

УДК 330.12

Павлюк К. В.

доктор економічних наук, професор, завідувач відділу бюджетної системи НДФІ ДННУ "Академія фінансового управління", Київ, Україна

Камінська О. С.

старший науковий співробітник відділу бюджетної системи НДФІ ДННУ "Академія фінансового управління", Київ, Україна, kes62@ukr.net

ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД РОЗВИТКУ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Анотація. Досліджено досвід упровадження державно-приватного партнерства (ДПП) у сфері охорони здоров'я в розвинутих зарубіжних країнах, яке в сучасних умовах стало ефективним інструментом вирішення проблем. В Україні за обмеженості державних фінансових ресурсів, низької якості та доступності послуг охорони здоров'я відчувається дедалі більша потреба в розвитку таких партнерських відносин. У контексті досліджуваної проблеми розглянуто переваги механізму ДПП, що сприяє, зокрема, зменшенню навантаження на бюджет, підвищенню ефективності під час реалізації проектів, прискоренню розв'язання суспільно важливих завдань в охороні здоров'я. Проблемами розвитку ДПП визначено непрозорість в ухваленні рішень, недостатній рівень суспільного контролю й участі суспільства у процесі реалізації проектів ДПП, обмеження соціальної справедливості, високу вартість, складність масштабного впровадження. Розкрито основні форми й моделі ДПП, ризики їх упровадження – капітальних вкладень, надходження, ринковий, небезпеки передачі ризиків державному сектору. Окреслено фактори, що стримують розвиток ДПП, зокрема в Україні: організаційні, інституціональні, економічні, соціально-психологічні. Сформульовано рекомендації щодо перспектив розвитку ДПП в Україні.

Ключові слова: державно-приватне партнерство, охорона здоров'я, фінансові ресурси.

Табл. 3. Літ. 32.

Klaudia Pavliuk

Dr. Sc. (Economics), Professor, SESE "The Academy of Financial Management", Kyiv, Ukraine

Olena Kaminska

SESE "The Academy of Financial Management", Kyiv, Ukraine, kes62@ukr.net

FOREIGN EXPERIENCE OF DEVELOPMENT OF PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIPS IN THE HEALTH SYSTEM

Abstract. The article examines the experience of introducing public-private partnerships (PPPs) in the field of health care in developed foreign countries. PPP has become an effective tool for addressing health problems in modern conditions. In Ukraine, in the conditions of limited state financial resources, poor quality and availability of health services, there is a growing need for the development of such partnerships. The advantages of the PPP mechanism are considered in the context of the problem under study which contributes, in particular, to reducing the burden on the budget, increasing efficiency in the implementation of projects, and accelerating the solution of socially important tasks in public health. The problems of PPP development are opacity in decision-making processes, inadequate public control and public participation in the process of PPP projects implementation, social justice restrictions, high cost, and complexity of implementation on a large scale. The main forms and models of PPPs are disclosed, the risks of their application are the risk of capital investments, the risk of receipt, market risk, and

© Павлюк К. В., Камінська О. С., 2018

the risk of transferring risks to the public sector. The factors that restrict the development of PPP, including in Ukraine: organizational, institutional, economic, social and psychological. Recommendations are formulated regarding the prospects for the development of PPPs in Ukraine: developing and adopting legislative initiatives to create transparent, competitive conditions for the functioning of PPPs in health care; the formation of a road map for PPPs; creation of a specialized institution for management and monitoring of PPPs; introduction of model agreements on joint activities within the framework of PPP, concession and lease; formation of methodical recommendations for the selection and use of financial PPP models; registration of objects realized on the basis of PPP in the registers of capital investment objects and state contracts; disclosure in the budget documents and the financial performance report for each PPP project information; implementation of budgetary planning in the evaluation of prospective expenditures for PPP projects and setting of limit levels of these expenditures both within the medium-term planning and in the long-term budget forecast.

Key words: public-private partnership, health care, financial resources.

JEL classification: I14, I15, I18, L32.

Павлюк К. В.

доктор економічних наук, професор, завідувача відомом бюджетної системи
НИФИ ГУНУ "Академія фінансового управління", Київ, Україна

Каминская Е. С.

старший науковий співробітник відомою бюджетної системи НИФИ ГУНУ "Академія фінансового
управління", Київ, Україна,

ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ РАЗВИТИЯ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Аннотация. *Исследован опыт внедрения государственно-частного партнерства (ГЧП) в сфере здравоохранения в развитых зарубежных странах, которое в современных условиях стало эффективным инструментом решения проблем. В Украине при ограниченности государственных финансовых ресурсов, низком качестве и доступности услуг здравоохранения ощущается все большая потребность в развитии таких партнерских отношений. В контексте исследуемой проблемы рассмотрены преимущества механизма ГЧП, что способствует, в частности, уменьшению нагрузки на бюджет, повышению эффективности при реализации проектов, ускорению решения общественно важных задач в здравоохранении. Проблемами развития ГЧП определены непрозрачность в принятии решений, недостаточный уровень общественного контроля и участия общества в процессе реализации проектов ГЧП, ограничения социальной справедливости, высокая стоимость, сложности масштабного внедрения. Раскрыты основные формы и модели ГЧП, риски их внедрения – капитальных вложений, поступления, рыночный, опасности передачи рисков государственному сектору. Определены факторы, сдерживающие развитие ГЧП, в том числе в Украине: организационные, институциональные, экономические, социально-психологические. Сформулированы рекомендации относительно перспектив развития ГЧП в Украине.*

Ключевые слова: государственно-частное партнерство, здравоохранение, финансовые ресурсы.

Вирішальне значення для економічного зростання й розвитку країни має доступ до недорогих, якісних послуг охорони здоров'я. Але обмеженість ресурсів і конкуруючі пріоритети означають, що багатьом країнам не вистачає коштів, аби забезпечити належне медичне обслуговування громадян. Ефективним інструментом у розв'язанні проблем охорони здоров'я стало ДПП. Важливу роль на глобальному рівні в розробленні відповідної політики та розпорядчих стандартів надання медичної допомоги відіграла Всесвіт-

ня організація охорони здоров'я (ВООЗ), яка заохочувала партнерські відносини між державою і ринком у сфері фінансування, виділення ресурсів та проведення досліджень [1]. В умовах обмеженості державних фінансових ресурсів, низької якості послуг охорони здоров'я в Україні відчувається дедалі більша потреба в розвитку таких партнерських відносин.

Проблемам розвитку ДПП в охороні здоров'я присвячені праці таких зарубіжних учених, як Д. Барроус, Я. Бітар, Р. А. Венкат, С. М. Ловін, І. Макдоналд, Р. Б. Салтман, А. Супапол, К. Б. Тхадані, Дж. Фігейрас, С. Харвей-Ріу, Г. Чахіне [2–7], і вітчизняних науковців (Д. В. Алешко, В. В. Вороненко, Г. Т. Гафурова, Н. Г. Гойда, Н. Г. Дутко, А. Костіна, Н. В. Курділь, О. В. Мартякова, Г. І. Олійник, К. В. Павлюк, С. В. Підгаєць, М. М. Сачек, Т. Д. Сіташ, О. В. Степанова, І. В. Трикоз [8–18] та ін.). Однак погляди дослідників щодо доцільності й ефективності реалізації механізмів ДПП, напрямів його розвитку в охороні здоров'я є доволі неоднозначними.

Мета статті – вивчення зарубіжного досвіду розвитку ДПП як важливого інструменту розв'язання проблем сфери охорони здоров'я та перспективи його впровадження в Україні.

У сфері охорони здоров'я ДПП використовується не тільки для виконання інфраструктурних проектів (нові лікарні, житлові приміщення персоналу, житлові будинки тощо), а й для надання тієї чи іншої послуги (схеми управління енергоспоживанням, системи інформаційної технології, харчування, інтегрована система управління тощо) [19]. Добре структуровані ДПП є одним із інструментів впровадження нової інфраструктури охорони здоров'я і поліпшення доступу до якісніших медичних послуг [20].

Лідерами у сфері ДПП в охороні здоров'я є Великобританія, Канада, Франція.

У Великобританії партнерство активно реалізується в різних сферах суспільних відносин. Традиційно у країні джерелом інвестицій у галузь охорони здоров'я були податки. Однак постійний тиск на бюджет спонукав уряд шукати нові шляхи. Одна з альтернатив державному фінансуванню – ДПП. У його рамках держсектор укладає з приватним партнером договір про будівництво, управління й обслуговування потужностей на певний період, після закінчення якого лікарня або переходить у власність держави, або, якщо така можливість передбачена договором, зберігається за приватним власником. На практиці найчастіше застосовується перший варіант: приватні партнери, як правило, не прагнуть зберегти за собою лікарняні будівлі, котрі складно використовувати будь-яким іншим чином. Повернення об'єктів охорони здоров'я в державну власність – головна особливість контрактів, що укладаються у Великобританії за моделлю PFI (Private Finance Initiative) [17].

Такі форми співпраці привабливі для держсектору, оскільки дають можливість отримати гроші авансом, не відволікаючи власних коштів, і, головне, перекласти ризики, які не стосуються безпосередньо клінічної практики, на приватний сектор. Керівники державних організацій охорони здоров'я повинні прагнути до того, аби перекласти ризики, пов'язані з будівництвом і технічним обслуговуванням лікарні, на організацію, для якої ця робота є основним видом діяльності. Нині гроші на будівництво й експлуатацію новозведених великих об'єктів охорони здоров'я у Великобританії надаються переважно відповідно до цієї моделі. Найбільші медичні об'єкти, будівництво й

експлуатація яких здійснюються приватними консорціумами згідно з моделлю PFI, – госпіталі в Лондоні (вартість будівництва – 1,1 млрд ф. ст.), Бірмінгемі (560 млн ф. ст.), Сент Хеленсі (380 млн ф. ст.), Глазго (200 млн ф. ст.). Обсяг інвестицій при будівництві Tunbridge Wells Pembury NHS Hospital (512 одномісних палат) становив 611 млн дол. США. Термін угоди – 34 роки, об'єкт перебуває у власності консорціуму [17].

На принципах ДПП фінансується й реконструкція об'єктів. Всесвітньо відомий державний онкологічний центр Christie Clinic (Манчестер) підписав угоду з групою приватних компаній HCA International, яка інвестувала в новий проект 14 млн ф. ст. [17].

На початок 2015 р. у Департаменті охорони здоров'я Великобританії було 125 проектів ДПП на суму 12 397,2 млн ф. ст. (загальна кількість проектів – 722 на 57 687,6 млн ф. ст.). У 2015/2016 фінансовому році у сфері охорони здоров'я реалізовувалось 123 проекти на 12 083 млн ф. ст. (всього 728 на 222 194 млн ф. ст.). Унітарні платежі дорівнювали 2025 млн ф. ст. із 10 467 млн ф. ст. [21].

Унітарні платежі – це плата за послуги, які держава отримує від проекту PFI. Ця плата включає надання активів і виконання супутніх послуг, таких як прибирання, обслуговування й забезпечення безпеки. Унітарні платежі узгоджуються під час підписання угоди закупівлі, хоча за певних обставин вони можуть бути зменшені, наприклад, у разі будівельних затримок або невиконання певних стандартів [22].

Однією з найбільших у Великобританії організацій з надання медичних послуг є Фонд Національної служби охорони здоров'я (НСЗ) [23]. Цей Фонд також проводить медичні дослідження й навчання. У структурі Фонду перебуває вісім лікарень, розташування яких є недостатньо зручним, – у старих тісних будинках у центральній частині Лондона. Для заміни старої будівлі й зведення нової лікарні на умовах “проектування – будівництво – фінансування – експлуатація” на роль приватного партнера був обраний консорціум Health Management (UCLH) Plc. Укладено договір терміном на 40 років, згідно з яким будинок надано в оренду Фонду з платою в розмірі 32 млн ф. ст. на рік. Крім того, Health Management (UCLH) Plc. мав надавати неклінічні послуги, такі як паркування, постачання, утилізація відходів і т. ін. [23].

PFI залишається суперечливим: дотепер не сформовано консенсусу в забезпеченні співвідношення ціни і якості. Прихильники цієї схеми стверджують, що з PFI справи йдуть краще, ніж державні закупівлі загалом, тоді як, на думку критиків, PFI-контракти є негнучкими й існують великі можливості для створення заощаджень у проектах через рефінансування, де приватне фінансування вже використовується. Опитування у Великобританії показало, що 63 % його учасників виступили за мораторій на нові проекти PFI, а 9 % заявили, що вони повинні бути зупинені в цілому. Опитування в Шотландії продемонструвало аналогічні результати: найпопулярніші політики на запитання “Чи необхідно забезпечити, щоб усі державні школи і лікарні були побудовані і управлялися державними органами, а не приватними компаніями?” відповіли із середнім балом 8,1 з 10 [22].

Основні претензії, пов'язані з реалізацією проектів за програмою PFI, стосуються економічної доцільності залучення до будівництва приватних партнерів. Після низки критичних зауважень у парламенті було проведено

ряд розрахунків на прикладі діючих проектів. З'ясувалося, що за рахунок платежів, які держава мала виплачувати приватному партнеру в рамках концесії, значно підвищувалася реальна вартість проекту. Наприклад, розрахунок будівництва Королівського Ліверпульського університетського госпіталю і госпіталю в Бродгрінні (передмістя Ліверпуля) показав, що за 30 років концесії уряд здійснить додаткові витрати в розмірі 175 млн ф. ст. [24]. Такі приклади свідчать, що державі іноді дешевше профінансувати проект повністю за свій рахунок, отримавши необхідні кошти на фінансовому ринку.

Проте PFI-проекти можуть забезпечити співвідношення ціни та якості за умови, що вигоди переважають витрати. Після дискусій, оцінок перспектив і проблем реалізації програму PFI піддано модифікації. У результаті з'явився пакет документів, що регламентують порядок формування проектів у рамках PFI, зокрема формалізовано процедури укладення та оцінювання контрактів. Основна увага нині приділяється питанням економічної доцільності, вигід і ризиків, які несе проект.

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

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

Особливість французької моделі розвитку ДПП полягає в тому, що держава з метою залучення приватних інвесторів створює так звані спільноти змішаної економіки (Societe d'Economie Mixte, SEM), які є спільними підприємствами. Обов'язковою умовою їх формування є частка держави або органів місцевого самоврядування у статутному капіталі від 50 до 85 %. За даними Федерації державних підприємств (FedEpl), у 2012 р. у Франції функціонувало 1001 ДПП, основна частка в статутному капіталі яких припадала на місцеві органи влади [10].

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

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

У цій країні використовується кілька типів контрактів відповідно до місцевого законодавства [10]: партнерський; довгостроковий договір оренди з адміністрацією; довгостроковий договір оренди з госпіталями; дозвіл на тимчасове використання державної власності; дозвіл на тимчасове використання державної власності з правом викупу до закінчення терміну контракту, тобто лізинг.

Міністерство економіки і фінансів Франції активно підтримує проекти у сфері ДПП, для чого в його рамках створено Місію підтримки державно-приватного партнерства (Mission d'Appui aux Partenariats Publics-Privés, MAPPP). Роль MAPPP полягає в консультативній та організаційній підтримці підготовки та укладення контрактів ДПП, розробленні відповідного методичного керівництва. Експертиза MAPPP є обов'язковою умовою при формуванні проектів ДПП, коли проводиться економічна оцінка проекту, а також визначається його вплив на систему державних фінансів. Крім того, вона контролює виконання контракту перші кілька місяців і за необхідності може вносити пропозиції щодо зміни регламенту реалізації проекту [10].

Прикладом успішної реалізації програми ДПП у Франції є проект клінічного центру з госпіталем на 1000 ліжок "Сюд Франсільєн" (Centre Hospital de Sud Fracilien, CHSF). Конкурс на реалізацію проекту виграла спеціальна компанія, створена Eiffage – однією з найбільших будівельно-концесійних груп Франції. Укладення контракту з будівництва клінічного центру "Сюд Франсільєн" тривало лише шість тижнів, загальна вартість становила 315 млн євро. Проект розрахований на 30 років від дати початку комерційного використання об'єкта (у тому числі період будівництва – чотири роки). Об'єкт перебуває в експлуатації з 2012 р. і є державною власністю [10].

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

Отже, проекти ДПП можуть бути корисними для сектору охорони здоров'я, коли вони добре обґрунтовані, підготовлені, реалізовані, зокрема здійснюється моніторинг. У табл. 1 наведено деякі з ключових факторів успіху, які варто враховувати під час планування ДПП [25].

Німеччина, на відміну від інших європейських країн, розпочала реалізацію проектів ДПП (öffentlich-privaten Partnerschaften, ÖPP) значно пізніше – з 2003 р. Концепція розвитку ґрунтується на створенні розгалуженої інфраструктури центрів його підтримки, що діють на рівні як окремих земель, так і на федеральному. На федеральному рівні такий центр – ÖPP Deutschland AG (Partnerschaften Deutschland) – був створений у листопаді 2008 р. Він є незалежною консалтинговою компанією під егідою федеральних міністерств фінансів і транспорту та будівництва.

Федеральні, субфедеральні й місцеві органи влади формують ядро публічного власника ÖPP Deutschland AG: їм належить близько 57 % акцій компанії. Діяльність консультативного центру охоплює кілька напрямів: проектний, консультативний, науково-методичний [26].

Існує позитивний зворотний зв'язок між розбудовою ДПП та високим рівнем задоволеності користувачів і клієнтів. Особливо це стосується проектів у галузі освіти і здоров'я. Ці позитивні ефекти сприяли тому, що близько 15 % муніципалітетів і двох третин земель мали досвід проектів ДПП, реалізували один або кілька будівельних проектів громадського користування [26].

Медична галузь ДПП показала величезний потенціал для реалізації політики державних органів з використанням моделей партнерства (табл. 2).

У госпітальному секторі зростає інтерес до реалізації зареєстрованих проектів ДПП, стимулом до чого є успішне їх завершення [26].

Етапи планування ДПП

Підготовка	Реалізація	Моніторинг і регулювання
<ul style="list-style-type: none"> • Забезпечення належної правової і фінансової можливості (наприклад, ємність, структура, нормативні акти). • Оцінка ситуації на підставі фактів таким чином, щоб забезпечити корисність запропонованих альтернатив проекту. • Створення спеціальної цільової групи, консультативної ради та/або офісу управління проектами, близького до органу прийняття рішень (наприклад, міністерство охорони здоров'я, міністерство фінансів). • Визначення і розгляд варіантів щодо чіткого набору заздалегідь визначених цілей проекту й стандартів якості. • Оцінювання ризиків і розроблення плану зниження ризиків. • Підготовка прозорого й ефективного процесу торгів. • Налаштування ефективної системи моніторингу та оцінювання 	<ul style="list-style-type: none"> • Вибір партнера. • Розроблення контракту і ліквідація можливих ризиків. • Аудит потенціалу й коригування контракту (наприклад, процедурна надійність і термін, арбітражне застереження, ревізійний орган). • Розроблення детальних якостей, експлуатаційних стандартів і цільових показників. • Забезпечення постійної співпраці та взаємодії між усіма ключовими зацікавленими сторонами протягом усього терміну виконання проекту. • Реалізація управління змінами та комунікаційної стратегії. • Експериментальний проект у кілька етапів по мірі можливості, щоб забезпечити необхідні та своєчасні коригування 	<ul style="list-style-type: none"> • Забезпечення постійного моніторингу відповідно до заздалегідь узгоджених критеріїв і завдань внутрішньої (проводиться державним партнером за допомогою моніторингу на місці й звітності) та зовнішньої (здійснюється зовнішнім органом, наприклад, органами сертифікації) перевірки. • Налаштування компонент моніторингу в міру необхідності на основі накопиченого досвіду та в обговоренні з усіма партнерами і ключовими зацікавленими сторонами. • Впровадження набутого досвіду експертизи ДПП (наприклад, центр передового досвіду)

С к л а д е н о за: Nicolich I. A., Maikish H. Public-Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector. An Overview with Case Studies from Recent European Experience. URL: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.490.3442&rep=rep1&type=pdf>.

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

Серед наймасштабніших і найуспішніших проектів, здійснених у Німеччині з 2003 р., варто відзначити будівництво найбільшого центру протонної терапії в Ессені. Вартість проекту становила 132 млн євро. Центр переданий у приватне управління на 15 років із запланованою економією коштів у 20 %. Проект завершено в 2010 р., відтоді лікування в центрі проходять 2200 пацієнтів щороку [10].

Королівський госпіталь Норт-Шор (КГНШ) і Громадська лікарня в Сідней (Австралія) є великою базовою державною медичною установою міста, що надає повний спектр медичних послуг [27]. Госпіталь обслуговує близько 5,7 % населення Австралії.

Приклади застосування проектів ДПП в охороні здоров'я Німеччини

Проект	Рік початку проекту	Проблема та її вирішення
Університетська клініка Шлезвіг-Гольштейн (Universitätsklinikum Schleswig-Holstein)	2010	Оновлення апаратного й програмного забезпечення та оптимізація ІТ-процесів; відкриття нового центру обробки даних (2013 р.); створення безпаперової електронної лікарні; впровадження загальнонаціонального компонуального проектування й управління об'єктом проекту (<i>Plant Design Management System, PDMS</i>); модернізація інфраструктури зв'язку
Клінічний комплекс "Шаріте" (Charité Clinic)	2006	Контракт на управління харчуванням у лікарні – інституційне партнерство. Необхідність удосконалення організації лікарняного харчування в Charité Clinic пов'язана з підвищенням якості й задоволенням останніх вимог ЄС у сфері гігієни й аналізу ризиків і критичних контрольних пунктів (Hazard Analysis Critical Control Point, HACCP). Модернізація обладнання та придбання комплексних послуг підтримки, таких як управління відходами, громадське харчування, санація й експлуатація медичного обладнання та будівництво центральної стерилізаційної станції
Група клінік Paul Gerhardt Diakonie, Берлін (Berliner Krankenhäuser der PaulGerhardt-Diakonie)	2011	Забезпечення обладнанням; технічне обслуговування, ремонт і правова експертиза всіх пристроїв; консалтинг
Вища медична школа Ганновера (Medizinische Hochschule Hannover)	2013	Оснащення і функціонування сучасної гамма-камери та інші нововведення в ядерній медицині; спільне розроблення технології
Група клінік "Alb Fils Kliniken"	2012	Технічне обслуговування 26 систем; договір на сервісне обслуговування загального управління великим устаткуванням; навчання
Церковно-благодійна служба Південної Вестфалії (Diakonie Südwestfalen)	2012	Придбання нового обладнання і модернізація наявного, сервіс, обслуговування і навчання

Джерело: Öffentlich-Private Partnerschaften in Deutschland / ÖPP Deutschland AG. 2014. URL: https://www.pd-g.de/fileadmin/Daten/OEPP-Markt/OEPP-Marktzahlen/140829_OEPP_Deutschland_Halbjahresbericht_2014.pdf.

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

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

Як ще один приклад застосування забезпечувальної моделі ДПП можна розглянути медичний заклад “Нова Каролінська Сольна” (New Karolinska Solna, NKS) у Швеції [28]. Партнерство держави і приватного сектору з метою фінансування, будівництва, експлуатації та обслуговування лікарні було укладено між радою округу Стокгольм і “Свідіш Хоспітел Партнерс” (Swedish Hospital Partners), до якого увійшли Skanska й Innistry. Це перший шведський об’єкт інфраструктури охорони здоров’я, що будується з використанням механізмів ДПП. Його загальна площа дорівнює 320 тис. кв. м, місткість розрахована на 550 ліжко-місць. Перші пацієнти очікувалися в листопаді 2016 р.

Цілями проекту є [28]: дієва підтримка розвитку і поширення знань для лікування важкохворих і травмованих пацієнтів; створення привабливих умов як усередині, так і навколо лікарні; забезпечення ефективніших процесів у сфері охорони здоров’я, а також оптимального використання ресурсів; чітка та безперервна робота; поділ діяльності лікарні за пріоритетами й належне визначення ролі в місті; стійке функціонування проекту на всіх рівнях.

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

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

В Італії одним з основних проектів ДПП є лікарня Нью-Местре (New Mestre Hospital) [1]. Проект концесіонера й оператора було підписано 30 вересня 2002 р. на 20 років із групою банків під керівництвом нідерландського банку ABN Amro. У червні 2007 р. етап будівництва завершений. Сьогодні лікарня Местре вважається технологічно просунутою в Італії й однією з найпрогресивніших у Європі.

Серед головних причин застосування моделі ДПП для реструктуризації лікарні Местре був брак державних ресурсів (72 млн євро з місцевого бюджету було недостатньо для цього величезного проекту). У другій половині 2000 р. вирішено використовувати модель ДПП для будівництва нової лікарні. Ця модель становить великий інтерес не тільки в аспекті подолання браку дер-

жавних коштів, а й тому, що пов'язує приватний інтерес зі швидким виконанням робіт і знижує експлуатаційні витрати.

Перед початком процедури ДПП було підтверджено доцільність проекту з урахуванням обмежених державних ресурсів і високих стандартів будівництва, які мають бути досягнуті. Підготовлено проект фінансового плану. Загальна вартість проекту становила 220 млн євро з часткою в приватного партнера близько 140 млн євро. Приватній компанії для повернення цієї суми дозволено керувати протягом 24 років певними лікарняними послугами (лабораторії і радіодіагностика; утилізація відходів; пральня; харчування для пацієнтів, послуги з прибирання приміщень і клінічного обладнання; майно та медичне обслуговування обладнання; механічний транспорт; обслуговування зелених зон; житлові послуги). Також вона надає послуги зовнішнім відвідувачам – із харчування, роздрібною торгівлі та паркінгу [1].

Під час визначення гнучкості ДПП у галузі охорони здоров'я важливими є знання і досвід у поєднанні з грамотним управлінням контрактних угод; спосіб фінансування проекту; залежність між фінансуванням клінічних послуг та витратами органів охорони здоров'я за ДПП. Органи охорони здоров'я повинні враховувати ці детермінанти, щоб запобігти появі лікарень, які не можуть адекватно реагувати на невизначеність, пов'язану з їхніми безпосередніми проблемами [1].

Успіх ДПП залежить від кількох факторів: наявності інститутів, що добре функціонують; прозорих та ефективних процедур; підзвітних та компетентних державних і приватних суб'єктів [19].

Незважаючи на переваги, пов'язані з ДПП, виникають питання управління. Щодо систем охорони здоров'я головні проблеми були визначені як: нездатність чітко окреслити роль та обов'язки партнерів; неналежний моніторинг продуктивності; недостатній рівень контролю й управління конфліктами інтересів корпоративних партнерів; непрозорість у процесах прийняття рішень [19]. Переваги і недоліки партнерства у сфері охорони здоров'я наведено в табл. 3 [29].

Т а б л и ц я 3

Переваги і недоліки співпраці з приватним сектором у галузі охорони здоров'я

Показник	Переваги	Недоліки
Неформальність	Доступність. Клієнтоорієнтованість. Низька вартість	Незадовільна якість медичної допомоги. Труднощі в розумінні малоосвіченими пацієнтами
Некомерційність	Висока якість. Цільова група (малозабезпечені громадяни). Низька вартість. Співпраця	Недостатнє охоплення. Брак ресурсів. Складність упровадження у збільшеному масштабі
Прибутковість	Висока якість (у певних галузях). Велике / інноваційно ефективне охоплення	Спеціальні заходи. Висока вартість. Мінлива якість. Використання переважно в містах

Складено за: *Raman V., Bjorkman J. W. Public/Private Partnership in Health Care Services in India.* URL: <http://www.pppinharyana.gov.in/ppp/sector/health/report-healthcare.pdf>.

У міру накопичення досвіду впровадження ДПП у галузі охорони здоров'я процес його реалізації може стати рутиннішим і бути придатним для прозорих моделей закупівель. Необхідні чесні посередники для ведення переговорів і модератор сторін для проектування продуктивного ДПП. Однак оскільки дедалі більше країн розуміють принципи ДПП і все більше комерційних компаній набувають досвіду роботи в партнерствах, потреба в зовнішніх посередниках послаблюватиметься, скорочуючи витрати часу й коштів для розроблення і здійснення ефективних партнерських відносин [30].

Зауважимо, що жодна з країн не розробила стандартного формату для контрактів ДПП. Тривалість цих контрактів в Англії та Австралії становить 20–30 років, у Канаді – 25, у Туреччині – переважно 49, в Іспанії – 10–15 років. Крім Іспанії, де регіональні органи влади мають право провадити переговори й укласти контракти з приватним сектором, в інших країнах цю роботу покладено на сектор охорони здоров'я місцевих органів влади. Майже у всіх країнах кожна фаза (проектування – будівництво – операція) завершується іншою компанією [31].

В Англії та Австралії витрати приватного сектору покриваються за рахунок доходів, отриманих від експлуатації об'єкта протягом певного періоду, у Канаді – завдяки доходам, отриманим від експлуатації проекту на підставі застосування фіксованих тарифів, у Туреччині – в межах функціонування проекту для об'єктів, передбачених для приватного сектору, в Іспанії – на основі відшкодування витрат на одну особу. В Англії існують фіксовані тарифи на контракти державних послуг на засадах ДПП, у Канаді та Австралії вони чітко не визначені, а в Туреччині й Іспанії взагалі не вказуються [31].

Найважливіші питання, котрі необхідно враховувати при застосуванні цього механізму фінансування і які повинні прозоро визначатися перед укладенням будь-яких договорів, – точні умови договору, порядок передачі лікарні у власність після того, як контракт закінчується, процес надання коштів (якщо вони передбачені) для приватної сторони, процедура розподілу ризиків, те, як лікарі працюватимуть в лікарнях і які збори будуть виплачуватися їм, а також порядок розрахунку витрат, котрі мають компенсуватися пацієнтами. Прозорі правила для передачі права власності й забезпечення численних вимог дуже істотні в цих контрактах. Оскільки приватний сектор використовує державні кошти і повинен дотримуватися правил уряду, то урядовцям слід бути обережними у прийнятті певної політики. Упровадження моделей ДПП має, врешті-решт, сприяти поліпшенню медичних послуг для пацієнтів [30].

Домовленість про розподіл ризиків істотно варіюється залежно від контракту, але переважно зводиться до таких аспектів [32]:

- ризик капітальних вкладень (будівництво та фінансування ризиків) зазвичай передається приватному оператору, але органи державної влади можуть надати допомогу провайдеру/оператору; в окремих проєктах ДПП держсектор несе певну відповідальність за інвестиції через надання гарантій приватному оператору;
- ризик надходження існує за двома основними напрямками: обсягу й оплати контрактів на послуги. Його здебільшого поділяють між державними і приватними партнерами й існує можливість зниження через дозвіл суто приватної практики (медичної або немедичної) у відповідній

установі. З огляду на ризик індукованого попиту, окремі контракти, такі як моделі Cascais у Португалії, передбачають обмеження виробництва, хоча вони не стосуються екстрених випадків;

- ринковий ризик виникає в ситуаціях, коли провайдер ДПП повинен конкурувати за надання послуг з іншими державними та/або приватними гравцями, як правило, для дуже специфічних послуг (наприклад, екстреної хірургії, променевої терапії тощо). У більшості з цих випадків певний ступінь поділу ризику передбачено за договором, або шляхом надання ексклюзивності послуг приватному провайдеру, або через інші форми гарантій мінімального доходу чи платежів.

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

З метою розв'язання наявних проблем можна запропонувати:

- розроблення національного стратегічного інструменту або дорожньої карти для ДПП, що розпізнаватиме фактори ризику та перешкоди на шляху реалізації його моделей ДПП через вивчення й аналіз поточної правової, політичної і нормативно-правової бази;
- створення спеціалізованої установи або організації для управління, моніторингу ДПП в охороні здоров'я по всій країні. Партнерства вимагають потужного державного сектору з менеджерами, котрі набули навичок ведення переговорів і укладення договорів, а також аналізу ризиків. Держсектор повинен контролювати проекти й пропонувати і реалізовувати практичні рішення за необхідності;
- ухвалення законодавчих ініціатив щодо забезпечення прозорих, конкурентних умов функціонування ДПП у сфері охорони здоров'я;
- запровадження типових договорів про спільну діяльність, про ДПП, концесію та оренду; партнерство має ґрунтуватися на докладному договорі, що описує відповідальність, загальні ризики й вигоди як державного, так і приватного партнерів;
- формування методичних рекомендацій стосовно вибору та використання фінансових моделей реалізації проектів ДПП, прийнятних для системи охорони здоров'я;
- розроблення порядку реєстрації об'єктів, що реалізуються на засадах ДПП, у реєстрах об'єктів капітальних вкладень і державних контрактів, що дасть змогу забезпечити облік і моніторинг відповідних бюджетних витрат. Фінансування та очікувані доходи сторін ДПП повинні чітко визначатися на початку угоди на весь інвестиційний період;
- розкриття у бюджетних документах і звіті про виконання бюджету за кожним проектом ДПП такої інформації: майбутні платежі й надходження держави, пов'язані з наданням послуг, указаних у договорах на майбутні роки; сума й умови фінансування та іншої підтримки, що надається шляхом кредитування державою чи через державні фінансові установи; обсяг державних гарантій; вплив проекту на сальдо бюджету і державний борг;
- забезпечення безперервного зв'язку з усіма зацікавленими сторонами ДПП на засадах відкритості, прозорості.

Список використаних джерел

1. *Torchia M., Calabrò A.* Public-Private Partnerships in the Health Care Sector: A Systematic Review of the Literature. URL: https://www.researchgate.net/publication/255172193_Public-Private_Partnerships_in_the_Health_Care_Sector_A_Systematic_Review_of_the_Literature.
2. Public private partnerships in Canadian Healthcare. A case study of the Brampton civic hospital / D. Barrows, I. Macdonald, A. Supapol, O. Dalton-Jez, S. Harvey-Rioux ; prepared for the OECD. 2011. March URL: <https://www.oecd.org/gov/budgeting/47814779.pdf>.
3. *Chahine G. Bitar J., Idnani N.* Harnessing the Power of Public-Private Partnerships in Healthcare Imperatives for GCC Governments. URL: https://www.strategyand.pwc.com/media/uploads/Strategyand_Harnessing-The-Power-Of-Public-Private-Partnerships-In-Healthcare.pdf.
4. *Venkat R. A.* Public-private partnership in health care : context, models, and lessons. URL: http://www.who.int/global_health_histories/seminars/Raman_presentation.pdf.
5. *Lovin M. S.* Public-Private Partnerships – A Growing Trend in the U.S. Health Sector. URL: <https://www.linkedin.com/pulse/20141019200735-2957001-public-private-partnerships-a-growing-trend-in-the-u-s-health-sector/>
6. *Салтман Р. Б., Фигейрас Дж.* Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий : пер. с англ. Москва: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. 432 с.
7. *Thadani K. B.* Public Private Partnership in the Health Sector: Boon or Bane. URL: https://ac.els-cdn.com/S1877042814058534/1-s2.0-S1877042814058534-main.pdf?_tid=d674dd53-0786-4724-863c-e15f14a2147f&acdnat=1523365032_7b26149dafec1115f75a8a10d878225a.
8. *Алешко Д., Костіна А.* Державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я. URL: <https://www.legalalliance.com.ua/ukr/publikacii/derzavno-privatne-partnerstvo-v-sferi-ohoroni-zdorova/>.
9. *Гойда Н. Г., Курділь Н. В., Вороненко В. В.* Нормативно-правове забезпечення державно-приватного партнерства в охороні здоров'я України. *Запорожский медицинский журнал*. 2013. № 5. С. 104–108. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=20517528>.
10. *Гафурова Г. Т.* Зарубежный опыт развития механизмов государственно-частного партнерства. *Финансы и кредит*. 2013. -№ 48 . С. 62–72
11. *Дутко Н. Г.* Напрями розвитку державно-приватного партнерства: галузь охорони здоров'я. *Економіка та держава*. 2011. № 1. С. 105–108. URL: http://www.economy.in.ua/pdf/1_2011/30.pdf.
12. *Мартякова О. В., Трикоз І. В.* Державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я. *Вісник Бердянського університету менеджменту і бізнесу*. 2011. № 1 (13). С. 37–43. URL: <http://old.bumib.edu.ua/sites/default/files/visnyk/6-1-13-2011.pdf>.
13. *Олійник Г.* Державно-приватне партнерство як механізм зменшення ризиків соціальної сфери. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Сер.: Економіка*. 2013. № 3(168). С. 67–72.
14. *Павлюк К. В., Павлюк С. М.* Сутність і роль державно-приватного партнерства в соціально-економічному розвитку держави. *Наукові праці КНТУ. Економічні науки*. 2010. Вип. 17. С. 10–19.
15. *Павлюк К. В.* Охорона здоров'я: спробувати механізми державно-приватного партнерства. *Незалежний аудитор*. 2013. № 3. С. 66–70.
16. *Підгаєць С. В., Сіташ Т. Д.* Проблеми та перспективи розвитку державно-приватного партнерства в системі охорони здоров'я. *Економіка розвитку*. 2012. № 3. С. 32–37.
17. *Сачек М. М., Хейфец Н. Е., Петров В. С.* Государственно-частное партнерство в здравоохранении: международный опыт. *Вопросы организации и информатизации здравоохранения*. 2016. № 1. С. 18–34. URL: http://minzdrav.gov.by/dadvfiles/001028_50178_2_Probl_2_.pdf.
18. *Степанова О. В.* Стратегічні орієнтири розвитку державно-приватного партнерства в системі охорони здоров'я України. *Ефективна економіка*. 2014. № 6. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=3157>.

19. Torchia M., Calabrò A. Increasing the Governance Standards of Public-Private Partnerships in Healthcare. Evidence from Italy. *Springer Science + Business Media*. New York, 2016. URL: https://www.researchgate.net/profile/Andrea_Calabro/publication/308909378_Increasing_the_Governance_Standards_of_Public-Private_Partnerships_in_Healthcare_Evidence_from_Italy/links/57fe097708aeaf819a5bfc54.pdf?origin=publication_list.
20. IFC Health. URL: http://www.ifc.org/wps/wcm/connect/Industry_EXT_Content/IFC_External_Corporate_Site/PPP/Priorities/Health/.
21. Private Finance Initiative and Private Finance 2 projects: 2015 summary data. URL: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/504374/PFI_PF2_projects_2015_summary_data.pdf.
22. PFI: costs and benefits. URL: <http://researchbriefings.parliament.uk/ResearchBriefing/Summary/SN06007>.
23. Healthcare: Public Private Partnerships. 2013. 18 December. URL: <https://www.gov.uk/government/publications/public-private-partnerships/public-private-partnerships#public-private-partnerships-innovative-approaches-to-extend-healthcare-provision>.
24. Value for money? URL: <http://bankwatch.org/documents/PPPs/PPP-background-6.pdf>.
25. Nicolich I. A., Maikish H. Public-Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector. An Overview with Case Studies from Recent European Experience. URL: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.490.3442&rep=rep1&type=pdf>.
26. Öffentlich-Private Partnerschaften in Deutschland / ÖPP Deutschland AG. 2014. URL: https://www.pd-g.de/fileadmin/Daten/OEPP-Markt/OEPP-Marktzahlen/140829_OEPP_Deutschland_Halbjahresbericht_2014.pdf.
27. Royal North Shore Hospital and Community Health Services Public Private Partnership. Summary of contracts as at 28 October 2008. URL: http://www.treasury.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0016/13417/RNSH_Audited_Contract_Summary.pdf.
28. New Karolinska Solna. URL: <http://group.skanska.com/projects/57344/New-Karolinska-Solna>.
29. Raman V., Bjorkman J. W. Public/Private Partnership in Health Care Services in India. URL: <http://www.pppinharyana.gov.in/ppp/sector/health/report-healthcare.pdf>.
30. Barnes J. *Designing Public-Private Partnerships in Health*. 2011. URL: <http://www.abtassociates.com/abtassociates/files/49/49a01920-2254-433a-879d-76843f2ecd28.pdf>.
31. Public Hospital Facilities Development Using Build-Operate-Transfer Approach: Policy Consideration for Developing Countries / H. Poursaghari, M. Jafari, H. A. Gorji, M. Maleki. URL: http://ircmj.com/?page=article&article_id=39866.
32. Health and Economics Analysis for an evaluation of the Public Private Partnerships in health care delivery across EU. URL: https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/ppp_finalreport_en.pdf.

References

1. Torchia, M., Calabrò, A. (2015). *Public-Private Partnerships in the Health Care Sector: A Systematic Review of the Literature*. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/255172193_Public-Private_Partnerships_in_the_Health_Care_Sector_A_Systematic_Review_of_the_Literature.
2. Barrows, D., MacDonald, I., Supapol, A., Dalton-Jez, O. & Harvey-Rioux, S. (2011, March). *Public private partnerships in Canadian Healthcare. A case study of the Brampton civic hospital*. Retrieved from: <https://www.oecd.org/gov/budgeting/47814779.pdf>.
3. Chahine, G., Bitar, J. & Idnani, N. (2012). *Harnessing the Power of Public-Private Partnerships in Healthcare Imperatives for GCC Governments*. Retrieved from https://www.strategyand.pwc.com/media/uploads/Strategyand_Harnessing-The-Power-Of-Public-Private-Partnerships-In-Healthcare.pdf.
4. Venkat, R. A. (n. d.). *Public-private partnership in health care: context, models, and lessons*. Retrieved from http://www.who.int/global_health_histories/seminars/Raman_presentation.pdf.
5. Lovin, M. S. (2014). *Public-Private Partnerships – A Growing Trend in the U.S. Health Sector*. Retrieved from <https://www.linkedin.com/pulse/20141019200735-2957001-public-private-partnerships-a-growing-trend-in-the-u-s-health-sector/>.

6. Saltman, R. B., Figueras, J. (2000). *Reformy' sistemy' zdavookhraneniya v Evrope. Analiz sovremenny'kh strategij* [European health care reform. Analysis of current strategies]. Moscow: GE'OTAR MEDICINA [in Russian].
7. Thadani, K. B. (2014). *Public Private Partnership in the Health Sector: Boon or Bane*. Retrieved from https://ac.els-cdn.com/S1877042814058534/1-s2.0-S1877042814058534-main.pdf?_tid=d674dd53-0786-4724-863c-e15f14a2147f&acdnat=1523365032_7b26149dafec1115f75a8a10d878225a.
8. Aleshko, D., Kostina, A. (2013). *Derzhavno-pry'vatne partnerstvo v sferi okhorony' zdorov'ya* [Public-private partnership in healthcare]. Retrieved from <https://www.legalalliance.com.ua/ukr/publikacii/derzavno-privatne-partnerstvo-v-sferi-okhoroni-zdorova/> [in Ukrainian].
9. Hojda, N. H., Kurdil', N. V. & Voronenko, V. V. (2013). Normaty'vno-pravove zabezpechennya derzhavno-pry'vatnoho partnerstva v okhoroni zdorov'ya Ukrainy' [The public-private partnership regulatory support of the healthcare sector in Ukraine]. *Zaporozhskij medicinskij zhurnal* [Zaporozhye Medical Journal], 5, 104–108. Retrieved from <https://elibrary.ru/item.asp?id=20517528> [in Ukrainian].
10. Gafurova, G. T. (2013). Zarubezhny'j opyt' razvitiya mekhanizmov gosudarstvenno-chastnogo partnerstva [Foreign experience in the development of public-private partnership mechanisms]. *Finansy' i kredit* [Finance and credit], 48, 62–72 [in Russian].
11. Dutko, N. H. (2011). Napryamy' rozvy'tku derzhavno-pry'vatnoho partnerstva: haluz' okhorony' zdorov'ya [Directions of development of public-private partnership: healthcare]. *Ekonomika ta derzhava* [Economy and state], 1, 105–108. Retrieved from http://www.economy.in.ua/pdf/1_2011/30.pdf [in Ukrainian].
12. Martyakova, O. V., Try'koz, I. V. (2011). Derzhavno-pry'vatne partnerstvo u sferi okhorony' zdorov'ya [Public-private partnership in healthcare]. *Visnyk Berdyans'koho universy'tetu menedzhmentu i biznesu* [Bulletin of the Berdyansk University of Management and Business], 1 (13), 37–43. Retrieved from <http://old.bumib.edu.ua/sites/default/files/visnyk/6-1-13-2011.pdf> [in Ukrainian].
13. Olijnyk, H. (2013). Derzhavno-pry'vatne partnerstvo yak mekhanizm zmenshennya ry'zy'kiv social'noyi sfery' [Public private partnership as a mechanism to reduce social risks]. *Visnyk Ky'yivs'koho nacional'noho universy'tetu imeni Tarasa Shevchenka. Seriya: Ekonomika* [Bulletin of Taras Shevchenko National University of Kyiv. Economics], 3 (168), 67–72 [in Ukrainian].
14. Pavlyuk, K. V., Pavlyuk, C. M. (2010). Sutnist' i rol' derzhavno-pry'vatnoho partnerstva v social'no-ekonomichnomu rozvy'tku derzhavy' [Essence and role of partnership of the state and private business in socio-economic development]. *Naukovi praci KNTU. Ekonomichni nauky* [Collection of Scientific Works of Kirovohrad National Technical University. Economic Sciences], 17, 10–19 [in Ukrainian].
15. Pavlyuk, K. V. (2013). Okhorona zdorov'ya: sprobuvaty' mekhanizmy' derzhavno-pry'vatnoho partnerstva [Healthcare: try the mechanisms of public-private partnership]. *Nezalezhny'j audy'tor* [Independent auditor], 3, 66–70 [in Ukrainian].
16. Pidhayec', S. V., Sitash, T. D. (2012). Problemy' ta perspektyvy' rozvy'tku derzhavno-pry'vatnoho partnerstva v sy'stemi okhorony' zdorov'ya [Problems and prospects of public-private partnership in health protection system]. *Ekonomika rozvy'tku* [Economics of Development], 3, 32–37 [in Ukrainian].
17. Sachek, M. M., Khejfec, N. E. & Petrov, V. S. (2016). Gosudarstvenno-chastnoe partnerstvo v zdavookhraneni: mezhdunarodny'j opyt' [Public private partnership in healthcare: international experience]. *Voprosy' organizacii i informatizacii zdavookhraneniya* [Issues of organization and information health], 1, 18–34. Retrieved from http://minzdrav.gov.by/dadvfiles/001028_50178_2_Probl_2_.pdf [in Russian].
18. Stepanova, O. V. (2014). Stratehichni oriyenty'ry' rozvy'tku derzhavno-pry'vatnoho partnerstva v sy'stemi okhorony' zdorov'ya Ukrainy' [Strategic directions for development of public-private partnership of Ukraine's health care]. *Efekty'vna ekonomika* [Effective economy], 6. Retrieved from <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=3157> [in Ukrainian].

19. Torchia, M., Calabrò, A. (2016). *Increasing the Governance Standards of Public-Private Partnerships in Healthcare. Evidence from Italy*. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Andrea_Calabro/publication/308909378_Increasing_the_Governance_Standards_of_Public-Private_Partnerships_in_Healthcare_Evidence_from_Italy/links/57fe097708aeaf819a5bfc54.pdf?origin=publication_list.
20. IFC. (n. d.). *Health*. Retrieved from http://www.ifc.org/wps/wcm/connect/Industry_EXT_Content/IFC_External_Corporate_Site/PPP/Priorities/Health/.
21. HM Treasury. (2016). *Private Finance Initiative and Private Finance 2 projects: 2015 summary data*. Retrieved from https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/504374/PFI_PF2_projects_2015_summary_data.pdf.
22. Booth, L., Starodubtseva, V. (2015). *PFI: costs and benefits*. Retrieved from <http://researchbriefings.parliament.uk/ResearchBriefing/Summary/SN06007>.
23. Healthcare UK. (2013, December 18). *Healthcare: Public Private Partnerships*. Retrieved from <https://www.gov.uk/government/publications/public-private-partnerships/public-private-partnerships#public-private-partnerships-innovative-approaches-to-extend-healthcare-provision>.
24. Value for money? (n. d.). *bankwatch.org*. Retrieved from <http://bankwatch.org/documents/PPPs/PPP-background-6.pdf>.
25. Nicolich, I. A., Maikish, H. (2006). *Public-Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector. An Overview with Case Studies from Recent European Experience*. Retrieved from <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.490.3442&rep=rep1&type=pdf>.
26. ÖPP Deutschland AG. (2014). *Öffentlich-Private Partnerschaften in Deutschland*. Retrieved from https://www.pd-g.de/fileadmin/Daten/OEPP-Markt/OEPP-Marktzahlen/140829_OEPP_Deutschland_Halbjahresbericht_2014.pdf [in German].
27. NSW Treasury. (2008). *Royal North Shore Hospital and Community Health Services Public Private Partnership. Summary of contracts as at 28 October 2008*. Retrieved from http://www.treasury.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0016/13417/RNSH_Audited_Contract_Summary.pdf.
28. New Karolinska Solna. (n. d.). *group.skanska.com*. Retrieved from <http://group.skanska.com/projects/57344/New-Karolinska-Solna>.
29. Raman, V., Björkman, J. W. (2017). *Public-Private Partnership in Health Care Services in India*. Retrieved from <http://www.pppinharyana.gov.in/ppp/sector/health/report-healthcare.pdf>.
30. Barnes, J. (2011). *Designing Public-Private Partnerships in Health*. Retrieved from <http://www.abtassociates.com/abtassociates/files/49/49a01920-2254-433a-879d-76843f2ecd28.pdf>.
31. Pourasghari, H., Jafari, M., Gorji, H. A. & Maleki, M. (n. d.). *Public Hospital Facilities Development Using Build-Operate-Transfer Approach: Policy Consideration for Developing Countries*. Retrieved from http://ircmj.com/?page=article&article_id=39866.
32. European Union. (2013). *Health and Economics Analysis for an evaluation of the Public Private Partnerships in health care delivery across EU*. Retrieved from https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/ppp_finalreport_en.pdf.