

УДК 351.77:334.012.63:614.2

Статівка Наталія Валеріївна

*доктор наук з державного управління, професор,
заступник директора*

*навчально-наукового інституту «Інститут державного управління»
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна*

Stativka Nataliia

*Doctor of Public Administration, Professor,
Deputy Director of the Educational and Scientific Institute
«Institute of Public Administration»*

V.N. Karazin Kharkiv National University

ORCID:0000-0003-0903-6256

Бублій Максим Петрович

*кандидат наук з державного управління, доцент,
доцент кафедри економічної політики та менеджменту*

*навчально-наукового інституту «Інститут державного управління»
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна*

Bublii Maksym

*PhD in Public Administration, Associate Professor,
Associate Professor of Department of Economic Policy and Management
Educational and Scientific Institute «Institute of Public Administration»*

V.N. Karazin Kharkiv National University

ORCID:0000-0003-1060-6404

DOI: 10.25313/2617-572X-2026-3-68-21

ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРЕШКОДИ РЕАЛІЗАЦІЇ ПУБЛІЧНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В ІНСТИТУЦІЙНОМУ, ЕКОНОМІЧНОМУ ТА СОЦІАЛЬНО-ПОЛІТИЧНОМУ ВИМІРАХ

PROBLEMS AND OBSTACLES OF IMPLEMENTING PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP IN THE HEALTH SECTOR OF UKRAINE IN THE INSTITUTIONAL, ECONOMIC AND SOCIO-POLITICAL DIMENSIONS

Анотація. Вступ. В умовах трансформації національної економіки та обмеженості бюджетних ресурсів, пошук ефективних моделей фінансування та управління медичною галуззю стає стратегічним пріоритетом. Публічно-приватне партнерство виступає дієвим інструментом залучення інвестицій та інноваційних технологій, проте його реалізація в Україні стикається з низкою комплексних бар'єрів. Постає гостра необхідність систематизації перешкод, що заважають повноцінному функціонуванню цієї моделі, через призму інституційного середовища, економічних чинників та соціально-політичного контексту.

Мета. Метою даної роботи є ідентифікація та системний аналіз ключових економічних, інституційних та соціально-політичних перешкод на шляху реалізації проєктів публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України в умовах дії нового законодавства та розробка рекомендацій щодо їх подолання.

Матеріали і методи. Матеріалами дослідження є: 1) чинна нормативно-правова база України, що регулює питання ППП та реформування системи охорони здоров'я; 2) наукові праці фахівців у галузі державного управління, економіки та медицини щодо досвіду впровадження спільних інвестиційних проєктів.

У процесі дослідження використано наступні наукові методи: теоретичного узагальнення та порівняльного аналізу (для виокремлення специфіки ППП у медичній сфері); системного підходу та структурно-функціонального аналізу (для диференціації перешкод за трьома вимірами); логічного узагальнення (для формування пропозицій щодо вдосконалення державної політики).

Результати. У науковій статті здійснено аналіз нормативно-правової бази, з акцентом на зміни у Законі України «Про публічно-приватне партнерство».

Ідентифіковано та систематизовано три групи ключових перешкод: економічні – відсутність інвестиційної складової в тарифах Національної служби здоров'я України, високі валютні ризики та неможливість реалізації моделі «плата за доступність» через однорічний цикл бюджетного планування; інституційні – дефіцит адміністративної спроможності громад у підготовці складних інфраструктурних проєктів та корупційні ризики на етапі тендерних процедур; соціально-політичні – опір медичної спільноти через страх оптимізації та приватизації лікарень.

Особливу увагу приділено порівняльному аналізу міжнародного досвіду: розглянуто фінансові ризики моделі у Туреччині та проблеми короткострокового контракування у Польщі.

За результатами дослідження розроблено рекомендації щодо необхідності внесення змін до Бюджетного кодексу для гарантування довгострокових зобов'язань, створення спеціалізованого підрозділу підтримки ППП та впровадження інструментів змішаного фінансування за участі міжнародних донорів.

Перспективи. У подальших наукових дослідженнях пропонується зосередити увагу на розробці конкретного порядку інтеграції механізму «плати за доступність» у середньострокове бюджетне планування, а також на методиці розрахунку інвестиційної надбавки до тарифів Програми медичних гарантій. Окремого вивчення потребує створення типових алгоритмів оцінки спроможності територіальних громад до управління ППП-проєктами. Це надасть змогу покращити нормативно-правове та організаційне забезпечення модернізації медичної інфраструктури, забезпечивши баланс інтересів держави, приватного інвестора та пацієнта.

Ключові слова: публічно-приватне партнерство, охорона здоров'я, реформування охорони здоров'я, програма медичних гарантій, договори керованого доступу, доступність медичних послуг, медична інфраструктура.

Summary. Introduction. In the context of the transformation of the national economy and limited budget resources, the search for effective models of financing and management of the medical sector is becoming a strategic priority. Public-private partnership is an effective tool for attracting investments and innovative technologies, but its implementation in Ukraine faces a number of complex barriers. There is an urgent need to systematize the obstacles that prevent the full functioning of this model, through the prism of the institutional environment, economic factors and socio-political context.

Purpose. The purpose of this work is to identify and systematically analyze key economic, institutional, and socio-political obstacles to the implementation of public-private partnership projects in the healthcare sector of Ukraine under the new legislation and to develop recommendations for overcoming them.

Materials and methods. The materials of the study are: 1) the current regulatory framework of Ukraine, which regulates the issues of PPP and reforming the healthcare system; 2) scientific works of specialists in the field of public administration, economics and medicine on the experience of implementing joint investment projects.

The following scientific methods were used in the research process: theoretical generalization and comparative analysis (to identify the specifics of PPP in the medical field); systemic approach and structural-functional analysis (to differentiate obstacles along three dimensions); logical generalization (to formulate proposals for improving state policy).

Results. The scientific article analyzes the regulatory framework, with an emphasis on changes in the Law of Ukraine «On Public-Private Partnership».

Three groups of key obstacles are identified and systematized: economic – the lack of an investment component in the tariffs of the National Health Service of Ukraine, high currency risks and the impossibility of implementing the «pay for accessibility» model due to the one-year budget planning cycle; institutional – the lack of administrative capacity of communities in preparing complex infrastructure projects and corruption risks at the tender stage; socio-political – resistance of the medical community due to fear of optimization and privatization of hospitals.

Particular attention is paid to a comparative analysis of international experience: the fiscal risks of the model in Turkey and the problems of short-term contracting in Poland are considered.

Based on the results of the study, recommendations are developed regarding the need to amend the Budget Code to guarantee long-term commitments, create a specialized PPP support unit, and introduce blended financing instruments with the participation of international donors.

Discussion. In further scientific research, it is proposed to focus on developing a specific procedure for integrating the «accessibility payment» mechanism into medium-term budget planning, as well as on the methodology for calculating the investment surcharge to the tariffs of the Medical Guarantee Program. A separate study requires the creation of typical algorithms for assessing the capacity of territorial communities to manage PPP projects. This will allow improving the regulatory and organizational support for the modernization of medical infrastructure, ensuring a balance of interests between the state, private investors, and patients.

Key words: public-private partnership, healthcare, healthcare reform, health guarantee program, managed access contracts, accessibility of healthcare services, healthcare infrastructure.

Постановка проблеми. В умовах триваючої війни та обмеженого фінансового простору відновлення зруйнованої медичної інфраструктури України стало критичним викликом для національної безпеки. Станом на початок 2026 року потреби у фінансуванні відбудови сектору охорони здоров'я оцінюються у понад 19 млрд. доларів США. Водночас Державний бюджет на 2026 рік, хоча і передбачає збільшення видатків на охорону здоров'я до 258,6 млрд. грн, фокусується переважно на фінансуванні поточних послуг через Програму медичних гарантій (ПМГ), залишаючи дефіцит капітальних інвестицій [2].

У цьому контексті публічно-приватне партнерство (ППП) розглядається як безальтернативний механізм залучення приватного капіталу та технологій. Прийняття нового Закону України № 4510-IX «Про публічно-приватне партнерство», який набрав чинності 31 жовтня 2025 року, який дозволив державним та комунальним підприємствам виступати безпосередніми партнерами та спростивши процедури для проєктів відновлення. Проте, незважаючи на законодавчі стимули, практична реалізація проєктів гальмується через системні диспропорції між тарифною політикою Національної служби здоров'я України (НСЗУ), високими валютними ризиками та інституційною неспроможністю громад, що вимагає наукового обґрунтування впровадження PPP.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Фундаментальні засади аналізу, нормативного забезпечення та практичного впровадження інструментів публічно-приватного партнерства (ППП) у медичній царині заклали у своїх працях як вітчизняні, так і зарубіжні фахівці.

Вашев О. та Хижняк С. [1] визначають державно-приватне партнерство як ефективний механізм взаємодії держави та бізнесу для розвитку інфраструктури, підвищення якості публічних послуг. Автори також акцентують увагу на ключових проблемах розвитку ДПП в Україні, серед яких правова невизначеність, адміністративні бар'єри, недостатня інституційна підтримка та складність розподілу ризиків між партнерами.

Актуальні фінансові параметри медичної галузі в межах бюджетного планування на 2026 рік визначені в нормативно правових документах МОЗ України [2], тоді як спільна група експертів Світового банку та ВООЗ [9] оцінює життєздатність обраної моделі фінансування в умовах повоєнного відновлення. Привертає увагу підхід Олійник А. [5], який фокусує увагу на ідентифікації корупційних ризиків та розробці антикорупційних запобіжників у процесі інвестування. Економічний ракурс доповнюють Забаштанський М. М., Коваль С. Л. [3], розглядаючи державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я як інструмент залучення приватних інвестицій на основі довгострокових договірних відносин із гарантіями державного фінансування, що відпові-

дає міжнародним підходам до контрактних моделей фінансування інфраструктурних проєктів.

Системне бачення інституційних бар'єрів пропонує Підгаєць С. В. [6], аналізуючи динаміку розвитку державно-приватних ініціатив. Компаративний аналіз польського досвіду модернізації лікарень здійснюють Kosycarz E. A., Nowakowska B. A. Та ін. [10], вказуючи на типові помилки при взаємодії з бізнесом.

Досвід Туреччини у реалізації масштабних госпітальних хабів та критичні фактори фінансової стійкості таких проєктів аналізують Тугба Доган Ердем, Зейнеп Біргонул, Гозде Білгін та Емре Джанер Акчай [8], що корелює з висновками аналітиків PPIAF [14]. Натомість у аналітичних звітах European Network on Debt and Development [11] застерігає від надмірного оптимізму, наводячи приклади невдалих кейсів PPP у міжнародній практиці.

Попри значну кількість напрацювань, наукового пошуку все ще потребують питання, що стосуються: системної класифікації перешкод реалізації PPP у поствоєнний період; узгодження тарифної політики НСЗУ з інвестиційними зобов'язаннями сторін; розробки дієвих механізмів державного управління соціально-політичними ризиками в процесі модернізації медицини.

Метою статті є ідентифікація та системний аналіз ключових економічних, інституційних та соціально-політичних перешкод на шляху реалізації проєктів публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України в умовах дії нового законодавства та розробка рекомендацій щодо їх подолання.

Матеріали і методи. Матеріалами дослідження є: 1) чинна нормативно-правова база України, що регулює питання PPP та реформування системи охорони здоров'я; 2) наукові праці фахівців у галузі державного управління, економіки та медицини щодо досвіду впровадження спільних інвестиційних проєктів.

У процесі дослідження використано наступні наукові методи: теоретичного узагальнення та порівняльного аналізу (для виокремлення специфіки PPP у медичній сфері); системного підходу та структурно-функціонального аналізу (для диференціації перешкод за трьома вимірами); логічного узагальнення (для формування пропозицій щодо вдосконалення державної політики).

Виклад основного матеріалу. Правове регулювання взаємодії держави та бізнесу в Україні пройшло складний еволюційний шлях, який можна розділити на два етапи. До середини 2025 року базовим документом залишався Закон України «Про державно-приватне партнерство» (2010), який, попри численні спроби модернізації, залишався громіздким та малоефективним інструментом. Основною вадою старого законодавства була надмірна бюрократизація процедур запуску проєктів:

підготовка техніко-економічного обґрунтування та проходження всіх погоджень могли тривати 2–3 роки, що робило механізм непривабливим для швидкого відновлення інфраструктури. Крім того, суб'єктний склад публічних партнерів був обмежений переважно органами державної влади та місцевого самоврядування, що створювало юридичні перепони для лікарень, які функціонують як окремі юридичні особи.

Поворотним моментом у реформуванні галузі стало прийняття 19 червня 2025 року нового Закону України № 4510-IX «Про публічно-приватне партнерство», який набрав чинності 31 жовтня 2025 року. Цей нормативно-правовий акт здійснив не просто термінологічну заміну поняття «державно-приватне» на «публічно-приватне», а запровадив концептуально нову філософію партнерства, адаптовану до вимог воєнного та повоєнного часу [4].

Закон України про публічно-приватне партнерство (нова редакція 2025 р.) передбачає спрощені процедури реалізації проєктів відновлення та запровадження прискорених механізмів для інфраструктурних проєктів [4].

Одним з ключових аспектів Закону № 4510-IX стало розширення кола публічних партнерів. До цього переліку було офіційно включено державні та комунальні підприємства, а також господарські товариства публічного сектору (де частка держави перевищує 50%). Для сфери охорони здоров'я це є революційною зміною, оскільки абсолютна більшість медичних закладів в Україні в ході реформи була автономізована у Комунальні некомерційні підприємства. Надання КНП права виступати безпосереднім стороною договору ППП значно спрощує процедуру управління активами та скорочує ланцюжок прийняття рішень, який раніше замикався на сесіях місцевих рад [4].

Крім того, законодавець відмовився від вичерпного переліку дозволених сфер для ППП, перейшовши до принципу «дозволено все, що прямо не заборонено законом». Це остаточно легалізувало можливість реалізації проєктів у сфері охорони здоров'я, включаючи не лише будівництво інфраструктури, а й надання медичних та реабілітаційних послуг, що раніше викликало дискусії щодо можливості передачі клінічних функцій приватному оператору.

Закон № 4510-IX запровадив диференційований підхід до підготовки проєктів, розділивши їх на дві категорії:

1. *Звичайна процедура* передбачає класичні етапи підготовки концептуальної записки та повного ТЕО. Рішення про доцільність приймається протягом 90 днів.

2. *Спрощена процедура («Fast-track»)* застосовується для проєктів вартістю до 5,538 млн. євро, а також для проєктів відновлення інфраструктури, що реалізуються під час дії воєнного стану та протягом 7 років після його завершення. Ця процедура виключує

потребу необхідності розробки складного ТЕО, обмежуючись концептуальною запискою, а термін прийняття рішення скорочено до 45 днів.

Такий підхід є критично важливим для швидкої відбудови мережі амбулаторій, діагностичних центрів та малих лікарень, пошкоджених внаслідок бойових дій, дозволяючи залучати приватний капітал без багаторічних бюрократичних затримок. Водночас закон встановив запобіжник від лобізму приватних інтересів: ініціатива щодо запуску ППП тепер належить виключно публічному партнеру, що має захистити громади від нав'язування непотрібних проєктів бізнесом.

Незважаючи на прогресивність нового Закону № 4510-IX, його практична імплементація в медичній сфері нашою є на низку специфічних галузевих бар'єрів, які створюють правову невизначеність та стримують інвесторів.

Більшість українських лікарень функціонують у статусі Комунальних некомерційних підприємств. Згідно з Податковим кодексом України, цей статус звільняє їх від сплати податку на прибуток за умови, що всі доходи реінвестуються у розвиток закладу та статутну діяльність. Вхідження у проєкт приватного партнера, основною метою якого є отримання та виведення прибутку (дивідендів), створює ризик конфлікту зі статутом КНП. Податкові органи можуть трактувати спільну діяльність або розподіл доходів у рамках ППП як порушення умов неприбутковості, що загрожує лікарні втратою податкових пільг та значними фінансовими санкціями.

Ще більш фундаментальною проблемою є стаття 49 Конституції України, яка гарантує безоплатність медичної допомоги у державних та комунальних закладах і забороняє скорочення існуючої мережі. Будь-які спроби передачі майнового комплексу лікарні в довгострокове управління (концесію) часто стають об'єктом політичних спекуляцій. Опоненти реформ трактують це як «приховану приватизацію», поширюючи наративи про те, що після приходу інвестора всі послуги стануть платними. Хоча юридично ППП не змінює форми власності, актив залишається комунальним, а Програма медичних гарантій покриває послуги незалежно від форми власності надавача, ризик оскарження таких договорів у судах або відкриття кримінальних проваджень правоохоронцями залишається високим фактором тиску на інвесторів.

У сучасних моделях ППП приватний партнер часто бере на себе не лише будівництво та утримання будівлі, а й надання певних клінічних послуг. У цьому контексті виникає проблема чіткого юридичного розмежування відповідальності.

Наприклад, якщо приватний партнер встановлює МРТ-сканер у приміщенні комунальної лікарні та надає діагностичні послуги, виникає колізія: хто юридично є надавачем послуги пацієнту в рамках договору з НСЗУ. Якщо договір з НСЗУ підписано

з лікарнею, то лікарня отримує кошти від держави і повинна розрахуватися з приватним партнером за діагностику. Однак пряме перерахування коштів може трактуватися як закупівля послуг, що вимагає проведення тендеру згідно із Законом «Про публічні закупівлі», а не виконання договору ППП. Відсутність чіткого механізму взаєморозрахунків у межах єдиного тарифу змушує сторони використовувати складні юридичні конструкції, що підвищує ризики корупції та конфлікту інтересів. Експерти вказують на необхідність жорсткого розмежування функцій та запровадження антикорупційних запобіжників (декларування конфлікту інтересів) при укладанні таких змішаних договорів [7].

Окремим, але важливим сегментом партнерства є Договори керованого доступу (Managed Entry Agreements — MEA). Це угоди між державою та фармацевтичними виробниками, які дозволяють забезпечити доступ пацієнтів до інноваційних дороговартісних ліків. З 2021 року в Україні створено законодавчу базу для MEA та впроваджено обов'язкову Оцінку медичних технологій (НТА), що дозволило ДП «Медичні закупівлі України» розпочати практику таких закупівель.

Ключовою правовою особливістю MEA є конфіденційність ціни, що є стандартною вимогою глобальних виробників для захисту своїх ринків. Однак ця норма вступає у прямий конфлікт з вимогами українського антикорупційного законодавства та принципами прозорості публічних фінансів. Контролюючі органи (Держаудитслужба, Рахункова палата) часто розглядають засекречення ціни як потенційну корупційну схему. Це створює постійну інституційну напругу та стримує масштабування інструменту на нові терапевтичні групи, попри його доведену ефективність у країнах ЄС. Подальший розвиток цього напрямку потребує законодавчого закріплення «імунітету» для закупівельників при дотриманні процедур НТА та вдосконалення реєстрів пацієнтів для реалізації моделей оплати за результат (outcome-based agreements).

Економічні перешкоди. Економічна доцільність інвестиційних проєктів залишається наріжним каменем впровадження публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України, проте саме існуюча фінансова модель галузі формує найбільшу кількість бар'єрів для приватного капіталу. Ключовою проблемою є структурна невідповідність методології розрахунку тарифів Програми медичних гарантій (ПМГ) інвестиційній логіці довгострокових проєктів. Попри те, що у Державному бюджеті на 2026 рік видатки на охорону здоров'я збільшено до 258,6 млрд. грн, а бюджет ПМГ зріс до 191,6 млрд. грн, [2] структура тарифу НСЗУ продовжує базуватися на покритті операційних витрат (медикаменти, заробітна плата, комунальні послуги) і не містить інвестиційної складової, необхідної для амортизації капітальних вкладень у будівництво чи

дороговартісне обладнання [9]. У такій конфігурації приватний партнер, який залучає кредитні або власні кошти для створення інфраструктури, стикається з неможливістю легального повернення інвестицій виключно за рахунок тарифу НСЗУ, що робить масштабні проєкти планово збитковими. Це призводить до явища «збирання вершків», коли інвестори зацікавлені лише у вузьких високомаржинальних нішах, таких як лабораторна діагностика або МРТ/КТ дослідження, де собівартість дозволяє отримати прибуток навіть у межах тарифу або за рахунок тіньових доплат, залишаючи державі збиткові функції соціальної допомоги.

Ситуація ускладнюється неможливістю повноцінної імплементації моделі «плати за доступність», яка є золотим стандартом для проєктів соціальної інфраструктури у країнах ЄС та Великобританії. Ця модель передбачає, що публічний партнер здійснює регулярні фіксовані виплати приватному інвестору за експлуатаційну готовність об'єкта, незалежно від кількості пацієнтів, що гарантує стабільний грошовий потік. В Україні реалізація цього механізму блокується нормами Бюджетного кодексу, який фактично оперує однорічним циклом планування. Органи місцевого самоврядування, які виступають ініціаторами проєктів, не мають законодавчих інструментів для надання твердих фінансових гарантій на весь життєвий цикл проєкту (10–15 років). Відсутність механізму суверенних гарантій для муніципальних проєктів та дефіцитність місцевих бюджетів, де у 2026 році прогнозується розрив доходів на рівні 125,3 млрд. грн, роблять такі зобов'язання ризикованими для кредиторів [3; 6]. Як наслідок, банківський сектор продовжує орієнтуватися на короткострокове кредитування оборотного капіталу (частка якого сягає 50%), а не на довгострокове проєктне фінансування.

Додатковим фактором, що руйнує фінансову архітектуру ППП, є високі макроекономічні ризики, спричинені війною та нестабільністю національної валюти. Оскільки медичне обладнання та значна частина будівельних матеріалів імпортуються, капітальні витрати інвестора прив'язані до твердої валюти (долар/євро), тоді як доходи від НСЗУ фіксовані у гривні без механізму автоматичної індексації. Досвід Туреччини з проєктами «міських лікарень» демонструє, що валютні коливання можуть призвести до катастрофічного зростання навантаження на бюджет, тому українська держава уникає надання валютних гарантій. Водночас, висока облікова ставка та ризикова премія країни роблять вартість гривневого капіталу надмірно високою (понад 20% річних), а інструменти страхування воєнних ризиків від міжнародних організацій (MIGA, DFC) поки що покривають обмежену кількість пілотних проєктів, що вимагає впровадження інструментів змішаного фінансування із залученням донорських грантів для компенсації частини капітальних витрат [8; 14].

Інституційні та управлінські бар'єри. Навіть за наявності досконалої законодавчої бази та доступного фінансування, успішна реалізація проєктів публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я може зазнати невдачі через критичний дефіцит інституційної спроможності на рівні муніципалітетів та системні корупційні ризики. Процес децентралізації, який передав заклади охорони здоров'я у власність територіальних громад, створив парадоксальну ситуацію: органи місцевого самоврядування отримали активи та повноваження, але не успадкували необхідної інституційної пам'яті та управлінських компетенцій для реалізації складних інвестиційних проєктів. Підготовка договору ППП докорінно відрізняється від стандартних процедур публічних закупівель і вимагає проведення глибокого фінансового моделювання, юридичного структурування розподілу ризиків та технічної експертизи, фахівці з яких зазвичай відсутні у штатному розписі типової міської ради чи комунальної лікарні. Залучення ж професійних зовнішніх консультантів є фінансово обтяжливим для місцевих бюджетів, що призводить до низької якості підготовки проєктної документації та, як наслідок, відсутності інтересу з боку системних інвесторів.

Крім того, відсутність стратегічного бачення на місцях призводить до хаотичної ініціації проєктів без прив'язки до реальної карти потреб регіону. Поширеною є практика, коли сусідні громади ініціюють дублюючі проєкти (наприклад, закупівля ангиографів чи МРТ), що призводить до розпорошення ресурсів, «канібалізації» пацієнтотоку та недоваження дороговартісного обладнання. Експерти Міжнародної фінансової корпорації та Світового банку наголошують, що запуску масових проєктів ППП має передувати розробка національного та регіональних майстер-планів госпітальної мережі, які б чітко визначали роль кожного закладу в маршруті пацієнта, проте наразі такий інтегрований підхід часто ігнорується на користь локальних політичних інтересів.

Інституційна слабкість тісно переплітається з корупційними ризиками, які супроводжують усі етапи життєвого циклу проєкту. Аналіз експертного середовища свідчить про поширення практики «керованої конкуренції», коли кваліфікаційні вимоги та технічні завдання в конкурсній документації штучно адаптуються під заздалегідь визначеного «інвестора», яким часто виступає компанія, афілійована з керівництвом лікарні або місцевими чиновниками [4; 9; 13]. Особливо високим є ризик прихованого конфлікту інтересів у моделях аутсорсингу діагностичних послуг, коли керівник департаменту охорони здоров'я або головний лікар може бути тінювим бенефіціаром приватного центру, що розміщується на території комунального закладу. У таких випадках механізм ППП фактично використовується для легалізації поборів: приватна структура, користую-

чись монополічним становищем та потоком пацієнтів державної лікарні, починає стягувати неформальні доплати за «покращений сервіс» або пріоритетне обслуговування, дискредитуючи саму ідею партнерства та порушуючи принципи рівного доступу до медичної допомоги.

Аналіз міжнародної практики впровадження публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я дозволяє ідентифікувати як ефективні моделі, так і системні ризики, актуальні для українського контексту. Показовим є досвід Туреччини, яка реалізувала масштабну програму будівництва «міських лікарень за моделлю BLT (Build-Lease-Transfer). Наукові дослідження вказують, що, попри модернізацію інфраструктури, ця модель створила значні фінансові загрози через вплив макроекономічних факторів. Зокрема, критичними ризиками було визначено коливання валютних курсів та волатильність інфляції, оскільки довгострокові зобов'язання держави перед інвесторами часто прив'язувалися до іноземної валюти, що в умовах девальвації національної грошової одиниці призводило до неконтрольованого зростання бюджетного навантаження [14; 15].

Водночас досвід Польщі, система охорони здоров'я якої має схожу архітектуру з українською НСЗУ, демонструє інші типи бар'єрів. Розвиток повноцінних інфраструктурних ППП у польському госпітальному секторі гальмується практикою короткострокового контрахування з боку публічного платника та низьким рівнем тарифів, що не покривають інвестиційні витрати. Це створює ситуацію невизначеності для приватного партнера, який не може гарантувати повернення інвестицій у довгостроковій перспективі. Крім того, глобальний аналіз проєктів, реалізованих за моделлю приватної фінансової ініціативи, зокрема у Великій Британії, свідчить про тенденцію до здорожчання вартості послуг для державного сектора порівняно з традиційними закупівлями, а також про ризики перекадання надмірних зобов'язань на бюджет у випадку банкрутства приватного оператора [6; 10].

Успішна реалізація ППП в Україні ускладнюється глибоко вкоріненими соціальними стереотипами та опором професійної спільноти. Попри конституційні гарантії безоплатної медицини, реальна структура фінансування галузі історично характеризувалася високою часткою приватних витрат. За даними міжнародних звітів, ще до початку повномасштабної війни частка витрат українських домогосподарств сягала 46,3%, що є одним із найвищих показників у Європі. Такий дисбаланс підриває довіру населення до реформ і створює підґрунтя для маніпуляцій щодо «приватизації» лікарень. Ситуація погіршується наявністю тіншової економіки всередині комунальних закладів: неформальні платежі, які, за деякими оцінками, могли складати до 53% загального фінансування, створюють потужний стимул для медичного персоналу опиратися запровадженню

прозорих моделей управління та фінансового контролю, притаманних проектам ППП [3; 11].

На тлі складнощів з інфраструктурними проектами, Україна демонструє прогрес у впровадженні специфічних форм партнерства у фармацевтичному секторі, зокрема Договорів керованого доступу (МЕА). З 2021 року було створено нормативну базу для проведення Оцінки медичних технологій, що дозволило державі закуповувати інноваційні препарати за конфіденційними цінами, використовуючи механізми розподілу ризиків з виробниками. Цей напрямок продовжує активно розвиватися: уряд анонсував розширення переліку лікарських засобів, що підлягають реімбурсації, з 1 квітня 2026 року, а також запровадження механізмів співоплати для певних видів дороговартісної терапії. Успіх МЕА доводить, що за наявності чіткої законодавчої рамки та політичної волі взаємодія держави і бізнесу може бути ефективною навіть в умовах обмежених ресурсів [16].

Висновки. Узагальнення результатів проведеного дослідження дозволяє стверджувати, що практична реалізація механізмів публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України нашою хватується на комплекс взаємопов'язаних системних перешкод, які призводять до інвестиційної непривабливості. Економічна неефективність проектів, зумовлена відсутністю інвестиційної складової в тарифах НСЗУ та високими валютними ризиками, посилюється критичною інституційною слабкістю територіальних громад і правовою невизначеністю щодо довгострокових фінансових зобов'язань держави. Прийняття нового Закону України «Про публічно-приватне партнерство» створило необхідну норматив-

ну рамку для запуску проектів відновлення, проте без синхронізації з бюджетною та тарифною політикою ці законодавчі зміни ризикують залишитися декларативними. Водночас аналіз міжнародного досвіду, зокрема Туреччині та Польщі, застерігає від сліпого копіювання масштабних інфраструктурних проектів без адаптації до реальних фінансових можливостей української економіки. Інформація про ці ризики дозволяє виявити потенційно небезпечні зони фінансової відповідальності та запобігти операційним відхиленням, які в подальшому впливатимуть на сталість надання медичних послуг населенню.

З метою подолання управлінської кризи на місцях доцільно створити спеціалізований підрозділ підтримки ППП при Агенції відновлення або Міністерстві охорони здоров'я, який забезпечуватиме громади типовими проектними рішеннями та юридичним супроводом, компенсуючи дефіцит компетенцій і забезпечення прозорості через впровадження стандартів розкриття бенефіціарів та проведення широкої комунікаційної кампанії серед населення.

У подальших наукових дослідженнях пропонується зосередити увагу на розробці конкретного порядку інтеграції механізму «плати за доступність» у середньострокове бюджетне планування, а також на методиці розрахунку інвестиційної надбавки до тарифів Програми медичних гарантій. Окремого вивчення потребує створення типових алгоритмів оцінки спроможності територіальних громад до управління ППП-проектами. Це надасть змогу покращити нормативно-правове та організаційне забезпечення модернізації медичної інфраструктури, забезпечивши баланс інтересів держави, приватного інвестора та пацієнта.

ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ

ВНЕСОК АВТОРІВ: Усі автори зробили внесок порівну.

ФІНАНСУВАННЯ: Автори не отримували фінансування для цього дослідження.

ЗАЯВА ПРО ДОСТУПНІСТЬ ДАНИХ: Не застосовується.

КОНФЛІКТ ІНТЕРЕСІВ: Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Література

1. Вашев О. Є., Хижняк С. В. Державно-приватне партнерство: концептуальні засади та особливості впровадження в Україні. *Державне будівництво*. 2024. № 2 (36). С. 68–82. DOI: <https://doi.org/10.26565/1992-2337-2024-2-05>
2. Державний бюджет на 2026 рік прийнято парламентом: на сферу охорони здоров'я передбачено 258,6 млрд. *МОЗ України*. 2025. URL: <https://moz.gov.ua/uk/derzhavnij-byudzheth-na-2026-rik-prijnyato-parlamentom-na-sferu-ohoroni-zdorov-ya-peredbacheno-258-6-mlrd> (дата звернення: 10.12.2025).
3. Забаштанський М. М., Коваль С. Л. Державно-приватне партнерство як інструмент фінансового забезпечення розвитку сфери охорони здоров'я. *Ефективна економіка*. 2023. № 3. DOI: <https://doi.org/10.32702/2307-2105.2023.3.12> URL: <https://www.nayka.com.ua/index.php/ee/article/view/1269> (дата звернення: 10.02.2026).
4. Про публічно-приватне партнерство : Закон України № 4510-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4510-20#Text> (дата звернення: 10.02.2026).
5. Олійник А. Кримінально-правова характеристика суб'єкта корупційних та пов'язаних з корупцією правопорушень у сфері охорони здоров'я. *Вісник Національного університету «Львівська політехніка». Серія: «Юридичні науки»*. 2024. Том. 11, № 3 (43), С. 168–177. DOI: <https://doi.org/10.23939/law2024.43.168>

6. Підгаєць С.В., Сіташ Т.Д. Проблеми та перспективи розвитку державно-приватного партнерства в системі охорони здоров'я. *Економіка розвитку*. 2012. № 3. С. 32–37. URL: <http://www.repository.hneu.edu.ua/jspui/handle/123456789/1356> (дата звернення: 11.02.2026).
7. Avila C. Implementing health financing policies to overhaul the healthcare delivery system in Ukraine. *Journal of Hospital Management and Health Policy*. 2021. Vol. 5, No. 2. URL: <https://jhmhp.amegroups.org/article/view/6656/pdf> (дата звернення: 05.03.2026).
8. Dogan Erdem T., Birgönül Z., Bilgin G., Akçay E. C. Exploring the Critical Risk Factors of Public-Private Partnership City Hospital Projects in Turkey. *Buildings*. 2024. Vol. 14, no. 2. DOI: <https://doi.org/10.3390/buildings14020498>
9. Health Financing in Ukraine: Reform, Resilience and Recovery. *WHO & World Bank Joint Report*. 2024. URL: <https://moz.gov.ua/en/who-and-the-world-bank-present-a-report-assessing-progress-in-implementing-the-reform-of-financing-the-ukrainian-healthcare-system-in-the-context-of-war> (дата звернення: 05.03.2026).
10. Kosycarz E.A., Nowakowska B.A., Mikołajczyk M.M. Evaluating opportunities for successful public–private partnership in the healthcare sector in Poland. *Journal of Public Health (Berl.)*. 2019. Vol. 27. P. 1–9. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10389-018-0920-x>
11. History RePPeated — How Public Private Partnerships are failing. Analytical Report European Network on Debt and Development 2018. URL: <https://www.eurodad.org/historyrepeated> (дата звернення: 05.03.2026).
12. Private Sector Opportunities for a Green and Resilient Reconstruction in Ukraine. *World Bank Joint Report* 2023. URL: <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/099839003082435292> (дата звернення: 09.02.2026)
13. Vashev O., Khyzhniak S. Efficiency of public-private partnership in reforming the health care system: global experience and prospects for Ukraine. *SWorldJournal*. 2024. 2(27–02). P. 27–36. DOI: <https://doi.org/10.30888/2663-5712.2024-27-00-025>
14. Turkey Healthcare PPP Program: Lessons Learned and Risk Allocation Analysis. Washington, D.C.: World Bank Group, 2015. URL: <https://www.ppiaf.org/documents/4226> (дата звернення: 19.02.2026).
15. Ukraine advances access to innovative therapies through HTA and managed entry agreements. *CMS Law-Now*. 2025. URL: <https://cms.law/en/ukr/legal-updates/ukraine-advances-access-to-innovative-therapies-through-hta-and-managed-entry-agreements> (дата звернення: 10.02.2026).
16. Ukraine expands medical outpatient reimbursement in 2026 and introduces 50% co-payment for selected therapies. *CMS Law-Now*. 2026. URL: https://cms.law/en/ukr/legal-updates/ukraine-expands-medical-outpatient-reimbursement-in-2026-and-introduces-50-co-payment-for-selected-therapies?utm_source=chatgpt.com/ (дата звернення: 10.02.2026).
17. Ukrainian Healthcare System in 2024: A Comprehensive Report. *Swecare*. 2024. URL: https://www.swecare.se/projekt/strengthening-ukraines-healthcare-system/?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 10.02.2026)

References

1. Vashev, O.Ye., & Khyzhniak, S.V. (2024). Derzhavno-pryvatne partnerstvo: kontseptualni zasady ta osoblyvosti vprovadzhennia v Ukraini [Public-private partnership: Conceptual principles and features of implementation in Ukraine]. *Derzhavne budivnytstvo*, (2(36)), 68–82. <https://doi.org/10.26565/1992–2337–2024–2–05> [in Ukrainian].
2. Ministry of Health of Ukraine. (2025). Derzhavnyi biudzheth na 2026 rik pryiniato parlamentom: na sferu okhorony zdorovia peredbacheno 258,6 mlrd [The state budget for 2026 has been adopted by the parliament: UAH 258.6 billion allocated to healthcare]. Retrieved from <https://moz.gov.ua/uk/derzhavnij-byudzheth-na-2026-rik-prijnyato-parlamentom-na-sferu-okhorony-zdorov-ya-peredbacheno-258–6-mlrd> [in Ukrainian].
3. Zabashtanskyi, M.M., & Koval, S.L. (2023). Derzhavno-pryvatne partnerstvo yak instrument finansovoho zabezpechennia rozvytku sfery okhorony zdorovia [Public-private partnership as a tool for financial support of healthcare development]. *Efektivna ekonomika*, (3). <https://doi.org/10.32702/2307–2105.2023.3.12> [in Ukrainian].
4. Law of Ukraine. (n.d.). *On public-private partnership* (No. 4510-IX). Retrieved from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4510–20> [in Ukrainian].
5. Oliinyk, A. (2024). Kryminalno-pravova kharakterystyka subiekta koruptsiinykh ta poviazanykh z koruptsiieiu pravoporushen u sferi okhorony zdorovia [Criminal law characteristics of the subject of corruption and corruption-related offenses in healthcare]. *Visnyk Natsionalnoho universytetu «Lvivska politehnika»*. Seriya: Yurydychni nauky, 11(3(43)), 168–177. <https://doi.org/10.23939/law2024.43.168> [in Ukrainian].
6. Pidhaiets, S.V., & Sitash, T.D. (2012). Problemy ta perspektyvy rozvytku derzhavno-pryvatnoho partnerstva v systemi okhorony zdorovia [Problems and prospects of public-private partnership development in healthcare]. *Ekonomika rozvytku*, (3), 32–37. Retrieved from <http://www.repository.hneu.edu.ua/jspui/handle/123456789/1356> [in Ukrainian].
7. Avila, C. (2021). Implementing health financing policies to overhaul the healthcare delivery system in Ukraine. *Journal of Hospital Management and Health Policy*, 5(2). Retrieved from <https://jhmhp.amegroups.org/article/view/6656/pdf>
8. Dogan, E.T., Birgönül, Z., Bilgin, G., & Akçay, E.C. (2024). Exploring the critical risk factors of public-private partnership city hospital projects in Turkey. *Buildings*, 14(2). <https://doi.org/10.3390/buildings14020498>

9. World Health Organization, & World Bank. (2024). *Health financing in Ukraine: Reform, resilience and recovery*. Retrieved from <https://moz.gov.ua/en/who-and-the-world-bank-present-a-report-assessing-progress-in-implementing-the-reform-of-financing-the-ukrainian-healthcare-system-in-the-context-of-war>
10. Kosycarz, E. A., Nowakowska, B. A., & Mikołajczyk, M. M. (2019). Evaluating opportunities for successful public-private partnership in the healthcare sector in Poland. *Journal of Public Health*, 27, 1–9. <https://doi.org/10.1007/s10389-018-0920-x>
11. European Network on Debt and Development. (2018). *History rePPPeated — How public private partnerships are failing*. Retrieved from <https://www.eurodad.org/historyrepppeated>
12. World Bank. (2023). *Private sector opportunities for a green and resilient reconstruction in Ukraine*. Retrieved from <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/099839003082435292>
13. Vashev, O., & Khyzhniak, S. (2024). Efficiency of public-private partnership in reforming the health care system: Global experience and prospects for Ukraine. *SWorldJournal*, 2(27–02), 27–36. <https://doi.org/10.30888/2663-5712.2024-27-00-025>
14. World Bank Group. (2015). *Turkey healthcare PPP program: Lessons learned and risk allocation analysis*. Retrieved from <https://www.ppiaf.org/documents/4226>
15. CMS Law-Now. (2025). *Ukraine advances access to innovative therapies through HTA and managed entry agreements*. Retrieved from <https://cms.law/en/ukr/legal-updates/ukraine-advances-access-to-innovative-therapies-through-hta-and-managed-entry-agreements>
16. CMS Law-Now. (2026). *Ukraine expands medical outpatient reimbursement in 2026 and introduces 50% co-payment for selected therapies*. Retrieved from <https://cms.law/en/ukr/legal-updates/ukraine-expands-medical-outpatient-reimbursement-in-2026-and-introduces-50-co-payment-for-selected-therapies>
17. Swecare. (2024). *Ukrainian healthcare system in 2024: A comprehensive report*. Retrieved from <https://www.swecare.se/projekt/strengthening-ukraines-healthcare-system/>

Дата першого надходження статті до видання: 07.03.2026

Дата прийняття статті до друку після рецензування: 07.04.2026

Дата публікації: 15.04.2026