

Грицко О. М.

КНП «1-а міська поліклініка м. Львова»

Пеканець С. Р.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

МОДЕЛІ ТА ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

У даній статті розглядаються три основні моделі державно-приватного партнерства (ДПП) та проблеми охорони здоров'я, які вони вирішують, а також досвід їх використання в окремих країнах, включаючи вимоги та сприятливе середовище для успішного ДПП. Державно-приватне партнерство відноситься до форм співпраці між органами державної влади та бізнесу, які мають на меті забезпечити фінансування, будівництво, реконструкцію, управління або обслуговування інфраструктури або надання послуг. Основним завданням цього дослідження було дослідити взаємозв'язок між тенденціями розвитку державно-приватного партнерства та його трьома основними моделями в галузі охорони здоров'я, щоб задовольнити майбутні мінливі потреби охорони здоров'я та суспільства, особливо через гнучкість та адаптивність використання цих моделей. Стаття заснована на огляді літератури та зарубіжної практики щодо ДПП в сфері охорони здоров'я, а також оглядів, підготовлених міжнародними організаціями з впровадження ДПП. Цей досвід підтверджує, що уряди як розвинених, так і країн, що розвиваються, все частіше застосовують державно-приватне партнерство для використання приватного фінансування охорони здоров'я. Однією з інноваційних моделей такого партнерства є державно-приватна інтегрована модель, яка йде на крок далі, ніж більш поширені дві моделі домовленостей щодо будівництва та обслуговування лікарень, поєднуючи оновлення інфраструктури з наданням клінічних послуг. У статті описано переваги та ризики, притаманні таким партнерствам, представлено інноваційний дизайн інтегрованої моделі ДПП. Зроблено висновок, що всі три моделі партнерства мають потенціал для покращення доступу, якості та ефективності системи охорони здоров'я. Отже, слід розпочинати та ретельно оцінювати більше таких партнерств, а також широко поширювати їхній досвід, щоб допомогти урядам та бізнесу у ефективному використанні моделей ДПП у сфері охорони здоров'я.

Ключові слова: державно-приватне партнерство, медичні послуги, модель, охорона здоров'я, фінансування.

Постановка проблеми. Як і уряди інших країн, український уряд стикається з широким спектром складних проблем в сфері охорони здоров'я, спричинених швидкими змінами тенденцій та технологій, і, як наслідок, зростаючим тягарем витрат на охорону здоров'я. Прагнення до розширення кола послуг та підвищення їх якості обмежується бюджетними обмеженнями та браком інших необхідних ресурсів. Дана ситуація вказує на важливість пошуку шляхів щодо залучення додаткових інвестицій в систему охорони здоров'я, інфраструктура якої не відповідає можливостям технологій, а працівникам медичних закладів не вистачає необхідних навичок з управління та використання сучасних технологій надання медичних послуг.

Одним із таких шляхів є застосування різних інноваційних моделей державно-приват-

ного партнерства (ДПП) та укладання контрактів з приватним сектором. Хоча остаточної відповіді на ефективне поєднання державного та приватного фінансування у сфері охорони здоров'я немає, державно-приватне партнерство стало перспективним інструментом для надання урядам альтернативних методів фінансування, розвитку інфраструктури та надання послуг. В даний час ДПП застосовується в багатьох секторах і, як правило, спрямоване на залучення капіталу та досвіду приватного сектора для покращення надання державних послуг.

Роблячи капітальні інвестиції більш привабливими для приватного сектора, добре структуровані ДПП сприяють мобілізації приватного інвестування в сферу охорони здоров'я.

В той же час така форма відносин між державою і приватним сектором, як ДПП, ставить перед

державним партнером низку проблемних питань, пов'язаних зокрема з розподілом ризиків такого партнерства, необхідністю досягнення результатів, що відповідають більш ширшим цілям системи охорони здоров'я, потребою інтеграції медичних закладів та послуг, що надаються приватним партнером, в загальнодержавну систему охорони здоров'я.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Науково-теоретичному обґрунтуванню застосування різних механізмів та моделей державно-приватного партнерства присвячена значна кількість досліджень наукових колективів, експертних оцінок та публікацій окремих авторів. В останні десятиліття коло досліджень проблематики ДПП суттєво розширилося, проте в сфері охорони здоров'я воно було значно менше. Процеси, що відбуваються останніми роками в реформуванні системи охорони здоров'я України слугували поштовхом до активізації досліджень у даному напрямі.

Важливими для вітчизняної системи охорони здоров'я стали роботи Степанової О.В., Гойди Н.Г., Хусаїнова Р. та інших авторів, присвячені вивченню зарубіжного досвіду застосування державно-приватного партнерства в охороні здоров'я, в яких було проведено аналіз науково-практичних засад реалізації механізмів ДПП у сфері охорони здоров'я, його різних моделей та визначено потенційні напрями і заходи розвитку в Україні.

Вирішенню проблем інституційного характеру, фінансового забезпечення реалізації державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я та застосування регуляторних методів надання медичних послуг присвячені роботи Турчака Д.В., Шевчук Ю. В., Барзиловича А.Д. та ін. Науково-методичні засади впровадження в Україні ДПП розглядалися в працях Круглова В.В., Винницького Б., Лендел М., Онищук Б.

Приведений перелік дослідників відображає лише незначну частину авторів наукових праць, пов'язаних з ДПП, у тому числі в охороні здоров'я.

Метою статті є дослідження взаємозв'язку між тенденціями розвитку державно-приватного партнерства та його трьома основними моделями в галузі охорони здоров'я.

Виклад основного матеріалу дослідження. Сфера охорони здоров'я одна з галузей, середовище якої постійно змінюється, в ньому відбуваються демографічні зміни, пов'язані зі старінням населення, стрімким удосконаленням медичного обладнання, появою нових методів лікування та технологій. Змінюються також умови проживання, збільшується кількість нових захворювань,

відповідно постійно міняються та зростають потреби населення в якісних медичних послугах, задовольнити які державним медичним закладам стає все важче, а то і неможливо за браку коштів.

Сказане сприяло розвитку ДПП в сфері охорони здоров'я, яке мало задовольнити ці мінливі потреби, використовуючи досвід, фінансові ресурси, потенціал та управлінську дисципліну приватного сектора, Застосування ДПП дозволило урядам ряду країн за допомогою політичних рішень, застосування регуляторних механізмів та управління результативністю значно розширити коло послуг, які виходять далеко за межі традиційних державних можливостей та керувати усім спектром державних і приватних медичних послуг.

При визначенні того чи ДПП є правильним рішенням, найважливішим фактором, який при цьому має враховуватися, є те, що ДПП не є рішенням, яке підходить для всіх і завжди. Практика його застосування вказує на те, що проекти ДПП мають бути розроблені з урахуванням регіональних особливостей та узгоджуватися з національною і місцевою політикою охорони здоров'я, а також стратегією розвитку системи охорони здоров'я. В той же час, успіх мали ті проекти ДПП прийняття рішень щодо стратегії яких було прозорим та інклюзивним, підтримане всіма зацікавленими в партнерстві сторонами, включаючи представників різних політичних сил, територіальних громад, науки та освіти і, безсумнівно, медичних працівників державних і приватних закладів.

Незважаючи на наявність досвіду застосування довгострокового ДПП у сфері транспорту, енергетики, будівництва та утилізації відходів, який мали країни з низьким і високим рівнем доходів, партнерські відносини держави і приватного сектора в галузі охорони здоров'я налагоджувалися більш обережно і стосувалися переважно покращення інфраструктури медичних закладів та надання доклінічних та клінічних послуг [17].

Слід зазначити, що попри наявний досвід застосування ДПП, на даний час у науковій спільноті і серед практиків не існує загальноприйнятого визначення ДПП. Їхні думки розходяться також відносно того, які моделі підходять під визначення ДПП, а які ні [14]. В основному цей термін, як правило, використовується для опису довгострокового контракту між державною та приватним сектором, за допомогою якого два їх суб'єкта є партнерами у наданні державних послуг. Такі довгострокові відносини між державою і приватним сектором дають можливість обом сторонам

скористатися сильними сторонами партнерства, використовуючи можливості один одного.

Слід зазначити, що окрім ДПП мають місце й інші форми партнерства держави і приватного сектора, наприклад укладання договорів з надання послуг, передача державних об'єктів у приватну власність («приватизація»), проте подібні домовленості не передбачають основного – довготривалої співпраці між сторонами і тому не вважаються ДПП [4; 10].

Характерними особливостями, які відрізняють ДПП від інших форм співробітництва держави з приватним сектором є: довгостроковий характер договорів ДПП (як правило, більше 5 років); розподіл ризику між державним і приватним партнером; наявність в договорах взаємно узгоджених показників ефективності; незмінне право власності держави на свої активи (будівлі, обладнання) наприкінці дії договору.

Враховуючи подібні особливості, більшість договорів ДПП в сфері охорони здоров'я підпадає під три загальні категорії:

1) договори ДПП, які задовольняють потреби системи охорони здоров'я шляхом будівництва та подальшої експлуатації збудованих об'єктів, зокрема для надання доклінічних або клінічних послуг;

2) договори ДПП, які орієнтовані на надання самостійних клінічних послуг;

3) договори ДПП, які пропонують комплекс клінічних послуг, передбачають будівництво нової або реконструкцією існуючої інфраструктури.

Таким чином договори ДПП спрямовані на вирішення проблем системи охорони здоров'я, викликаних:

– потребами в новій або модернізованій інфраструктурі;

– обмеженнями бюджетних коштів;

– потребами в покращенні управлінських навичок для підвищення якості та економічної ефективності надання медичної допомоги;

– потребами в більш міцних та ефективних ланцюгах закупівель і поставок;

– потребами в додаткових послугах/навичках (наприклад, спеціальні послуги) або розширення можливостей обслуговування [1].

Перелічені проблеми характерні для багатьох країн світу, в яких лікарні знаходяться в занедбаному стані, а послуги погано керуються. Однак більшість урядів не мають капітальних бюджетів для фінансування нового будівництва у великих масштабах, вони також обмежені національною політикою та нормами трудового найму, що зменшує їхню здатність проводити реформи [2; 3].

В той же час, у партнерстві з приватним сектором за допомогою договорів ДПП уряди отримують доступ до більш гнучких та інноваційних методів і технологій, що дозволяє їм розширити власні потенційні можливості та підвищувати якість надання послуг. Крім того, вони отримують доступ до нових джерел фінансування та мають можливість розділити ризики з приватним сектором, наприклад, щодо вартості та термінів будівництва, при цьому оплата утримується до повного відкриття та експлуатації об'єкта. Для приватного сектора ДПП надає можливість отримати доступ до нових ринків з меншими ризиками, а також дозволяє диверсифікувати свої інвестиції та портфель надання послуг [11].

Здебільшого контракти ДПП у сфері охорони здоров'я укладалися для вирішення одного або кількох із наступних шести завдань:

– фінансування або співфінансування проекту (Finance);

– розробка проекту, включаючи проектування інфраструктури та моделі надання допомоги (Design);

– будівництво або реконструкція об'єктів, включених до проекту (Build);

– обслуговування технічної інфраструктури (об'єктів, а також обладнання, якщо це необхідно) (Maintain);

– постачання відповідного обладнання, ІТ та надання/керування доклінічними послугами (Operate);

– надання та управління певними клінічними та клінічними послугами підтримки (Deliver) [17; 19; 21].

У більшості договорів ДПП реалізація даних завдань відбувається за трьома моделями:

1. Інфраструктурна модель. За даною моделлю здійснюється будівництво або оновлення інфраструктури закладів охорони здоров'я.

2. Модель дискретних клінічних послуг передбачає збільшення або розширення можливостей з надання послуг.

3. Інтегрована модель ДПП. Дана модель забезпечує реалізацію в комплексі розбудову інфраструктури та надання послуг [10; 15].

Рішення державного партнера щодо того яку модель слід використовувати зумовлюється переважно місцевими потребами охорони здоров'я, політичними та соціальними факторами. Більшість зарубіжних практик свідчить про зосередженні на моделях ДПП на основі інфраструктури та інтегрованих моделях. З часом, моделі дискретних клінічних послуг також починають набувати популярності, як більш легкі для реалізації [10; 16; 19].

1. Основними цілями інфраструктурної моделі є:

- підвищення спроможності інфраструктури системи охорони здоров'я надавати якісні медичні послуги;

- будівництво або реконструкція інфраструктури державних медичних закладів;

- надання державному сектору доступу до фінансових ресурсів, необхідних для реалізації великих інфраструктурних проектів.

Інфраструктурна модель ДПП є найбільш актуальною у випадках коли державному партнеру за браку бюджетних коштів потрібно будувати інфраструктуру, або коли йому не вистачає досвіду чи знань для управління масштабними інфраструктурними проектами.

Дана модель ДПП передбачає укладання уповноваженим державним органом та приватним партнером контракту на будівництво або реконструкцію інфраструктури державних медичних закладів, яким передбачається відповідальність приватного партнера за підтримку інфраструктури протягом усього терміну дії контракту. Контракти за цією моделлю зазвичай є довгостроковими і укладаються на 25–30 років. Після їх завершення все державне майно та ресурси, які були передані за договором приватному партнеру, повертаються державному партнеру [16].

Контракти ДПП за інфраструктурною моделлю передбачають, що приватний партнер бере на себе усі ризики з проектування та будівництва, за перевищення витрат на будівництво та технічне обслуговування, а також за затримку терміну завершення проекту. Означені ризики стимулюють приватного партнера завершити будівництво або реконструкцію вчасно та в межах бюджету.

Державний партнер відшкодовує приватному партнеру вартість будівництва шляхом амортизованого щорічного платежу протягом терміну дії контракту разом із платежем за технічне обслуговування. Це дозволяє приватному партнеру скористатися можливостями довгострокового боргового фінансування, що робить проект більш доступним для всіх учасників [12].

Інфраструктурна модель ДПП, як засіб фінансування великомасштабних капітальних інвестицій в сфері охорони здоров'я, вперше була використана Великобританією у 1990 році під час модернізації застарілих медичних закладів Національної служби охорони здоров'я (NHS) та будівництва протягом 12 років близько 100 нових лікарень [16].

Даний приклад вказує на те, що державному партнеру, у даному випадку NHS, важко було б

досягти цього самостійно без залучення приватних партнерів та впровадження схем стимулювання, які дозволили покращити управління та завершити проекти в межах бюджету і в короткий строк.

Починаючи з 1990-х років інфраструктурна модель ДПП була впроваджена та стала найпоширенішою формою ДПП у сфері охорони здоров'я Австралії, Канади, Єгипту, Італії, Японії, окремих країн Південної Африки та Латинської Америки [19; 20].

Слід зазначити, що дана модель ДПП має певні вади так як при реалізації проектів будівництва чи реконструкції для зменшення витрат і термінів реалізації вони розробляються на основі стандартних або існуючих шаблонів, тому можуть не стимулювати до конструктивних інновацій, які би покращили надання пацієнтам медичних послуг, а збудовані об'єкти можуть не відповідати потребам пацієнтів [11].

2. Друга модель ДПП, модель дискретних клінічних послуг використовується для:

- покращення управління наданням найбільш затребуваних клінічних послуг;

- покращення якості та доступу до конкретних клінічних послуг;

- залучення приватного сектора до надання доклінічних послуг.

Згідно з даною моделлю ДПП приватний партнер несе в першу чергу відповідальність за: а) фінансування або співфінансування капітальних витрат; б) обслуговування обладнання, необхідного для надання конкретних клінічних послуг; в) управління та надання конкретних клінічних послуг; у певних випадках включає постачання обладнання.

Контракти ДПП з дискретними клінічними послугами передбачають надання приватним партнером конкретних клінічних або пов'язаних з ними послуг, які зазвичай надаються в державних медичних закладах. Дані типи контрактів можуть охоплювати різного роду послуги, включаючи лабораторні, діагностичні, діалізні та інші спеціалізовані послуги. Контракти та управління ними зосереджені перш за все на кількісних показниках: кількості наданих послуг або охоплених пацієнтів. Подібні контракти зазвичай коротко- та середньострокові (менше 10 років), але можуть продовжуватися [12].

Контракти ДПП із дискретними клінічними послугами застосовується у випадках обмежених можливостей державних медичних закладів щодо їх надання, наприклад, через відсутність доступу

до сучасних діагностичних послуг за допомогою високоякісних пристроїв, таких як КТ та МРТ.

Одним із таких прикладів є укладений урядом Румунії контракт (2005-2008 роки) з декількома приватними операторами на управління діалізними центрами у восьми лікарнях завдяки якому вдалося не лише забезпечити громадян країни вкрай необхідними послугами, а й заощадити близько трьох мільйонів євро [20].

При наявності структурованих з чіткими показниками ефективності контрактів ДПП із дискретними клінічними послугами вони несуть у собі менші ризики для державного партнера та забезпечують приватним партнерам доступ до надання державних послуг, відкриваючи цим шлях для більш складних інтегрованих моделей ДПП. Крім того, дана модель ДПП стимулює конкуренцію та усуває обмеження в державному секторі охорони здоров'я.

Підтвердженням такого висновку є приклад Великобританії, уряд якої надав приватним партнерам гарантії на їх обсяг та дохід для окремих хірургічних процедур, заохотивши тим самим до конкурентної боротьби з іншими приватними постачальниками цих послуг. На той час дана стратегія призвела до змін на ринку хірургічних процедур, на якому доля приватного сектору, який пропонував пацієнтам більший вибір послуг, склала 20%. Згодом подібні гарантії було скасовано, а ставки на послуги стали однакові як для державного, так і приватного секторів [16].

3. Інтегрована модель ДПП поєднує у собі комплекс завдань перших двох моделей ДПП. За даною моделлю ДПП приватний партнер відповідає за: проектування об'єктів на основі вимог державного партнера; будівництво нових або

реконструкція існуючих об'єктів; фінансування або співфінансування капітальних витрат; технічне обслуговування твердого обладнання та обладнання, якщо це необхідно; управління та надання доклінічних послуг; включаючи постачання обладнання, якщо це необхідно; управління та надання послуг клінічної допомоги та клінічної підтримки [17].

На додаток до покращення або розширення інфраструктури закладу, ця модель використовує досвід приватного сектору в управлінні наданням стаціонарних та амбулаторних клінічних послуг, часто включаючи нові послуги. Інтегрована модель ДПП є найскладнішою з усіх моделей ДПП.

Одним із прикладів застосування інтегрованої моделі ДПП охорони здоров'я є Іспанія, уряд якої, крім усього зазначеного вище, включив до контракту ДПП усі первинні медичні заклади та клініки одного із округів країни. Подібне рішення стало можливим завдяки досягнутому консенсусу громадськості та уряду і дозволило приватному партнеру отримати доступ до всього спектру медичних послуг та застосувати більш комплексні стратегії покращення догляду, направленою на зміцнення здоров'я громадян [18].

Одним із прикладів застосування інтегрованої моделі ДПП в Україні є запропонований міською радою Львова проект створення Центру діагностичної візуалізації та/або розгалуженої мережі діагностичних відділень, які обслуговуватимуть ЛШМД та інші лікарні за допомогою хабової моделі (рис. 1). Передбачається, що Центр забезпечуватиме необхідний спектр послуг діагностичної візуалізації, певна частина яких буде інтерпретуватися за допомогою ІТ-рішень телемедицини.



Рис. 1. ДПП з медичної (діагностичної) візуалізації

Джерело: адаптовано авторами [5]

Передбачається також, що державний партнер: забезпечує доступ до центру, його підключення до комунальних служб; оплачує медичні послуги для державних пацієнтів; видає направлення. До завдань приватного партнера входить: проектування; фінансування; будівництво та обладнання центру; набір і підготовка персоналу; експлуатація та обслуговування центру; за узгодженими параметрами якості та часу виконання, цілодобове надання послуг, які фінансуються з державного бюджету; концентрація результатів діагностичної візуалізації в центрі [5].

Незважаючи на те, що на сьогодні у сфері охорони здоров'я інтегрована модель ДПП є найменш поширеною з розглянутих трьох моделей ДПП, вона відкриває значні можливості для країн, які прагнуть впровадити реформу охорони здоров'я, так як ставить більший акцент на управлінні, вартості та якості надання клінічних послуг. Очевидно, що інтегровані ДПП мають найвищий потенціал для покращення клінічних показників, однак вони також дуже складні, і урядам потрібно буде оцінити свої можливості для управління та мати політичну волю для підтримки таких проєктів, перш ніж приступати до їх реалізації.

В той же час, можливо через малу розповсюдженість, на сьогодні недостатньо підтверджених фактів з оцінкою ефективності та клінічних покращеннях, досягнутих в рамках інтегрованої моделі ДПП. Однією із спроб здійснення подібної оцінки став проведений порівняльний аналіз роботи мережі лікарень, що була створена в рамках інтегрованої моделі ДПП, з показниками державної лікарні, яку вона замінила [20].

Даний аналіз показав, що новостворена мережа надала медичних послуг більшій кількості стаціонарних та амбулаторних пацієнтів, досягла більшого рівня заповнюваності та зменшення середньої тривалості перебування в лікарні пацієнтів. Слід зазначити, що нові лікарні мали більшу кількість медичного персоналу, застосовували покращені методи управління з чіткою мотивацією працівників.

Крім сказаного вище, варто підкреслити, що одним із важливих компонентів інтегрованої моделі ДПП є забезпечення виконання клінічних стандартів якості та ефективності, що при укладанні контракту є проблемою для багатьох урядів, так як результативність пов'язана з оплатою, яка при цьому зростає. Іншим гальмом застосування інтегрованої моделі ДПП охорони здоров'я стала недостатня підготовленість персоналу та його здатність до управління змінами на різних рівнях з

тим щоб перейти від безпосереднього управління послугами до управління результатами, передбачених контрактом ДПП.

Знаходячись під постійним тиском підвищення якості та ефективності допомоги, а також пошуку способів використання цифрових даних, систем і розподілених мереж постачальників, система охорона здоров'я все більше зосереджується на здоров'ї та профілактиці захворювань, а не на лікуванні гостро хворих, стає більш інтегрованою, використовує сучасні методи управління та технології [10; 11; 13]. Відповідно до цих змін адаптуються і моделі ДПП, що підтверджується наявними тенденціями в перенесенні акцентів від зосередження проєктів ДПП лише на будівництві та заміні критично необхідної інфраструктури лікарень з наступним додаванням надання клінічних послуг та досвіду управління в приватному секторі, а також доступом до спеціалізованої допомоги.

Враховуючи те, що надання медичної допомоги продовжує переходити від невідкладної допомоги до амбулаторної допомоги, слід очікувати зниження проєктів ДПП на основі суто інфраструктури, при цьому інтегровані ДПП розвиватимуться в більш стабільних умовах, а орієнтовані на активи та технології моделі стають все більш стабільними [1; 15; 18].

Оскільки системи охорони здоров'я стикаються зі збільшенням витрат на обслуговування пацієнтів, особливо через старіння населення та зростання хронічних захворювань, інтегровані послуги з догляду за межами лише третинних закладів, ймовірно, матимуть більший вплив.

Висновки. Огляд різних моделей ДПП у сфері охорони здоров'я та окремих прикладів їх застосування дає кілька ключових уроків та рекомендацій щодо умов і міркувань, які дозволяють або загрожують успіху проєктів ДПП.

Перша за все слід мати на увазі, що перехід від державного до приватного управління для керівного складу та медичного персоналу державних закладів є нелегким але важливим. Перед застосуванням тієї чи іншої моделі необхідно отримати достовірну інформацію про поточні та прогнозовані потреби та витрати на охорону здоров'я, окреслити коло зацікавлених осіб у конкретному проєкті ДПП. Не менш важливим є наявність політичної волі до змін та готовність до певних ризиків, впроваджуючи той чи інший проєкт ДПП, а також розробленої необхідної нормативно-правової бази. Прийняття рішення щодо започаткування проєкту ДПП має бути прозорим

для суспільства і зацікавлених у проекті учасників і відповідати національній та місцевій стратегії охорони здоров'я.

Особливо важливим для проектів ДПП в сфері охорони здоров'я є визначення чи встановлення чітких показників для вимірювання клінічної ефективності та впливу результатів ДПП, які за згодою сторін можуть складати офіційну оцінку проекту, як складової контракту.

Драйверами, які відображають тенденції розвитку ДПП в охороні здоров'я, є підвищення ефективності та якості надання державних послуг; прискорення інвестицій в інфраструктуру; використання ефективності приватного сектора; механізм розподілу ризиків; співвідношення ціни та якості для державного сектору; фіскальне середовище; реформа державних закупівель та галузей постачання.

Список літератури:

1. Барзилович А. Д. Методи державного регулювання ринку медичних послуг: прямого та непрямого впливу. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 21–22. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/21-22_2020/27.pdf
2. Винницький Б. Досвід та перспективи впровадження державно-приватних партнерства в Україні та за кордоном / Б. Винницький, М. Лендел, Б. Онищук. Київ : К.І.С., 2018. 146 с.
3. Гойда Н. Г. Державно-приватне партнерство в діяльності лікарні: світовий досвід та перспективи впровадження в Україні / Н. Г. Гойда, Н. В. Курділь. *Східноєвроп. журн. громад. здоров'я*. 2012. № 2/3. С. 68–71.
4. Круглов В. В. Моделі державно-приватного партнерства. *Державне управління*. 2018. № 2(62). URL: http://pa.stateandregions.zp.ua/archive/2_2018/12.pdf
5. Проект державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. Агенція з питань підтримки державно-приватного партнерства. URL: <https://pppagency.me.gov.ua/uk/project/derzhavno-privatne-partnerstvo-u-sferi-ohoroni-zdorovya/>
6. Степанова О. В. Стратегічні орієнтири розвитку державно-приватного партнерства в системі охорони здоров'я України. *Ефективна економіка*. 2014. № 6. URL: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=3157>
7. Тулай О. І. Державно-приватне партнерство в контексті модернізації фінансування сфери охорони здоров'я. *Економічний форум*. 2018. № 3. С. 235–239. URL: <http://dspace.tneu.edu.ua/handle/316497/33579>
8. Турчак Д. В. Інституційне забезпечення реалізації державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. *Менеджер. Вісник Донецького державного університету управління*. 2019. № 1. С. 161–167.
9. Шевчук Ю. В. Розвиток державно-приватного партнерства у контексті вдосконалення фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я. *Економ. вісн. університету*. 2017. Вип. 33/1. С. 416–428.
10. Хусаїнов Р. Моделі державно-приватного партнерства: закордонний досвід та перспективи для України. URL: https://www.researchgate.net/publication/279446643_Modeli_derzhavno-privatnogo-partnerstva_zakordonnij_dosvid_ta_perspektivi_dla_Ukraini_Modeli_gosudarstvennocastnogo_partnerstva_zarubez-nuj_opyt_i_perspektivy_dla_Ukrainy
11. Barlow J, Koberle-Gaiser M, Moss R, Noble A, Scher P, and Stow D. Adaptability and innovation in healthcare facilities, Lessons from the past for future developments. 2015. URL: https://www.researchgate.net/publication/275650165_Adaptability_and_innovation_in_healthcare_facilities_Lessons_from_the_past_for_future_developments
12. Health and Economics Analysis for an evaluation of the Public Private Partnerships in health care delivery across EU. European Union. 2014. URL: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/032ee8ff-9507-4e97-ae3f-c7b534536c59/language-en>
13. Montagu D. and Harding A, A zebra or a painted horse? Are hospital PPPs infrastructure partnerships with stripes or a separate species? *World Hospitals and Health Services*. 2012. Vol. 48, no. 2. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22913125/>
14. Navarro, J. and Torres, E. (2009). Public-Private Partnerships as a new way to deliver healthcare services URL: <http://www.google.com.ua/url?sa=t&rct=j&q=navarro%20j.%20c%20torres%20e.%20public-private%20partnerships%20as%20a%20ne>
15. PwC Health Research Institute. Build and Beyond: The (r)evolution of healthcare PPPs. New York, 2011. URL: <https://pwc.blogs.com/files/hri-ppp-paper.pdf>
16. Sekhri N., Feachem R. and Ni A. Public Private Integrated Partnerships Demonstrate the Potential to Improve Health Care Access, Quality and Efficiency. *Health Affairs*. 2011. Vol. 30, no. 8. URL: <https://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.2010.0461>
17. The Global Health Group, “Public Private Investment Partnerships for Health: An Atlas of Innovation”, Global Health Sciences, University of California, San Francisco, 2010.
18. United Nations Economic Commission for Europe (UNECE), “A Preliminary Reflection on the Best Practice in PPP Healthcare Sector: A Review of Different PPP Case Studies and Experiences (Discussion Paper)”, 2012. URL: http://www.unece.org/fileadmin/DAM/ceci/images/ICoE/PPPHealthcareSector_DiscPaper.pdf

19. Vian T., McIntosh N., Grabowski A., Limakatso Nkabane-Nkholongo E., and Jack B.W. “Hospital Public-Private Partnerships in Low Resource Settings: Perceptions of How the Lesotho PPP Transformed”, *Management Systems and Performance, Health Systems & Reform*. 2015. 1:2, 155–166.

20. World Bank Public Private Partnership in Infrastructure Resource Center, “Management/Operation and Management Contracts”, 2016. URL: <https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/agreements/management-and-operating-contracts>

Grytsko O. M., Pekanets S. R. MODELS AND TRENDS FOR THE LEVELOPMENT OF PUBLIC PRIVATE PARTNERSHIPS IN THE HEALTH

This article discusses the three main models of Public-Private Partnership (PPP) and the health care problems they address, as well as the experience of their use in individual countries, including the requirements and enabling environment for a successful PPP. Public-Private Partnership refers to forms of cooperation between public authorities and business, which aim to ensure the funding, construction, renovation, management or maintenance of an infrastructure or the provision of a service. The aim of this research was to explore the relationship between the development trends Public Private Partnerships and its three main models in the healthcare to accommodate future changing healthcare and society needs, especially through flexibility and use adaptability this models. The article based on a review of PPP literature and foreign health practices, as well as reports prepared by international PPP implementation organizations. This experience confirms that increasingly, both developed- and developing-country governments are embracing public-private partnerships to harness private financing health. One of the an innovative model of these partnerships is the public-private integrated partnership model, which goes a step further than more common two models hospital building and maintenance arrangements, by combining infrastructure renewal with delivery of clinical services. At the article, describe the benefits and risks inherent in such partnerships and present innovative design of the integrated model PPP. We can conclude that these three partnerships models have the potential to improve access, quality, and system efficiency in health. Therefore, more such partnerships should be launched and rigorously evaluated, and their experience should be widely shared to help governments and business in the effective use of PPP models in the health.

Key words: *public-private partnership, medical services, model, health care, financing.*