

Київський національний торговельно-економічний університет

Кафедра публічного управління та адміністрування

ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему:

**ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНЕ ПАРТНЕРСТВО У СФЕРІ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

Студента (ки) 4 курсу, 12 групи,
спеціальності 074 «Публічне
управління та адміністрування»
спеціалізації «Публічне
управління та адміністрування»

Яременко
Анна
Едуардівна

(підпис студента)

Науковий керівник
науковий ступінь,
вчене звання

Головня,
Юлія
Ігорівна

(підпис керівника)

Гарант освітньої програми
канд. екон. наук,
доцент

Головня
Юлія
Ігорівна

(підпис гаранта)

Київ 2020

Факультет економіки, менеджменту та психології
Кафедра публічного управління та адміністрування
Освітній ступінь: бакалавр
Спеціальність: публічне управління та адміністрування
Спеціалізація: публічне управління та адміністрування

Затверджую
Зав. кафедри _____
« 17 » червня 2020р.

**Завдання
на випускню кваліфікаційну роботу (проект)
студентові**

Яременко Анна Едуардівна

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема випускної кваліфікаційної роботи (проекту): **«ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНЕ ПАРТНЕРСТВО У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»**

Затверджена наказом ректора від «27» лютого 2020 р. № 757

2. Строк здачі студентом закінченого роботи (проекту): 15.05.2020

3. Цільова установка та вихідні дані до роботи (проекту)

Мета роботи (проекту): дослідити державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я України.

Об'єкт дослідження: процес здійснення державно-приватного партнерства у галузі охорони здоров'я.

Предмет дослідження: теоретико-методичні та прикладні аспекти державно-приватного партнерства у галузі охорони здоров'я.

4. Зміст випускної кваліфікаційної роботи (проекту)

(перелік питань за кожним розділом):

Вступ.....

Розділ I. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я 5

1.1. Сутність державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я 5

1.2. Нормативно-правове забезпечення державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я та механізми його реалізації 10

Розділ II. РОЗВИТОК ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ 14

2.1. Інституційні основи реалізації державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України 14

2.2. Аналіз впровадження проектів державно-приватного партнерства у сферу охорони здоров'я України 21

2.3 Напрями вдосконалення державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України	24
Висновки	33
Список використаних джерел	35
5. Календарний план виконання роботи (проекту)	

№ пор.	Назва етапів випускної кваліфікаційної роботи (проекту)	Строк виконання етапів роботи	
		за планом	фактично
1	2	3	4
1	Визначення напрямку дослідження та затвердження теми випускної кваліфікаційної роботи	До 27.02.2020	27.02.2020
2	Складання плану та підготовка індивідуального завдання для виконання випускної кваліфікаційної роботи	До 10.03.2020	10.03.2020
3	Представлення на рецензування науковому керівнику рукопису першого розділу випускної кваліфікаційної роботи	До 01.04.2020	01-05.04.2020
4	Представлення на рецензування науковому керівнику рукопису другого розділу випускної кваліфікаційної роботи	До 15.04.2020	20.04.2020
5	Представлення закінченої випускної кваліфікаційної роботи на кафедрі	До 15.05.2020	15-20.05.2020
6	Підготовка письмового відгуку на випускну кваліфікаційну роботу	До 25.05.2020	25.05.2020
7	Зовнішнє рецензування ВКР	До 01.06.2020	01-05.06.2020
8	Проведення попереднього захисту випускних кваліфікаційних робіт	05-10.06.2020	05-10.06.2020
10	Вирішення питання про допуск випускної кваліфікаційної роботи до захисту	До 15.06.2020	До 15.06.2020
11	Направлення випускної кваліфікаційної роботи із зовнішньою рецензією у ЕК для захисту	За графіком	За графіком

6. Дата видачі завдання «02» березня 2020 р.

7. Науковий керівник випускної кваліфікаційної роботи (проекту)

Головня Юлія Ігорівна

(*прізвище, ініціали, підпис*)

8. Керівник проектної групи

(гарант освітньої програми) Головня Ю.І.

(*прізвище, ініціали, підпис*)

9. Завдання прийняв до виконання студент Яременко Анна Едуардівна

(*прізвище, ініціали, підпис*)

10. Відгук наукового керівника випускної кваліфікаційної роботи (проекту):

Випускна кваліфікаційна робота відповідає темі, написана за планом, усі питання

якого в тій чи іншій мірі розкривають сутність дослідження. Автором опрацьовано значну кількість інформаційних джерел, висновки ґрунтуються на сучасних тенденціях розвитку державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України. В роботі проаналізовані сутність державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я, нормативно-правове забезпечення та механізми його реалізації. Висвітлені інституційні основи реалізації державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України, здійснено аналіз впровадження проектів державно-приватного партнерства у сферу охорони здоров'я України. Також окреслені напрями вдосконалення державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України. Робота допускається до захисту.

Науковий керівник випускної кваліфікаційної роботи (проекту)

(підпис, дата)

Відмітка про попередній захист Головня Юлія Ігорівна

(ПІБ, підпис, дата)

Висновок про випускну кваліфікаційну роботу
(проект):

Випускна кваліфікаційна робота (проект) студента _____

(прізвище, ініціали)

може бути допущена до захисту екзаменаційній комісії.

Керівник проектної групи (гарант освітньої програми): Головня

Юлія Ігорівна

(прізвище, ініціали, підпис)

Завідувач кафедри: Новікова Наталія Леонідівна

(підпис, прізвище, ініціали)

« 17 » червня 2020 р.

ЗМІСТ

Вступ.....	3
Розділ I. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	5
1.1. Сутність державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я	5
1.2. Нормативно-правове забезпечення державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я та механізми його реалізації	10
Розділ II. РОЗВИТОК ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	14
2.1. Інституційні основи реалізації державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України.....	14
2.2. Аналіз впровадження проектів державно-приватного партнерства у сферу охорони здоров'я України.....	21
2.3 Напрями вдосконалення державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України.....	24
Висновки	33
Список використаних джерел	35

Вступ

Актуальність дослідження. Моделі надання суспільних благ та послуг можна розуміти як континуум формул, який має два полярні шляхи прямого надання урядами та повної приватизації. Зростаючий фінансовий тиск на державні рахунки спонукав до розширення нових формул, що дозволяють спрямовувати альтернативні ресурси, так що уряди, які раніше і виробляли, і надавали послуги, тепер, як правило, все більше покладаються на ринок як для вкладень у державне виробництво та надання послуг, так і для прямого надання товарів та послуг. Цей крок відбувся з ідеологічних причин, а також для кращого отримання співвідношення ціни та якості, тобто як покращити використання ресурсів. Державно-приватне партнерство (ДПП) є частиною цієї тенденції. Через ДПП уряд укладає довгостроковий контракт з приватним партнером на поставку товару або послуги. Приватний партнер відповідає за будівництво, експлуатацію та обслуговування активів, необхідних для надання товару або послуги.

Незважаючи на те, що приватні фірми вже давно залучаються до надання державних послуг, впровадження ДПП на початку 1990-х років встановило режим надання державних послуг, який переглянув ролі державного та приватного секторів. Протягом 1990-х та початку 2000-х рр. ДПП розширюється як за кількістю країн, де воно використовується, так і з точки зору кількості секторів та проектів, що фінансуються завдяки цьому партнерству. Уряди запровадили ДПП з різних причин: для покращення співвідношення ціни та якості в проектах надання державних послуг або через те, що ДПП має потенціал залучення приватних фінансів для надання державних послуг. Хоча уряди все частіше визнають, що ДПП є інструментом поліпшення співвідношення ціни та якості, вони не обов'язково розглядають їх як додаткове джерело фінансів. Тим не менш, все ще не вистачає ясності щодо визначення ДПП, а також взаємозв'язку між доступністю, бюджетними обмеженнями та доступом до приватного фінансування.

Мета дослідження – дослідити державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я України.

Відповідно до мети, перед дослідженням були поставлені наступні завдання:

- визначити сутність державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я;
- охарактеризувати нормативно-правове забезпечення державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я та механізми його реалізації;
- визначити інституційні основи реалізації державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України;
- провести аналіз впровадження проектів державно-приватного партнерства у сферу охорони здоров'я України;
- визначити напрями вдосконалення державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України.

Об'єкт дослідження – процес здійснення державно-приватного партнерства у галузі охорони здоров'я.

Предмет дослідження – теоретико-методичні та прикладні аспекти державно-приватного партнерства у галузі охорони здоров'я.

Матеріали та методи. Для досягнення цілей згаданих загальнонаукових методів аналізу, синтезу, обґрунтування, інтерпретації наукових даних, а також системні та структурно-функціональні підходи були використані у представленій роботі. Інформаційною базою дослідження були наукові роботи вітчизняних та зарубіжних експертів з питань ДПП та менеджменту.

Розділ I. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутність державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я

Надання державних послуг не означає, що держава також повинна бути виробником послуг. Більшість державних послуг забезпечуються активами, які уряди закупають у приватного сектора або за допомогою договорів, де приватні компанії будують активи, як правило, згідно з урядовими вимогами. Ці активи можуть включати будівлі, комп'ютери, дамби, дороги, лікарняну або військову техніку. Уряди можуть також укладати договори з приватними компаніями щодо надання певних послуг, таких як технічне обслуговування або консультаційні послуги. Однак жодна з цих домовленостей не обов'язково може кваліфікуватися як державно-приватне партнерство. Вони все ще можуть бути віднесені до традиційних державних закупівель.

В даний час немає чіткого визначення того, що являє собою державно-приватне партнерство. В той же час в літературі знаходимо наступні визначення, запропоновані міжнародними організаціями.

ОЕСР визначає державно-приватне партнерство як договір між урядом та одним або декількома приватними партнерами (до яких можуть входити оператори та фінансисти), згідно з якими приватні партнери надають послугу таким чином, що цілі надання послуг уряду узгоджуються з цілями прибутку приватних партнерів, і коли ефективність вирівнювання залежить від достатньої передачі ризику приватним партнерам [32].

За даними Міжнародного валютного фонду, державно-приватне партнерство (ДПП) стосується домовленостей, коли приватний сектор постачає інфраструктурні активи та послуги, які традиційно надаються урядом [27]. Окрім приватного виконання та фінансування державних

інвестицій, ДПП мають ще дві важливі характеристики: є акцент на надання послуг, а також інвестиції приватним сектором; і значний ризик переноситься з уряду на приватний сектор. ДПП беруть участь у широкому спектрі соціальних та економічних інфраструктурних проєктів, але вони в основному використовуються для будівництва та експлуатації лікарень, шкіл, в'язниць, доріг, мостів і тунелів, легких залізничних мереж, систем управління повітряним рухом, а також водопровідних і санітарних установок.

Для Європейської Комісії термін "державно-приватне партнерство" на рівні Співтовариства не визначений [21]. Загалом, цей термін позначає форми співпраці органів державної влади та бізнесу, які мають на меті забезпечити фінансування, будівництво, оновлення, управління та обслуговування інфраструктури для надання послуги. Наступні елементи, як правило, характеризують ДПП:

- Відносно тривалі відносини, що передбачають співпрацю між державним партнером та приватним партнером у різних аспектах запланованого проєкту.
- Спосіб фінансування проєкту, частково, з приватного сектора, іноді за допомогою складних домовленостей між різними учасниками. У рамках цієї сукупності до приватних фондів можуть бути додані державні кошти - в деяких випадках досить значні.
- Важлива роль економічного оператора, який бере участь у різних етапах проєкту (проєктування, завершення, реалізація, фінансування). Громадський партнер зосереджується насамперед на визначенні цілей, які мають бути досягнуті з точки зору суспільних інтересів, якості наданих послуг та цінової політики, і бере на себе відповідальність за контроль за дотриманням цих цілей.
- Розподіл ризиків між державним партнером та приватним партнером, якому передаються ризики, які, як правило, несуть державний сектор. Однак ДПП не обов'язково означає, що приватний партнер бере на себе всі ризики або навіть основну частку ризиків, пов'язаних з проєктом. Точний розподіл

ризик у визначається у кожному конкретному випадку відповідно до відповідних можливостей зацікавлених сторін оцінювати, контролювати та справлятися з конкретним ризиком.

Визначення ДПП компанією «Standard and Poor's» - це будь-які середньо- та довгострокові відносини між державним та приватним секторами, включаючи обмін ризиками та винагородами міжсекторних навичок, а також досвід та фінанси для досягнення бажаних результатів політики [37].

Для Європейського інвестиційного банку "Державно-приватне партнерство" є загальним терміном для відносин, що складаються між приватним сектором та державними органами, часто з метою впровадження ресурсів приватного сектора та / або експертних знань, щоб допомогти забезпечити та надавати активи та послуги державному сектору [22]. Термін "ДПП", таким чином, використовується для опису широкого спектру робочих домовленостей від вільних, неформальних та стратегічних партнерських відносин, до розробки, побудови, фінансування та експлуатації контрактів на обслуговування послуг та офіційних спільних підприємств. Зведемо надані вище визначення у таблицю:

Таблиця 1.1

Підходи до визначення сутності державно-приватного партнерства

Джерело	Визначення
ОЕСР	Державно-приватне партнерство - договір між урядом та одним або декількома приватними партнерами (до яких можуть входити оператори та фінансисти), згідно з якими приватні партнери надають послугу таким чином, що цілі надання послуг уряду узгоджуються з цілями прибутку приватних партнерів, і коли ефективність вирівнювання залежить від достатньої передачі ризику приватним партнерам
МВФ	Державно-приватне партнерство стосується домовленостей, коли приватний сектор постачає інфраструктурні активи та послуги, які

	традиційно надаються урядом.
--	------------------------------

Продовження таблиці 1.1

Джерело	Визначення
Standard and Poor's	Державно-приватне партнерство - це будь-які середньо- та довгострокові відносини між державним та приватним секторами, включаючи обмін ризиками та винагородами міжсекторних навичок, а також досвід та фінанси для досягнення бажаних результатів політики.
Європейський інвестиційний банк	Державно-приватне партнерство - відносини, що складаються між приватним сектором та державними органами, часто з метою впровадження ресурсів приватного сектора та / або експертних знань, щоб допомогти забезпечити та надавати активи та послуги державному сектору.

Джерело: узагальнено автором на основі [22; 27; 32; 37]

Особливості державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України наступні:

- 1) рівноправний розподіл ризиків між партнерами;
- 2) економія бюджетних коштів;
- 3) інноваційний розвиток вітчизняної медицини з метою надання пацієнтам якісніших медичних послуг;
- 4) формування механізму взаємодії держави та бізнес-структур на засадах добровільного та взаємодоповнюючого партнерства;
- 5) отримання економічного та соціального ефектів;
- 6) розвиток інноваційних форм проектного менеджменту;
- 7) стимулювання підприємництва та попиту;
- 8) формування дієвої нормативно-правової бази щодо регулювання відносин партнерів;
- 9) інформаційне забезпечення суб'єктів державно-приватного партнерства;
- 10) підготовка медичних та управлінських кадрів при реалізації медико-соціальних проектів державно-приватного партнерства;

11) забезпечення єдності інтересів партнерів [9, с. 34-35].

Зважаючи на те, що державно-приватне партнерство займає середину між традиційними державними закупівлями та приватизацією, необхідно чітко їх відрізнити від цих двох. Слід також відрізнити ДПП від поступок (хоча вони тісно пов'язані). Щоб визначити ДПП та відрізнити їх від усіх інших форм взаємодії державного та приватного секторів, необхідно спочатку зрозуміти основну причину здійснення державно-приватного партнерства.

Основна причина - покращити надання послуг - тобто створити кращі співвідношення ціни та якості порівняно з державою, яка надає послугу (тобто у випадку традиційних державних закупівель). Таким чином, навіть якщо доставка за допомогою традиційних закупівель є ефективною, послуга може бути ні високоякісною, ні ефективною. Таким чином, уряди можуть вирішити укласти договори ДПП та використовувати потенціал приватного сектору для ефективного забезпечення кількості та якості. Однак, хоча участь приватного сектору в ДПП часто сприяє підвищенню ефективності, сама участь приватного сектору в наданні послуги є недостатньою для гарантування покращення надання послуг та підвищення ефективності. Такі покращення вирішально залежать від достатньої передачі ризику від державного сектора до приватного партнера. За відсутності достатньої передачі ризику, надання послуг все ще може розглядатися як державні закупівлі, навіть якщо бере участь приватна компанія. Отже, відмітною рисою, яка визначає, чи проект визначений як традиційна державна закупівля, або як державно-приватне партнерство, має бути перенесена чи ні достатня кількість ризику.

Якщо договір ДПП передбачає, що приватний партнер максимізує свій прибуток, надаючи послугу ефективно, то договір являє собою партнерство з огляду на той факт, що обидві сторони - уряд та приватний партнер - досягнуть своїх цілей. Це більш широке визначення поняття "партнерство" допомагає відрізнити ДПП від приватизації. Приватизація не передбачає

чіткого узгодження цілей, оскільки, як правило, це означає, що уряд не бере участі в специфікаціях виробництва приватизованого суб'єкта господарювання.

1.2. Нормативно-правове забезпечення державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я та механізми його реалізації

Стратегічна консультативна група з питань реформи охорони здоров'я в Україні представила остаточну версію Національної стратегії реформування охорони здоров'я в Україні [11]. Стратегія, розроблена провідними міжнародними та українськими експертами, розрахована на 2015-2020 рр. і спрямована на фундаментальну зміну пострадянської системи охорони здоров'я на сучасну, яка зможе надати якісну медичну допомогу українським пацієнтам. Основним нормативно-правовим актом як державно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я, так і системи охорони здоров'я в цілому, виступає дана стратегія.

Ініціаторами групи та розробки Стратегії, яка була б основою української влади, були Уряд України, Міжнародний фонд "Відродження" та КФ "Пацієнти України".

На підставі вищезгаданої Стратегії пакет законів про реформування охорони здоров'я був розроблений Міністерством охорони здоров'я та поданий Кабінетом Міністрів Верховній Раді (Верховній Раді) у липні 2015 року, але його зупинив Комітет з питань охорони здоров'я Верховної Ради, оскільки інші подібні, але альтернативні закони, були подані народним депутатом, колишнім міністром охорони здоров'я доктором Олегом Мусієм у серпні 2015 року. Остаточне рішення Комітету з питань охорони здоров'я Верховної Ради з рекомендаціями щодо затвердження законів про реформування охорони здоров'я було прийнято до 11 вересня, 2015 рік.

Необхідні дії:

- усунення структурних диспропорцій в організації системи надання медичної допомоги;
- реформування фінансування охорони здоров'я, починаючи з критеріїв бюджетних призначень;
- переосмислити зміст практик профілактики та лікування, щоб відповідати поточним потребам;
- зміна політики та практики управління персоналом;
- зміна політики та практики управління інформацією;
- зробити закупівлі менш корумпованими та ефективнішими;
- впровадити механізм ДПП для реабілітації та будівництва закладів охорони здоров'я.

Ресурси:

А. Об'єднання ресурсів на обласному рівні для вторинної та третинної допомоги та перетворення Областей на стратегічних покупців послуг.

Обласні адміністрації охорони здоров'я повинні:

- заохочувати інтеграцію та більшу координацію між лікарнями;
- посилити первинну медичну допомогу, створивши автономні центри з філіями в селах. Змішані поліклініки у містах;
- поступово надавати повноваження керівникам лікарень переказувати кошти через ресурси та послуги;

В. Змінити критерії розподілу:

- Грошові кошти зараз перебувають там, де є ліжка та персонал, незалежно від потреби та результатів роботи; Бюджетування рядків-позицій запобігає будь-якому підвищенню ефективності.

Розвиток ДПП в галузі охорони здоров'я в Україні - перспективний:

- створення сектору медичних послуг, відкритого для всіх видів підприємств;
- чітке юридичне визначення того, які саме медичні послуги є безкоштовними для громадян та яким чином забезпечується надання таких послуг;

- стандарти та обсяг наданих послуг гарантується державою;
- залучення проектів ДПП повинно передбачати можливості приватного партнера робити інвестиції в проекти з подальшим поверненням;
- реформувати систему фінансування охорони здоров'я у напрямку встановлення довірливих відносин між замовником та постачальником послуг;
- внесення змін до Бюджетного кодексу України, законів, підзаконних актів;
- взяття державним партнером довгострокових державних фінансових зобов'язань за договорами ДПП, які передбачають платіжні зобов'язання (прямі та д), що є кроком поза поточним бюджетом;
- справедливе відшкодування збитків приватному партнеру у разі дострокового розірвання договору;
- підготовка керівників охорони здоров'я та економістів галузі охорони здоров'я для розробки проектів ДПП.

Ризики ДПП в галузі охорони здоров'я України:

- ризик тлумачення договору ДПП як суперечність ст. 49 Конституції України;
- неможливість гарантувати довгострокове державне фінансування місцевого самоврядування (часткове);
- неправильне сприйняття проекту від керівництва та медичного персоналу лікарні.

Наступні кроки у розвитку ДПП в галузі охорони здоров'я:

- створення сектору медичних послуг, відкритого для всіх видів суб'єктів;
- чітке законодавче визначення того, які саме медичні послуги є безкоштовними для громадян та яким чином забезпечується надання таких послуг;
- стандарти та обсяг наданих послуг, гарантованих державою;

- залучення проектів ДПП повинно враховувати можливості приватного партнера робити інвестиції в проекти з подальшою віддачею;
- система фінансування охорони здоров'я повинна бути реформована у напрямку встановлення довірливих відносин між замовником та постачальником послуг.

На сьогодні розробка концепції державно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я України, на жаль, не є пріоритетним питанням державної політики, а сучасна система бюджетування створює високі фінансові ризики для ДПП, пов'язані з короткими (річними) бюджетними циклами планування та їх щорічною процедурою затвердження, яка іноді надміру затягується.

За останні три роки набула чинності низка спеціальних законів, що стосуються врегулювання ДПП, було внесено відповідні зміни до загального законодавства [1]. Постановами уряду затверджено методики, положення та порядки, що регулюють окремі організаційно-економічні питання ДПП. Законодавство передбачає такі функції партнерства в проектах як фінансування, проектування, будівництво, відновлення (реконструкція, модернізація), експлуатація, обслуговування, інші функції, пов'язані з виконанням договорів, укладених у рамках проектів.

Формами здійснення проектів ДПП можуть бути спільна діяльність, розподіл продукції тощо, а джерелами їх фінансування – кошти державного та місцевих бюджетів, фінансові ресурси приватного партнера, запозичені кошти та інші джерела, не заборонені законодавством.

Складнощі у становленні ДПП в охороні здоров'я в Україні також пов'язані з існуючими правовідносинами у медичній галузі. Окремі правові норми не переглядалися ще з радянських часів, тож у нових політичних і соціально-економічних умовах формується правовий конфлікт, що веде до принципових суперечностей у нормативно-правових актах, ускладнюючи або взагалі унеможливаючи їх виконання.

Розділ II. РОЗВИТОК ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

2.1. Інституційні основи реалізації державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України

Як визначено в [24], державно-приватне партнерство - це «поточна угода між державними та приватними організаціями сектору, в якій приватна організація бере участь у прийнятті рішень і виробництві суспільного блага або послуги, які традиційно надаються державний сектор і в якому приватний сектор поділяє ризик цього виробництва».

Інститут Світового банку визначає державно-приватне партнерство як "довгостроковий договір між приватною стороною та урядовою установою про надання публічного активу чи послуги, в рамках якого приватна сторона несе значний ризик та відповідальність керівництва" [41].

Якщо ми досліджуємо категорію "партнерство", то, можна сказати, це спільна власність програми чи пропозиції двох чи більше сторін для досягнення спільної мети. Таким чином, це вищий рівень співпраці [31].

Ми можемо підкреслити такі принципи державно-приватного партнерства:

- спільні дії обох сторін на всіх етапах;
- додаткові ролі сторін, що означає очікування одне одного уточнюються та стабілізуються;
- створення тимчасової системи;
- безперервний відкритий комунікаційний процес;
- спільна діяльність, яка використовується для розробки політики, підтримки програм та реалізації державних програм;
- договірні домовленості на довгострокову перспективу.

Головною особливістю ДПП, порівняно з традиційним підходом до фінансування, є те, що він «вкладає інвестиції та надання послуг у рамках одного довгострокового контракту» [23]. Тривалість такого договору зазвичай становить 20 і більше років. У цей період сторони можуть керувати та контролювати активи, як правило, в обмін на плату за користувачі, що є його компенсацією за інвестиції та інші витрати [23].

Наслідком ДПП є те, що існує спільне інвестування ресурсів і, отже, спільне прийняття ризиків, розподіл повноважень та вигод для всіх сторін.

Також ми можемо констатувати, що ДПП - це відносини, що включають обмін владою, роботою, підтримкою та / або інформацією з іншими для досягнення спільних цілей та / або взаємної вигоди [28].

Розглянемо етапи ініціювання проектів ДПП у сфері охорони здоров'я України



Рис. 2.1. Етапи ініціювання проектів ДПП у сфері охорони здоров'я України

Джерело: [10, с. 37]

Сьогодні уряди витрачають все більшу частину своїх бюджетів на охорону здоров'я, оскільки витрати на охорону здоров'я зростають набагато швидше, ніж інфляція. Загострюючись глобальною рецесією та фінансовою кризою, уряди стикаються з страхітливим розмахом дефіциту. Система

охорони здоров'я, як правило, не в змозі забезпечити значні інвестиції для її сталого розвитку, негайно забезпечити інфраструктуру охорони здоров'я, включаючи будівлі, системи великих технологій, клінічні послуги та пов'язані з ними неклінічні послуги з обслуговування та управління об'єктами, тому потрібно шукати для різних джерел пошуку, серед яких є приватні фонди.

ДПП - це охорона здоров'я - це специфічна стратегія для покращення здоров'я населення. Крім того, метою політики ДПП є досягнення більшої ефективності шляхом об'єднання інвестицій, надання інфраструктури та надання медичних послуг [23], спираючись на досвід бізнесу та фінансові ресурси приватного сектору. Крім того, це допомагає державному сектору охорони здоров'я отримувати унікальні ресурси та можливості для інноваційної діяльності та підвищення якості медичних послуг.

Огляд літератури показує, що потенційними вигодами від ДПП в охороні здоров'я є:

- свобода дозволити державному сектору зосередитись, наприклад, на наданні клінічних послуг;
- підвищення ефективності реалізації проєктів, реалізованих приватним сектором;
- рішення щодо дефіциту капіталу в державному секторі;
- врахування співвідношення ціни та якості (VfM);
- впровадження ефективності ринку охорони здоров'я;
- передача ризику.

Але, тим не менше, ми бачимо, що ДПП може уповільнити процес та вдосконалення через:

- обмежену потужність підрядника порівняно з розміром проєкту;
- високі капітальні та трансакційні витрати протягом усього життєвого циклу проєкту;

- обмежену інтеграцію між моделлю клінічних послуг та проектуванням та наданням інфраструктури; та
- обмеженість інновацій на новобудовах ДПП в галузі охорони здоров'я [29];
- обмежену конкуренцію через невелику кількість підрядників;
- проблеми управління відносинами;
- нераціональний розподіл ризику.

Основний критик ДПП полягає в тому, що такі партнерства є «по суті політичними символами та політичним вибором» [35].

Таким чином, основними проблемами ДПП в охороні здоров'я є наступні:

- обмеження витрат;
- ефективне використання приватних ресурсів;
- логічне відвернення державних ресурсів;
- синергія для зменшення дублювання;
- мобілізація ресурсів.

Одним з основних інструментів регулювання ДПП є управління ризиками. Питання управління ризиками в ДПП привертає велику увагу; крім того, питання розподілу ризику між партнерами є нагальними. Серед інших видів ризику, які можуть виникнути під час ДПП, - це дисфункціональні наслідки тривалих та дорогих періодів переговорів контрактів, розподіл ризиків та вигод між партнерськими організаціями та всією мережею ДПП, кількісна оцінка на початку міжорганізаційних відносин тощо. Також ризик на ДПП пов'язаний з обмеженою мірою ринкової конкуренції через невелику кількість учасників торгів та перешкоди для вступу на ринок. Договірні сторони можуть зіткнутися з бар'єрами, такими як відсутність навичок ведення переговорів щодо управління та контрактів, високі витрати на участь, високі значення проекту, ризики проекту та вимоги до часу управління [35].

Кожне державно-приватне партнерство визначається набором залучених організацій. Залежності серед партнерів необхідно ретельно враховувати.

Всі організації відіграють важливу роль у успішних ДПП: від забезпечення відповідної законодавчої бази, яка дозволяє здійснювати ДПП, до фінансування установ, готових інвестувати в проектні компанії, досвідченої консультативної спроможності допомогти державному та приватному секторам орієнтуватися у цих складних угодах, і сильних постачальниках послуг, які здатні взяти на себе зобов'язання з обслуговування та керувати пов'язаними з ними ризиками [26]. Механізм співпраці організацій у процесі ДПП наведений на рис. 2.2.

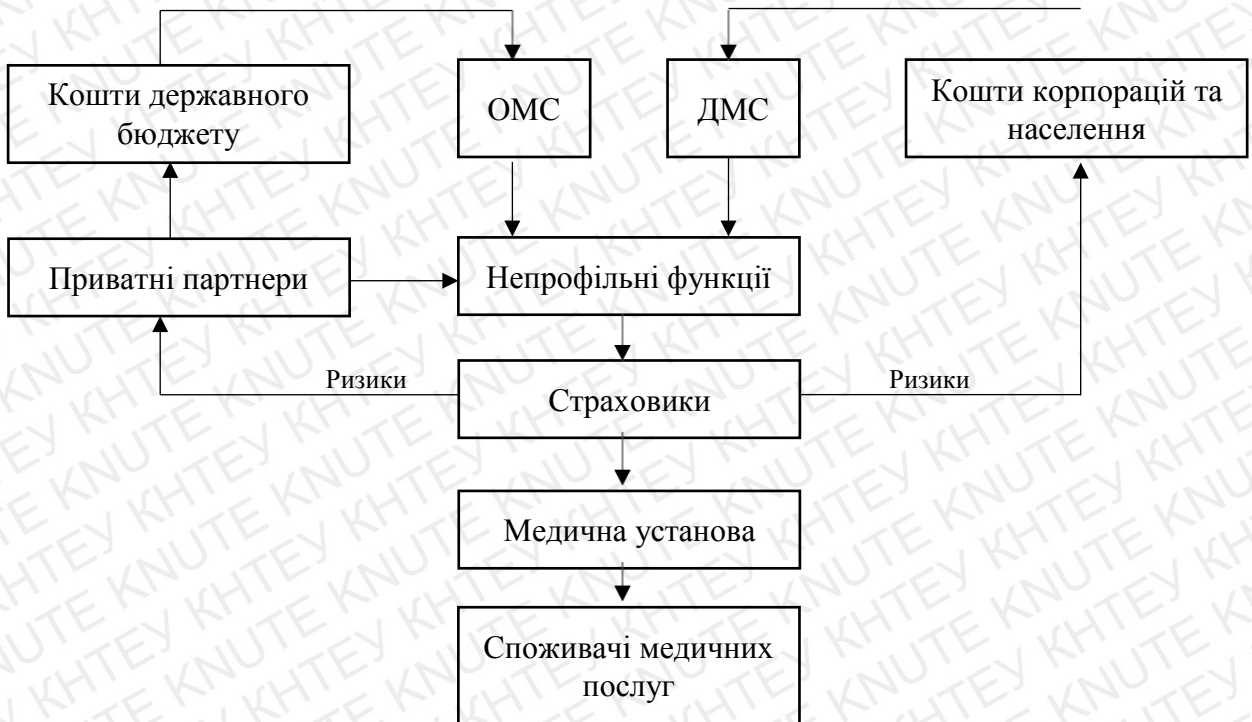


Рис. 2.2. Поєднання коштів державного бюджету, приватних інвесторів та страховиків в моделі ДПП

Джерело: [18, с. 424]

Традиційно ДПП вимірюють за допомогою загальної міри, яка називається «Співвідношення грошей» (VfM). У деяких випадках розрахунок називають компаратором громадського сектору. Багато урядів зобов'язані

публікувати розрахунки VfM (як грошову вартість, так і відсотки), щоб обґрунтувати вартість, яку надає ДПП порівняно з традиційними державними закупівлями.

Але, на нашу думку, VfM має бути однією із сукупності показників, які використовуються для порівняння проектів державно-приватного партнерства. По мірі розширення ДПП вдосконалення надання медичної допомоги та результатів пацієнтів, уряди та приватний сектор повинні погодитись на більш складні вимірювання, що стосуються як короткострокових, так і довгострокових цілей. Такі заходи дозволяють урядам орієнтуватися на ще більші заощадження та узгоджувати цілі якості.

Проблема полягає в тому, що функція виробництва здоров'я є складною. Це ускладнює якість або навіть ефективність втручань у галузі охорони здоров'я.

Фактори успіху можуть бути чітко визначені в контрактах, але вони часто відсутні у багатьох контрактах ДПП, і це призводить до конфлікту.

Сьогодні галузь охорони здоров'я в усьому світі знаходиться під тиском підвищення її ефективності та якості. Вона шукає нові шляхи свого розвитку та нові види фінансування. Тим самим модель державно-приватного партнерства стає затребуваною в галузі охорони здоров'я. Це надає багато можливостей медичним закладам на різних рівнях. Найголовніше - це допомагає швидше будувати інфраструктуру охорони здоров'я без великих втрат державних фінансів.

Підсумовуючи весь існуючий світовий досвід в галузі ДПП в галузі охорони здоров'я, ми можемо виділити наступні найпоширеніші моделі:

- франчайзинг;
- лізинг;
- концесії;
- збірка-експлуатація-передача;
- фірмові клініки;
- укладання контрактів;
- укладання договору;

- соціальний маркетинг;
- пожертви;
- партнерства у соціальних клубах;
- залучення корпоративного сектору.

Модель державно-приватного партнерства дуже розвинена у Великобританії, США та Канаді. ДПП є особливо важливими при будівництві інфраструктури охорони здоров'я, яка стикається з обмеженими державними фінансовими коштами. Звіт Harvard Kennedy School Review налічує 48 основних операцій з інфраструктурою ДПП у США між 2005 та 2014 роками на суму 61 мільярд доларів. З них 40 закритих - це понад 80% від загальної суми, вартістю 39 мільярдів доларів. У 2016 році Національне аудиторське бюро Великобританії повідомляло про капітальні вкладення ДПП у середньому за 15 років у розмірі 5,8 мільярда доларів щорічно. Її економіка приблизно на шосту величину тієї, яка є в США [39].

Особлива увага приділяється охороні здоров'я. Таким чином, з 2012 року видатки на охорону здоров'я в США зросли до понад 17% ВВП, і очікується, що вони до 2020 року зростуть до приблизно 20%, що відображає старше населення та збільшення кількості запитів на лікування, зростання хронічні стани та дорогі випробування, натхнені певним досягненням технології [39].

Відповідно до [39], Канада також має високі результати в галузі ДПП в галузі охорони здоров'я: між 2003 та 2011 роками було понад 50 проектів державно-приватних лікарень на суму 12,3 мільярда доларів. Ці партнерства дають змогу громаді поєднувати ресурси та медичну експертизу державного сектору з операційними та екологічними спеціальностями приватного сектору. Таким чином, ми маємо можливість викладати Марка Мітчелла, професора Гарвардської школи охорони здоров'я, що "приватне партнерство в галузі охорони здоров'я неминуче». Це пов'язано з "постійно зростаючими цінами, зміною структури захворювань та збільшенням використання вдосконаленої технології діагностики та лікування" [39]. Модель ДПП

дозволяє державному сектору поділити ризик побудови інфраструктури охорони здоров'я з приватною.

2.2. Аналіз впровадження проектів державно-приватного партнерства у сферу охорони здоров'я України

Поліпшення охорони здоров'я в Україні неможливе без впровадження нових технологій лікування, оновлення матеріально-технічної бази та потребує великих державних інвестицій. Однак бюджет країни за останні роки був обмеженим; охороні здоров'я бракує фінансових ресурсів, необхідних для підвищення ефективності медичних послуг [7].

Необхідність державного регулювання галузі охорони здоров'я пов'язана, по-перше, з високою соціальною значимістю цієї сфери для розвитку влади, по-друге, сектор охорони здоров'я погано регулюється ринковими механізмами, на відміну, наприклад, від економічного.

У зв'язку з цим, для оптимізації державних витрат на охорону здоров'я, необхідно використовувати механізми ДПП.

Це пов'язано з тим, що вдосконалення державних та комунальних закладів охорони здоров'я в сучасних умовах можливе лише за рахунок впровадження та використання механізмів ДПП як каталізатора інноваційних процесів. По-друге, матеріально-технічна база системи охорони здоров'я має значний рівень моральної та фізичної амортизації, що визначає нагальну потребу модернізації в обговорюваній галузі, і тут важлива підтримка приватних інвесторів.

Державний та приватний сектор взаємно зацікавлені у ДПП, держава зацікавлена у покращенні якості медичних послуг та зменшенні фінансового навантаження на бюджети всіх рівнів, а приватний сектор, у свою чергу, має

можливість вигідно інвестувати кошти та збільшувати їх під охороною держави.

Наступні офіційні документи сприяють розвитку ДПП: Закон України від 1 липня 2010 року № 2404-VI "Про енергетично-приватне партнерство" та Закон України від 24.11.2015 № 817-VIII "Про внесення змін до законів України щодо встановлення нормативно-правових лімітів для розвитку влади - приватного партнерства та стимулювання інвестицій в Україні"[2].

Однак група вчених [13; 15] визначає ряд факторів, що стримують розвиток ДПП в охороні здоров'я.

По-перше, є недоліки в нормативно-правовій базі, які, незважаючи на набуття чинності переліченими законами про ДПП, значно уповільнюють процес їх практичного застосування.

По-друге, існує багато невирішених питань щодо розподілу обов'язків, ризиків між державними та приватними партнерами, а також використання інвестицій в організації з різними формами власності.

По-третє, існують високі ризики для приватних компаній. Останні потребують державних гарантій безпеки та рентабельності медичних проектів. В іншому випадку держава втрачає інвесторів і, відповідно, вкладені ними фінанси.

По-четверте, в галузі охорони здоров'я кваліфікований управлінський персонал не пройшов навчання для управління установами на основі принципів ДПП [6]. Часто керівником медичного закладу є головний лікар, який не має економічної освіти, а головне, він не має навичок та глибокого розуміння використання фінансових інструментів. Тому потрібні менеджери, які ефективно організовували б роботу організацій охорони здоров'я на принципах ДПП, а також могли б бути ланкою між партнерами.

Але, незважаючи на низку стримуючих факторів, розвиток державно-приватного партнерства є перспективною сферою в секторі охорони здоров'я України.

Розвиток ДПП сприятиме розвитку інфраструктури закладів охорони здоров'я, збільшенню фінансування закладів, що надають медичну допомогу населенню, підвищенню його доступності та якості. Для використання механізму ДПП можна зменшити навантаження на медичний персонал, а також зменшити дефіцит персоналу та забезпечити медичні організації сучасним обладнанням [18].

Розробка нових організаційно-правових форм закладів охорони здоров'я на принципах ДПП, їх інноваційний розвиток, впровадження ресурсозберігаючих технологій сприятимуть їхньому вдосконаленню в цілому [16]. Це створить умови для формування нових медичних технологій профілактики, діагностики, лікування з урахуванням обґрунтування їх впровадження, алгоритмів впровадження та моніторингу їх використання.

Також інноваційний напрям розвитку сприятиме впровадженню технологій, що мають практичне значення та конкурентоспроможність, що виведе розвиток охорони здоров'я України на новий рівень.

В сучасних економічних умовах України переобладнання матеріально-технічної бази державних та муніципальних медичних закладів стає можливим лише за умови залучення приватних інвесторів, тобто впровадження механізму державно-приватного партнерства.

Прикладом реалізації державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я в Україні є медичний центр «Універсальна клініка «Оберіг» (ТОВ «КАПИТАЛ»). Як приклад — клініки з Національним медичним університетом імені О.О. Богомольця, НМАПО ім. П.Л. Шупика. За угодою, укладеною між цими закладами, на базі клініки, де існує сучасна навчальна база для підготовки фахівців і підвищення їх кваліфікації, спільними зусиллями проводиться навчання керівників лікувальних закладів, відбувається їх ознайомлення із новими технологіями, спрямованими на поліпшення якості медичних послуг, забезпечення безпеки пацієнта, із основами сучасного менеджменту та маркетингу в охороні здоров'я. Також

викладачі навчають курсантів нових підходів у діагностиці, лікуванні та профілактиці різних хвороб [4].

Інший цікавий проект клініки «Оберіг», НМАПО імені П.Л. Шупика та фірми «Карл Шторц» — сумісно організований міжнародний тренінговий центр «Ендофорс» для фахівців хірургічного профілю, які хочуть оволодіти методикою ендоскопічних, лапароскопічних втручань і отримують унікальну нагоду навчатися цього на сучасних маніпуляторах. Тільки у 2013 році таке навчання уже пройшли понад 140 курсантів: майстер-класи для них проводять не лише наші фахівці, а й колеги із Франції — 2 рази на рік. Традиційно у клініці проходять науково-практичні конференції з майстер-класами з різних напрямків (знову ж таки спільними зусиллями з НМАПО на НМУ), куди запрошують фахівців із Європи. Збирається широке коло лікарів (100-150 осіб), де їм, окрім теоретичних знань, в онлайн режимі демонструються сучасні методи оперативного втручання [4].

2.3 Напрями вдосконалення державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України

Фінансування є найбільш болючою темою для дискусій, коли мова йде про охорону здоров'я. Як ми знаємо, в Україні діє державна (бюджетна) форма фінансування СОЗ, яка демонструє свою ефективність в більшості країн світу, проте, на жаль, за рахунок вад вітчизняної внутрішньої системи, для нас вона не є ефективною. Для того, щоб максимізувати її ефективність та наблизитись до стандартів якості медичного обслуговування в провідних країнах світу, Всесвітня Організація Охорони здоров'я рекомендує формувати бюджет системи охорони здоров'я за такою структурою: з держбюджету — 60 % коштів; із коштів медичного страхування, які виділяються працедавцями, — 30 %; з особистих коштів громадян — 10 %. В результаті цього формується нова бюджетно – страхова модель, яка на думку

експертів ВООЗ є оптимальною для країн з ринковою економікою. На мою думку, така модель фінансування буде також оптимальною для нашої держави.

Що стосується фінансування, окрім проблеми його недостатності, постає велика проблема неефективного та нецільового використання коштів. Обтяжливий забюрократизований державний апарат, який здійснює регулювання та контроль над галуззю як на рівні держави, так і на місцевому рівні, «забирає» більше третини коштів, які виділяються на галузь. Таким чином, підвищення ефективності його роботи можливе лише за умови зменшення кількості державних органів та їх кадрового складу. Окрім цього, неефективність фінансування прослідковується в самому принципі розподілу бюджетних коштів між медичними закладами, тобто постачальниками медичних послуг. На сьогоднішній день таке фінансування здійснюється на основі фіксованих платежів, що закладені в бюджеті, які не враховують фактичний обсяг наданих послуг. Якщо б органи державної влади проводили більш ретельний аналіз та визначали фактичні потреби медичних закладів, можна було б скоротити надлишкові потужності, які є неефективними, шляхом відмови від стаціонарних послуг та переходу до більш економічно вигідних амбулаторних. Підтвердженням дієвості такого механізму фінансування є досвід багатьох розвинених країн, де оплата послуг стаціонарної допомоги на основі постатейного кошторисного фінансування була замінена на загальні (глобальні) бюджети, а потім на оплату за кількість випадків лікування (госпіталізації), головним чином на основі принципу схожого діагнозу, або клініко-статистичних груп (diagnosis related groups, DRG). DRG — це група клінічно однорідних захворювань, які поєднують схожі методи діагностики й лікування, а також вартість використаних ресурсів [12].

На жаль, в Україні відсутня єдина методика розрахунку вартості медичних послуг, яка б значно спростила перехід до нової системи фінансування медичних закладів та звела б до мінімуму корупцію в даному

секторі. До того ж, створення єдиної методики розрахунку вартості саме платних послуг, які надаються в медичних установах, допомогло б систематизувати та головне збільшити обсяги фінансових надходжень в спеціальний фонд зведеного бюджету, який також є джерелом фінансування СОЗ в Україні. Останні роки спостерігається позитивна тенденція до збільшення обсягів фінансування коштами фонду, особливо на місцевому рівні, проте потенціал, який мають резерви фонду, дає підстави говорити про вдосконалення системи державного управління в цій сфері [8, с. 115].

Окрім спеціального фонду держбюджету, державна політика повинна бути направлена на пошук додаткових джерел фінансування. Для цього в першу чергу необхідно налагоджувати відносини державного та приватного сектору, який би міг виступати інвестором та сприяти розвитку медичної сфери. Не менш важливим інструментом поліпшення роботи механізмів державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню є державні та регіональні цільові програми. Окрім цього, такі програми є привабливими як для внутрішніх, так і для іноземних інвесторів, вони не тільки стимулюють розвиток галузі, а й приваблюють нові інвестиції, що в часи нестабільної соціально – економічної ситуації є вкрай позитивним фактором.

Забезпеченість доступності медичних послуг є ключовим завданням для органів державного управління. Особливо гостро воно стоїть в регіонах, де є проблеми не лише з наданням комплексних медичних послуг, а й первинної медико – санітарної допомоги. Для цього необхідно в першу чергу налагодити інфраструктуру в регіонах, створити гідні умови праці для лікарів, для того, щоб стимулювати їх працевлаштування в сільській місцевості. Не менш важливим є питання забезпечення автопарку «швидкими», які б мали необхідне технічне оснащення, що давало можливість надати невідкладну медичну допомогу по дорозі до найближчого медико – санітарного закладу. На сьогоднішній день, за оцінками експертів,

на 100% «швидкими» забезпечені лише Харківська, Дніпропетровська та Полтавська області.

Не менш важливу увагу необхідно приділити контролю за якістю надання медичних послуг. На жаль, враховуючи особливість медичної послуги як такої, забезпечення 100% контролю з боку відповідних органів є неможливою. Тим не менше, механізми впливу все ж існують. До них можна віднести ліцензування господарської діяльності з медичної практики та контроль за виконанням ліцензійних умов, акредитація закладів охорони здоров'я, система стандартів у сфері охорони здоров'я та здійснення контролю якості медичних послуг. МОЗ пропонується створити спеціальну групу незалежних експертів – аудиторів, які б здійснювали контроль на регіональному та місцевому рівні. Проте, враховуючи особливості функціонування державного апарату, це може призвести до зростання корумпованого елемента. Для уникнення останнього, до аудиту необхідно залучати представників ВООЗ, або ж відповідних органів ЄС, які б могли надати свою незалежну оцінку [17, с. 25].

Здавалося б, реформування в сфері охорони здоров'я відбуваються чи не найактивніше, поміж всіх інших галузей економіки, проте на жаль, кардинальних очікуваних змін так і не відбувається. Одна з причин такого явища лежить в тому, що сутність реформ є не до кінця зрозумілою для суспільства. До того ж, населенню доступно не пояснюють можливі наслідки таких реформ для суспільства загалом та конкретного індивіда зокрема. В цій ситуації актуальною є проблема підвищення рівня інформаційного забезпечення процесів управління та створення легітимного регламенту функціонування суспільних комунікацій. На сучасному етапі розвитку, за умов недостатньої злагодженості та невпорядкованості процесів інформатизації, недосконалісті вітчизняного законодавства в галузі охорони здоров'я і в інформаційній сфері такі методологічні підходи є актуальними. Тому галузь охорони здоров'я потребує активного впровадження інформаційних технологій та посиленої підтримки держави в її

інформаційному розвитку. Одним із шляхів вирішення цієї проблеми є впровадження логістичної концепції державного управління розвитком інформаційної системи галузі охорони здоров'я [3, с. 13].

Основні зміни, що відбуваються внаслідок реформи медицини в умовах децентралізації, наведені на рис. 2.3.

Не менш важливим є надання доступу медичних установ доступу до мережі Інтернет, для полегшення документообігу, систематизації контролю за звітністю, покращення мережі комунікацій. На сьогоднішній день в Україні за рівнями надання медичної допомоги найвищий рівень забезпечення персональними комп'ютерами є на третинному рівні (18,3 %), а найнижчий - на первинному (6,0 %) рівні надання медичної допомоги. Середній же відсоток доступу медичних закладів по Україні до мережі Інтернет становить лише 10,1 % [5, с. 86-87].



Рис. 2.3. Реформа медицини в умовах децентралізації

Джерело: [13]

Таким чином, підсумовуючи вищезазначене, виділю основні рекомендації, які на моє власне переконання підвищать ефективність державного регулювання СОЗ в Україні:

- Стимулювання інноваційного розвитку та НДДКР;
- Забезпечення гідної оплати праці медичного персоналу;
- Підвищення доступу населення до медичних послуг;
- Перехід на бюджетно – страхову модель фінансування;

- Створення єдиного систематизованого переліку вартості платних медичних послуг, що надаються державними установами;
- Ефективніше наповнення та використання спеціального фонду державного бюджету;
- Налагодження відносин з приватним сектором;
- Створення регіональних та державних цільових програм;
- Надання більшої самостійності та свободи у прийнятті рішень окремим медичним закладам;

Ефективніший контроль за якістю надання медичних послуг з залученням європейських та світових незалежних експертів. На основі аналізу зарубіжного та українського досвіду ДПП у сфері охорони здоров'я, можемо запропонувати наступні шляхи вдосконалення державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України:

I. Платити за приваблювання конкуренції: У країнах, де влада надає всі або більшість клінічних послуг, приватні партнери можуть бути зривними. Приватні партнери можуть уникати ринків, на яких державні системи охорони здоров'я мають вбудовану конкурентну перевагу (наприклад, субсидовані пенсійні виплати, які не можуть бути використані у приватному секторі). З цієї причини урядові часто, можливо, доведеться платити більше, щоб спонукати приватних партнерів вийти на ринок з надією отримати довгострокові заощадження.

Приклад: Коли Великобританія вирішила створити ДПП для обраних хірургічних процедур, вона прийняла, що вона повинна платити приватним організаціям більше, щоб викликати їх інтерес до конкуренції з постачальниками Національної служби охорони здоров'я. Ідея полягала в тому, що конкуренція підвищить продуктивність і знизить витрати в довгостроковій перспективі. Це також запропонувало б пацієнтам більше вибору. Початкова стратегія була успішною, оскільки приватні партнери захопили близько 20% ринку. Зараз Великобританія перебуває у випуску першої хвилі контрактів, яка оцінюється в 1,2 мільярда фунтів стерлінгів.

II. Витрати на оплату праці: Коли проекти ДПП включають клінічні послуги (або навіть якщо їх немає), партнери мають протистояти витратам робочої сили, які можуть становити від 50% до 75% витрат на охорону здоров'я. Охорона здоров'я - це трудомістка галузь, і в багатьох країнах вона є сильно об'єднаною з жорсткими компенсаційними структурами. У деяких країнах державний сектор платить більше або пропонує більше переваг, ніж приватний. В інших - навпаки (наприклад, Україна). Ринки праці повинні вирішувати обидві сторони. Трудове законодавство та профспілки, можливо, повинні бути більш придатними для сприяння зростанню ДПП. Для досягнення високої якості обслуговування медичні установи повинні залучати найкращих лікарів та науковців, а ДПП може підтримувати це, пропонуючи більш привабливе робоче середовище, мінімізуючи ризик відтоку мозку.

Приклад: В Австрії 75% лікарняних витрат припадає на оплату праці, і майже кожна лікарня належить уряду. Співробітники - це державні службовці, які працюють все життя, що робить ДПП важкими для впровадження, поза базовою інфраструктурною моделлю. Однак уряд відкрив вікно можливостей за допомогою одного з проектів ДПП, Психосоматичного центру в Еггенбурзі, оскільки ці послуги перебувають поза державним планом охорони здоров'я.

III. Прозорість: Гравці ДПП повинні чітко сформулювати свої мотиви та переваги, які вони можуть принести. Міцні партнерські відносини вимагають чесності обох сторін. Незалежний моніторинг також допомагає підтримувати партнерства стійкими. Функція нагляду є критичною для ДПП, особливо в країнах з низьким рівнем доходу. У країнах з більш високим рівнем доходу держава не може розтягнути свої сили до кінця партнерства. Але, коли ви досягнете 20-річної угоди про надання клінічних послуг, уряд повинен бути в змозі забезпечити компетентний нагляд за ефективністю щодо дуже конкретних показників протягом тривалого періоду. Ці функції є викликом для всіх урядів на всіх рівнях доходу. Але це ще більше виклику

для урядів з низьким і середнім рівнем доходу, де спроможність іноді неміцна.

Приклад: В Австралії Рада стандартів охорони здоров'я Австралії публікує стандарти якості для всіх лікарень, дозволяючи громадськості перевіряти ефективність роботи громадських, приватних закладів та підприємств ДПП.

IV. Технологія: Сьогоднішній світ - це робота з хірургії, точної діагностики та телегенезу. Технологія рухається так швидко, що прогнозувати витрати та попит може бути важко. У ДПП на основі послуг приватні партнери зобов'язані забезпечувати послідовний рівень технологій протягом усього договору. Бенчмаркінг щодо групи одноліткових лікарень - один із способів вимірювання та забезпечення відповідності. Найновіша технологія - це головний двигун витрат, але той, який вимагають як пацієнти, так і лікарі в ДПП, що включає надання клінічних послуг. В рамках програми ДПП довгострокові партнерські відносини сприятимуть більш ефективному використанню ресурсів, включаючи оптимізацію впровадження технологій, клінічну підготовку для кінцевих споживачів, ширше використання професійних послуг, і все це буде спрямовано на забезпечення кращої якості медичної допомоги для пацієнтів.

Приклад: Шанхайський університет Тонджі, компанія Siemens Project Ventures та німецька мережа приватних лікарень Asklepios підписали договір ДПП на будівництво лікарні на 250 ліжок вартістю понад 100 мільйонів євро. Після затвердження ліцензії очікується, що лікарня відкриється протягом двох років [26].

Висновки

Недостатнє фінансування, погана матеріально-технічна база охорони здоров'я та медичних технологій, брак сучасних інформаційних технологій та кваліфікованих керівників медичних закладів - це низка проблем, які існують у сучасній українській галузі охорони здоров'я. Для вирішення цих проблем необхідно запровадити механізми ДПП у секторі

Інтерес до використання цієї сфери вигідний як для державного, так і для приватного бізнесу. Для останнього переваги полягають в участі у розвитку соціально значущих медичних закладів та можливості отримання прибутку. Для державних органів інтерес до використання ДПП виражається у можливості розвитку медико-діагностичної бази для охорони здоров'я та покращення якості медичної допомоги населенню, залучення кваліфікованих трудових ресурсів до сфери охорони здоров'я.

Перевагами використання ДПП у сфері охорони здоров'я є модернізація державних медичних закладів та покращення якості медичних послуг населенню в них, успішна реалізація великих інфраструктурних проектів.

Таким чином, залучення великих приватних інвесторів до медицини цілком очевидно.

Механізми ДПП мають бути стратегічною метою розвитку державної та муніципальної охорони здоров'я, відповідно до якої вони розроблять маркетингову, фінансову, організаційну стратегію та сформулюють політику щодо основних аспектів сектору як основного інструменту досягнення сталого розвитку України охорона здоров'я, підвищення якості та доступності медичної допомоги.

З огляду на вищесказане, ми можемо зробити висновок, що приватно-державне партнерство може поєднувати сильні сторони приватних організацій, такі як інновації, технічні знання та вміння, ефективність управління та підприємницький дух, а також роль громадських організацій,

включаючи соціальну відповідальність та справедливість, громадську підзвітність та місцеві знання, щоб створити сприятливе середовище для забезпечення високоякісної інфраструктури та послуг для охорони здоров'я для суспільства. Завдяки цьому партнерству державний та приватний сектори можуть реалізувати переваги, такі як створення робочих місць, розвиток освіти, стимулювання інновацій та конкуренції та розвиток інфраструктури охорони здоров'я.

На сьогоднішній день в сучасних українських реаліях державно-приватне партнерство є ефективною альтернативою традиційній системі - публічне надання, включаючи аутсорсинг, угоди про виконання та контракти на управління, та приватизацію, включаючи будівництво-власне діловодство, розпорядження за ліцензією, продаж та приватне постачання. Україні просто потрібно мати бажання впроваджувати такий світовий досвід та дотримуватися правил створення успішних ДПП.

Список використаних джерел

1. Закон України № 2404-VI від 01.07.2010 р. «Про державно-приватне партнерство». (Верховна Рада України, 2010 р., № 40, стор. 524) Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2404-17>
2. Закон України № 817-VIII від 24.11.2015 р. "Про внесення змін до деяких законів України щодо усунення регуляторних бар'єрів для розвитку державно-приватного партнерства та сприяння інвестиціям в Україні" (Верховна Рада (ВВ)), 2016 р., № 10, стор. 97) Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/817-19>.
3. Балуєва О. В. Удосконалення механізмів державного управління розвитком інформаційної системи галузі охорони здоров'я : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з держ. упр. : спец. 25.00.02 "Механізми державного управління" / Балуєва О. В. – Донецьк, 2007. – 20 с. – с. 13
4. Державно-приватне партнерство – Terra incognita української медицини? / Ваше здоров'я. – 2013 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.vz.kiev.ua/derzhavno-privatne-partnerstvo-terra-incognita-ukrayinskoji-medicini/>
5. Знаменська М. А. Інформатизація закладів охорони здоров'я як основа ефективних комунікацій в системі охорони здоров'я / М. А. Знаменська, Г. О. Слабкий // Медична інформатика та інженерія. - 2015. - № 2. - С. 85-88. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mii_2015_2_15.
6. Кравченко В. В. Актуальність навчальних менеджерів щодо впровадження партнерств з публічною приватною сферою в охороні здоров'я / В. В. Кравченко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2017. - №4. - С. 72–79.
7. Куць Д. Державно-приватне партнерство в Україні - галузь, яка обіцяє розвиватися / Куць Д. // 2013. [Електронний ресурс] Режим доступу:

- <http://rbn.cc/ru/analytics/3982-derzvanono-privatvatne-partnerstvo-v-ukrajini-galuz-jaka-obicjaje-rozvyvatysja>.
8. Лисяк Л. В., Красільнікова Ю. О. Бюджетна політика у сфері охорони здоров'я як підґрунтя сталого людського розвитку // Вісник ДДМА. – 2016. – № 3 (39) – с. 115
 9. Мартякова О.В. Механізм реалізації державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я / О.В. Мартякова, І.В. Трикоз // Часопис економічних реформ. – № 4 (12). – 2013. – С. 33–39.
 10. Методичні рекомендації для державних та комунальних закладів охорони здоров'я для працівників органів управління у сфері охорони здоров'я для впровадження проектів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я / Міністерство охорони здоров'я України // 2018. – Режим доступу: <https://moz.gov.ua/uploads/1/7840-1234567890.pdf>
 11. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf>
 12. Павлюк К. В. Удосконалення механізмів фінансування медичних послуг в Україні / К. В. Павлюк // Фінанси України. - 2016. - № 2. - С. 64-82. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Fu_2016_2_6 – с. 72
 13. Реформа медицини в умовах децентралізації. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://decentralization.gov.ua/health>
 14. Семігіна Т. В. Формування державно-приватного партнерства в галузі охорони здоров'я в контексті європейської політики «Здоров'я 2020» / Т. В. Семігіна // Східна Європа. . громади. здоров'я. - 2013. - № 1. - С. 242–243.
 15. Степанова О. В. Стратегічні настанови розвитку державно-приватного партнерства в системі охорони здоров'я України / О. В. Степанова // Електронне наукове фахове видання «Ефективна економіка». - 2014. - № 6.

16. Тараненко І. В. Державно-приватне партнерство в інноваціях: світовий досвід та перспективи розвитку в Україні / І. В. Тараненко // Вісник Міжнародного Нобелівського економічного форуму. - 2011. -№ 1 (4). 376-386.
17. Устінов О. Шляхи забезпечення якості медичної допомоги: ліцензування, акредитація, стандартизація, спільна відповідальність / О. Устінов // Український медичний часопис. - 2013. - № 3. - С. 24-27. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/UMCh_2013_3_7 – с. 25
18. Шевчук Ю.В. Розвиток державно-приватного партнерства в контексті вдосконалення фінансової підтримки галузі охорони здоров'я / Ю. Шевчук // Економічний вісник університету. - 2017. - Вип. 33 (1). - С. 416 - 428. - [Ел. ресурс] Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ecvu_2017_52.
19. Berdnikova E. F. Modernization of healthcare and implementation of innovation decisions (a case of Europe and Russia). Herald of Kazan technological university. 2012;203-206. Retrieved from : <https://cyberleninka.ru/article/n/modernizatsiya-zdravoohraneniya-i-realizatsiyainnovatsionnyh-resheniy-na-primere-stran-evropy-i-rossii>
20. Dutko N. G. European experience of state-private partnership. 2016. Retrieved from: academy.gov.ua/ej/ej11/txts/10dngdpv.pdf
21. EC (European Commission) (2004): Green Paper on Public-Private Partnerships and Community Law on Public Contracts and Concessions, COM(2004)327 Final, European Commission, Brussels.
22. EIB (European Investment Bank) (2004): The EIB's Role in Public-Private Partnerships (PPPs), European Investment Bank, Luxembourg, www.eib.org/Attachments/thematic/eib_ppp_en.pdf.
23. Engel E., Fischer R., Galetovic A. Public-private partnerships: when and how. 2008. Retrieved from: www.econ.uchile.cl/uploads/publicacion/c9b9ea69d84d4c93714c2d3b2d5982a5ca0a67d7.pdf

24. Forrer J., Kee J., Newcomer K., Boyer E. Public-private partnership and the public accountability question. *Publ. Adm. Review*. 2010;70:475- 484.
25. Gojda N. G., Kurdil N. V., Voronenko V. V. The public-private partnership regulatory support of the healthcare sector in Ukraine. *Medical journal of Zaporozhe*. 2013;5(80):104-108.
26. Health Research Institute Build and beyond: The (r)evolution of healthcare PPPs. PwC Health research institute. 2010.
27. IMF (2006): Public Private Partnerships, Government Guarantees, and Fiscal Risk. Fiscal Affairs Department, International Monetary Fund, Washington DC.
28. Kernaghan K. Partnerships and public administration: conceptual and practical considerations. *Can. Publ. Adm.* 1993;361:57-76.
29. Khushbu B. Thadani Public Private Partnership in the Health Sector: Boon or Bane. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2014;15:307-316. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.11.033
30. Kwak Y. H., Chih Y., Ibbs C. W. Towards a comprehensive understanding of public private partnerships for infrastructure development. *Calif. Manag. Review*. 2009;51: 51-78.
31. Mathur S. C. Public-private partnership in health care. 2018. Retrieved from: www.pitt.edu/~super7/29011-30001/29751.ppt
32. OECD (2008): Public-private partnerships: in pursuit of risk sharing and value for money, GOV/PGC/SBO(2008)1/REV1, Public Governance and Territorial Development Directorate Public Governance Committee, OECD, Paris.
33. Pashynska K. S. Forms of private and public partnership. *Economical analysis*. 2015;22(1):48-52.
34. Raman A.V., Björkman J.W. Public-Private Partnerships in Healthcare. In: Kuhlmann E., Blank R.H., Bourgeault I.L., Wendt C. et al. *The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance*. London: Palgrave Macmillan; 2015.

35. Roehrich J. K., Lewis M. A., Gerard G. Are public-private partnerships a healthy option? A systematic literature review. *Social Science & Medicine*. 2014;113:110-119. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.037>
36. Shylepnytskyi P. I. Study of the nature of public-private partnership. *Regional economy*. 2010;3:187-194.
37. Standard and Poor's (2005): *Public Private Partnerships: Global Credit Survey 2005*. Standard and Poor's, New York, United States.
38. Vinnyk O. M. Institutional form of public-private partnership: problems of legal regulation. *Actual issues of innovative development*. 2011;1:6-19.
39. Wharton University of Pennsylvania. *How Public-private Partnerships Can Boost Innovation in Health Care*. 2017. Retrieved from: <http://knowledge.wharton.upenn.edu/article/public-private-partnership-enabled-innovation-health-care/>
40. Wong E. L. Y., Yeoh E. K. et al. How shall we examine and learn about public-private partnerships (PPPs) in the health sector? Realist evaluation of PPPs in Hong Kong. *Social Science & Medicine*. 2015;147:261-269. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.012>
41. World Bank Institute. *Private-public partnerships. Reference Guide version 1.0*. International Bank for reconstruction and Development. International Development Organization of the World Bank. Washington D. C., USA; 2012.
42. Yakobchuk V. P., Khodakivskyi Ye. I., Lytvynchuk I. L. The role of public administration in the formation of new models of state regulation of economy. *Effective economy*. 2017;1. Retrieved from: <http://ir.znau.edu.ua/handle/123456789/7404>
43. Yashchenko Yu. B. et al. *Issues and perspectives of public-private partnership in Ukrainian healthcare. Medical and psychological rehabilitation and habilitation*. Kiev: KVITS; 2014.

44. Yemelyanova N. A. Development of public-private partnership in the process of transnationalization of economic systems. Extended abstract of candidate's thesis. Donetsk. 2016. Retrieved from: abstracts.donnu.edu.ua
45. Zakharina O. V., Symonenko L. I., Saikevych, M. I. Public-private partnership as a form of developing region infrastructure. Public administration: improvement and development. 2018. Retrieved from: www.dy.nayka.com.ua/pdf/2_2018/32.pdf

Київський національний торговельно-економічний університет
Кафедра публічного управління та адміністрування

РЕФЕРАТ
ВИПУСКНОЇ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ
на тему:
ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНЕ ПАРТНЕРСТВО У СФЕРІ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Студента (ки) ___ курсу, групи,
спеціальності 074 «Публічне
управління та адміністрування»
спеціалізації «Публічне
управління та адміністрування»

(підпис студента)

Яременко
Анна
Едуардівна

Науковий керівник
науковий ступінь,
вчене звання

(підпис керівника)

Головня
Юлія
Ігорівна

Гарант освітньої програми
канд. екон. наук,
доцент

(підпис гаранта)

Головня
Юлія
Ігорівна

Київ 2020

Випускна кваліфікаційна робота складається зі вступу, переліку умовних позначень (у разі наявності), двох розділів, висновків, списку використаних джерел (45 найменувань). Основний зміст роботи викладено на 39 сторінках комп'ютерного тексту. Робота містить 3 рисунки, 1 таблицю.

Метою роботи є дослідити державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я України.

Поставлена мета зумовила необхідність вирішення таких дослідницьких завдань:

- визначити сутність державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я;
- охарактеризувати нормативно-правове забезпечення державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я та механізми його реалізації%
- визначити інституційні основи реалізації державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України;
- провести аналіз впровадження проектів державно-приватного партнерства у сферу охорони здоров'я України;
- визначити напрями вдосконалення державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України.

Об'єктом дослідження є процес здійснення державно-приватного партнерства у галузі охорони здоров'я.

Предметом дослідження є теоретико-методичні та прикладні аспекти державно-приватного партнерства у галузі охорони здоров'я.

Для досягнення цілей згаданих загальнонаукових методів аналізу, синтезу, обґрунтування, інтерпретації наукових даних, а також системні та структурно-функціональні підходи були використані у представленій роботі. Інформаційною базою дослідження були наукові роботи вітчизняних та зарубіжних експертів з питань ДПП та менеджменту.

У першому розділі розкриваються сутнісні характеристики та теоретичні засади державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я.

У другому розділі здійснюється оцінювання сучасного стану державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я та викладено пропозиції щодо його удосконалення.

Анотація

У випускній кваліфікаційній роботі висвітлені сутнісні характеристики та теоретичні засади державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я проаналізовано сучасний стан державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я та викладено пропозиції щодо його удосконалення.

Ключові слова: державно-приватне партнерство, інституційні основи, нормативно-правове забезпечення, реформа.

Annotation

The final qualification work highlights the essential characteristics and theoretical foundations of public-private partnership in the field of health care, analyzes the current state of public-private partnership in the field of health care and makes suggestions for its improvement.

Key words: public-private partnership, institutional bases, normative-legal maintenance, reform.

РЕЦЕНЗІЯ
на випускню кваліфікаційну роботу
студентки Яременко Анна Едуардівни
4 курсу 12 групи денної форми навчання
спеціальності 074 «Публічне управління та адміністрування»
на тему: «Державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я
України»

Випускна кваліфікаційна робота виконана на тему, яка є актуальною. Через державно-приватне партнерство уряд укладає довгостроковий контракт з приватним партнером на поставку товару або послуги. Приватний партнер відповідає за будівництво, експлуатацію та обслуговування активів, необхідних для надання товару або послуги.

Виконана робота за змістом відповідає завданню в повному обсязі. Студентка продемонструвала достатній рівень володіння теоретичним матеріалом та вміння використовувати цей матеріал у процесі дослідження. Якість оформлення випускної кваліфікаційної роботи можна вважати задовільною. Основні вимоги щодо оформлення матеріалу враховані. В цілому матеріал роботи викладено послідовно та логічно.

Пропозиції стосовно напрямів вдосконалення державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України є цікавими та можуть бути використані на практиці.

Випускна кваліфікаційна робота виконана на високому науковому є самостійним науковим дослідженням, містить конкретні пропозиції та рекомендації по темі дослідження, відповідає вимогам і заслуговує відмінної оцінки та рекомендується до захисту.

*Керуючий справами
Львівської обласної ради*



Валентин Харлов

Завідувачу кафедри публічного
управління та адміністрування
Новіковій Н.Л.

Заява

Я Яременко Анна Едуардівна (ПШБ), повідомляю, що за результатами проведення самостійної перевірки з використанням програмно-технічних засобів у наданій випускній кваліфікаційній роботі на тему: «ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНЕ ПАРТНЕРСТВО У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ» не міститься елементів академічного плагіату. У випадках використання прямих запозичень з друкованих та електронних джерел, вказані відповідні посилання.

Робота для перевірки надається у друкованому та електронному варіантах. Електронна версія моєї роботи ідентична з друкованою.

« » _____ 2020 року

_____ (підпис)

1.1. Сутність державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я

11) забезпечення єдності інтересів партнерів (у с. 34-35). Зважаючи на те, що державно-приватне партнерство займає середню між традиційними державними закупівлями та приватизацією, необхідно чітко іє відзняти від цих двох. Слід також відзняти ДПП від поступок (хоча вони тісно пов'язані). Щоб визначити ДПП та відзняти їх від усіх інших форм взаємодії державного та приватного секторів, необхідно спочатку урозуміти основну причину здійснення державно-приватного партнерства.

Основна причина покращити надання послуг, тобто створити кращі співвідношення ціни та якості порівняно з державою, яка надає послугу (тобто у випадку традиційних державних закупівель). Таким чином, навіть якщо доставка за допомогою традиційних закупівель ефективна, послуга може бути не вдовольною, ні ефективною. Таким чином, уряд може вишукати умови угоди ДПП та використувати потенціал приватного сектору для ефективного забезпечення кількості та якості. Однак, кожна участь приватного сектору в ДПП часто сприяє підвищенню ефективності, сама участь приватного сектору в наданні послуги недостатньо для гарантування покращення надання послуг та підвищення ефективності. Такі покращення вирішально залежать від достатньої передачі ризику від державного сектору до приватного партнера. За відсутності достатньої передачі ризику, надання послуг все ще може розглядатися як державні закупівлі, навіть якщо бере участь приватна компанія. Оскільки відносно ризику, яка визначає, чи процес визначений як традиційна державна закупівля, або як державно-приватне партнерство, має бути перенесена чи ні достатня кількість ризику. Якщо договір ДПП передбачає, що приватний партнер максимізує свій прибуток, надаючи послугу ефективно, то договір являє собою партнерство з огляду на той факт, що обидві сторони уряду та приватний партнер досягнуть своїх цілей. Це більш широке визначення поняття "партнерство" дозволяє відзняти ДПП від приватизації. Приватизація не передбачає ніякого узгодження цілей: оскільки, як правило, це означає, що уряд не бере участі в специфікаціях виробництва приватизованого суб'єкта господарювання.

Антиплагиат-проверка онлайн - бесплатно, быстро, и без регистрации! Тщательный анализ текста и поиск копий в Интернете. Специально разработанный алгоритм проверяет ваш текст на уникальность и сразу скажет результат. Наш сервис умеет определять реферат и другие способы уникализации текста.

Проверяй 150 текстов в день и даже больше!

- 1 месяц истории проверок
- без рекламы

Тарифы от 140 руб.

Адрес страницы: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=3157>

Сколько совпало: 7.6%

Совпадения: показать

Правити цей текст | Новий перевірка

Реклама позволяет нам сделать проверку бесплатной. Вы можете поддержать проект и отключить рекламу, купив подписку.

1.2. Нормативно-правове забезпечення державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я та механізми його реалізації

Можливості приватного партнера робити інвестиції в проекти з подальшим поверненням; реформувати систему фінансування охорони здоров'я у відповідності з встановлення договірних відносин між замовником та постачальником послуг; внесення змін до бюджетного кодексу України, законів, підзаконних актів; взяття державним партнером договірних державних фінансових зобов'язань за договорним ДПП, які передбачають платіжні зобов'язання (прямі та ді), що кроком поза поточним бюджетом; справедливе відшкодування збитків приватному партнеру у разі дострокового розірвання договору; підготовка керівників охорони здоров'я та економістів галузі охорони здоров'я для розробки проекту ДПП.

Ризики ДПП в галузі охорони здоров'я України: ризик тлумачення договору ДПП як суперечності ст. 49 Конституції України; неможливість гарантувати дострокове державне фінансування місцевого самоврядування (частково); неправильне сприйняття проекту від керівництва та медичного персоналу, лікарів.

Наступні кроки з розвитку ДПП в галузі охорони здоров'я: створення сектору медичних послуг, відокремленої від держави; чітке законодавче визначення того, які саме медичні послуги безкоштовними для громадян та яких цілей забезпечується надання таких послуг; стандарти та обсяг наданих послуг, гарантованих державою; залучення проектів ДПП повинно враховувати можливість приватного партнера робити інвестиції в проекти з подальшою віддачею; система фінансування охорони здоров'я повинна бути реформована у напрямку встановлення договірних відносин між замовником та постачальником послуг.

На сьогодні розробка концепції державно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я України, на жаль, не пріоритетним питанням державної політики, а сучасна система бюджетування створює високі фінансові ризики для ДПП, пов'язані з короткими (ринковими) бюджетними циклами планування та їх щорічного затвердження, яка ноді надміру затягується.

За останні три роки набула чинності низка спеціальних законів, що стосуються врегулювання ДПП, було внесено відповідні зміни до загального законодавства (1). Постановою уряду затверджено методику, положення та порядок, що регулюють сферу організаційно-економічні питання ДПП. Законодавство передбачає такі функції партнерства в проектах як: фінансування, проектування, будівництво, відновлення (реконструкція, модернізація), експлуатація, обслуговування, інші функції, пов'язані з виконанням договорів, укладених у рамках проекту.

Формами здійснення проектів ДПП можуть бути спільна діяльність, розподіл продукції тощо, а джерелами їх фінансування кошти державного та місцевих бюджетів, фінансові ресурси приватного партнера, заповнені кошти та інші джерела, не заборонені законодавством.

Складіючи у становленні ДПП в охорони здоров'я в Україні також пов'язані з існуючими правовідносинами у медичній галузі. Окремі правові норми не передбачають ще з роднських част, тож у нових політичних і соціально-економічних умовах формується правовий конфлікт, що веде до принципових суперечностей у нормативно-правових актах, у складнощі або взагалі унеможливаючи їх виконання.

Антиплагиат-проверка онлайн - бесплатно, быстро, и без регистрации! Тщательный анализ текста и поиск копий в Интернете. Специально разработанный алгоритм проверяет ваш текст на уникальность и сразу скажет результат. Наш сервис умеет определять реферат и другие способы уникализации текста.

Проверяй 150 текстов в день и даже больше!

- 1 месяц истории проверок
- без рекламы

Тарифы от 140 руб.

Адрес страницы: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=3157>

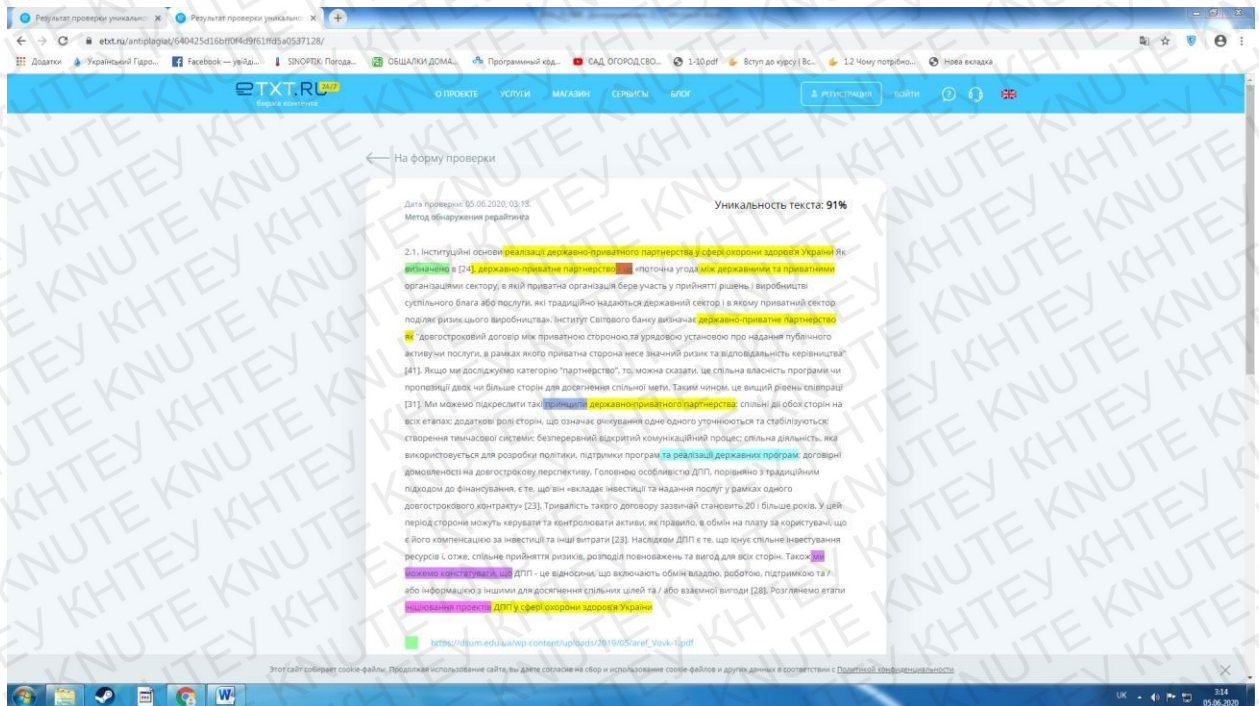
Сколько совпало: 7.1%

Совпадения: показать

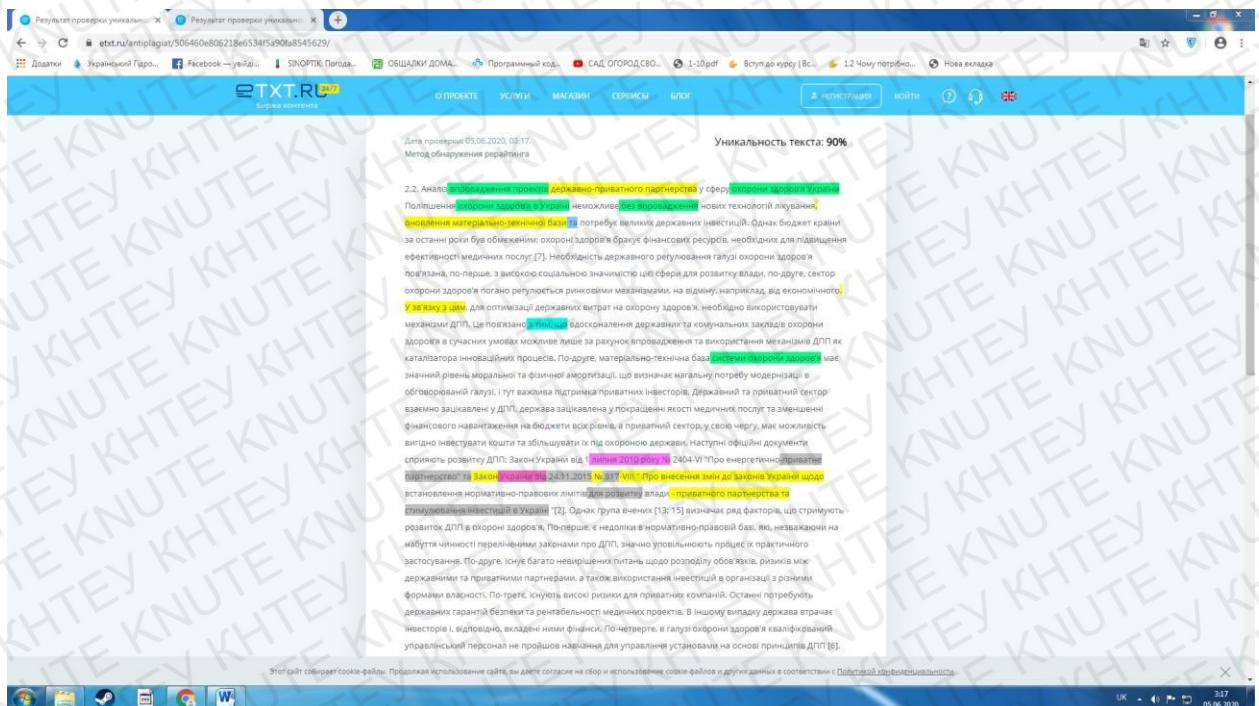
Правити цей текст | Новий перевірка

Реклама позволяет нам сделать проверку бесплатной. Вы можете поддержать проект и отключить рекламу, купив подписку.

2.1. Інституційні основи реалізації державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України



2.2. Аналіз впровадження проектів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України



2.3 Напрями вдосконалення державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України

