Perspective from Hong Kong, Australian and British practitioners. *Journal of Property Investment & Finance*. 2009. P. 81–95. DOI: <https://doi.org/10.1108/14635780910926685>.

189. Directive 2014/23/EU of the European Parliament and of the Council of 26 February 2014 on the award of concession contracts. *Official Journal of the European Union*. 2014. L 94. P. 1–64. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32014L0023>.

190. Engel E., Fischer R., Galetovic A. The Economics of Public-Private Partnerships: A Basic Guide. New York : Cambridge University Press, 2014. 190 p. URL: <https://www.cambridge.org/core/books/economics-of-publicprivate-partnerships/F11EFFBC514817689B4CABCCB7DDE9E5>.

<https://doi.org/10.1017/CBO9781139565615>

191. European Observatory on Health Systems and Policies. Health systems governance. URL: <https://eurohealthobservatory.who.int/themes/observatory-programmes/governance/health-systems-governance>.

192. Ferrario A., Kanavos P. Dealing with uncertainty and high prices for new medicines: A comparative analysis of the use of managed entry agreements. *Social Science & Medicine*. 2023. Vol. 124. P. 39–47. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.11.003>.

193. Greer S. L., Wismar M., Figueras J. (eds.). Strengthening health system governance: better policies, stronger performance. Maidenhead : Open University Press, 2016. 357 p.

194. Healthcare Profit Pool Model BCG analysis. Boston Consulting Group. 2020. URL: <https://www.bcg.com/industries/insurance/insights-from-bcg-insurance-profit-pools/>.

195. ILF. Юридична компанія : офіц. сайт. URL: <https://www.ilf-ua.com/uk/>.

196. Leapfrogging to a Digital Healthcare System Re-imagining Healthcare for Every Indian. Boston Consulting Group. FICCI. 2020. 121 p. URL: <https://www.bcg.com/en-in/leapfrogging-to-a-digital-healthcare-system/>.

197. Li B., Akintoye A., Edwards P. J., Hardcastle C. Perceptions of positive and negative factors influencing the attractiveness of PPP/PFI procurement for construction projects in the UK: Findings from a questionnaire survey. *Engineering, Construction and Architectural Management*. 2005. P. 125–148. DOI: <https://doi.org/10.1108/09699980510584485>.

198. McKee M., Edwards N., Atun R. Public-private partnerships for hospitals. *Bulletin of the World Health Organization*. 2006. Vol. 84, № 11. P. 890–896. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17143463/>

199. OECD. Assessing health system performance: from theory to practice. Paris : OECD Publishing, 2024. URL: https://www.oecd.org/en/publications/assessing-health-system-performance_4e6b28c0-en.html.

200. OECD. Health system performance. URL: <https://www.oecd.org/en/topics/health-system-performance.html>.

201. Organisation for Economic Cooperation and Development. URL: <http://www.oecd.org/gov/budgeting/oecd-principles-forpublic-governance-of-public-private-partnerships.htm>.

202. Piniashko O., Zaliska O. Managed Entry Agreements for innovative therapies in European countries and Ukraine. *Value in Health*. 2023. Vol. 26. P. 75–85. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jval.2023.01.015>.

203. Public Private Partnerships in the EU: Widespread shortcomings and limited benefits : Special Report № 09/2018 / European Court of Auditors. Luxembourg : Publications Office of the EU, 2018. 56 p. URL:

https://www.eca.europa.eu/en/publications/SR18_09

204. Public-Private Partnerships: In Pursuit of Risk Sharing and Value for Money / OECD. Paris : OECD Publishing, 2008. 144 p. URL: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2008/05/public-private-partnerships_g1gh8c7d/9789264046733-en.pdf

205. Public-Private Partnerships. International Monetary Fund. URL: <http://www.imf.org/external/np/fad/2004/pifp/eng/031204.pdf>.

206. Public-private partnerships financed by the European Investment Bank from 1990 to 2019. European Investment Bank. 2020. URL: <https://www.eib.org/en/publications/epec-ppps-financed-by-the-european-investment-bank-since-1990-2019>.

207. Renda A., Schrefler L. Public Private Partnerships: National Experiences in the European Union. Briefing note №IP/A/IMCO/SC/2005-160.

208. Roehrich J. K., Lewis M. A., George G. Are public-private partnerships a healthy option? A systematic literature review. *Social Science & Medicine*. 2014. Vol. 113. P. 110–119. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.037>.

209. The World bank. Research and publications. URL: <http://www.worldbank.org/>.

210. Thomson S., Figueras J., Evetovits T. Health systems in transition: European observatory on health systems and policies. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2022. 185 p.

211. Tille F., Winkelkoetter C., Knai C. Public-private partnerships in diagnostic services: evidence from European health systems. *Health Policy*. 2021. Vol. 125, No. 4. P. 290–298. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.12.012>.

212. Weiner B. J., Alexander J. A. The Challenges of Governing Public Private Community Health Partnerships. *Health Care Management Review*. 1998. 23(2). P. 39–55. DOI: <https://doi.org/10.1097/00004010-199804000-00004>.

213. WHO. Governance for public health across the health and allied sectors. Geneva : World Health Organization, 2025. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240113596>.

214. WHO. Health systems governance for universal health coverage: action plan. Geneva : World Health Organization, 2014. URL: <https://iris.who.int/bitstreams/dbd515c2-67c3-4b46-a415-77effc124bc2/download>.

215. WHO. Health systems governance. URL: <https://www.who.int/health-topics/health-systems-governance>.

216. World Bank. Health financing in Ukraine: reform, resilience and recovery. Washington, DC : World Bank, 2025. URL: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099062725083010231/pdf/P177367-168cec7e-a40b-4a30-9def-39c8f52a3926.pdf>.

217. World Bank. Ukraine Health Financing Reform: Progress and Future Directions. Washington, DC : World Bank, 2022. URL: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/704581639720587025/pdf/Ukraine-Health-Financing-Reform-Progress-and-Future-Directions-Overview.pdf>.

218. World Bank, Government of Ukraine, European Union, United Nations. Ukraine Third Rapid Damage and Needs Assessment (RDNA3) February 2022 – December 2023. Washington, D.C. : World Bank Group, 2024. 206 p. URL: <https://documents.worldbank.org>.

219. Wright A., Smith J. Public-private partnerships in healthcare: A comparative analysis of European models. *Health Policy*. 2022. Vol. 126, No. 4. P. 312–320. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.02.005>.

220. Wu G., Zhao X. Public-private partnerships in public health: Global trends and future directions. *Public Management Review*. 2023. Vol. 25, No. 1. P. 145–168.

221. Wu J., Liu J. Risk allocation in healthcare public-private partnership projects: A comparative study. *Journal of Management in Engineering*. 2021. Vol. 37, No. 3. P. 04021015. DOI: [https://doi.org/10.1061/\(ASCE\)ME.1943-5479.0000905](https://doi.org/10.1061/(ASCE)ME.1943-5479.0000905).

222. Wyatt R., Singh A. Value for money in healthcare PPPs: Beyond financial metrics. *Public Money & Management*. 2023. Vol. 43, No. 2. P. 112–120. DOI:

<https://doi.org/10.1080/09540962.2022.2081395>.

223. Xavier P., Santos R. Governance challenges in hospital public-private partnerships. *International Journal of Health Planning and Management*. 2021. Vol. 36, No. 5. P. 1580–1595.

224. Xia B., Chen Q. Sustainable healthcare infrastructure development through public-private partnerships. *Sustainable Cities and Society*. 2022. Vol. 78. P. 103628. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.scs.2021.103628>.

225. Xie X., Wang L. Digital transformation of healthcare services via public-private partnerships. *International Journal of Medical Informatics*. 2024. Vol. 182. P. 105315.

226. Xu Y., Zhang X. Public procurement of innovation in healthcare: The PPP approach. *Technological Forecasting and Social Change*. 2023. Vol. 188. P. 122290. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2022.122290>.

227. Yamamoto K., Suzuki T. New Public Management and the evolution of healthcare PPPs in advanced economies. *Public Administration and Development*. 2021. Vol. 41, No. 3. P. 134–146.

228. Yang Y., Hou Y. Assessing the efficiency of public-private partnerships in hospital management: Evidence from OECD countries. *Health Policy*. 2022. Vol. 126, No. 8. P. 789–798.

229. Yates M., Green D. Health infrastructure financing: The role of public-private partnerships in crisis recovery. *Health Economics, Policy and Law*. 2024. Vol. 19, No. 1. P. 45–62.

230. Young D. W. Management Control in Nonprofit Organizations: The Case of Healthcare PPPs. 11th ed. Cambridge : Cambridge University Press, 2023. 415 p.

231. Zander C., Müller H. Governance and accountability in modern healthcare partnerships. *Journal of Health Organization and Management*. 2022. Vol. 36, No. 4. P. 450–468.

232. Zhang L., Chen Y. Risk management strategies for medical equipment life-cycle contracts in PPPs. *Journal of Healthcare Engineering*. 2022. Vol. 2022. P. 8475921. DOI: <https://doi.org/10.1155/2022/8475921>.

233. Zou P. X. W., Li J. Stakeholder dynamics in public-private partnership hospital projects. *International Journal of Project Management*. 2024. Vol. 42, No. 1. P. 102550.

ДОДАТКИ

Список публікацій здобувача за темою дисертації

Наукові праці, у фахових виданнях:

1) Хижняк С. Інноваційні моделі публічно-приватного партнерства в умовах цифрової трансформації охорони здоров'я. Успіхи і досягнення у науці (Серія «Управління та адміністрування»). 2026. № 3(25). С. 1328-1337. URL: <https://perspectives.pp.ua/index.php/sas/article/view/39186>.

DOI [https://doi.org/10.52058/3041-1254-2026-3\(25\)-1328-1337](https://doi.org/10.52058/3041-1254-2026-3(25)-1328-1337)

2) Хижняк С. В. Державно-приватне партнерство: концептуальні засади та особливості впровадження в Україні / Вашев О. Є., Хижняк С. В.. Державне будівництво. 2024. № 2 (36). С. 68–82. URL: <https://periodicals.karazin.ua/db/article/download/25911/23247/>.

DOI: <https://doi.org/10.26565/1992-2337-2024-2-05>

Внесок дисертанта: проаналізовано концептуальні засади публічно-приватного партнерства як інструмента публічного управління; систематизовано інституційні, правові та організаційні чинники, що стримують його впровадження в Україні; обґрунтовано розмежування партнерства й суміжних механізмів залучення приватного сектору та визначено умови, за яких застосування партнерства є обґрунтованим порівняно з прямою бюджетною закупівлею.

3) Хижняк С. В. Правові механізми розвитку державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я / Вашев О. Є., Хижняк С. В.. теорія та практика державного управління. 2024. № 2 (79). С. 314–327.

DOI: <http://doi.org/10.26565/1727-6667-2024-2-15>

Внесок дисертанта: досліджено нормативно-правове забезпечення публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я як багаторівневу систему правового регулювання; визначено проблеми узгодженості загального та галузевого законодавства; обґрунтовано напрями гармонізації правових

механізмів партнерства з урахуванням специфіки медичної галузі, прав пацієнта та вимог безперервності надання медичної допомоги.

4) Хижняк С. В. Державно-приватне партнерство в питаннях формування здорового способу життя. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. (Серія: «Публічне управління та адміністрування»). 2024. Том 35(74) № 6. С. 176-181. URL: https://pubadm.vernadskyjournals.in.ua/journals/2024/6_2024/6_2024.pdf

DOI: <https://doi.org/10.32782/TNU-2663-6468/2024.6/30>

5) Хижняк С. В. Публічно-приватне партнерство та міжмуніципальне співробітництво: управлінська синергія в межах госпітальних округів. / Вашев О. Є., Хижняк С. В.. Суспільство та національні інтереси (Серія «Публічне управління та адміністрування»). 2026. № 5(25). С. 2178-2188. URL: <https://perspectives.pp.ua/index.php/sni/issue/archive>

DOI [https://doi.org/10.52058/3041-1572-2026-5\(25\)-2178-2188](https://doi.org/10.52058/3041-1572-2026-5(25)-2178-2188)

Внесок дисертанта: обґрунтовано концептуальні засади синергетичного ефекту від поєднання інструментів публічно-приватного партнерства та міжмуніципального співробітництва в межах госпітальних округів; здійснено аналіз нормативно-правового та організаційного забезпечення взаємодії територіальних громад у сфері охорони здоров'я; розроблено рекомендації щодо оптимізації управління регіональною медичною інфраструктурою та підвищення ефективності спільного фінансування медичних об'єктів за участю приватного капіталу.

Інші публікації, що засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

6) Khizhniak S. V. Efficiency of public-private partnership in reforming the health care system: global experience and prospects for Ukraine. ScientificWorldJournal. Bulgaria, Svishtov. 2024. Issue No 27. С. 27-36. DOI: <https://doi.org/10.30888/2663-5712.2024-27-00-025>

7) Хижняк С. В. Державно-приватне партнерство як інструмент антикризового управління в системі охорони здоров'я України. Сучасні аспекти кризового управління та розвитку системи охорони здоров'я : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції 26.06.2025 р.- Полтава, 2025-

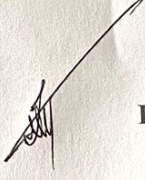
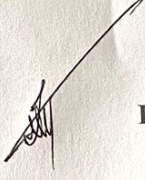
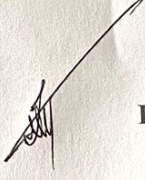
С. 131-135. URL: <https://repository.pdmu.edu.ua/handle/123456789/27498>

8) Хижняк С. В. Цифрова трансформація та інноваційні моделі публічно-приватного партнерства як інструменти підвищення спроможності публічної служби у сфері охорони здоров'я. Потенціал молоді у розвитку публічного управління в Україні: збірник матеріалів науково-практичної конференції 25 лютого 2026 р., м. Харків, Україна – Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2026.

С. 120-123 URL: <https://ekhnuir.karazin.ua/items/715e0ff6-1e3b-41c1-8c3d-4aeaa3372080>

9) Хижняк С. В. Механізми реалізації публічно-приватного партнерства в системі охорони здоров'я в умовах правового режиму воєнного стану. Актуальні проблеми розвитку управлінських систем: досвід, тенденції, перспективи: збірник матеріалів XV Всеукраїнської щорічної науково-практичної конференції студентів і молодих науковців 22 квітня 2026 р. м. Харків, Україна – ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2026. С. 117-119

Довідки про впровадження

	УКРАЇНА БОГОДУХІВСЬКА МІСЬКА РАДА БОГОДУХІВСЬКОГО РАЙОНУ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ				
пл. Соборності, 2, м. Богодухів, Богодухівський р-н, Харківська область, 62103, тел. (05758) 3-20-02, E-mail: bmr1@bogoduhivska-gromada.gov.ua, код ЄДРПОУ 04058640					
<u>05.05.2026</u> № <u>02-21/3562</u> на № _____ від _____		Хижняку Станіславу Владиславовичу			
На Ваше звернення від 17.04.2026 вх.№2184/11 Богодухівська міська рада повідомляє, що на підставі відповідного звернення Богодухівською міською радою було надано інформацію та матеріали (документи) у межах повноважень та відповідно до вимог чинного законодавства України. Матеріали Вашого дисертаційного дослідження «Публічне приватне партнерство як механізм реалізації державної політики у сфері реформування охорони здоров'я» в подальшому можуть бути враховані в діяльності Богодухівської міської ради та її виконавчих органів. Дякуємо за співпрацю. <table border="0" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 50%;">Богодухівський міський голова</td><td style="width: 10%; text-align: center;"></td><td style="width: 40%; text-align: right;">Володимир БЕЛИЙ</td></tr></table> Володимир Тризна (05758)32002			Богодухівський міський голова		Володимир БЕЛИЙ
Богодухівський міський голова		Володимир БЕЛИЙ			

Продовження додатку Б.



УКРАЇНА
ОХТИРСЬКА МІСЬКА РАДА
ОХТИРСЬКОГО РАЙОНУ
СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ

вул. Незалежності, 11, м. Охтирка, Охтирського р-н, Сумська область, 42700, тел. (05446) 4-15-00,
E-mail: oht.miskarada@ukr.net, код ЄДРПОУ 36467402

12.05.2026 № 35-7/421

Хижняку Станіславу Владиславовичу

На Ваше звернення від 24.04.2026 вх.№315/14 Охтирська міська рада повідомляє, що на підставі відповідного звернення Охтирською міською радою було надано інформацію та матеріали (документи) у межах повноважень та відповідно до вимог чинного законодавства України.

Матеріали Вашого дисертаційного дослідження «Публічне-приватне партнерство як механізм реалізації державної політики у сфері реформування охорони здоров'я» в подальшому будуть враховані в діяльності Охтирської міської ради та її виконавчих органів.

Щиро вдячні за співпрацю.

Міський голова

Павло КУЗЬМЕНКО

Продовження додатку Б.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор ННІ «Інститут державного управління»
Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна

Белова Л.О.

2026 року



АКТ

про впровадження результатів дисертаційного дослідження аспіранта кафедри публічної політики ННІ «Інститут державного управління» Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна Хижняка Станіслава Владиславовича на тему «Публічно-приватне партнерство як механізм реалізації державної політики у сфері реформування охорони здоров'я» на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 281 – публічне управління та адміністрування

Комісія у складі:

Голова комісії – заступник директора ННІ «Інститут державного управління» Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна д.держ.упр., професор **Статівка Н.В.**

члени комісії – директор центру підготовки здобувачів вищої освіти, ННІ «Інститут державного управління» Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна к.держ.упр., доцент **Гришина Н.М.**

доцент кафедри економічної політики та менеджменту к.держ.упр., доцент **Косенко А.В.**

цим актом засвідчує, що авторські розробки дисертаційного дослідження Хижняка С.В. за темою «Публічно-приватне партнерство як механізм реалізації державної політики у сфері реформування охорони здоров'я», а саме:

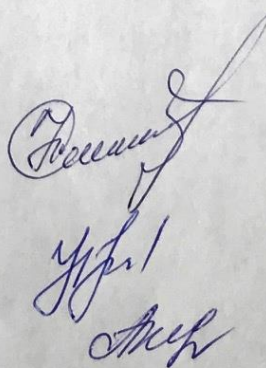
– структурно-логічна модель організаційно-управлінського механізму публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я, що інституціоналізує конкуренцію ППП з альтернативними механізмами, зокрема при розкритті тем, пов'язаних із реформуванням системи охорони здоров'я, міжсекторальними підходами у сфері охорони здоров'я, роллю центральної та регіональної виконавчої влади у формуванні публічної політики, а також питаннями державного регулювання організаційної структури системи охорони здоров'я

Продовження додатку Б.

- комплексна концептуальна модель удосконалення механізмів реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я на засадах публічно-приватного партнерства, яка інтегрує організаційно-управлінський, нормативно-правовий і фінансово-економічний механізми в єдину алгоритмічну конструкцію та використана при оновленні лекційного матеріалу й практичних занять з питань публічної політики у сфері охорони здоров'я, стратегій контролю витрат і ефективного розподілу ресурсів;
 - науково-методичний підхід до оцінки соціально-економічних результатів розвитку приватного медичного сектору на основі матриці «значущість-ефект» та сценарного імітаційного моделювання та стратегічні пріоритети застосування інструментів змішаного фінансування для повоєнного відновлення медичної інфраструктури.
- доповнили лекційну фактологічну основу і навчально-дидактичний інструментарій практичних завдань-кейсів в оновленні дисциплін:
- «Міжсекторальна політика та аналіз її ефективності» (викладач професор Дунаєв І.В.), яка викладається в рамках ОПП - «Менеджмент корпоративних організацій» другий (магістерський) рівень вищої освіти (Спеціальність D3 «Менеджмент»);
 - «Політика трансформаційних змін у сфері охорони здоров'я» (викладач доцент Вашев О.Є.) яка викладається в рамках ОПП - «Публічне управління та адміністрування» другий (магістерський) рівень вищої освіти (Спеціальність D 4 «Публічне управління та адміністрування») починаючи з 2024-2025 навчального року і плануються до викладання у подальшому.

Голова комісії,
Заступник директора,
д.держ.упр., професор

Члени комісії:
к.держ.упр., доцент
к.держ.упр., доцент



Н.В. Статівка

Н.М. Гришина

А.В. Косенко

Додаток В

Таблиця В 1. Інтеграційна матриця станів організаційно-управлінського механізму ППП у сфері охорони здоров'я: правові підстави та фінансово-економічні вимоги

Стан механізму (підрозділ 3.1)	Нормативно-правова підстава (Закон № 4510-IX)	Фінансово-економічна вимога	Управлінський ризик невиконання	Обґрунтування зв'язку
1) Формулювання цілей і принципів	Сфери застосування партнерства та його ознаки (статті 3, 4 Закону України «Про ППП»); відповідність меті державних гарантій медичного обслуговування	Попередня оцінка відповідності потреби бюджетним пріоритетам галузі	Партнерство ініціюється для непрофільної потреби; ресурс витрачається на підготовку нежиттєздатного задуму	Ознаки партнерства за статтею 3 окреслюють коло допустимих об'єктів; звірення мети з державними гарантіями відсікає задуми, що не належать до сфери відповідальності публічного партнера, ще до початку витрат
2) Точка обґрунтованого вибору інструменту	Аналіз ефективності здійснення партнерства (стаття 11); двоетапна підготовка: концептуальна записка, далі техніко-економічне обґрунтування	Достовірний компаратор: оцінка цінності витрачених коштів відносно прямого бюджетного фінансування	Партнерство обирається за замовчуванням; держава переплачує за невиправдане рішення	Аналіз ефективності робить порівняння обов'язковим, а двоетапність дає дешевий попередній шлюз: концептуальна записка відсіює слабкий задум, доки відмова ще нічого не коштує. Спрощений порядок для проєктів відновлення стискає строки, проте не скасовує цього порівняння
3) Структурування партнерства	Дві форми - концесійний договір і договір ППП; змішаний договір; конкурентний діалог; справедливий розподіл ризиків (стаття 3)	Фінансова модель із розмежуванням потоків операційних і капітальних витрат та оцінкою переданого ризику	Незбалансований розподіл ризиків; премія за некерований ризик закладається у плату публічного партнера	Вибір форми юридично фіксує, хто несе ризик попиту: концесія передає операційний ризик концесіонеріві, договір ППП із платою за готовність лишає його державі. Форму обирають за змістом розподілу ризиків, а не за назвою

Стан механізму (підрозділ 3.1)	Нормативно-правова підстава (Закон № 4510-IX)	Фінансово-економічна вимога	Управлінський ризик невиконання	Обґрунтування зв'язку
4) Поріг незворотності	Істотні умови договору; підстави, порядок зміни та припинення договору; плата за експлуатаційну готовність як визначений термін	Повний і прозорий довгостроковий облік плати за експлуатаційну готовність і фіскальних преференцій як відкладених публічних видатків	Прихований борг; фіскальний тягар постає перед наступними розпорядниками коштів та складами влади	Укладення довгострокового договору є практично незворотним; запобіжники виходу та перегляду мають бути закладені до підпису. Плата за готовність і податкові звільнення є відкладеними видатками, тож їх облік поза балансом приховує справжню вагу зобов'язання
5) Зона реалізації та моніторинг	Показники ефективності (результативності); права контролю публічного партнера за виконанням договору	Прив'язка платежу до підтверджених показників результативності; багаторічне бюджетне планування платежів	Платежі не залежать від якості; недовиконання лишається без фінансових наслідків для приватного партнера	Закон пов'язує плату за готовність із досягненням показників результативності, що дає правову підставу зменшувати або припиняти платіж за недовиконання. Багаторічне планування забезпечує стабільність зобов'язання попри зміну складу влади
6) Спроможність держави (смуга-основа)	Інститут радника; повноваження публічного партнера; методичні рекомендації та примірна документація, що їх затверджує Міністерство економіки	Аналітична, договірна та моніторингова спроможність на кожному етапі підготовки й виконання	Формальний компаратор і формальний моніторинг; рішення про незворотні зобов'язання ухвалюється наосліп	Спроможність проходить під усіма станами механізму: без неї норма лишається текстом, а фінансова вимога декларацією. Інститут радника й методичні рекомендації частково компенсують брак власної спроможності, насамперед органів місцевого самоврядування

*Джерело: складено автором на основі Закону України «Про публічно-приватне партнерство» № 4510-IX.

Додаток розкриває у розгорнутому вигляді поетапну модель відповідності,

обґрунтовану в підрозділі 3.2. Таблиці 3.5 і 3.6 основного тексту подають цю модель стисло, у двох окремих проєкціях правовій та фінансово-управлінській. Наведена нижче матриця об'єднує обидві проєкції в єдину конструкцію й доповнює її колонкою обґрунтування, у якій пояснено, чому саме та чи інша норма Закону № 4510-IX та фінансово-економічна вимога відповідають конкретному станові механізму. Таке об'єднання має на меті показати, що відповідність між станами механізму, правом і фінансами не є довільним зіставленням, а впливає з логіки самого механізму.

Матрицю побудовано за тим самим переліком станів, що й організаційно-управлінський механізм у підрозділі 3.1: формулювання цілей і принципів, точка обґрунтованого вибору інструменту, структурування партнерства, поріг незворотності, зона реалізації та моніторинг, а також спроможність держави як наскрізна смуга-основа. Для кожного стану послідовно вказано чотири позиції: нормативно-правову підставу із зазначенням статті Закону № 4510-IX, фінансово-економічну вимогу, управлінський ризик невиконання та обґрунтування зв'язку.

Колонка обґрунтування є тим елементом, якого позбавлені стислі таблиці основного тексту. Саме вона перетворює матрицю з переліку відповідностей на доведену конструкцію: для кожного рядка пояснено, який управлінський сенс має поєднання саме цієї норми із саме цією фінансовою вимогою. Призначення Додатку слугувати довідковим інструментом для перевірки повноти підготовки проєкту партнерства, у якому жоден стан механізму не залишається без правової та фінансової опори.

Нижче пропонується очікувана (найбільш рекомендована автором) практика застосування матриці в умовах сучасної України:

1) Матриця призначена для послідовної перевірки готовності проєкту партнерства на кожному стані механізму. Публічний партнер, рухаючись рядками згори вниз, пересвідчується, що для відповідного стану наявні і правова підстава, і фінансове забезпечення; стан, у якому бракує хоча б однієї з опор, є сигналом зупинити просування проєкту, доки розрив не усунуто. Така перевірка має передувати переходу до наступного стану, а не відбуватися заднім числом.

2) Застосування матриці залежить від рівня публічної влади. Для проєктів, що потребують державних гарантій або співфінансування з державного бюджету, рядок «точка обґрунтованого вибору інструменту» проходять із залученням Міністерства економіки та Міністерства фінансів; для проєктів, що спираються лише на ресурс громади, аналіз ефективності проводить орган місцевого самоврядування, проте сам аналіз залишається обов'язковим. Поріг незворотності матриця трактує однаково для обох рівнів: місцева рада, що ухвалює багаторічне зобов'язання з плати за експлуатаційну готовність, потребує тих самих запобіжників, що й центральний орган. Брак власної аналітичної спроможності органу місцевого самоврядування компенсується інститутом радника та методичними рекомендаціями.

3) Воєнний стан вносить дві поправки. Перша стосується територій активних бойових дій та зон, наближених до них: у громадах, де цивільну владу здійснюють військові адміністрації, повноваження щодо ініціювання та погодження проєктів реалізують відповідні військові адміністрації населених пунктів у межах, визначених законодавством про правовий режим воєнного стану; матриця застосовується тими самими рядками, проте суб'єктом рішення виступає військова адміністрація, а не місцева рада. Друга поправка стосується спрощеного порядку для проєктів відновлення інфраструктури: він стискає строки підготовки, але рядок «точка обґрунтованого вибору інструменту» зберігає чинність порівняння з прямим бюджетним фінансуванням проводиться у пропорційному, а не скасованому вигляді.

4) Окремої обережності потребує поріг незворотності в умовах воєнного часу. Підвищена невизначеність: безпекова, демографічна, бюджетна збільшує ймовірність того, що обставини зміняться вже після підписання договору. Тому для проєктів, що готуються під

час воєнного стану, матриця орієнтує публічного партнера закладати у договір ширші, ніж у мирний час, механізми перегляду умов і чіткі підстави дострокового припинення. Це не послаблення дисципліни, а її пристосування до середовища, у якому ціна незворотного рішення є вищою.

5) Для міжмуніципальних медичних проєктів, де кілька громад об'єднують ресурси заради спільного об'єкта, матрицю застосовують до кожного учасника співпраці окремо: рядок «спроможність держави» перевіряють для кожної громади-учасниці, а рядок «поріг незворотності» щодо консолідованого зобов'язання, яке несе кожна з них згідно з договором про співробітництво територіальних громад. Це запобігає ситуації, коли слабша за спроможністю громада бере непідйомне для її бюджету зобов'язання. У підсумку матриця є не формальним додатком до документації, а робочим засобом самоперевірки публічного партнера: вона дозволяє ще до перетину порога незворотності пересвідчитися, що кожен стан механізму спирається на належну правову підставу та забезпечений фінансово.

Додаток Г

**Таблиця Г1. Інтеграційна матриця-картка концептуальної моделі
удосконалення механізмів публічно-приватного партнерства у сфері охорони
здоров'я**

Блок моделі	Функція блоку	Внесено з підрозділу 3.1 (організаційно-управлінський механізм)	Внесено з підрозділу 3.2 (нормативно-правовий і фінансово-економічний механізм)	Положення щодо порога незворотності	Бажаний для підтвердження управлінський результат
Цільовий	Формулює суспільну потребу й мету; передає її до вибору інструменту	Вхідний стан механізму; потреба не визначає інструмента	Сфери застосування партнерства та його ознаки (статті 3, 4 Закону)	Зона зворотних рішень: від задуму ще можна відмовитися без втрат	Окреслена й задокументована потреба, передана до порівняння інструментів
Суб'єктно-об'єктний	Розподіляє ролі суб'єктів за рівнями влади; диференціює об'єкти	Матриця розподілу ризиків; ризик належить тій стороні, що керує ним краще	Змішана модель фінансування; правова природа договору й меж нагляду	Зона зворотних рішень: ролі й об'єкт ще можна переглянути	Закріплений розподіл функцій між макро-, мезо-, мікро- та метарівнями
Інструментально-регуляторний	Перекладає ухвалені рішення на конкретні інструменти реалізації	Точка обґрунтованого вибору інструменту як умова застосування	Методичні рекомендації в межах статті 2; змішана модель; фінансові видатки	Підготовка до перетину порога: інструменти добирають до підписання договору	Дібраний набір правових, фінансових і фінансових інструментів, пропорційний потребі
Інноваційно-цифровий	Забезпечує спостережуваність виконання договору	Наскрізне управління ризиками й моніторинг як принцип механізму	Прив'язка платежу до підтверджених показників результативності	Діє по обидва боки порога: від підготовки до сталої експлуатації	Спостережуване виконання договору; дані для рішень про санкції та перегляд
Критеріально-результативний	Вимірює результат; замикає зворотний зв'язок на вхід моделі	Зона реалізації та моніторингу; компаратор як мірило ефективності	Порівняння з прямим бюджетним фінансуванням; облік довгострокових зобов'язань	Зона незворотних зобов'язань: оцінювання триває впродовж строку договору	Вимірний медико-соціальний, економічний та інституційний результат, повернений на вхід

*Джерело: складено автором на основі підрозділів 3.1, 3.2 та Закону України «Про публічно-приватне партнерство» № 4510-IX.

Додаток розгортає те, що рисунок 3.7 і таблиця 3.8 основного тексту подають стисло. Призначення матриці-картки показати у перевірюваному вигляді, що концептуальна модель справді інтегрує три механізми попередніх підрозділів, а не лише названа інтегративною. Для кожного з п'яти блоків моделі тут окремо зазначено, що саме внесено з організаційно-управлінського механізму підрозділу 3.1 і що з нормативно-правового та фінансово-

економічного механізму підрозділу 3.2.

Дві колонки матриці заслуговують на окрему увагу. Колонка «положення щодо порога незворотності» прив'язує кожен блок до тієї зони управлінського циклу, у якій він діє, зони зворотних рішень або зони незворотних зобов'язань; це робить наочною вісь, на якій побудовано всю модель. Колонка «верифікований управлінський результат» вказує спостережуваний підсумок роботи блоку те, за чим можна перевірити, що блок виконав свою функцію, а не лишився декларацією.

Саме остання колонка відрізняє матрицю-картку від стислих таблиць основного тексту. Вона перетворює опис моделі на перелік перевірюваних станів: для кожного блоку зазначено не лише, що він має робити, а й за яким результатом можна впевнитися, що він це зробив. У такому вигляді Додаток слугує довідковим інструментом самоперевірки публічного партнера на всіх стадіях підготовки та виконання проєкту партнерства.

Пропозиції щодо можливостей і особливостей практичного застосування матриці-картки в умовах сучасної України:

1) Матриця-картка призначена для послідовної самоперевірки проєкту партнерства на кожному блоці моделі. Публічний партнер, рухаючись рядками згори вниз, пересвідчується, що блок забезпечений і організаційно, і нормативно-фінансово, і що його результат піддається спостереженню. Блок, у якому бракує внеску з підрозділу 3.1 або 3.2 чи відсутній перевірюваний результат, є сигналом зупинити просування проєкту, доки розрив не усунуто.

2) Застосування матриці залежить від рівня публічної влади. Для проєктів, що потребують державних гарантій або співфінансування з державного бюджету, цільовий та інструментально-регуляторний блоки проходять із залученням Міністерства економіки та Міністерства фінансів; для проєктів, що спираються лише на ресурс громади, відповідні дії виконує орган місцевого самоврядування, проте обсяг перевірок при цьому не зменшується. Колонка «положення щодо порога незворотності» застосовується однаково для обох рівнів: блок, віднесений до зони незворотних зобов'язань, потребує тих самих запобіжників незалежно від того, хто є публічним партнером.

3) Воєнний стан вносить дві поправки. Перша стосується територій, де цивільну владу здійснюють військові адміністрації: на цих територіях дії, віднесені матрицею до органу місцевого самоврядування, виконують відповідні військові адміністрації населених пунктів у межах, визначених законодавством про правовий режим воєнного стану; рядки матриці застосовуються ті самі, змінюється лише суб'єкт рішення. Друга поправка стосується спрощеного порядку для проєктів відновлення інфраструктури: він стискає строки, проте не скасовує жодного з блоків, зокрема цільовий блок зберігає функцію порівняння інструментів у пропорційному, а не усіченому вигляді.

4) Окремої уваги потребує блок, віднесений до зони незворотних зобов'язань, в умовах воєнної невизначеності. Підвищена ймовірність зміни безпекових, демографічних і бюджетних обставин після підписання договору означає, що для проєктів воєнного часу матриця орієнтує публічного партнера закладати ширші, ніж у мирний час, механізми перегляду умов і чіткі підстави дострокового припинення. У підсумку матриця-картка є не формальним додатком до проєктної документації, а робочим засобом, який дозволяє ще до перетину порога незворотності пересвідчитися, що кожен блок концептуальної моделі спирається на обидва механізми попередніх підрозділів і дає перевірюваний результат.

ХИЖНЯК СТАНІСЛАВ ВЛАДИСЛАВОВИЧ

Результат перевірки підпису	Підпис вірний
П.І.Б.	ХИЖНЯК СТАНІСЛАВ ВЛАДИСЛАВОВИЧ
РНОКПП	3518504995
Організація (установа)	ФІЗИЧНА ОСОБА
Код ЄДРПОУ	
Посада	
Час підпису (підтверджено кваліфікованою позначкою часу для даних від Надавача)	11:56:27 11.06.2026
Сертифікат виданий	КНЕДП АЦСК АТ КБ "ПРИВАТБАНК"
Серійний номер	5E984D526F82F38F040000009C300A02263A2707
Тип носія особистого ключа	Захищений
Алгоритм підпису	dstu4145
Тип підпису	Кваліфікований
Формат підпису	CAdES-T
Сертифікат	Кваліфікований