



УДК : 614.2(-87)

**О. М. ВОЗНЯК,**  
кандидат медичних наук, віце-президент Української асоціації нейрохірургів України, керівник Центру загальної нейрохірургії та нейросудинної патології КЛ "Феофанія", слухач Національної академії державного управління при Президентові України



**Т. А. МАЛИШЕВА,**  
доктор медичних наук, старший науковий співробітник, начальник відділу нейропатоморфології ДУ "ІНХ НАМН України", слухач Національної академії державного управління при Президентові України

## МЕХАНІЗМИ ПУБЛІЧНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ДОСВІД ВЕЛИКОЇ БРИТАНІЇ

У статті узагальнено досвід Великої Британії щодо використання механізмів публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. З'ясовано, що становлення відповідних механізмів пов'язується із реалізацією урядових програм "Приватна Фінансова Ініціатива" ("Private Finance Initiative", ПФІ, 1992 р.) та "Приватне фінансування 2" ("Private Finance 2", ПФ2, 2012 р.). Визначено тенденції розвитку відповідних механізмів, зокрема, обґрунтовано, що ПФІ виступала як засіб залучення приватного сектору до фінансування будівництва лікарень і клінік за умов поступального, еволюційного розвитку економіки і низьких банківських ставок, то ПФ2, у свою чергу, – в умовах кризи і високих відсоткових ставок банківського кредитування. Зміни позначилися на процедурах і правилах застосування аналізованих механізмів, зорієнтованих на зниження витрат на всіх стадіях реалізації проектів публічно-приватного партнерства, розширення доступу до довгострокових джерел фінансування, забезпечення прозорості діяльності приватних операторів, збалансування їх ризиків і винагород, підвищення гнучкості контрактних умов. Адаптація механізмів публічно-приватного партнерства з урахуванням особливостей національної системи охорони здоров'я є актуальним завданням публічного управління в Україні. З метою розв'язання цієї проблеми сформовано низку практичних рекомендацій щодо розроблення концептуальних підходів до розмежування сфер відповідальності й зобов'язань уповноважених органів влади, створення методичної та інформаційної бази оцінки параметрів такого роду проектів, підготовки кадрів.

**Ключові слова:** публічно-приватне партнерство, механізми публічно-приватного партнерства, приватна фінансова ініціатива, приватне фінансування, охорона здоров'я.

**O. M. VOZNYAK,**  
Ph.D, vice-president of the Ukrainian Association of Neurosurgeons of Ukraine, Chief of the Center for Neurosurgery and Neurovascular Pathology of the Clinic Feofaniya, listener of the National Academy of Public Administration under the President of Ukraine

**T. A. MALYSHEVA,**  
MD, Ph.D, Chief of the Department of Neuropathology of The State Institution Romodanov Neurosurgery Institute National Academy of Medical Sciences of Ukraine, Kyiv, listener of the National Academy of Public Administration under the President of Ukraine

### MECHANISMS OF PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP IN HEALTHCARE: THE EXPERIENCE OF GREAT BRITAIN

The article summarizes the UK experience in the use of public-private partnership mechanisms in the healthcare sector. It was found that the establishment of appropriate mechanisms is associated with the implementation of government programs "Private Finance Initiative" (PFI, 1992) and "Private Finance 2" ("Private Finance 2", PF2, 2012). The tendencies in the development of appropriate mechanisms have been determined, in particular, it is justified that the PF2 acted as a

© Возняк О. М., Малишева Т. А., 2018

means of attracting the private sector to finance the construction of hospitals and clinics in the conditions of progressive, evolutionary development of the economy and low banking rates, while the PF2, in turn, high interest rates of bank lending. The changes affected the procedures and rules for applying the mechanisms under consideration, aimed at reducing costs at all stages of the implementation of public-private partnership projects, improving access to financing sources, ensuring transparency of private operators, balancing their risks and rewards, and increasing the flexibility of contractual conditions. Adaptation of the mechanisms of public-private partnership taking into account the peculiarities of the national healthcare system is an actual task of public administration in Ukraine. To solve this problem, a number of practical recommendations have been developed regarding the development of conceptual approaches to delineating the spheres of responsibility and obligations of authorized authorities, creating a methodological and information base for evaluating the parameters of such projects, and training personnel.

**Key words:** public-private partnership, mechanisms of public-private partnership, private financial initiative, private financing, healthcare.

**A. M. ВОЗНЯК,**

кандидат медицинских наук, вице-президент Украинской ассоциации нейрохирургов Украины, руководитель Центра общей нейрохирургии и нейрососудистой патологии КЛ “Феофания”, слушатель Национальной академии государственного управления при Президенте Украины

**Т. А. МАЛЫШЕВА,**

доктор медицинских наук, старший научный сотрудник, начальник отдела нейрпатоморфологии ГУ “ИНХ НАМН Украины”, слушатель Национальной академии государственного управления при Президенте Украины

#### **МЕХАНИЗМЫ ПУБЛИЧНО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ОПЫТ ВЕЛИКОБРИТАНИИ**

В статье обобщен опыт Великобритании по использованию механизмов государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения. Выяснено, что становление соответствующих механизмов связывается с реализацией правительственных программ “Частная Финансовая Инициатива” (“Private Finance Initiative”, ЧФИ, 1992 г.) и “Частное финансирование 2” (“Private Finance 2”, ЧФ2, 2012 г.). Определены тенденции развития соответствующих механизмов, в частности, обосновано, что ЧФИ выступала в качестве средства привлечения частного сектора к финансированию строительства больниц и клиник в условиях поступательного, эволюционного развития экономики и низких банковских ставок, то ЧФ2, в свою очередь, – в условиях кризиса и высоких процентных ставок банковского кредитования. Изменения отразились на процедурах и правилах применения рассматриваемых механизмов, ориентированных на снижение затрат на всех стадиях реализации проектов государственно-частного партнерства, расширение доступа к источникам финансирования, обеспечения прозрачности деятельности частных операторов, сбалансирования их рисков и вознаграждений, повышение гибкости контрактных условий.

Адаптация механизмов государственно-частного партнерства с учетом особенностей национальной системы здравоохранения является актуальной задачей публичного управления в Украине. Для решения этой проблемы сформирован ряд практических рекомендаций относительно разработки концептуальных подходов к размежеванию сфер ответственности и обязательств уполномоченных органов власти, создания методической и информационной базы оценки параметров такого рода проектов, подготовки кадров.

**Ключевые слова:** публично-частное партнерство, механизмы публично-частного партнерства, частная финансовая инициатива, частное финансирование, здравоохранение.

**Постановка проблеми та її зв'язок із важливими науковими та практичними завданнями.** У Національній стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років підкреслюється, що здійснення необхідних змін передбачає визначення основних параметрів приватного сектору, а також розвиток його партнерських взаємовідносин із державним сектором при наданні медичних послуг [1, с. 20]. Це зумовлює актуальність досліджень, зорієнтованих на з'ясування доцільних механізмів публічно-приватного партнерства (далі – ППП) у сфері охорони здоров'я, передумов і чинників їх ефективного застосування. У цьому зв'язку варто звернутися до аналізу практики впровадження відповідних механізмів у зарубіжних країнах, насамперед – у Великій Британії, де проекти ППП набули поширення ще в 90-х рр. ХХ ст. і на сьогодні накопичено значний досвід їх успішного здійснення.

**Аналіз останніх публікацій за проблематикою та виділення невирішених раніше частин загальної проблеми.** Проблематика розбудови партнерських взаємовідносин між приватним і державним секторами охорони здоров'я є предметом досліджень таких вітчизняних науковців, як: С.М.Вовк [2], Н.В.Курділь, В.В.Вороненко [3], К.В.Павлюк [4], С.В.Підгаєць, Т.Д.Сіташ [5], Ю.В.Шевчук [6] та ін. Згадані автори, з'ясовуючи перспективні напрями розвитку ППП у національній системі надання медичної допомоги, досить часто звертаються до аналізу досвіду зарубіжних країн, зокрема Великої Британії. При цьому акцент робиться

на висвітленні специфіки нормативно-правових та організаційних засад [2, с. 24; 3, с. 66; 4, с. 44–48; 5, с. 34; 6, с. 418–423], фінансових інструментів і методів підтримки [4, с. 48–52; 6, с. 423–424] та інших важливих складових реалізації відповідних проектів. Однак цілісного уявлення про особливості механізмів забезпечення взаємодії державного і приватного секторів у цій сфері відносин, тобто взаємоузгодженої сукупності практичних заходів, засобів, важелів, стимулів, за допомогою яких органи державної влади впливають на відповідні господарські процеси і відносини з метою поставлених цілей [7, с. 248], й досі не сформовано. Недостатньо дослідженими залишаються також базові характеристики реалізації відповідних механізмів ППП, закономірності їх еволюції. Це суттєво ускладнює розробку виважених рекомендацій для уповноважених державних структур з розвитку партнерських взаємовідносин із приватними суб'єктами господарювання та адаптації позитивного зарубіжного досвіду медичними закладами України.

З огляду на це **метою** статті є узагальнення досвіду Великої Британії щодо використання механізмів ППП у сфері охорони здоров'я, визначення тенденцій їх розвитку та з'ясування можливостей їх застосування в сучасних умовах України з урахуванням особливостей національної системи надання медичних послуг.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Велика Британія є однією з перших країн, яка запропонувала ППП для реалізації проектів у галузі охорони здоров'я як певного механізму, що забезпечує їх комплексне обслуговування від розробки до гарантованого фінансування. Упровадження цього механізму пов'язується із реалізацією програми “Приватна Фінансова Ініціатива” (“Private Finance Initiative”, PFI, далі – ПФІ), яка була започаткована урядом цієї країни в 1992 р. з метою реалізації соціально значущих проектів [8].

Згадана програма стала одним із напрямів інвестиційної політики держави і найважливішою формою ППП, спрямованою на залучення приватних компаній до створення та експлуатації об'єктів виробничої і соціальної інфраструктури, які перебувають у державній/муніципальній власності або у зоні безпосередньої відповідальності органів влади за їх належне функціонування. Необхідність здійснення такої програми була зумовлена тим, що наприкінці 80-х – початку 90-х рр. спостерігалось хронічне недофінансування медичних закладів, які перебували під управлінням державних інституцій – філій Національної системи охорони здоров'я (National Health Service, NHS). Тому провідним мотивом змін у британській системі надання медичних послуг стало подолання саме фінансових обмежень на засадах установа партнерських відносин між державним і приватним секторами та запровадження процедур і правил їх підтримки [9].

Передбачалося, що механізм ПФІ буде застосовуватися для фінансування значного обсягу капітальних вкладень у розвиток відповідних проектів без необхідності поточного втручання держави в процес їх реалізації. Зазвичай у ПФІ-проекті партнер з боку приватного сектору, який переміг у відкритому конкурсі, за угодою з державою створює спеціальну проектну компанію – консорціум, що фінансує, проектує, будує, експлуатує відповідний об'єкт договору – лікарню, спеціалізовану клініку. Первісні інвестиції здійснюються за рахунок акціонерного капіталу і позикових коштів, які надаються власниками створеного консорціуму і приватними компаніями-кредиторами. Повернення акціонерного і позикового капіталу відбувається з початком експлуатаційної стадії відповідно до закріплених у договорі строків і обсягів виплат із бюджету. Публічною стороною при укладенні традиційного ПФІ-контракту в секторі охорони здоров'я виступають філії Національної системи охорони здоров'я [8; 9].

Тривалість реалізації ПФІ-проекту становить, як правило, 20–30 років і визначається умовами повернення інвестицій з урахуванням відсотків на капітал. Строк, періодичність виплат та їх величина розраховуються на основі фінансової моделі, яка є важливою складовою конкурсної документації і контракту. Розмір бюджетних платежів може бути скорочено за певних обставин, зафіксованих в угоді, наприклад, у разі затримки строків будівництва, неналежної якості робіт тощо. У цьому полягає принципова відмінність ПФІ від інших форм ППП,

наприклад, концесій, за умовами яких повернення коштів інвестора здійснюється за рахунок користувачів об'єктів, але не бюджету.

Ще однією важливою особливістю контрактів ПФІ є те, що приватний партнер має утримувати відповідні споруди в робочому стані протягом усього часу їх експлуатації, але держава залишається відповідальною за надані медичні послуги. Приватний інвестор у цьому разі не відповідає за ризики, пов'язані з медичною діяльністю, а бере на себе зобов'язання виключно з проектування, фінансування, будівництва, забезпечення технічного обслуговування та експлуатації об'єкта, включаючи також допоміжні неклінічні послуги (прибирання, організація харчування, паркування, кейтеринг тощо). Медичне обслуговування забезпечується філіями Національної системи охорони здоров'я. Філії протягом терміну дії контракту також здійснюють виплату щорічних бюджетних платежів і виплати, які включають плату за постачання необхідного обладнання та надання додаткових консультаційних, експертних послуг [6, с. 420].

Характерно, що за рішенням парламенту з 1997 р. механізм ПФІ використовується тільки після проведення ретельного попереднього економічного аналізу проекту, що підтверджує ефективність його застосування для конкретного медичного закладу. З метою практичного впровадження цього підходу була сформована необхідна методична та інформаційна база оцінки критеріїв ПФІ-проектів за співвідношенням "ціна – якість" при зіставленні з результатами, які досягаються за традиційного варіанта надання медичних послуг шляхом державних закупівель [9].

Провідною державною структурою, яка оцінює відповідні проекти у Великій Британії, є Національне фінансово-ревізійне управління (National Audit Office, NAO). Контролюючим органом виступає Комітет з контролю за витратами державних коштів (The Committee of Public Accounts, CPA), що проводить перевірки правильності такого роду операцій як за дорученням Палати громад Великої Британії, так і за дорученням NAO [9].

Держава заінтересована у здійсненні ПФІ-проекту, оскільки всі ризики проектної, будівельної та експлуатаційної стадій спорудження об'єктів перекладаються на приватний сектор. Для держави істотною перевагою цього механізму є також можливість отримання нового або реконструйованого, модернізованого об'єкта охорони здоров'я без значних первісних бюджетних витрат і запозичень. Однак подібні контракти вигідні й приватним компаніям, оскільки органи влади не втручаються в поточну адміністративно-господарську діяльність свого партнера, що дає змогу останньому за рахунок використання інновацій, ноу-хау, кооперації та інших засобів знижувати собівартість і тим самим підвищувати прибутковість проекту. Водночас механізм ПФІ гарантує приватним компаніям у разі дотримання умов договору незалежний від ринкової кон'юнктури розвиток протягом досить тривалого періоду часу [2, с. 24; 3, с. 65–66; 5, с. 36]. Відчутні переваги в цьому разі отримує також населення завдяки підвищенню якості й доступності медичної допомоги, забезпечення технічного й технологічного переобладнання медичних закладів [4, с. 52].

Ці чинники зумовили стрімке поширення практики застосування відповідних механізмів у Великій Британії для розв'язання проблем з надання медичних послуг. Будівництво майже 130 лікарень протягом 1992–2014 рр. було здійснено шляхом залучення та застосування механізму ПФІ [10].

Одним з найбільших успішних із числа подібних проектів вважається реконструкція і будівництво лікарень St. Bartholomew's (Barts) і The Royal London New Hospitals. Відповідний контракт був укладений у 2006 р. терміном на 42 роки (до 2048 р.). Група Barts Health NHS Trust, до складу якої входять зазначені лікарні, є найбільшою філією Національної системи охорони здоров'я Великої Британії з доходом у 1,25 млрд фунтів стерлінгів і персоналом у 14 тис. осіб, що надає медичні послуги для 2,5 млн осіб. Проект включав перепланування і переобладнання двох лікарень швидкої медичної допомоги Лондона; вартість проекту оцінювалася в 5,2 млрд фунтів стерлінгів. Проект передбачав два основних компоненти: знесення 13 зношених будинків і будівництво нової 17-поверхової будівлі лікарні The Royal London, а також перетворення лікарні St. Bartholomew's на сучасний високотехнологічний онкологічний

і кардіологічний центр за допомогою ліквідації старої будівлі та будівництва нового комплексу. Крім проектування, будівництва, фінансування та експлуатації (DBFO) нових будівель, приватний сектор також брав на себе зобов'язання щодо постачання технологічного обладнання, його технічного обслуговування та забезпечення послугами Центрального стерилізаційного відділення (CSSD) [11].

Будівництво ускладнювалося тим, що лікарні, незважаючи на реконструкцію, мали повноцінно функціонувати під час реалізації проекту. За цих обставин проект було розподілено на кілька етапів. Перша фаза – знесення та будівництво нової будівлі лікарні The Royal London – була завершена в 2011 р. Друга фаза – оновлення обладнання цієї лікарні – була завершена в 2014 р. Перші дві фази будівництва нового і повноцінного оснащення будівлі лікарні St Bartholomew's були завершені, відповідно, у березні 2010 р. і вересні 2014 р.; додаткові структурні роботи і зміни завершилися в лютому 2016 р.

Для реалізації проекту було сформовано консорціум Capital Hospitals. Учасниками консорціуму стали шведська компанія Skanska з часткою 37,5% від загального обсягу фінансування, британська компанія Innisfree Ltd, чия частка становить 50%, а також Dutch Infrastructure Fund (DIF) – 12,5%. Сума позикового капіталу проекту становила 1,96 млрд дол. США. Реалізації проекту передувало проведення конкурсу, за результатами якого були відібрані відповідні компанії-учасниці [11].

Спеціальна проектна компанія HCP Social Infrastructure (UK) Ltd надавала послуги з планування, включаючи можливість проведення консультацій з питань виконання плану з реконструкції лікарень, консорціуму Capital Hospitals. Ця ж компанія здійснювала моніторинг реалізації проекту з метою забезпечення гарантії виконання необхідних зобов'язань з реконструкції та виконання умов щодо надання якісних послуг під час будівельних робіт.

Будівництво здійснювалося компанією Skanska у співробітництві з архітектурною групою НОК. Компанії необхідно було створити відповідні умови для забезпечення потреб як пацієнтів, так і місцевої громади і персоналу лікарень. Тому основними зобов'язаннями компанії Skanska було визначено [11]:

- забезпечення найкращого доступу до необхідної медичної допомоги;
- поліпшення якості послуг, включаючи розробку нових програм розвитку медичного обслуговування;
- скорочення можливих витрат;
- поліпшення системи найму нових співробітників за умови збереження робочих місць для вже працюючих.

Іншим, не менш показовим, прикладом реалізації ПФІ-проекту у сфері охорони здоров'я Великої Британії є будівництво і модернізація дитячої лікарні Alder Hey Children's Hospital у Ліверпулі. Зобов'язання щодо забудови, технічного обслуговування та експлуатації цієї лікарні взяв на себе консорціум Acorn, до складу якого входила операторська компанія John Laing і дві будівельні компанії – Laing O'Rourke та Interserve. Вартість об'єкта загальною площею 51 тис. м<sup>2</sup> становила 167 млн фунтів стерлінгів. На компанію John Laing і Laing O'Rourke припадало 40% від загального обсягу фінансування, а частка компанії Interserve становила 20%. Компанія Laing O'Rourke Construction спроектувала і побудувала інноваційну клініку, а компанія Interserve мала здійснювати експлуатацію об'єкта. Будівельні роботи включали знесення внутрішніх конструкцій історичної будівлі лікарні Edwardian hospital із реконструкцію клініки, яка розташована в парковій зоні. Офіційне відкриття дитячого оздоровчого паркового комплексу відбулося в 2015 р. [10].

Зауважимо, що до фінансової кризи 2008–2009 рр. застосування механізму ПФІ у сфері охорони здоров'я Великої Британії не супроводжувалося критичними бюджетними обмеженнями. Це пояснювалось тим, що до загострення кризових явищ в економіці відсоткові ставки за довгостроковими кредитами для реалізації відповідних проектів були порівняно низькими і прийнятними для акціонерів, інвесторів і держави. Кредити видавались під гарантії уряду,

міжнародних агентств, великих банків. Тривала економічна стагнація спричинила удорожчання кредитів, збільшення розмірів страхового покриття та підвищення надбавок за ризики ПФІ-проектів. Сукупний вплив цих чинників у підсумку зумовив необхідність перегляду основних напрямів інвестиційної політики держави та посилення вимог з боку уповноважених органів влади щодо відповідних проектів – як тих, що були вже започатковані, так і тих, що розроблялися в рамках зазначеної програми.

За цих обставин протягом 2009–2010 рр. Національним фінансово-ревізійним управлінням за дорученням уряду проводились аудиторські перевірки всіх проектів ПФІ, зокрема було виявлено численні порушення приватними компаніями умов контрактів, неефективне використання бюджетних коштів, методичні, організаційні та процедурні недоліки [9]. У результаті в 2011 р. уряд схвалив рішення про необхідність заміни ПФІ іншою, аналогічною за цілями і завданнями, концепцією, спрямованою на суттєву модифікацію механізмів реалізації контрактних зобов'язань усіма учасниками. Результати проведених обговорень і консультацій були відображені в офіційному документі Міністерства фінансів “A New Approach to Public Private Partnerships”, у якому зверталась увага на такі недоліки і слабкі сторони механізму ПФІ [12]:

- процес підготовки проектів був дорогим і необґрунтовано затягнутим у часі як для держави, так і для приватного сектору, що призводило до збільшення витрат і зниження співвідношення “ціна – якість”;

- контракти ПФІ не були достатньо гнучкими (особливо для стадії експлуатації), що ускладнювало можливість внесення під час їх виконання уповноваженими органами влади змін, спрямованими на покращення обслуговування споживачів;

- діяльність приватних компаній у багатьох аспектах була недостатньо прозорою, особливо в частині висвітлення отриманих фінансових результатів, витрат і доходів;

- делеговані приватному сектору ризики часто були оцінені неадекватно, що призводило до надмірного завищення ними премій за ризик і отримання понадприбутків;

- деякі фінансові операції приватних компаній, зокрема щодо рефінансування боргу і перепродажу активів третім особам, спричиняли завищення вартості проектів, додаткове навантаження на бюджет і погіршення співвідношення “ціна – якість”;

- уповноважені органи влади замість того, щоб здійснювати закупівлі за традиційними схемами, іноді не виправдано використовували концепцію ПФІ, хоча її застосування у низці проектів було визнано недоцільним і не забезпечувало належного бюджетного ефекту.

Водночас урядом та експертною спільнотою підкреслювалися сильні сторони ПФІ, які у низці випадків зумовлюють переваги застосування цього механізму порівняно із звичайними державними закупівлями. До їх числа відносять: якісне управління проектом з боку приватного сектору на всіх стадіях його життєвого циклу, позитивну практику управління ризиками та інноваціями, високий рівень виконання приватними партнерами договірних зобов'язань за якісними параметрами об'єкта, його експлуатаційного стану, строкам і вартістю [12].

У 2012 р. Міністерство фінансів Великої Британії оприлюднило новий підхід до розвитку програми ППФ під назвою “Приватне фінансування 2” (“Private Finance 2”, PF2, далі – ПФ2). Сутність відповідних відносин не змінилася – вони, як і раніше, передбачають залучення приватних компаній до процесу розробки, будівництва, фінансування та експлуатації об'єктів виробничої і соціальної інфраструктури шляхом установаження довгострокових договірних відносин з державою, але відтепер вже на нових, більш жорстких для обох сторін, умовах. Основними нововведеннями під час запровадження цього механізму стали [12]:

- участь у статутному капіталі: Міністерство фінансів відтепер братиме участь у фінансуванні ДПП проектів через придбання частки в статутному капіталі проектних компаній і вживатиме заходів на правах акціонера щодо зменшення ризиків виникнення конфліктів інтересів учасників. Із метою ефективного управління державною часткою в статутному капіталі проектних компаній у структурі Міністерства фінансів має бути створений спеціалізований

підрозділ, незалежний від інших органів виконавчої влади, які здійснюють безпосередню підготовку ПФ2-проектів і відповідають за їх реалізацію;

– диверсифікація джерел фінансування: з метою зменшення залежності від банківського фінансування і пошуку менш витратних джерел фінансування механізм ПФ2-проектів дасть змогу залучати пенсійні та страхові фонди, а також фінансувати проекти на ринку цінних паперів;

– поліпшення механізму розподілу і прогнозування ризиків: розподіл ризиків має орієнтуватися на отримання оптимальної віддачі від вкладених коштів, що передбачає більш виважену оцінку і гнучке використання норм страхового законодавства;

– зміна системи експлуатації об'єктів інфраструктури: частина послуг з експлуатації об'єктів (прибирання, кейтеринг тощо) не будуть входити до складу ПФ2 проектів. Традиційно відповідні види послуг надавалися штатними співробітниками місцевих обслуговуючих організацій. Однак під час укладання ПФІ-контрактів на приватний сектор нерідко покладались зобов'язання надавати будь-яке обслуговування об'єктів. У цьому зв'язку контракти з надання послуг місцевими організаціями часто виявлялися недоцільними. Це негативно вплинуло на мотивацію працівників обслуговуючих фірм, зважаючи на потенційну можливість їхнього скорочення, ущільнення або введення системи подвійних стандартів заробітної плати. Крім того, співробітники були членами профспілок та їхні настрої спричиняли труднощі політичного характеру для місцевих органів влади, наприклад, у процесі організації страйків і мітингів;

– прозорість: поліпшення звітності та введення зобов'язання приватних компаній публікувати звіт про фінансування на ринку цінних паперів. Вважається, що в подальшому це допомагатиме органам влади під час оцінювання та порівняння їх власних проектів у різних галузях господарювання;

– централізація: реформа передбачає посилення централізованого підходу до відбору і реалізації проектів ПФ2. Зокрема, передбачається, що у складі Міністерства охорони здоров'я має бути створений спеціалізований підрозділ, контроль за діяльністю якого будуть здійснювати Агентство інфраструктури (Infrastructure UK), яке перебуває у складі Міністерства фінансів, а також департамент значних інфраструктурних проектів (Major Projects Authority), що входить до складу секретаріату Кабінету Міністрів.

Прийняття програми “Приватне фінансування 2 (ПФ2)” дало потужний імпульс для розвитку оновленого механізму надання медичних послуг, розробленого в контексті впровадження концепції ППП. Протягом 2013–2014 рр. відбувалося певне пристосування системи до запроваджених інституційних змін і темпи укладання відповідних угод у сфері охорони здоров'я дещо уповільнились. Утім, вже з наступного року позитивна динаміка відповідних господарських процесів була відновлена. Так, у грудні 2015 р. був укладений контракт з британською будівельною компанією Carillion plc на будівництво, подальше технічне обслуговування та експлуатацію лікарні Midland Metropolitan Hospital у Бірмінгтоні терміном на 30 років. Загальна вартість проекту становить 430 млн фунтів стерлінгів. З боку публічного партнера виступає Sandwell and West Birmingham Hospitals NHS Trust [13].

У 2015 р. також було розпочато будівництво лікарні Papworth Hospital New Cardiothoracic Centre на території Cambridge Biomedical Campus. Публічну сторону в цьому разі представляє Papworth Hospitals NHS Foundation Trust. Приватним партнером є утворений консорціум у складі компанії Skanska, яка виступає забудовником, і компанії OCS Group UK, що відповідає за управління і технічне обслуговування спорудженої лікарні. Угода включає проектування, будівництво, фінансування, обслуговування та експлуатацію об'єкта. Вартість будівництва за контрактом була оцінена в 140 млн фунтів стерлінгів. Частка Skanska від участі в акціонерному капіталі становить 50%, що в абсолютному вимірі – 5,5 млн фунтів стерлінгів. Інша половина належить інвестиційній компанії Equitix Ltd. Будівництво лікарні планується завершити в 2018 р. [13].

Це свідчить, що нині у Великій Британії оновлені механізми ППП поступово впроваджуються в практику публічного управління системою надання медичних послуг. Істотні зміни

внесені до методичного та інформаційного забезпечення цих проектів, насамперед – у частині вдосконалення методики розрахунку їх інтегрального ефекту для бюджету, прогнозування кумулятивного фінансового результату, визначення джерел і оцінки вартості довгострокових позик для їх реалізації тощо.

Проведена реструктуризація системи управління за відповідними проектами, з'явилися нові державні інституції з чітко виписаними завданнями і повноваженнями. По суті, на сьогодні у Великій Британії вибудована складна міжвідомча, з перехресними зв'язками система управління проектами на загальнонаціональному і місцевому рівнях. Для ефективного функціонування такої системи необхідно розмежувати управлінські та контрольні функції спеціалізованих підрозділів у складі Міністерства охорони здоров'я, Міністерства фінансів, Національного фінансово-ревізійного управління, філій Національної системи охорони здоров'я та інших органів влади. Це також потребує залучення до згаданих державних інституцій висококваліфікованих спеціалістів, здатних генерувати нові підходи до розробки необхідного нормативно-правового і методичного супроводу відповідних проектів, знаходити і впроваджувати інноваційні управлінські рішення щодо застосування механізмів ППП.

У цьому контексті досвід Великої Британії набуває актуальності й для нашої країни, адже розвиток механізмів ППП визначено як один із пріоритетів реалізації Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 рр. На погляд авторів статті, фіксації самого по собі вектора розвитку відповідних механізмів недостатньо, щоб розв'язання цієї проблеми перейшло в площину практичної реалізації. Уявляється вкрай важливим розробити єдині концептуальні підходи до конкретизації функцій, завдань, розмежування сфер відповідальності й зобов'язань органів влади та їх структурних підрозділів, які мають повноваження з управління і контролю реалізації проектів ППП. Необхідно сформувати належну методичну та інформаційну базу оцінки параметрів такого роду проектів, у тому числі за співвідношенням “ціна – якість”. Вирішальне значення має підготовка кадрів, які б володіли необхідними компетенціями, та підвищення їхньої кваліфікації шляхом проведення на постійній основі тренінгів, семінарів із залученням іноземних експертів, які мають практичний досвід використання механізмів ППП.

**Висновки і перспективи подальших досліджень.** Розвиток механізмів ППП у сфері охорони здоров'я Великої Британії пов'язується із реалізацією урядових програм “Приватна Фінансова Ініціатива” (“Private Finance Initiative”, 1992 р.) та “Приватне фінансування 2” (“Private Finance 2”, 2012 р.). Специфіка відповідних механізмів ППП зумовлюється, зокрема, розподілом сфер відповідальності між учасниками цих проектів – приватний партнер має утримувати споруджені об'єкти в робочому стані протягом усього часу їх експлуатації, при цьому держава залишається відповідальною за надані медичні послуги. Послуги лікарів і медичних сестер, консультаційні послуги забезпечується філіями Національної системи охорони здоров'я.

Проте визначальною особливістю механізмів ППП у сфері охорони здоров'я Великої Британії є спосіб фінансування відповідних проектів, на відміну від традиційних моделей ППП, наприклад концесій. Повернення коштів приватних інвесторів у цьому разі відбувається за рахунок бюджету, а не користувачів відповідних об'єктів. Залучення приватних компаній до процесу фінансування об'єктів державної/муніципальної власності з прийняттям органами влади на себе зобов'язань з повернення вкладених приватних інвестицій протягом наступних років, по суті, означає приховане кредитування приватним сектором держави, а також перекладання тягаря поточних державних витрат на бюджети наступних років. За цих обставин прийняття рішення щодо започаткування відповідних проектів обов'язково має базуватися на застосуванні коректних методик розрахунку інтегрального ефекту їх реалізації із ретельним визначенням прогнозу кумулятивного фінансового результату для бюджету та чіткої фіксації відповідних показників у контракті. Прорахунки в прогнозуванні показників боргових зобов'язань держави за проектами ППП в умовах макроекономічної нестабільності критично впливають на оцінку їх ризиків і перспектив реалізації цього напряму інвестиційної політики уряду в цілому.



Вплив цих чинників значною мірою пояснює тенденції розвитку механізмів ППП у британській системі медичного обслуговування: якщо механізм ПФ1 виступав як засіб залучення приватного сектору до фінансування будівництва лікарень і клінік за умов поступального, еволюційного розвитку економіки і низьких банківських ставок, то ПФ2, у свою чергу, – в умовах кризи і високих відсоткових ставок банківського кредитування. Відповідні зміни позначилися на процедурах і правилах застосування відповідних механізмів, зорієнтованих на зниження витрат, розширення доступу до джерел довгострокового фінансування, забезпечення прозорості діяльності приватних операторів, збалансування їх ризиків і винагород, підвищення гнучкості контрактних умов.

Адаптація механізмів ППП з урахуванням особливостей національної системи охорони здоров'я є актуальним завданням публічного управління в Україні. З метою практичної реалізації напрямів розвитку зазначених механізмів уповноваженими органам влади доцільно розробити і прийняти зведений план узгоджених між собою заходів (наприклад у форматі “дорожньої карти”).

Перспективними напрямками подальших досліджень автори статті вважають з'ясування особливостей різних моделей ППП, які застосовуються у сфері надання медичних послуг, та визначення найбільш доцільних варіантів їх застосування у вітчизняній практиці публічного управління та адміністрування.

### СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://moz.gov.ua/strategija>.
2. Вовк С. М. Інституційні дефініції державно-приватного партнерства в медицині / С. М. Вовк // Держава та регіони. Серія “Державне управління”. – 2016. – № 3 (55). – С. 23–27.
3. Курділь Н. В. Публічно-приватне партнерство в охороні здоров'я: комерційні та некомерційні аспекти партнерства / Н. В. Курділь, В. В. Вороненко // Львів. мед. часоп. – 2013. – Т. 19. – № 3. – С. 64–68.
4. Павлюк К. В. Розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я / К. В. Павлюк // Фінанси України. – 2011. – № 2 (33). – С. 43–55.
5. Підгаєць С. В. Проблеми та перспективи розвитку державно-приватного партнерства в системі охорони здоров'я / С. В. Підгаєць, Т. Д. Сіташ // Економіка розвитку. – 2012. – № 3. – С. 32–37.
6. Шевчук Ю. В. Розвиток державно-приватного партнерства у контексті вдосконалення фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я / Ю. В. Шевчук // Екон. вісн. ун-ту. – 2017. – № 33 (1). – С. 416–428.
7. Державне управління : підручник : у 2 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України ; редкол. : Ю. В. Ковбасюк (голова), К. О. Ващенко (заст. голови), Ю. П. Сурмін (заст. голови) [та ін.]. – Київ ; Дніпропетровськ : НАДУ, 2012. – Т. 1. – 564 с.
8. Bulsson A. From PFI to PF2: the reform of the Private Partnership model in the UK [Електронний ресурс]. – Norton Rose Fulbright LLP, Public-Private Partnership in infrastructure resource center. – Режим доступу: <https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/library/pfi-pf2-reform-public-private-partnership-model-uk>.
9. Lessons from PFI and other Projects: Report by the Comptroller and Auditor General HC 920 [Електронний ресурс]. – London, National Audit Office, 2011. – Режим доступу: <https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2011/04/1012920.pdf>.
10. Inderst G. UK Infrastructure Investment and Finance from a European and Global Perspective: MPRA Paper, 2017 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/79621/>.
11. Capital Hospitals and the Royal London. Transforming London's historic Hospitals [Електронний ресурс]. – Scanska ID Barts and The London Hospitals white paper. – Режим доступу: <https://www.skanska.se/4929c6/siteassets/om-skanska/press/nks-i-media/barts-white-paper-single-pages-brochure-format.pdf>.

12. Performance of PFI: 1996-2010 Lessons Learned [Електронний ресурс]. – London, ACE, 2012. – Режим доступу: <http://gpontin.com/2012/05/ace-performance-of-pfi-1996-2010-lessons-learned/>.

13. Private Finance Initiative and Private Finance 2 projects: 2016 summary data [Електронний ресурс] : HM Treasury and Infrastructure and Projects Authority. – Режим доступу: <https://www.gov.uk/government/publications/private-finance-initiative-and-private-finance-2-projects-2016-summary-data>.

## REFERENCES

1. Natsional'na stratehiya reformuvannya systemy okhorony zdorov'ya v Ukraini na period 2015-2020 rokiv. 2015. [Internet]. Available from: <http://moz.gov.ua/strategija>.

2. Vovk S.M. Instytutsiyni definitsiyi derzhavno-pryvatnoho partnerstva v medytsyni. Derzhava ta rehiony, seriya "Derzhavne upravlinnya". 2016; 3(55):23-7.

3. Kurdil' N.V, Voronenko V.V. Publichno-pryvatne partnerstvo v okhoroni zdorov'ya: komertsyiyni ta nekomertsyiyni aspekty partnerstva. L'vivs'kyy medychnyy chasopys. 2013; 19(3):64-8.

4. Pavlyuk K.V. Rozvytok derzhavno-pryvatnoho partnerstva u sferi okhorony zdorov'ya. Finansy Ukrainy. 2011; 2 (33):43-55.

5. Pidhayets' S.V, Sitash T.D. Problemy ta perspektyvy rozvytku derzhavno-pryvatnoho partnerstva v systemi okhorony zdorov'ya. Ekonomika rozvytku. 2012; 3:32-7.

6. Shevchuk Yu.V. Rozvytok derzhavno-pryvatnoho partnerstva u konteksti vdoskonalennya finansovoho zabezpechennya sfery okhorony zdorov'ya. Ekonomichnyy visnyk universytetu. 2017;33(1):416-428.

7. Natsional'na akademiya derzhavnoho upravlinnya pry Prezydentovi Ukrainy. [Derzhavne upravlinnya]. Pidruchnyk u 2 t. Kyiv, Dnipropetrovs'k: NADU; 2012. V.2.

8. Bulsson A. From PFI to PF2: the reform of the Private Partnership model in the UK. [Internet]. Norton Rose Fulbright LLP, Public-Private Partnership in infrastructure resource center; 2009. [cited 2016 September 27]. Available from: <https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/library/pfi-pf2-reform-public-private-partnership-model-uk>.

9. Lessons from PFI and other Projects: Report by the Comptroller and Auditor General HC 920. [Internet]. London, National Audit Office; 2011. Available from: <https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2011/04/1012920.pdf>.

10. Inderst G. UK Infrastructure Investment and Finance from a European and Global Perspective. [Internet]. MPRA Paper; 2017. [cited 2017 Jun 12]. Available from: <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/79621/>.

11. Capital Hospitals and the Royal London. Transforming London's historic Hospitals – Scanska ID Barts and The London Hospitals white paper. [Internet]. Available from: <https://www.skanska.se/4929c6/siteassets/om-skanska/press/nks-i-media/barts-white-paper-single-pages-brochure-format.pdf>.

12. Performance of PFI: 1996-2010 Lessons Learned. [Internet]. London, ACE; 2012. Available from: <http://gpontin.com/2012/05/ace-performance-of-pfi-1996-2010-lessons-learned/>.

13. Private Finance Initiative and Private Finance 2 projects: 2016 summary data. [Internet]. HM Treasury and Infrastructure and Projects Authority; 2016. [cited 2016 December 21]. Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/private-finance-initiative-and-private-finance-2-projects-2016-summary-data>.

## SUMMARY

**Problem setting.** The National Strategy for Reforming the Health Care System in Ukraine for the period 2015-2020 emphasizes that the implementation of the necessary changes involves identifying the main parameters of the private sector, as well as developing its partnership relations

with the public sector in the provision of medical services. This determines the relevance of research aimed at finding out the feasible mechanisms of public-private partnership in healthcare, the preconditions and factors for their effective application. In this regard, one should look at the analysis of the practice of introducing appropriate mechanisms in foreign countries, first of all – in the UK, which has accumulated considerable experience in their successful implementation.

**Recent researches and publications analysis.** The issue of developing partnerships between the private and public sectors of health care is the subject of research of Vovk S.M., Kurdyl N.V., Voronenko V.V., Pavlyuk K.V., Podgaetsya S.V., Siatash T.D., Shevchuk Yu.V. and other Ukrainian scholars. However, at present, the underlying characteristics of the implementation of the relevant mechanisms of public-private partnership, the regularities of their evolution, remain insufficiently researched. This greatly complicates the development of well-considered recommendations for authorized state structures for developing partnerships with private business entities and adapting a positive foreign experience to medical institutions in Ukraine.

The main object of the article is to summarize the experience of the United Kingdom in using public-private partnership mechanisms in the field of health care, identifying trends in their development, and identifying the possibilities for their application in the current conditions of Ukraine, taking into account the peculiarities of the national system for the provision of medical services services.

**Statement of basic materials.** The development of public-private partnerships in the UK's healthcare sector is associated with the implementation of the Government's Private Finance Initiative (1992) and Private Finance 2 (2012). The specificity of the relevant mechanisms is determined, in particular, by the division of responsibilities between the participants in these projects: the private partner must keep the constructed facilities in working order during the entire time of their operation, while the state remains responsible for the provided medical services. The services of doctors and nurses, counseling services are provided by the branches of the National Health Care System.

However, the main feature of the public-private partnerships in the UK's healthcare is the way to finance the relevant projects – unlike traditional PPP models, such as concessions, the return of private investors in this case comes at the expense of the budget rather than the users of the relevant objects. Involving private companies in the process of funding state-owned / municipal assets with the adoption by the authorities of their obligations to return invested private investments in the coming years essentially means latent lending to the private sector of the state as well as the shifting of the burden of current state expenditures to the budgets of the following years. In these circumstances, the decision to start the relevant projects must be necessarily based on the application of correct methods for calculating the integral effect of their implementation, with a careful definition of the forecast cumulative financial result for the budget and the precise fixing of the relevant indicators in the contract. The failures in forecasting the country's debt obligations under public-private partnership projects in the context of macroeconomic instability critically affect the assessment of their risks and prospects for implementing this direction of the investment policy of the government in general.

**Conclusions of the research.** Adapting the mechanisms of public-private partnership taking into account the peculiarities of the national health care system is an urgent task of public administration in Ukraine. With the purpose of practical implementation of the directions of development of these mechanisms, the competent authorities should develop and adopt a consolidated plan of coordinated measures (for example, in the format of a “roadmap”).