



Deloitte.



З В І Т

за результатами дослідження

Державно-приватне партнерство (ДПП)
як фінансовий механізм для диверсифікації джерел
фінансування послуг з профілактики ВІЛ серед
уразливих груп населення в Україні

**Звіт за результатами дослідження:
Державно-приватне партнерство (ДПП) як фінансовий механізм для
диверсифікації джерел фінансування послуг з профілактики ВІЛ
серед уразливих груп населення в Україні.
– К: - 2015. - 136 с**

Авторський колектив:

Галустян Ю. (канд. соц. наук), Доценко Н., Єленева І.,
Купряшкіна-Мак-Гілл С. (PhD, MA, канд. філ. наук)

Рецензенти:

Александріна Т. (канд. мед. наук), Лук'янова Н. (канд. політ. наук)

Літературний редактор:

Єгорова І.

Звіт було підготовлено МГО «Соціальні ініціативи з охорони праці та здоров'я» в рамках реалізації проекту «Дослідження механізмів фінансування з метою забезпечення надання послуг в сфері боротьби з ВІЛ/СНІД для ключових груп населення» в межах гранту Проекту «Реформа ВІЛ-послуг у дії» згідно угоди з компанією Делойт Консалтинг LLP Грантова угода 02 Policy-01 від 05.06.2015 року.

Цей Звіт було підготовлено завдяки фінансовій підтримці Президентського плану невідкладних заходів, спрямованих на подолання СНІДу (PEPFAR), наданій через Агентство США з міжнародного розвитку (USAID) в рамках Угоди з проектом «Реформа ВІЛ-послуг у дії» № AID-121-A-13-00007. Зміст цього Звіту, за який несе відповідальність винятково ТОВ «Делойт Консалтинг» та партнери-виконавці, не обов'язково є відображенням поглядів PEPFAR, USAID або Уряду США.

*Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії»
01030, Київ, вул.Б.Хмельницького, 52А, 5й поверх
Тел. +38 044 281 23 76
info@hivreforminaction.org
www.hivreforminaction.org*

©МГО «Соціальні ініціативи з охорони праці та здоров'я»
Б-р. Дружби Народів № 14, оф.23 , Київ, Україна, 01103
(+38 044) 528 21 27, 529-12-99
www.lhsi.org.ua

З М І С Т

Використані скорочення	5
Основний понятійний апарат	6
ВСТУП	8
Методологія	9
ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ	12
РОЗДІЛ 1	12
Кабінетне дослідження «Використання моделей ДПП та інших фінансових механізмів у сфері надання послуг з профілактики ВІЛ»	
1.1 Міжнародний досвід застосування державно-приватного партнерства та інших фінансових механізмів у профілактиці ВІЛ	12
1.1.1 Визначення, основні ознаки та механізми реалізації ДПП: світова практика	13
1.1.2. Досвід країн з реалізації моделей ДПП	16
Великобританія	16
Російська Федерація	17
Казахстан	20
1.1.3. Основні засади розвитку ДПП у сфері охорони здоров'я	21
1.1.4. Можливості та перешкоди використання ДПП у сфері надання послуг з профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	24
1.1.5 Фінансування послуг з протидії ВІЛ в Україні: виклики	28
1.2 Формування фінансово-правової моделі впровадження ДПП та інших фінансових механізмів в Україні	30
1.2.1. Нормативно-правова база України з питань ДПП та інших форм залучення інвестицій від вітчизняних приватних партнерів	31
1.2.2. Правовий статус суб'єктів, що залучаються до реалізації проекту ДПП	33
1.2.3. Поняття та ключові ознаки ДПП за чинним українським законодавством та їх співвідношення з істотними умовами (очікуваннями) проекту	36
1.2.4. Правовий статус державного та приватного партнерів. Роль партнерів у проекті ДПП	38
1.2.5. Сфери застосування ДПП та базові форми партнерської співпраці публічних структур і бізнесу	40
1.2.6. Джерела фінансування ДПП	42
1.2.7. Державна підтримка ДПП. Аналіз ефективності та управління ризиками	42
1.2.8. Юридичний аналіз сценаріїв реалізації проекту, їх правове обґрунтування	43
1.2.9. Управління ризиками проекту	47
Висновки до розділу 1	51

РОЗДІЛ 2	53
Результати опитування: глибинні інтерв'ю з експертами національного та регіонального рівнів щодо забезпечення механізмів фінансування послуг у галузі профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	
Методологічні засади	53
2.1. Роль відносин партнерства влади, бізнесу та громадських організацій	54
2.2. Експертна оцінка нормативно-правової бази	58
2.3. Поширеність державно-приватного партнерства в Україні: потенціал та ресурси	59
2.4. Способи та джерела залучення коштів у галузі профілактики та боротьби з ВІЛ	60
2.5. Привабливість сфери ВІЛ-послуг для приватних інвесторів	62
2.6. Перешкоди, що заважають залученню інвесторів та розвитку співробітництва між державою, бізнесом або НУО	63
2.7. Виклики та загрози національній системі профілактичних ВІЛ-послуг	63
2.8. Форми співробітництва між державою, бізнесом або громадським сектором	65
2.9. Фінансування послуг з профілактики ВІЛ для уразливих груп населення за умов ДППс	66
2.10 Перспективи розвитку співробітництва між державою, бізнесом або НУО у наданні медичних і соціальних послуг	69
Висновки до розділу 2	71
РОЗДІЛ 3	73
Результати опитування клієнтів сфери ВІЛ-послуг	
3.1. Основні результати	73
Висновки до розділу 3	86
РОЗДІЛ 4	88
Результати опитування представників органів місцевого самоврядування, бізнесу та НУО	
4.1. Методологічні засади	88
4.2. Основні результати	88
Висновки до розділу 4	96
РОЗДІЛ 5	97
Аналіз практик надання послуг	
5.1. Приклади кейсів	97
Висновки до розділу 5	105
РОЗДІЛ 6	106
SWOT-аналіз фінансових механізмів, які сприяють диверсифікації джерел фінансування послуг	
ПІДСУМКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ	106
ДОДАТКИ	114
Додаток 1. Гайд для експертів	114
Додаток 2 Анкета для клієнтів сфери ВІЛ-послуг	116
Додаток 3. Анкета для представників органів місцевого самоврядування, бізнесу та НУО	125
Список використаної літератури	132

ВИКОРИСТАНІ СКОРОЧЕННЯ

АМР США	Агентство з міжнародного розвитку США
АРТ	антиретровірусна терапія
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВМЛЖВ	Всеукраїнська мережа людей, як живуть з ВІЛ/СНІД
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГФСТМ	Глобальний Фонд боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією
ДКТ	добровільне консультування і тестування на ВІЛ
ДПП	державно-приватне партнерство
ДПІП	державно-приватне інвестиційне партнерство
ЖСБ	жінки секс-бізнесу
ЗМІ	засоби масової інформації
ІПСШ	інфекції, що передаються статевим шляхом
ЗПТ	замісна підтримуюча терапія
ЗШ	зменшення шкоди
ЛЖВ	люди, які живуть з ВІЛ
МГО	міжнародна громадська організація
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
НУО	неурядова організація
ОМС	обов'язкове медичне страхування
СЗ	соціальне замовлення
СІН	споживачі ін'єкційних наркотиків
СНІД	синдром набутого імунодефіциту
ДМС	добровільне медичне страхування
ЧСЧ	чоловіки, які мають секс із чоловіками
ЮНЕЙДС	Об'єднана Програма ООН з ВІЛ/СНІДу

ПОНЯТІЙНИЙ АПАРАТ ДОСЛІДЖЕННЯ

Аналіз ефективності здійснення ДПП – це процедура, що передуює проведенню конкурсу з визначення приватного партнера і дозволяє виявити можливі ризики проекту, пов'язані з його реалізацією, визначити доцільність або недоцільність реалізації проекту на умовах ДПП.

ДПП – співробітництво між державою та територіальними громадами в особі відповідних державних органів та органів місцевого самоврядування (державними партнерами) та юридичними особами, крім державних та комунальних підприємств, або фізичними особами-підприємцями (приватними партнерами), що здійснюється на основі договору в порядку, встановленому Законом про ДПП та іншими законодавчими актами.

Державний партнер – це сторона ДПП, на боці якої може діяти: державний орган, уповноважений на це від імені держави Україна (наприклад, Міністерство охорони здоров'я в разі делегування йому цих функцій Кабінетом Міністрів України), або органи місцевого самоврядування, уповноважені представляти територіальні громади.

Державний стандарт соціальної послуги – зміст та обсяг, норми і нормативи, умови та порядок надання соціальної послуги, показники її якості, що визначені нормативно-правовим актом центрального органу виконавчої влади у сфері соціальної політики.

Державна підтримка – один зі способів забезпечення прав та інтересів приватного партнера в проектах ДПП, що досягається забезпеченням державних гарантій шляхом фінансування за рахунок коштів державного чи місцевих бюджетів та інших джерел згідно із загальнодержавними та місцевими програмами, а також у будь-який інший спосіб, передбачений конкурсною документацією.

Договір концесії – договір, відповідно до якого уповноважений орган виконавчої влади чи орган місцевого самоврядування (концесіодавець) надає на платній та строковій основі суб'єкту підприємницької діяльності (концесіонеру) право створити (побудувати) об'єкт концесії чи суттєво його поліпшити та (або) здійснювати його управління (експлуатацію) з метою задоволення громадських потреб.

Інвестиції – всі види майнових та інтелектуальних цінностей, що вкладаються в об'єкти підприємницької та інших видів діяльності, в результаті якої створюється прибуток (дохід) або досягається соціальний ефект.

Конкурс соціальних проектів – це прозорий конкурсний відбір отримувача цільових коштів (безповоротної фінансової допомоги) для здійснення суспільно корисних проектів згідно з договором (угодою).

Концесія – одна із форм ДПП, що з метою задоволення громадських потреб на підставі концесійного договору надає уповноваженим органом виконавчої влади чи органом місцевого самоврядування на платній та строковій основі юридичній або фізичній особі (суб'єкту підприємницької діяльності) право на створення (будівництво) та (або) управління (експлуатацію) об'єкта концесії (строкове платне володіння) за умови взяття суб'єктом підприємницької діяльності (концесіонером) на себе зобов'язань по створенню (будівництву) та (або) управлінню (експлуатації) об'єктом концесії, майнової відповідальності та можливого підприємницького ризику.

Концесієдавець – сторона концесійного договору, що може бути представлена органом виконавчої влади або органом місцевого самоврядування, уповноваженими відповідно Кабінетом Міністрів України чи органом місцевого самоврядування на укладення концесійного договору.

Концесіонер – суб'єкт підприємницької діяльності, який на підставі договору отримав концесію відповідно до Закону про ДПП (на стороні концесіонера можуть виступати декілька осіб).

Показники якості соціальних послуг – сукупність показників, використовуваних для оцінювання діяльності суб'єктів, які надають соціальні послуги, що ґрунтуються на позитивній результативності і ступеня задоволення потреб одержувачів послуг.

Приватний партнер – юридичні особи приватної форми власності чи об'єднання юридичних осіб, які обрані для участі у проекті ДПП за результатами конкурсу (окрім випадків, коли обрання допускається без його проведення).

Послуги з профілактики ВІЛ – консультування та інформування з питань профілактики інфікування ВІЛ, розповсюдження та обмін шприців, розповсюдження презервативів та лубрикантів, добровільне ДКТ (ДКТ), замісна підтримуюча терапія (ЗПТ).

Спільна діяльність – це одна із форм ДПП, відповідно до якої сторони (учасники) беруть зобов'язання об'єднати свої зусилля та спільно діяти з метою досягнення певної мети, що реалізується на підставі договору про просте товариство згідно з параграфом 2 Глави 77 Цивільного кодексу України.

ВСТУП

Україна має один із найвищих показників епідемії ВІЛ у Європі. Станом на жовтень 2015 р. ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними захворюваннями МОЗ України» було зареєстровано 277 481 випадків ВІЛ-інфекції. Епідемія ВІЛ в Україні залишається найбільш поширеною серед ключових груп ризику – споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН), жінок – працівників секс-бізнесу (ЖСБ), чоловіків, які мають статеві контакти з чоловіками (ЧСЧ); а також ув'язнених. У 2003 р. Україна стала реципієнтом коштів Глобального Фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією (ГФСТМ), який залишається найбільшим донором з подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні та інших країнах світу. За підтримки ГФСТМ, разом з іншими зацікавленими сторонами, були розроблені, пропілотовані та реалізовані пакети профілактичних послуг для ключових груп ризику, а також для людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), з метою запобігання трансмісії ВІЛ та інших захворювань. Згідно із Законом України «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки» № 1708-VII від 20.10.2014 р. (далі – державна програма) за кошти ГФСТМ до 2017 р. планується охопити профілактичними послугами щонайменше 48% від оціночної кількості СІН, 32% ЖСБ, 22% ЧСЧ.

Україна є однією з небагатьох країн регіону, яка має великий досвід надання послуг з профілактики ВІЛ для СІН. Разом із послугами для СІН сервісні пакети для інших груп ризику були розроблені та реалізовані переважно ВІЛ-сервісними НУО за підтримки донорів. На даний час перед Україною постають загрозливі виклики щодо стійкості надання вищезгаданих послуг у сфері профілактики ВІЛ. У 2017 р. із завершенням фінансування державної програми за рахунок коштів ГФСТМ очікується, що Уряд України та інші зацікавлені сторони продовжать фінансування без зовнішньої підтримки. Але в умовах фінансово-економічної кризи реалізація державної програми за державний кошт залишається під питанням, тому вивчення можливостей і пошук шляхів підтримки зусиль протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні наразі стає надзвичайно актуальним.

Оскільки для відповіді на епідемію ВІЛ важливе значення має диверсифікація джерел фінансування, стає необхідним визначення найефективніших шляхів забезпечення сталості надання послуг з профілактики ВІЛ для ключових груп ризику в Україні. Згідно з науковими джерелами, однією з альтернатив бюджетному фінансуванню у сфері охорони здоров'я може бути державно-приватне партнерство (ДПП). В Україні перші передумови для появи проектів ДПП в їх найпоширенішій світовій формі (концесії) були закладені у 1999 році Законом України «Про концесії» (№ 997 XIV від 16.07.199 р.). Відповідно до норм цього закону, сфера медичних послуг є сферою впровадження концесій. У 2010 році набрав чинності Закон України «Про державно-приватне партнерство» (далі – Закон про ДПП) № 2404-VI від 01.07.2010 р.), яким було суттєво розширено варіативність інструментів партнерства, а також включено до сфери застосування закону державну підтримку проектів, порядок оцінки й розподіл ризиків між обома партнерами в галузі охорони

здоров'я як в одній зі сфер можливого застосування ДПП (ст. 4 Закону про ДПП). В рамках ДПП також можлива реалізація проектів з будівництва та експлуатації муніципальних закладів охорони здоров'я.

З огляду на це МГО «Соціальні ініціативи з охорони праці та здоров'я» прогягом 2015 р. вивчала можливості різних фінансових механізмів, у т.ч. запровадження соціального замовлення (СЗ), державно-приватного партнерства та інших видів фінансування послуг з профілактики ВІЛ, які існують або можуть застосовуватися згідно з чинним законодавством в Україні. Це дослідження проводилось на замовлення та за кошти проекту «Реформа ВІЛ-послуг у дії» АМР США, що впроваджується компанією Делойт Консалтінг в Україні. Даним дослідженням вивчено можливості для застосування механізму ДПП у сфері охорони здоров'я з фокусом на програмах профілактики ВІЛ. До дослідження також включений аналіз експертної думки та ставлення клієнтів програм профілактики ВІЛ до інших наявних та/або вірогідних джерел фінансування послуг в Україні. В результаті дослідницькою групою розроблено рекомендації та пропозиції для сторін, зацікавлених у подальшому розвитку та запровадженні цих механізмів.

МЕТОДОЛОГІЯ

Основна мета дослідження – вивчити національний і міжнародний досвід застосування фінансових механізмів ДПП та проаналізувати існуючі перешкоди при залученні коштів із місцевих бюджетів для фінансування програм з профілактики ВІЛ для найбільш уразливих груп населення.

Основні дослідницькі завдання:

- проаналізувати приклади кращих світових практик впровадження ДПП та інших фінансових механізмів у сфері охорони здоров'я, визначити серед них доцільні до застосування в українській практиці для впровадження профілактичних послуг з ВІЛ/СНІДу;
- виявити, систематизувати та проаналізувати ключові перепони, що стримують реалізацію проектів у сфері охорони здоров'я, зокрема профілактики ВІЛ/СНІДу, на умовах ДПП та інших фінансових механізмів;
- оцінити рівень обізнаності недержавних партнерів та представників муніципалітетів у практичних та законодавчих інвестиційних можливостях ДПП та, за наявності, – інших фінансових механізмів;
- сформувати структуру ризиків у запровадженні механізму ДПП у сфері охорони здоров'я, зокрема, стосовно послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу, та порядок їх розподілу між приватними та державними партнерами;
- сформувати алгоритм дій із залучення коштів приватного партнера для реалізації проектів у сфері профілактики ВІЛ на умовах ДПП;
- розробити рекомендації та пропозиції, спрямовані на подолання законодавчих прогалин у запровадженні фінансового механізму ДПП у зазначених проектах.

Для досягнення мети та завдань дослідження було застосовано такі *методи збору даних*:

1. *Desk-Research (кабінетне дослідження)* включало такі етапи: а) аналіз та вивчення міжнародного досвіду втілення ДПП, у т.ч. у Великобританії й ін. країнах, та прикладів використання механізмів фінансування ДПП з метою виявлення потенціальних можливостей та бар'єрів до їх застосування у фінансуванні послуг, що надаються найбільш уразливим до ВІЛ групам в Україні; б) аналіз існуючої нормативно-правової бази, яка регулює запровадження проектів ДПП в Україні; в) аналіз попередніх досліджень та/або звітів, які стосуються теми дослідження.

2. *Глибинні інтерв'ю* з фахівцями національного та регіонального рівнів з метою виявлення експертної думки щодо можливості застосування ДПП як механізму фінансування послуг з профілактики ВІЛ, а також інших фінансових механізмів. Інтерв'ю проводилися за напівструктурованою анкетною, віч-на-віч, у зручному для респондента місці та, за згодою респондента, записувалися на диктофон. В разі відмови від аудіозапису інтерв'юер занотовував сказане. Перед опитуванням респондент отримувал інформаційний лист від МГО «Соціальні ініціативи з охорони праці та здоров'я» про мету та завдання дослідження і давав свою згоду на участь у ньому. Інтерв'юер інформував респондента про можливість ознайомлення зі звітом за результатами дослідження на веб-сторінці www.lhsi.org.ua. Глибинні інтерв'ю обов'язково фіксувалися у текстовому форматі. З інструментами дослідження можна ознайомитися у додатках до цього звіту.

3. *Анкетування* включало такі етапи:

- а) Вивчення думки клієнтів сфери ВІЛ-послуг щодо можливості фінансування послуг за потребою за власний кошт. Вибірка складалася з 443 постійних клієнтів програм профілактики ВІЛ з числа груп ризику (СІН, ЖСБ, ЧСЧ, а також ЛЖВ), які отримують базовий пакет профілактичних послуг в рамках державної програми. Тип вибірки – цільова, квотна (використовувалися квоти за основними параметрами вищезазначених груп). Генеральна сукупність – оціночна кількість представників груп ризику з урахуванням частки їх охоплення профілактичними програмами у розрізі регіонів, де було проведено опитування. Канали рекрутингу респондентів: НУО, благодійні організації, благодійні фонди, які надають медичні та соціальні послуги у галузі протидії ВІЛ; державні установи, які надають ВІЛ-послуги (у т.ч. обласні Центри профілактики та боротьби зі СНІДом), інші заклади медичного обслуговування; Центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді. Характер вибірки – нерепрезентативна. Метод формування вибірки – TimeLocationSample (TLS).
- б) Вивчення думки представників органів місцевого самоврядування районного та міського рівнів, представників бізнесу та НУО, які мали досвід запровадження або обізнані у механізмах фінансування соціальних та/або медичних послуг групам населення, уразливим до ВІЛ (опитано 150 представників). Характер вибірки – нерепрезентативна, цільова.

Анкетування забезпечували кваліфіковані інтерв'юери, які перед його проведенням ознайомили респондентів з методологією та інструментами дослідження. Для забезпечення високої якості результатів анкетування здійснювався 100% візуальний контроль заповнених анкет, а після введення даних – 100% логічний контроль. Дотримання інструкцій в ході дослідження контролювалося на всіх етапах його проведення.

4. *Case-studies (аналіз ситуації)* – аналіз практик (конкретних ситуацій) надання послуг із застосуванням механізму ДПП згідно з чинним законодавством, а також прикладів запровадження ініціатив у профілактиці ВІЛ на умовах партнерства державних установ та приватних організацій в Україні базувався на методологічному підході, що застосовується для опису конкретних ситуацій, та містив стандартизований алгоритм викладення кейсів.

5. *SWOT-аналіз* фінансового механізму ДПП як способу диверсифікації джерел фінансування сталих послуг з профілактики ВІЛ для уразливих груп населення містив опис внутрішніх та зовнішніх чинників, а також позитивних і негативних впливів на запровадження ДПП як механізму забезпечення диверсифікації джерел фінансування послуг з профілактики ВІЛ.

6. *Картування* спроможності отримувачів послуг самостійно сплачувати за їх надання здійснювалося з використанням графічного підходу до візуалізації отриманих даних у пілотних регіонах дослідження з урахуванням спектру послуг. Емпіричною базою для розробки карти слугували дані, отримані в ході глибинних та напівструктурованих інтерв'ю.

Обмеження дослідження

Географія дослідження на етапі вивчення експертної думки фахівців обласного та міського рівнів, а також думки отримувачів послуг з профілактики ВІЛ обмежувалась регіонами, в яких впроваджується проект «Реформа ВІЛ-послуг у дії» за фінансової підтримки АРМ США: Дніпропетровська, Львівська, Миколаївська, Одеська, Полтавська області, м. Київ.

Опитування клієнтів профілактичних програм включало запитання про основні послуги з профілактики серед осіб підвищеного ризику, які впроваджуються НУО за кошти ГФСТМ в рамках діючої державної програми, а саме: консультування та інформування з питань профілактики інфікування ВІЛ, розповсюдження та обмін шприців, розповсюдження презервативів та лубрикантів, ДКТ, ЗПТ.

ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ

РОЗДІЛ 1

Кабінетне дослідження «Використання моделей ДПП та інших фінансових механізмів у сфері надання послуг з профілактики ВІЛ»

Розвиток ефективних механізмів взаємодії держави і бізнесу є однією з найважливіших умов формування ефективної економічної політики, підвищення інвестиційної та інноваційної активності, зростання конкурентоспроможності країни, розвитку соціальної інфраструктури. Дефіцит державних коштів різних рівнів породжує необхідність пошуку альтернативних джерел фінансування послуг з профілактики ВІЛ в Україні. Актуальність теми дослідження визначена необхідністю диверсифікації фінансових ресурсів та пошуку сталого довгострокового фінансування зазначених послуг у зв'язку з поетапним завершенням їх фінансування ГФСТМ та іншими міжнародними донорами. Згідно з науковими джерелами, однією з альтернатив бюджетному фінансуванню у сфері охорони здоров'я може бути ДПП.

В даному розділі викладено підсумки кабінетного дослідження міжнародного досвіду застосування механізму ДПП. Визначається поняття ДПП, наводяться приклади та огляд досліджень з його використання у сфері охорони здоров'я та протидії ВІЛ/СНІДу. Також проаналізовано існуючу в Україні нормативно-правову базу стосовно ДПП та ситуативний аналіз можливих шляхів її застосування з метою забезпечення безперервності надання послуг у сфері профілактики для ключових груп населення, уразливих до ВІЛ.

1.1. Міжнародний досвід застосування державно-приватного партнерства та інших фінансових механізмів у профілактиці ВІЛ

Понятійний апарат для тлумачення ДПП в Україні та світі вирізняється. За законодавством України ДПП має досить вузьке визначення, в міжнародній практиці – більш широке, й до нього віднесено різні форми концесій і партнерств, а в основу ДПП закладено інвестиційну привабливість проекту, в т.ч в медичній сфері. Попередні видання за результатами вже реалізованих проектів міжнародної технічної допомоги в Україні (в тому числі АМР США), незважаючи на достатню кількість розроблених інформаційних матеріалів, також не визначають ДПП як механізм у цілому, а лише пропонують рекомендації з його використання в окремих напрямках діяльності (Рекомендації для ДПП в системі е-

Уряду¹, Методика виявлення ризиків здійснення ДПП² тощо) і не поширювались на сферу охорони здоров'я. З огляду на вишевикладене, за основу було взято та адаптовано для використання в тексті розділу характеристики моделі ДПП, наведені в англomовних джерелах.

Проведенню кабінетного дослідження передувало пошук наявних джерел літератури. Первинний вибір здійснювався у пошукових системах Google та Google books через ключові фрази: «державно-приватне партнерство», «ДПП», «государственно-частное партнерство», «ГЧП», «public-private partnership», «PPP» (вибірка обмежувалася першою сторінкою пошукової системи). У подальшому пошук було звужено шляхом додаткового використання фраз «услуги здравоохранения», «послуги з ВІЛ/СНІДу», «PPP in health/HIV programmes». Через постійне оновлення понятійного апарату та з метою вибірки актуальної інформації пошук був обмежений періодом від 2005 до 2014 рр. Також оглянуті публікації на сайтах USAID, UNAIDS та література за рекомендаціями представництва програми Deloitte/USAID в Україні.

1.1.1. Визначення, основні ознаки та механізми реалізації ДПП: світова практика

ДПП використовують у світі як *альтернативний механізм* фінансування публічних (державних) послуг (public services), підпорядкованих державі. Однозначне тлумачення поняття «державно-приватне партнерство» в рамках сучасних підходів так само, як і загальновизнана класифікація його форм, відсутні в зарубіжному й українському законодавствах та в літературі. Існує декілька науково-методичних підходів до визначення поняття «державно-приватне партнерство». Зокрема, Світовий банк розглядає ДПП як *довгостроковий контракт між державною та приватною організацією* для створення об'єкта громадського призначення або надання послуг, за яким приватна сторона бере на себе значну частину ризиків і відповідальність за управління, а винагорода пов'язана з результатом роботи³.

Агентство Standard&Poore's визначає ДПП як будь-які *середньо- або довгострокові взаємовідносини між державним і приватним секторами*, засновані на поділі ризиків і доходів, об'єднанні професійних знань та спільному фінансуванні і спрямовані на досягнення певних політичних результатів.

У дослідженій нами літературі вирізняється ще такий тип проектів ДПП в охороні здоров'я, як державно-приватне інвестиційне партнерство (ДПІП) – PPIP public-private investment partnership. ДПІП – відносно новий термін, оприлюднений вперше у 2008 р. на конференції в Wilton Park

¹ Рекомендації для ДПП в системі е-Уряду:

http://ppp-ukraine.org/wp-content/uploads/2015/03/PPPs-in-e-Gov-Guide_ukr.pdf

² Методика виявлення ризиків здійснення ДПП, їх оцінки та визначення форми управління ризиками:

<http://ppp-ukraine.org/wp-content/uploads/2015/03/PPP-Risks-Methodology-Ukr.pdf>

³ World Bank (2014) Public-Private Partnerships. Reference Guide. 2.0, с.14.

Групою Global Health⁴. ДПП – це інноваційний підхід до покращання якості медичних послуг та інфраструктури в країнах, що розвиваються. ДПП є особливою формою партнерства, яке передбачає *довгострокові, добре структуровані відносини між державним та приватним секторами*, спрямовані на досягнення значних і стійких позитивних змін у системі охорони здоров'я на національному або регіональному рівнях.

На думку економіста Т. Матаєва⁵, ДПП – це *форма взаємовідносин між державою або органами місцевого самоврядування та приватними партнерами*, що оформлюються у вигляді договору, передбачають реалізацію та спільне фінансування суспільно значущих проектів на довгостроковій основі, розподіл ризиків, відповідальності та винагород.

Механізм ДПП передбачає, що *замовником послуг є держава*, яка визначає умови такого співробітництва, створює можливості прийняття управлінських рішень для приватного сектору, здійснює постійний моніторинг, залишаючи об'єкт інвестування у державній власності. Спільно розпочатий проект реалізується в конкурентоспроможному середовищі, що створює стимул до впровадження інновацій і призводить до ефективного та якісного надання кінцевих послуг.

Основною метою ДПП є розвиток інфраструктури в інтересах суспільства шляхом об'єднання ресурсів та досвіду кожної зі сторін, реалізація суспільно значущих проектів з найменшими витратами і ризиками за умови надання економічним суб'єктом високоякісних послуг (Айрапетян, 2009).

Незважаючи на спільність принципів і ознак ДПП, у міжнародній практиці відсутнє його єдине визначення, загальноприйнята класифікація форм, а також стандартна схема їх застосування. Кожна держава самостійно і незалежно визначає їх для себе, виходячи з принципу прийнятності для власної економіки. Хоча термін ДПП найчастіше вживають у контексті добровільних альянсів між державним та приватним секторами, до даного типу партнерств також можна віднести *партнерство з «третьім сектором»* – НУО⁶

В останні роки в країнах Західної Європи спотерігається стійка тенденція зростання числа проектів ДПП у кількісному та вартісному вимірі.

Комісія ООН з питань соціально-економічного розвитку (ECOSOC) зазначає, що в країнах світу вже діє 51 інститут розвитку ДПП, 24 з них – у Європі, 2 – в Північній Америці, 5 – у Південній Америці, 7 – в Африці, 13 – в Азії. Крім того, працюють 9 міжнародних організацій, до компетенції яких, разом з іншими функціями, віднесено розвиток ДПП (ООН, Європейський Банк Реконструкції та Розвитку (ЄБРР), Міжнародна фінансова корпорація (IFC) та інші.

⁴ PUBLIC-PRIVATE INVESTMENT PARTNERSHIPS (2009) An innovative approach for improving access, quality, and equity in healthcare in developing countries. - The Global Health Group University of California, на сайті: <https://www.wiltonpark.org.uk/wp-content/uploads/ppip-background-reading.pdf>

⁵ Матаев Т.М. Формы государственно-частного партнерства при реализации инфраструктурных проектов // Государственно-частное партнерство. – 2014. – Том 1. № 1 – С. 9-20. – <http://www.creativeconomy.ru/journals/index.php/ppp/article/view/22/>

⁶ Lee, S. (2006) Public-Private Partnerships for Development. CED/USAID, p.3.

Більшість зарубіжних країн давно усвідомили привабливість подібних проектів та активно використовують їх для оновлення інфраструктури в таких галузях економіки і послуг, як ремонт, реконструкція та утримання об'єктів спільного користування, прибирання територій, житлово-комунальне господарство (ЖКГ), освіта, охорона здоров'я, комунальна транспортна та соціальна інфраструктура. При цьому лідером серед секторів, в яких діють ДПП, є транспортна інфраструктура, за нею з невеликим відривом – соціальна інфраструктура.

Однак, якщо аналізувати використання ДПП в залежності від рівня соціально-економічного розвитку країн, то картина є іншою. На думку Айрапетяна (2009), в країнах «Великої сімки» (США, Великобританія, Німеччина, Італія, Канада, Франція, Японія) з 615 розглянутих проектів перше місце за кількістю реалізованих проектів ДПП займає охорона здоров'я (184), друге – освіта (138), третє – автошляхи (92).

Різноманітність використовуваних у світі форм і моделей ДПП обумовлена практикою їх застосування. Механізми співпраці держави і приватного бізнесу при реалізації ДПП диференціюються залежно від обсягу переданих приватному партнеру повноважень власності, інвестиційних зобов'язань сторін, поділу між ним ризиків та відповідальності за проведення різних видів робіт.

Основними механізмами реалізації проектів ДПП є такі:

- BOT (Build, Operate, Transfer – будівництво, експлуатація, передача);
- BOOT (Build, Own, Operate, Transfer – будівництво, володіння, експлуатація/управління, передача);
- BTO (Build, Transfer, Operate – будівництво, передача, експлуатація/управління);
- BOO (Build, Own, Operate – будівництво, володіння, експлуатація/управління);
- BOMT (Build, Operate, Maintain, Transfer – будівництво, експлуатація/управління, обслуговування, передача);
- DBOOT (Design, Build, Own, Operate, Transfer – проектування, будівництво, володіння, експлуатація/управління, передача);
- DBFO (Design, Build, Finance, Operate – проектування, будівництво, фінансування, експлуатація/управління);
- DBO (Design, Build, Operate – проектування, будівництво, експлуатація/управління);
- Браунфілд-контракт (контракт на розширення, відновлення або реконструкцію існуючих об'єктів без нового будівництва);
- лізинговий контракт;
- договір на сервісне обслуговування (управління проектом без інвестиційних зобов'язань).

Вибір форми обумовлений конкретною соціально-економічною обстановкою та політичною спрямованістю країни.

1.1.2 Досвід країн у реалізації моделей ДПП

Великобританія

В рамках британської моделі ДПП, у період з 1992 по 2007 рр., було реалізовано понад 700 проектів із загальним обсягом капітальних вкладень понад 50 млрд. фунтів стерлінгів (Гладов та ін., 2008). Залучення приватного капіталу до реалізації інвестиційних проектів, ініціатором яких виступала держава, розпочав уряд М. Тетчер у 1980-х рр. У 1992 році урядом Дж. Мейджора спеціальним законом була заснована Приватна Фінансова Ініціатива (*Private Financing Initiative – PFI*), суть якої полягала в залученні приватних інвестицій у будівництво великих державних об'єктів, фактично здійснюваних приватним бізнесом за рахунок власних коштів. Компенсація витрат відбувалася за рахунок доходів від експлуатації або платежів із бюджету. У багатьох випадках PFI інвестор залучається до подальшої експлуатації об'єкта та організації його діяльності, включаючи найм персоналу. Об'єктами PFI можуть виступати об'єкти інфраструктури (автомобільні дороги та залізниці), школи, лікарні і навіть в'язниці. За даними уряду, такі проекти забезпечують 17% економії для бюджету країни.

У Великобританії PFI поширене насамперед у сферах, за які традиційно несе відповідальність держава. Це – об'єкти загального користування (транспортна, комунальна, соціальна інфраструктура, об'єкти культури, пам'ятки історії та архітектури тощо), так звані публічні (державні) послуги (*public services*) – ремонт, реконструкція та утримання об'єктів спільного користування, прибирання територій, ЖКГ, освіта, охорона здоров'я. Держава, як правило, не може повністю відмовитися від своєї присутності в цих сферах і змушена зберігати контроль або над певним майном (залишатися власником), або над певним видом діяльності. У будь-якому разі це означає фінансування за рахунок коштів відповідних бюджетів. Мерзлов (2012) вважає результати реалізації політики ДПП у Великобританії ефективними, що підтверджують незалежні аудиторські звіти більше ніж двох третин усіх проектів ДПП, реалізованих у встановлені терміни та в межах витрат, передбачених бюджетом.

Модель PFI використовується, зокрема, для будівництва державних лікарень. Із широко відомих – найбільший проект приватного фінансування вартістю £ 1,1 млрд («Лондонська лікарня»). Термін концесії – до 2048 р. Проект передбачає перепланування Санкт-Варфоломіївської і Лондонської Королівської лікарень, а також їх забезпечення високотехнологічним обладнанням.

Зазначимо, що PFI піддається гострій критиці, в т.ч з боку законодавчої влади, зокрема критикується концепція «передачі ризиків» від державного партнера до приватного, що лежить в основі PFI і по суті є ілюзорною, оскільки кінцеві зобов'язання за надання послуг покладаються на державу. Згідно з доповіддю Міністерства Фінансів Великобританії, PFI не є більш ефективним методом позики коштів, ніж інші, а твердження, що таким чином кошти платників податків менше схильні до ризику, не відповідає дійсності.

Бюджетний комітет Палати Громад (House of Commons) у доповіді 2011 р. дійшов висновку, що PFI як метод створення лікарень – недосконалий.

«Хоча PFI постачала значну кількість нових громадських будівель і послуг, уряд занадто просто визначив її як єдину доступну форму фінансування, не надавши чіткого доведення, яким саме чином вона дає більше вартості за ті ж самі гроші (whether it is value for money)», (Parliament UK 2011).

Використання PFI засновувалось на недостатньо обгрунтованих та неадекватних порівняннях із звичайними закупівлями. Комітет рекомендував як альтернативу стандартному підходу PFI такі заходи: здешевлення джерел фінансування; використання частини елементів, а не договору PFI в цілому; залучення традиційних фінансових джерел, які підходять для подібних проектів. Законодавці рекомендували держказначейству враховувати альтернативи PFI і ретельно вивчати радикальні зміни в її моделі.

Побоювання щодо моделі PFI висловили і представники медичної галузі Великобританії. Колективна публікація в Британському медичному журналі (British Medical Journal), який є рупором профспілки працівників медичної галузі, зазначила що PFI значною мірою підвищувала вартість будівництва лікарень, а система оцінювання ризиків PFI була занадто суб'єктивною в оцінюванні тих, що передавались приватному інвестору (Gaffney et al 1999).

Зазначимо, що спеціальне законодавство з питань ДПП у Великобританії відсутнє, однак існує розвинута система *оцінки ефективності* проектів, яка враховує не тільки вигоду від зниження навантаження на бюджет, а й ефективність витрат коштів і доцільність вкладень.

Російська Федерація

Значний досвід реалізації ДПП та досліджень з даної проблематики має Російська Федерація (РФ), де модель ДПП проходила апробацію в умовах реалізації інфраструктурних та інших проектів. Створено та діє веб-портал «Єдина інформаційна система ДПП в Російській Федерації»⁷ в якому розміщено новини, базу даних та картування проектів ДПП в РФ, а також інші інформаційні ресурси. Сайт створений за підтримки Міністерства економічного розвитку РФ.

Дослідження «Бар'єри розвитку механізму ДПП в Росії», проведене Інститутом сучасного розвитку, дійшло висновку про те, що основними гальмуючими факторами в ДПП в РФ є високий рівень корупції і політичних ризиків, а також низький рівень кваліфікації та відсутність досвіду у чиновників, які займаються проектами ДПП від імені держави.

А. Рассадін, директор Санкт-Петербурзького відділення Американської торговельної палати, серед причин невдач у реалізації проектів ДПП називає слабку політико-правову та виконавчу базу;

⁷ <http://www.pppi.ru/content/o-proekte>

необ'єктивну оцінку ризиків, які можна перекладати на бізнес, оскільки бізнес не в змозі контролювати ризики; помилкові сподівання на те, що ДПП принесе дохід державі без бюджетних витрат; та інші.

У 1990-х рр. в РФ запроваджено обов'язкове медичне страхування (ОМС) як механізм фінансування охорони здоров'я. Кожен громадянин має поліс ОМС. Відповідно до Програми державних гарантій, медична допомога, що надається, сплачується за рахунок коштів ОМС і передбачає первинну медико-санітарну, спеціалізовану (за винятком високотехнологічної) медичну допомогу, а також забезпечення необхідними лікарськими препаратами на випадок захворювань (окрім тих, що передаються статевим шляхом (ЗПШ), туберкульозу, ВІЛ та СНІДу), травм, отруєнь, вроджених аномалій (вад розвитку), деформацій та хромосомних захворювань, при вагітності, пологах, післяпологовому періоді, абортів, окремих станів, що виникають у дітей в перинатальному періоді⁸. Таким чином, у РФ лікування ВІЛ/СНІДу не включене в страховий поліс, а фінансується за рахунок державного та регіональних бюджетів⁹. ВІЛ-інфекція також не віднесена до страхових випадків у полісі Добровільного медстрахування (ДМС)¹⁰. Чимало публікацій та онлайн-документів наводять проблеми, з якими стикаються ЛЖВ під час отримання медичної допомоги.¹¹

Існуюча система охорони здоров'я в РФ накладає певні обмеження на можливість широкого застосування ДПП у медичному секторі. Складність реалізації ДПП полягає в тому, що держава повинна гарантувати повернення вкладених приватним партнером коштів, що пов'язано з великими ризиками, адже інвестиції в медицині не можна віднести до швидкоокупних.

«При входженні в проекти ДПП у сфері охорони здоров'я бізнесу необхідно мати гарантії держави на довготривалий період. Залежно від параметрів проекту ми не просто поставляємо обладнання, а здебільшого вирішуємо питання комплексно – «під ключ», з готовими діагностичними лабораторіями, технологічною інфраструктурою, бізнес-процесами та системою адміністрування, висококваліфікованим медичним, інженерним і технічним персоналом. В рамках російського законодавства складно реалізовувати проекти ДПП. Ми стикаємося з численними труднощами, серед яких – неможливість поширення на період більше р. державного бюджетування і держгарантій на рівні муніципалітетів і суб'єктів РФ. Разом з тим, вдалі проекти ДПП в охороні здоров'я – це проекти з гарантіями на п'ять–десять років», – вважає директор з корпоративних комунікацій компанії Philips.¹²

Бізнес неохоче вкладається в проекти з охорони здоров'я. «Є разові проекти, але вони створені, скоріше за, все волею місцевої влади», – зауважує С. Ануфрієв – засновник і директор Петербурзького Медичного

⁸ Система ОМС. Общие положения. <http://ora.ffoms.ru/portal/page/portal/top/protect/>

⁹ http://www.help-patient.ru/rights/relations_employer/oms/

¹⁰ http://www.alfastrah.ru/individuals/life/dms_online/group/info/

¹¹ Вирус отправляют по прописке: <http://www.gazeta.ru/social/2015/03/03/6434513.shtml>

¹² Врачи ждут партнеров: <http://www.kommersant.ru/doc/1509359>

Форуму. Одним із перших у галузі застосування ДПП став Уряд Санкт-Петербургу спільно з міським комітетом охорони здоров'я, які, зіткнувшись з проблемою недофінансування галузі, почали шукати додаткових ресурсів. Пілотним став проект з виконання комплексу робіт з реконструкції у Санкт-Петербурзі будівель державного лікувального закладу «Міська лікарня № 14» і «Міського геріатричного медико-соціального центру», що виконала відома страхова компанія. В обмін на це у власність компанії місто передало будівлю колишньої міської лікарні № 5. «В повному розумінні слова проектом, реалізованим як ДПП, це назвати не можна, але це перший крок у розвиток ДПП в медичній галузі», – говорить голова комітету з охорони здоров'я Санкт-Петербургу.¹³

Компанія Ernst&Young проаналізувала досягнення та перешкоди впровадження моделі ДПП в РФ.¹⁴ Серед основних перешкод були названі такі:

- ДПП – довгострокові проекти, що реалізуються не два–три роки, а 10–20 років і більше, тому в силу непрозорості й недосконалості інвестиційного середовища інвестор не завжди готовий вкладати кошти у довготривалі проекти;
- невідповідність законодавства сучасним вимогам;
- неготовність представників державних органів на практиці реалізовувати проекти ДПП, а також відмовитися від звичного механізму державних закупівель;
- висока вартість фінансування (залучення коштів через державні облігації обходиться дешевше, аніж залучення кредиту приватним інвестором);
- недостатня кількість гравців на ринку для забезпечення конкуренції.

Критика використання моделі ДПП у РФ пов'язується з проблемами, що виникають через різне тлумачення законодавства та прогалини в ньому. На думку голови правління центру розвитку ДПП у РФ, в окремому законі «форми ДПП не закріплені і передбачається, що іншими федеральними законами можуть встановлюватися особливості реалізації окремих форм та видів угод ДПП»¹⁵. Також не врахована специфіка окремих сфер, у т.ч. охорони здоров'я. Спеціалісти висловлюють побоювання, що найбільш привабливе державне і муніципальне майно закладів охорони здоров'я відразу перетвориться на потенційні (а потім і реальні) «об'єкти угод про ДПП», що пов'язане із запропонованими змінами до Земельного кодексу, де укладення та реалізацію договорів про ДПП пропонується вивести з-під дії закону про держзакупівлі. Парламентські експерти також вважають, що виведення угод про ДПП із-під дії закону про держзакупівлі може утворити корупційні ризики¹⁶.

Ряд джерел аналізують проблеми застосування моделі ДПП в охороні здоров'я на прикладі відомого проекту «Реконструкція міської

¹³ <http://wikihospital.ru/pdfs/concession2.pdf>

¹⁴ Ernst&Young Как обеспечить успех ГЧП в России, обзор за 2012 г.

¹⁵ Геворкян А., Литвинова А. Государство ищет партнеров, 2013

¹⁶ ИТАР-ТАСС, Вывод соглашений о ГЧП из-под действия законодательства о госзакупках может создать коррупционные риски – эксперты Госдумы, 2013

клінічної лікарні № 63» в Москві¹⁷, згідно з яким лікарню було передано у концесію на 49 років. Аналіз роботи лікарні після введення ДПП підтвердив початкові побоювання щодо зниження рівню доступності послуг, оскільки тепер, у порівнянні зі 100% до концесії, лише 40% медичної допомоги надається в цій установі безплатно. Обсяг послуг, які отримують пацієнти за страховим тарифом ОМС в даній лікарні, становить від 20% до 30% від загального обсягу всіх послуг, що надаються. Водночас до переходу на концесію послуги за тарифами ОМС отримували 100% населення дільниці. Ліга захисту пацієнтів Росії оскаржила дії керівництва лікарні № 63 з надання медичних послуг, направивши заяву до Генерального прокурора та Міністра охорони здоров'я¹⁸:

«Лікарня, створена для надання безплатної медичної допомоги, опиняється в управлінні приватної компанії, яка безконтрольно (оскільки не існує спеціального контрольного органу, здатного відстежити обсяг і розподіл платних і безплатних послуг) буде надавати платні послуги населенню, використовуючи ОМС як прикриття. Твердження про зниження бюджетного навантаження є помилковим, оскільки воно переноситься на хворих громадян, які вже сплатили податки, а отже мають право в разі захворювання на безплатну допомогу. Окрім того, з часом приватний капітал диктуватиме свої умови роботи, включаючи зростання цін на послуги та їх нав'язування, і отримуватиме кошти з декількох джерел за одну й ту саму послугу (з ОМС, з коштів громадян, з бюджету), таким чином збільшуючи навантаження і на бюджет».

Отже, на прикладі досвіду використання концесії в РФ можна дійти висновку про можливі наслідки в обмеженні доступу пацієнтів до медичних послуг, що можуть виникати в ході реалізації проектів за моделлю ДПП.

Казахстан

За даними Світового Банку, в Казахстані реалізовано найбільше число проектів ДПП серед країн Центральної Азії (Cuttaree, V. and Mandri-Perrott, S., 2011). З середини 1990-х рр. значні інвестиції залучені в сектор електроенергетики та газовидобування, а з 2005 р. досвід ДПП поширено на концесії у сфері залізничного транспорту, на будівництво Аеропорту Актау, інші об'єкти.

ДПП у Казахстані – визнаний елемент взаємовідносин держави і бізнесу, у тому числі – в охороні здоров'я. Розпочата з 1991 р. приватизація пройшла різні етапи розвитку і з 1996 р. вийшла на новий рівень – перехід до секторних програм. З 1996 по 1999 рр. приватизовано 614 об'єктів охорони здоров'я, що значною мірою сприяло утворенню багатопрофільної медицини та розширенню ринку медичних послуг. Із затвердженням урядом комплексного плану приватизації в липні 2014 р.,

¹⁷ В.Н.Соколов «Государственно-частное партнерство в российском здравоохранении». Аналітична записка виконана в рамках проекту «Підсилення потенціалу організацій громадянського суспільства країн БРІКС» за підтримки ОХФМ в Росії. 10.02.2015. На сайті: <http://neravenstvo.com/?p=847>

¹⁸ Ліга захитників пацієнтів. Общероссийская общественная организация. Заявления: <http://ligap.ru/articles/zayavleniya/za6/>

в Казахстані почалася друга хвиля процесу розвитку ДПП. Очікується, що залучення приватного сектору до сфери охорони здоров'я підвищить рівень конкуренції в галузі, сприятиме запровадженню інноваційних методів діагностики і лікування, ефективному та раціональному використанню ресурсів, поліпшенню інфраструктури та оснащення медичним обладнанням, підвищенню рівня сервісу і впровадженню автономії медичних організацій. Вітчизняний сектор охорони здоров'я має великий потенціал та необхідні умови для успішної реалізації механізму ДПП. Більш того, вже понад десяток проектів знаходяться на стадії планування та розробки необхідної документації. (Г. Темирбекова, 2014). Важливо, що умови надання медичної допомоги населенню не змінюються: за пацієнтом залишається право вибору лікарні і лікаря, а також право отримання гарантованого обсягу безкоштовних послуг.

В країні є умови для успішної співпраці державних і приватних секторів, діють спеціальні програми, хоча представники бізнесу здебільшого не мають активних позицій у проектах ДПП, особливо у сфері охорони здоров'я. Створено і працює Акціонерне товариство «Казахстанський центр ДПП»¹⁹, у функціях якого – проведення економічних експертиз проектів і робота з удосконалення законодавчого поля.

У підсумку зазначимо, що у багатьох країнах використання моделі ДПП супроводжувалися проблемами, однак є й успішні приклади. Більш широкі відомості про кейси (приклади) використання ДПП містяться в публікації Єврокомісії²⁰ та інших джерелах.

1.1.3. Основні засади розвитку ДПП у сфері охорони здоров'я

Необхідність збільшення або оптимізації витрат держави на охорону здоров'я в умовах обмеження бюджетних ресурсів змушує уряди держав усього світу вдаватися до укладення з приватними підприємствами контрактів з метою підвищення ефективності медичних послуг, що надаються (Сазонов).

Необхідність розвитку ДПП в галузі охорони здоров'я пояснюється такими чинниками.

1. Системи охорони здоров'я, які існують за рахунок держави в багатьох країнах, що розвиваються, знаходяться в занедбаному стані і здебільшого не спроможні надавати якісні медичні послуги.
2. Наявна інфраструктура охорони здоров'я потерпає від нестачі фінансування і неадекватного управління, викликає у громадян недовіру до здатності надавати якісне лікування.
3. Значна частка країн, що розвиваються, має надмірне поширення хронічних та інфекційних захворювань і глобальних епідемій,

¹⁹ <http://kzppp.kz/>

²⁰ http://europa.eu.int/comm/regional_policy/sources/docgener/guides/pppguide.htm

лікування яких потребує суттєвого фінансування, однак держави неспроможні забезпечити функціонування системи охорони здоров'я, адекватної до викликів і потреб населення.

У розвинутих країнах приблизно 2/3 проектів у цій сфері реалізуються на умовах ДПП. Основними напрямками інвестицій стають будівництво медичних об'єктів, впровадження ІТ-технологій, розробка та виробництво медичного обладнання тощо (Куликов, 2012). Механізм ДПП дозволяє об'єднати ресурси (в т.ч. фінансові) приватного та державного секторів, зберегти власність держави на значущі інфраструктурні об'єкти у сфері охорони здоров'я, впровадити найбільш перспективні технології, використовувані бізнесом, у практичну діяльність медичних установ.

В реалізації ДПП у сфері охорони здоров'я держава є домінуючим суб'єктом. З одного боку, вона сама визначає «правила гри», а з іншого – її участь у проекті скерована необхідністю вирішення важливих соціально-економічних проблем. Щоб заохотити інвестора до участі у проекті, державний партнер повинен забезпечити йому певну вигоду, а також взяти на себе частину ризиків проекту, що є невід'ємним елементом ДПП.

Переваги використання ДПП у галузі охорони здоров'я:

1. здійснюється у сфері відповідальності держави;
2. спрямовується на розвиток інфраструктури, в т.ч. соціальної;
3. забезпечує приватному інвесторові більш широкі можливості для участі в управлінні проектами, аніж при виконанні державного замовлення;
4. має довгостроковий характер;
5. забезпечує поділ ризиків від проекту між партнерами.

З позиції проектного фінансування всі можливі ризики при реалізації проекту повинні бути делеговані тій стороні, яка найбільш ефективно справляється з ними. В реалізації проектів ДПП значна кількість невдач спричинена відсутністю домовленостей про розподіл між партнерами потенційних ризиків. Як наслідок, в разі виникнення таких ризиків кожна зі сторін намагається перекласти відповідальність на партнера. Особливі труднощі в аналізі ризиків виникають у країнах з перехідною економікою через недостатньо передбачені показники економічного зростання, що ускладнює прогнозування в довгостроковому періоді.

Виходячи з вищевикладеного, можна визначити механізм ДПП у сфері охорони здоров'я як форму об'єднання державних і приватних інвестицій та організації спільного управління, націлену на вирішення важливих завдань соціально-економічної політики, що дозволяє забезпечити підвищення ефективності вкладень капіталу за рахунок поділу ризиків і вигід між партнерами.

Виділяють три основні підтипи партнерств держави та бізнесу:

- I. Державний сектор допускає у сферу своєї відповідальності приватного інвестора, який створює та/або веде господарську діяльність на цьому об'єкті протягом певного періоду.
- II. Державний сектор створює умови (інфраструктуру) для ведення господарської діяльності приватним інвестором.
- III. Державний сектор безпосередньо бере участь у проекті приватного інвестора бюджетними асигнуваннями в тому разі, якщо реалізований проект дозволить вирішити важливі соціально-економічні завдання.

Досвід ряду країн у сфері охорони здоров'я свідчить про те, що найбільш перспективними є такі моделі ДПП:

- DBFO (Design, Build, Finance, Operate);
- DBO (Design, Build, Operate);
- моделі, що використовуються виключно у цій сфері, – BOLB и Alzira (McKee M., Ed. Nigel, R. Atun, 2006).

Сутність моделі BOLB (Build, Own, Lease Back) полягає в тому, що приватний інвестор будує лікарню, продає її державі з метою отримання в оренду та веде господарську діяльність. Модель Alzira, що вперше застосована в лікарні Альзіра іспанської провінції Валенсія, керованої приватним консорціумом, відома як ДПП і передбачає, що приватний інвестор будує лікарню, веде господарську діяльність і заключає державний контракт на надання медичних послуг для окремої групи населення.

Ключовим завданням проекту було вирішення проблеми доступності лікарні для місцевого населення, оскільки найближчий госпіталь знаходився на відстані 40 км. Спочатку проект здійснювався в рамках концесійної угоди терміном на 10 років, укладеної між спеціально створеною проектною компанією Тимчасової Спільки Empresas Ribera, куди увійшли приватна страхова компанія з 51% часткою, об'єднання місцевих будівельних товариств із сумарною часткою в 45%, будівельна компанія Lubasa – з часткою 4%. Приватний партнер зобов'язався побудувати лікарню на 301 ліжко-місце, обслуговувати та керувати нею належним чином до закінчення терміну концесійної угоди, після чого лікарня мала перейти у власність Міністерства охорони здоров'я Валенсії. На етапі з 1999 по 2003 рр. оплата державою за одного місцевого жителя становила 204 євро на рік + корегування на інфляцію. Приватні інвестиції склали 61 млн. євро. Передбачалося, що лікарня спеціалізуватиметься виключно на стаціонарному лікуванні. Однак незабаром з'ясувалось, що потрібна більш ефективна фінансова модель і врахування потреб населення не тільки у вторинній, а й у первинній допомозі. В результаті проектна компанія була рефінансована, а в 2003 р. запрацювала нова організаційна модель, згідно з якою компанія взяла на себе зобов'язання з надання послуг первинної та вторинної медичної допомоги. Нова організаційна модель являла собою концесійну угоду терміном на 15

років, з оплатою за одну особу 379 євро на рік + частка від річного збільшення бюджету на охорону здоров'я. Приватні інвестиції склали 68 млн. євро. Влада Валенсії платить річний особовий платіж за кожного жителя зони Альзіра, який має електронний страховий поліс (близько 245 тисяч осіб). Перегляд концесійної угоди призвів до зміни моделі розподілу прибутку між проектною компанією і державою (тепер ліміт прибутку склав 7,5% від обігу, решта повертається місцевій владі). В результаті персоналізованого фінансування влада Валенсії може передбачити річні витрати свого Департаменту охорони здоров'я. Госпіталь зобов'язаний прагнути скорочення часу очікувань і має стимул розвиватися та підтримувати високі стандарти за рахунок впровадження владою принципу «гроші йдуть за пацієнтом». У 2007 р. проектна компанія отримала прибуток у розмірі 2 млн. євро.

Бар'єри, що заважають розвитку ДПП у сфері охорони здоров'я:

- неефективне законодавство;
- система державного нагляду та контролю в галузі;
- відсутність державних гарантій;
- низький рівень конкуренції на ринку медичних послуг;
- обмеженість бюджетних ресурсів;
- недостатній досвід реалізації проектів ДПП у цій сфері;
- високий рівень корупції державних структур.

Широкий спектр кейсів міжнародного досвіду реалізації проектів ДПП в охороні здоров'я наведено аналітиком А. Семеніним в аналітичній записці Центру ДПП РФ ²¹.

1.1.4. Можливості та перешкоди використання ДПП у сфері надання послуг з профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу

Універсальний доступ до профілактики, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих значною мірою залежить від ефективного та рівноправного фінансування охорони здоров'я. За визначенням ВООЗ, головна мета фінансового механізму системи охорони здоров'я полягає у забезпеченні функціонування та достатнього наповнення спеціалізованих фондів, у встановленні дієвих фінансових стимулів для постачальників медичних послуг, створенні рівних умов доступу громадян до ефективної суспільної системи охорони здоров'я та медичної допомоги.

Створення надійної системи фінансування послуг з охорони здоров'я є значною проблемою для багатьох країн із низьким та середнім

²¹ На сайті: <http://www.pppi.ru/sites/default/files/library/p2.pdf>

рівнем доходу громадян. Більше третини країн-членів ВООЗ не мають достатнього фінансування навіть на базовий пакет послуг з охорони здоров'я, що становить на рік 40 дол. США на людину (UNAIDS 2009). За відсутності механізмів об'єднання коштів і ризиків (страхові та інші механізми), громадяни повинні платити за медичні послуги, що впливає на їх зuboжіння. Неефективне використання коштів робить систему надання послуг нечутливою до потреб пацієнтів. Кошти можуть «губитися» через непрозорі адміністративні процедури. За таких умов поєднання зусиль приватних та державних постачальників медичних послуг стає неможливим²².

Передоплата, об'єднання ризиків, субсидії для громадян, які перебувають за межею бідності, стратегічні закупівлі послуг є механізмами фінансування, справедливого і чутливого до потреб охорони здоров'я. Вважається, що страхові схеми мають послабити тиск на людину, а також підтримати через співфінансування послуги, що надаються приватним сектором. Але такі випадки застосування ДПП у профілактиці ВІЛ/СНІДу є нечастими, – наголошується в публікації UNAIDS ('HIV-related Public-Private Partnerships and Health Systems Strengthening', UNAIDS 2009 с. 24). В економічних умовах, де рівень доходів є низьким, населення не завжди сприймає концепцію передоплати, створення солідарних фінансових ресурсів або об'єднання ризиків. Для людей з низьким доходом, «медичне страхування є абсолютно новою концепцією не тому, що для них ідея солідарності є новою, а тому, що солідарність зазвичай не застосовується для передоплати ризиків при поєднанні ресурсів в охороні здоров'я». Приватні лікарняні каси можуть бути не зацікавлені у покритті витрат, спрямованих на догляд та лікування ВІЛ/СНІДу, оскільки ризики, пов'язані з наданням цих послуг, часто сприймаються ними як високі (UNAIDS 2009, с. 25–26).

Видання 'HIV-related Public-Private Partnerships and Health Systems Strengthening' (UNAIDS 2009) ілюструє вибрані випадки застосування моделі ДПП у сфері протидії СНІДу в рамках кожної із 6 складових системи охорони здоров'я, визначених ВООЗ, а саме:

- надання послуг;
- людські ресурси;
- інформація;
- лікарські засоби і технології;
- фінансування;
- керівництво та управління (UNAIDS 2009, с. 7).

Прикладом успішного ДПП у фінансуванні сфери ВІЛ-послуг є програма профілактики ВІЛ серед працівників вугільної галузі у Китайській Народній Республіці (КНР).

Створення стійкого ДПП було метою першої великої програми профілактики ВІЛ на робочому місці в КНР, ініційованою Міжнародною Організацією Праці (МОП) і підтриманою Міністерством праці і

²² WHO (2008) Toolkit for monitoring health systems strengthening: health systems financing, WHO, Geneva.

соціального забезпечення КНР, а також програмою малих грантів Державного департаменту праці США. Працівники компанії мали підвищений ризик зараження ВІЛ, оскільки через провінцію Юньнань проходить близько 80% наркотрафіка. Це призводить до високого рівня споживання наркотиків, часто пов'язаного з комерційним сексом. Поєднання цих факторів відбивається на зростанні показників ВІЛ та ІПСШ. Якісне дослідження МОП серед шахтарів показало вкрай низький рівень знань про ВІЛ-сервісні послуги та використання презервативів.

Для протидії ВІЛ серед шахтарів Гейджу були об'єднані зусилля партнерів, у тому числі державних, представленої Центром з контролю за захворюваннями Гейджу, Китайської асоціації планування сім'ї, а також НУО Humana People to People. Міжнародна медійна компанія McCann Healthcare та місцеві ЗМІ – канал ТБ Geijiu та газета Гейджу Дейлі Ньюз надали *in-kind* інформаційну підтримку та фінансові ресурси для забезпечення комунікаційної кампанії, спрямованої на популяризацію програми. Національне та провінційні відділення Мінпраці відповідали за адвокацію програми та координували заходи і внески партнерів. На рівні прийняття політичних рішень Міністерство праці та його Департамент людських ресурсів і соціального забезпечення були ключовими зацікавленими сторонами у просуванні антидискримінаційних положень нового Національного закону 2008 р. щодо зайнятості ЛЖВ. За рішенням компанії була припинена практика обов'язкового ВІЛ-тестування, гарантовані робочі місця та захищені права ВІЛ-позитивних працівників відповідно до національного законодавства.

Для підтримки надання комплексних послуг з профілактики та догляду була розроблена комунікаційна стратегія з розповсюдження ключових повідомлень про наявні ВІЛ-послуги з використанням всеосяжної концепції солідарності та самопомочі працюючих мігрантів. Завдяки підходу рівний – рівному послуги з профілактики ВІЛ були інтегровані у звичайні тренінги персоналу з питань професійного здоров'я і безпеки праці. Компанія фінансує центр для спільноти (*drop-in* центр), який у партнерстві з місцевою НУО надає ресурси для послуг з питань ВІЛ, планування сім'ї та наркотичної залежності. Система переадресації (*referral*) зв'язує шахтарів з послугами ДКТ, лікування ІПСШ, антиретровірусної терапії (АРТ), ЗПТ та інших послуг Центру з контролю за захворюваннями Гейджу. «Партнерство допомогло нам мобілізувати ресурси в організації відповіді на епідемію та працювати через структури компанії, щоб запобігти інфекції серед важливої групи населення з високим ризиком захворювання на ВІЛ, що раніше не було доступним», – підсумовує директор Центру з контролю за захворюваннями Гейджу (UNAIDS, 2009, с. 13).

При прийнятті рішень щодо використання моделі ДПП для надання послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу необхідно усвідомлювати, що за кордоном ДПП наразі розглядається не стільки як джерело фінансових надходжень, а «*як засіб підвищення ефективності*» (Гладов та ін. 2008, с. 45). Щоб модель ДПП могла працювати, послуги повинні мати джерело постійних фінансових надходжень у вигляді видатків у рамках Національної програми або через систему обов'язкового солідарного державного страхування.

Приклади пошуку інноваційних джерел фінансування послуг з протидії ВІЛ/СНІДу: Білорусь

Білорусь, разом з низкою інших країн, веде пошук альтернативних та інноваційних джерел фінансування тих прогалин, що виникнуть у фінансуванні програм з профілактики і лікування ВІЛ/СНІДу. Одним із фінансових механізмів є введення додаткового авіазбору при продажу авіаквитків (levy on airline ticket sales). Сума, що стягується, може залежати від класу квитка (наприклад, у Франції діє збір в 1 євро на квиток економ-класу для внутрішніх перельотів, та 10 євро – для квитків першого класу). Від того, чи є політ внутрішнім або міжнародним, а також від його тривалості залежить сума збору. Наприклад, Нігер впровадив збір 1,2 дол. на квитки внутрішніх рейсів та 4,7 дол. – на квитки міжнародних напрямків. Отримані від упровадження даного збору надходження спрямовуються виключно на фінансування послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу.

Кількість пасажирів, які вилітають з аеропортів Білорусі щор., становить від 1,4 до 1,8 млн. осіб: 2011 р. – 1 400 000, 2012 р.– 1 821 000 (джерело: Білоруське бюро «ПРАЙМ-ТАСС», публікація на сайті www.tut.by).

Приблизний розмір річної виручки				
Запланована кількість пасажирів	Сбір 1\$	Сбір 2\$	Сбір 3\$	Сбір 5\$
1 821 000\$	1 821 000\$	3 642 000\$	5 463 000\$	9 105 000\$

Збір у розмірі 2,0 дол. на вихідних рейсах забезпечить суму виручки, необхідну для фінансування послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу в обсязі, рекомендованому для охоплення груп населення найбільшого ризику до ВІЛ.

Даний збір можна співставити зі зборами авіакомпаній інших країн, що також застосовуються для фінансування послуг з протидії ВІЛ/СНІДу. Ця опція може стати надійною стратегією фінансування, що ґрунтується на консервативних оцінках пасажирських перевезень та не враховує позитивні зрушення в напрямі їх збільшення до 30% в останній календарний рік. Цей збір не є податком для бідних, відносно невеликий і не позначиться на вартості авіаквитків. Якщо його встановити на рівні 3,0 дол., то отримані доходи зможуть профінансувати розширення охоплення АРТ (Wilson et al 2013, с. 24)

1.1.5 Фінансування послуг з протидії ВІЛ/СНІДу в Україні

Закон України «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки» передбачає фінансування послуг у сфері протидії ВІЛ/СНІДу з державного та місцевих бюджетів, а також за рахунок інших джерел: коштів ГФСТМ та коштів, наданих різними агенціями ООН (ПРООН, ФНООН, ЮНЕЙДС, ЮНІСЕФ).²³ Зазначена програма не регулює механізм взаємодії державного і приватного секторів (у тому числі й громадського) в частині кооперації джерел фінансування, делегування НУО партнерських прав участі у визначенні пріоритетів, забезпечення прозорості та підзвітності процесу використання державних видатків.

І хоча загалом у світі бізнес-сектор має мотивацію до залучення у програми протидії ВІЛ/СНІДу²⁴, в Україні його роль у цій сфері залишається невизначеною.

Спроби залучити приватний сектор до постійної взаємодії у профілактиці ВІЛ/СНІДу в межах діяльності Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, що утворена згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 11 липня 2007 р. № 926 як консультативно-дорадчий орган при Кабінеті Міністрів України на вимогу ГФСТМ, виявилися недостатньо ефективними. Як показує дослідження МГО «Соціальні ініціативи з охорони праці та здоров'я», проведене у 2009 р.²⁵, активність приватного сектору в діяльності зазначеної Національної ради потребує посилення. Більш вдалою спробою окреслити роль приватного сектору та залучити його до протидії ВІЛ/СНІДу є внесення до Генеральної угоди, яка наразі залишається чинною, регламентує відносини приватного сектору, держави та представників профспілок за відповідними пунктами, що були ініційовані Федерацією профспілок України у 2006 р.²⁶

При розподілі ролей державного та приватного партнерів у будь якій сфері послуг необхідним компонентом є їх вартість, що має бути розділена між партнерами. Вартість та обсяг послуг є важливими показниками для приватного партнера (інвестора), який має визначити, на яку саме суму та на охоплення якої кількості осіб буде спрямовано проект. Однак українським законодавством чітко не закріплені поняття «послуга» та «обрахування медичної послуги». Немає узгодженого розуміння змісту пакета комплексних послуг з профілактики ВІЛ, як немає самого офіційно затвердженого пакета. Механізми обрахування ВІЛ-сервісних послуг, так званий «костинг» (costing), на даний час діють тільки в рамках програм ГФСТМ та охоплюють лише ВІЛ-послуги, які надають НУО. В разі виділення державних коштів, або при використанні моделі ДПП у сфері профілактики ВІЛ, необхідно негайно законодавчо визначити

²³ Джудіс та ін. (2011) Оцінка політики у сфері протидії ВІЛ. Додаток. С. 8

²⁴ http://www.pharmaccess.org/FileLib/PPP_brochure.pdf

²⁵ «Профілактика ВІЛ/СНІДу у сфері праці» LHSI, Київ, 2009

http://www.lhsi.org.ua/images/uploads/files/info%20center/biblioteka/case-management%20HIV_AIDS/REPORT%20GTZ_investigation_FINAL.pdf

²⁶ http://www.fpsu.org.ua/images/images/2013/Ugogy/Genugoda/genugoda_2010-2012p.pdf

зміст послуг та механізм їх обрахування за участі державного партнера. Цікавий приклад дослідження, яке пропонує інструмент і розрахунки вартості комплексних послуг з профілактики ВІЛ серед наркозалежних вагітних жінок в Україні, розроблено експертом Тамар Гоцадзе²⁷. Метою цього інструменту було допомогти зацікавленим сторонам у розумінні загальних фінансових вимог та мобілізації ресурсів для підтримки та розширення до національного рівня моделі інтегрованих послуг з профілактики ВІЛ.

Зазначимо, що спроби законодавчо визначити номенклатуру та зміст профілактичних послуг вже відбувалися.

Так у 2007 р. було затверджено галузевий стандарт надання соціальних послуг вживачам психоактивних речовин, у т.ч. СІН та їх близькому оточенню (Наказ Міністерства України у справах молоді та спорту № 3611 від 10.10.2007²⁸).

У 201 р. спільним Наказом Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерства праці і соціальної політики України та Міністерства охорони здоров'я України № 3123/275/770 від 13.09.2010 «Про затвердження стандартів надання соціальних послуг представникам груп ризику»²⁹) були затверджені стандарти надання соціальних послуг представникам груп ризику. Зважаючи на те, що певна законодавча база, яка визначає стандарти послуг з профілактики ВІЛ в Україні вже розроблена, нагальною потребою стає посилення зусиль, спрямованих на їх подальшу стандартизацію.

²⁷ http://www.unicef.org/ukraine/ukr/UA_Costing.pdf

²⁸ Скасовано.

²⁹ <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0903-10>

1.2 Формування фінансово-правової моделі впровадження ДПП та інших фінансових механізмів в Україні

Вихідні положення

Для цілей формування фінансово-правової моделі впровадження ДПП у сфері профілактики ВІЛ беруться за основу такі вихідні дані:

- надання профілактичних послуг буде складовою більш комплексного пакету послуг для груп ризику, який міг би зацікавити потенційного інвестора і забезпечити для нього можливості відшкодування інвестицій;
- очікується, що на приватного партнера будуть покладені зобов'язання з надання таких профілактичних послуг, як інформаційні та навчальні; профілактика на робочих місцях; виробництво тестів та забезпечення роботи мобільних лабораторій тощо;
- проект потенційно може передбачати будівництво/розміщення виробничих потужностей з виготовлення лікарських та/або профілактичних засобів, необхідних для його реалізації;
- тривалість проекту може складати понад 5 років;
- проект має проводитися на базі комунального/державного закладу охорони здоров'я або іншого комунального/державного підприємства;
- проект може передбачати залучення будь-яких суб'єктів приватної форми власності, але їх колективна участь можлива виключно за умови створення об'єднання підприємств, зокрема, консорціуму, на час участі у проекті;
- джерелами відшкодування інвестицій, вкладених у проект, потенційно можуть бути доходи, отримані приватним партнером за рахунок надання платних медичних послуг, експлуатації виробничих потужностей, збудованих під час реалізації проекту, для інших комерційних потреб, або з їх придбанням у приватну власність тощо;
- створення системи безперервного надання якісних і доступних послуг з профілактики та діагностики ВІЛ-інфекції, насамперед представникам груп підвищеного ризику;
- мета залучення приватного партнера до участі у проекті – подолання дефіциту бюджетних коштів та тих, що фінансуються за рахунок ГФСМ, залучення нових технологій, які б дозволили більш ефективно і з меншими витратами управляти проектом.

Запровадження моделей ДПП: поточна ситуація в Україні

За даними центральних та місцевих органів виконавчої влади, в Україні станом на кінець 2014 р. на засадах ДПП реалізується **243 проекти** (210 договорів концесії, 33 договори про спільну діяльність).

Таким чином, найпоширенішою формою співробітництва між державним та приватним секторами залишається концесія³⁰.

Зазначені проекти реалізуються в таких сферах господарської діяльності:

- оброблення відходів (116 проектів, що становлять 47,7% від укладених угод);
- збір, очищення та розподілення води (79 проектів, що становлять 32,5% від укладених угод);
- будівництво та/або експлуатація автострад, доріг, залізниць, злітно-посадкових смуг на аеродромах, мостів, шляхових естакад, тунелів і метрополітенів, морських і річкових портів та їх інфраструктури (17 проектів, що становлять 7% від укладених угод);
- виробництво, транспортування і постачання тепла (7 проектів, що становлять 3% від укладених угод);
- виробництво, розподілення та постачання електричної енергії (5 проектів, що становлять 2,1% від укладених угод);
- пошук і розвідка родовищ корисних копалин та їх видобування (3 проекти, що становлять 1,2% від укладених угод);
- управління нерухомістю (2 проекти, що становлять 0,8% від укладених угод);
- туризм, відпочинок, рекреація, культура та спорт (1 проект, що становить 0,4% від укладених угод);
- забезпечення функціонування зрошувальних та осушувальних систем (1 проект, що становить 0,4% від укладених угод);
- інші (12 проектів, що становлять 4,9% від укладених угод).

Водночас у сфері медицини, соціального захисту, надання послуг у сфері профілактики ВІЛ жодних проектів ДПП не було реалізовано.

1.2.1. Нормативно-правова база України з питань ДПП та інших форм залучення інвестицій від вітчизняних і приватних партнерів

Основними законами України, що регулюють відносини, пов'язані із залученням інвестицій від приватних підприємств до проектів, що реалізуються у сфері охорони здоров'я, зокрема у сфері надання профілактичних послуг, спрямованих на протидію ВІЛ/СНІДу в Україні, є такі:

1. Закон України «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки» від 20.10.2014 № 1708-VII, яким встановлюється система

³⁰ <http://www.me.gov.ua/Documents/Detail?lang=uk-UA&id=fc354c59-cb8f-4660-b7d5-1acdf35f0ab7&title=InformatsiiaSchodoStanuDziisnenniaDerzhavnoprivatnogoPartnerstva>

завдань та механізмів, спрямованих на зниження рівня захворюваності і смертності від ВІЛ/СНІДу, надання якісних і доступних послуг з профілактики та діагностики ВІЛ-інфекції, насамперед представникам груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, послуг з лікування, медичної допомоги, догляду і підтримки ЛЖВ у рамках реформування системи охорони здоров'я. Джерелами фінансування зазначеної програми визначені бюджетні кошти та кошти ГФСТМ. На поточний момент програмою не передбачено залучення коштів від приватних інвесторів на умовах ДПП.

2. Закон України «Про протидію поширенню захворювань, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» 12.12.1991 № 1972-XII, що визначає порядок правового регулювання діяльності у сфері профілактики, лікування, догляду і підтримки, необхідних для ефективної протидії поширенню захворювань, зумовлених вірусом імунодефіциту людини, та відповідні заходи правового і соціального захисту ЛЖВ;
3. Господарський кодекс України від 16 січня 2003 р. № 437-IV, що передбачає правові підстави для розробки спеціального законодавства стосовно концесій;
4. Закон України «Про інвестиційну діяльність» від 18 вересня 1991 р. № 1560-XII, яким визначено поняття і види інвестицій, порядок їх залучення, способи захисту та гарантії здійснення інвестиційної діяльності в Україні;
5. Закон України «Про концесії» від 16 липня 1999 р. № 997-XIV, що визначає всі основні механізми, процедури та засади впровадження концесії, регулювання концесійних відносин між концесіонером та концесієдавцем. Всі спеціальні закони про концесію приймаються на підставі цього закону та мають відповідати основним принципам, викладеним у ньому;
6. Засади ДПП визначені Законом України «Про державно-приватне партнерство» від 01 липня 2010 р. № 2404-VI і містить порядок взаємодії державних партнерів з приватними партнерами та основні принципи ДПП на договірній основі. Передбачені цим законом процедури дещо різняться від порядків і процедур, визначених концесійним законодавством.

До сфери ДПП також відносять нормативно-правові акти, які регулюють концесію, інвестиційну діяльність, спільну діяльність та інші договори.

Серед підзаконних актів, якими врегульовані практичні аспекти реалізації проектів ДПП та концесійних проектів, слід виокремити:

- Порядок проведення та налізу ефективності здійснення ДПП, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 11 квітня 2011 р. № 384;
- Методику проведення аналізу ефективності здійснення ДПП, затверджену Наказом Міністерства економічного розвитку і торгівлі України від 27 лютого 2012 р. № 255;

- Наказ Кабінету Міністрів України «Про реєстр концесійних договорів» від 18 січня 2000 р. № 72;
- Наказ Кабінету Міністрів України «Про затвердження Методики розрахунку концесійних платежів» від 12 квітня 2000 р. № 639;
- Наказ Кабінету Міністрів України «Про затвердження Положення про проведення концесійного конкурсу та укладення концесійних договорів на об'єкти права державної і комунальної власності, які надаються у концесію» від 12 квітня 2000 р. № 642;
- Наказ Кабінету Міністрів України «Про затвердження Типового концесійного договору» від 12 квітня 2000 р. № 643;
- Наказ Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку визначення об'єктів концесії, концесіонерам яких можуть надаватись пільги щодо концесійних платежів, дотації, компенсації, та умов їх надання» від 13 липня 2000 р. № 1114;
- Наказ Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку надання приватним партнером державному партнеру інформації про виконання договору, укладеного в рамках ДПП» від 09 лютого 2011 р. № 81;
- Наказ Кабінету Міністрів України «Про затвердження Методики виявлення ризиків, пов'язаних з державно-приватним партнерством, їх оцінки та визначення форми управління ними» від 16 лютого 2011 р. № 232;
- Наказ Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку надання державної підтримки здійсненню ДПП» від 17 березня 2011 р. № 279;
- Наказ Міністерства економічного розвитку і торгівлі України «Про затвердження форми подання пропозиції щодо здійснення ДПП» від 16 серпня 2011 р. № 40.

1.2.2. Правовий статус суб'єктів, що залучаються до реалізації проекту ДПП

Враховуючи специфіку проекту, можна виділити коло суб'єктів, які потенційно будуть залучатися до його реалізації:

- органи місцевого самоврядування;
- комунальні заклади охорони здоров'я;
- державні заклади охорони здоров'я;
- громадські організації та благодійні фонди;
- приватні інвестори;
- споживачі профілактичних послуг.

Правовий статус органів місцевого самоврядування. Роль та правовий статус органів місцевого самоврядування обумовлені їх компетенцією та повноваженнями відповідно до чинного законодавства України (зокрема статті 25 та 26 Закону України «Про місцеве самоврядування»). Закон про ДПП відводить органам місцевого самоврядування роль державного партнера у проектах ДПП. Зокрема, до компетенції сільських, селищних та міських рад належать повноваження, що можуть мати безпосереднє значення для реалізації місцевих проектів ДПП:

- затвердження договорів, укладених сільським, селищним, міським головою від імені ради з питань, віднесених виключно до її компетенції;
- прийняття рішень щодо здійснення місцевих запозичень;
- прийняття рішень щодо передачі коштів з відповідного місцевого бюджету;
- прийняття рішень з надання відповідно до чинного законодавства пільг за місцевими податками і зборами, а також земельним податком;
- вирішення відповідно до законодавства питань про створення підприємствами комунальної власності спільних підприємств, у тому числі з іноземними інвестиціями;
- вирішення відповідно до законодавства питань регулювання земельних відносин;
- вирішення відповідно до законодавства питань про надання дозволу на спеціальне використання природних ресурсів місцевого значення, а також про скасування такого дозволу;
- прийняття рішень про організацію територій і об'єктів природно-заповідного фонду місцевого значення та інших територій, що підлягають особливій охороні;
- надання відповідно до законодавства згоди на розміщення на території села, селища, міста нових об'єктів, у тому числі місць чи об'єктів для розміщення відходів, сфера екологічного впливу діяльності яких згідно з діючими нормативами, включає відповідну територію.

Правовий статус комунальних закладів охорони здоров'я. Зазначимо, що комунальні заклади охорони здоров'я є юридичними особами комунальної форми власності, заснованими на підставі рішення відповідної місцевої ради, які у своїй діяльності керуються положеннями статуту. Як правило, комунальні заклади охорони здоров'я наділені правом залучення інвестицій шляхом укладення договорів про спільну діяльність та інвестиційних договорів. Проте в ряді випадків реалізація зазначеного права обумовлена отриманням згоди від місцевої ради. Враховуючи положення статті 1 Закону про ДПП, комунальні заклади охорони здоров'я не можуть розглядатися як окрема сторона-партнер у проектах ДПП. Вони можуть виступати третьою стороною в договорі без окремих прав та повноважень (стаття 511 Цивільного кодексу України),

виступаючи балансоутримувачем окремих об'єктів комунальної власності, які залучаються до проектів, або на базі яких відбувається їх реалізація.

Правовий статус державних закладів охорони здоров'я визначено Законом України «Про управління об'єктами державної власності» та Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Державний заклад охорони здоров'я – установа, яка належить до системи охорони здоров'я і не має права власності на закріплене за нею майно, яким вона володіє, користується та розпоряджається в межах, визначених Цивільним кодексом України. Власник майна вирішує питання створення закладу, визначення предмету, цілей та завдань його діяльності, реорганізації або ліквідації, призначає головного лікаря (директора) закладу, здійснює контроль за його діяльністю та збереженням майна. Державні заклади охорони здоров'я фінансуються з відповідних бюджетів. Державна установа охорони здоров'я діє на підставі Статуту, затвердженого власником майна за участю трудового колективу. Керує державним закладом охорони здоров'я головний лікар (директор), який самостійно вирішує всі питання діяльності закладу.

Правовий статус громадських організацій. Відповідно до Закону України «Про громадські об'єднання», громадська організація – це громадське об'єднання, засновниками та членами (учасниками) якого є фізичні особи. Громадське об'єднання може здійснювати діяльність зі статусом юридичної особи або без нього. Громадське об'єднання зі статусом юридичної особи не є підприємницьким товариством і одержання прибутку не є його основною метою. Для цілей реалізації проектів на умовах державно-приватного партнерства потенційно можна розглядати участь громадських об'єднань зі статусом юридичної особи. Звернімо увагу на той факт, що громадські організації мають право засновувати підприємства, необхідні для виконання статутних цілей. Таким чином, їхня участь у проектах ДПП може бути розглянута не лише як безпосередня, а й як опосередкована – через створені ними підприємства.

Правовий статус приватного інвестора (приватного партнера проекту), його права та повноваження будуть залежати від виду фінансово-правової моделі реалізації проекту. Першоджерелом для визначення ефективного обсягу прав та повноважень слід вважати Закон України «Про інвестиційну діяльність» та Закон про ДПП.

Правовий статус споживачів послуг. Для цілей аналізу «споживачами послуг» є групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ (СІН, ЖСБ, ЧСЧ). Правовий статус споживачів послуг врегульовано Законом України «Про протидію поширенню захворювань, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ».

1.2.3. Поняття та ключові ознаки ДПП за чинним українським законодавством та їх співвідношення з істотними умовами (очікуваннями) проекту

Визначення ефективної фінансово-правової моделі насамперед пов'язано з її правовою кваліфікацією, зокрема вирішенням ключових питань – чи є вона, і за яких умов, проектом ДПП, чи може реалізуватися виключно шляхом державних закупівель послуг з профілактики ВІЛ.

Відповідно до статті 1 Закону про ДПП, співробітництво між державою, територіальними громадами в особі відповідних державних органів та органів місцевого самоврядування (державними партнерами) та юридичними особами, крім державних та комунальних підприємств, або фізичними особами-підприємцями (приватними партнерами), здійснюється на основі договору в порядку, встановленому цим Законом та іншими законодавчими актами.

До ключових та визначальних ознак ДПП можна віднести такі:

- забезпечення вищих техніко-економічних показників ефективності діяльності, аніж ті, що здійснюються державним партнером без залучення приватного партнера;
- довготривалість відносин (від 5 до 50 років);
- перередача приватному партнеру частини ризиків у процесі здійснення ДПП;
- внесення приватним партнером інвестицій в об'єкти партнерства із джерел, не заборонених законодавством;
- специфічні сфери реалізації проектів, перелік яких не обмежений;
- специфічні функції приватного партнера;
- конкурсний порядок визначення приватного партнера відповідно до Закону про ДПП або такого, що регулює відповідні відносини.

Державна закупівля – це придбання замовником товарів, робіт і послуг за державні кошти у порядку, встановленому цим законом (стаття 1 Закону України «Про здійснення державних закупівель»). До ключових та характерних ознак державних закупівель, відповідно до українського законодавства, можна віднести такі.

- Завжди здійснюється на підставі договору про закупівлю, який укладається між замовником і учасником за результатами процедури закупівлі та передбачає надання послуг, виконання робіт або набуття права власності на товари за державні кошти.
- Передбачає наявність у замовника-розпорядника державних коштів, на які здійснюється закупівля в порядку, визначеному законодавством.
- Передбачається використання виключно державних коштів, до яких зокрема належать кошти місцевих бюджетів, кошти, які надаються

замовникам під гарантії органів місцевого самоврядування за кредитами, позиками, які надаються іноземними державами, банками, міжнародними фінансовими організаціями або на умовах співфінансування разом з іноземними державами, банками, міжнародними фінансовими організаціями.

- Не передбачає співробітництва виконавця послуг та замовника.
- Не передбачає інвестицій з боку виконавця послуг.
- Не передбачає делегування виконавцю ризиків від реалізації проекту.
- Передбачає спеціальну процедуру здійснення державної закупівлі.
- Може бути елементом ДПП.
- Не передбачає довгострокових відносин.
- Предмет державних закупівель обмежується товарами, послугами та роботами і не розповсюджується на специфічні форми співробітництва між приватним та державним суб'єктами, як, наприклад, договори спільної діяльності, договори управління, які, відповідно до Цивільного кодексу України, не є поставкою послуг, товарів чи виконанням робіт.

В результаті порівняння характерних ознак ДПП та державних закупівель можна дійти таких висновків.

- ДПП передбачає довгострокове співробітництво приватного та державного (комунального) суб'єктів. Якщо строк проекту буде меншим за 5 років, будуть відсутні правові підстави для його комплексного впровадження на умовах ДПП.
- Реалізація проекту ДПП пов'язана з передачею приватному партнеру частини ризиків.
- Реалізація проекту ДПП потенційно передбачатиме внесення приватним партнером інвестицій, зокрема шляхом фінансування (авансування) послуг третіх осіб, які будуть здійснювати обслуговування цільових об'єктів. Відповідно до статті 1 Закону України «Про інвестиційну діяльність», інвестиціями є всі види майнових та інтелектуальних цінностей, що вкладаються в об'єкти інвестиційної діяльності, в результаті якої досягається соціальний ефект.
- Проект має на меті забезпечення вищих показників ефективності діяльності у порівнянні з ситуацією, коли профілактичні послуги можуть закуповуватись за бюджетні кошти у різних виконавців (соціальне замовлення).
- ДПП із застосуванням договору управління передбачає делегування управителю ризиків, що виникатимуть у процесі залучення виконавців послуг. Якби застосовувалася процедура державних закупівель послуг, то ризики невиконання чи неякісного виконання послуг з боку виконавців послуг були би ризиками замовника (комунального суб'єкта).

- За результатами аналізу чинного законодавства очевидно, що ДПП надає більш широкі можливості для приватного суб'єкта, в рамках яких його функції включатимуть, окрім надання профілактичних послуг, також і менеджмент процесу надання послуги.

1.2.4. Роль партнерів у проекті ДПП

Застосування фінансово-правової моделі ДПП передбачає участь певного складу суб'єктів – державного і приватного партнерів.

Державний партнер – держава Україна або територіальні громади в особі відповідних державних органів та органів місцевого самоврядування. Державним партнером не є державні та/або комунальні підприємства (стаття 1 Закону про ДПП). Підгрунтя для визначення правового статусу державного партнера, яким фактично є й комунальний партнер, – стаття 19 Конституції України, відповідно до норм якої органи державної влади та місцевого самоврядування, їх посадові особи зобов'язані діяти лише на підставі, в межах повноважень та у спосіб, що передбачені Конституцією та законами України. Для цілей проекту в якості державного партнера нами будуть розглянуті органи місцевого самоврядування.

Приватний партнер – юридична особа або фізична особа-підприємець, або сукупність юридичних осіб приватної форми власності. Межі правової компетенції приватного партнера обумовлені істотними умовами договору, укладеного з державним партнером.

Враховуючи норми чинного законодавства, участь інших осіб, зокрема, міжнародних НУО та громадських організацій як окремих учасників проекту ДПП прямо не передбачена, але й не виключається. В разі, якщо громадські організації мають статус юридичної особи, вони формально відповідатимуть ключовому критерію визначення приватного партнера – юридична особа приватного права. Але теоретична законодавча можливість участі громадських організацій у проекті ДПП повинна узгоджуватися з функціями та зобов'язаннями, що будуть покладатися на приватного партнера. Це — зобов'язання з фінансування та здійснення інвестицій у проект, притаманні суб'єктам господарювання. Але виникає логічний сумнів щодо спроможності громадських неприбуткових організацій у забезпеченні фінансової стійкості проекту. Однак, враховуючи відсутність прямої заборони участі вказаних організацій, фактична можливість цього в конкретному проекті буде визначатися результатами конкурсу.

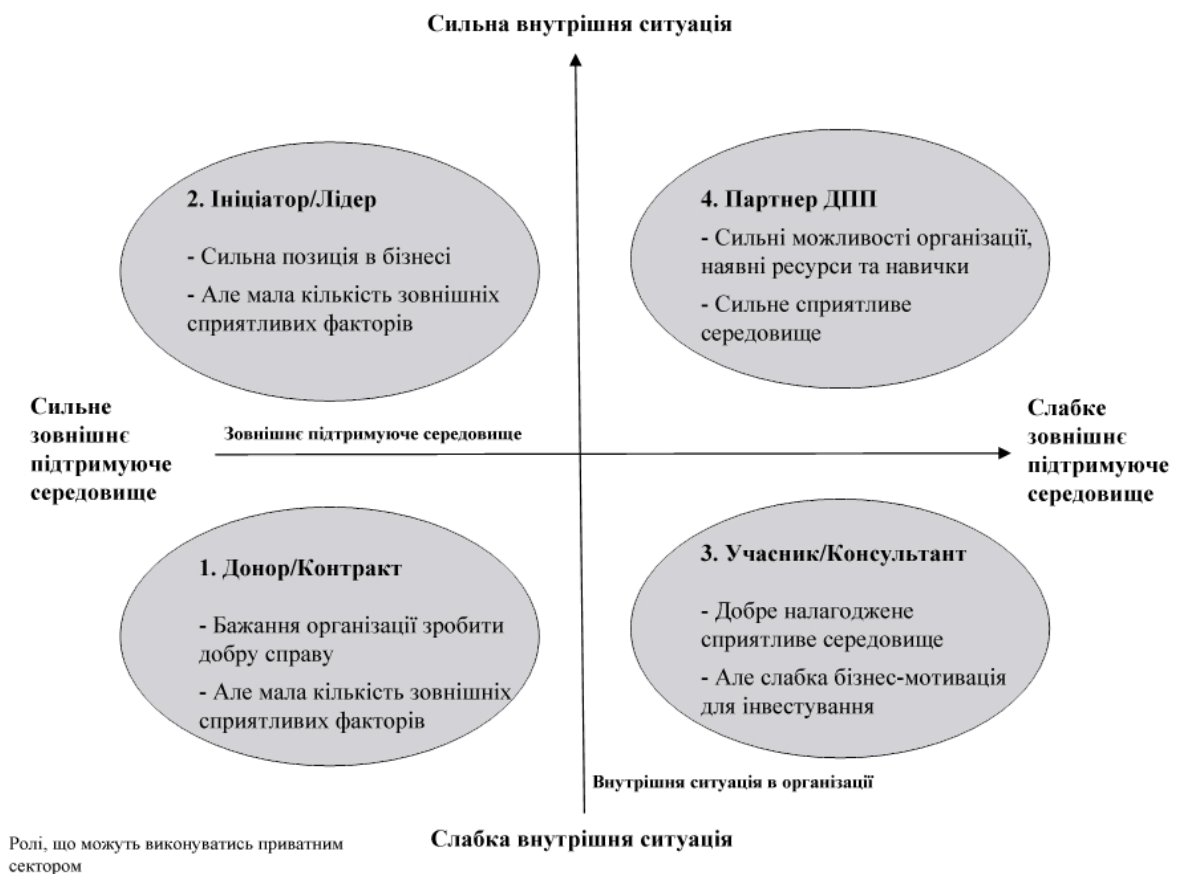
Спеціальні положення щодо статусу приватного партнера-концесіонера містить Закон України «Про концесії» (стаття 1), відповідно до якого ним може бути суб'єкт підприємницької діяльності, що виключає участь громадських неприбуткових організацій як сторони ДПП у формі концесії.

Приватний партнер, яким, як правило, є суб'єкт господарювання, не обмежений у рефінансуванні вкладених інвестицій, у виборі та залученні інших осіб до проекту, зокрема шляхом укладення договорів про співробітництво, про надання донорської допомоги тощо.

Оптимальною організаційно-правовою формою приватного партнера, яка б відповідала меті проекту та законодавчим засадам щодо ДПП, є консорціум. Це пояснюється тим, що консорціум може об'єднати різних юридичних осіб для досягнення мети проекту, щоб максимально сконцентрувати фінансові, інтелектуальні, управлінські та інші ресурси, сукупність яких є необхідною для його реалізації. Відповідно до статті 121 Господарського кодексу України, консорціум – це тимчасове статутне об'єднання підприємств для досягнення його учасниками певної спільної господарської мети (реалізація цільових програм, науково-технічних, будівельних проектів тощо). Консорціум використовує кошти, якими його наділяють учасники, централізовані ресурси, виділені на фінансування відповідної програми, а також кошти, що надходять з інших джерел у порядку, визначеному його статутом. У разі досягнення мети консорціуму припиняє свою діяльність.

Роль, яку буде відігравати залучений до проекту інвестор, та обсяг його повноважень буде залежати від зовнішніх та внутрішніх факторів, що впливатимуть на проект. Однак залучений інвестор зможе набути правового статусу приватного партнера в ДПП за певних умов.

Залежно від комбінації вказаних факторів роль приватного інвестора може зводитися до: ініціатора (лідера проекту), рівноправного партнерові, консультантові, виконавцеві.



На схемі наводиться концептуальна матриця параметрів, що впливають на роль інвестора при реалізації проекту ДПП. Дана концептуальна модель була розроблена у допомогу приватним учасникам

процеса ДПП для кращого розуміння ролей, які можуть виникати при реалізації ДПП приватною компанією в залежності від її внутрішньої ситуації та зовнішнього оточення, в якому розвивається проект. В результаті сукупності різних факторів, виділяється чотири основні ролі (див.схему)³¹. Схема використовується державними структурами, що приймають рішення, визначаючи потенціальну успішність партнерства з приватним інвестором.

З огляду на схему, можна дійти висновку, що тільки в одному із чотирьох випадків інвестор стане партнером у проекті ДПП (випадок 4) за наявності сильного внутрішнього та зовнішнього підтримуючого середовища.

1.2.5. Сфери застосування ДПП та базові форми партнерської співпраці державних структур і бізнесу

Чинним законодавством України визначено вичерпний перелік сфер застосування ДПП, серед яких – сфера охорони здоров'я. Водночас законодавство наділяє орган місцевого самоврядування правом розширяти перелік сфер застосування ДПП, прийнявши відповідне рішення. Таким чином, відсутність чіткого та однозначного віднесення сфери проекту до сфер, в яких допустиме використання ДПП, не є перешкодою для реалізації проекту на умовах ДПП.

Види та форми ДПП визначаються ст. 5 Закону про ДПП, який закріплює невиключний перелік договорів, що можуть укладатися в рамках реалізації ДПП. До сфери ДПП слід віднести концесію, спільну діяльність, інвестиційні договори, договори управління та інші договірні інструменти.

Найбільш поширеним є застосування інструментів ДПП в інфраструктурних проектах, які переважно реалізуються у формі концесії. Однією з проблем, які виникають вже на етапі визначення оптимальної форми співпраці та її правового регулювання, є співвідношення загального механізму ДПП та інших інструментів у сфері ДПП, у тому числі в частині їх правового регулювання. Виходячи з поточного стану законодавства у цій сфері, найбільш прийнятним є підхід, за якого ДПП застосовується, якщо не визначено інструмент, використання якого передбачено спеціальним законодавством (наприклад, концесія).

Конкретна форма реалізації ДПП визначається органом, який проводить аналіз ефективності проекту ДПП, і після погодження висновку з Міністерством економічного розвитку та торгівлі приймає рішення про реалізацію проекту із застосуванням ДПП.

³¹ http://www.pharmaccess.org/FileLib/PPP_brochure.pdf

Засади проведення конкурсу з відбору приватного партнера для здійснення ДПП

Визначення приватного партнера на конкурсних засадах, крім випадків, встановлених законом, є принципом ДПП, передбаченим ст. 3 Закону про ДПП. Основними принципами конкурсного відбору є такі:

- прозорість,
- об'єктивність,
- відсутність дискримінації.

Закон про ДПП визначає загальні положення про проведення конкурсу для відбору приватного партнера. Місцеві ради повноважні приймати рішення про здійснення ДПП, проведення конкурсу з визначення приватного партнера та затвердження результатів, визначених стосовно об'єктів комунальної власності (ч. 2 ст. 13 Закону про ДПП). Рішення про проведення конкурсу приймається після аналізу ефективності проекту.

Важливо повною мірою визначити умови партнерства вже на етапі конкурсу з пошуку приватного партнера. Учасники повинні мати повне уявлення про умови договірних відносин з реалізації проекту, визначені конкурсною документацією. Перегляд умов у ході подальших переговорів може розглядатися як укладення договору поза конкурсом. Як наслідок такого підходу, на державного партнера, який готує конкурсну документацію, покладається значний обсяг відповідальної роботи з фактично повного структурування договірних відносин за проектом до проведення конкурсу.

Механізм ДПП також передбачає можливість розроблення пропозиції за проектом приватним партнером. Однак законодавство не передбачає жодних компенсацій за розробку проекту в разі програшу в конкурсі.

Прикладом відсутності згоди в реалізації проекту може бути проект з модернізації Міжнародного аеропорту «Львів». Переможець конкурсу висунув додаткові вимоги, не передбачені умовами: забезпечення урядових гарантій захисту інвестицій, надання права самостійно формувати тарифи, а також звільнення від деяких податків, внаслідок чого модернізація відбувалась за рахунок державних коштів.

Таким чином, на органи державної влади, які розробляють та затверджують конкурсну документацію, покладається значна відповідальність у питаннях привабливості та ефективності проекту:

– запровадити можливість довгострокових бюджетних повноважень державного партнера в рамках проектів ДПП³²; надати поняття боргу в рамках ДПП, умовного державного та умовного місцевого боргів;

³² Відповідні зміни були внесені до Бюджетного кодексу Законом України № 328-VII від 9 квітня 2015 р., зокрема, передбачено визначення довгострокових бюджетних зобов'язань, право відповідних розпорядників бюджетних коштів брати довгострокові зобов'язання за договорами енергосервісу.

– запровадити процедуру step-in, що передбачає порядок зміни приватного партнера і застосовується у багатьох країнах світу, якщо приватний партнер не виконує свої зобов'язання за договором про ДПП.

1.2.6. Джерела фінансування ДПП

Відповідно до ст. 9 Закону про ДПП, його фінансування може здійснюватися за рахунок:

- фінансових ресурсів приватного партнера;
- фінансових ресурсів, запозичених в установленому порядку;
- коштів державного та місцевих бюджетів;
- інших джерел, не заборонених законодавством, зокрема коштів ГФСТМ, або тих, що виділяються міжнародними НУО, тощо.

Фінансова модель визначається на етапі підготовки техніко-економічного обґрунтування (далі – ТЕО) для аналізу ефективності проекту ДПП.

Інформація про форми фінансової участі державного та приватного партнерів є складовою конкурсної документації. Враховуючи обмеженість місцевого бюджету, на практиці є зазвичай оптимальним фінансування за запозичені кошти. Відповідно до ст. 9 Закону про ДПП, фінансування ДПП може здійснюватися за рахунок:

- фінансових ресурсів приватного партнера;
- фінансових ресурсів, запозичених в установленому порядку;
- коштів державного та місцевих бюджетів;
- інших джерел, не заборонених законодавством.

Фінансова модель визначається на етапі підготовки ТЕО для аналізу ефективності проекту ДПП.

1.2.7. Державна підтримка ДПП. Аналіз ефективності та управління ризиками

Програма розвитку інвестиційної та інноваційної діяльності в Україні, затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 01 лютого 2011 р. № 389 передбачає застосування ДПП як один і можливих механізмів реалізації проектів інвестиційної та інноваційної діяльності та державну підтримку реалізації інвестиційних та інноваційних проектів у формі:

- державних гарантій для забезпечення повного або часткового виконання боргових зобов'язань за запозиченнями суб'єктів господарювання державного сектору економіки;

- прямого бюджетного фінансування та співфінансування;
- відшкодування відсоткових ставок за кредитами, отриманими суб'єктами господарювання у комерційних банках;
- часткової компенсації вартості виробництва продукції;
- кредитів за рахунок державного бюджету;
- субвенцій із державного бюджету місцевим бюджетам;
- кредитів (позик) і грантів міжнародних фінансових організацій, залучених державою або під державні гарантії;
- податкових, митних та валютних преференцій.

Надання державних гарантій та державного фінансування обумовлюється процедурами, передбаченими Бюджетним кодексом України та бюджетом на відповідний рік. Чинне законодавство не передбачає механізмів вирішення ситуації, якщо бюджет на відповідний рік не передбачає необхідних видатків.

Можливості надання державних гарантій під конкретний проект доцільно визначати в конкурсній документації в процесі відбору приватного партнера.

Відповідно до ст. 11 Закону про ДПП виконавчим органом місцевого самоврядування, уповноваженим відповідною сільською, селищною, міською, районною чи обласною радою, проводиться аналіз ефективності здійснення ДПП, пов'язаних з його реалізацією, та виявлення можливих ризиків щодо об'єктів комунальної власності.

Аналізуючи ефективність здійснення ДПП, необхідно керуватися Порядком проведення аналізу ефективності здійснення ДПП, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 11 квітня 2011 р. № 384, та Методикою проведення аналізу ефективності здійснення ДПП, затвердженою Наказом Міністерства економічного розвитку і торгівлі України від 27 лютого 2012 р. № 255.

1.2.8. Юридичний аналіз сценаріїв реалізації проекту, їх правове обґрунтування

Проекти ДПП можуть бути реалізовані на підставі договорів у різних правових формах відповідно до статті 5 Закону про ДПП. Чинне законодавство не встановлює вичерпний перелік договірних форм співробітництва приватного та державного партнерів. Припускається можливість окремого правового регулювання тих чи інших форм ДПП іншими законами (наприклад, концесії, інвестиційна діяльність тощо).

Серед потенційно можливих форм співробітництва органу місцевого самоврядування як державного партнера та приватного партнера можна виділити спільну діяльність, концесію, управління проектом.

Фінансово-правова модель спільної діяльності передбачає об'єднання дій та вкладів партнерів з метою одержання прибутку або

досягнення іншої мети без створення юридичної особи на підставі договору простого товариства (статті 1130, 1132 Цивільного кодексу України). Спільна діяльність передбачає формування спільного майна партнерів на окремому балансі з окремим банківським рахунком та веденням спільних справ партнерів.

Для спільної діяльності характерна солідарна відповідальність партнерів (стаття 1038 Цивільного кодексу України), що є неприпустимим для державного партнера. Якщо договір простого товариства не пов'язаний зі здійсненням його учасниками підприємницької діяльності, кожен відповідає за спільними договірними зобов'язаннями усім своїм майном пропорційно вартості внеску у спільне майно. За спільними зобов'язаннями, що виникли не з договору, учасники відповідають солідарно. Тобто в разі фінансової неспроможності приватного партнера за його зобов'язаннями, прийнятими перед третіми особами і не виконаними належним чином, відповідатиме державний партнер.

Для аналізованого проекту та його суб'єктного складу, фінансово-правова модель спільної діяльності не є практично можливою, оскільки:

- орган місцевого самоврядування за своїм правовим статусом не може бути стороною договору про спільну діяльність;
- у партнерів відсутня спільна мета (для органу місцевого самоврядування це – соціальна мета – вирішення проблеми своєчасного та якісного надання профілактичних послуг), а мета приватного партнера – отримання прибутку (комерційна мета);
- сутність правовідносин у реалізації проекту не передбачає об'єднання вкладів партнерів;
- відповідальність партнерів є солідарною;
- законодавчо визначено право партнера на відмову від подальшої участі у договорі простого товариства або розірвання договору на вимогу одного з учасників (статті 1141, 1142 Цивільного кодексу України).

Формат спільної діяльності більш актуальний для проектів, спрямованих на залучення ресурсів державного та приватного партнерів з метою виробництва та розподілу/продажу результатів такого співробітництва, наприклад, пошук, розвідка родовищ корисних копалин та їх видобування, виробництво, транспортування і постачання тепла та розподіл і постачання природного газу, і не є оптимальним для аналізованого проекту, враховуючи вищенаведені особливості моделі.

Фінансово-правова модель концесії з метою задоволення громадських потреб уповноваженим органом виконавчої влади чи органом місцевого самоврядування на підставі концесійного договору на платній та строковій основі передбачає надання юридичній або фізичній особі (суб'єкту підприємницької діяльності) права на управління (експлуатацію) об'єкта концесії (строкове платне володіння), за умови взяття суб'єктом підприємницької діяльності (концесіонером) на себе зобов'язань про створення (будівництво) та (або) управління

(експлуатацію) об'єктом концесії, майнової відповідальності та можливого підприємницького ризику (стаття 1 Закону України «Про концесії»).

Приватний партнер в концесійних проектах набуває статусу концесіонера. Ним може бути суб'єкт підприємницької діяльності, який на підставі договору отримав концесію. На стороні концесіонера можуть виступати декілька осіб. Враховуючи статус концесіонера як суб'єкта підприємницької діяльності, можна дійти висновку, що громадські неприбуткові організації не можуть бути концесіонерами.

Надання медичних та деяких соціальних послуг є сферою застосування концесій відповідно до статті 3 Закону України «Про концесії». Виключно на пленарних засіданнях відповідні місцеві ради можуть прийняти рішення про додатковий перелік сфер господарської діяльності, в яких об'єкти права комунальної власності можуть надаватися у концесію.

Виходячи з правових передумов концесії, зазначимо, що концесія передбачає надання права на управління об'єктом концесії в цілому, а не на часткове надання послуг. Отже цілком очевидно є необхідність передачі комунального об'єкта у тимчасове платне володіння приватного партнера для надання відповідних послуг. Незважаючи на те, що концесія може надаватися на окремі види підприємницької діяльності у сферах господарської діяльності, визначених Законом України «Про концесії», в Україні відсутній досвід імплементації таких концесій. Практика концесійних правовідносин в Україні засвідчує недостатність норм закону України «Про концесію» для застосування цієї моделі у визначених сферах. Є необхідним спеціальний закон, що регламентував би характерні та актуальні для певної сфери особливості впровадження моделі. Потреба у прийнятті такого закону обумовлена тим, що: (а) потрібні спеціальні гарантії та механізми контролю і реагування задля забезпечення стабільного та безперебійного надання профілактичних послуг приватним партнером, які не передбачені чинним законодавством; (б) спеціальні вимоги до приватного партнера, які б відображали його можливості реалізувати проект; (в) механізм заміни приватного партнера в разі порушення умов надання профілактичних послуг; (г) загалом концесія передбачає здійснення концесіонером оплати концесійних платежів, що не узгоджується з форматом аналізованого проекту і повинно мати відповідне спеціальне регулювання, яке б дозволяло звільнити приватного партнера від сплати концесійних платежів. Саме тому всі чинні концесійні проекти – це проекти, що реалізуються у сферах, які ґрунтуються на спеціальному законодавстві. Це, наприклад, Закони України «Про особливості передачі в оренду чи концесію об'єктів у сферах теплопостачання, водопостачання та водовідведення, що перебувають у комунальній власності», «Про концесії на будівництво та експлуатацію автомобільних доріг», «Про особливості оренди чи концесії об'єктів паливно-енергетичного комплексу, що перебувають у державній власності».

Для реалізації моделі концесії в контексті надання профілактичних послуг з ВІЛ потрібно забезпечити прийняття відповідною міською радою Порядку проведення концесійних конкурсів на передачу в концесію об'єктів комунальної власності чи права на експлуатацію об'єктів комунальної власності (стаття 6 закону України «Про концесії»).

Переваги варіанта

На відміну від загальних засад, визначених Законом про ДПП, концесійне законодавство допускає існування концесій у сфері надання послуг, де об'єктом концесійної діяльності виступатиме право на надання послуг, здійснення діяльності, яка є правом державних/комунальних суб'єктів (наприклад, послуга ДКТ центрів СНІД) і делегується приватному партнеру. За Законом про ДПП проект передбачає наявність об'єктів ДПП, що перебувають у державній або комунальній власності, до яких належать існуючі, зокрема, відтворювані (шляхом реконструкції, модернізації, технічного переоснащення) об'єкти; створювані чи придбані об'єкти (стаття 7 Закону про ДПП). Тобто, договір передбачає залучення об'єктів державної/комунальної власності для проектування; фінансування; будівництва; відновлення; експлуатації; обслуговування, та інших, пов'язаних з виконанням договорів ДПП функції (стаття 4 Закону про ДПП).

Недоліки варіанта

Ключовим недоліком зазначеного варіанта можна визначити наявність концесійних платежів як обов'язкової умови залучення приватного партнера (концесіонера); законодавча зарегульованість механізму, що не відповідає специфічним завданням проекту; обмежене коло суб'єктів, що можуть виступити концесіонерами.

Фінансово-правова модель управління проектом базується на договорі управління, що має враховувати структуру взаємовідносин управителя та балансоутримувача цільових об'єктів при наданні профілактичних послуг. Істотні умови та порядок укладення договорів управління регламентується Главою 70 Цивільного кодексу України.

З урахуванням цих умов співробітництво приватного партнера та органу місцевого самоврядування базується на частковому делегуванні органом місцевого самоврядування на користь приватного партнера функцій, відповідальності та ризиків, пов'язаних із забезпеченням управління та експлуатації відповідних закладів охорони здоров'я, або навіть їх модернізацію, добудову з покладанням на приватного партнера зобов'язань з надання профілактичних послуг в обсязі, в строки та порядку, встановлених договором. У свою чергу, приватний партнер забезпечує належну реалізацію делегованих йому функцій і має на меті забезпечити відшкодування здійснених інвестицій та отримання прибутку завдяки праву на надання приватних медичних послуг на базі отриманого в управління об'єкта, а також шляхом набуття у власність окремих новозбудованих об'єктів відповідно до конкурсної документації та укладеного договору (опція буде доступна за умови набрання чинності законопроекту № 1052).

Переваги варіанта

- Відсутність жорсткої, деталізованої законодавчої регламентації договору управління, що створює сприятливі умови для гнучкого застосування моделі.

- Модель є оптимальною для вирішення комплексних задач у сфері охорони здоров'я на базі деяких закладів охорони здоров'я з окремою складовою проекту – наданням профілактичних послуг у сфері ВІЛ/СНІДу. Це обумовлене тим, що проекти ДПП передбачають залучення об'єктів державної/комунальної власності.
- Впровадження моделі дозволить поєднати джерела фінансування, визначені Програмою, з інвестиціями приватного партнера.

Недоліки варіанта

- Відсутність податкових преференцій для приватних партнерів, що залучатимуться до участі у проекті.
- Відсутність практики застосування цієї моделі в Україні.
- Конкурсне залучення приватного партнера не звільняє сторони від необхідності залучати до проекту бюджетні кошти шляхом проведення державних закупівель.

Відповідно до частини 2 статті 19 Конституції України органи державної влади та місцевого самоврядування зобов'язані діяти лише на підставі, в межах повноважень та у спосіб, що передбачені Конституцією та законами України. Отже фінансова модель управління проектом є формою ДПП, що найбільш враховує його специфічні аспекти як проекту.

Реалізація проекту із залученням приватних партнерів на умовах ДПП на пілотних засадах буде допоміжним заходом і не стане альтернативою впровадженню фінансової моделі, що визначена програмою, зокрема, бюджетному фінансуванню проекту. Впровадження моделі ДПП покликано забезпечити насамперед більш ефективне та економне використання бюджетних коштів з орієнтацією на результат, що має бути досягнутий під час реалізації проекту.

1.2.9. Управління ризиками проекту

Аналіз проекту ДПП, виявлення та оцінка його ризиків потребує використання Методики виявлення ризиків, пов'язаних з державно-приватним партнерством, їх оцінки та визначення форми управління ними, що затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 16 лютого 2011 р. № 232 (таблиця 2.8.1).

Таблиця 2.8.1

Юридичний аналіз ризиків за видами

РИЗИКИ, ПОВ'ЯЗАНІ З ВПЛИВОМ ЗОВНІШНІХ ОБСТАВИН, ЩО НЕ ЗАЛЕЖАТЬ ВІД ВОЛІ ПАРТНЕРІВ	
Ризики виникнення форс-мажорних обставин	Ризики виникнення обставин, що не залежать від сторін угоди ДПП
Ризики випадкового знищення майна або його частини, що використовується для виконання умов договору	Економіко-правові наслідки втрати матеріального блага, належного власнику, за відсутності його вини чи вини інших осіб
Ризики істотної зміни економічної ситуації, що	Ризик, пов'язаний з відмовою інвестора

унеможлиблює виконання умов договору	від реалізації проекту через економічні умови, інші суб'єктивні фактори, що унеможливають виконання умов договору
ПОЛІТИЧНІ РИЗИКИ	
Ризики реквізиції, конфіскація чи інший спосіб примусового відчуження майна, необхідного для виконання умов договору, яке партнер створює або набуває в установленому порядку і яке належить йому на правах власності	Ризик понесення значних фінансових та/або матеріальних втрат
Ризики внесення змін до податкового законодавства	Ризики зниження обсягів чистого прибутку під час експлуатації об'єкта і різке скорочення відповідної інвестиційної і виробничої діяльності
Ризики застосування стандартів, якими встановлюються підвищені вимоги до товарів, що виготовляються, робіт, які виконуються, або послуг, що надаються приватним партнером для виконання умов договору	Ризики понесення додаткових фінансових втрат або втрати конкурентоспроможності
Ризики відмови у видачі органами місцевого самоврядування дозвільних документів, необхідних для виконання умов договору	Ризики, пов'язані з отриманням дозволів, безпосередньо впливають на впровадження проекту
Ризики неприйняття органом місцевого самоврядування рішення, необхідного для виникнення у приватного партнера права користуватися земельною ділянкою, яка необхідна для виконання умов договору	Відсутні
Ризики відмови державного партнера від виконання умов договору у зв'язку зі зміною пріоритетів партнерства	Фінансові втрати понесені приватним партнером
Ризик неприйняття органом місцевого самоврядування рішення щодо затвердження цін (тарифів) на послуги, які надаються приватним партнером у ході виконання умов договору	Відсутні
РИЗИКИ, ПОВ'ЯЗАНІ З НЕВИКОНАННЯМ ПАРТНЕРАМИ УМОВ ДОГОВОРУ	
Ризики несвоєчасного або не в повному обсязі здійснення інвестицій та платежів	Ризик пов'язаний з тим, що поточна операційна діяльність не дозволяє отримувати грошовий потік, достатній для ведення бізнесу і обслуговування боргу
Ризики надання послуг в обсязі, що менший за передбачений договором	Ризик недоотримання споживачами належного обсягу та якості послуг, загроза недоотримання запланованих інвестицій
Ризики недодержання строків і порядку виконання робіт (надання послуг)	Ризик недоотримання споживачами належного обсягу і якості послуг, загроза недоотримання запланованих інвестицій
КОМЕРЦІЙНІ РИЗИКИ	
Ризики неотримання прибутку (доходів) від провадження підприємницької діяльності в рамках договору, зокрема через зміну ринкової ціни або зменшення попиту на послуги, що надаються згідно з договором	Ризик пов'язаний з тим, що поточна операційна діяльність не дозволяє отримувати грошовий потік, достатній для ведення бізнесу і обслуговуванню боргу
Ризики залучення інвестицій в обсязі,	Ризики недоотримання прибутку через

недостатньому для виконання умов договору	зниження обсягу реалізації медичних послуг
Ризики здійснення непередбачуваних витрат, необхідних для виконання умов договору	Можливості неточного тлумачення положень угоди ДПП або порушення державним партнером чинного законодавства
Ризики неефективного управління з боку приватного партнера майном, наданим державним партнером для виконання умов договору, або процесами, що виникають у ході їх виконання, зокрема ризиками, пов'язаними з неможливістю введення в експлуатацію предмета договору та його невідповідністю критеріям, узгодженим партнерами	Якість і доступ до медичних послуг для населення знижена
Ризики структурування проекту ДПП запропонованими формами	Ризик визнання умов договору такими, що не відповідають вимогам законодавства України
Ризики зміни умов договору одним партнером без погодження з іншим	Ризики виникнення додаткових фінансових зобов'язань в однієї зі сторін
Ризики розірвання договору в односторонньому порядку	Ризики фінансових втрат обох сторін (недоотримані інвестиції/ризик втрати інвестованих ресурсів)
ФІНАНСОВІ РИЗИКИ	
Ризики зміни курсу валюти, яка використовується для проведення розрахунків за договором	Небезпека валютних втрат, пов'язаних зі зміною курсу однієї іноземної валюти відносно іншої, при проведенні зовнішньоекономічних, кредитних та інших валютних операцій
Ризики підвищення процентних ставок за кредитами, наданими в рамках партнерства	Ризик, пов'язаний зі зростанням відсоткових ринкових ставок
ЕКОЛОГІЧНІ РИЗИКИ	
Ризики заподіяння шкоди здоров'ю людей та навколишньому природному середовищу	Можливість неконтрольованих ситуацій внаслідок впровадження проекту ДПП, що завдадуть шкоди навколишньому природному середовищу
Ризики техногенних аварій	Ризики шкоди навколишньому природному середовищу
Ризики проектування та підготовчих робіт	Ризики проектування і підготовчих робіт тісно пов'язані з технологією, що буде застосовуватись, і масштабами проекту. Банківське кредитування є доволі проблематичним при використанні неперевіраних технологій
Ризики будівництва/реконструкції	Основна проблема цього виду ризиків є можливість реалізувати проект вчасно в рамках, встановлених бюджетом, технічними характеристиками і проектними критеріями
РИЗИКИ НА СТАДІЇ ОПЕРАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ	
Ризик операцій та обслуговування	Ризик пов'язаний з тим, що поточна операційна діяльність не дозволяє отримувати грошовий потік, достатній для ведення бізнесу і обслуговуванню боргу

Розподіл індикативних ризиків серед партнерів

Ризики приватного партнера:

- несвоєчасне або не в повному обсязі здійснення бюджетних платежів у зв'язку із затримкою прийняття та затвердження місцевого бюджету на рік реалізації проекту, що поза зоною контролю та управління приватного партнера (єдиним попереджувальним заходом могла би стати муніципальна гарантія реалізації проекту);
- призупинення реалізації програми на підставі відповідного рішення місцевої ради, що є політичним ризиком і знаходиться поза зоною контролю та управління приватного партнера (способом реагування є судовий захист прав та відшкодування збитків);
- винесення пр.рором протесту на рішення міської ради у зв'язку з тим, що воно суперечить інтересам територіальної громади міста є малоімовірним, однак так само знаходиться поза зоною контролю та управління приватного партнера (способом реагування є судовий захист прав та відшкодування збитків);
- розірвання договору державним партнером в односторонньому порядку, що є контрольованим і попередженим на стадії укладення договору, адже чинне законодавство за загальним правилом не допускає одностороннього припинення дії договорів, окрім випадків, коли це прямо визначено договором чи законом (допустиме передбачення в договорі санкції та відшкодування збитків, спричинених приватному партнеру).

Ризики державного партнера:

- надання приватним партнером меших за обсягом або неналежної якості послуг (попередить ризик визначення в договорі правових наслідків надання приватним партнером неякісних послуг, зокрема, впровадження штрафних санкцій чи підстав для дострокового припинення договору і заміни управителя);
- недодержання приватним партнером строків і порядку виконання робіт (надання послуг), що можна попередити шляхом визначення в договорі правових наслідків надання приватним партнером неякісних послуг, зокрема, впровадження штрафних санкцій чи підстав для дострокового припинення договору і заміни управителя;
- неефективне управління з боку приватного партнера процесами, що виникають у ході виконання договору (запобігти можливо шляхом визначення в договорі правових наслідків надання приватним партнером неякісних послуг, зокрема, впровадження штрафних санкцій чи підстав для дострокового припинення договору і заміни управителя).

Висновки до розділу 1

- *Модель ДПП* виглядає привабливою формою фінансового партнерства між державою та приватними інвесторами та має багато прикладів успішного застосування у світі. Водночас, ряд міжнародних публікацій свідчать про перешкоди моделі ДПП, які виникають в окремих сферах та країнах, де стосунки між державою та бізнесом не є остаточно сформованими і де бізнес не бачить вигоди у співпраці з державою ані в галузі охорони здоров'я, ані в галузі профілактики ВІЛ, тому бізнес-партнер навряд чи виступить ініціатором партнерства. Держава має створити механізми для такого партнерства та показати бізнесу його важливість та суспільну вигоду від нього.
- Існуюча в Україні *законодавча база з питань ДПП* та практики її використання в ряді галузей економіки (водопостачання та ін.), можуть бути поширені на реалізацію проектів у сфері надання профілактичних послуг з ВІЛ/СНІДу. Водночас існує обмеження в привабливості моделі ДПП для залучення приватних коштів у фінансування профілактики через відсутність: нормативно-правової бази та досвіду в розподілі відповідальності та ризиків у сфері медичних послуг між державними та приватними партнерами, кваліфікованого державного персоналу в галузі охорони здоров'я для ведення проектної та фінансової діяльності, а також нормативно затвердженого пакету комплексних послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу.
- З огляду на необхідність вироблення практичних моделей застосування ДПП для надання медичних послуг, українським законодавством чітко не закріплені *поняття «послуга»* та «обрахування (костинг) медичної послуги». Також у нормативно-правових актах відсутнє визначення пакету базових послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу, які мають надаватись, що унеможливорює розрахунок вартості послуги і робить цю сферу непривабливою для приватних інвесторів. З метою залучення приватних інвестицій подальші зусилля доцільно спрямувати на стандартизацію послуг, особливо у сфері аутріч-, або «польових» послуг, які наразі надаються НУО, розробивши для цього протоколи переадресації та інші необхідні регламенти.
- В Україні *відсутній єдиний прозорий інформаційний простір* для висвітлення суспільно значущих програм профілактики у подоланні епідемії ВІЛ/СНІДу. Це призводить до недостатньої поінформованості суспільства й як наслідок – до недостатньої підтримки цієї діяльності представниками бізнесу. Існуючі стереотипи спричиняють побоювання партнерів у взаємодії із вразливими до ВІЛ групами населення, тому необхідні додаткові заходи та мотивація, щоб довести інвесторам суспільну важливість інвестицій у сферу профілактики ВІЛ. Ключову роль в цьому процесі мають відіграти ЗМІ та волонтерський рух.

- Імпульс у пошуку нових можливостей та стандартизації профілактичних послуг для забезпечення сталості послуг з профілактики ВІЛ може дати поєднання потенціалів державного сектору охорони здоров'я та ВІЛ-сервісних НУО, які мають досвід упровадження проектів та надання комплексних послуг у цій сфері, заснований на кращих світових практиках. В даному контексті спроможність недержавного сектору виступає як початковий капітал, що має визначити стандарти та слугувати орієнтиром для залучення приватних інвестицій.
- При прийнятті рішень з використання моделі ДПП для надання послуг з профілактики ВІЛ треба усвідомлювати, що ДПП – не джерело фінансових надходжень, а модель більш ефективного використання коштів. Щоб ця модель могла, послуги з ВІЛ/СНІДу повинні мати джерело постійних фінансових надходжень, що можна забезпечити через обов'язкові податки в рамках державної цільової програми або через истему обов'язкового солідарного державного страхування. Реалізація проекту із залученням приватних партнерів на умовах ДПП на пілотних засадах стане допоміжним заходом, але не зможе повністю замінити фінансову модель, що визначена програмою, зокрема, фінансуванням заходів з профілактики ВІЛ/СНІДу з державного бюджету.
- *Договір управління* є оптимальною фінансово-правовою моделлю для вирішення комплексних задач у сфері охорони здоров'я на базі деяких (пілотних) закладів галузі з окремою складовою проекту – наданням послуг у сфері профілактики ВІЛ. Водночас не виключається можливість його комбінації з іншими механізмами залучення приватних інвестицій, які б дозволили створити найбільш сприятливі умови для його використання (наприклад, поєднання договору управління з інвестиційним договором тощо).

РОЗДІЛ 2

ГЛИБИННІ ІНТЕРВ'Ю З ЕКСПЕРТАМИ НАЦІОНАЛЬНОГО ТА РЕГІОНАЛЬНОГО РІВНІВ

Процес реформування системи охорони здоров'я створює нові адміністративні, фінансові і правові можливості для суб'єктів господарювання різних форм власності.

ДПП є новим явищем в економіці України. Застосування його моделі сприяє розвитку соціальної та медичної сфер поряд із моделлю державного фінансування, яка характеризується обмеженістю бюджетних ресурсів і залежить від історичних та інституціональних умов України. Розвиток партнерських відносин держави та бізнесу дозволяє залучити до державного сектору економіки додаткові ресурси, насамперед – інвестиції. Зрештою, це слугуватиме базою для вирішення медико-соціальних проблем в Україні, в т.ч. профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу.

Метою проведення глибоких інтерв'ю з експертами національного та регіонального рівнів з питань механізмів фінансування забезпечення послуг у галузі профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу є виявлення експертної думки фахівців про реально існуючі для цього механізми, оцінки можливостей застосування ДПП та інших фінансових механізмів у зазначеній сфері.

Під час проведення глибоких інтерв'ю з експертами було обговорено низку питань щодо розвитку ДПП, в т.ч. у галузі профілактики ВІЛ, проаналізовано сучасну нормативно-правову базу з огляду на можливості застосування ДПП, оцінено перешкоди, що заважають залученню інвесторів та розвитку співробітництва між державою, бізнесом або НУО у галузі профілактики і боротьби з ВІЛ/СНІДом у сучасній Україні тощо (див. гайд у Додатку 1).

Цільова група: експерти механізмів фінансування забезпечення послуг у сфері профілактики ВІЛ національного та регіонального рівнів (список організацій, що взяли участь у опитуванні – у Додатку 2). Критерієм відбору експертів для глибокого інтерв'ю була наявність у них досвіду роботи з різними фінансовими механізмами у галузі протидії ВІЛ/СНІДу або дотичних сферах – надання соціальних послуг, сфера охорони здоров'я тощо.

Форма отримання інформації: інтерв'ю віч-на-віч (face-to-face) за здалегідь розробленим і затвердженим замовником гайдом (див. Додаток 1).

2.1. Роль відносин партнерства влади, бізнесу та громадських організацій

Експерти виявили однаковість у тому, що важливість питання полягає у площині збереження здоров'я українського населення, зменшення його смертності, а також профілактики соціально небезпечних захворювань, насамперед ВІЛ.

Потреба суспільства в медичних послугах сучасного рівня і високої якості непропорційна можливостям державного бюджету. В Україні недостатній рівень державної і приватної медицини, брак потужних партнерів у даній галузі. У кращому разі партнерські стосунки між бізнесом і системою охорони здоров'я відбуваються на умовах благодійництва, спонсорства або волонтерства.

Ефективне партнерство передбачає об'єднання ресурсів, знань, досвіду і головне — рівний поділ соціальної відповідальності між партнерами. Основним принципом ефективної роботи є довіра.

Опитувані наголосили на привабливості моделі ДПП.

«Це – унікальний випадок, коли держава стає рівним за правами і обов'язками партнером, а не домінуючим у відносинах замовник – виконавець. У цьому є певна цінність, тому що держава делегує певні функції тому, хто її представляє при їх виконанні. Це цікавий формат з точки зору концепції. Власне ДПП дозволяє реалізувати проект прозоро й уникнути корупції. На жаль, в українських реаліях закупівля не витримує критики як механізм».

Із матеріалів глибинних інтерв'ю з експертами

Розподіл функцій між державним та приватним секторами з надання медичних послуг є нагальною потребою в умовах пошуку ефективної моделі побудови системи охорони здоров'я.

Надмірному навантаженню на бюджет запобігає прозорість договорів та структурованість конкурсних процедур. Водночас з метою обмеження фінансових ризиків проекти договорів ДПП мають оприлюднюватись, а конкурсні процедури у разі участі в них єдиного претенденту – призупинятись для надання додаткових конкурсних заявок, щоб забезпечити співвідношення «ціна – якість».

Успішність проектів з ДПП залежить не лише від розрахунку витрат бюджету, а, на думку експертів, також зумовлюється ґрунтовним економічним розрахунком участі приватного партнера у проекті. Адже приватні компанії не можуть переслідувати виключно таку благодійну мету, як покращання сфери охорони здоров'я. Підготовка обґрунтування участі у проекті зазвичай враховує аналіз таких чинників, як отримання доступу до нових ринків, розширення дистриб'юторських каналів, посилення надійних ділових зв'язків із державними структурами, підтримка стабільного економічного розвитку нових ринків тощо. В даному контексті треба зауважити, що самого ринку з надання медичних та соціальних послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу в Україні досі не склалося.

Водночас більшість експертів, які взяли участь у глибинних інтерв'ю, вважають, що розвиток ДПП в Україні *стримується*. Велике значення має відсутність механізмів довгострокового фінансування.

Необдумане використання державних гарантій може зумовити перехід контролю над державними активами України до іноземних інвесторів. Відшкодування інвестицій приватному партнеру експерти назвали однією з основних проблем партнерства. В сучасних реаліях джерелом такого відшкодування може бути не бюджет, а введення в експлуатацію нових потужностей, які ставали би приватними.

Наразі є певні ознаки співпраці у напрямі залучення приватного сектора до процесу удосконалення законодавчого поля у сфері ДПП. У липні 2015 р. у МОЗ України, за участю представників міністерств та інших органів влади, громадськості, експертного середовища та бізнесу відбулася нарада з питань застосування ДПП та залучення потенційних інвесторів до сфери охорони здоров'я та обговорення пропозицій щодо внесення змін до Закону про ДПП.

«Однією з найважливіших ознак ДПП є те, що без співпраці з інвестором державний заклад показує меншу ефективність, ніж у тісному партнерстві з ним. В першу чергу важливо розуміти, які взаємні зобов'язання сторони беруть на себе, і що вони отримують в результаті. МОЗ планує відібрати моделі партнерства, які запропонують інвестори, та відобразити їх у майбутньому законі», – зазначила заступник Міністра охорони здоров'я України О. Павленко.

http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20150715_b.html

Водночас експерти під час інтерв'ю наголошували на існуванні законодавчих бар'єрів, які стоять на заваді впровадження ДПП саме у сфері охорони здоров'я. З одного боку, в Україні діє Конституція, яка гарантує безплатну медичну допомогу та унеможливорює скорочення мережі державно-комунальних закладів. З іншого – діє Закон про ДПП, яким державні та комунальні заклади передбачені об'єктами партнерства.

«Не існує механізмів, коли державний партнер може укласти з приватним угоду та брати на себе довгострокові зобов'язання. Укласти угоду з приватним партнером на надання послуг у сфері охорони здоров'я, приміром, на 15 років, неможливо, адже в Україні однорічне бюджетне планування, і державний партнер не може взяти на себе довгострокових зобов'язань».

З матеріалів глибоких інтерв'ю з експертами

Під час експертного опитування обговорювалося питання корисності партнерства між державними та приватними партнерами для різних суб'єктів.

Корисність партнерства для пацієнтів. Експерти зазначили, що партнерство з приватним бізнесом може сприйматись як гарантія більш високої якості послуг – такої думки без її фактичного підтвердження дотримується більшість населення. Пацієнти часто думають, якщо послугу надає приватний провайдер, то якість буде кращою. Партнерство

може призводити до розширення спектру послуг та урізноманітнення варіантів, які більше влаштують різні групи клієнтів.

Корисність партнерства для державної сторони. Якщо є потреба в послугах, а державний партнер неспроможний їх фінансувати самостійно, партнерство дає можливість виконання певних зобов'язань.

Корисність партнерства для приватних інвесторів: це створення правового поля, яке було б зрозуміле і дало б можливість інвесторам прогнозувати фінальний результат співпраці, визначати вигоду, яку отримають від інвестованих коштів у довготривалій перспективі. Це також мотивуватиме їх до ведення соціально відповідального бізнесу і надання суспільно значущих послуг.

Корисність партнерства для системи охорони здоров'я та надання соціальних послуг полягає у можливості побудувати гнучку систему послуг, що найбільше відповідатимуть потребам конкретного пацієнта, а водночас – закрити потребу у суспільно важливих послугах, які держава не може надавати в повному обсязі.

Обговорюючи питання ефективності проектів з профілактики ВІЛ, експерти визнали, що переважна частина роботи виконується НУО, які впроваджують проекти в рамках Загальнодержавної цільової програми та ті, що фінансуються ззовні. Держава не завжди залучається до цих проектів, тому неможливо забезпечити плановий перехід від зовнішнього фінансування до внутрішнього.

Експерти впевнені, що досконалого механізму взаємодії між державою і НУО немає, хоча неурядові організації порушують це питання досить давно. Складається враження, що держава не зовсім довіряє діяльності НУО, оскільки бракує чіткого законодавчого механізму передачі фінансів і звітності.

Зацікавленість бізнесу у партнерстві з владним структурами визначена експертами як така, що «бізнес завжди має свій інтерес».

«Бізнес турбується про свій прибуток, і це природно. Однак стало актуальним таке питання, як соціальна відповідальність бізнесу. Це є в усьому світі, і наші бізнесмени-роботодавці починають цим перейматися. Частина соціальної відповідальності бізнесу – це охорона здоров'я працівників. Звичайно, якщо йдеться про міжнародні проекти, вони охоче беруться за них, самі беруть участь у заходах і надають таку можливість іншим для забезпечення життєздатності результатів упровадження будь-яких програм та проектів. Звісно, держава, повинна відігравати в цьому провідну роль».

Із матеріалів глибинних інтерв'ю з експертами

Держава на сучасному етапі перебуває в умовах фінансових і бюджетних обмежень. Бракує коштів на переобладнання та поліпшення якості деяких медичних послуг, отже є певні напрями, де можна використати можливості бізнесу, який буде спрямований на додаткові обсяги діяльності, що стануть частиною його маркетингового плану.

Експерти впевнені: якщо бізнесмени побачать у партнерстві з державою певну вигоду для себе, яка може відбиватися на обсягах роботи, прибутку, системі оподаткування, довірі до владних структур, то таке партнерство відбудеться. На їхню думку, унікальним суб'єктом, який би міг брати участь у проектах ДПП, могли б стати консорціуми як об'єднання юридичних осіб, залучених на стороні приватного партнера до проекту. Туди могли б входити не лише приватні підприємства, а й державні і комунальні.

Підсумовуючи відповіді експертів щодо переваг ДПП у системі охорони здоров'я, в т.ч. профілактики ВІЛ, доходимо до наступних висновків щодо взаємодії між державою, бізнесом і суспільством у галузі охорони здоров'я (таблиця 3.1.1).

Таблиця 3.1.1

Переваги для партнерів у проектах за моделлю ДПП

ПЕРЕВАГИ		
для державного сектору	для бізнесу	для клієнтів профілактичних програм
<ul style="list-style-type: none"> залучення приватних фінансових, інтелектуальних та трудових ресурсів до розвитку як усієї системи, так і окремих установ охорони здоров'я, використання управлінського досвіду та інноваційного потенціалу приватного сектору розподіл ризиків із бізнесом ефективне управління державним майном розвиток засад конкуренції, формування конкурентних ринків у сфері окремих сегментів охорони здоров'я, які не підлягають приватизації переривання дії контракту у разі порушення його умов приватною компанією підвищення бюджетної ефективності у випадку скорочення державного фінансування на будівництво та експлуатацію об'єктів охорони здоров'я, збільшення бази оподаткування 	<ul style="list-style-type: none"> отримання державних об'єктів системи охорони здоров'я у довгострокове управління і користування гарантії прибутковості за умови інвестування об'єктів державної власності можливість збільшувати загальну прибутковість бізнесу під час дії контракту з державою без вилучення надприбутку до бюджету отримання доступу до нових ринків та галузей розподіл ризиків функціонування проекту ДПП з державою державна підтримка та гарантії позитивна соціальна реклама, можливість позиціонувати бізнес як соціально відповідальний, репутація приватного оператора 	<ul style="list-style-type: none"> підвищення якості та доступності медичних послуг завдяки підвищенню стандартів якості поширення ідеї соціальної значущості проблеми (в т. ч. профілактики ВІЛ), можливості переоснащення галузі посилення ефективності використання сукупних громадських ресурсів можливість вибору між державними та приватними медичними установами для отримання послуг контроль та посилення відповідальності суб'єктів за надання послуг

2.2. Експертна оцінка нормативно-правової бази

На думку опитаних експертів, у сфері ДПП в Україні розроблена відповідна нормативно-правова база, діє Закон про ДПП та ціла низка документів, які унормовують господарські відносини між державою та бізнесом в Україні.³³ Однак, на жаль, у системі охорони здоров'я ця нормативно-правова база не спрацьовує.

Усі опитані експерти наголосили на необхідності доопрацювання чинного законодавства або прийняття нового закону стосовно ДПП. Майбутній законопроект, вважають фахівці, має містити норму про можливість переходу в приватну власність новостворених або модернізованих чи реконструйованих медичних і фармакологічних об'єктів. На думку опитаних, варто закріпити норму, за якою би на базі існуючих закладів надавалися приватні послуги. За таких умов, вважають учасники інтерв'ю, інвестори будуть готові безплатно надавати необхідний комплекс медичних послуг.

«Нам потрібна, як мінімум, нова концепція, стратегія і типовий договір, де були би прописані умови для конкретних учасників. Може бути задіяний такий інструмент, як компаратор державних послуг (від англ. «compare» – порівнювати). Фахівці безпосередньо розробляють форми порівняльного аналізу для держави, щоб виявити, як найбільш ефективно розвивати проект – чи у формі ДПП, чи держава це робить самостійно, чи у формі звичайних інвестицій, чи до цього залучається некомерційний сектор. А потім порівнюємо. В інших країнах, наприклад, у Голландії, цей інструмент використовується постійно. Якщо проект коштує більше 60 тис. доларів, обов'язково використовують цей інструмент, щоби привабити приватний сектор. В Україні також може бути розроблена подібна методика, і вона була б ефективною».

З матеріалів глибоких інтерв'ю з експертами

Більшість експертів дотримуються думки, що існуюча законодавча база у сфері профілактики ВІЛ не дозволяє реалізувати партнерство між трьома сторонами: держава – бізнес – громадський сектор.

«Є доволі абстрактне розуміння того, що являє собою профілактика. Немає чітко визначеного і законодавчо закріпленого поняття «послуги у сфері ВІЛ» і хто несе відповідальність за їх надання. Є лише прийнята програма. Зараз ми розробляємо стратегію, яка б дозволила профілактичні послуги розмістити у правовому полі держави так само, як медичні і соціальні послуги. Профілактика залишається законодавчо невизначеною в силу того, що ніхто не готовий інкорпорувати її в свій інструментарій – відсутні стандарти».

³³ Це: Господарський кодекс України, Цивільний кодекс України, Бюджетний кодекс України, Податковий кодекс України, Закон України «Про оренду державного та комунального майна», Закон України «Про концесії», Закон України «Про фінансовий лізинг», Закон України «Про здійснення державних закупівель» тощо.

В Міністерстві соціальної політики є інструментарій соціальних послуг, у МОЗ – інструментарій медичних послуг, а профілактика залишається в рамках державної програми. Нею займаються громадські організації. Це – проектна діяльність, яка фінансується переважно ГФСТМ, хоча є й інші донори, але їхній внесок незначний. Тому питання продовження профілактичних заходів після призупинення дії Глобального Фонду в Україні – це основне питання всієї роботи, яка складається з багатьох компонентів: що надалі являтиме собою профілактика, що ми будемо розуміти під профілактичною послугою, буде ця послуга профілактичною чи соціальною, а, можливо, – медичною послугою».

З матеріалів глибокого інтерв'ю з експертами

Експерти наголосили: в законодавстві України у сфері охорони здоров'я не представлено спеціальних актів, що регламентують порядок розробки та реалізації проектів ДПП, а це, безперечно, стримує його розвиток. Окрім того, сучасна система бюджетування охорони здоров'я України створює високі фінансові ризики для ДПП, пов'язані з короткими (річними) бюджетними циклами планування та щорічною процедурою затвердження, яка іноді надмірно затягується.

2.3. Поширеність ДПП в Україні: потенціал та ресурси

На думку опитаних, в Україні поширені такі форми ДПП, як концесії та інвестиції.

«Найбільш поширена форма у світовій практиці охорони здоров'я – це, звичайно, концесія плюс контракти передачі на зовнішнє управління і зовнішнє надання послуг. Найбільша кількість проектів класичної моделі реалізовано у Великобританії та Іспанії. Подібні проекти могли б бути задіяні і в нашій країні – будівництво, управління, надання послуг. В них повністю вказується увесь спектр послуг, і держава платить за кожну з них.

Буває концесія, за якою збудовано лікарню, отже угода може бути пов'язана з водопостачанням, енергозабезпеченням тощо, а не з медичними послугами. Серед пострадянських країн і країн Східної Європи дуже успішний проект ДПП з діалізу в Румунії. Там переобладнали державні центри за допомогою іноземних партнерів, задіяли транснаціональні компанії й отримали можливість для надання послуг».

«Окрім ДПП і СЗ, існує ще така форма, як інвестиції, бюджетне та благодійне фінансування. В Україні цього замало, оскільки домінує бюджетне фінансування. Саме воно і покриває всі витрати на охорону здоров'я».

З матеріалів глибоких інтерв'ю з експертами

Деякі фахівці також висловлювали думку про те, що впровадження механізмів ДПП у сферу профілактики ВІЛ загалом недоцільне.

«Нова тенденція нашої стратегії в тім, що тема протидії ВІЛ має бути інтегрована максимально усюди, де тільки можна. Вона не може бути окремою ланкою. Місце протидії епідемії в системі має бути чітко визначеним. Про те, що в цьому напрямі нам потрібно розвивати ДПП, слід говорити обережно. Протидія ВІЛ має локалізуватися у сфері охорони здоров'я або у сфері медичних послуг».

З матеріалів глибинних інтерв'ю з експертами

Водночас наведено приклади можливих ідеальних проектів ДПП у профілактиці ВІЛ, зокрема, підтримка дітей з ВІЛ-статусом, сиріт, ЗПТ та АРТ. Загалом, на думку експертів, тематика охорони здоров'я не є пріоритетною для країни. На фоні політичних перетворень вона опинилася на другому плані.

2.4. Способи та джерела залучення коштів для профілактики ВІЛ

Гайд для проведення глибинних інтерв'ю з фахівцями містив запитання про існуючі способи та джерела залучення коштів до запровадження профілактики ВІЛ в Україні. Стосовно профілактичних програм, на думку фахівців, їх реалізація повністю фінансується грантом ГФСТМ. На профілактику ВІЛ у держбюджеті коштів не передбачено.

Під час інтерв'ю фахівці особливо акцентували на необхідності розробити конкретні механізми фінансування послуг з профілактики ВІЛ після завершення у 2017 р. фінансування ГФСТМ. Більшість експертів вважають, що профілактика ВІЛ має бути у сфері діяльності Мінісоцполітики, однак цей напрям потребує розвитку з метою унормування визначення, які з уразливих до ВІЛ груп (СІН, ЖСБ, ЧСЧ) можуть будуть віднесені до категорії осіб, які опинилися у складних життєвих обставинах.

«Програми профілактики ВІЛ за кошти ГФСТМ були розроблені на основі поведінкових критеріїв. А треба було також враховувати рівень доходів клієнтів. Шприци треба в першу чергу надавати безплатно людям з низьким рівнем доходу, які не в змозі самотійно їх придбати»

З матеріалів глибинних інтерв'ю з експертами

На думку фахівців, лише налагоджена взаємодія між основними надавачами медичної допомоги і соціальних послуг для груп підвищеного ризику, впровадження інтегрованих підходів, створення мультидисциплінарних команд може забезпечити більш раціональне

використання обмежених ресурсів та значно підвищити ефективність профілактики ВІЛ.

Звичайно, на думку експертів, без ініціативи громадських організацій кошти на профілактику та лікування навряд чи з'являться у місцевих бюджетах. Багато в чому це залежить від ініціативи керівника громадської організації й від того, чи будуть його дії активними, і чи прислухаються до його думки особи, які приймають рішення.

«Якщо громадські організації будуть покроково працювати з обласними управліннями соціального захисту, вони можуть претендувати на певні кошти з місцевого бюджету. Перш ніж іти до управління соціального захисту, треба знати, яким чином аргументувати важливість проектів з профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу. Спершу слід обґрунтувати потребу фінансування Національної програми з місцевого бюджету, а далі – пропонувати шляхи реалізації ідеї».

«В рамках Глобального Фонду був визначений один із проектів, який займається виключно адвокаційною роботою з отримання коштів із місцевих бюджетів для НУО. Цей проект запроваджувався у Полтаві (громадська організація «Світло надії»). Зважаючи на те, що саме ця організація має 17 прикладів практик (кейсів) отримання фінансування з державного бюджету, ми розглядаємо її як ресурсний центр для інших організацій. Знаючи застосовані технології, інші НУО змогли би повторити шлях, уже пройдений нею».

З матеріалів глибинних інтерв'ю з експертами

За експертними оцінками, основними умовами, необхідними для зміни ситуації на краще, є фінансова і політична стабільність у державі, а також цілеспрямована, системна та грамотна адвокація профілактики, особливо серед груп ризику, а також вдосконалення нормативно-правової бази для впровадження ДПП.

Досвід Полтави у залученні коштів місцевого бюджету до виконання програм профілактики ВІЛ на базі НУО схвально оцінюється багатьма опитаними експертами. Проект у Полтаві розпочався з аналізу місцевого бюджету в частині його недовикористання. Виявилось, що повністю не використовувалися бюджети центрів зайнятості, в яких було закладено кошти на громадські роботи, до яких уразливі до ВІЛ групи не можуть залучатися як такі, що не є клієнтами центрів зайнятості. Бюджетні кошти, не використані до кінця фінансового р. на місцевому рівні, повертаються до держбюджету, а видатки на наступний рік скорочуються. Щоб показати можливості використання місцевого бюджету, було розроблено стратегію з акцентом на можливостях залучення до громадських робіт осіб (переважно з низькою кваліфікацією), які звільняються з місць позбавлення волі. Так вирішується питання працевлаштування звільнених, зменшується безробіття та знижується соціальна напруга. Такий приклад дає підстави говорити про те, що НУО мають потенціал для залучення місцевих бюджетів.

2.5. Привабливість сфери ВІЛ-послуг для приватних інвесторів

Обговорюючи питання привабливості сфери ВІЛ-послуг для приватних інвесторів, опитані експерти заявили, що інвестори не бачать у цій площині прямих вигід. Йдеться передусім про соціально відповідальний бізнес.

«Профілактика та боротьба з ВІЛ/СНІДом не приваблює приватних інвесторів, як, напевно, і вся сфера охорони здоров'я. Дуже складно знайти інвестора, а з питань профілактики ВІЛ – ще складніше».

З матеріалів глибинних інтерв'ю з експертами

Водночас експерти назвали таких відомих інвесторів, як, наприклад, Фонд Віктора Пінчука, компанії «Київстар», «МТС», великі транснаціональні компанії. В них є потужності для соціальної складової, в т.ч. й подолання ВІЛ. Наприклад, фармацевтична компанія буде зацікавлена вкладати кошти в програми з профілактики ВІЛ за умови, якщо вона отримуватиме державні замовлення на виготовлення антиретровірусних препаратів.

«Роботі Центру для ВІЛ-позитивних дітей та молоді допомагає приватний підприємець, який за власним бажанням кожного місяця давав кошти, аби транспортувати маму з дитиною для обстеження в Центр СНІДу чи до іншої медичної установи. Давати 1000 гривень щомісяця для нього не було проблемою, а людям допомогало».

З матеріалів глибинних інтерв'ю з експертами

Експерти вказали, що залучення інвесторів можливе за наявності певних механізмів. Наведений опитуваними приклад є цікавим з огляду на його поширення у сфері ВІЛ-послуг

«В області – велика проблема поширення ВІЛ серед СІН. Відомо, що є розгалужена мережа «МТС» або «Київстар», а тому існують потенційні можливості домовитися з ними про те, що, наприклад 0,5% або 1% від прибутку як цільові кошти поповнюватимуть місцевий бюджет для фінансування програм профілактики і лікування ВІЛ/СНІДу. Користь для компаній може бути лише на рівні позиціонування себе як соціально відповідального бізнесу, а вигоди полягатимуть у зменшенні поширення ВІЛ».

З матеріалів глибинних інтерв'ю з експертами

Отже, експерти підтвердили думку про те, що для приватних інвесторів сфера профілактики ВІЛ також може бути привабливою за умов певної вигоди.

2.6. Перешкоди, що заважають залученню інвесторів та розвитку співробітництва між державою, бізнесом або НУО

Виклики у становленні ДПП в охороні здоров'я в Україні також пов'язані з існуючими правовідносинами. Окремі правові норми не переглядалися ще з радянських часів, що призводить до правового конфлікту внаслідок принципових суперечностей у нормативно-правових актах, коли їх виконання або ускладнюється, або стає взагалі неможливим.

Найбільш вагомою перешкодою для масштабного впровадження механізмів ДПП в українську практику є відсутність довіри або негативний досвід співпраці між бізнесом і владою. За такого стану речей держава не має стимулів до реалізації великих проектів із залученням приватного капіталу. У сфері локальних проектів на місцевому та регіональному рівнях такі стимули також відсутні, оскільки бюджетне фінансування є недостатнім, а інституціональні реформи, у т.ч. у сфері охорони здоров'я, уповільнюються.

Учасники глибинних інтерв'ю вказали на існуючі перешкоди, що заважають залученню інвесторів та розвитку співробітництва між державою, бізнесом або НУО до профілактики ВІЛ. Передусім це – відсутність єдиного прозорого інформаційного простору з висвітленням того, що це робити вигідно і потрібно. Необхідно прозоро й ясно довести інвесторам важливість для суспільства таких інвестицій. З боку експертів звучали дорікання й на роботу ЗМІ у даному напрямі. Наголошувалося на потребі більшого залучення волонтерів. Крім того, треба навчати співпраці у цій сфері державних службовців і представників бізнесу, проводити з ними інформаційно-просвітницьку роботу.

Приватний сектор не бачить вигоди у співпраці у сфері охорони здоров'я загалом і в галузі профілактики ВІЛ зокрема. Крім того, існують стереотипи та побоювання партнерів щодо взаємодії з уразливими до ВІЛ груп населення. Говорити про лояльність і толерантність до них з боку бізнесу поки що завчасно. Приватний бізнес-партнер навряд чи ініціюватиме партнерство, тому доводити його важливість вкрай необхідно.

Отже, виникає нагальна потреба розвитку механізму ДПП, орієнтованого на узгодження інтересів держави, бізнесу та суспільства. Такий механізм має передбачати як послідовні реформи в частині створення інститутів, що забезпечують зростання довіри між владою і бізнесом (у т.ч. за рахунок зниження корупції), так і структурні реформи у сфері охорони здоров'я з метою створення економічно привабливих умов для участі бізнесу у проектах ДПП.

2.7. Виклики та загрози національній системі профілактичних ВІЛ-послуг

Оскільки починаючи з 2017 р. Загальнодержавна програма передбачає забезпечення профілактичних програм лише за кошти місцевих бюджетів, експерти впевнені, що громадським організаціям

потрібно працювати по-іншому, координувати свою діяльність із місцевими органами влади та представниками бізнесу, налагоджувати з ними співпрацю, включатися у роботу громадських рад, спільних бізнес-програм, маркетинг-аналізу, працювати на рівні адвокації.

Загрози системі профілактики ВІЛ після завершення ГФСТМ у 2017 р. фінансування Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 рр. доволі значні. Більш того, вважають експерти, вони існують вже сьогодні через недостатнє фінансування, що призведе до неможливості збереження рівня охоплення груп ризику профілактичними послугами.

«... зменшення обсягів надання послуг матиме нищівні наслідки. Якщо в разі припинення Глобальним Фондом фінансування держава не знайде інших джерел, не створить умови для збереження досягнутого, епідемія розгорнеться у критичних масштабах».

Із матеріалів глибоких інтерв'ю з експертами

Водночас опитування показало, що профілактика розуміється різними експертами по-різному.

«Профілактика – це доступно. Підвищувати рівень обізнаності населення на робочих місцях цілком реально: багато людей – в одному приміщенні. Важливо зробити максимально доступним тестування, щоб люди могли вчасно дізнатися про свій ВІЛ-статус».

Із матеріалів глибоких інтерв'ю з експертами

Питання *стійкості надання ВІЛ-послуг* на даний момент не може бути вирішене окремо від реформ в системі охорони здоров'я в країні. В даному контексті, на думку експертів, важко прогнозувати діяльність у сфері профілактики ВІЛ, не знаючи, яким чином буде здійснюватися фінансування з місцевих бюджетів, як відбуватимуться реформи.

Перспективним було обговорення з експертами можливих форм підтримки проектів профілактики з боку держави та муніципалітетів у вигляді СЗ, які наразі регулюються нормативними актами Мінсоцполітики. Експертами ВМЛЖВ наводилися приклади залучення до співпраці з НУО управлінь соціального захисту, які з функціональних обмежень своєї діяльності поки не надають послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу. Ці заклади працюють з багатьма категоріями населення (пенсіонерами, безхатченками, самотніми та багатодітними, інвалідами, ін.), серед яких можуть бути як ВІЛ-позитивні, так і вразливі до інфікування групи населення. Але, на думку опитаних експертів, персонал управлінь соціальної політики наразі не може працювати з цими групами.

«Якщо вони не готові розширювати цільові групи, ми пропонуємо альтернативу – надавати громадським організаціям кошти зі своїх бюджетів на соціальне замовлення. Це економічно більш вигідна пропозиція, тому що персонал вже навчений, має доступ до цільової групи. З місцевого бюджету можуть бути виділені кошти на утримання персоналу та на гуманітарну допомогу. Аргументація мережевих відділень виходить з того, що обласна державна адміністрація ніколи не розглядала питання ВІЛ/СНІДу на обласному рівні як проблему місцеву. Це була проблема виключно медична».

З матеріалів глибинних інтерв'ю з експертами

Отже, на думку експертів, на часі – рішучі дії громадських організацій та державних установ, що займаються питаннями профілактики ВІЛ, налагодження контактів і доведення місцевим адміністраціям важливості проблематики.

Крім того, в ході експертних інтерв'ю, фахівці торкнулися інших нагальних соціальних питань, які нині гостро постають в Україні. Це – внутрішні переселенці, безхатченки, особи, які повертаються з місць позбавлення волі. З даними категоріями населення також можна працювати у напрямі профілактики. Але наразі в Україні це практично не відбувається, хоча потенціал громадських організацій дозволяє це зробити.

2.8. Форми співробітництва між державою, бізнесом або громадським сектором

ДПП може відбуватися у різних формах залежно від способу участі, власності об'єкта, розподілу ризиків, тривалості співробітництва. На думку експертів, основними вимогами до спільної діяльності держави та приватного партнера є такі: приватна сторона має бути обрана на конкурсних засадах, контроль має залишатися за приватною стороною, частка держави і розподіл ризиків мають бути чітко визначені заздалегідь.

В ході дослідження основними договірними формами ДПП були визначені контракти, у т. ч. інвестиційні; орендні відносини; фінансова оренда (лізинг); державно-приватні підприємства; угоди про розподіл продукції; концесійні угоди (договори); договір про спільну діяльність та інші.

Під час проведення глибинних інтерв'ю фахівцями названо лише декілька з перелічених форм, зокрема – концесії, договір на управління, оренда, спільна діяльність.

«Форма співпраці залежить від того, куди саме співпраця буде спрямована. Якщо це перебудова медичного центру – то це концесія. Якщо надання певних медичних або соціальних послуг – договір на управління. Форма залежить від потреб клієнта та від мети. Від цього буде залежати і механізми реалізації. Наразі можна використовувати різні форми, але для цього не вистачає методичних рекомендацій і розробок».

Із матеріалів глибинних інтерв'ю з експертами

Дехто з експертів акцентував увагу на тому, що, як правило, в різних сферах економіки України існують так звані квазіформи співробітництва між державою та бізнесом.

«Квазіформ співробітництва є багато в різних сферах, у тому числі у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу, але це – не ДПП. Такої офіційно визначеної законодавством форми в Україні немає. Є багато некомерційних організацій, державних установ, які співпрацюють із приватним сектором, але це – не ДПП. Це – квазіформа. Тому і дія неефективна».

З матеріалів глибинних інтерв'ю з експертами

Водночас багато хто з експертів навів приклади співпраці держави і бізнесу, коли упродовж останніх років в Україні активно реалізуються масштабні проекти у сфері профілактики соціально небезпечних захворювань за участю приватних партнерів. Зокрема Благодійний Фонд «Розвиток України» здійснює проекти у сфері боротьби з туберкульозом та онкологічними захворюваннями.

Ще однією формою партнерства у профілактиці ВІЛ, яка впроваджується в Україні і про яку згадували експерти, було трьохстороннє партнерство між роботодавцями, профспілками та державою у сфері праці. В цьому напрямі послуги з профілактики ВІЛ надавалися безпосередньо у трудових колективах. Цей досвід широко представлений на підприємствах державної форми власності (підприємства «Укрзалізниця», портів, медичних закладів, державних навчальних закладів), які мають розгалужену мережу.

«Залучення приватних партнерів до програм профілактики ВІЛ у трудових колективах є дієвою і сталою формою партнерських відносин та гарно спрацьовує, коли хочемо швидко охопити значну частину загального населення, передусім послугами з інформування та консультування. Якщо епідемія ВІЛ сконцентрована у групах високого ризику інфікування і не організованих у трудові колективи (наприклад, в Україні не визнається професія «працівник сфери секс бізнесу», відповідно ЖСБ не організовані у єдину мережу), то треба організовувати доступ до профілактичних послуг іншим чином, на місцевому рівні за принципом максимальної наближеності до клієнта з групи ризику....»

З матеріалів глибинних інтерв'ю з експертами

2.9. Фінансування послуг з профілактики ВІЛ для уразливих груп населення за умов ДПП

Експертам було запропоновано надати оцінку можливому фінансуванню різних медичних послуг, спрямованих на протидію ВІЛ/СНІДу. Перелік послуг для оцінки був таким: консультування та інформування з питань профілактики інфікування ВІЛ, розповсюдження та

обмін шприців, розповсюдження презервативів та лубрикантів, ДКТ, ЗПТ (таблиця 3.9.1).

В Україні основними суб'єктами надання соціальних послуг, у т.ч. у сфері протидії ВІЛ, є центральні органи виконавчої влади (замовники послуг); місцеві органи виконавчої влади (можуть виступати як замовники і як виконавці послуг); установи державної та комунальної форм власності; НУО.

Таблиця 3.9.1

Узагальнені відповіді експертів на запитання про можливе фінансування послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу

НАЗВА ПОСЛУГИ	хто має фінансувати надання послуги:	
	державна	приватний партнер
консультування та інформування (в тому числі через розповсюдження інформаційно-просвітницьких матеріалів) з питань профілактики інфікування ВІЛ, ІПСШ, туберкульозу та вірусних гепатитів (В і С)	✓	✓ (частково)
розповсюдження та обмін шприців	✓	✗
розповсюдження презервативів та лубрикантів	✓	✗
соціальний супровід	✓	✗
ДКТ	✓	✗
АРТ	✓	✓ (частково)
ЗПТ для СІН	✓	✓ (частково)

Отже, більшість експертів вбачають участь приватних партнерів у фінансуванні таких послуг, як консультування та інформування (в т.ч. через розповсюдження інформаційно-просвітницьких матеріалів) з питань профілактики інфікування ВІЛ, ЗПТ для СІН. Водночас такі послуги, як розповсюдження та обмін шприців, ДКТ, розповсюдження презервативів та лубрикантів, а також соціальний супровід, на думку фахівців, мають бути фінансовані державою.

Загалом, як вважають деякі експерти, консультування та інформування в мінімальному пакеті надання послуг має бути обов'язковою послугою, оскільки не припустимо роздавати презервативи і шприці, не проводячи скрінінг на ВІЛ. До цього, на думку фахівців, мають бути залучені добре підготовлені співробітники.

«ДКТ має фінансувати держава, а забезпечувати – тільки медичні працівники, адже тестування – медична маніпуляція, тому відповідальність має бути не на приватному інвесторіві».

З матеріалів глибинних інтерв'ю з експертами

Деякі експерти вважають, що у пакеті послуг, які надає приватний партнер, можна поєднувати, наприклад, АРТ та соціальний супровід.

«В оплаті послуг з АРТ приватний партнер, можливо, буде зацікавлений. Його імідж – це частина соціальної відповідальності, можливість показати себе як філантропа, який готовий вкладати гроші».

З матеріалів глибинних інтерв'ю з експертами

Таким чином, експерти збігаються в думці щодо необхідності запровадження комплексних пакетів послуг у сфері профілактики ВІЛ.

Досить складним для експертів виявилось запитання про те, хто міг би виступати в ролі приватного партнера. Експерти зазначили, що таким партнером могли би виступити фармацевтичні компанії, але за умови максимального врахування їхніх інтересів та прибутку.

«Як приклад приватного інвестора можна назвати фармкомпанії. Це – один із ефективних способів залучення інвестицій. Ще – біотехнологічні корпорації. Все, що дає реальний результат, – більш привабливе для приватного інвестора. Або я забезпечую лікуванням певну кількість хворих, або врятував певну кількість СІН – це набагато вагомніше, ніж роздавача шприців. Інвестування – справа вигоди або доброї волі. Пошук людей з такою мотивацією повинен бути правовим. Треба також мотивувати регулятивними механізмами. Починати потрібно з того, що дає реальний результат».

З матеріалів глибинних інтерв'ю з експертами

Деякі експерти зупинилися на проблемах, що виникають під час отримання ЗПТ. Наразі фінансування ЗПТ забезпечується виключно за рахунок ГФСТМ. Експерти висловлювали побоювання, що програма ЗПТ може бути зупинена після завершення фінансування ГФСТМ.

«Пацієнти, які отримують ЗПТ, залишаються напризволяще. Яким чином буде вирішено цю проблему – велике питання. Але вже сьогодні можна говорити про те, що якась частина людей сама оплачуватиме цю послугу. Доля інших клієнтів ЗПТ – під загрозою. Напевно, з 900 мешканців Києва, які отримують ЗПТ за рахунок гуманітарної допомоги ГФСТМ, третина – морально готові до її оплати».

З матеріалів глибинних інтерв'ю з експертами

Обговорюючи питання про те, хто має бути ініціатором ДПП, експерти одногосно заявили, що це – держава. Якщо буде приватний партнер, то й буде і приватна фінансова ініціатива, як у Великобританії.

«Має бути реєстр проектів на умовах ДПП, перелік проектів і сфер діяльності, яка форма, де і коли ці проекти реалізовувалися... Держава має вирішити проблему з фінансуванням профілактики ВІЛ в охороні здоров'я. Якщо в умовах децентралізації вона не зможе охопити потреби ЛЖВ своїм бюджетом, то має вирішувати, що робити далі. Місцеві бюджети взагалі обмежені в коштах і, на жаль, проблема ВІЛ не буде для них пріоритетною. Отже приватне партнерство буде тоді, коли приватні структури будуть вмотивовані».

З матеріалів глибинних інтерв'ю з експертами

2.10. Перспективи розвитку співробітництва між державою, бізнесом або НУО у наданні медичних і соціальних послуг

На завершення глибинних інтерв'ю учасникам пропонувалося оцінити перспективи розвитку співробітництва між державою, бізнесом та НУО у наданні медичних та соціальних послуг у сфері профілактики ВІЛ. Найбільш доступною перспективою, на думку експертів, є механізм СЗ, в якому йдеться не про партнерські відносини, а про делегування частини бюджетного фінансування для виконання окремих державних функцій (подібно до аутсорсингу в бізнесі). Більша частина експертів вважає, що фінансування ВІЛ-послуг державою через механізм СЗ є більш перспективним для забезпечення ВІЛ-послуг, ніж ДПП. Ця думка корелює з висновками кабінетного дослідження про те, що у сфері послуг з профілактики ВІЛ головним постачальником коштів залишається держава.

«У разі соцзамовлення чітко відслідковується обсяг коштів і мета, на яку вони витрачаються. В ДПП – інші механізми, і їх не можна порівнювати із соціальним замовленням, яке деякі спеціалісти розглядають як один із видів ДПП, що не підтверджується практикою. Це – різні механізми, які можуть бути взаємодоповнюючими. ДПП як постійний механізм взаємодії ширше, аніж соціальне замовлення, яке може бути разовим».

Перспективи для СЗ в Україні є, й вони більші, ніж у ДПП. Адже ДПП у соціальній та медичній сферах офіційно відсутнє, натомість – концесії, угоди про спільну діяльність, договори оренди. Відповідальність приватного сектору перед державою при ДПП збільшується, в цьому – ще одне пояснення, чому приватний сектор побоюється співпрацювати з державою».

З матеріалів глибинних інтерв'ю з експертами

Якщо буде працювати механізм СЗ, на думку експертів, буде вирішено питання фінансування профілактики ВІЛ з місцевих бюджетів. Це – адвокація і робота на рівні місцевих організацій з мотивації та з формування планів.

«Основним у плані стійкості, який буде розроблятися, стане єдність профілактики і СЗ, адже держава не зможе фінансувати профілактику безпосередньо з держбюджету. А СЗ дасть можливість забезпечувати профілактику не тільки громадським організаціям, а й приватному бізнесу.

Нас цікавить сфера профілактики саме тому, що лікування держава фактично зможе забезпечити. Соціальний супровід зараз фінансується ГФСМ. Якщо піти шляхом соціальних послуг, то Мінсоцполітики це зможе забезпечити. А питання профілактики в подальшому поки не визначене. Ми можемо рекомендувати, пропонувати, але основний показник співраці – державна ініціатива».

З матеріалів глибинних інтерв'ю з експертами

Оцінюючи перспективи розвитку ДПП, експерти були стриманими у відповідях. На їхню думку, державні структури мають розібратися, що являє собою ДПП, як цей механізм працює, особливо у протидії ВІЛ. Потрібно навчати НУО, щоби вони також добре розуміли основи ДПП, адвокації і лобіюванню цього механізму на рівні регіону, свого, селища, села і області. І, звісно, необхідно запроваджувати пілотні інноваційні проекти у сфері профілактики ВІЛ.

Висновки до розділу 2

- Переважна частина роботи з профілактики ВІЛ виконується НУО, які впроваджують проекти в рамках державної програми за зовнішнім фінансуванням (ГФСТМ). Держава не завжди залучається до них, а без цього неможливо забезпечити плановий перехід від до внутрішнього фінансування. Водночас експерти впевнені, що досконалого механізму взаємодії між державою, бізнесом та НУО не створено.
- Основою для партнерства держави, бізнесу та громадського сектору є *наявність дієвого правового поля*, політична воля та мотивація до дії в усіх сферах життєдіяльності суспільства, в т.ч. й профілактики ВІЛ. Розподіл функцій у наданні медичних і соціальних послуг між державним та приватним сектором є наразі нагальним, як і потреба пошуку ефективної моделі побудови системи охорони здоров'я та соціального захисту населення. На думку експертів, в Україні бракує досвіду ДПП і в економіці, і в системі охорони здоров'я. В профілактиці ВІЛ проектів ДПП немає. Переважно, на думку опитаних, в Україні існують концесії, але цю форму ДПП буде важко запровадити без доопрацювання чинного законодавства.
- Виходячи з *того, фактично єдиним фінансовим механізмом* забезпечення в країні програм профілактики ВІЛ після закінчення фінансування ГФСТМ є механізм соціального замовлення, на часі мають бути *рішучі дії з боку громадських організацій* та державних установ, що займаються питаннями профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу на місцях, у напрямі налагодження конструктивної співпраці та формування довгострокових партнерських відносин.
- Найбільш вагомою *перешкодою* для масштабного впровадження механізмів ДПП в українську практику є відсутність довіри між бізнесом і владою та негативний досвід співпраці між ними. За такого стану речей держава не має стимулів до реалізації вагомих проектів із залученням приватного капіталу.
- В Україні *відсутній єдиний прозорий інформаційний простір*, що висвітлював би вигоду від проектів ДПП та акцентував на їх необхідності. Експерти дорікали на роботу ЗМІ у даному напрямі й наголошували на потребі більш широкого залучення волонтерського руху. Експерти одностайно заявили про нагальність співпраці держави і бізнесу у профілактиці ВІЛ.
- *Приватний сектор не бачить вигоди* у співпраці з державою ані у галузі охорони здоров'я, ані у сфері профілактики ВІЛ. Державі необхідно довести бізнесу важливість і прямі вигоди від такого партнерства. Приватним партнером могли би стати й НУО, однак за чинним законодавством вони не можуть інвестувати власні фінансові ресурси, а тому не можуть виступати і стороною ДПП.
- *Питання стійкості ВІЛ-послуг* на даний момент не може бути вирішене окремо від реформ в системі охорони здоров'я. В даному контексті, на думку експертів, важко прогнозувати, як відбуватиметься профілактика ВІЛ, не знаючи, яким чином буде

відбуватися фінансування з місцевих бюджетів і як запроваджуватимуться реформи.

- Експерти вбачають можливість *участі приватних партнерів у фінансуванні* таких послуг з профілактики ВІЛ: консультування та інформування (в т.ч. через розповсюдження інформаційно-просвітницьких матеріалів) з питань профілактики ВІЛ, ІПСШ, туберкульозу та вірусних гепатитів (В і С), ЗПТ для СІН. Водночас такі послуги, як розповсюдження та обмін шприців, ДКТ, розповсюдження презервативів та лубрикантів, на думку фахівців, мають бути фінансовані державою. Але передусім необхідно визначитись з поняттям «послуга з профілактики ВІЛ», її вартісними компонентами та методиками обрахування даних послуг.
- *Провідна роль у ДПП відводиться державі*, оскільки зацікавленість державних структур важлива для забезпечення загальнополітичного керівництва і надання ресурсів у сферу охорони здоров'я.
- В сучасних умовах важливо *сформувати громадські інститути партнерства держави і бізнесу* у сфері охорони здоров'я та надання соціальних послуг, а також за участю НУО, які працюють в напрямі профілактики ВІЛ, створити сприятливе середовище для діалогу між органами державного управління, бізнесом і громадським сектором з метою формування і розвитку різноманітних форм залучення коштів, в т.ч. з використанням механізму ДПП.

РОЗДІЛ 3

Опитування клієнтів сфери ВІЛ-послуг

Основна мета опитування – виявлення альтернативних фінансових механізмів забезпечення ВІЛ-сервісних послуг, а також рівня готовності представників цільової групи повністю або частково оплатити їх отримання. Для опитування було розроблено анкету для клієнтів сфери ВІЛ-послуг (Додаток 2), яка містить запитання стосовно базових потреб у послугах з профілактики ВІЛ, рівня доступу до них, а також фінансової складової та оплати за послуги.

Цільова група: було опитано 443 постійні клієнти профілактичних програм, які отримують базовий пакет послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу: СІН, ЖСБ, ЧСЧ. Окремо для опитування було сформовано контрольну групу ЛЖВ. Відповідно було виокремлено серед СІН тих, хто належить до групи ЛЖВ (далі позначено як СІН (ЛЖВ)).

3.1. Основні результати

Соціально-демографічний портрет респондентів

В опитуванні взяли участь 443 респонденти, серед них – 58% чоловіків та 42% жінок. Більшість опитаних (70%) – це молоді люди віком 18–35 років: 38% – віком 29–35 років, 32% – 18–28 років. Третина опитаних мала вік понад 36 років. Щодо сімейного стану опитаних, то 36% вказали на те, що ніколи не перебували у шлюбі, 26% перебувають у громадянському шлюбі, 16% – офіційно розлучені. Лише 12% респондентів перебувають у зареєстрованому шлюбі. По 3% виявилось тих респондентів, які офіційно розлучені, офіційно нерозлучені та тих, хто є вдовами (вдівцями).

Щодо освітнього рівня респондентів, переважна більшість опитаних (39%) мають середню спеціальну освіту, п'ята частина опитаних мають вищу освіту, майже стільки ж (19%) – повну середню освіту. 15% респондентів вказали на неповну вищу освіту, а 6% – на незакінчену середню.

Анкета містила запитання про рівень особистого середньомісячного доходу учасників опитування. За результатами виявилось, що дохід від 2000 до 3000 грн має більшість опитаних (23%). 20% респондентів вказали на дохід в розмірі 1300–2000 грн. На більш високий рівень особистого середньомісячного доходу (більше 5000 грн) вказали 9% опитаних, від 3000 до 5000 грн – також 9%. Знайшлися й такі респонденти, які не знають рівня свого доходу – 2%. А 16% опитаних відмовилися його вказати. Розподіл респондентів за типом зайнятості показує, що майже третина опитаних не мають постійного місця роботи, але підробляють у різних місцях залежно від обставин, 26% є кваліфікованими робітниками. Різноробочими або підсобними робітниками працюють 18%. Не працюють і займаються домашнім господарством 8% опитаних, 5% є приватними підприємцями, а 2% ще

навчаються. Стосовно місця проживання, то на власну окрему квартиру вказала третина опитаних, більшість респондентів (42%) проживають у батьків (родичів), п'ята частина орендують житло, а 3 % мешкають у гуртожитку.

Більшість учасників опитування (65%) виявилися корінними мешканцями населених пунктів, в яких проводилося опитування, 18% респондентів вказали на термін проживання «більше 5 років», лише 2% респондентів переїхали менше р. тому.

Тривалість отримання профілактичних послуг

Щодо тривалості, то 41% клієнтів почали отримувати послуги з профілактики ВІЛ 2–3 роки тому. Причому серед СІН (ЛЖВ) таких осіб абсолютна більшість – 90%. 4–5 років тому послуги почали отримували 18% клієнтів від загального числа респондентів. Серед СІН – 24%, по 11% – відповідно – ЖСБ та ЧСЧ. Менше р. тому почали отримувати послуги 24% опитаних. Серед ЖСБ таких виявилось найбільше – 38%, найменше – серед СІН (ЛЖВ) – рис. 3.1.

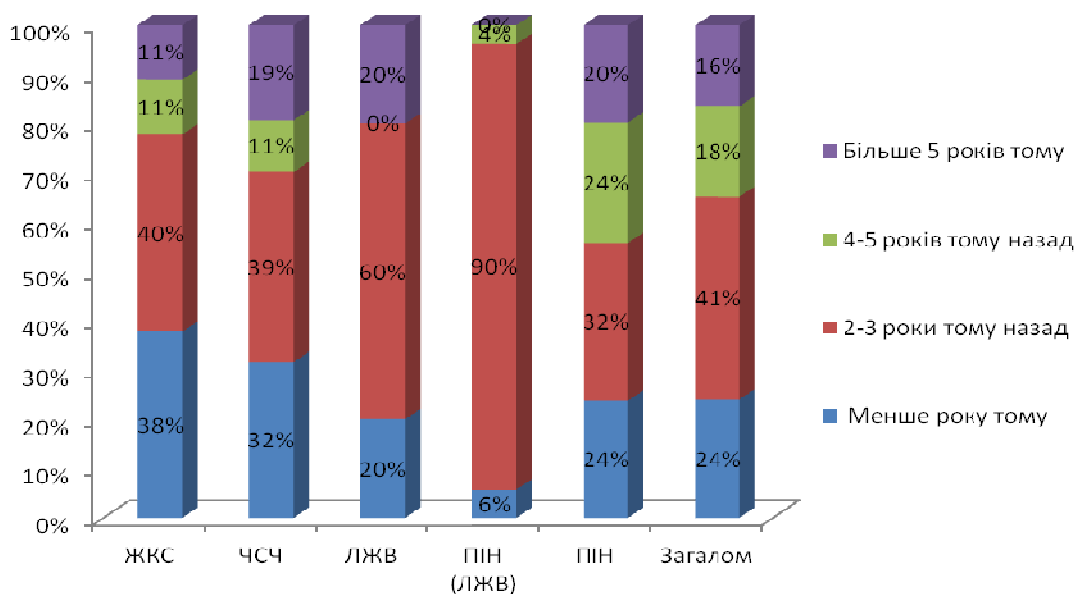


Рис. 3.1 Розподіл відповідей респондентів на запитання «Як давно Ви почали отримувати послуги з профілактики ВІЛ?», %

Частота отримання профілактичних послуг

В ході опитування було з'ясовано, які саме профілактичні послуги і як часто отримують клієнти. Виявилось, що найбільш доступною послугою є консультування та інформування з питань профілактики інфікування ВІЛ, ІПСШ, туберкульозу та вірусних гепатитів (В і С). Цю послугу отримували 93% від загального числа опитаних, причому трохи менше половини респондентів – щомісяця. Друге місце за кількістю відповідей посідає ДКТ. 85% респондентів вказали, що її отримують, причому 41% серед них – рідше, ніж у квартал, а 8% – щомісяця (рис. 3.2).

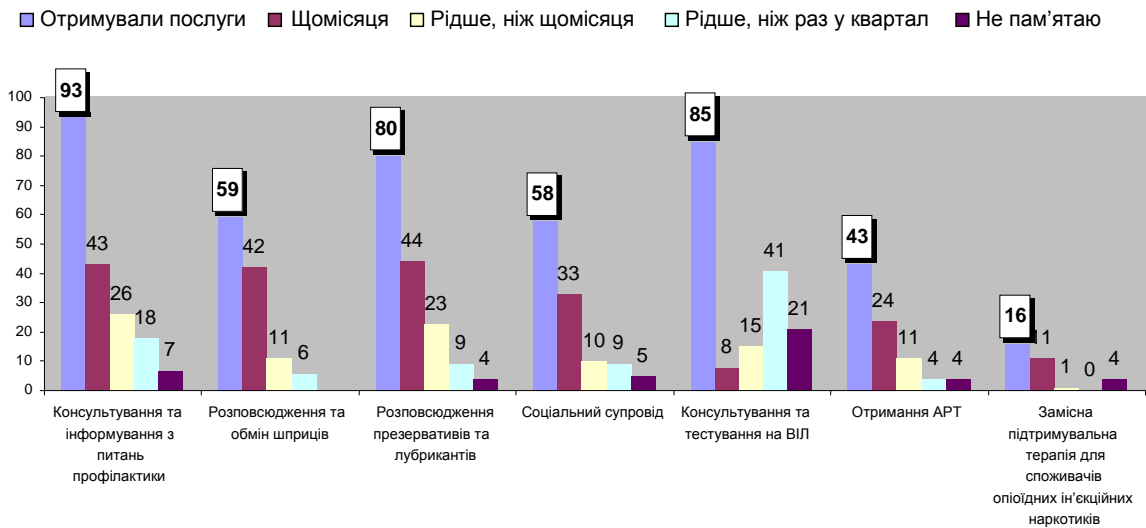


Рис.3.2. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Які профілактичні послуги Ви отримували/отримуєте і як часто?», %

Третє місце належить розповсюдженню презервативів та лубрикантів. 80% опитаних отримували цю послугу, більше половини з них – щомісяця. На отримання послуг з розповсюдження та обміну шприців та соціального супроводу вказали 59 і 58% клієнтів, причому більшій частині з них це було доступно щомісяця. АРТ отримували 46% респондентів, а замісну підтримувальну терапію для споживачів опіюйдних ін'єкційних наркотиків – 16%. Слід зазначити, що 21% клієнтів, отримуючи ДКТ, не могли пригадати частоту отримання цієї послуги, що свідчить про складність ідентифікації самої послуги для клієнта.

Витрати клієнтів на отримання профілактичних послуг

Щоб отримати профілактичні послуги, клієнти, як правило, витрачають кошти на проїзд, оплачують роботу доглядальниці за дітьми або родичами, надають грошову винагороду фахівцю. 75% клієнтів витрачали на проїзд у середньому 25–30 грн, 3% клієнтів оплачували послуги по догляду за дітьми або родичами – в середньому 100 грн, а 5% респондентів надавали грошову винагороду фахівцю, який надає послуги, у розмірі до 90 грн. Окрім зазначених витрат, клієнти вимушені додатково сплачувати за обов'язкові обстеження та послуги, такі як флюорографія, аналізи на гепатити та ІПСШ (24%), магнітно-резонансна терапія (МРТ) та ін., причому середній розмір оплати цих обстежень відповідає ринковим цінам медичної галузі, які є надмірно високими для населення. 9% клієнтів повідомили про сплату благодійних внесків в медичній установі на вимогу фахівця, який надає послуги (таблиця 3.1).

Таблиця 3.1

Витрати клієнтів на оплату додаткових послуг

Обстеження або послуга	% тих, хто сплачував	Середня сума оплати, грн
• МРТ	12%	550–650
• Флюорографія	40%	60–65
• Аналізи на ІПСШ	24%	190–200
• Аналізи на гепатіти	37%	165–175
• Консультування та тестування	3%	70–75
• Сплата благодійних внесків	9%	70–75

Бар'єри в отриманні профілактичних послуг

Інструментарій дослідження містив запитання про перешкоди, що виникають при отриманні послуг з профілактики ВІЛ. Загалом третина опитаних отримувачів послуг жодних бар'єрів не відчувала. Ще третина осіб зізналися в тому, що побоювалися розкрити статус невідомим людям. Для п'ятої частини клієнтів актуальним було побоювання осуду з боку найближчих людей або знайомих. 16% респондентів назвали незручним місцезнаходження організації, де надавалися профілактичні послуги. 17% клієнтів мали фінансові проблеми і вказали на відсутність грошей. Якщо проаналізувати відповіді окремих груп отримувачів послуг, то можна побачити, що для СІН, СІН (ЛЖВ), ЧСЧ та ЖСБ основною перешкодою було побоювання розкриття статусу невідомим людям. Серед ЛЖВ переважають ті, хто побоювався отримати неякісну допомогу, та клієнти, які скаржилися на відсутність грошей (рис. 3.3).

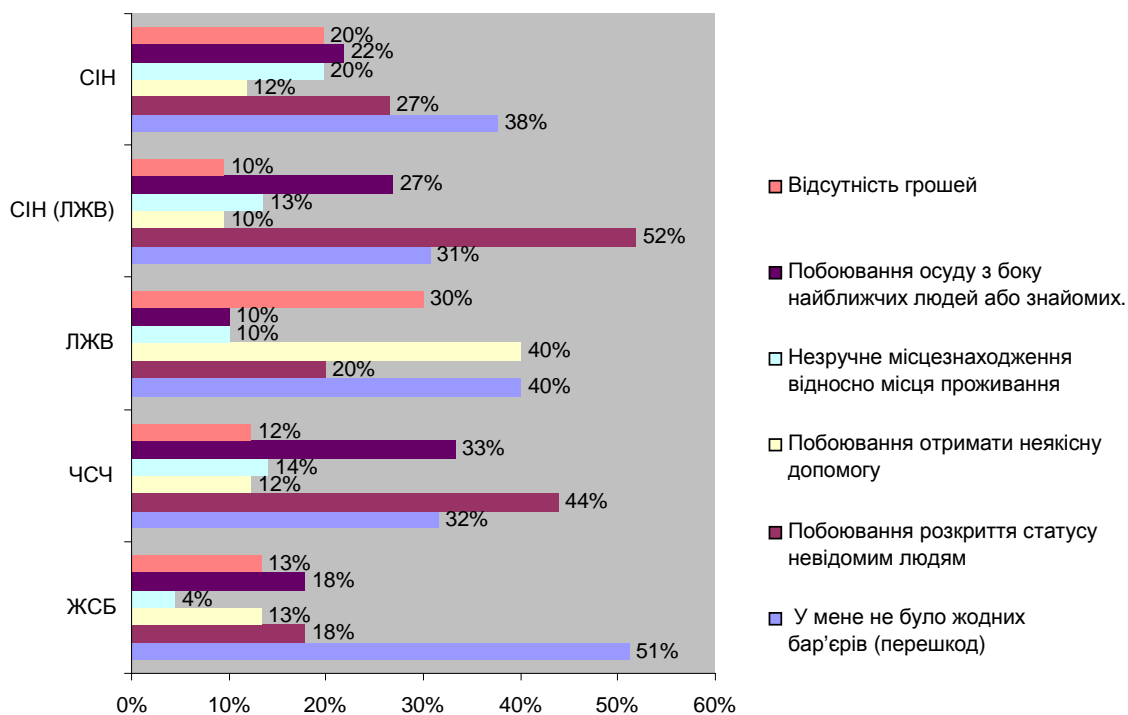


Рис. 3.3 Розподіл відповідей респондентів на запитання «З якими бар'єрами (перешкодами) Ви стикалися під час пошуку можливості отримати послуги з профілактики ВІЛ?», %

Переважну частку медичні або соціальних послуги клієнти отримують у НУО, за виключенням АРТ та ЗПТ для СІН, що є прерогативою державних установ (рис. 3.4).

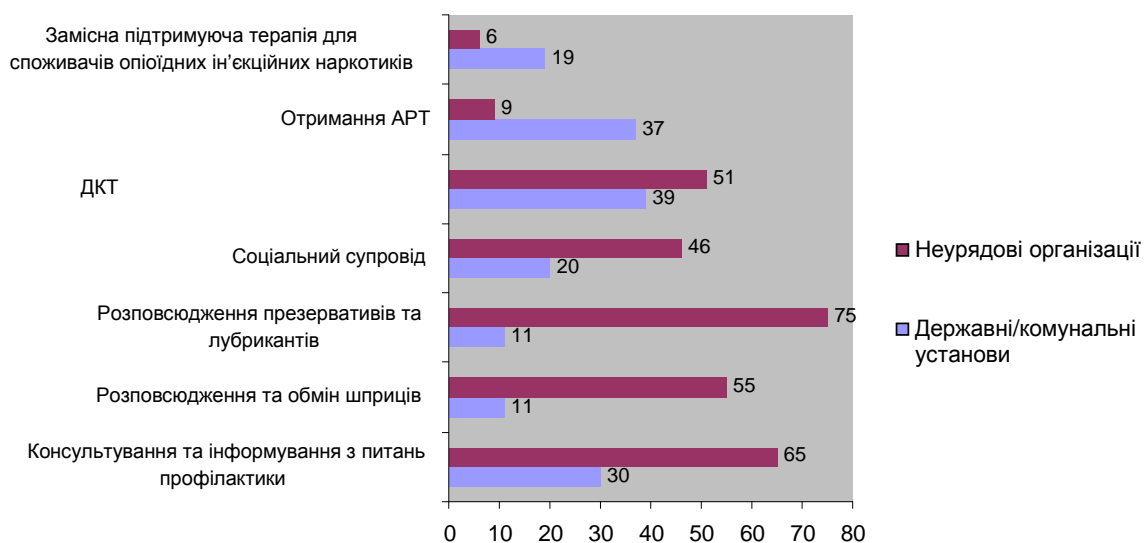


Рис. 3.4 Розподіл відповідей респондентів на запитання «В яких організаціях – державних/комунальних чи неурядових Ви зазвичай отримуєте основні медичні або соціальні послуги», %

Серед перешкод, що заважають ЛЖВ або уразливим до ВІЛ людям звертатися до медичних та соціальних закладів з метою отримання необхідних послуг, абсолютна більшість респондентів (79%) назвали страх розголошення статусу, проблеми сприйняття ВІЛ-статусу (37%), відсутність інформації про місця, де можна отримати послуги (23%), та ін. (рис. 3.5).



Рис. 3.5 Розподіл відповідей респондентів на запитання «Як Ви вважаєте, чому ЛЖВ або уразливі до ВІЛ люди не звертаються до медичних та соціальних закладів з метою отримання необхідної послуги?», %

Отримання платних медичних та соціальних послуг

Розподіл відповідей на запитання про бажання отримувати, в разі потреби, платні медичні та соціальні послуги виглядає таким чином (рис 3.6): більшість опитаних (64%) не визначились або не погодилися би платити за *медичні послуги* (41% не змогли визначитися з відповіддю, і 23% в жодному разі не погодилися би на отримання платних медичних послуг), при цьому 36% повідомили про бажання отримувати медичні послуги за плату, з них 34% – лише за умови високої якості послуг, а 2% – незважаючи на якість. Про готовність/неготовність отримання платних *соціальних послуг* (супровід, психологічні послуги, інформаційні) опитані висловилися таким чином: не погоджуються 34%. Не визначилися з відповіддю – 41%. І лише чверть опитаних (25%) погоджується на отримання платних послуг. Отже, чисельність неготових плати за послуги суттєво переважає (75%).

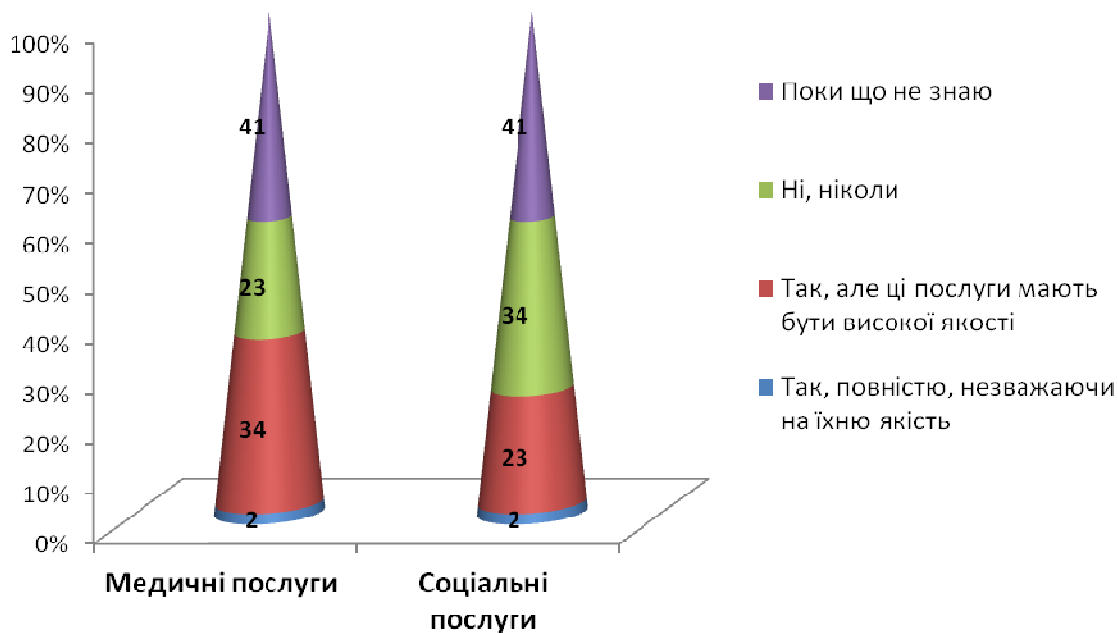


Рис. 3.6 Розподіл відповідей респондентів на запитання «Якби Вам запропонували отримувати медичні та соціальні послуги на платній основі, чи виявили би Ви бажання їх отримувати?», %

Серед тих респондентів, що висловили бажання отримувати платні ВІЛ-послуги, незважаючи на їх якість, на першій позиції ЧСЧ (7%); погоджуються на отримання платних послуг, але за умови високої якості, переважно 60% ЖСБ, 52% СІН(ЛЖВ), та 50% СІН. Серед бажаючих платити за соціальні послуги були переважно СІН (ЛЖВ) та ЖСБ.

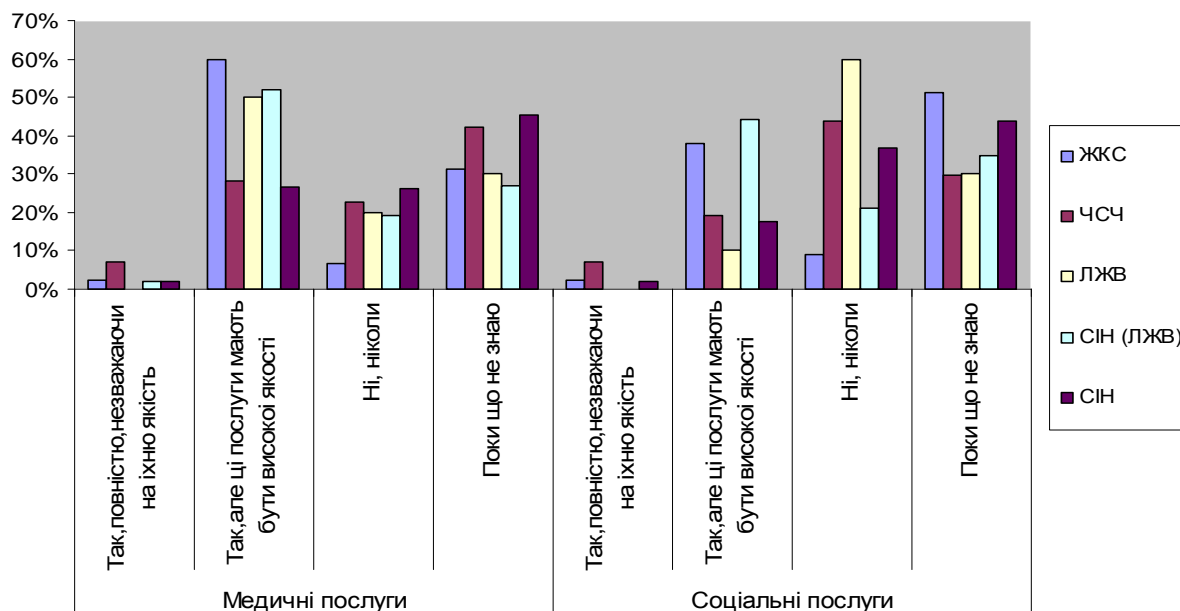


Рис. 3.7 Розподіл відповідей представників різних груп клієнтів на запитання «Якби Вам запропонували отримувати медичні та соціальні послуги на платній основі, чи виявили би Ви бажання їх отримувати?», за групами клієнтів, %

Ці дані підсумовують відповіді тільки тих, хто зголосився на отримання платних послуг, і вони становлять меншу частину від всіх опитуваних (рис. 3.7).

Серед чинників, які спонукали би клієнтів сфери ВІЛ-послуг до отримання платних медичних та соціальних послуг, слід виокремити власний стан здоров'я або стан здоров'я родичів (47% відповідей). На нагальну потребу в конкретній послугі вказали 40% респондентів, чверть опитаних бажають отримувати послуги високої якості, а 6% наслідували би приклад друзів або знайомих (рис. 3.8).³⁴

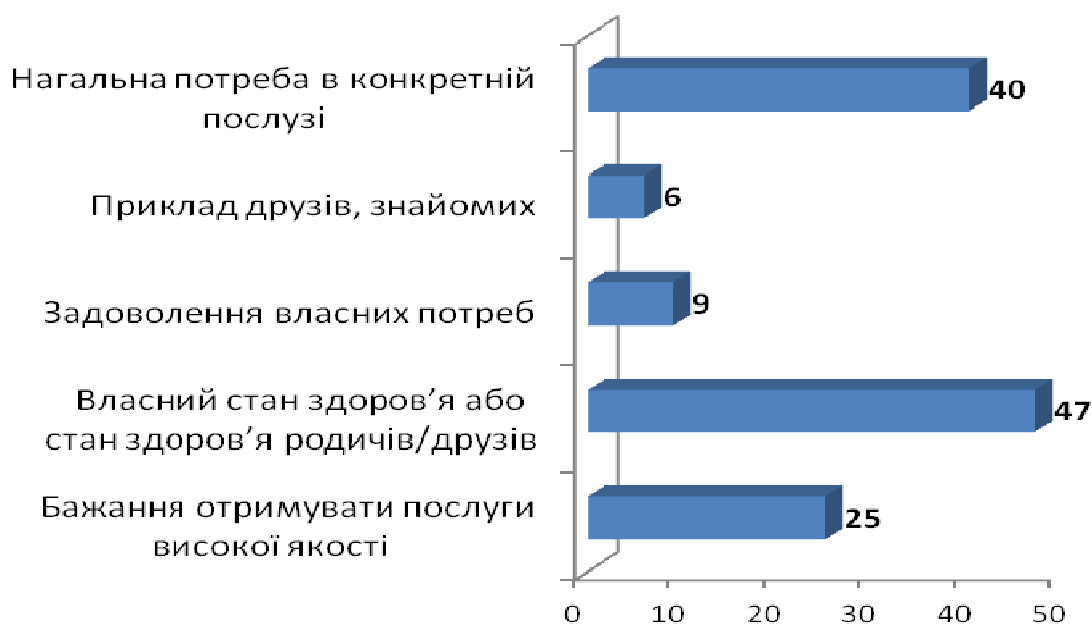


Рис. 3.8 Розподіл відповідей респондентів на запитання «Які чинники, на Ваш погляд, спонукали би Вас до отримання медичних та соціальних послуг на платній основі»,%

Виявилося, що серед опитаних клієнтів більше третини раніше платили за витратні матеріали (контейнер, рукавички, роздаткові матеріали), що в середньому складало 35 грн. 17% респондентів мали досвід оплати послуг медичному працівникові, який проводив обстеження (в середньому ця сума дорівнює 50 грн). Зовсім незначна кількість клієнтів (1%) сплачували за послуги соціальному працівникові (рис. 3.9). Для четвертої частини опитаних ціни були прийнятними, а сьома частина респондентів вказали на надмірну ціну.

³⁴ Загальна кількість відповідей перевищує 100%, оскільки респонденти могли вказувати декілька чинників на вибір.

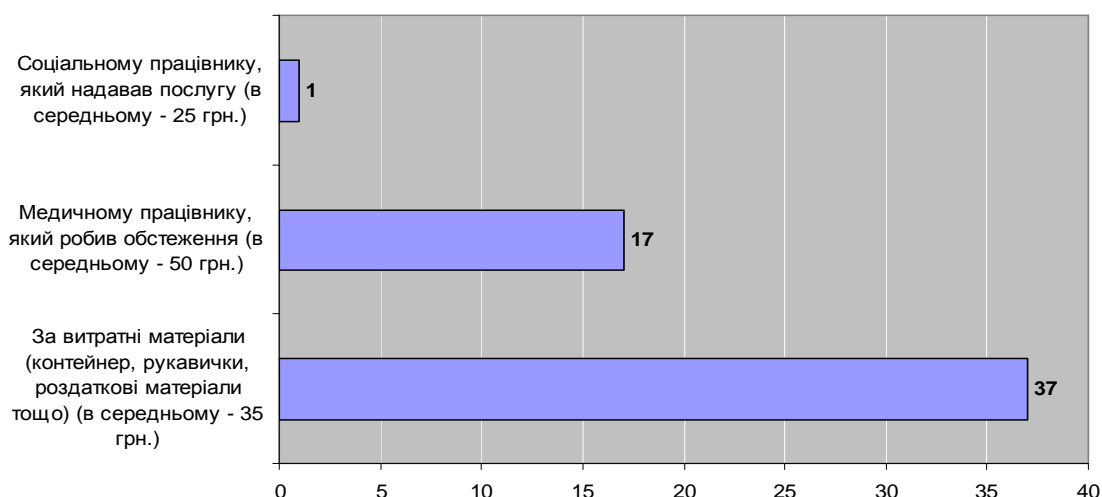


Рис. 3.9 Розподіл відповідей респондентів на запитання «Чи доводилося Вам раніше платити гроші за отримання медичних або соціальних послуг з профілактики ВІЛ?», %

Готовність платити за профілактичні послуги

Відповіді клієнтів ВІЛ-сервісних організацій розділились щодо готовності сплатити за профілактичні послуги самостійно. Запитання ставились окремо стосовно медичних та соціальних послуг. Більшість респондентів (63,9%) не готові отримувати медичні послуги або не могли визначитися з відповіддю, при цьому 36,1% були готові платити за медичні послуги за умови їх високої якості (33,6%), або незважаючи на якість (2,5%).

Ще менше респондентів готові платити за соціальні послуги з ВІЛ (догляд). 74,9% були не готові отримувати соціальні послуги чи не могли визначитися з відповіддю. Тільки 25,1% висловили готовність отримувати платні соціальні послуги, при цьому 2,5% – незважаючи на якість.

Таблиця 3.2

Готовність платити за медичні та соціальні послуги, осіб, %

Якщо би Вам запропонували на платній основі медичні послуги (ДКТ, ЗПТ, АРТ)	Так, повністю, незважаючи на їх якість	11	2,5%
	Так, але ці послуги мають бути високої якості	149	33,6%
	Ні, ніколи	101	22,8%
	Поки що не знаю	182	41,1%
Якщо би Вам запропонували на платній основі соціальні послуги	Так, повністю, незважаючи на їх якість	10	2,3%
	Так, але ці послуги мають бути високої якості	101	22,8%
	Ні, ніколи	149	33,6%
	Поки що не знаю	183	41,3%

Сума, яку клієнти готові сплатити за конкретну профілактичну послугу, є незначною і не зможе покрити ринкову вартість дороговартісних послуг з профілактики ВІЛ – таких, як АРТ, ЗПТ. Опитані віддають перевагу консультуванню та тестуванню на ВІЛ (22 ос.) і готові сплатити за цю послугу не більше 80 грн.³⁵

З урахуванням соціально-демографічного портрету респондентів та доходів, про які вони повідомили, стає очевидною їхня неспроможність постійно сплачувати навіть ті суми, про які вони особисто заявили, незважаючи на прихильність до отримання профілактичних послуг. Більшість опитаних (64%) мають середньомісячний дохід нижче 3000 грн на місяць (близько 136 дол. США на момент опитування). Лише у 8% респондентів середньомісячний дохід перевищує 5000 грн (більше 227 дол. США).

ПОСЛУГИ З ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ/СНІДУ, ЗА ЯКІ ГОТОВІ СПЛАЧУВАТИ КЛІЄНТИ

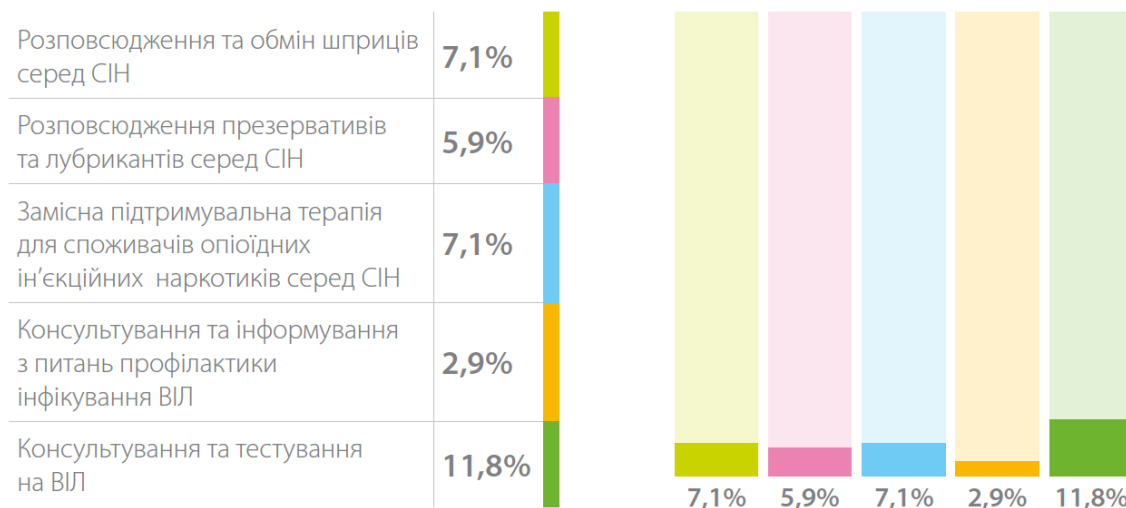


Рис. 3.10. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Чи готові Ви отримувати послуги, зазначені в даному переліку, на платній основі?», %

Готовність оплачувати профілактичні послуги залежить від групи ризику. Так, наприклад, для ЖСБ більш актуальними послугами є отримання презервативів та ДКТ, а для СН, навпаки, – обмін шприців, аніж отримання презервативів (рис. 3.11). Це підкреслює актуальність певних послуг для окремих категорій клієнтів та обумовлює необхідність розробляти профілактичні програми з урахуванням не тільки місцевої специфіки, а й за наявності та чисельності груп ризику в громаді.

³⁵ Exchange rate in dollar by National Bank rate of 1/07/15 22hr=1 \$(4)

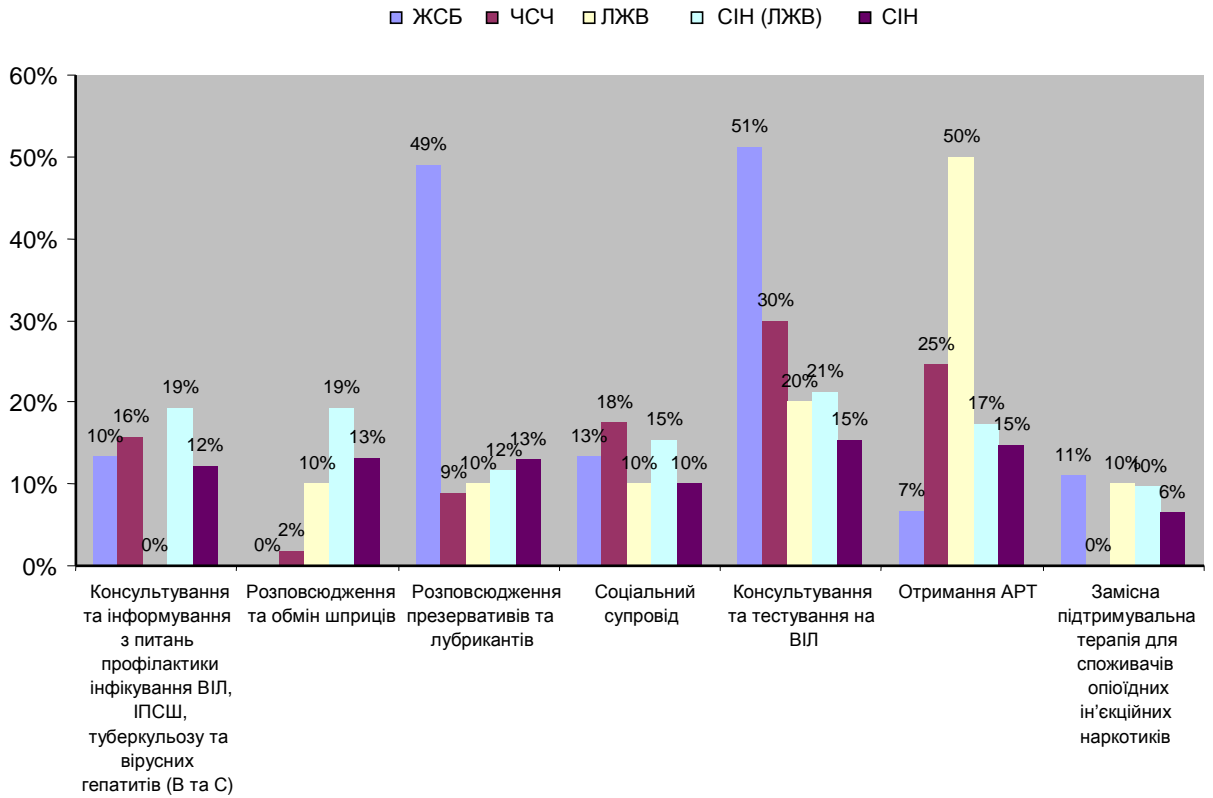


Рис. 3.11. Розподіл відповідей представників різних груп респондентів на запитання «Чи готові Ви отримувати послуги, зазначені в даному переліку, на платній основі?», за групами, %

Щодо аналізу з точки зору географії розташування клієнтів спостерігається загальна тенденція небажання/неможливості з боку клієнтів сплачувати за послуги з профілактики ВІЛ. На загальному фоні виділяються респонденти з Одещини, більше половина з яких висловила готовність сплачувати за такі послуги. Але враховуючи невеликі об'єми коштів, які вони готові за це сплатити та їх низький рівень доходу, ці кошти досить символічні та не зможуть покрити потребу в коштах на забезпечення системних профілактичних послуг з профілактики розповсюдження ВІЛ у регіоні для побудови ефективної відповіді на епідемію ВІЛ/СНІД. Варто зазначити, що клієнти з віддалених регіонів (не обласного центру) виявили більшу схильність оплачувати, нехай й невеличку, але вартість за послугу. Це свідчить про потребу децентралізації цих послуг, адже такі клієнти все одно вже несуть витрати, наприклад, на оплату проїзд з/до обласного центру. (Див. Рис 3.12)

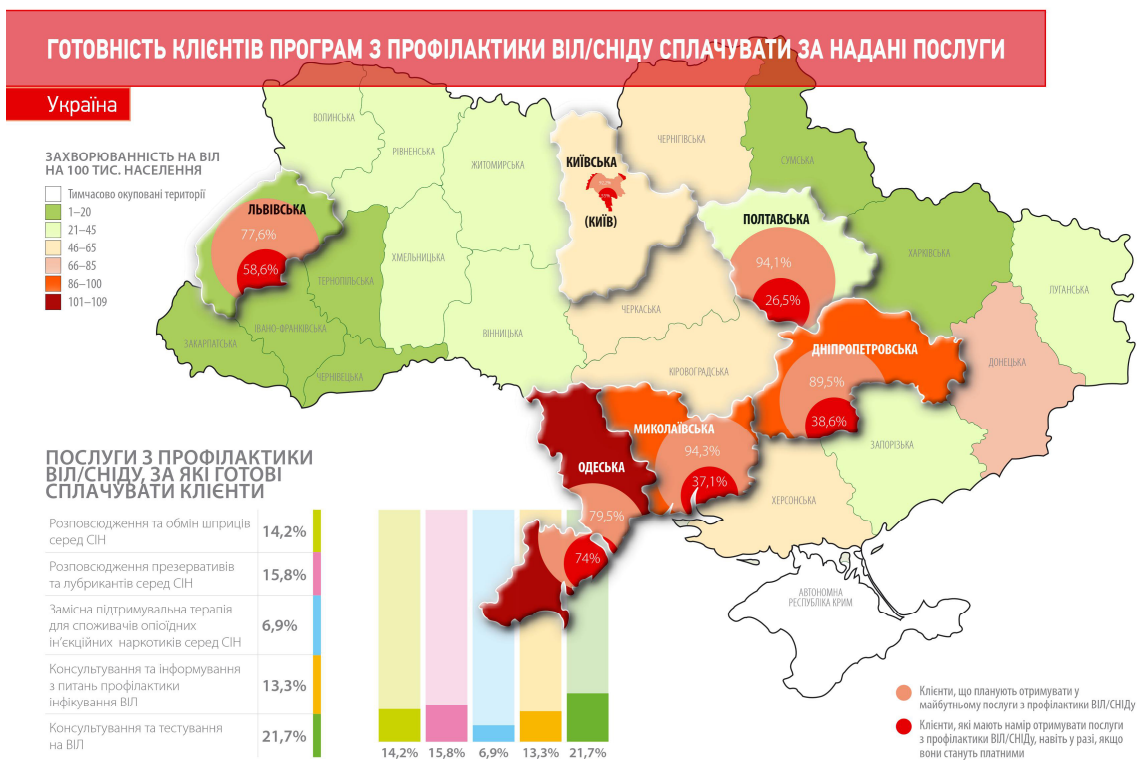


Рис. 3.12 Розподіл відповідей респондентів на запитання «Чи готові Ви отримувати послуги, зазначені в даному переліку, на платній основі?», % за географією розташування (картування)

Під час опитування було з'ясовано думки респондентів про доцільність фінансування надання медичних та соціальних послуг з різних бюджетів (рис. 3.13).

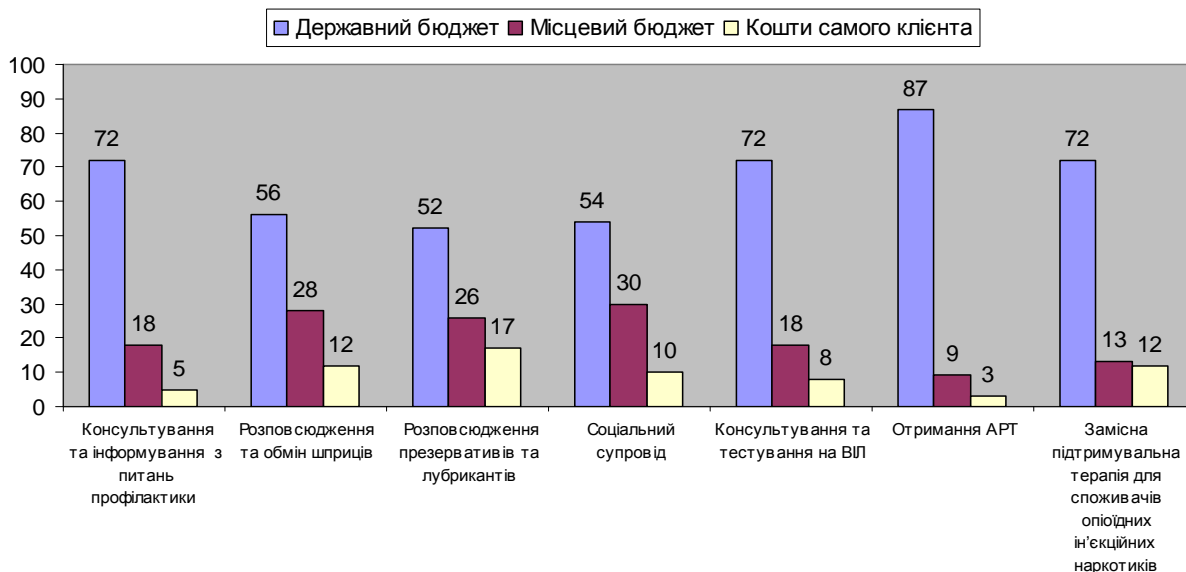


Рис. 3.13 Розподіл відповідей респондентів на запитання «Як Ви думаєте, з якого бюджету доцільно фінансувати отримання уразливими до ВІЛ людей таких медичних та соціальних послуг, %

Більшість відповідей клієнтів припадає на доцільність фінансування профілактичних, медичних або соціальних послуг із державного бюджету, особливо це стосується отримання АРТ (87%), ЗПТ, ДКТ, консультування та інформування з питань профілактики інфікування (по 72% відповідно). Респондентів, які вбачають доцільність фінансування з державного бюджету інших послуг, виявилось менше – на рівні 50%. Третина клієнтів сфери ВІЛ-послуг поділяють думку про те, що соціальний супровід, розповсюдження та обмін шприців маю бути профінансовані місцевими бюджетами. Це підтверджує думку експертів, викладену в попередньому розділі, про те, що пріоритетним джерелом фінансування ВІЛ-послуг має бути держава.

26% опитаних вважають, що місцевими бюджетами може бути профінансоване розповсюдження презервативів та лубрикантів; по 18% – консультування та інформування з питань профілактики інфікування, ДКТ; 13% – ЗПТ та 9% – АРТ.

На кошти самого клієнта покладається незначна кількість опитаних отримувачів профілактичних послуг: 17% – за отримання презервативів та лубрикантів, 3% – за отримання АРТ.

Висновки до розділу 3

Опитування клієнтів сфери ВІЛ-послуг дозволяє дійти таких висновків.

- За даними опитування, в Україні створена розгалужена система з надання послуг з профілактики ВІЛ. Клієнти сфери ВІЛ-послуг визначили як *найбільш доступні* консультування та інформування з питань профілактики інфікування ВІЛ, ІПСШ, туберкульозу та вірусних гепатитів (В і С).
- Отримувачі профілактичних послуг з ВІЛ повідомили про додаткові потреби у медичних обстеженнях, які можуть бути для них платними. Досить незначна частина опитуваних повідомила про сплату благодійних внесків у медичній установі на вимогу надавача послуг. Середній розмір оплати обстежень та послуг повністю відповідає ринковим цінам медичної галузі, але є високими для населення.
- Тільки третина учасників опитування не відчувала *жодних бар'єрів* під час пошуку можливості отримати послуги з профілактики ВІЛ. Решта мала побоювання щодо можливого розкриття статусу та отримання внаслідок цього неякісної допомоги. Серед інших значущих бар'єрів називались незнання місцезнаходження організації, де надавалися профілактичні послуги, або відсутність грошей.
- Не знайшли підтвердження припущення щодо готовності клієнтів самостійно оплачувати ВІЛ-послуги. Більшість респондентів (63,9%) *не готові отримувати платні медичні послуги* або не могли визначитися з відповіддю. 36,1% були готові платити за медичні послуги за умови їх високої якості. Також значна частина респондентів (74,9%) *не готові платити за соціальні послуги* (догляд) чи не могли визначитися з відповіддю. Лише чверть (25,1%) висловили готовність отримувати платні соціальні послуги.
- Результати опитування пояснюються рівнем доходів, про які повідомили респонденти. 64% із них мають низький або дуже низький рівень доходів (близько 3000 грн, або 135 дол. США на місяць). Отже, незважаючи на прихильність до профілактичних послуг, клієнти не зможуть їх оплачувати.
- Більшість клієнтів вважають доцільним *фінансування з державного бюджету* профілактичних медичних або соціальних послуг, причому здебільшого це стосується отримання АРТ (87%), ЗПТ, ДКТ, консультування та інформування з питань профілактики (по 72% відповідно). Стосовно фінансування з державного бюджету інших послуг висловилися близько 50%. Третина клієнтів сфери ВІЛ-послуг поділяють думку про те, що соціальний супровід, розповсюдження та обмін шприців мають бути профінансовані місцевими бюджетами.
- Отримані дані про рівень доходів та неготовність клієнтів самостійно оплачувати ВІЛ-послуги свідчать про те, що *не варто*

сподіватися на інвестиційну привабливість проектів ДПП у сфері профілактики ВІЛ, принаймні якщо розраховувати на те, що за певні послуги клієнти сплачуватимуть самі. Отже, відповідальність за подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні має бути покладено на державу, що повинно відобразитися у відповідному розподілі бюджетного фінансування, і в т.ч – на профілактичні програми.

- За умови вкрай обмеженого державного фінансування та великої кількості осіб, які опинилися у складних життєвих обставинах в Україні через воєнні дії на сході країни, необхідно спрямовувати фінансові ресурси за принципом максимальної користі (cost effectiveness). Отже, обираючи точку фокусу профілактичних зусиль, необхідно враховувати, в якій групі ризику охоплення цими послугами буде достатньо ефективним для здійснення впливу на перебіг епідемії ВІЛ/СНІДу у громаді.
- Наведені дані характеризують обсяг та номенклатуру послуг з профілактики ВІЛ, що в даний час надаються в регіонах України на базі НУО-субреципієнтів ГФСТМ. Отримувачі послуг висловлюють сподівання на продовження дії профілактичних програм. Однак, за відсутності чітких правових механізмів співпраці між державою та неурядовим сектором, що було зазначено вище, та невизначеності з обсягами державних видатків на профілактику ВІЛ, неможливо спрогнозувати вірогідні сценарії передачі відповідальності за надання послуг після припинення донорського фінансування, або однозначно стверджувати, що державний сектор зможе взяти на себе відповідальність за надання послуг з профілактики ВІЛ.

Розділ 4

Опитування представників органів місцевого самоврядування, бізнесу та НУО

4.1. Методологічні засади

Основна мета опитування – вивчення досвіду та ставлення респондентів до можливості фінансової участі районної/міської влади в реалізації проектів ДПП, СЗ, пошук інших наявних механізмів. Для проведення опитування було розроблено соціологічну анкету (Додаток 3).

Цільова група – представники органів місцевого самоврядування районного та міського рівнів, бізнесу та громадських організацій (опитано 150 осіб), які мали досвід або обізнані з різними механізмами фінансування послуг для уразливих до ВІЛ груп населення.

Інструментарій для збору даних дослідження містив запитання щодо:

1. наявних на місцевому рівні фінансових механізмів з надання ВІЛ-послуг за останні 3 роки;
2. виявлення короткострокової (на рік) та довгострокової (до 2017 р.) перспектив розвитку різних форм фінансування послуг у сфері профілактики ВІЛ.

Критерії відбору респондентів:

- належність до органу місцевого самоврядування; бізнесу або НУО;
- досвід реалізації проектів на умовах партнерства;
- особистий досвід роботи з різними фінансовими механізмами у сфері профілактики ВІЛ.

4.2. Основні результати

За результатами опитування представників органів місцевого самоврядування, представників бізнесу та НУО, *основним джерелом фінансування* організацій, які представляли респонденти, є бюджет міста (44%), бюджет області (40%) та державний бюджет (29%). Крім того, третина опитаних вказали на існування грантових програм в організації, а чверть респондентів зазначили спонсорську допомогу (рис. 4.1).

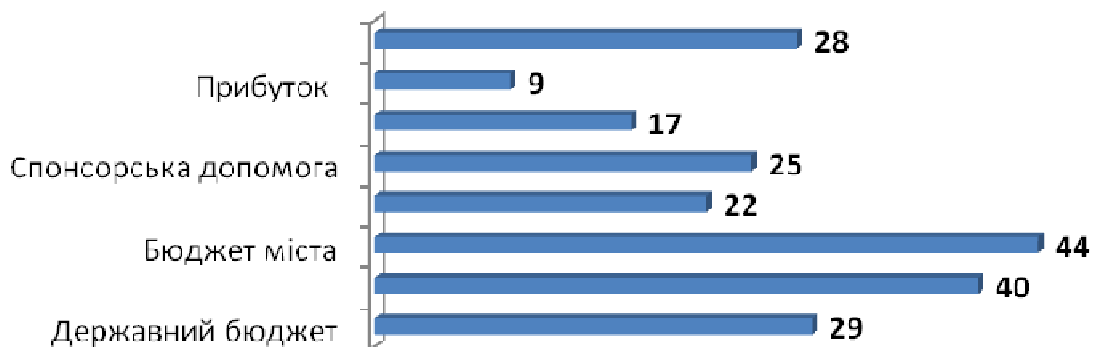


Рис. 4.1. Розподіл відповідей респондентів на запитання «За рахунок яких коштів функціонує організація/установа, в якій Ви працюєте?», %

15% респондентів зізналися в тому, що їм не відомо про ДПП. Переважна більшість опитаних підтвердили, що обізнані про ДПП (рис. 4.2).

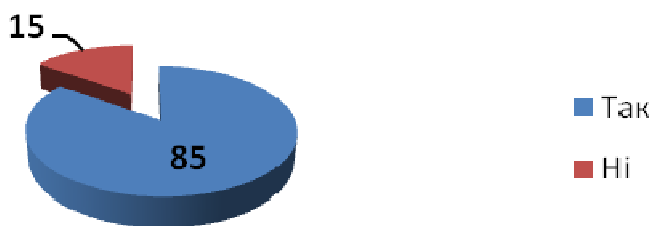


Рис. 4.2. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Чи знаєте Ви, що таке ДПП?», %

Респондентам було поставлено запитання стосовно того, яким чином, на їхню думку, відбувається співробітництво між державною установою/організацією та приватним партнером. Серед відповідей зафіксовано майже однаковість опитаних в ініціативі співробітництва державної установи (44%), приватного партнера – 43%. 9% респондентів було складно визначитися з відповіддю (рис. 4.3).

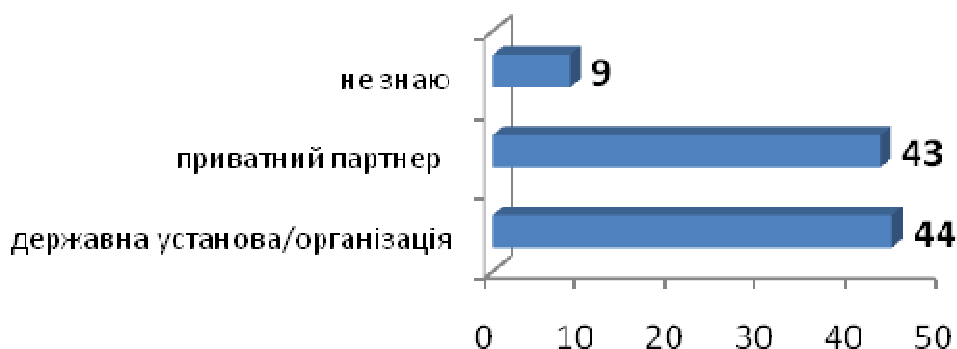


Рис. 4.3 Розподіл відповідей респондентів на запитання «Хто, на Ваш погляд, найчастіше ініціює пропозицію про здійснення співробітництва між державною установою/організацією та приватним партнером?», %

Більшість учасників опитування (66%) вважають, що насамперед фінансові ресурси приватного партнера є основним джерелом фінансування партнерства між державними організаціями/установами та приватними партнерами. На думку третини опитаних, таким джерелом виступають кошти державного бюджету, а 5% вказали на запозичені фінансові ресурси (маються на увазі кредити, облігаційні позики тощо) – рис. 4.4.



Рис. 4.4. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Які джерела фінансування використовуються, як правило, для здійснення партнерства між державними організаціями/установами та приватними партнерами у Вашому регіоні?», %

Було виявлено думку опитаних стосовно значення ДПП для приватного інвестора (рис. 4.5). Це, передусім, взаємовигідне співробітництво, в якому інвестор (приватний партнер) зацікавлений у досягненні соціального ефекту – такої думки дотримується більшість респондентів (56%). Іншу думку поділяє третина опитаних: вони вважають, що ДПП – це спонсорський проект, в якому інвестор виступає донором коштів. Майже кожний десятий респондентів вважає ДПП комерційним проектом, в якому інвестор має за мету отримання прибутку та відшкодування інвестицій.

Головним питанням у ДПП є розподіл ризиків між державою та приватним інвестором. На думку переважної кількості опитаних, основними ризиками, які мають брати на себе як державний, так і приватний партнери в реалізації проектів на умовах ДПП, є ризики форс-мажорних обставин (69 та 70% відповідей). Технологічні ризики, пов'язані з процесом реалізації проекту, ризики затримки проекту так само рівною мірою стосуються державного і приватного партнерів. Що стосується нормативних та регуляторних ризиків, то, на думку 60% респондентів, їх повинні брати на себе державні партнери. Вдвічі менше виявилось тих, хто вважає це прерогативою приватного партнера. Аналогічна ситуація спостерігається у відповідях, наданих представниками муніципалітетів, бізнесу та НУО, стосовно розподілу політичних ризиків.



Рис. 4.5. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Які ризики проектів можуть брати на себе державний та приватний партнери у ДПП?», %

Під час проведення опитування було з'ясовано думку респондентів щодо *бар'єрів для ефективного розвитку ДПП* у медичній та соціальній сферах. На думку 67% опитаних, розвитку ДПП заважає відсутність чіткої нормативно-правової бази, що регулює ДПП, у т.ч. в медичній та соціальній галузях. Майже половина респондентів дотримуються думки про те, що причина – в діючих корупційних схемах, а третина опитаних вказали на відсутність стимулів для інвесторів, пасивність і незалученість приватного сектору до розвитку медичної та соціальної галузей (відповідно 33 та 34%). 9% учасників опитування вважають слабкою співпрацю з міжнародними інститутами ДПП.

Завданнями дослідження передбачалося вивчення думки цільової групи про визначення *ролі місцевої влади, представників бізнесу та громадського сектору у розвитку медичної та соціальної сфер*. За отриманими даними можна представити таку модель взаємодії між різними інституціями: на місцеву владу переважно покладається роль активного залучення до обговорення місцевого бюджету (84% опитаних), участь у розробці регіональних програм (74% відповідей), моніторинг та контроль за використанням бюджетних коштів (49% відповідей), активна участь у конкурсах та тендерах (43%) .

Щодо благодійних внесків та спонсорської допомоги, респонденти висловилися, що це має бути або роль місцевої влади, або роль представників бізнесу (так вважають більшість опитаних – 80 та 64% відповідно). Крім того, представники бізнесу мають брати активну участь у тендерах та конкурсах (60% респондентів). Стосовно участі в

обговоренні місцевого бюджету та розробки регіональних програм лише третина учасників опитування вказала, що це має бути відведене бізнесу.

Громадські організації у розвитку медичної та соціальної сфер представлені майже за всіма напрямками діяльності. Більшість відповідей було отримано стосовно ролі громадського сектору у моніторингу та контролі за використанням бюджетних коштів, участі в розробці регіональних програм (по 60% відповідно) – рис. 4.6.

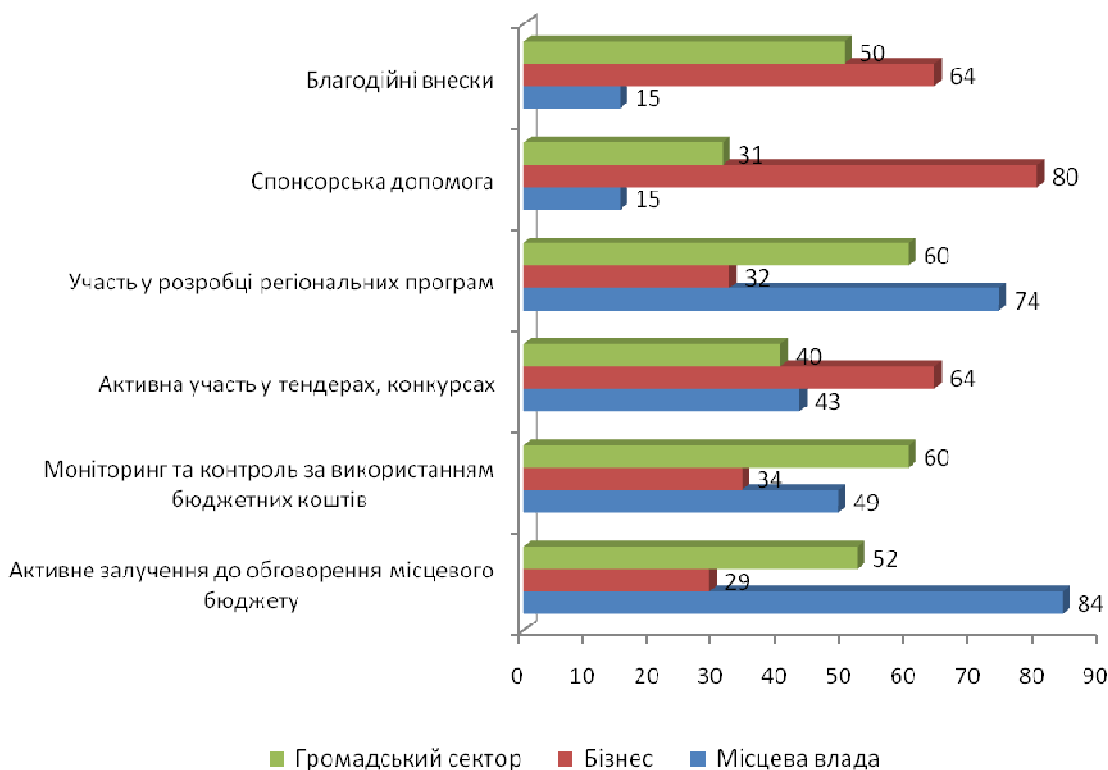


Рис. 4.6. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Якою має бути роль місцевої влади, представників бізнесу та громадського сектору в розвитку медичної та соціальної сфер у Вашому регіоні?», %

Більшість представників органів місцевого самоврядування, бізнесу та НУО, що брали участь в опитуванні, поділяють думку про те, що застосування ДПП у сфері надання послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу є абсолютно доцільним (61%), скоріше доцільним, ніж ні (25%). 5% опитаних вважають недоцільним застосування ДПП. 9% респондентів було важко визначитися у відповіді на поставлене запитання.

Опитуванням було виявлено, що всі запропоновані форми співпраці у профілактиці ВІЛ/СНІДу та в інших напрямках діяльності були застосовані в організаціях, де працюють респонденти. У сфері ВІЛ-послуг найбільш поширеною формою співпраці є договір про спільну діяльність (56% відповідей), договори оренди (37%), контракти на послуги (31%). Співпрацю на умовах концесійного договору, лізингових угод та контрактів на управління зазначили відповідно 11, 13 та 15% респондентів. По 17% відповідей учасників опитування припадає на такі форми співпраці, як інвестиційний договір та договір управління майном (рис. 4.7.).

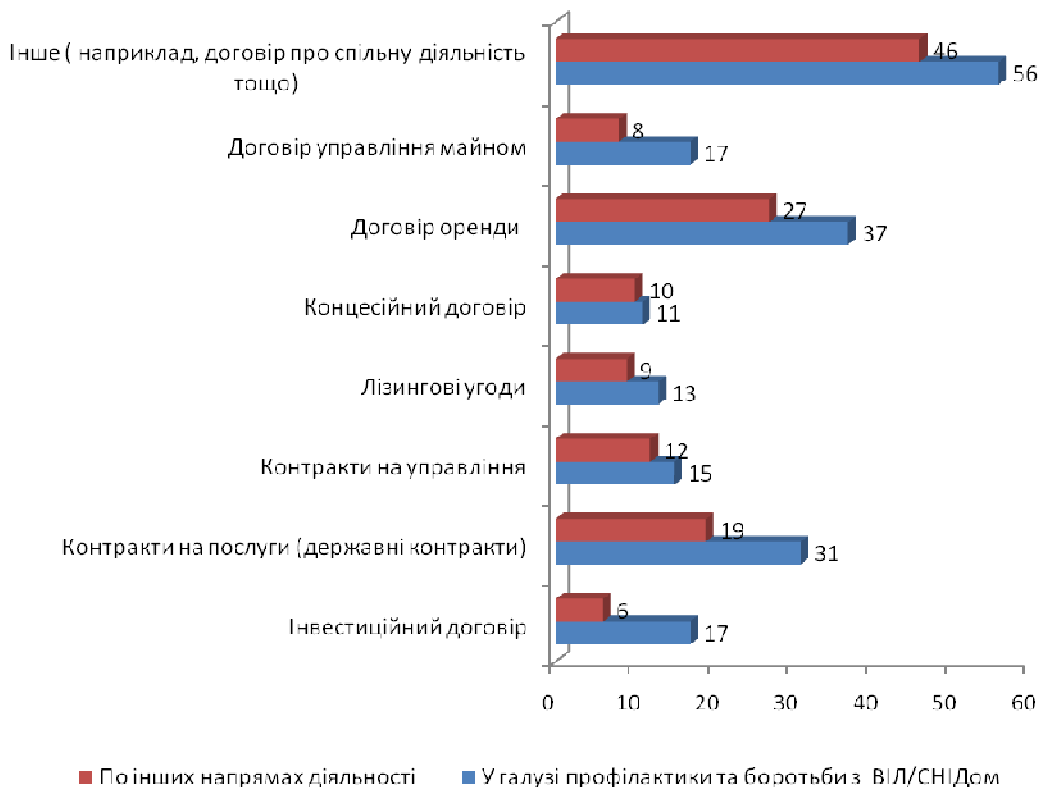


Рис. 4.7. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Які договірні форми співпраці використовує Ваша організація/установа?», %

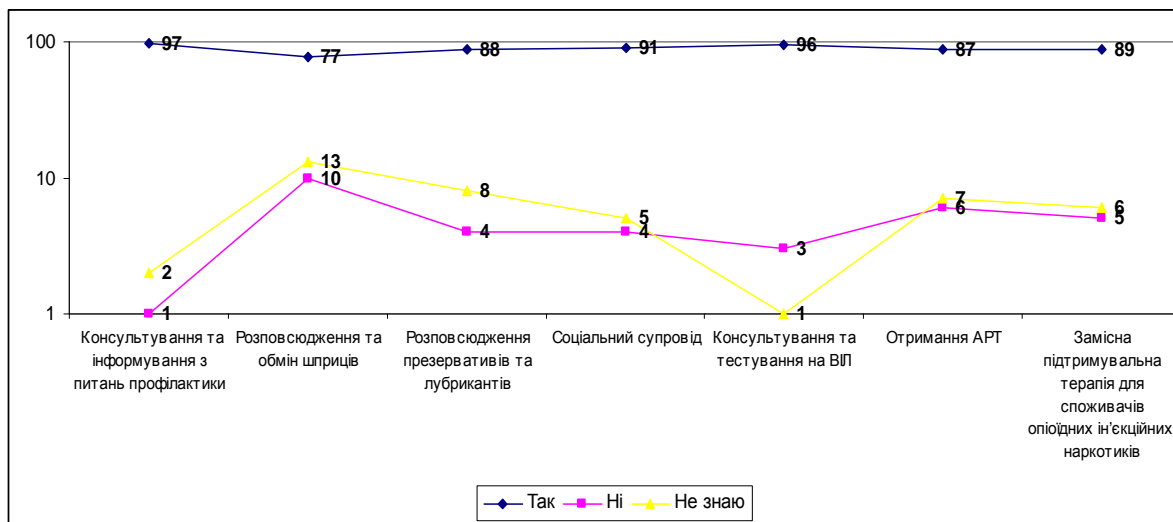


Рис.4.8. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Які послуги з профілактики ВІЛ надаються у Вашому регіоні?», %

На думку більшості опитаних (59%), оптимальною формою співпраці у наданні послуг з профілактики ВІЛ є контракти на послуги та договори оренди (52%) – рис. 5.2.8. Третина учасників опитування висловилися за такі форми співпраці, як інвестиційний договір, договір управління майном та контракти на управління. На думку чверті опитаних

у наданні послуг з профілактики ВІЛ мають застосовуватися лізингові угоди та інші форми ДПП.

Наведені нижче дані вказують на весь спектр профілактичних послуг, які, на думку респондентів, надаються в їхніх регіонах (рис. 4.9).

Відповіді на запитання стосовно *джерел фінансування профілактичних послуг* розподілилися таким чином: за рахунок міжнародних організацій та фондів надаються консультування та інформування з питань профілактики ВІЛ, розповсюдження та обмін шприців (71% відповідей стосовно кожної послуги); розповсюдження презервативів та лубрикантів – 76%.

Кошти місцевого бюджету залучаються переважно для здійснення соціального супроводу (66%), ДКТ (67%), АРТ (56%) та ЗПТ (53%). Участь у фінансуванні профілактичних послуг приватних осіб та бізнесу, за результатами опитування, досить незначна. Приватні особи інколи долучаються до розповсюдження та обміну шприців і розповсюдження презервативів (по 7% відповідей відповідно), представники бізнесу – фактично ні.

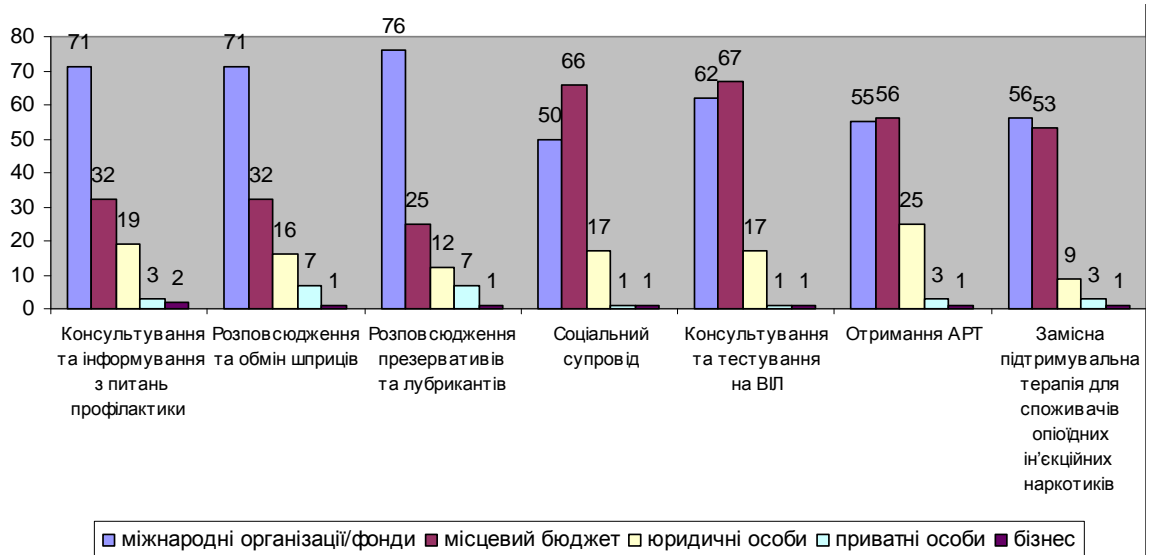


Рис. 4.9. Розподіл відповідей респондентів на запитання «За рахунок яких коштів переважно фінансуються названі нижче послуги з профілактики ВІЛ у Вашому регіоні?», %

На запитання щодо того, з якого бюджету доцільно фінансувати отримання послуг уразливими до ВІЛ особами, були отримані такі відповіді: з державного бюджету доцільним є фінансування таких послуг, як АРТ (80%), консультування та інформування з питань профілактики інфікування (68%), ЗПТ (66%), ДКТ (50%), розповсюдження та обмін шприців (44%), розповсюдження презервативів (43%). Майже третина респондентів вважають доцільним фінансування соціального супроводу за кошти державного бюджету. Однак тих, хто вказав на кошти місцевих бюджетів, виявилось більше (73%).

Крім того, кошти місцевого бюджету мають стати складовою механізму фінансування таких профілактичних послуг, як ДКТ (це думка

66% опитаних); розповсюдження та обмін шприців (56%), консультування та інформування з питань профілактики інфікування (57%), розповсюдження презервативів та лубрикантів (52%). Щодо отримання АРТ та ЗПТ, то, на думку відповідно 33 та 40% респондентів, можуть також бути залучені кошти місцевих бюджетів.

Стосовно оплати профілактичних послуг *клієнтом* найбільшу кількість відповідей було зазначено стосовно отримання ЗПТ, презервативів та лубрикантів, розповсюдження та обмін шприців (26, 27 та 19 % відповідей відповідно). За отримання АРТ та соціальний супровід також мають сплачувати самі клієнти – такої думки дотримуються 7 та 9% респондентів. Решта профілактичних послуг з ВІЛ, за які клієнт має сплачувати сам, набрали невелику кількість позитивних відповідей (по 3%) – рис. 4.10.

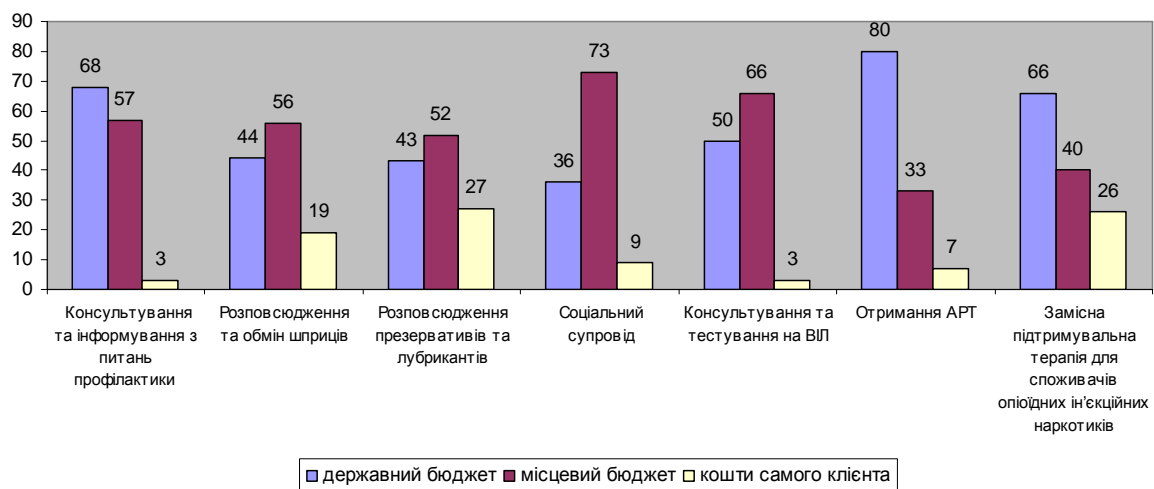


Рис. 4.10. Розподіл відповідей респондентів на запитання: «Як Ви думаєте, з якого бюджету доцільно фінансувати отримання послуг уразливими до ВІЛ людьми?», %

Під час опитування представників муніципалітетів, бізнесу та НУО було виявлено думку стосовно *оцінки сучасної нормативно-правової бази*, яка регламентує співпрацю і партнерство сторін у сфері надання послуг з профілактики ВІЛ.

Отримані дані засвідчили, що більшість опитаних (48%) в цілому оцінюють нормативно-правову базу позитивно, але третина з них вказала на те, що існують деякі нормативно-правові документи, які потребують вдосконалення. 32% респондентів висловилися негативно, оцінюючи нормативно-правову базу, і вказали на її неефективність. 15% респондентів було важко визначитися з відповіддю, а 5% зізналися в тому, що не зовсім обізнані у законодавстві.

Висновки до розділу 4

- Опитування представників органів місцевого самоврядування, бізнесу та НУО показало, що, хоча й переважна більшість опитаних заявила про свою обізнаність у принципах ДПП, відповіді на конкретні запитання щодо його різних форм та механізмів реалізації засвідчили недостатній рівень знань опитуваних у даному питанні. Так, наприклад, роль бізнеса в ДПП помилково сприймається як спонсорська, а не партнерська. Більшість опитаних дотримуються думки про те, що для інвестора ДПП – передусім взаємовигідне співробітництво, в якому він зацікавлений заради досягнення соціального ефекту. Третина опитаних вважають, що ДПП – це спонсорський проект, в якому інвестор виступає донором коштів.
- Водночас на запитання щодо *бюджету, з якого доцільно фінансувати надання послуг уразливим до ВІЛ людям*, значна частина респондентів визначила *державний бюджет*. Доцільним також вважають фінансування з державного бюджету послуг з АРТ (80%), консультування та інформування з питань профілактики інфікування (68%), ЗПТ (66%), ДКТ (50%), розповсюдження та обмін шприців (44%), розповсюдження презервативів (43%). Майже третина респондентів вважають доцільним фінансування за кошти державного бюджету соціального супроводу.
- За думкою опитаних, *кошти місцевого бюджету* мають стати складовою механізму фінансування таких профілактичних послуг, як ДКТ (це думка 66% опитаних); розповсюдження та обмін шприців (56%), консультування та інформування з питань профілактики інфікування (57%), розповсюдження презервативів та лубрикантів (52%). Щодо отримання АРТ та ЗПТ, то, на думку відповідно 33 та 40% респондентів, можуть також бути залучені кошти місцевих бюджетів.
- Стосовно оплати профілактичних послуг самим клієнтом, найбільшу кількість відповідей було надано стосовно ЗПТ, отримання презервативів та лубрикантів, розповсюдження та обмін шприців (26, 27 та 19 % відповідей відповідно). За АРТ та соціальний супровід мають сплачувати самі клієнти – такої думки дотримуються 7 та 9% респондентів. Решта профілактичних послуг з профілактики ВІЛ, за які має клієнт сплачувати сам, набрали невелику кількість позитивних відповідей (по 3%).
- Уявлення експертів місцевого рівня збігається з твердженням клієнтів ВІЛ-послуг про те, що джерелом забезпечення послуг з профілактики ВІЛ можуть бути державні кошти, а не кошти клієнтів.
- На думку більшості опитаних (59%), оптимальною формою співпраці з надання послуг з профілактики ВІЛ є контракти на послуги та договори оренди (52%).
- Щодо застосування ДПП як фінансового механізму забезпечення надання послуг з профілактики ВІЛ, які були об'єктом дослідження, можна дійти висновку, що 1) експерти місцевого рівня недостатньо обізнані з цих питань; 2) місцеві експерти вбачають у приватному секторі та бізнесі не повноправного партнера ДПП, а скоріше як спонсора певних заходів. Основним фінансовим механізмом для забезпечення послуг з профілактики ВІЛ респонденти вважають пряме фінансування з місцевих та державного бюджетів.

РОЗДІЛ 5

Аналіз практик надання послуг

В попередніх розділах звіту вже розглядалися деякі приклади кейсів застосування моделі ДПП у різних країнах світу. В даному розділі наведено додаткові приклади їх використання в Україні.

5.1. Приклади кейсів

Проект «Оренда об'єктів водопостачання та водовідведення, м.Одеса»

1. Передумови реалізації

У 1990 р. персонал комунального підприємства, яке відповідало за водопостачання та водовідведення, уклав договір з підприємством про оренду інфраструктури і надання послуг населенню. Відносини оренди відповідали прагненню персоналу до більшої самостійності в управлінні підприємством і наданні послуг. З 1995 р. у відповідь на вимоги національного законодавства трудовий колектив трансформувався в акціонерне товариство «Одесаводоканал».

2. Аналіз проблемної ситуації

Надмірний ступінь зносу основних фондів комунального водного господарства у м. Одесі став причиною зростання кількості аварійних випадків, перевитрат ресурсів та низької якості послуг, що, зрештою, сприяло незадоволенню кінцевих споживачів. Водночас модернізація об'єктів водного господарства потребувала значних матеріальних витрат, які державний і місцевий бюджети не в змозі були забезпечити.

3. Місія (мета та завдання)

Метою створення такого проекту на засадах ДПП була реорганізація системи та оптимізація методів надання комунальних послуг, підвищення їх ефективності та якості, переоснащення та модернізація мереж водопостачання та водовідведення.

4. Потенціал та ресурси

Платежі населення за комунальні послуги орендарем використовувалися як основні фінансові ресурси проекту.

5. Заходи

Протягом періоду дії договору оренди приватне акціонерне товариство «Одесаводоканал» використовувало свої кошти для фінансування таких заходів:

- будівництво об'єктів водопостачання та водовідведення – 20,5 млн. грн;
- капіталовкладення в об'єкти незавершеного будівництва – до 23 млн. грн;
- встановлення лічильників води у 28% багатоквартирних будинках міста, де проживають 60% споживачів;
- придбання основних фондів – 5,6 млн. грн.

6. Партнери (% участі та роль кожного)

Учасниками проекту на засадах ДПП виступили: з одного боку – комунальне підприємство, що належить до обласної власності (державний партнер), а з іншого – трудовий колектив підприємства як приватний партнер (з 1995 р. – акціонерне товариство «Одесаводоканал»). Орендар (трудовий колектив) відповідав за експлуатацію і технічне обслуговування водопровідної та каналізаційної мереж, а також за необхідні капіталовкладення з 1990 по 2000 роки. За право експлуатації мереж орендар сплачував обласному управлінню символічну винагороду. Орендар розраховував тарифи на послуги на основі витрат і очікуваних прибутків, а обласне управління розглядало і затверджувало тарифи. Підготовкою рахунків і збором платежів також займався орендар. Більшість ризиків проекту взяв на себе приватний партнер.

7. Результати. Сильні та слабкі сторони

Результатом дії договору оренди стало зростання рівня задоволення споживачів якістю надання комунальних послуг у сфері водопостачання та водовідведення, що підтверджувалося зменшенням кількості скарг. Однак у 2000 році відповідальність за надання комунальних послуг в м. Одесі була передана міській раді. Міська влада не виявила прихильності до оренди майна приватним підприємством і розірвала контракт з акціонерним товариством «Одесаводоканал», після чого кількість скарг споживачів збільшилася. Сильною стороною проекту можна назвати якісне надання послуг населенню без використання державних інвестицій. Незважаючи на це, проект ДПП не був позбавлений недоліків, одним із яких стала невизначеність юридичного статусу приватного партнера і його відносин з міською владою Одеси.

Зазначимо, що такий проект не є типовим проектом ДПП відповідно до положень Закону про ДПП.

Проект «Концесія об'єкту водопостачання та водовідведення, м. Луганськ»

1. Передумови реалізації

В Луганській області з 2004 р. послуги централізованого водопостачання і водовідведення для 85% споживачів здійснювало обласне комунальне підприємство «Компанія «Луганськвода». Показники технічного і фінансового стану компанії на той час були одними з найгірших у галузі.

2. Аналіз проблемної ситуації

Кількість аварій на магістральних і розподільчих мережах становила понад 50 тис. на рік, втрати води – 62%, щорічні збитки – близько 70 млн. грн. Для поліпшення роботи підприємства Луганська обласна рада у жовтні 2006 р. ухвалила рішення про передачу цілісного майнового комплексу ОКП «Компанія «Луганськвода» у концесію.

3. Місія (мета та завдання) – істотне поліпшення об'єкта концесії з метою задоволення громадських потреб у сфері водопостачання та

водовідведення споживачів Луганської області за умови сплати концесійних платежів та виконання інших умов концесійного договору.

4. Потенціал та ресурси

Платежі населення за комунальні послуги є основним джерелом відшкодування інвестицій приватного партнера.

5. Заходи

Інвестиції приватного партнера складають 756,7 млн. грн, з яких:

- 500 млн. грн вносяться протягом перших п'яти років після укладення концесійного договору з урахуванням індексу інфляції;
- 256,7 млн. грн – до 2032 р..

Джерелами фінансування інвестиційних вкладень є власні і позикові кошти концесіонера.

Джерелом відшкодування інвестиційних вкладень концесіонера є його прибуток, отриманий за виконані роботи та послуги, надані в рамках концесійної діяльності.

1. Партнери (% участі та роль кожного)

Луганська обласна рада в особі голови (концесіодавець) передала Товариству з обмеженою відповідальністю «Луганськвода» (концесіонер) право здійснювати управління (експлуатацію) об'єкту концесії протягом 25 років.

2. Результати. Сильні та слабкі сторони

Зацікавленість у концесійному конкурсі виявили 7 компаній із України, Росії, Франції та Кіпру. Однак конкурсна пропозиція надійшла лише від одного підприємства – ТОВ «Луганськвода», дочірнього підприємства російського приватного оператора ТОВ КК «Росводоканал». Наприкінці 2007 р. один із найбільших у Луганській області споживачів води Алчевський металургійний комбінат звернувся до суду з вимогою скасувати рішення Луганської облради про передачу ОКП «Компанія «Луганськвода» у концесію, тому що умови концесійного конкурсу навмисне обмежували кількість його потенційних учасників. Однією з умов участі приватних операторів у конкурсі була вимога про наявність досвіду роботи в галузі на території СНД не менш 3-х років у містах з населенням не менш 3 млн. осіб. Судом було ухвалено рішення про заборону проведення конкурсу, однак у березні 2008 р. заборону було знято. За результатами концесійного конкурсу переможцем стало ТОВ «Луганськвода». З 1 серпня 2008 р. водопровідно-каналізаційне господарство Луганської області, за винятком міськводоканалів Алчевська, Сєвєродонецька, Лисичанська, Краснодона, Петровського, було передано в концесію підприємству ТОВ «Луганськвода» на 25 років. Одночасно було ухвалено рішення про підвищення тарифів на водопостачання і водовідведення в 2,3 рази – з 2,85 до 6,66 грн/м³.

Протягом 3-х років діяльності концесіонера його борг перед енергокомпанією на 1 серпня 2011 р. сягнув 267,1 млн грн., і концесіонер був відключений від енергопостачання.

28 лютого 2013 р. Луганська облрада прийняла рішення про скасування концесійного договору з ТОВ «Луганськвода» через невиконання концесіонером умов концесійного договору у частині інвестицій та концесійних платежів. За перші 4 роки роботи концесіонер інвестував у концесійний об'єкт трохи більше 100 млн. грн замість передбачених 500 млн. грн протягом перших 5 років.

Спроба запровадження ДПП партнерства у м. Запоріжжі на прикладі комунального закладу «Міська клінічна лікарня № 3»

1. Передумови реалізації

На базі комунального закладу «Міська клінічна лікарня № 3» запорізька влада мала намір реалізувати проект із запровадженням принципів ДПП, про що було повідомлено прес-службою мерії. З ініціативи мера та з участю управління з питань охорони здоров'я міської ради Запоріжжя створено робочу групу з реалізації пілотного проекту у сферу охорони здоров'я міста. В основу проекту планувалося покласти інвестиційні зобов'язання приватного партнера з метою проведення реконструкції, капітального ремонту та модернізації установи, а також забезпечення муніципалітетом гарантій повернення вкладених інвестицій протягом дії договору, що передбачав запровадження додаткових платних медичних та немедичних (сервісних) послуг, які пацієнти будуть обирати на добровільній основі.

2. Аналіз проблемної ситуації

Протягом останнього часу актуальною темою для обговорення було реформування медичної галузі: моделі, механізми реалізації, нормативно-правова база, впровадження нової системи у пілотних регіонах. Таке реформування має відбуватися шляхом об'єднання зусиль держави та приватного сектору, що вважається ефективним і досить поширене у світі. Одним із таких прикладів мав стати проект ДПП на базі комунального закладу «Міська клінічна лікарня № 3» міста Запоріжжя.

3. Місія (мета та завдання)

Проект передбачався як пілотний, оскільки в галузі охорони здоров'я України на той час не було досвіду впровадження такої господарської форми. Міська влада підтримала ідею, проте більшість населення та лікарі оцінили її як негативну. Проект мав дозволити отримати лікарні додаткові інвестиції до витрат, які покривалися з бюджету. Лікарня не закривалася, кількість ліжок та чисельність персоналу зберігалися, лікування залишалося безплатним. Передбачалося, що лікарня отримуватиме додаткові інвестиції від приватного партнера, який надаватиме додаткові медичні послуги.

4. Потенціал та ресурси

Вибір реалізатора проекту припав на комунальний заклад «Міська клінічна лікарня № 3» з кількох причин. По-перше, це одна з найстаріших будівель системи охорони здоров'я (споруда 1929 р.). По-друге, лікарня – з невеликим за потужністю ліжковим фондом (260 ліжок). По-третє, має виключно хірургічний профіль, що з одного боку зосереджує проблеми дорожнечі впровадження нових технологій, а з іншого – є прикладом стабільної науково-практичної взаємодії в медицині, оскільки відділення

лікарні є базами для клінічних кафедр Запорізької медичної академії післядипломного навчання та Запорізького державного медичного інституту. Міська клінічна лікарня № 3 – хірургічний центр з величезним потенціалом наукових кадрів і практичних лікарів. В ній працюють 86 фахівців, із них – 4 професори, доктори медичних наук, 17 кандидатів медичних наук, 36 лікарів вищої категорії та 47 – першої. На базі лікарні є кафедри ЛОР-захворювань та офтальмології Запорізького державного медичного університету та кафедра хірургії Запорізького Інституту удосконалення лікарів ім. М. Горького. В структурні підрозділи лікарні входять такі відділення: ЛОР, хірургії-1, на базі якої створено міський центр хірургії печінки та жовчних проток, та хірургії-2 з центром гнійно-септичної хірургії, офтальмологічне відділення, відділення очної травми, відділення реанімації та інтенсивної терапії, ряд допоміжних служб і поліклініка, яка обслуговувала населення прилеглих районів міста.

4. Заходи

Механізм повернення вкладених інвестицій приватному партнеру передбачав запровадження додаткових платних медичних та немедичних (сервісних) послуг, які надаватимуться за бажанням пацієнтів. Процедура визначення приватного партнера-переможця регламентована відповідною постановою Кабінету Міністрів України і проводиться на конкурсній основі.

Передбачуваний обсяг необхідних для лікувального закладу інвестицій був орієнтований на конкурсний вибір приватного партнера зі значним інвестиційним потенціалом, досвідом оператора медичних послуг на великих госпітальних базах хірургічного профіля та мав забезпечувати успішність бізнесу і медико-соціальних складових проекту.

Робота приватного партнера мала поширюватися на такі напрями:

- використання вільних площ лікарні, які потребують реконструкції (приміщення, розташовані на першому поверсі, а також підвальні, напівпідвальні та мансардні);
- 5 операційних (знаходяться на балансі лікарні і використовуються), до яких можна додати обладнання для спільного використання без зменшення кількості послуг, що надаються лікарнею;
- всю територію лікарні в деяких окремих випадках (телевізори і холодильники у всіх палатах на вимогу пацієнтів; апарати з кавою у всіх відділеннях або на поверхах тощо).

5. Партнери (% участі та роль кожного)

Учасниками проекту на засадах ДПП мали виступати з одного боку – міська клінічна лікарня № 3 м. Запоріжжя за підтримки Запорізької міської державної адміністрації, а з другого – приватний партнер, який мав бути обраний на конкурсних засадах. Більшість ризиків мав взяти на себе приватний партнер.

6. Результати

Даний проект не було реалізовано з причин, обговорення яких уникається сторонами. Спроби провести глибинні інтерв'ю з представниками зацікавлених сторін не були успішними. На етапі підготовки проектної документації, а саме – при аналізі ефективності проекту, уся діяльність була призупинена без подальших пояснень, тому

відбір приватного партнера на конкурсній основі не відбувся. Ситуація, що склалася у м. Запоріжжі, має бути взята до уваги.

Проект «Програма швидкого тестування на ВІЛ» Представництва Фонду АНТИСНІД США в Україні (АНФ) та Українського центру контролю за соціально небезпечними захворюваннями Міністерства охорони здоров'я України

1. Передумови реалізації

АНФ працює у 36 країнах світу і підтримує програми профілактики та лікування ВІЛ-інфекції, у тому числі в партнерстві з державними структурами. Представництва та клініки АНФ є в США, країнах Латинської Америки, Африки, Азії та Європи, включаючи Україну.

В Україні АНФ почав свою роботу у 2009 році в партнерстві з державними установами, підтримуючи програми швидкого тестування на ВІЛ, використовуючи модель АНФ та децентралізацію послуг з профілактики та лікування ВІЛ. У 2012 році в Києві було відкрито офіційне Представництво Фонду АНТИСНІД США в Україні – АНФ Ukraine.

Основним партнером у реалізації програм в Україні є Український Центр контролю за соціально небезпечними захворюваннями Міністерства охорони здоров'я України.

2. Аналіз проблемної ситуації

В Україні епідемічна ситуація характеризується високим рівнем поширення ВІЛ-інфекції серед представників різних груп населення, насамперед – серед осіб, які належать до групи підвищеного ризику з інфікування ВІЛ, переважним ураженням осіб працездатного віку, нерівномірним поширенням та зміною основного шляху передачі ВІЛ з парентерального на статевий. Епідемія ВІЛ-інфекції є чинником негативного впливу на працездатне населення України та призводить до негативних соціально-економічних наслідків.

За період від реєстрації першого випадку ВІЛ-інфекції у 1987 році до 1 січня 2013 р. в державі зареєстровано 223530 випадків ВІЛ-інфекції (з них – 36830 дітей до 14 років), зокрема 56382 особи – із захворюванням на СНІД (із них – 1224 дитини до 14 років). Кількість ЛЖВ, які перебувають під медичним наглядом у закладах охорони здоров'я, становить понад 129 тис. осіб. Показник поширеності ВІЛ-інфекції – 283,6 особи на 100 тис. населення. У більш як 24 тис. ЛЖВ захворювання досягло кінцевої стадії – СНІДу. Показник поширеності СНІДу становить 52,9 особи на 100 тис. населення. За період спостереження з 1987 до 2012 рр. 28498 осіб померли від захворювань, зумовлених СНІДом. За оціночними даними, на початку 2012 р. в Україні проживало 230 тис. осіб віком від 15 років, які живуть з ВІЛ, що становить 0,58% загальної кількості населення зазначеної вікової категорії.

Кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції щор. збільшується, при цьому рівень доступу до послуг з лікування, особливо серед представників груп підвищеного ризику, є низьким, а тому рівень смертності від СНІДу залишається високим.

3. Місія (мета та завдання)

Одним із пріоритетних завдань АНФ Ukraine є посилення компонента супроводу людей, у яких вперше діагностовано ВІЛ-інфекцією, та їх обов'язкове залучення до надання необхідної медичної допомоги (лінкедж). Мета – забезпечити залучення до системи надання медичної допомоги 80% виявлених ВІЛ-позитивних протягом 30 днів після отримання позитивного результату експрес-тестування.

4. Потенціал та ресурси

Фінансові ресурси проекту.

5. Заходи

Програма ранньої діагностики ВІЛ містить скринінгове тестування з використанням швидких тестів третього покоління Alere Determine HIV 1/2 і підтверджуюче дослідження з використанням ПРОФІТЕСТ.

Програма швидкого тестування – це адвокаційна ініціатива, яка забезпечує доступне, зручне і безкоштовне тестування на ВІЛ у всьому світу. Програма допомагає довести державі, що експрес-тестування можна здійснювати економічно ефективно і раціонально в широких масштабах, щоб допомогти людям дізнатися про свій ВІЛ-статус.

Проект використовує вдосконалену модель з експрес-тестами на ВІЛ, негайним лінкеджем (прив'язкою до лікування) і послугами підтримки для тих, у кого виявився позитивний результат тесту.

Крім постачання тест-систем для скринінгу і підтвердження ВІЛ-інфекції, АНФ Ukraine забезпечує своїх партнерів усіма необхідними супутніми матеріалами, а саме:

- засобами індивідуального захисту (одноразові рукавички і медичний одяг, у т.ч. медичні маски і маски-респіратори);
- засобами для дезінфекції та утилізації медичних відходів;
- виробами медичного призначення (закриті системи забору крові, вакутайнери, епіндорфи, транспортні піпетки (піпетки Пастера) та ін.);
- презервативами, інформаційними матеріалами тощо.

Для забезпечення супроводу та залучення клієнтів з ВІЛ-позитивним результатом тесту до системи медичної допомоги АНФ Ukraine підтримує соціальних працівників на деяких клінічних сайтах і сайтах з тестування, забезпечуючи, в т.ч. витрати на послуги зв'язку та Інтернет.

З метою ефективного надання якісних медичних послуг АНФ використовує клієнт-орієнтований підхід.

6. Партнери (% участі та роль кожного)

Учасниками проекту на засадах партнерства виступали: представництво Фонду АНТИСНІД США в Україні (АНФ) та Український центр контролю за соціально небезпечними захворюваннями Міністерства охорони здоров'я України.

Представництво Фонду АНТИСНІД США в Україні (АНФ) забезпечує закупівлю швидких тестів та інших супутніх матеріалів, оплачує роботу персоналу.

Український центр контролю за соціально небезпечними захворюваннями Міністерства охорони здоров'я України підтримує проект шляхом сприяння роботи фахівців проекту на базі Кабінетів Довіри, Центрів боротьби та профілактики з ВІЛ/СНІДом.

7. Результати. Сильні та слабкі сторони

Результати програм тестування (АНФ) 2011-2015

РОКИ	КІЛЬКІСТЬ ТЕСТУВАНЬ	% ВИЯВЛЕННЯ ПОЗИТИВНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ
2011	20,342	(6,4%)
2012	29,420	(3,8%)
2013	52,247	(3,7%)
2014	51,169	(3,5%)
2015	21,836	(4,7%)

Бар'єри та ресурси

1. Тривалий процес визначення діагнозу ВІЛ.

Бар'єри: відсутність експрес-тестів.

Рішення: забезпечення експрес-тестами.

2. Профілактика «втрат»:

Бар'єри: відсутність системи і чітких процедур супроводу.

Рішення: підтримка соціальних працівників (навчання, оплата користування телефоном та послугами зв'язку тощо), патронажної медичної сестри, менеджера (контроль візитів).

3. Своєчасний контроль CD4 і ВН:

Бар'єри: відсутність тестів, витратних матеріалів, бензину та ін.

Рішення: забезпечення витратними матеріалами, бензином, портативними аналізаторами PIMA.

4. Скринінг на ТБ.

Бар'єри: відсутність контейнерів для мокроти та рентген-плівок.

Рішення: забезпечення витратними матеріалами.

5. Лікування і профілактика опортуністичних інфекцій.

Бар'єри: дефіцит препаратів для їх профілактики і лікування.

Рішення: забезпечення препаратами.

Зазначимо, що цей проект не відповідає положенням Закону про ДПП.

Висновки до розділу 5

- *Проаналізовані кейси практик застосування ДПП в Україні свідчать про те, що дана модель може стати ефективним інструментом залучення фінансового, організаційно-технічного потенціалу до реалізації проектів у сфері охорони здоров'я, у т.ч. у сфері ВІЛ-послуг. В Україні наразі немає прикладів практик укладення договорів ДПП у сфері охорони здоров'я. Разом з тим, існує значна кількість проектів із залученням приватного сектору та громадських організацій до фінансування інших проектів цієї сфери.*
- *Проекти ДПП у сфері охорони здоров'я мають суттєві відмінності від аналогічних проектів у сфері інфраструктури, а також особливі принципи та форми реалізації. Одним із платіжних механізмів, який може бути застосований у сфері охорони здоров'я, є модель платежів за послуги, що можуть бути сплачені як споживачем медичних послуг, так і державою за споживачів – окремі вразливі групи населення. Модель платежів за послуги зможе дозволити вкладати кошти в потенційні проекти, які держава не в змозі здійснити самостійно.*
- *ДПП може стати ефективним механізмом фінансування багатьох напрямків в системі охорони здоров'я в Україні та допомогти у вирішенні проблем, з якими стикається країна у подоланні бідності, поліпшенні якості та оптимізації витрат на медичні та соціальні послуги. Щоб домогтися успіху, потрібна значна робота з розвитку підзвітності та прозорості, правової та нормативної бази для залучення фінансових ресурсів, побудова взаємної довіри, що необхідно для партнерства.*

Розділ 6

SWOT-аналіз фінансових механізмів, які сприяють диверсифікації джерел фінансування послуг

На підставі отриманих результатів внаслідок проведення кабінетного дослідження, опитування клієнтів ВІЛ-сервісних організацій, представників органів місцевого самоврядування, бізнесу, громадського сектору, а також зібраних кейсів, побудовано матрицю базового SWOT-аналізу передумов використання ДПП для реалізації проектів у галузі охорони здоров'я, в т.ч. профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу, яка виглядає таким чином:

СИЛЬНІ СТОРОНИ	МОЖЛИВОСТІ
<ol style="list-style-type: none"> 1. Політична воля уряду, керівництва медичних і соціальних установ. 2. Наявність закону про ДПП. 3. Наявність висококваліфікованих фахівців у сфері ВІЛ-послуг, соціальної роботи. 4. Потенціал громадських організацій, необхідний для впровадження проектів з профілактики ВІЛ. 5. Наявність приватних партнерів, готових інвестувати кошти у галузь профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу. 6. Стабільність надання профілактичних послуг, підвищення рівня якості медичних та соціальних послуг. 7. Підвищення рівня доступності профілактичних послуг. 9. Можливості вибору пацієнтом профілактичних послуг. 10. Прозоре фінансування. 11. Додаткові податкові надходження. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Мотивація місцевої влади до впровадження стратегії профілактики ВІЛ/СНІДу. 2. Підвищення рівня якості медичних та соціальних послуг. 3. Можливість надання послуг з профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу усім уразливим групам населення. 4. Розширення діапазону надання медичних та соціальних послуг. 5. Розвиток ринку довгострокових боргових зобов'язань. 6. Поліпшення рівня платіжеспроможності клієнтів. 7. Зниження рівня корупції. 8. Розвиток конкурентного середовища у сфері надання медичних та соціальних послуг уразливим до ВІЛ групам. 9. Сприяння розвитку бізнесу на основі дерегуляції підприємницької діяльності.

СЛАБКІ СТОРОНИ

1. Відсутність загальнонаціональної та регіональних стратегій розвитку ДПП у сфері охорони здоров'я та соціальної сфері.
2. Непослідовність і неузгодженість нормативної бази для розвитку ДПП у сфері охорони здоров'я.
3. Низький рівень довіри бізнесу до органів державної влади.
4. Відсутність єдиного реєстру проектів у галузі надання медичних та соціальних послуг уразливим до ВІЛ групам.
5. Брак методичного забезпечення, досвіду та необхідного рівня готовності державних службовців до реалізації проектів ДПП.
6. Невпорядкована система державної допомоги та короткостроковий характер надання державних гарантій.
7. Нерозвинений ринок довгострокових зобов'язань і низький рівень кредитування сфери охорони здоров'я.
8. Брак досвіду реалізації проектів ДПП у сфері охорони здоров'я.
9. Обмеження в довгостроковій перспективі отримання медичних та соціальних послуг від одного постачальника.

ЗАГРОЗИ

1. Поглиблення політичної та економічної кризи у суспільстві.
2. Низька інвестиційна привабливість країни в цілому та сектору охорони здоров'я зокрема.
3. Послаблення у приватного партнера динаміки розширення бізнесу.
4. Непередбачені зміни в законодавстві.
5. Високі фінансові ризики та кредитні відсоткові ставки.
6. Нестабільність обмінного курсу.
7. Погіршення стану конкурентного середовища через обмеження доступу бізнесу до проектів ДПП у сфері охорони здоров'я.

ПІДСУМКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ

Узагальнення дослідницької групи

Дослідницькою групою узагальнено наведені за розділами висновки і побажання, висловлені під час презентації та обговорення дослідження серед зацікавлених сторін підсумки і рекомендації:

Модель ДПП виглядає привабливою формою інвестиційного співробітництва та має багато прикладів успішного застосування у світі, однак в Україні існують *обмеження* для залучення приватних коштів до фінансування послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу через відсутність:

- а) нормативно-правової бази та досвіду в розподілі відповідальності та ризиків у сфері медичних послуг між державними та недержавними структурами;
- б) досвіду та кваліфікованого персоналу державних організацій, обізнаних у механізмах застосування ДПП в медичній галузі;
- в) узгодженого розуміння та затвердженого універсального пакету комплексних послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу, що унеможлиблює розрахунок вартості послуги

Можливі кроки:

- а) розробка затвердження Наказом МОЗ типової структури розподілу ризиків між приватним та державним партнерами у проектах ДПП у галузі охорони здоров'я;
- б) залучення бізнес-партнерів до розробки проектів нормативно-правових актів забезпечення ДПП;
- в) забезпечення законодавчого визначення номенклатури та галузевих стандартів надання соціальних та медичних послуг, визначення змісту та вартості базового пакету послуг з профілактики ВІЛ на основі чинних законодавчих актів.

ДПП – альтернативна модель для надання суспільно значущих послуг, а не джерело фінансових надходжень. Для її запровадження послуги з профілактики ВІЛ повинні мати постійне фінансування, яке можна забезпечити через обов'язкові податки в рамках державної цільової програми, або через систему обов'язкового солідарного державного страхування.

Як допоміжний захід, можливе залучення на пілотних засадах приватних партнерів для реалізації проектів ДПП. Оскільки фінансова модель, визначена Національною програмою, не передбачає інших, окрім із державного бюджету, механізмів фінансування заходів з профілактики ВІЛ, вона не може бути повністю замінена. Отже державне фінансування послуг з профілактики ВІЛ за моделлю ДПП наразі неможливе.

Забезпечення безперервності послуг з профілактики ВІЛ як частини національної відповіді на епідемію в сучасних умовах не може бути вирішене окремо від реформи системи охорони здоров'я. В даному контексті розподіл відповідальності за надання послуг має відбуватися з

урахуванням можливостей фінансування з державного та місцевих бюджетів, коштів, за рахунок яких надаватимуться послуги.

Ринок соціальних та медичних послуг у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу в Україні досі не оформився. Для залучення приватних інвесторів умови їх надання мають бути чітко визначеними. Реформування сектору охорони здоров'я та перехід на нові моделі фінансування має враховувати комплексний характер послуг з профілактики ВІЛ та передбачати можливий розподіл відповідальності за їх надання між декількома міністерствами та відомствами. Механізм взаємодії між державою та приватним партнером відбувається з урахуванням законодавства щодо державних закупівель та інших важливих аспектів. Ще одним можливим фінансовим механізмом може бути СЗ, через використання якого державні та місцеві бюджети делегуватимуть НУО виконання всі, або частину медичних та соціальних послуг. Потребує змін концесійне законодавство в частині надання концесіонерам об'єктів соціального значення, які потенційно можуть вважатися збитковими та/або низькорентабельними, але мають важливе соціальне значення, на підставі яких концесіодавець може надавати пільги до концесійних платежів, у т.ч. у вигляді розстрочки, відстрочки, повного або часткового звільнення від сплати концесійних платежів на певний строк, а також передбачати в договорі надання дотацій, компенсацій та пільг.

В інформаційному та освітньому просторі необхідно популяризувати можливості використання моделі ДПП у сфері охорони здоров'я, просувати її привабливість для партнерства між державою і приватним бізнесом за участі громадянського суспільства. Створення сприятливих умов для діалогу між органами управління, бізнесом і громадським сектором необхідне для формування й розвитку ДПП, формування у галузі охорони здоров'я громадських інститутів партнерства держави та бізнесу за участю громадських організацій, які працюють у сфері ВІЛ-послуг.

Застосування моделі ДПП у фінансуванні послуг з профілактики ВІЛ необхідно пов'язувати із соціально значущими програмами, що покликані мобілізувати зусилля українського суспільства та всіх зацікавлених сторін, у т.ч. бізнесу, на реалізацію першочергових заходів з подолання епідемії ВІЛ в Україні та задоволення нагальних потреб уразливих до ВІЛ людей незалежно від ситуації, що склалася в країні. Питання соціальної відповідальності в сучасних умовах стають пріоритетними.

Досвід ВІЛ-сервісних НУО, сформований у результаті діяльності в програмах ГФСТМ, може розглядатись як стартовий капітал, а їхній потенціал має використовуватися на різних етапах підготовки – від заявки – до реалізації проектів ДПП. Наприклад, НУО можуть бути корисні в пошуку приватного партнера з досвідом надання послуг з профілактики ВІЛ або діяльності в медичній та соціальній сферах, в просуванні інформаційних та комунікативних моделей привабливості ДПП серед представників бізнес-спільноти, в адвокації та захисті інтересів пацієнтів під час реалізації проектів ДПП тощо.

В Україні роль приватного сектору у профілактиці ВІЛ залишається невизначеною і потребує підсилення. Не треба переоцінювати можливий інтерес приватного інвестора до даної сфери послуг. Навіть за умови

привабливого законодавства та створення преференцій у будь-якій країні, у т.ч. в Україні, важливими для приватних партнерів є фактори політичного та економічного середовища, стабільності в суспільстві та на фінансовому ринку. На жаль, позитиву в даних питаннях в Україні замало. За відсутності реального реформування в різних секторах економіки, підсилення тиску на бізнес з боку державних структур, в нинішніх умовах партнерство між бізнесом та державою виглядає доволі проблематичним. І хоча потенційно воно залишається привабливим, це скоріше – перспективи, а не реалії. Цілком очевидно, що перехід на державне фінансування програм з профілактики ВІЛ та запровадження проектів ДПП не відразу спонукатиме приватних партнерів до інвестицій у такі програми. Але необхідність створювати умови для цього залишається актуальною з огляду на те, що модель ДПП довела свою ефективність у різних контекстах і зможе стати затребуваною у сфері профілактики ВІЛ в Україні.

Наразі державою має бути ініційована розробка галузевих та регіональних проектів ДПП у форматі пілотних із закладенням механізмів ефективності використання коштів, спрямованих на розвиток програм з профілактики ВІЛ. Розробка проектів нормативно-правових актів забезпечення ДПП потребує залучення представників підприємницького співтовариства та громадянського суспільства.

В рамках розширення просування концепції ДПП в інформаційному та освітньому просторі буде корисним створення Ресурсного центру з питань ДПП, який збиратиме та систематизуватиме інформацію про реалізовані в Україні проекти ДПП, а також консолідує групою експертів юридичні документи, інформаційні матеріали з різних галузей застосування ДПП; організує проведення конференцій і семінарів. Інформація може бути зібрана на спеціалізованому веб-сайті з питань ДПП.

Рекомендації учасників круглого столу

«Державно-приватне партнерство: перспективи для медичних та соціальних послуг в Україні», м Київ, 12 жовтня 2015 р.

Організаційні заходи

МОЗ та Мінсоцполітики:

- відпрацювати механізм спільного залучення інвестицій у сферу протидії ВІЛ/СНІДу з урахуванням донорських проектів;
- розглянути застосування моделей ДПП в Україні як фінансовий механізм надання медико-соціальних послуг у сфері протидії ВІЛ/СНІДу, вважати
- вважати найбільш ефективною формою ДПП за умови об'єднання послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу із загальним комплексом медико-соціальних послуг;
- ініціювати на рівні адміністративних територій запровадження пілотних моделей ДПП за принципом знизу вгору;
- використати у сфері охорони здоров'я досвід запровадження ДПП в системі немедичних послуг (комунальних, бухгалтерських, інформаційних);
- вивчити особливості запровадження пілотних моделей ДПП на адміністративних територіях з метою подальшого удосконалення механізму їх реалізації та розробки відповідної нормативно-правової бази України.

Мінсоцполітики України:

- провести глибинний аналіз очікувань та потреб у подальшому застосуванні ДПП серед приватних компаній/організацій, які працюють у соціальній сфері;
- використати трьохстороннє партнерство у запровадженні ДПП у соціальній сфері;
- надати можливості регіональним структурним підрозділам Мінсоцполітики залучати інвестиції через різні механізми партнерства з бізнесом, підвищувати кваліфікацію персоналу за цим напрямом шляхом участі у семінарах/вебінарах.

Удосконалення законодавчої бази

Розробити проект та ініціювати прийняття відповідного закону для передачі в концесії об'єктів охорони здоров'я, впровадження концесій на управління закладами охорони здоров'я та надання медико-соціальних послуг.

Внести зміни до концесійного законодавства у сфері надання концесіонерам об'єктів соціального значення.

Забезпечити внесення змін до Закону про ДПП у частині розвитку та функціонування проектів ДПП у сфері соціального захисту, в т.ч. надання соціальних послуг, шляхом внесення до ознак ДПП соціальних показників.

Розширити перелік сфер застосування ДПП, включивши до існуючого переліку об'єкти соціального захисту, надання соціальних послуг та послуг соціального захисту.

Розширити коло суб'єктів (врахувати міжнародні та національні НУО), які можуть долучатися до проектів у сфері охорони здоров'я, що реалізуються на умовах ДПП.

Привести норми Закону про ДПП у відповідність до Закону «Про здійснення державних закупівель» у частині розмежування моделі ДПП з механізмом закупівель.

Передбачити можливість довгострокових бюджетних повноважень державного партнера в рамках проектів ДПП.

Законодавчо визначити поняття боргу в рамках ДПП, умовного державного боргу, умовного місцевого боргу.

Запровадити порядок зміни приватного партнера (процедура step-in).

Закріпити законодавчо спеціальні гарантії, механізми контролю та реагування тощо, спрямовані на забезпечення стабільного і безперебійного надання приватним партнером профілактичних послуг, не передбачених чинним законодавством.

Розробити спеціальні вимоги до приватного партнера щодо його участі у проектах ДПП.

Законодавчо визначити термін «медична послуга».

Удосконалення нормативної бази МОЗ України

Переглянути стандарти надання соціальних послуг представникам груп ризику, затверджені спільним наказом Міністерства молоді та спорту, Міністерства праці та МОЗ України від 13.09.2010 № 3123/275/770 «Про затвердження стандартів надання соціальних послуг представникам груп ризику» на їх відповідність до діючого законодавства.

Провести стандартизацію медичних послуг.

Визначити цільові об'єкти (заклади охорони здоров'я) для реалізації на їх базі проектів із залучення коштів приватних партнерів на умовах ДПП.

Розробити регламент контролю за якістю послуг, що надаватимуться приватним партнером, а також механізми оперативного реагування на випадок порушення стандартів їх надання. Розробити типову структуру розподілу ризиків між приватним та державним партнерами в проектах ДПП.

Удосконалити механізми фінансування системи охорони здоров'я.

Удосконалення нормативної бази Мінсоцполітики України

Переглянути стандарти надання соціальних послуг представникам груп ризику, затверджені спільним наказом Мінсім'ямолодьспорту, Мінпраці та МОЗ України від 13.09.2010 № 3123/275/770 «Про затвердження стандартів надання соціальних послуг представникам груп ризику» на їх відповідність до діючого законодавства.

Забезпечити внесення соціальних показників до ознак ДПП.

Розширити перелік сфер застосування ДПП до існуючого переліку об'єктів соціального захисту та надання соціальних послуг.

Провести стандартизацію соціальних послуг.

Розглянути можливість підготовки проекту концепції залучення бізнесу до програм соціальної сфери в рамках механізму ДПП.

Надати пропозиції до змін у законодавстві про ДПП.

ДОДАТКИ

Додаток 1

ГАЙД ДЛЯ ЕКСПЕРТІВ ДПП

в межах реалізації проекту «Вивчення та аналіз різних фінансових механізмів, які сприяють диверсифікації джерел фінансування з метою сталого забезпечення сфери ВІЛ-послуг для уразливих груп населення»

Вступне слово інтерв'юера

- Представлення
- Пояснення щодо відсутності зисків внаслідок інтерв'ю
- Інформування про аудіозапис інтерв'ю, обговорення заперечень з цього приводу
- Згода особи на інтерв'ю
- Гарантування конфіденційності, збереження та захисту первинної документації

Тривалість інтерв'ю – до 1 години.

Посада, організація _____

Скільки років працюєте в організації? _____

1. Що, на Ваш погляд, має бути основним у відносинах між державою, бізнесом та громадським сектором у галузі охорони здоров'я?
2. В чому, на Вашу думку, полягає корисність партнерства між державними та приватними партнерами для:
 - a) пацієнтів,
 - b) державного партнера,
 - c) інвесторів, готових інвестувати в медичну галузь,
 - d) для системи охорони здоров'я в цілому?
3. Чи вважаєте Ви сферу профілактики ВІЛ привабливою для приватних інвесторів? Обґрунтуйте свою відповідь.
4. Які способи та джерела залучення коштів до профілактики ВІЛ поширені сьогодні в Україні?
5. Які джерела переважно передбачені в Загальнодержавній цільовій соціальній програмі протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки та в місцевих програмах? Які фінансові механізми використовуватимуться для її реалізації?
6. Якими, на Ваш погляд, є загрози системі профілактики ВІЛ після завершення у 2017 р. фінансування ГФСТМ Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки?
7. Чи готова до цих загроз загальнодержавна система охорони здоров'я та соціальних послуг? Що у першу чергу має бути зроблено на державному та регіональному рівнях для запобігання цьому?
8. Яка форма співробітництва між державою, бізнесом або

громадським сектором у профілактиці ВІЛ є найбільш прийнятною в сучасних економічних умовах? Чому саме?

9. Чи відомі Вам позитивні приклади співробітництва між державними та приватними партнерами у профілактиці ВІЛ? Наведіть приклади.
10. За яких умов, на Ваш погляд, участь у профілактиці ВІЛ могла би бути привабливою для приватних інвесторів?
11. Чим, на Вашу думку, можна мотивувати приватних партнерів до інвестування у послуги:
 - консультування та інформування (в тому числі через розповсюдження інформаційно-просвітницьких матеріалів) з питань профілактики ВІЛ, ІПСШ, туберкульозу та вірусних гепатитів (В і С);
 - розповсюдження та обмін шприців;
 - розповсюдження презервативів та лубрикантів;
 - соціальний супровід;
 - ДКТ;
 - АРТ;
 - ЗПТ для СІН.
12. Як Ви думаєте, хто має фінансувати надання вищезазначених послуг уразливим групам?
13. Які механізми, на Ваш погляд, слід застосовувати з метою залучення приватних інвесторів до програм з профілактики ВІЛ/СНІДу?
14. Чи може приватних інвесторів залучати Національна Рада з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу? Обґрунтуйте свою відповідь.
15. Як Ви думаєте, хто має представляти приватний сектор у складі Національної Ради з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу з метою активного залучення приватних бізнес-партнерів? Чи ефективною в цьому напрямі, на Ваш погляд, є діяльність Національної Ради, обласної Ради?
16. Який координаційний механізм на національному рівні Ви би порекомендували для поживлення ролі приватного партнера (національного, міжнародного, фізичних осіб тощо) у програмах з профілактики ВІЛ?
17. Які, на Ваш погляд, існують перешкоди, що заважають залученню інвесторів та розвитку співробітництва між державою, бізнесом або НУО у профілактиці ВІЛ в Україні?
18. Які форми підтримки (організаційні, методичні, фінансові, юридичні) проектів з профілактики ВІЛ з боку держави та муніципалітетів мають бути доцільними в сучасних умовах?
19. Якими, на Ваш погляд, є перспективи розвитку співробітництва між державою, бізнесом або НУО для надання медичних та соціальних послуг у сфері протидії ВІЛ/СНІДу?
20. Хто, на Ваш погляд, має виступати ініціатором ДПП? Які перспективи розвитку ДПП у соціальній сфері?
21. Що Ви хотіли б додати до нашої розмови з обговорюваної теми?

Закінчення інтерв'ю та подяка

АНКЕТА для клієнтів сфери ВІЛ-послуг

Шановний респонденте!

МГО «Соціальні ініціативи з охорони праці та здоров'я» на замовлення проекту USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії» проводить опитування серед отримувачів послуг з профілактики ВІЛ. Пропонуємо взяти участь в опитуванні. Його результати сприятимуть визначенню недоліків у наданні медичних і соціальних послуг уразливим до ВІЛ групам населення.

Опитування анонімне. Отримані дані будуть використані тільки в узагальненому вигляді. Конфіденційність інформації гарантуємо.

Заздалегідь дякуємо!

ІНТЕРВ'ЮЕРЕ!

Перед початком інтерв'ю обов'язково поставте респонденту скринінгове запитання.

Пам'ятайте, респондент на будь-якому етапі опитування має право відмовитися від відповідей, а Ви не маєте права наполягати на них. Попри це Ваша мета – отримати якомога більше відповідей на запитання.

Чи отримували Ви будь-які **послуги з профілактики ВІЛ?**

1. Так
2. Ні → **ПОДЯКУЙТЕ РЕСПОНДЕНТОВІ ТА ЗАКІНЧІТЬ ІНТЕРВ'Ю**

1. Звідки Ви дізналися про можливість отримувати послуги з профілактики ВІЛ?

1. Порадили друзі, знайомі
2. Прочитав/ла в Інтернеті/літературі
3. Порадили батьки
4. Порадив лікар
5. Інше (що саме, вкажіть?) _____

2. Як давно Ви почали отримувати послуги з профілактики ВІЛ?

1. Менше р.
2. 2–3 роки тому
3. 4–5 років тому
4. Більше 5 років

3. Які профілактичні послуги Ви отримували/отримуєте і як часто?

Дайте відповідь за кожним рядком

НАЗВА ПОСЛУГИ	Чи отримувал и Ви цю послугу?		Як часто?			
	Ні	Так	Щомі- сячно	Рідше, ніж щомісяця	Рідше, ніж раз у квартал	Не знаю
1. Консультування та інформування (в т.ч. шляхом розповсюдження інформаційно-просвітницьких матеріалів) з питань профілактики інфікування ВІЛ, ІПСШ, туберкульозу та вірусних гепатитів (В і С)	2	1 →	1	2	3	4
2. Розповсюдження та обмін шприців	2	1 →	1	2	3	4
3. Розповсюдження презервативів та лубрикантів	2	1 →	1	2	3	4
4. Соціальний супровід	2	1 →	1	2	3	4
5. ДКТ	2	1 →	1	2	3	4
6. АРТ	2	1 →	1	2	3	4
7. ЗПТ для СІН	2	1 →	1	2	3	4

4. Які додаткові витрати Ви, зазвичай, маєте, щоб отримати послуги з профілактики ВІЛ?

Ієтерв'юєре, позначте відповіді за кожним рядком

	Ні	Так	Скільки?
1. Транспортні витрати на проїзд до місця отримання послуги та у зворотному напрямі	2	1 →	грн
2. Грошова винагорода фахівцю, який надає послуги	2	1 →	грн
3. Оплата послуг доглядальниці за дітьми/родичами на час, необхідний для отримання послуги	2	1 →	грн
4. Додаткова оплата обов'язкових обстежень/послуг:			
4.1. МРТ	2	1 →	грн
4.2. Флюорографія	2	1 →	грн
4.3. Аналізи на інфекції, що передаються статевим шляхом	2	1 →	грн
4.4. Аналізи на гепатити	2	1 →	грн

4.5. Консультування та тестування	2	1 →	грн
4.6. Сплата благодійних внесків у медичній установі на вимогу фахівця, який надає послуги			
4.7. Інші (які саме?)	2	1 →	грн

5. З якими бар'єрами (перешкодами) Ви стикалися під час пошуку можливості отримати послуги з профілактики ВІЛ?

1. У мене не було жодних бар'єрів(перешкод)
2. Побоювання розкрити статус невідомим людям
3. Побоювання отримати неякісну допомогу
4. Незручне розташування місця надання послуг відносно місця проживання
5. Побоювання осуду з боку найближчих людей або знайомих
6. Відсутність грошей
7. Відсутність статусу біженця
8. Інше (що саме, вкажіть) _____

6. Чи мали Ви досвід протягом останніх 3-х місяців:

Інтерв'юєре! Передайте респонденту конверт з карткою, запропонуйте позначити усі відповіді на запитання і заберіть конверт з вкладеною в нього карткою після відповідей респондента

	Так	Ні
1. Вживання неін'єкційних наркотиків	1	2
2. Вживання ін'єкційних наркотиків	1	2
3. Надання сексуальних послуг за плату	1	2
4. Сексуальні контакти з чоловіками	1	2

7. В яких організаціях – державних/комунальних чи неурядових Ви зазвичай отримуєте основні медичні або соціальні послуги?

Відповідь має бути дана за кожним рядком

Назва послуги	Форма власності організації		Не отримую послугу	Не знаю (незачитувати)
	Державні/ комунальні установи/ організації	Неурядові організації		
1. Консультування та інформування (в т.ч. шляхом розповсюдження інформаційно-просвітницьких матеріалів) з питань профілактики ВІЛ, ІПСШ, туберкульозу та вірусних гепатитів (В і С)	1	2	3	4
2. Розповсюдження та обмін шприців	1	2	3	4

3. Розповсюдження презервативів та лубрикантів	1	2	3	4
4. Соціальний супровід	1	2	3	4
5. ДКТ	1	2	3	4
6. АРТ	1	2	3	4
7. ЗПТ для СІН	1	2	3	4

8. Як Ви вважаєте, чому ЛЖВ або уразливі до ВІЛ люди не звертаються до медичних та соціальних закладів з метою отримання необхідних послуг?

Можна вказати декілька варіантів відповіді

1. Страх розголошення статусу, зустрічі зі знайомими тощо
2. Бракує часу через зайнятість домашньою роботою, піклуванням про членів родини
3. Бракує часу через зайнятість на роботі
4. Ні з ким залишити дітей
5. Невідомо, де саме можна отримати послуги
6. Незручно добиратися до організації
7. Незручний графік роботи (наприклад, для тих, хто працює в нічну зміну)
8. Проблеми сприйняття статусу
9. Відсутність в організації потрібних послуг
10. Інші (які саме?) _____

9. Якщо би Вам запропонували платні медичні та соціальні послуги, чи виявили би Ви бажання їх отримувати?

Відповідь має бути дана за кожним рядком

	Так, повністю, незважаючи на їх якість	Так, але ці послуги мають бути високої якості	Ні, ніколи	Поки що не знаю
Медичні послуги (ДКТ, ЗПТ, АРТ)	1	2	3	4
Соціальні послуги (соціальний супровід, психологічні, соціально-побутові, інформаційні тощо)	1	2	3	4

10. Які чинники, на Ваш погляд, спонукали би Вас до отримання платних медичних та соціальних послуг ?

1. Бажання отримувати послуги високої якості
2. Власний стан здоров'я або стан здоров'я родичів/друзів
3. Задоволення власних потреб
4. Приклад друзів, знайомих
5. Нагальна потреба в конкретній послугі
6. Інше (що саме?) _____

11. Зараз Вам буду зачитано перелік основних послуг з профілактики ВІЛ. Вкажіть, будь ласка, які з них Ви отримуєте вже зараз (безплатно чи платно).

ІНТЕРВ'ЮЕРЕ! ПЕРЕДАЙТЕ РЕСПОНДЕНТУ КАРТКУ № 1

Назва послуги	Вже отримую цю послугу	
	Безоплатно	Платно
1. Консультування та інформування (в т.ч. шляхом розповсюдження інформаційно-просвітницьких матеріалів) з питань профілактики ВІЛ, ІПСШ, туберкульозу та вірусних гепатитів (В і С)	1	2
2. Розповсюдження та обмін шприців	1	2
3. Розповсюдження презервативів та лубрикантів	1	2
4. Соціальний супровід	1	2
5. ДКТ	1	2
6. АРТ	1	2
7. ЗПТ для СІН	1	2

12. Чи доводилося Вам раніше платити гроші за отримання медичних або соціальних послуг з профілактики ВІЛ?

Інтерв'юере, респондент має дати відповідь за кожним рядком

	Ні	Так	Скільки саме Ви сплатили?	Чи була оплата офіційною (через касу, коли Ви отримали чек про сплату)?	
				Так	Ні
1. За витратні матеріали (контейнер,	2	1 →	грн	1	2

рукавички) роздаткові матеріали					
2. Медичному працівнику який робив обстеження	2	1 →	грн	1	2
3. Соціальному працівнику, який надавав послугу	2	1 →	грн	1	2
4. Інше (кому саме?) _____	2	1 →	грн	1	2
—					

11. Сума, сплачена за отримання медичних або соціальних послуг, виявилася для Вас високою, прийнятною або низькою?

Вказати один варіант відповіді

1. Висока
2. Прийнятна
3. Низька
4. Важко сказати
5. Не пам'ятаю

12. Чи готові Ви отримувати послуги, зазначені в даному переліку, на платній основі?

Дайте відповідь за кожним рядком

Назва послуги	Ні	Так	Скільки Ви готові сплатити, грн
1. Консультування та інформування (в т.ч. шляхом розповсюдження інформаційно-просвітницьких матеріалів) з питань профілактики ВІЛ, ІПСШ, туберкульозу та вірусних гепатитів (В і С)	2	1 →	грн
2. Розповсюдження та обмін шприців	2	1 →	грн
3. Розповсюдження презервативів та лубрикантів	2	1 →	грн
4. Соціальний супровід	2	1 →	грн
5. ДКТ	2	1 →	грн
6. АРТ	2	1 →	грн
7. ЗПТ для СІН	2	1 →	грн

13. Як Ви думаєте, з якого бюджету доцільно фінансувати отримання уразливими до ВІЛ людей зазначених медичних та соціальних послуг?

Дайте відповідь за кожним рядком

Назва послуги	Державний бюджет	Місцевий бюджет	Кошти самого клієнта	Інше джерело (що саме?)
1. Консультування та інформування (в т.ч. шляхом розповсюдження інформаційно-просвітницьких матеріалів) з питань профілактики ВІЛ, ІПСШ, туберкульозу та вірусних гепатитів (В і С)	1	2	3	4 → _____
2. Розповсюдження та обмін шприців	1	2	3	4 → _____
3. Розповсюдження презервативів та лубрикантів	1	2	3	4 → _____
4. Соціальний супровід	1	2	3	4 → _____
5. ДКТ	1	2	3	4 → _____
6. АРТ	1	2	3	4 → _____
7. ЗПТ для СІН	1	2	3	4 → _____

14 Чи плануєте Ви у майбутньому отримувати будь-які послуги з профілактики ВІЛ?

1. Так
2. Ні
3. Не знаю (не зачитувати)

15. Якщо послуги з профілактики ВІЛ стануть платними, чи маєте Ви намір продовжити їх отримання?

1. Так, буду продовжувати отримувати послуги, незважаючи на їх вартість
2. Буду продовжувати отримувати послуги за умови прийнятної для мене ціни
3. Не маю наміру отримувати платні послуги
4. Важко сказати
5. Інше (що саме?) _____

Соціально-демографічні дані

16. Ваша стать:

1. Чоловіча
2. Жіноча

17. Ваш вік: _____ (повних років)

18. Ваша освіта:

- | | | |
|------------------------|-----------------------|---------|
| 1. Незакінчена середня | 3. Середня спеціальна | 5. Вища |
| 2. Повна середня | 4. Незакінчена вища | |

19. Ваш сімейний стан:

- | | |
|---|---|
| 1. Ніколи не перебував(ла) у шлюбі | 5. Офіційно розлучений(а), живемо окремо |
| 2. Перебуваю в зареєстрованому шлюбі | 6. Офіційно не розлучений(а), але живемо окремо |
| 3. Перебуваю у громадянському шлюбі | 7. Вдова/ вдівець |
| 4. Офіційно розлучений(а), але живемо разом | 8. Інше _____ |

20. Тип Вашої зайнятості:

1. Приватний підприємець
2. Кваліфікований співробітник/робітник за наймом
3. Різноробочий, підсобний робітник за наймом
4. Учень, студент/ка, аспірант/ка тощо
5. Непрацюючий/а пенсіонер/ка
6. Займаюся домашнім господарством
7. Не маю постійного місця роботи, але підробляю у різних місцях залежно від обставин
7. Не працюю і не маю жодних джерел доходу
9. Зареєстрований(а) безробітний(а)
10. Інше (вказіть) _____

21. Яким є Ваш особистий середньомісячний дохід ?

- | | |
|----------------------|---|
| 1. Менше 700 гривень | 5. 2001–3000 гривень |
| 2. 700–1000 гривень | 6. 3001–5000 гривень |
| 3. 1001–1300 гривень | 7. Більше 5000 гривень |
| 4. 1301–2000 гривень | 8. Не знаю (<i>не зачитувати</i>) |
| | 9. Не хочу відповідати (<i>не зачитувати</i>) |

22. Де Ви проживаєте на даний момент?

- | | |
|-----------------------------|--|
| 1. У батьків/родичів | 4. У власній окремій квартирі, будинку |
| 2. Знімаю квартиру, кімнату | 5. Інше (де?) _____ |
| 3. В гуртожитку | |

23. Як давно Ви живете в цьому місті (населеному пункті)?

1. Тут родився(лась) і живу постійно
2. Не живу постійно, приїжджаю час від часу
3. Менше 1 р.

4. Від 1 до 5 років
5. Більше 5 років
6. Внутрішньо переміщена особа (є статус)
7. Важко відповісти (*не зачитувати*)

24. Тип населеного пункту:

1. Обласний центр

2. Інше місто

3. Село

АНКЕТА

для представників органів місцевого самоврядування, бізнесу та НУО

Добрий день! Мене звати _____.

Міжнародна громадська організація «Соціальні ініціативи з охорони праці та здоров'я» на замовлення проекту USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії» проводить опитування серед представників органів місцевого самоврядування, представників бізнесу та НУО щодо фінансування послуг, що надаються уразливим до ВІЛ-інфекції групам населення.

Пропонуємо Вам взяти участь у цьому опитуванні. Результати опитування сприятимуть визначенню прогалин у фінансуванні зазначених послуг. Опитування анонімне. Отримані дані будуть використані тільки в узагальненому вигляді. Конфіденційність гарантуємо.

Заздалегідь дякуємо!

1. На якій посаді Ви працюєте?

2. Як давно Ви працюєте:

1. В цій установі _____ років

2. На цій посаді _____ років

3. За рахунок яких коштів функціонує Ваша організація/установа, в якій Ви працюєте?

Вкажіть усі можливі відповіді

1. Державний бюджет

2. Бюджет області

3. Бюджет міста

4. Бюджет району

5. Спонсорська допомога

6. Благодійні внески

7. Прибуток

8. Гранти

9. Інше (вкажіть, що саме) _____

4. Чи знаєте Ви, що таке державно-приватне партнерство?

1. Так

2. Ні

5. Хто, на Ваш погляд, найчастіше ініціює здійснення співробітництва між державною установою/організацією та приватним партнером?

1. Державна установа/організація
2. Приватний партнер
3. Не знаю
4. Інше (вказіть, хто саме?) _____

6. Які, як правило, використовуються джерела фінансування для забезпечення партнерства між державними організаціями/установами та приватними партнерами у Вашому регіоні?

1. Фінансові ресурси приватного партнера
2. Запозичені фінансові ресурси (кредити, облігаційні позики тощо)
3. Кошти державного бюджету
4. Не знаю
5. Інші (які саме?) _____

7. Як Ви думаєте, якою формою співробітництва має виступати державно-приватне партнерство для інвестора?

1. Це взаємовигідне співробітництво, в якому інвестор (приватний партнер) зацікавлений у досягненні соціального ефекту
2. Це комерційний проект, в якому інвестор має за мету отримання прибутку та відшкодування інвестицій
3. Це спонсорській проект, в якому інвестор виступає донором
4. Не знаю
5. Інше (напишіть, що саме) _____

8. Які ризики проектів ДПП можуть брати на себе державний та приватний партнери?

Дайте відповідь за кожним стовпчиком

	Державний партнер	Приватний партнер
1. Ризики затримки проекту	1	1
2. Ризики надмірних витрат	2	2
3. Технологічні ризики, пов'язані з процесом реалізації проекту	3	3
4. Нормативні та регуляторні ризики	4	4

5. Фінансові ризики	5	5
6. Соціальні ризики	6	6
7. Політичні ризики	7	7
8. Ризики форс-мажорних обставин	8	8
9. Не знаю	9	9
10. Інші (які саме?)	10	10

9. Які, на Ваш погляд, існують бар'єри для ефективного розвитку ДПП у медичній та соціальній сферах?

1. Відсутність чіткої нормативно-правової бази, що регулює державно-приватне партнерство, в т.ч. у медичній та соціальній галузях
2. Пасивність і незалученість приватного сектору до розвитку медичної та соціальної галузі
3. Наявність корупційних схем
4. Відсутність системи стимулів для інвесторів
5. Відсутність співпраці з міжнародними інститутами ДПП
6. Інше (що саме?) _____

10. Якою має бути роль місцевої влади, представників бізнесу та громадського сектору у розвитку медичної та соціальної сфер у Вашому регіоні?

Дайте відповідь за кожним стовпчиком

	Місцева влада	Бізнес	Громадський сектор
1. Активне залучення до обговорення місцевого бюджету	1	1	1
2. Моніторинг та контроль за використанням бюджетних коштів	2	2	2
3. Активна участь у тендерах, конкурсах	3	3	3
4. Участь у розробці регіональних програм	4	4	4
5. Спонсорська допомога	5	5	5
6. Благодійні внески	6	6	6
7. Інше (що саме?)	7	7	7

11. Як Ви думаєте, чи доцільне застосування ДПП у сфері надання послуг з профілактики ВІЛ?

1. Так, абсолютно доцільне
2. Скоріше так, ніж ні
3. Скоріше ні, ніж так
4. Абсолютно недоцільне
5. Важко відповісти

12. Які договірні форми співпраці використовує Ваша організація/установа?

Дайте відповідь за кожним стовпчиком

Форма співпраці	Профілактика ВІЛ	Інші напрями діяльності
1. Інвестиційний договір	1	1
2. Контракти на послуги (державні контракти)	2	2
3. Контракти на управління	3	3
4. Лізингові угоди	4	4
5. Концесійний договір	5	5
6. Договір оренди	6	6
7. Договір управління майном	7	7
8. Інше (наприклад, договір про спільну діяльність тощо)	8	8
9. Не знаю	9	9

13. Які послуги з профілактики ВІЛ надаються у Вашому регіоні?

Дайте відповідь за кожним рядком

Назва послуги	Так	Ні	Не знаю
1. Консультування та інформування (в т.ч. шляхом розповсюдження інформаційно-просвітницьких матеріалів) з питань профілактики ВІЛ, ІПСШ, туберкульозу та вірусних гепатитів (В і С)	1	2	3
2. Розповсюдження та обмін шприців	1	2	3
3. Розповсюдження презервативів та	1	2	3

лубрикантів			
4. Соціальний супровід	1	2	3
5. ДКТ	1	2	3
6. АРТ	1	2	3
7.ЗПТ для СІН	1	2	3
8. Інші (вкажіть, які)	1	2	3

1. За рахунок яких коштів переважно фінансуються названі нижче послуги з профілактики ВІЛ у Вашому регіоні?

Дайте відповідь за кожним рядком

Назва послуги	Міжнародні організації/ фонди	Місце-вий бюджет	Юридичні особи (державні підприємства)	Приватні особи	Бізнес	Не знаю
1. Консультування та інформування (в т.ч. шляхом розповсюдження інформаційно-просвітницьких матеріалів) з питань профілактики ВІЛ, ІПСШ, туберкульозу та вірусних гепатитів (В і С)	1	2	3	4	5	6
2. Розповсюдження та обмін шприців	1	2	3	4	5	6
3. Розповсюдження презервативів та лубрикантів	1	2	3	4	5	6
4. Соціальний супровід	1	2	3	4	5	6
5. ДКТ	1	2	3	4	5	6
6. АРТ	1	2	3	4	5	6
7.ЗПТ для СІН	1	2	3	4	5	6
8. Інші (які саме?)	1	2	3	4	5	6

15. Як Ви думаєте, з якого бюджету доцільно фінансувати отримання послуг уразливими до ВІЛ людьми?

Дайте відповідь за кожним рядком

Назва послуги	Державний бюджет	Місцевий бюджет	Кошти самого клієнта	Інше джерело (що саме, вкажіть)
1. Консультування та інформування (в т.ч. шляхом розповсюдження інформаційно-просвітницьких матеріалів) з питань профілактики ВІЛ, ІПСШ, туберкульозу та вірусних гепатитів (В та С)	1	2	3	4 → _____
2. Розповсюдження та обмін шприців	1	2	3	4 → _____
3. Розповсюдження презервативів та лубрикантів	1	2	3	4 → _____
4. Соціальний супровід	1	2	3	4 → _____
5. ДКТ	1	2	3	4 → _____
6. АРТ	1	2	3	4 → _____
7.ЗПТ для СІН	1	2	3	4 → _____

16. Чи знаєте Ви, яка сума виділяється щор. на програми профілактики ВІЛ у Вашому регіоні?

	Сума	Джерело фінансування (вкажіть)
1. Так, знаю →	_____ грн →	_____
2. Ні, не знаю		

17. Як називається регіональна програма з профілактики ВІЛ у вашому регіоні?

_____ (укажіть назву)

18. Яка форма співпраці, на Вашу думку, має застосовуватися у наданні послуг з профілактики ВІЛ?

Дайте відповідь за кожним рядком

Форма співпраці	Так	Ні
1. Інвестиційний договір	1	2
2. Контракти на послуги (державні контракти)	1	2
3. Контракти на управління	1	2
4. Лізингові угоди	1	2
5. Концесійний договір	1	2
6. Договір оренди	1	2
7. Договір управління майном	1	2
8. Інше (що саме?)	1	2
9. Не знаю		

19. Як Ви оцінюєте сучасну нормативно-правову базу, що регламентує співпрацю і партнерство сторін у сфері надання послуг з профілактики ВІЛ?

1. Позитивно, не потребує змін
2. В цілому позитивно, але деякі нормативно-правові документи потребують вдосконалення (вказіть, які)_____
3. Негативно, існуюча нормативно-правова база абсолютно неефективна
4. Не обізнаний/а в законодавстві
5. Не знаю
6. Інше (що саме?)_____

Соціально-демографічні дані

20. Ваша стать:

1. Чоловіча
2. Жіноча

21. Ваш вік:_____ (повних років)

22. Ваша освіта:

1. Незакінчена середня
2. Повна середня
3. Середня спеціальна
4. Незакінчена вища
5. Вища

Список використаної літератури

1. Адамян Л.А. (2014) Роль государственно-частного партнерства в развитии системы здравоохранения России – Выпускная квалификационная работа студента 2 курса магистратуры группы № 702. Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Москва, 2014. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://gmu.hse.ru/data/2014>
2. Айрапетян М.С. Зарубежный опыт использования государственно-частного партнерства// Государственная власть и местное самоуправление: практическое и информационное издание. М.: ИГ «Юрист», 2009 г. № 2. С. 35–42
3. Барьеры развития механизма ГЧП в России. Москва; НПФ «Экспертный институт», 2010. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.niro.nnov.ru/?id=8164>
4. Бесєдіна, О., Нізалов, Д., Семко Р. Базове опитування про поінформованість щодо державно-приватного партнерства. USAID, FHI360, Програма Розвитку Державно-Приватного Партнерства. Київ, <http://www.me.gov.ua/Files/GetFile?fileId=7a714519-0fbf-4c61-82ec-145d5ead9f10>
5. Вишнякова О. Державно-приватне партнерство: в Україні можливе? [Електронний ресурс].// УНІАН. [веб-сайт]. – 22.11.2010. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://economics.unian.net/ukr/news/67543-derjavno-privatne-partnerstvo-v-ukrajini-mojlive.html>
6. Генеральна угода про регулювання основних принципів і норм реалізації соціально-економічної політики і трудових відносин в Україні на 2010—2012 роки. Режим доступу: http://www.fpsu.org.ua/images/images/2013/Ugogy/Genugoda/genugoda_2010-2012p.pdf
7. Гагарин, П. Государственно-частное партнерство как инструмент реализации масштабных проектов. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.gradient-alpha.ru/assets/docs/PPP-Research-14.03.2014.pdf>
8. Героева А. «Врачи ждут партнеров». Приложение к газете «Коммерсантъ» № 33 (33) от 29.09.2010. – [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.kommersant.ru/doc.aspx?DocsID=1509359>
9. Гладов А.В., Исупов А.М., Мартышкин С.А., Прохоров Д.В., Тарасов А.В., Тюкавкин Н.М., Цлаф В.М. Зарубежный опыт реализации государственно-частного партнерства: общая характеристика и организационно-институциональные основы. Вестник СамГУ. 2008. № 7 (66), С. 36–55.
10. Гоцадзе Т. (2014) Вартість моделі комплексних послуг для вагітних жінок, які споживають наркотики, в Україні : Звіт / Т. Гоцадзе. – К. : ПЦ «Фоліант», 2014. [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://www.unicef.org/ukraine/ukr/UA_Costing.pdf
11. Дерябина М.А Государственно-частное партнерство: теория и практика / М. А. Дерябина // Вопросы экономики. – 2008. – № 8. – С. 61 – 107.
12. Джудіс Н., Заглада. О. та Мбуя-Браун Р. (2011). Оцінка політики у сфері протидії ВІЛ. Додаток. Вашингтон, округ Колумбія: компанія «Ф'ючерз Груп» (Futures Group), проект «Хелс полісі» (Health Policy Project). [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://www.healthpolicyproject.com/pubs/30_UkraineHIVPolicyAssessmenFull%20Annex%20AL%20UKR.pdf
13. Єфіменко Т.І. "Державно-приватне партнерство в системі регулювання економіки. Монографія за ред. чл.-кор.НАН України. - Київ, 2012.
14. Ефимова Л.И. Некоторые модели государственно-частных партнерств: тенденции и зарубежный опыт. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.eatc.ru/rus/doc.id_71.book_1.php

15. Закон Санкт-Петербурга «Об участии Санкт-Петербурга в государственно-частных партнерствах» от 20 декабря 2006. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://gov.spb.ru/law?d&nd=8442332&prevDoc=891808830>
16. Закон України «Про державно-приватне партнерство» від 01.07.2010 № 2404-VII. [Електронний ресурс]. // Верховна Рада України. Офіційний веб-портал [веб-сайт]. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/2404-17>
17. Иголкина Л.М. Зарубежный опыт организации и финансирования государственно-частного партнёрства – УДК 330.322.12:330.322.14
18. Кабашкин В.А., Левченко А.А., Сидоров В.А. Развитие государственно-частного партнерства в регионах России: монография. Белгород.: ИПЦ «ПОЛИТЕРА», 2008. С. 95.
19. Кабінет Міністрів України. Розпорядження від 14 серпня 2013 р. № 739-р. Київ. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/739-2013-%D1%80#n8>
20. Контрактное государственно-частное партнерство в Республике Казахстан.
21. Куликов А.Ю. Использование инструментов государственно-частного партнерства – Вестник СамГУ. 2012. № 10 (101), С. 56–63.
22. Керівні принципи добровільного ДКТ (протоколи), затверджені Наказом Міністерства охорони здоров'я України № 415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію» від 19 серпня 2005 р.
23. Лига защитников пациентов. Общероссийская общественная организация. Заявления: [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://ligap.ru/articles/zayavlenia/za6/>
24. Матаев Т.М. (2014) Формы государственно-частного партнерства при реализации инфраструктурных проектов // Государственно-частное партнерство. – 2014. – Том 1. № 1 – С. 9-20. – <http://www.creativeconomy.ru/journals/index.php/ppp/article/view/22/>
25. Мерзлов И.Ю. (2012) Международный опыт развития государственно-частного партнерства в экономически развитых странах: институциональный аспект – Вестник Пермского Университета, Экономика, 2012, Вып. 3(14), С. 75–81
26. Методика виявлення ризиків здійснення державно-приватного партнерства, їх оцінки та визначення форми управління ризиками. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://ppp-ukraine.org/wp-content/uploads/2015/03/PPP-Risks-Methodology-Ukr.pdf>
27. Методичні рекомендації надавачам медичних послуг щодо організації та проведення послуг з ДКТ, затверджені Головою Державної служби України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань 31 травня 2011 р.
28. Наказ Державної служби України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально-небезпечних захворювань від 22 січня 2015 р. №6 «Про затвердження Стратегії доступу до профілактичних послуг на 2014-2018 рр.» <http://dssz.gov.ua/index.php/normatyvno-pravovi-akty>
29. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 551 «Про затвердження клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції в дорослих та підлітків» від 12 липня 2010 р. Зі змінами і доповненнями, внесеними Наказом Міністерства охорони здоров'я України № 766 від 10 вересня 2010 р.
30. Наказ № 3123/275/770 Міністерств у справах сім'ї, молоді та спорту, праці та соціальної політики України та охорони здоров'я України від 13.09.2010 «Про затвердження стандартів надання соціальних послуг представникам груп ризику» <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0903-10>
31. Национальные проекты. Журнал о развитии России. Рассадин А.В. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.rus-reform.ru/magazine/archive/26/2/10001264>

32. Официальный сайт Казначейства Великобритании. URL: <http://www.hmtreasury.gov.uk> (дата обращения: 30.03.2012)
33. Официальный сайт Комитета Канады по развитию ГЧП. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.pppcouncil.ca> (дата звернення: 30.03.2012).
34. Официальный сайт Комиссии ООН по социально-экономическому развитию. URL: <http://www.un.org/en/ecosoc/index.shtml>
35. Официальный сайт Центра развития государственно-частного партнерства РФ – <http://www.pppcenter.ru/>
36. Рекомендації для ДПП в системі е-Уряду. [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://ppp-ukraine.org/wp-content/uploads/2015/03/PPPs-in-e-Gov-Guide_ukr.pdf
37. Риски бизнеса в частно-государственном партнерстве: Национальный доклад. – М.: Ассоциация Менеджеров, 2007.
38. Сазонов В.Е. (2012) Государственно-частное партнерство: гражданско-правовые, административно-правовые и финансово-правовые аспекты. Москва, ООО Буки Веди.
39. Селиванова И. «Когда медицина в Украине сможет воспользоваться преимуществами государственно-частного партнерства?» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.if-ua.com/ru/publications/articles/kogdamedicinavukrainesmozhetvospolzovatsyapreimuschestvamigosudarstvenno/>
40. Семенин А.А. Аналитическая записка на тему: Развитие здравоохранения на основе ГЧП. Сравнительный анализ. Центр развития ГЧП. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.pppi.ru/sites/default/files/library/p2.pdf>
41. Соединенное Королевство. (2010) Європейська обсерваторія систем та політики в охороні здоров'я. [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/155558/E94836sumR.pdf
42. Спільний Наказ Міністерства охорони здоров'я України та Комітету статистики України № 640/663 «Про затвердження форм первинної облікової документації та форм звітності з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу та інструкції щодо їх заповнення» від 24 грудня 2004 р.
43. Стенограмма круглого стола «Управление рисками в проектах ГЧП в сфере здравоохранения», 10 февраля 2015 года. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.gsom.spbu.ru/research/ppp/diskussii/diskussii1/stenogramma/>
44. Темирбекова Г. (2014) «Государство и бизнес на страже здоровья» – Экспресс К, № 215 (18054) от 20.11.2014. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.express-k.kz/show_article.php?art_id=101488
45. Уварова А.А., Глушков С.А. Мировой опыт и перспективы использования ГЧП в России // Экономика и финансы. № 6 (19). 2008. С. 22–24
46. Ahmed F. Nisar N.(2010) 'Public-private partnership scenario in the health care system of Pakistan', *East Mediterr Health J*, 2010 Aug; 16(8):910-2.
47. Barlow, J., Roehrich, J., Wright, S. (2010) 'De facto privatization or a renewed role for the EU? Paying for Europe's healthcare infrastructure in a recession', *J R Soc Med*, February 1, 2010, 103: 51–55. doi:10.1258/jrsm.2009.090296
48. Build and Beyond: The (r)evolution of healthcare PPPs, at: <http://www.pwc.com/us/ppphealth>
49. Cappellaro, G. and Longo, F. (2011) Institutional public private partnerships for core health services: evidence from Italy.' *BMC Health Serv Res*. 2011; 11: 82. Published online 2011 Apr 19. doi: 10.1186/1472-6963-11-82
50. Cuttaree, V. and Mandri-Perrott, C. (2011) 'Public-Private Partnerships in Europe and Central Asia'. Washington: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank

51. EC (2004) European Commission Resource Book on PPP Case Studies. Brussels, June 2004. Available at: http://europa.eu.int/comm/regional_policy/sources/docgener/guides/pppguide.htm
52. EC (2003) European Commission Guidelines for Successful Public-Private Partnerships, [Електронний ресурс]. http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/guides/ppp_en.pdf
53. Ernst&Young (2012) Как обеспечить успех ГЧП в России. Обзор за 2012 год. Available at: [http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Russian-PPP-Survey-2012/\\$FILE/Russian-PPP-Survey-2012.pdf](http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Russian-PPP-Survey-2012/$FILE/Russian-PPP-Survey-2012.pdf)
54. Healthcare UK (2013) Healthcare UK: Public-Private Partnerships UK Trade and Investment. Available at: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/266818/PPP_28.11.13.pdf
55. HIV/AIDS Policy (2012) Fact Sheet. Kaiser Family Foundation. Available at: <https://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/01/8335.pdf>
56. Gaffney, D.; Pollock, Allyson M.; Price, D.; Shaoul, J. (1999), 'PFI in the NHS: is there an economic case?' *BMJ* 1999; 319 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.319.7202.116>
57. Gerrard, M. What are public-private partnerships, and how do they differ from privatizations? «Finance & Development», 2001, Vol. 38, N 3. Available at: <http://www.imf.org/external/pubind.htm>
58. Gotsadze, T. (2014) Cost of Integrated Service Model for Drug Using Pregnant Women in Ukraine. Available at: http://www.unicef.org/ukraine/EN_Costing.pdf
59. Guowei, D (2007). HIV-1 and STIs prevalence and risk factors among miners and female sex workers in the mining areas of Gejiu, Yunnan, China. Programme and abstracts of the 4th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, July 22-25, 2007: Sydney, Australia. Abstract MOAC105.
60. Jones, C., Parker, M., Ten Bos, R. (2005) *For Business Ethics*. New York: Routledge.
61. Lee, S. (2006) Public-Private Partnerships for Development. A Handbook for Business. Committee for Economic Development/USAID. Washington, DC.
62. McKee M., Edwards N., Atun, R. (2006) Public-private partnerships for hospitals. *Bulletin of the World Health Organization*, 2006, p. 891-893.
63. Nikolic I.A., Maikisch H. Public-private partnerships and collaboration in the health sector. An overview with case studies from recent European experience. – Washington: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2006. (HNP Discussion Paper. – 2006, October). – 27 p. – P. 2.
64. Njau, RJ, Moshia, F., De Savigny, D. (2009) 'Case studies in public-private-partnership in health with the focus of enhancing the accessibility of health interventions', *Tanzania journal of health research*, Oct; 11(4):235-49
65. Parliament UK (2011) Lessons from PFI and other projects - Public Accounts Committee. Available at: <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm201012/cmselect/cmpublicacc/1201/1201.pdf>
66. Parliament UK (2010) 'HM Revenue and Customs' estate private finance deal eight years on'. Available at: <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200910/cmselect/cmpublicacc/312/312.pdf>
67. Pharmaccess (n.d.) Developing Public-Private Partnerships to fight HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria. A practical guideline for private companies. Available at: http://www.pharmaccess.org/FileLib/PPP_brochure.pdf
68. PPP Reference Guide Available at: <http://www.scribd.com/doc/236899332/PPP-Reference-Guide>
69. Press Association (14 June 2005), Customs criticised over offshore property deal, *The Guardian*.

70. PUBLIC-PRIVATE INVESTMENT PARTNERSHIPS An innovative approach for improving access, quality, and equity in healthcare in developing countries. - The Global Health Group University of California, San Francisco August 2009. Available at: <https://www.wiltonpark.org.uk/wp-content/uploads/ppip-background-reading.pdf>
71. Pulkovo Airport (n.d.) Pulkovo Airport Public-Private Partnership Agreement (PPP Agreement) [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.pulkovoairport.ru/en/about/agreement/>
72. Reform UK (n.d.) Public-private healthcare partnership in Valencia, Spain, available at: http://www.reform.uk/wp-content/uploads/2014/11/Healthcare_in_Spain.pdf
73. The Global Health Group (2009) *Public-Private Investment Partnerships: An innovative approach for improving access, quality and equity in healthcare in developing countries*. San Francisco: The Global Health Group, Global Health Sciences University of California, San Francisco.
74. UK Treasury (2011) Seventeenth Report. Private Finance Initiative. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm201012/cmselect/cmtreasy/1146/114602.htm>
75. UNAIDS (2014) '90–90–90. An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic'. UNAIDS: Geneva.
76. UNAIDS (2013) Smart Investments. Geneva: UNAIDS.
77. UNAIDS (2012) Investing for results. Results for people: a people-centred investment tool towards ending AIDS. Geneva: UNAIDS. Available at: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2359_investing-for-results_en_1.pdf [accessed 17 July 2015].
78. UNAIDS (2009) 'HIV-related Public-Private Partnerships and Health Systems Strengthening'. UNAIDS: Geneva. Available at: http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1721_publicprivatepartnerships_en.pdf
79. USAID (2014) 'Types of Business Analysis. An Additional Help for ADS Chapter 597'. New Edition Date: 06/09/2014 USAID: Washington, DC. Available at: <https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1868/597sah.pdf>
80. Vrangbaek, K. (2008) 'Public-Private Partnerships in the health sector: the Danish experience', *Health Econ Policy Law*, 2008 Apr;3(Pt 2):141-63. doi: 10.1017/S1744133108004465.
81. WHO (2013) Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection.
82. WHO UNODC, UNAIDS (2012) TECHNICAL GUIDE FOR COUNTRIES TO SET TARGETS FOR UNIVERSAL ACCESS TO HIV PREVENTION, TREATMENT AND CARE FOR INJECTING DRUG USERS.
83. WHO (2008) Toolkit for monitoring health systems strengthening: health systems financing, WHO, Geneva.
84. WHO (2007) Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes, WHO, Geneva.
85. WHO (2000b) Health Systems: Improving Performance: The World Health Report, 2000. – [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.who.int/whr/2000/en/>
86. WHO (2000a) Who pays for health, WHO, Geneva.
87. Wilson, D., Yakusik, A., Kerr, C., and Avila, C. (2013) 'HIV resource needs, efficient allocation and resource mobilization for the Republic of Belarus' Available at: <http://optimamodel.com/pubs/belarus-report.pdf>
88. World Bank (2014) Public-Private Partnerships. Reference Guide. 2.0. International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, Asian Development Bank, and Inter-American Development Bank. Washington, DC.
89. World Bank (n.d.) Public-Private Partnership In Infrastructure Resource Center. Available at: <http://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/>