

U-LEAD

W I T H E U R O P E



Створення Центру малоінвазивної хірургії за адресою вул. Данилишиних, 62 у м. Трускавець

Техніко-економічне обґрунтування проекту



ЗМІСТ

Перелік ілюстрацій та таблиць	5
основні визначення та скорочення	8
АВТОРСЬКІ ПРАВА ТА ВІДМОВА ВІД ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ	13
РЕЗЮМЕ ПРОЕКТУ.....	14
A. Контекст Проекту.....	14
B. Програма робіт за проектом.....	15
C. Технічні альтернативи та заходи за Проектом	17
D. Фінансовий аналіз.....	19
E. Економічний аналіз, вибрана альтернатива та можливі переваги ДПП	20
F. Аналіз чутливості та ризиків	22
G. План виконання Проекту	23
1. КОНТЕКСТ ПРОЕКТУ	27
1.1. Соціально-економічне підґрунтя	27
1.1.1. Сфера медичних хірургічних послуг в Україні та м. Трускавці.....	27
1.1.2. Трускавецька міська лікарня.....	28
1.1.3. В'їзний туризм.....	30
1.2. Законодавчо-нормативна база	34
1.2.1. Тенденції розвитку української медичної галузі	35
1.2.2. Реформа галузі охорони здоров'я.....	39
1.3. Проблеми, на вирішення яких спрямований Проект	43
2. ПРОГРАМА РОБІТ ЗА ПРОЕКТОМ.....	45
2.1. Мета та цілі Проекту	45
2.2. Зв'язки Проекту з іншими проектами. Обмеження Проекту	45
2.3. Цільові групи Проекту та їхні потреби	46
2.4. Організація Проекту.....	47
2.5. Вибір моделі виконання Проекту	48
2.5.1. Міжнародний досвід	48
2.5.2 Аналіз юридичних моделей	52
2.6. Очікувані результати Проекту	60

3.	МОЖЛИВОСТІ ТА АЛЬТЕРНАТИВИ	62
3.1.	Поточне становище	62
3.2.	Можлива діяльність за Проектом	66
3.2.1	Перелік можливих видів діяльності	66
3.3.	Критерії оцінки видів діяльності.....	68
3.4.	Скорочений список видів діяльності.....	71
3.5.	Опис альтернативних варіантів Проекту	72
4.	ФІНАНСОВИЙ АНАЛІЗ.....	74
4.1.	Звітний період Проекту.....	74
4.2.	Інші фінансові припущення.....	74
4.3.	Фінансові потоки Проекту.....	75
4.3.1	Інвестиційні видатки	75
4.3.2	Дисконтована вартість інвестицій.....	78
4.3.3.	Дохід від основної діяльності	78
4.3.4.	Поточні витрати	81
4.3.5.	Податки	82
4.3.6.	Фінансування.....	83
4.4.	Фінансові показники Проекту	85
5.	АНАЛІЗ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ.....	87
5.1.	Конверсія ринкових цін в економічно вигідні ціни	87
5.2.	Економічні показники	88
5.3.	Порівняння альтернатив та вибір найбільш вигідної з них.....	90
6.	ЧУТЛИВІСТЬ І РИЗИКИ.....	92
6.1.	Визначення та аналіз основних ризиків Проекту.....	92
6.2.	Оцінка фінансових ризиків Проекту.....	98
6.3.	Аналіз чутливості	102
6.3.1.	Визначення змінних	102
6.3.2.	Аналіз еластичності	104
6.3.3.	Точки беззбитковості критично важливих змінних	105
6.4.	Аналіз сценаріїв.....	105
6.5.	Аналіз за методом Монте-Карло.....	107

6.5.1. Визначення змінних.....	107
6.5.2. Результати аналізу та висновки	107
6.6. Методи управління ризиками.....	110
7. Аналіз фінансово-економічних переваг ДПП	118
7.1. Розподіл ризиків та принципи реагування на окремі ризики.....	118
7.2. Розподіл ризиків, пов'язаних з виконанням Проекту	119
7.3. Аналіз КДС: модель і результати.....	122
7.3.1. Виключення впливу вибірових конкурентних переваг державного сектору 123	
7.3.2. Оцінка нефінансових переваг Проекту	123
7.3.3. Розрахунок ефективності використання коштів	124
8. ПЛАН ВИКОНАННЯ ПРОЕКТУ	127
8.1. Інформація про земельну ділянку та пов'язані з нею права. План заходів щодо здійснення таких прав.....	127
8.2. Аналіз майна, яке необхідно передати приватному партнерові (перевірка правостановлюючих документів, обмежень, інвентаризація тощо)	127
8.3. Очікуваний екологічний вплив	127
8.4. Вплив проекту на державні бюджети різних рівнів.....	127
8.5. Тривалість та етапи виконання Проекту.....	128
8.6. Організаційна структура Проекту та відповідальність Сторін	129
8.7. Припущення щодо продовження Проекту та специфікації Послуг	131
9. ПІДСУМКОВА ІНФОРМАЦІЯ ПРО ТЕХНІКО-ЕКОНОМІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ.....	133
ДОДАТКИ.....	134

ПЕРЕЛІК ІЛЮСТРАЦІЙ ТА ТАБЛИЦЬ

Мал. 1. Динаміка кількості відпочиваючих, які пройшли курс лікування/оздоровлення у 2010-2017 рр.	31
Мал. 2. Динаміка кількості іноземних громадян, які відпочила на оздоровчих курортах міста у 2010-2017 рр.	32
Мал. 3. Частка іноземних відпочиваючих з країн, де курорти Трускавця найбільш популярні (2017), %.....	32
Мал. 4. Динаміка щорічних відвідань курортів відпочиваючими з Польщі у 2013-2017 рр., осіб.....	33
Мал. 5. Розміри інфраструктурних проектів у галузі охорони здоров'я за географічними регіонами (травень 2017 р.)	50
Мал. 6. Лікарня «Karolinska Solna».	52
Мал. 7. Поточний стан приміщень 3-го поверху Хірургічного відділення Лікарні.	64
Мал. 8. Поточний стан приміщень на 2-му поверсі Хірургічного відділення Лікарні.	66
Мал. 9. Категоризація ризиків.	103
Мал. 10. Розподіл імовірностей ЧПВ(П) (розрахунок авторів).	109
Мал. 11. Накопичений розподіл імовірностей ЧПВ(П) (розрахунок авторів).	109
Мал. 12. Порівняльний графічний аналіз економічності Проекту, ЧПВ.....	126
Мал. 13. Рекомендовані подальші кроки виконання Проекту.	129
Мал. 14. Організаційна структура Проекту.....	129
Табл. 1. Обсяги хірургічних втручань в українських закладах охорони здоров'я у 2013 р.....	27
Табл. 2. Кількість хірургічних операцій, проведених у Трускавецькій міській лікарні за період з 2015 по 2017 рр.....	28
Табл. 3. Структура надходжень комунального закладу «Трускавецька міська лікарня», тис. грн.....	29
Табл. 4. Основні факти про галузь охорони здоров'я в Україні.....	37
Табл. 5. Проблеми, на вирішення яких спрямований Проект, та основні причини проблем.	43
Табл. 6. Аналіз потреб цільових груп.	46
Табл. 7. Огляд трьох найпоширеніших бізнес-моделей ДПП у сфері охорони здоров'я.	50
Табл. 8. Основні обов'язки сторін за угодою оренди державного майна.	58
Табл. 9. Мінімальні очікувані результати Проекту.....	60
Табл. 10. Можливі види діяльності за Проектом («повний список»).	66

Табл. 11. Оцінка видів діяльності за Проектом.	69
Табл. 12. Результати оцінки можливих видів діяльності за Проектом.....	71
Табл. 13. Загальні фінансові припущення щодо Проекту та їхні джерела.....	74
Табл. 14. Інвестиційні видатки Проекту.....	76
Табл. 15. Бюджет реконструкції Приміщень.....	76
Табл. 16. Інвестиції в обладнання, УАН.	77
Табл. 17. Перелік видів оперативних втручань	79
Табл. 18. Місячна вартість експлуатації та обслуговування Об'єкта.	81
Табл. 19. Місячні ставки орендної плати.....	81
Табл. 20. Місячні витрати на оплату праці.....	82
Табл. 21. Основні ставки податків.....	82
Табл. 22. Припущення щодо умов банківського фінансування.	83
Табл. 23. Підсумкові відомості про використання коштів і джерела фінансування.	84
Табл. 24. Підсумкові коефіцієнти обслуговування боргу.....	84
Табл. 25. Підсумковий аналіз показників окупності Проекту.	85
Табл. 26. Економічно-фінансові потоки і коефіцієнти конверсії.....	88
Табл. 27. Значення соціально-економічної ефективності.....	88
Табл. 28. Порівняння економічних показників за альтернативами.	90
Табл. 29. Категоризація та опис ризиків Проекту.	92
Табл. 30. Матриця оцінки ризиків партнерського проекту для конверсії якісної оцінки ризиків на кількісну.....	98
Табл. 31. Рейтинги ризиків партнерського проекту та фінансових змінних, на які впливають ризики.....	98
Табл. 32. Значення ризику по групах ризику, виражені як чисте приведене значення.	100
Табл. 33. Прямі змінні ризиків.	103
Табл. 34. Результати аналізу еластичності.....	105
Табл. 35. Точки беззбитковості критично важливих змінних Проекту.....	105
Табл. 36. Результати аналізу сценаріїв виконання Проекту.....	106
Табл. 37. Межі та очікувані значення критично важливих змінних Проекту.	107
Табл. 38. Результати аналізу за методом Монте-Карло.	108
Табл. 39. Методи управління ризиками.	110
Табл. 40. Модель попереднього розподілу ризиків.....	119
Табл. 41. Таблиця розподілу ризиків у партнерському проекті.	121
Табл. 42. Попередні розрахунки КДС для випадку ДПП та державних закупівель.	122
Табл. 43. Оцінка спроможності приватного сектора виконати Проект дешевше за державний сектор, розрахунок ефективності використання коштів.....	125

Табл. 44. Фінансовий вплив Проекту на державні бюджети різних рівнів.	127
Табл. 45. Етапи виконання та орієнтовні часові межі проекту.....	128
Табл. 46. Розподіл основних завдань з виконання Проекту.	130

ОСНОВНІ ВИЗНАЧЕННЯ ТА СКОРОЧЕННЯ

Основні визначення

- Консультанти/автори:** Експерти партнерської компанії PERITUS (UAB Peritus sprendimai), найняті U-Lead для виконання техніко-економічного обґрунтування створення Центру малоінвазивної хірургії.
- Центр:** Центр малоінвазивної хірургії (загальна хірургія, урологія, гінекологія та проктологія).
- Місто/курорт:** м. Трускавець.
- Спільна діяльність:** Відносини між партнерами у державному і приватному секторі (учасниками), що здійснюються на основі домовленості без утворення додаткової юридичної особи для досягнення відповідної мети.
- Інвестиції/інвестиційні кошти:** Грошові кошти, також матеріальні, нематеріальні та фінансові активи, які оцінюються згідно з процедурою, передбаченою законодавчими та іншими нормативними актами, та вкладаються з метою отримання від об'єкту інвестицій прибутку (доходу), досягнення суспільних результатів (у галузях освіти, культури, науки, охорони здоров'я, соціального забезпечення тощо) та повного/часткового забезпечення виконання функцій держави.
- Концесія:** Дозвіл, що надається концесіонером організації-замовником у відповідності до договору концесії на визначених у ньому умовах для здійснення господарської та торгівельної діяльності, пов'язаної з розробкою, будівництвом, забудовою, реконструкцією, перетворенням, ремонтом, управлінням, використанням та/чи експлуатацією інфраструктурних об'єктів для надання державних послуг, управління та/чи користування об'єктами державної або муніципальної власності (включно з експлуатацією корисних копалин), за якого концесіонер згідно з договором концесії повністю або частково перебирає на себе операційні ризики, а також здійснює відповідні права та обов'язки.
- Концесійний договір:** Письмовий договір, укладений між органом-замовником, діючим від імені держави чи місцевого органу влади, та концесіонером щодо визначення прав та обов'язків органу-замовника та концесіонера стосовно предмету концесії.
- Концепція:** Концепція Проекту «Створення Центру малоінвазивної хірургії» по вул. Данилишиних, 62 у м. Трускавці, підготований фахівцями «U-

LEAD з Європою» у 2018 р.

Відвідувачі:	Відвідувачі/користувачі створеного об'єкту інфраструктури, туристи тощо.
Лікарня:	Комунальне підприємство «Трускавецька міська Лікарня», адреса: м. Трускавець, вул. Данилишиних, 62.
Приміщення/об'єкт нерухомості:	Порожні невикористовувані приміщення на 3-му поверсі Хірургічного відділення Лікарні загальною площею 474,38 кв. м (інвентарний номер Хірургічного відділення: 10310002).
Об'єкт:	Приміщення, обладнані усім необхідним хірургічним обладнанням.
Хірургічний блок:	Обладнане, використовуване приміщення на 2-му поверсі Хірургічного відділення Лікарні.
Партнерський проект:	Інвестиційний проект, що виконується на умовах ДПП. Виконання такого інвестиційного проекту характеризується наступними особливостями: <ol style="list-style-type: none">1. Метою (забезпечення та/чи вдосконалення надання соціальних послуг та послуг, які становлять загальноекономічний інтерес);2. Тривалим життєвим циклом проекту (загалом 10-25 років);3. Обсягами інвестицій та процесами надання послуг;4. Державно-приватним партнерством у форматі спільного несення проектних ризиків.
Партнерська угода:	Угода про спільну діяльність або концесійний договір між Державною установою та приватною юридичною особою. Договір між приватними та публічними партнерами щодо діяльності у зв'язку з виконанням проекту та розподілу відповідальності між публічним та приватним партнерами.
Перевідний ризик:	Частина внутрішньо притаманного інвестиційному проекту ризику, управління яким передається від державного сектору приватному сектору.
Утримуваний ризик:	Частина внутрішньо притаманного інвестиційному проекту ризику, управління яким зберігається за державним сектором.
Приватна юридична особа / Приватний партнер / Приватний суб'єкт	Суб'єкт господарювання, створений та діючий у відповідності до Закону України «Про товариства з обмеженою та додатковою відповідальністю», спрямований на задоволення приватних інтересів, у загальних термінах пов'язаних із здійсненням господарської діяльності, спрямованої на отримання прибутку.
Проект:	Створення Центру малоінвазивної хірургії (загальна хірургія, урологія, гінекологія та проктологія) на Об'єкті заходами державно-приватного партнерства.

Інвестиційна привабливість:	Структурні особливості проекту, які забезпечують привабливість його фінансування для кредиторів. Визначається як достатність генерованих проектом грошових потоків для покриття відсотків за позицією, виплати тіла позики та наявність юридичних умов забезпечення достатніх прав кредитора.
Модель соціального партнерства:	Модель, спрямована на створення об'єктів, призначених для надання соціальних послуг (шкіл, лікарень, бібліотек, тюрм тощо), за які споживачі прямо не сплачують за надання послуг інфраструктурою. Надання зазначених послуг споживачам забезпечується через збирання та перерозподіл податків, сплачуваних ними до державного бюджету. Інакше кажучи, це є формою державно-приватного партнерства, коли державний партнер отримує компенсацію за надання державної послуги та прийняття ризику, пов'язаного з виконанням інвестиційного проекту державним сектором. У такому варіанті партнерства державний сектор зазвичай є єдиним та головним придбавачем послуг.
Державна сторона (або державна юридична особа)	У розумінні операції ДПП: місцевий державний орган-виконавець або державне підприємство, які діють на підставі рішення місцевої ради, коли діяльність, що належить до функції місцевої влади, делегується приватному підприємству чи державному відомству, або державний орган, якщо діяльність, що належить до функції центрального уряду, передається приватному підприємству.
Ефективність використання коштів:	У фінансовому значенні – економія коштів, задля якої (за сприятливих юридичних передумов) державний сектор планує здійснення інвестиційного проекту на умовах ДПП.
Державні закупівлі:	Закупівлі товарів, послуг або робіт, які здійснюються органом-замовником й регулюються законодавством, що містить вимоги до укладання договорів купівлі-продажу за кошти державного бюджету. У розумінні ДПП державні закупівлі означають процес відбору приватного партнера.
Державний сектор:	Узагальнена назва органів державної влади національного, регіонального або місцевого рівня. Визначення використовується для опису всіх юридичних осіб, метою діяльності яких є задоволення громадських інтересів.
Державно-приватне партнерство (ДПП):	Законодавчо визначені способи співпраці між державним чи комунальним органом та приватним підприємством, коли державний чи комунальний орган передає приватному підприємству виконання своїх функціональних обов'язків, а

U - LEAD

W I T H E U R O P E

Техніко-економічне обґрунтування Проекту «Створення Центру малоінвазивної хірургії» у м. Трускавці

приватне підприємство інвестує у таку діяльність та в активи, необхідні для її здійснення, отримуючи за це винагороду згідно з визначеним законодавством.

U-LEAD:

«U-LEAD з Європою: Програма з розширення прав і можливостей на місцевому рівні, підзвітності та розвитку». Програма спільно фінансується Європейським Союзом та його Державами-членами: Данією, Естонією, Німеччиною, Польщею та Швецією.

Основні скорочення

ЗП	Заробітна плата працівникам
ЄС	Європейський союз
ЕВСО	Економічна внутрішня ставка окупності Проекту
ЕЧПВ	Економічна чиста приведена вартість Проекту
EUR	Євро
ФЧПВ(П)	Фінансова чиста приведена вартість Проекту
ФЧПВ(К)	Фінансова чиста приведена вартість вкладеного капіталу
ФЧПВ(К)15	Фінансова чиста приведена вартість вкладеного капіталу за 15-річний період
ЕСДВ	Економічне співвідношення доходів та витрат
ВНП(П)	Фінансова внутрішня норма прибутку Проекту
ВНП(К)	Фінансова внутрішня норма прибутку на вкладений капітал
ВНП(К)15	Фінансова внутрішня норма прибутку на вкладений капітал за 15-річний період
ВВП	Валовий внутрішній продукт
UAH	Українська гривня
ЧПВ	Чиста приведена вартість (загальний термін)
ДВП	Державно-приватне партнерство
КДС	Компаратор державного сектору
ПО	Приватне підприємство /Приватний партнер /Приватна особа
ТОП	Термін окупності Проекту
ТЕО	Техніко-економічне обґрунтування Проекту
ДП	Державне підприємство
ЕВК	Ефективність використання коштів

АВТОРСЬКІ ПРАВА ТА ВІДМОВА ВІД ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ

© Усі права застережені. U-LEAD, 2018. Використання інформації, поданої у нижчезазначеному Техніко-економічному обґрунтуванні дозволяється за умови зазначення джерела.

Група експертів, яка склала цей документ, покладалася на надану їй інформацію та документи. За наявності додаткової інформації чи потреби у змінах у зв'язку з неточностями у наданій інформації або документах чи змінами у потребах, будь-які зміни та оновлення викладених у цьому Техніко-економічному обґрунтуванні висновків та рекомендацій виходять за рамки технічного завдання, наданого авторам цього документу.

У цьому документі використовується англійський числовий формат, коли тисячі і мільйони у конкретному числі відділяються "," а "." використовується для розділення десятих у наданих номерах. Необхідно приділяти особливу увагу до числового формату при перекладі цього документа іншими мовами.

РЕЗЮМЕ ПРОЄКТУ

А. Контекст Проєкту

Це Техніко-економічне обґрунтування розроблене Консультантами в рамках завдання, отриманого ними від Програми U-LEAD у контексті підтримки розробки пілотних муніципальних проєктів ДПП.

Для виконання пілотних проєктів ДПП з допомогою Програми «U-LEAD з Європою» були відібрані наступні міста: Трускавець, Долина, Тернопіль, Житомир, Тростянець та Шацьк.

Для підготовки документації проєктів ДПП були створені команди проєктів у складі представників місцевих органів влади та самоврядування, допомогу яким надають Міністерство економічного розвитку і торгівлі та U-LEAD. Було відібрано 6 пілотних проєктів ДПП для виконання у зазначених вище містах.

Наступні кроки у цьому напрямку включають сприяння підготовці документації по пілотних проєктах ДПП для прискорення їхнього виконання. Один з цих відібраних проєктів ініційований м. Трускавцем.

Трускавець – це курортне місто у Львівській області, що на заході України неподалік кордону із Польщею. Трускавець відомий своїми мінеральними джерелами та медичними послугами.

Потреба кращої доступності та якості медичних послуг для місцевих мешканців та медичних туристів визначається специфікою міста та поточною макроекономічною ситуацією.

Трускавецька міська Лікарня є одним з основних гравців, які щорічно приваблюють медичних туристів з усієї України та інших країн, в т. ч., Польщі (11255 туристів у 2017 р.), Білорусі (7406), Азербайджану (7153), Молдови (5822), Росії (2311), Ізраїлю (1609) та Туркменістану (1307).

Незважаючи на те, що ця міська Лікарня постійно поліпшує свою інфраструктуру й розширює перелік пропонованих послуг, лишаються невирішеними такі основні проблеми:

- Невикористана можливість проводити щонайменше 680 додаткових малоінвазивної хірургії на рік;
- Невикористана можливість надання малоінвазивних хірургічних послуг іноземним медичним туристам;
- Приміщення Хірургічного відділення Лікарні площею 474 м² не використовуються й знаходяться у аварійному стані.

Кількість операцій, що їх проводять у Трускавецькій міській Лікарні, постійно зростає. У порівнянні з 2015 р. кількість хірургічних операцій у 2017 році зросла на 381. Варто зазначити: щорічно Лікарня може проводити близько 680 операцій з мінімальним втручанням; втім, оскільки вона не має можливостей проводити такі операції, у більшості випадків пацієнтам роблять звичайні хірургічні операції.

Деякі з переваг малоінвазивної хірургії:

- Кілька малих надрізів на відміну від одного великого;
- Менша травматичність для м'язів, нервів та інших тканин;
- Менша втрата крові;
- Менші післяопераційні рубці;
- Менше травмування органів;
- Менше болю та зменшення потреби у препаратах для наркозу;
- Скорочення часу госпіталізації;
- Менший вплив на імунну систему.

Створення Центру малоінвазивної хірургії у Трускавці дозволить:

- Забезпечити жителям (у першу чергу, м. Трускавець) кращий доступ до медичних послуг, пов'язаних з проведенням малоінвазивних хірургічних втручань;
- Підвищити ефективність управління комунальною власністю, яка впродовж тривалого часу не використовувалася;
- Зменшити навантаження на міський бюджет;
- Розвинути міжнародний медичний туризм.

Тільки у Трускавці є замкнений цикл надання медичної допомоги в одному місці, де можна проводити сучасну діагностику, хірургічні операції та курс санаторної реабілітації.

Оскільки Трускавець намагається лишитися одним з найкращих курортів України та досягти міжнародного рівня попри висококонкурентні умови, саме можливості надання високоякісних медичних послуг могли б виокремити Трускавець з-поміж інших курортів України.

В. Програма робіт за проектом

Метою Проекту є підвищення доступності вдосконалених хірургічних послуг у м. Трускавець.

Цілі Проекту наступні:

- Створення можливостей проведення малоінвазивної хірургії у галузях загальної хірургії, урології, гінекології та проктології;
- Використання можливостей проведення малоінвазивної хірургії для приїжджих іноземних медичних туристів;
- Використання приміщень площею 474 м² на 3-му поверсі Хірургічного відділення Лікарні.

Аналіз різних варіантів виконання Проекту заходами державно-приватного партнерства проводився з метою порівняння можливостей ДПП, які дозволяються законодавчими актами, визначення переваг та недоліків таких можливостей, та, з урахуванням юридичних особливостей конкретно цього Проекту, вибору найбільш прийняттого способу втілення обраної альтернативи.

Проведений аналіз юридичних альтернатив реалізації Проекту та оцінка всіх недоліків та переваг свідчить, що найбільш ефективною формою реалізації Проекту є механізм ДПП, реалізований на основі **угоди про спільну діяльність**.

Модель ДПП у формі угоди про спільну діяльність не передбачає зміни форми власності (Приміщення Хірургічного відділення далі належатимуть до територіальної громади міста Трускавець); вона лише доповнює її передбаченим наданням платних медичних послуг з одночасним виконанням інвестиційних зобов'язань щодо модернізації Майна. Приміщення далі належатимуть Лікарні, й ця форма не вимагатиме розподілу внесків чи створення нової юридичної особи. Це також передбачає можливість належного спільного несення ризиків Проекту між потенційним приватним партнером та Лікарнею.

Виконання Проекту у форматі державно-приватного партнерства створить передумови для досягнення наступних якісних довгострокових результатів Проекту:

- забезпечення надання нових та додаткових медичних послуг;
- більша доступність медичних послуг;
- можливість отримання безкоштовних послуг малоінвазивної хірургії соціально незахищеними групами суспільства;
- можливості підвищення кваліфікацій для працівників державних медзакладів;
- підвищення якості матеріально-технічної бази Лікарні завдяки установці високотехнологічного обладнання;
- розвиток бази матеріального і кадрового забезпечення для запровадження нових методів діагностики, реабілітації та профілактики (запровадити такі методи дозволить придбання високотехнологічного обладнання та інструментів, захисту від рентгенівського випромінювання коштом приватного партнера);
- непрямий вплив Проекту пов'язаний з підвищенням привабливості місця для домогосподарств та бізнесу, створенням нових робочих місць (кваліфіковані лікарі залишатимуться в Трускавці або приїдуть до нього).

Вирішення проблем, на які спрямований Проект, дозволить досягти мінімальних очікуваних результатів Проекту:

- Створення інфраструктури (включаючи відповідні приміщення та встановлене обладнання) та функціонуючу систему послуг, яка забезпечить проведення щонайменше 680 малоінвазивних операцій на рік.
- Забезпечення доступу до (заплачених) малоінвазивних хірургічних послуг для туристів-туристів міста Трускавець як громадян України, так і іноземців.
- Забезпечення реконструкції приміщень площею 474 м² на третьому поверсі хірургічного відділення Лікарні відповідно до вимог медичних приміщень в ході реалізації Проекту.

С. Технічні альтернативи та заходи за Проектом

Консультанти оцінювали визначені варіанти з точки зору технічної, операційної та економічної ефективності, використовуючи критерій ефективності використання коштів. Відповідно, найбільш оптимальне рішення оцінювалося з точки зору фінансової доцільності окремих варіантів виконання.

На підставі технічної оцінки Проекту були визначені нижчезазначені альтернативи.

Перша альтернатива: «Виконання Проекту з орендою Хірургічних приміщень на 2-му поверсі».

Сутність вищезазначеної альтернативи полягає в тому, що більшість хірургічного обладнання встановлюється приватним підприємством на 2-му поверсі Хірургічного відділення Лікарні (Хірургічні приміщення), тобто з використанням обладнання, комунікаційних та інженерних мережі, які вже там частково встановлені. Приміщення на 3-му поверсі використовуватимуться для діагностики, підготовчих процедур та реабілітації. Таким чином можна досягнути більшої кількості (тобто, близько 90) хірургічних операцій на місяць.

У випадку першої альтернативи Консультанти виходили з наступних припущень:

- Проектні інвестиції здійснюються у перший рік; інвестиції використовуються для реконструкції Приміщень на 3-му поверсі Хірургічного відділення Лікарні шляхом їхньої адаптації до хірургічної та реабілітаційної діяльності;
- Угода про спільну діяльність передбачає оренду 2-го поверху Хірургічного відділення Лікарні для операцій на погодинній основі;
- Придбане хірургічне обладнання, якого не вистачало, встановлюється у приміщеннях 2-го поверху;
- Орендні платежі за Приміщення та плата за погодинну оренду Хірургічних приміщень на 2-му поверсі Лікарні сплачує приватний партнер;
- Максимальний звітний період Проекту та термін партнерської угоди становлять 25 років;

- Оцінка соціально-економічних переваг Проекту здійснюється через оцінку прогнозованого обсягу лікування пацієнтів й відповідно виникаючих наслідків соціальних переваг.

Друга альтернатива: «Виконання проекту без оренди Хірургічних приміщень на 2-му поверсі».

Сутність вищезазначеної альтернативи полягає в тому, що Приватна особа встановлює хірургічне обладнання на 3-му поверсі у Приміщеннях Хірургічного відділення Лікарні. Цей реконструйований 3-й поверх використовуватиметься для діагностики, процедур підготовки та реабілітації, а також для операцій. У цьому випадку кількість хірургічних операцій порівняно з першою альтернативою зменшиться приблизно на 35%. Крім того, зниження інтенсивності діяльності (та через відсутність погодинної орендної плати за Хірургічне приміщення на 2-му поверсі) зменшаться експлуатаційні витрати. Також, порівняно з першою альтернативою, виникають додаткові витрати на придбання відсутнього обладнання (наразі встановлене на 2-му поверсі Хірургічного приміщення) для його встановлення на 3-му поверсі.

У випадку другої альтернативи робилися наступні припущення:

- інвестиції здійснюються у перший рік й використовуються для реконструкції Приміщення на 3-му поверсі Хірургічного відділення Лікарні шляхом їхнього пристосування до хірургічної та реабілітаційної діяльності;
- Усе придбане хірургічне обладнання встановлене у Приміщенні на 3-му поверсі;
- Приватна особа сплачує Лікарні оренду Приміщень;
- Максимальний звітний період Проекту та термін дії партнерської угоди становить 25 років;
- Соціально-економічні переваги Проекту оцінюються шляхом оцінки прогнозованого обсягу лікування пацієнтів й відповідних соціальних наслідків цього.

Було визначено перелік можливих видів діяльності, здатних комплексно вирішити проблеми Проекту. Критерії оцінки Проектної діяльності були наступними:

- відповідність діяльності;
- вплив діяльності на вирішення проблем;
- тривалість виконання;
- інвестиції у діяльність та витрати;
- ризики діяльності.

На основі визначених критеріїв оцінки діяльності Проекту були відібрані найбільш відповідні заходи та складено їхній фінальний перелік:

1. Надання послуг малоінвазивного хірургічного лікування з використанням визначеної інфраструктури;

2. Реконструкція існуючих приміщень з їхньою адаптацією до хірургічної діяльності; придбання обладнання.

D. Фінансовий аналіз

Було оцінено суми інвестицій для кожного з вибраних альтернативних варіантів (див. нижче).

Об'єкт інвестування, тис. грн	1 альтернатива	2 альтернатива
Реконструкція	3586	3586
Обладнання	3922	6172,5
Інше	800	800
Разом витрати:	8308,5	10558,5

Для цілей оцінки привабливості Проекту для потенційного інвестора були розраховані коефіцієнти ефективності інвестицій у Проект.

Опитування учасників ринку, проведене Консультантами у липні 2018 р., показало, що очікувана прибутковість такого проекту на ринку має становити не менше 35%. Оцінка внутрішньої норми прибутковості інвестиційного капіталу дорівнює 81,20% для 1-ї Альтернативи, та 29,32% для 2-ї.

Показник		Альтернатива I	Альтернатива II
ВНП за Проектом після сплати податків (реальна)	ВНП(П)	36,8%	17,6%
Період окупності (роки)	ПО	1+3	1+6
ЧПВ Проекту (тис. грн.)	ЧПВ(П)	20328	6436
ЧПВ капіталу (тис. грн.)	ЧПВ (К)	14070	4222
Номінальні дивіденди, без дисконту (тис. грн.)		73955	35977
ВНП капіталу після сплати податків (реальна)	ВНП(К)	81,20%	29,32%
ВНП капіталу після сплати податків (реальна) за 15-річний період	ВНП(К)1 5	81,17%	28,02%

Підсумкові коефіцієнти обслуговування боргу показані нижче. Слід підкреслити, що співвідношення сум на покриття та погашення кредиту є прийнятним для обох альтернатив, але у випадку 1-ї Альтернативи воно є безпечнішим.

Співвідношення	Альтернатива I	Альтернатива II
Співвідношення боргу до (боргу+вкладений капітал) на кінець будівництва	73,06%	71,69%
Мінімальний СКПОБ (середній коефіцієнт покриття обслуговування боргу)	3,27	1,42
Мінімальний КПЗСДК (коефіцієнт покриття зобов'язань на протязі строку дії кредиту)	4,92	2,41
Мінімальний КПЗСВП (коефіцієнт покриття зобов'язань на протязі строку виконання проекту)	6,72	3,28

Е. Економічний аналіз, вибрана альтернатива та можливі переваги ДПП

Під час соціально-економічного аналізу оцінювався внесок Проекту у національний економічний розвиток. Основними показниками оцінки економічних соціальних наслідків є економічна чиста приведена вартість (ЕПВВ), внутрішня економічна норма доходності (ВЕНД) та співвідношення економічної ефективності витрат (СЕЕВ).

Розрахунки соціально-економічних переваг у грошовому вираженні оцінюють користь чи шкоду суспільству, які несе Проект.

Згідно методологій ЄС з підготовки до аналізу ефективності витрат, для цілей розрахунку соціально-економічних переваг використовувався один критерій соціально-економічних переваг: **вартість продовження одного життя на один рік**.

Проведений аналіз соціально-економічного ефекту дозволяє зробити висновок про те, що проект є соціально корисним. Перший варіант – «Розробка проекту з орендою приміщень на 2-му поверсі» - є більш вигідним (СЕЕВ становить 5,0, тоді як СЕЕВ за 2-ї альтернативи – 4,1), ЄДПВ дорівнює 232678 тис. грн., що на 89001 тис. грн. вище, ніж ЄЧПВ за 2-ю альтернативою.

Економічний показник	Альтернатива I	Альтернатива II
ЄЧПВ, тис. грн.	232678	143677
ВЕНД, %	186,6%	97,5%
СЕЕВ	5,0	4,1

Після проведення фінансового аналізу обох альтернативних варіантів реалізації Проекту та оцінки притаманних їм ризиків було обрано Альтернативу I «Виконання проекту з орендою Хірургічних приміщень на 2-му поверсі». Про це свідчить також проведений юридичний, фінансовий та економічний аналіз.

Консультанти також виконали порівняння окремих варіантів: (i) державних закупівель (тобто комплексної реалізації Проекту включно з повним фінансуванням з боку державного сектору), та (ii) варіант ДПП з передачею ризиків приватному партнерові, як зазначено в таблиці нижче.

Ризики	Увесь ризик або його основну частину несе		
	Приватний сектор	Ризик несеється спільно	Державний сектор
1. Будівельні ризики	X		
2. Ризики придатності та операційні ризики	X		
3. Ризики попиту	X		
4. Політичні ризики		X	
5. Юридичні ризики		X	
6. Макроекономічні та фінансові ризики	X		
7. Ризики регулювання цін	<i>Не стосується</i>		
8. Ризик регулювання витрат			X
9. Ризики форс-мажору та знищення майна		X	
10. Ризик спорів, соціальні ризики		X	
11. Екологічні ризики	X		
12. Ризик передання прав власності			X

Аналіз КДС чітко показав, що проект на основі ДПП є більш вигідним для державного сектору, ніж державні закупівлі, оскільки його чиста приведена вартість є позитивною, а різниця у чистих показниках у порівнянні з державними закупівлями становить 16872,9 тис. грн.

КДС з урахуванням чистої приведеної вартості, тис. грн.	ДПП	Держзакупівлі
Разом:	8050,6	-8822,3
Чиста ефективність ДПП, тис. грн.		16872,9
Чиста ефективність ДПП, %		191%

Враховуючи брак додаткового фінансування владою міста Трускавець та переваг Проекту щодо передання більшості пов'язаних з Проектом ризиків приватному інвестору, рекомендуємо здійснення Проекту створення центру малоінвазивної хірургії у м. Трускавець із залученням приватного партнера/інвестора.

Співробітництво між державним і приватним секторами у галузі охорони здоров'я дозволить покращити ситуацію із охороною здоров'я з точки зору бюджетних витрат, підвищення ефективності використання коштів, використання та управління ресурсами,

створення умов для поліпшення якості надання медичних послуг, стабільності функціонування системи охорони здоров'я.

Впровадження Проекту з огляду на відсутність фінансування на задоволення потреб Лікарні дозволить здійснити необхідні інвестиції для:

- створення належних умов надання нових медичних послуг пацієнтам;
- забезпечення належного використання муніципальних активів;
- можливості досягнення більшої ефективності Проекту;
- завдяки передачі основних ризиків приватному партнерові - усунення необхідності боргового обтяження держави як єдиного джерела фінансових інвестицій у будівництво.

Ф. Аналіз чутливості та ризиків

Після розрахунку значень ризику змінних проведено оцінку найбільш імовірних ризиків та наслідків зміни значень змінних внаслідок дії зазначених ризиків в рамках Проекту.

Аналіз чутливості показав, як зміна окремої змінної впливає на результати проаналізованого Проекту. Аналіз чутливості визначив основні змінні ризиків, здатні призвести до найбільш значущих змін основних довгострокових результатів Проекту, тобто чистої приведеної вартості (ЧПВ) та внутрішньої норми прибутку (ВНП).

На довгострокові результати Проекту переважно впливають коливання поточних витрат, інфляція, зумовлена ростом виробничих витрат, та інтенсивність обслуговування. Інвестиційні витрати мають середній вплив. Відсоткова ставка за кредитом має незначний вплив.

Точка беззбитковості розраховувалася для кожної критично важливої змінної (точкою беззбитковості є значення критично важливої змінної, коли ЧПВ (П) стає рівною нулю).

Поточні витрати	127,0%
Інфляція внаслідок росту виробничих витрат	179,5%
Інтенсивність обслуговування	81,0%

Проведений аналіз сценаріїв виявив, що в усіх сценаріях (найгіршому, базовому, найкращому) Проект, виконуваний за 1-й Альтернативою, зберігатиме свою фінансову привабливість. При оцінці економіко-соціальної цінності Проекту було зроблено висновок, що Проект у цьому відношенні буде вигідним, а отже, доцільним для реалізації, оскільки у всіх випадках ЧПВ (П) та ЕЧПВ будуть позитивними.

Аналіз сценаріїв свідчить, що навіть за найгірших обставин і негативних змін критично важливих змінних Проект лишатиметься привабливим, а ВНП Проекту (26,56%) перевищить встановлений мінімальний ліміт номінальної ставки дисконту (17,5%), що підтверджує привабливість проекту для виконання з точки зору приватного партнера.

Індикатори змінних і результатів	Найгірший сценарій	Базовий сценарій	Найкращий сценарій
Поточні витрати	105%	100%	95%
Інфляція внаслідок росту виробничих витрат	110%	100%	90%
Інтенсивність обслуговування	95%	100%	105%
ЧПВ(П)	8500	20328	32561
ЕЧПВ	224552	232678	241072
ЧПВ(К)	5995	14070	22377
ВНП(П)	26,56%	40,88%	54,80%
ВНП(К)	47,63%	86,63%	127,81%
Min КПЗСДК	1,70	3,27	4,85

Виконаний аналіз за методом Монте-Карло показує:

- 80% імовірність того, що чиста приведена вартість проекту (ЧПВ (П)) буде позитивною;
- 35% імовірність того, що ЧПВ (П) становитиме від 10619 тис. грн. до 28434 тис. грн.;
- 65% імовірність того, що ЧПВ (П) перевищуватиме 10619 тис. грн.

За результатами проведення повного аналізу за методом Монте-Карло визначено, що найбільш вірогідне значення показника ЧПВ (П) дорівнюватиме 22423 тис. грн.

Г. План виконання Проекту

Аналіз показав, що Проект має реалізовуватися згідно з так званою інтегрованою моделлю ДПП, коли приватний партнер розробляє, фінансує, модернізує державні активи та експлуатує їх протягом 15-25 років, приймаючи на себе ризики попиту на медичні послуги (малоінвазивної хірургії).

Проектування, будівництво, фінансування та експлуатація Проекту «Створення Центру малоінвазивної хірургії» можуть здійснюватися єдиним приватним партнером або консорціумом приватних партнерів.

Трускавецька Лікарня запровадила спеціальну вимогу щодо оцінки цієї можливості, за якою діяльність, включно з наданням медичних послуг, забезпечує приватний партнер.

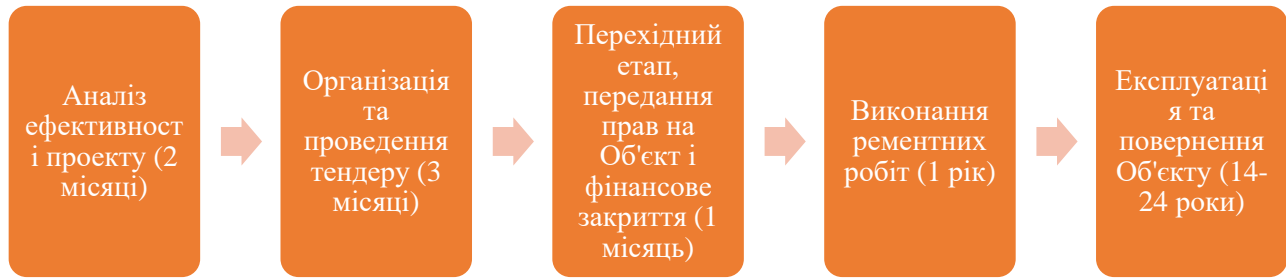
Пропонована тривалість спільної діяльності: 15-25 років.

Пропоновані межі відповідальності сторін-учасниць Проекту:

Міська рада Трускавця	<ul style="list-style-type: none">- контроль за виконанням угоди;- забезпечення виконання передбачених угодою зобов'язань державного сектора;- контроль за наданням медичних послуг соціально незахищеним верствам суспільства;- контроль за якістю наданих медичних послуг;- контроль за сплатою податків і зборів.
Трускавецька а міська Лікарня	<ul style="list-style-type: none">- передача Приміщень на 3-му поверсі у Хірургічному відділенні Лікарні приватному партнерові для використання з метою досягнення цілей Проекту;- забезпечення доступу приватного партнера до мереж електро-, тепло- та водопостачання й водовідведення Лікарні під час реалізації Проекту;- надання пацієнтам Центру можливості проходження передопераційних обстежень у Лікарні;- залучення медичного та обслуговуючого персоналу Лікарні до діяльності Центру.
Приватний партнер	<ul style="list-style-type: none">- реконструкція Майна;- придбання та встановлення високотехнологічного обладнання для малоінвазивних хірургічних втручань;- надання послуг;- здійснення орендних платежів;- включення до Проекту спеціалістів-кураторів з досвідом інноваційних методів діагностики/лікування.

Основними етапами виконання проекту, яких треба досягнути, є наступні:

- Схвалення Техніко-економічного обґрунтування та аналізу ефективності Проекту;
- Підготовка тендерної документації, організація та проведення тендерної процедури;
- Фінансове закриття контракту про ДПП та передача Майна;
- Проведення реконструкції та монтажу устаткування;
- Керівництво медичним центром та його експлуатація.



Для успішної реалізації варіанту ДПП додатково необхідно дотримуватися таких умов:

- Достатня підготовка тендерної документації перед початком процесу відбору;
- Належний розподіл ризиків між державним та приватним секторами із забезпеченням оптимального балансу переваг та ризиків для обох сторін;
- Прозорість процесу відбору;
- Забезпечення достатньої конкуренції у процесі відбору;
- Максимальне співробітництво з командою управління проектом у Трускавці;
- Забезпечення підтримки сильної консультативної групи.

З урахуванням визначених цілей Проекту, Центр малоінвазивної хірургії може стати унікальним у регіоні, оскільки це не матиме аналогів на території району. Найбільшу привабливість він може мати у медичному, комерційному та соціальному плані. Створений центр може забезпечити надання сучасної малоінвазивної допомоги з подальшим направленням постопераційних пацієнтів до санаторіїв для завершення лікування мінеральними водами та службами курортної реабілітації в цілому. Створений у Трускавці центр забезпечить замкнений цикл надання медичної допомоги – тобто, лікування, профілактику, реабілітацію - в єдиному місці.

Пацієнтами центру можуть бути місцеві жителі, курортні відпочиваючі та жителі інших міст, які потребують такого хірургічного втручання, лікування, діагностики та профілактики.

Створення Центру малоінвазивної хірургії дозволить не лише далі підвищити якість медичних послуг, що надаються у місті, але й принесе додаткові переваги, як-от:

- підвищення тривалості життя пацієнтів (див. розрахункове значення вище);
- збільшення можливостей медичного персоналу;
- створення нових робочих місць;
- збільшення кількості медичних туристів;
- збільшення податкових надходжень до муніципального бюджету;
- оптимізація державних активів;
- ефект мультиплікації приватних інвестицій;
- поліпшення іміджу міста як об'єкту медичного туризму.

Пункти, які необхідно врахувати у тендерній документації:

- У самій процедурі відкритого тендеру необхідно дуже точно визначити наступні критерії відбору приватного партнера:
 - умови, яким мають відповідати учасники;
 - критерії, що застосовуватимуться у процедурах оцінки заявок.
- Вимоги для учасників повинні включати в себе:
 - результати попередньої діяльності учасників;
 - фінансовий стан і можливості;
 - технічні та професійні компетенції й досвід.
- Критерії вибору економічно найбільш вигідного варіанту (наприклад, кількість безкоштовних малоінвазивних операцій, сума річної орендної плати);
- Розподіл доходів – пропозиція приватному партнеру ділитися часткою надходжень для уникнення надприбутків (може бути у формі «квазі-платежів» у вигляді надання певної кількості безкоштовних послуг клієнтам з державного сектора);
- Можливість змін - під час виконання довгострокового контракту час од часу можуть траплятися зміни у вимогах щодо надання послуг.

1. КОНТЕКСТ ПРОЕКТУ

У відповідності до наміру розширити перелік медичних послуг пропонувананих жителям м. Трускавець Дрогобицького району Львівської області, підвищити ефективність управління державними активами, зменшити тягар видатків міського бюджету та розвивати міжнародний медичний туризм, Трускавецька міська рада розглядає проект створення Центру хірургії малоінвазивної хірургії (загальної хірургії, урології, гінекології та проктології) у приміщенні Трускавецької міської Лікарні заходами державно-приватного партнерства (далі – «Проект»).

1.1. Соціально-економічне підґрунтя

1.1.1. Сфера медичних хірургічних послуг в Україні та м. Трускавці

У 2013 році загальна кількість хірургічних операцій (в умовах поліклінік та стаціонарів) в Україні становила 4894296, або 1078,7 на 10 тисяч населення.

У 2013 році на одного хірурга в Україні припадало 292 операції, що дорівнює кількості хірургічних операцій, проведених у 2012 році (292). В умовах стаціонару проводилися 214 операції (у 2012 році - 211 операція), у поліклініках - 464 операції (у 2012 році - 467 операцій).

У 2013 році в Україні щодня проводилося 13409 операції, з них 6223 у поліклініках та 6687 – в умовах стаціонару. У 2012 р. ці показники становили, відповідно, 13446, 6664 та 6782 (Табл. 1).

Обсяги хірургічних втручань в українських закладах охорони здоров'я у 2013 р. наведені в Табл. 1 нижче.

Табл. 1. Обсяги хірургічних втручань в українських закладах охорони здоров'я у 2013 р.

П/п.	Загальна кількість хірургічних операцій	На 10 тис. населення	К-ть хірургічних операцій на 1 хірурга	К-ть хірургічних операцій на добу
Загальна кількість хірургічних операцій	4894296	1078,7	292,4	13409
Кількість хірургічних операцій, проведених в умовах стаціонару	2453725	540,8	213,9	6723
Кількість хірургічних операцій, проведених у поліклініках	2440571	537,9	463,5	6687

Джерело: Пояснювальна записка.

Аналіз даних хірургічних втручань, проведених у Трускавецькій міській лікарні, свідчить про збільшення кількості хірургічних операцій у лікарні. У 2017 р. кількість операцій у порівнянні з відповідним показником за 2015 р. збільшилася на 381. Варто відзначити, що, хоча щорічно визначаються близько 680 операцій, які можна було б зробити малоінвазивним способом, у Лікарні немає можливостей проводити такі операції, тому пацієнтам в більшості випадків призначають звичайні операції.

Табл. 2. Кількість хірургічних операцій, проведених у Трускавецькій міській лікарні за період з 2015 по 2017 рр.

Рік	Вид операції	Загальна к-ть хірургічних операцій	К-ть операцій, які можна було б здійснити малоінвазивним шляхом
2017	Загальна хірургія	1238	314
	Урологія	550	314
	Гінекологія	87	52
	Разом:	1875	680
2016	Загальна хірургія	996	249
	Урологія	588	292
	Гінекологія	95	66
	Разом:	1679	607
2015	Загальна хірургія	957	221
	Урологія	457	210
	Гінекологія	80	51
	Разом:	1494	482

Джерело: Трускавецька міська лікарня.

1.1.2. Трускавецька міська лікарня

Лікарня була заснована в 1951 році. На момент її створення вона складалася зі стаціонарного відділення на 25 ліжок та поліклініки, розташованої у центрі міста. У період з 1965 по 1976 рр. на південно-східній околиці міста було відкрито нову поліклініку та хірургічний стаціонар на 120 ліжок. У 1987 р. було завершено будівництво терапевтичного відділення, а в 1991 році була збудована дитяча поліклініка. У 2001 р. установа була перейменована на «Комунальне підприємство «Трускавецька міська лікарня», а в 2017 році – на «Комунальний заклад «Трускавецька міська лікарня» (тут і далі – «Лікарня»).

До основних видів діяльності Лікарні належать: надання своєчасної та якісної медичної допомоги, доступної всім громадянам, також медичних послуг не лише для

містян, але також для курортних відпочиваючих, які приїжджають до м. Трускавця для поліпшення свого здоров'я. За майже 200 років лікувальними водами Трускавця скористалися люди з багатьох країн світу.

Лікарня є лікувально-профілактичним закладом у Львівській області, призначеним для надання спеціалізованої первинної та вторинної медичної допомоги жителям міста Трускавець та Дрогобицького району; крім того, вона є клінічною базою для підготовки лікарів-практикантів. У Лікарні проходять стажування студенти медичних вищих навчальних закладів і коледжів.

У Трускавецькій міській лікарні є наступні відділення: хірургії, урології, терапевтичне, поліклінічне, неврологічне.

З метою залучення до роботи молодих спеціалістів, Трускавецька міська лікарня співпрацює з кількома медичними ВУЗами: Львівським національним університетом ім. Данила Галицького, Тернопільським національним університетом та Івано-Франківським національним університетом. Щорічно у Трускавецькій міській лікарні проходять інтернатуру 4 інтерни.

Відповідно до стандарту № 640 «Про затвердження потреби у стаціонарній медичній допомозі на 10 тис. населення», затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 28 червня 1997 року, кількість ліжок у лікарні оціночно становить 220 (76 ліжок на 10 тисяч жителів)

Лікарня фінансується з державного бюджету. Більшість фінансування з міського бюджету використовується для впровадження енергозберігаючих технологій. Інші потреби міської лікарні фінансуються за залишковим принципом. Аби Лікарня мала можливість надавати найбільш сучасні та вдосконалені послуги малоінвазивної хірургії, вона потребує інвестицій у інфраструктуру та обладнання.

Табл. 3. Структура надходжень комунального закладу «Трускавецька міська лікарня», тис. грн.

№.	Вид надходжень	2015	2016	2017
1	Субвенція державного бюджету	16504,0	18139,9	24779,9
2	Бюджетні кошти м. Трускавця	7073,0	8150,0	9937,8
3	Доходи з інших джерел	1988,0	2410,0	2607,8

Джерело: Трускавецька міська лікарня.

Лікарня збирається розширити спектр послуг, що надаються, малоінвазивними хірургічними втручаннями, які характеризуються наступними перевагами (порівняно зі звичайними хірургічними операціями):

- Кілька малих надрізів на відміну від одного великого;
- Менша травматичність для м'язів, нервів та інших тканин;
- Менша втрата крові;
- Менші післяопераційні рубці;

- Менше травмування органів;
- Менше болю та зменшення потреби у препаратах для наркозу;
- Скорочення часу госпіталізації;
- Менший вплив на імунну систему.

Реалізація Проекту відкриє можливості надання вищезазначених послуг, що дозволить жителям та гостям міста Трускавець користуватися ними.

Крім того, ефективне управління муніципальними активами та оптимізація використання приміщень Лікарні вимагають раціональних рішень щодо використання та управління такими активами.

Розвиток міжнародного медичного туризму до регіону з використанням його високого потенціалу потребує створення належних фізичних умов задля залучення іноземних пацієнтів, які проходять лікування в закладах охорони здоров'я та реабілітацію в санаторіях м. Трускавець. Успішна реалізація Проекту може створити передумови для посилення інтересу іноземних пацієнтів до широкого спектру високоякісних медичних послуг та післяопераційної реабілітації у місті Трускавець.

Закритий цикл надання медичної допомоги в одному місці з використанням можливостей сучасної діагностики, лікування та отримання реабілітаційного курсу в санаторії є обґрунтовано доцільним лише у Трускавці.

У 2015 р. у Лікарні була розроблена та впроваджена система управління якістю, яка відповідає вимогам UVS ISO 9001: 2009 (ISO 9001: 2008) «Системи управління якістю». Система управління якістю забезпечує високу якість роботи Лікарні.

1.1.3. В'їзний туризм

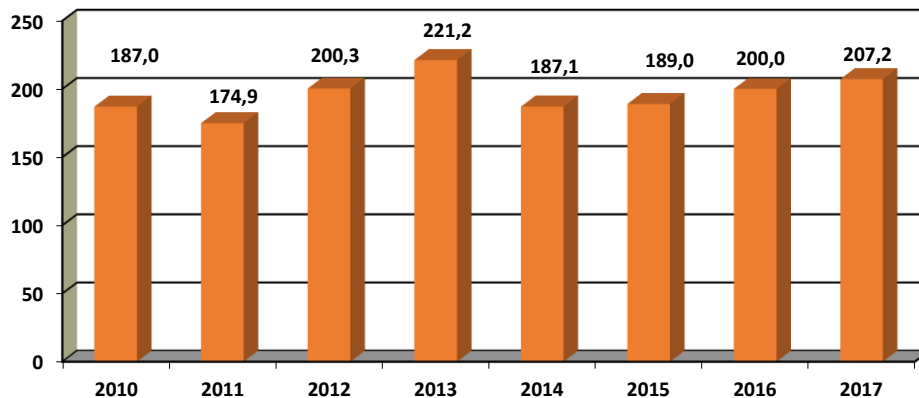
Мінеральні води Трускавця характеризуються унікальною структурою та значним фізіологічним впливом на організм людини. По-перше, це «Нафтуса», або цариця вод, яка допомагає зменшити вогнищеві запальні процеси в органах і тканинах, стимулює виведення каменів і піску з нирок, жовчного міхура, покращує відхід жовчі, захищає від повторного утворення каменів, оновлює захисні сили організму, допомагає уникати запальних процесів в органах і тканинах, видаляє шлаки й токсичні речовини. Ця вода використовується для профілактики онкологічних захворювань та запобігає передчасному старінню організму. Трускавець також багатий іншими лікувальними мінеральними водами - такими, як «Марія», «Софія», «Броніслава», «Юзя». «Марія» і «Софія» є незамінними при лікуванні порушень системи травлення. «Броніслава» очищає верхні дихальні шляхи. «Юзя» позитивно впливає на шкіру, завдяки вмісту гліцерину повертаючи їй пружність та еластичність. Солонка «Барбара» використовується для лікування хронічних захворювань шлунково-кишкового тракту, захворювань печінки та жовчовивідних шляхів, або кишкових розладів. Озокерит, або гірський віск – унікальний

мінерал, джерело якого знаходиться у 4 км від міста – зменшує запалення, швидко знімає біль, покращує роботу системи кровообігу.

Статистичні дані свідчать про інтерес жителів України до лікування у Трускавці. Наприклад, за даними моніторингу у січні-грудні 2017 р. у санаторно-курортних установах міста курс відновлення здоров'я пройшли 207248 осіб, що на 7274 людини, або на 3,6%, перевищує показник 2016 р.і (199966 осіб). У 2017 р. кількість відпочиваючих у Трускавці нарешті подолати пік 2012 р. на 6,8 тис. осіб, або на 3,4%.

З точки зору типів медичних закладів, за даними звітнього (2017) року використовувався наступні основні види розміщення:

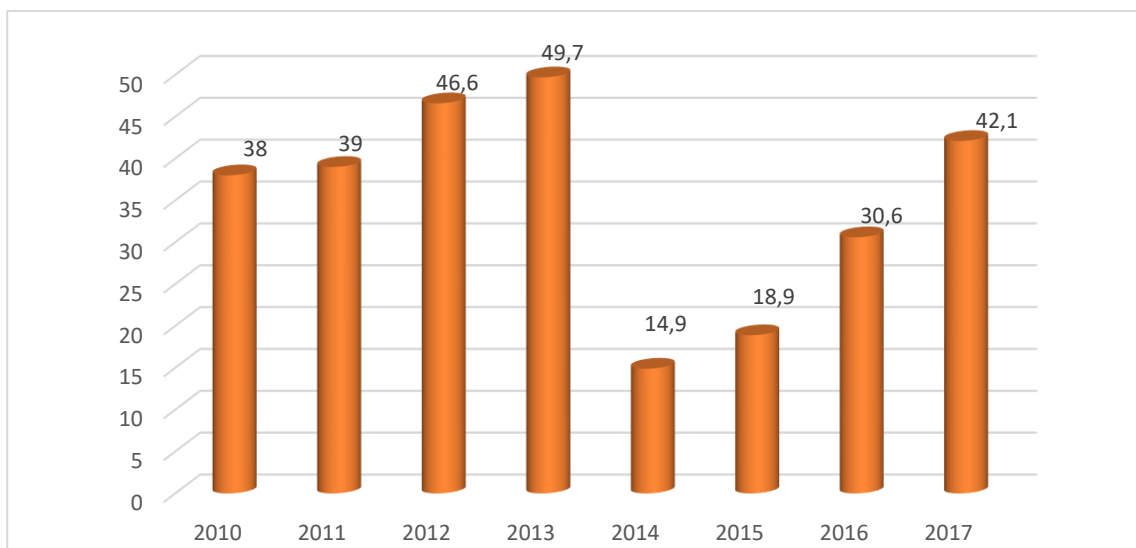
- санаторії та пансіонати: кількість місць для відпочиваючих збільшилася на 2278 ліжок або на 2,1%;
- готелі: збільшення на 4714 місця, або на 6,0%;
- приватні котеджі: кількість місць для відпочиваючих зросла на 182 ліжка, або на 2,4%.



Мал. 1. Динаміка кількості відпочиваючих, які пройшли курс лікування/оздоровлення у 2010-2017 рр.¹

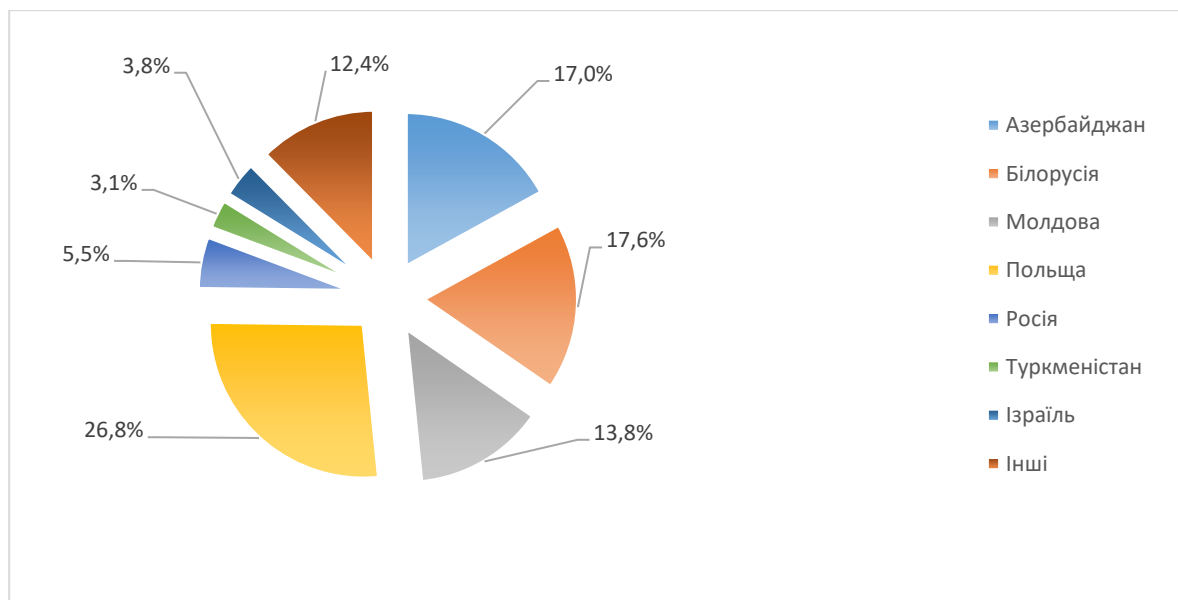
У 2017 р. в санаторно-курортних закладах відпочило 42,1 тис. іноземних громадян з 66 країн, що на 11,5 тис., або на 37,6% більше, ніж у 2016 р. (30,6 тис.). Частка іноземців у загальній кількості туристів у 2017 році становить 20,3%, що на 5,0% вище, ніж у 2016 р.

¹ Джерело: Трускавецька міська рада.



Мал. 2. Динаміка кількості іноземних громадян, які відпочила на оздоровчих курортах міста у 2010-2017 рр.²

Найбільшим було число відпочиваючих з Польщі (11255), Білорусі (7406), Азербайджану (7153), Молдови (5822), Росії (2311), Ізраїлю (1609) та Туркменістану (1307).

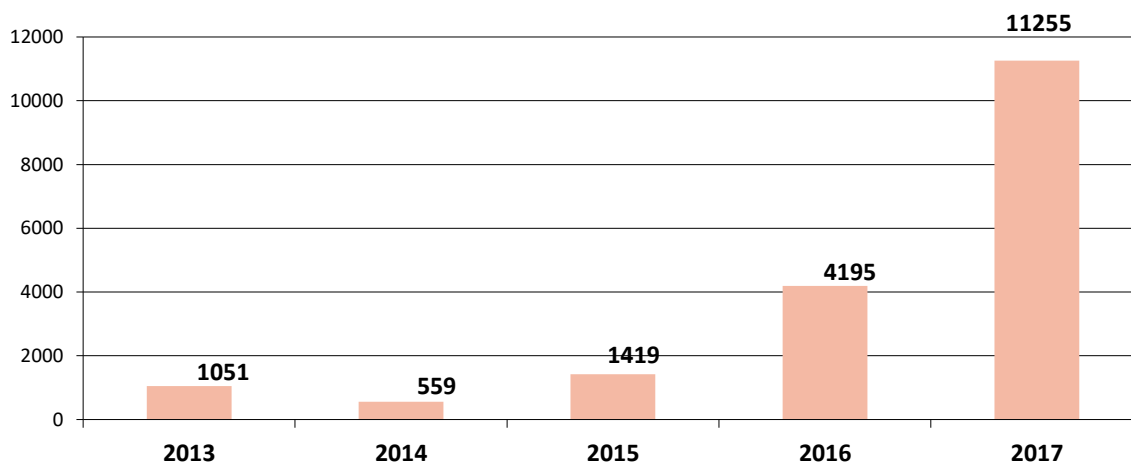


Мал. 3. Частка іноземних відпочиваючих з країн, де курорти Трускавця найбільш популярні (2017), %.³

² Джерело: Трускавецька міська рада.

³ Джерело: Трускавецька міська рада.

Слід зазначити, що кількість туристів з Польщі за останні два роки має тенденцію до швидкого зростання. Наприклад, у 2013 році, коли у Трускавці була найбільша за останні десять років кількість іноземців (49,7 тис.), лише 1,1 тис. були з Польщі. Натомість, у нинішньому році їх кількість зросла майже в 11 разів і досягла 11,3 тис. (2017). Порівняно з 2016 р. кількість польських туристів на курорті збільшилася у 2,7 рази.



Мал. 4. Динаміка щорічних відвідань курортів відпочиваючими з Польщі у 2013-2017 рр., осіб.⁴

З точки зору наявних санаторно-курортних закладів міста, найбільше іноземців зупинялося у наступних:

- Санаторій «Карпати» (4958 осіб);
- Готель «Міротель» (4,270 осіб);
- Санаторій «Шахтар» (4138 осіб);
- Санаторій «Днепр Бескид» (3235 осіб);
- Санаторій «Молдова» (3185 осіб);
- Санаторій «Женева» (2948 осіб);
- Апартамент-готель «Лісова пісня» (2906 осіб);
- «Українська готельна група» (2366 осіб);
- Готель «Весна» (2351 осіб);
- Готель «Ріксос-Прикарпаття» (1890 осіб);
- Готель «Свитязь» (1647 осіб);
- Санаторій «Кришталевий палац» (1305 осіб).

Кількість фактичних ліжко-днів у санаторіях і пансіонатах у 2017 році становить 1632706, що на 272850 ліжко-днів більше, ніж за відповідний період 2016 року (1359856,

⁴ Джерело: Трускавецька міська рада.

або на 20,1%). Фонд санаторно-курортних закладів станом на 1 січня 2018 р. становить 13038 ліжок.

Реалізація Проекту повинна забезпечити:

- кращий доступ до послуг малоінвазивної хірургії для мешканців (насамперед жителів Трускавця);
- підвищення ефективності управління муніципальними активами, що не використовувались протягом тривалого часу;
- зменшення навантаження на міський бюджет;
- розвиток міжнародного медичного туризму.

Актуальність створення Центру Малоінвазивної хірургії у місті Трускавець варто визначати у контексті статистичних даних про загальну кількість хірургічних операцій, проведених в Україні. Внаслідок несприятливого впливу надмірного стресу та поганих звичок на здоров'я людини, менш активного способу життя та забруднення навколишнього середовища не лише в Україні, але й у сусідніх країнах, призводять до зростання потреби у хірургічних втручаннях. Швидкий темп життя змушує людей прагнути до якомога швидшого відновлення після операцій. Це можливо лише за допомогою малоінвазивної хірургії, оскільки сьогодні малоінвазивні хірургічні операції є кращою альтернативою відкритим хірургічним втручанням. Малоінвазивна хірургія набагато безпечніша, ніж відкрите хірургічне втручання, та забезпечує швидше одужання.

Оскільки Трускавець прагне лишатися одним з кращих курортів України та досягти міжнародного рівня в умовах високої конкуренції, саме можливості надання якісних медичних послуг надають місту перевагу серед інших курортів України.

1.2. Законодавчо-нормативна база

Мета проекту відповідає пріоритетам державної політики у галузі охорони здоров'я. Українська система охорони здоров'я стикається із серйозними проблемами, на які накладається нинішня інституційна та структурно-функціональна реформа. Попри це, здійснення реформи галузі охорони здоров'я іде не дуже швидко; її темп, зокрема, обмежується наявними фінансовими ресурсами держави. Відповідно, виникає необхідність пошуку нових інструментів управління охороною здоров'я, а також методів і механізмів, здатних сприяти проведенню реформи.

Згідно з державною стратегією регіонального розвитку, підвищення доступності та ефективності послуг з охорони здоров'я мешканцям незалежно від місця проживання

вважається одним з пріоритетних цілей регіонального розвитку до 2020 року⁵. Через недостатнє довгострокове фінансування у галузі охорони здоров'я якість надання медичних послуг у Трускавці знизилася.

Програма соціально-економічного та культурного розвитку міста Трускавця з акцентом на розвиток медицини у м. Трускавці була затверджена Рішенням № 472 Міської ради від 9 березня 2017 р. «Про виконання Програми соціально-економічного та культурного розвитку м. Трускавець на 2016 рік та затвердження Програми соціально-економічного та культурного розвитку міста Трускавець на 2017 рік».

У 2016 році послуги медичної допомоги, що їх Лікарня надавала мешканцям міста, надавалися за такими плановими пріоритетними напрямками:

- впровадження нових сучасних технологій;
- надання медичної допомоги пільговикам;
- співпраця з науковцями Львівського національного університету імені Данила Галицького;
- співпраця з санаторно-курортними закладами.

Впровадження сучасних лікарських технологій та методів лікування включає в себе:

- широке використання малоінвазивних методів хірургічного лікування;
- використання малоінвазивних хірургічних втручань при лікуванні захворювань суглобів та прямої кишки;
- використання малоінвазивних методів лікування хірургічного апендициту та грижі стравоходного отвору.

1.2.1. Тенденції розвитку української медичної галузі

У 1991 році Україна успадкувала велику і високоцентралізовану систему охорони здоров'я за Семашко (ієрархічну, державно контрольовану систему з працівниками, що були державними службовцями); через економічну кризу, що настала після отримання незалежності, зберегти цю систему було неможливо. З часів незалежності система зазнала значної децентралізації, яка переважно означала передачу функціональних та управлінських повноважень 27 регіонам та місцевому рівню. Регіональні та місцеві органи охорони здоров'я, відповідальні за заклади охорони здоров'я на своїй території, функціонально підпорядковуються Міністерству охорони здоров'я, але адміністративно та фінансово підзвітні регіональним та місцевим органам влади. Децентралізація через приватизацію здебільшого неможлива через положення Конституції, які забороняють скорочення існуючої мережі державних закладів охорони здоров'я. Частка приватних закладів в українській системі охорони здоров'я є незначною в організаційному сенсі й

⁵ Постанова Кабінету Міністрів України «Про Державну стратегію регіонального розвитку до 2020 р.» № 485, від 6 серпня 2014 р.

складається переважно з аптек, діагностичних лабораторій та приватно практикуючих лікарів⁶.

Міністерство охорони здоров'я розробляє та затверджує державні стандарти якості та клінічні протоколи. Міністерство відповідає за організацію і забезпечення обов'язкової акредитації закладів охорони здоров'я, також за видачу ліцензій юридичним та фізичним особам, які займаються наданням медичних послуг, виробництвом та реалізацією лікарських засобів та медичного обладнання. Втім, регуляторний процес багато в чому є формальністю і не має реального впливу на якість обслуговування, оскільки відсутні належні механізми забезпечення відповідності нормативним вимогам.

Для української системи охорони здоров'я розширення і дотримання прав пацієнтів не є значущою рисою. За законом всі громадяни мають право на доступ до інформації про своє здоров'я та доступні їм послуги, однак, оскільки механізми доступу до такої інформації непрозорі, більшість приймає рішення щодо медичних послуг, покладаючись на особисті рекомендації та неформальні мережі. Права пацієнта в українській системі охорони здоров'я не мають системного захисту, як також у системі охорони здоров'я не існує конкретного юридичного механізму розгляду скарг пацієнтів. Однак, завдяки найбільш останнім спробам реформування системи (див. наступний розділ) громадськість стала набагато активнішою, створюючи неурядові організації для висловлення своїх думок щодо змін.

Частка витрат на охорону здоров'я у ВВП України у 2012 р. становила 7,6%. Порівняно з Європою в цілому це середній показник, хоча він видається відносно високим у порівнянні з сусідніми до України країнами та Співдружністю незалежних держав (СНД) де в середньому ця частка становить 6,3%. Утім, лише трохи більше половини (54,9%) цих загальних витрат на охорону здоров'я (ЗВОЗ) у 2012 р. покривалися з державних джерел, що навіть нижче середнього показника по СНД (56,4%). Це має суттєві наслідки для рівноправності фінансування системи охорони здоров'я, оскільки решту суми складають приватні витрати на охорону здоров'я, переважно у вигляді готівкових платежів з кишені пацієнтів.

Основна частина державних видатків (46% у 2012 р.) іде на оплату стаціонарного лікування; лише відносно невелика частка надходить на оплату амбулаторних медичних послуг (близько п'ятої частини) та заходів охорони здоров'я (4,3%). Приватні витрати в основному складаються з оплат готівкою, які є високими через високу вартість фармацевтичних препаратів, що їх пацієнти зазвичай купують за повною собівартістю. Хоча в теорії незахищені верстви та пацієнти стаціонарів повинні бути на державному забезпеченні, на практиці їх нерідко змушують платити за свої ліки. Офіційно в Україні діє закріплене Конституцією право на отримання комплексного гарантованого пакету медичних послуг, який повинен надаватися безкоштовно по місцю надання допомоги; попри це, вельми поширеними є так звані благодійні пожертви. Намагання Уряду визначити більш обмежений пакет соціальних послуг призвели до того, що окремі установи самостійно визначають, які послуги покриваються з бюджету, а які – з кишені

⁶ Системи охорони здоров'я на перехідному етапі. - Огляд системи охорони здоров'я в Україні за 2015 р. - т. 17, № 2/2015.

користувача. Це призвело до відсутності прозорості в системі й відтак, сприяло подальшому поширенню неофіційних платежів⁷.

Переважаюча частка фінансування системи охорони здоров'я надходить з загальних доходів державного бюджету, отримуваних через оподаткування (податок на додану вартість, податок на прибуток підприємств, надходження від зовнішньоторгівельних операцій та акцизних зборів). Податок на доходи фізичних осіб не є істотним внеском до загальних доходів. Більшість інших витрат на охорону здоров'я покриваються готівковими виплатами; попри існування окремих схеми добровільного медичного страхування, їх вплив є маргінальним, складаючи менше 1% ЗВОЗ. Бюджетні фонди об'єднуються на загальнодержавному та місцевому рівні, оскільки органи місцевого самоврядування утримують частину податків, зібраних на своїй території. Існують також міжбюджетні трансферти, спрямовані на збільшення ресурсної бази більш незаможних місцевих органів влади, нездатних забезпечити такий обсяг надходжень; але прогресивність системи оподаткування в Україні підривається масштабом тіньової економіки (до 40% ВВП)⁸.

Табл. 4. Основні факти про галузь охорони здоров'я в Україні⁹.

	Смертність (на 1000 нас.):	К-ть ліжок у стаціонарах (на 1000 нас.)	210 грн. на рік	71,3 роки – очікувана тривалість життя українців	104-те місце
1990	12,1	13,01	Стільки держава планує виділяти на 1 пацієнта на рік. На 1 лікаря за нормою припадатиме 2000 пацієнтів.	Що є на 10 років меншим за показник більшості країн Європи	Світовий рейтинг України за показником очікуваної тривалості життя
2000	15,3	8,82			
2010	15,2	8,7			
2015	14,9	9			

Незважаючи на істотне зменшення кількості ліжок останніми роками, Україна має розвинену інфраструктуру охорони здоров'я. Перепрофілювання невеликих сільських лікарень на центри надання первинної медичної допомоги, яке почалося з середини 1990-

⁷ Системи охорони здоров'я на перехідному етапі. - Огляд системи охорони здоров'я в Україні за 2015 р. - т. 17, № 2/2015..

⁸ Системи охорони здоров'я на перехідному етапі. - Огляд системи охорони здоров'я в Україні за 2015 р. - т. 17, № 2/2015..

⁹ <http://ukraineworld.org/2017/10/what-ukraines-healthcare-reform-is-about/>

х років, різко скоротило кількість ліжок у стаціонарі та ліжкового фонду (на 63% за 18 років), причому більше половини сільських медзакладів були перетворені на пункти первинної медичної допомоги з лікарем-терапевтом на чолі. Кількість ліжко-місць у закладах невідкладної допомоги в Україні - 721,01 на 100000 населення – лишається високою за міжнародними стандартами (майже удвічі перевищуючи середній показник по ЄС – 385 ліжок), хоча є порівняно низькою відносно країн СНД. Україна також зберегла велику кількість закладів у паралельних системах охорони здоров'я (наприклад, для працівників залізничного транспорту).¹⁰

Плановий моніторинг об'єктів інфраструктури, проведений Міністерством охорони здоров'я у 2013 р., встановив, що 37% закладів первинної медичної допомоги, з них 23% у сільській місцевості та 46% у містах, потребують модернізації або реконструкції. Незадовільні санітарні умови найчастіше зустрічаються в сільських медичних закладах. Українська система охорони здоров'я також постійно стикається з серйозними труднощами з постачанням та обслуговуванням існуючого технологічного обладнання¹¹.

Операційні показники для закладів невідкладної медичної допомоги в Україні вказують на те, що, незважаючи на велику кількість ліжок, рівень їхнього використання лишається доволі високим (91,2% для ліжко-місць ургентної терапії, що значно вище за середній європейський показник у 78,9%). Після госпіталізації пацієнти проводять у стаціонарі в середньому 10 днів (що є вищим ніж середньоєвропейський показник у 7 днів). Високий рівень використання та довга тривалість перебування підкреслюють неефективність фінансування лікарень на засадах «потужності»: як показало дослідження, майже третина (32,9%) випадків госпіталізації в Україні є непотрібними.¹²

З 1990 р. спостерігається стійке збільшення кількості медичних працівників на душу населення по всій країні, але це пов'язане не стільки з кількістю лікарів, скільки зі зниженням загальної кількості населення. Кількість лікарів у абсолютному вираженні скорочується, Україна має серйозні проблеми з тим, що лікарі полишають або сферу охорони здоров'я, або виїждять з країни. Найбільший дефіцит кадрів спостерігається у сільській місцевості та в первинній ланці медичній допомозі, для якої характерна висока плинність кадрів. Кількість медсестер впала через низьку заробітну плату, низький статус медсестринської справи та обмеженість можливостей професійного розвитку. Ця тенденція спостерігається в усіх країнах СНД і йде всупереч трендам у країнах ЄС.¹³

Впровадження нової системи на первинному рівні заплановане на 2018 рік, тоді як реформа інших рівнів поступово здійснюватиметься до 2020 р. Реформа впливатиме не тільки на фінансування, а й на загальну структуру ринку послуг охорони здоров'я. Доступ до бюджетних коштів стимулюватиме розвиток приватної медицини: на цей час на ринку медичних послуг домінують державні установи (близько 90%), а на приватні заклади припадає лише 10%. На приватному ринку медпослуг домінують стоматологічні послуги

¹⁰ Системи охорони здоров'я на перехідному етапі. - Огляд системи охорони здоров'я в Україні за 2015 р. - т. 17, № 2/2015.

¹¹ Там же.

¹² Там же.

¹³ Системи охорони здоров'я на перехідному етапі. - Огляд системи охорони здоров'я в Україні за 2015 р. - т. 17, № 2/2015.

(близько 50%), за ними йдуть діагностичні послуги (18%), дерматологія та косметологія (15%), гінекологія та репродуктивне здоров'я (14%) та інші (3%). Можливість залучення більшої кількості пацієнтів завдяки гарантовану державою оплати послуг спонукатиме іноземних та місцевих інвесторів виходити на ринок, сприяючи конкуренції та підвищенню загальної якості та розширенню спектру послуг.¹⁴

У 2011 р. лише 35% населення України оцінювали свій стан здоров'я, як «добрий». Близько 94% домогосподарств повідомили про те, що у 2011 р. принаймні один член родини потребував медичної допомоги. Ця негативна ситуація має стимулювати розвиток приватних медичних послуг.¹⁵

Двадцять відсотків українців вважають, що за необхідності можуть скористатися послугами приватних медичних закладів, а ще 30% заявляють, що зможуть почати користуватися ними у майбутньому. Тридцять відсотків українців були б ладні повністю перейти на використання приватних медичних послуг, якщо могли б собі це дозволити фінансово. Більшість готові сплачувати на це близько 10% своїх доходів.

На українському ринку приватних медичних послуг діє близько 400 гравців (не рахуючи стоматологічних закладів). Їх можна розділити на наступні категорії:

- Універсальні клініки, які пропонують широкий спектр медичних послуг (у тому числі, стаціонару);
- Спеціалізовані клініки, які пропонують широкий спектр медичних послуг (у т. ч., стаціонару) за певним переліком медичних спеціальностей;
- Територіальні поліклініки, які пропонують послуги амбулаторного лікування за широким спектром медичних напрямків;
- Спеціалізовані медичні центри, які пропонують послуги амбулаторного лікування за певним переліком медичних спеціальностей (наприклад, акушерство та гінекологія);
- Лабораторно-діагностичні центри.¹⁶

Українці, які зверталися по медичну допомогу у 2011 р., використовували такі джерела медичних послуг (одна особа могла звертатися до кількох надавачів медпослуг):

- 2% - до приватних закладів охорони здоров'я (не стоматологічних);
- 5% - до приватних стоматологів;
- 11% - до державних стоматологів;
- 95% - до державних закладів амбулаторного типу (поліклінік);
- 0,6% - до нетрадиційних джерел медичних послуг (наприклад, екстрасенсів).¹⁷

1.2.2. Реформа галузі охорони здоров'я

¹⁴ <http://www.pharmexec.com/healthcare-reform-ukraine-opens-new-horizons-investors>

¹⁵ Охорона здоров'я в Україні: огляд галузі. © Invest in Ukraine.com, Deloitte

¹⁶ Охорона здоров'я в Україні: огляд галузі. © Invest in Ukraine.com, Deloitte

¹⁷ Охорона здоров'я в Україні: огляд галузі. © Invest in Ukraine.com, Deloitte

19 жовтня Верховна Рада України у другому читанні схвалила¹⁸ проект закону № 6327 «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів». Незважаючи на те, що Міністр охорони здоров'я України Уляна Супрун підкреслила¹⁹, що лишається ще прийняти чимало законодавчих актів, реформу охорони здоров'я, як очікується, незабаром буде завершено.

Початок цих перетворень ознаменувався довгоочікуваним Законом України «Про державні фінансові гарантії охорони громадського здоров'я» № 2168-VIII від 19 жовтня 2017 року, який був прийнятий 30 січня 2018 року.

Складові реформи виходять з тієї логіки, що гроші повинні йти за пацієнтом, аби покрити добре визначений набір базових медичних послуг, що надаються відповідно до кращих міжнародних практик діагностики та лікування. Основні елементи реформи наведено нижче.

1. Дуже низька заробітна плата, що її держава встановила для медичних працівників - 4000-8000 грн. залежно від кваліфікації – призвела до появи тіньової економіки у цій сфері. За результатами опитування, проведеного TNS-Україна у 2016 р., галузь охорони здоров'я є найбільш корумпованою – про це заявили 61% респондентів. Також, за даними дослідження, проведеного у тому ж році антикорупційною організацією «Транспаренсі Інтернешнл», неофіційні оплати в лікувальних закладах робили 33% респондентів.²⁰
2. Реформа передбачає перехід від фінансування медичного закладу до фінансування послуг, які надаються пацієнту. Змінити існуючу систему фінансування охорони здоров'я збираються кілька законопроектів, серед них проект Закону «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» (№ 6327), прийнятий Верховною Радою в першому читанні 8 червня 2017 р.²¹ Покриття має фінансово гарантуватися для всіх громадян та йти з надходжень від загального оподаткування. Первинна та невідкладна допомога буде надаватися безкоштовно; вторинна і третинна допомога вимагатиме часткової участі пацієнта в оплаті послуг (чітко визнається, що у системі недостатньо грошей для надання безкоштовної спеціалізованої допомоги).²²
3. Лікарні повинні отримати фінансову та управлінську автономію. У статті 18 Закону про медичну реформу № 2309а-г, прийнятого у квітні 2017 р., запроваджений принцип «гроші йдуть за пацієнтом», за яким лікарні та приватні лікарі отримуватимуть прямі виплати за лікування хворого та ведення його медичної картки. Реформа має сприяти рішучішому запровадженню цього принципу. Клініки та лікарні отримують право управляти власними фінансами, заробляти гроші, орендувати та купувати обладнання, а також встановлювати власні тарифні сітки. Пацієнти обиратимуть надавачів послуг вже без прив'язки

¹⁸ <https://www.unian.info/politics/2195911-ukraine-parliament-greenlights-healthcare-reform.html>

¹⁹ <https://hromadske.ua/posts/dlia-vprovadzhenia-medreformy-neobkhidno-ukhvalyty-shche-nyzku-aktiv-suprun>.

²⁰ <http://ukraineworld.org/2017/10/what-ukraines-healthcare-reform-is-about/>

²¹ Там же.

²² Галузь охорони здоров'я в Україні: тримаючи крок реформи. - ЦСМС, -18 серпня 2017.

- до конкретних лікарів або клінік за місцем проживання, що створить ринкові стимули до більш якісної медичної допомоги.
4. Відповідно до реформи, всі медичні послуги та ліки, що надаються пацієнтам, повинні повністю або частково оплачуватися державою через державну систему страхування, яка охоплюватиме усіх проживаючих в Україні. Специфіка полягає в тому, що громадянам не доведеться сплачувати додаткові страхові внески, оскільки фінансове забезпечення отриманих медичних послуг забезпечуватиметься податковими надходженнями. Таким чином, кожен, хто живе в Україні, буде автоматично застрахований за рахунок сплати податків.
 5. Необхідно запровадити гнучку систему оплати праці лікарів. Це безпосередньо залежатиме від кількості пацієнтів, які відвідують цього лікаря. У середньому держава планує виділяти 210 грн (7 євро) на одного пацієнта. Норма лікаря складатиме 2000 пацієнтів. Для педіатрів це число складе 800-900 пацієнтів. Вони отримуватимуть за одного пацієнта більше - близько 270 грн. (9 євро), з урахуванням більшого обсягу роботи та навантаження. Те саме стосуватиметься лікарів, які лікують літніх людей. В пацієнта лишається можливість обрати лікаря, але зараз першочергово оплачується робота фахівця, який має більше пацієнтів.²³ Це має збільшити зарплату сімейного лікаря не менш ніж на 30%.²⁴
 6. Управляти бюджетними коштами, що виділяються на фінансування послуг, буде новий орган під назвою Національна служба охорони здоров'я України. Ця структура займатиметься закупівлями медичних послуг для населення, укладатиме контракти з надавачами послуг первинної медичної допомоги.²⁵
 7. Для регулювання існуючої мережі лікарень повинні бути створені медичні округи. Необхідність створення таких округів пояснюється відсутністю можливості отримання якісної спеціалізованої допомоги на місцях (лише в обласних центрах та деяких містах). Втім, громадяни побоюються, що через це лікарні у малих містах та фельдшерсько-акушерські пункти у селах будуть закриті, а для отримання медичного обслуговування доведеться звертатися до медичних закладів, розташованих за багато кілометрів.²⁶
 8. Медичний округ повинен мати принаймні одну лікарню невідкладної допомоги багатопрофільного характеру першого та/або другого рівня, також інші медичні заклади. Заклад невідкладної допомоги першого рівня прийматиме щонайменше 120000 осіб, а другого – не менш ніж 200000 осіб. Таким чином, заклад невідкладної допомоги буде найпотужнішим в області, тоді як інші лікарні будуть реструктуризовані.²⁷

²³ <http://ukraineworld.org/2017/10/what-ukraines-healthcare-reform-is-about/>

²⁴ Галузь охорони здоров'я в Україні: тримаючи крок реформи. - ЦСМС, -18 серпня 2017.

²⁵ Галузь охорони здоров'я в Україні: тримаючи крок реформи. - ЦСМС, -18 серпня 2017.

²⁶ <http://ukraineworld.org/2017/10/what-ukraines-healthcare-reform-is-about/>

²⁷ <http://ukraineworld.org/2017/10/what-ukraines-healthcare-reform-is-about/>

9. Межі медичних округів формуватимуться таким чином, аби забезпечити доступ усіх мешканців району до вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Адміністративним центром округу буде місто з населенням понад 40000 жителів та закладом невідкладної медичної допомоги другого рівня. Така система довела свою ефективність з точки зору як фінансового управління, також і забезпеченості технічним обладнанням.²⁸
10. Лікарні мають отримувати відшкодування за діагностичними групами; об'єднання стаціонарів у медичних округах повинно забезпечувати не більш ніж годинну доступність сучасного медзакладу для будь-якого пацієнта. Поточні надлишкові можливості, особливо в сільській місцевості, будуть перепрофільовані на такі необхідні центри реабілітації, будинки для людей похилого віку та інші заклади надання довгострокової допомоги, догляду та соціального забезпечення. Державні закупівлі лікарських засобів здійснюватимуться з використанням референтних цін.²⁹
11. Угодами про первинну медичну допомогу керуватиме нова платформа електронного здоров'я, яка узгоджуватиметься з іншими державними ініціативами в галузі електронних послуг.³⁰
12. Фінансові субсидії мають забезпечувати надання медичної допомоги 1,8 мільйона внутрішньо переміщених осіб з Донбасу та Криму, пріоритетний догляд за ветеранами триваючого конфлікту на Сході, а також повний довічний догляд за усіма, хто був поранений або став інвалідом у цій війні.
13. Реалізація буде поетапна, з повним загальнодержавним розгортанням усіх елементів до 2020 року.³¹

За нової системи «неофіційні» платежі «під столом» повинні зникнути. Якщо вивести на світло масштабну «тіньова» економіку в галузі охорони здоров'я, пацієнти знатимуть точно, за яких обставин і скільки їм доведеться законно платити. Прозорість має на меті усунути нині надзвичайно поширений страх фінансової неспроможності.

Станом на квітень 2018 р. запроваджено урядову програму «Доступна медицина», а тендерні закупівлі лікарських препаратів та медичних товарів здійснюється через міжнародні закупівельні агентства – такі, як ПроООН, ЮНІСЕФ та «Краун Ейджентс» (починаючи з 2016 р. - згідно з програмою централізованих закупівель). Очікується, що це припинить існування корупційних схем.

1 квітня 2018 р. також є датою початку кампанії «Лікар для кожної родини». Відтепер кожен українець має право вибрати для надання йому медичних послугу того сімейного лікаря, якому він довіряє.

²⁸ <http://ukraineworld.org/2017/10/what-ukraines-healthcare-reform-is-about/>

²⁹ Галузь охорони здоров'я в Україні: тримаючи крок реформи. - ЦСМС, -18 серпня 2017.

³⁰ Галузь охорони здоров'я в Україні: тримаючи крок реформи. - ЦСМС, -18 серпня 2017.

³¹ Галузь охорони здоров'я в Україні: тримаючи крок реформи. - ЦСМС, -18 серпня 2017.

1.3. Проблеми, на вирішення яких спрямований Проект

Як видно з наведених вище розділів, реформа сектору охорони здоров'я в Україні є багатовимірним та тривалим процесом. З точки зору міжнародної практики вельми імовірно, що в ході здійснення реформи будуть можливими різноманітні додаткові коригуючі зміни.³² Це Техніко-економічне обґрунтування визначає проблеми, що потребують швидких рішень без очікування на результати реформи (але без порушення її принципів).

Проблеми, пов'язані з наданням медичної служби у Місті та основні причини цих проблем наведені в Табл. 5 нижче. Враховуючи загалом зростаючу потребу в хірургічних операціях, очікується, що неможливість вирішення існуючих проблем та обмежень призведе лише до збільшення потреби у медичній інфраструктурі та поглиблення проблем.

Табл. 5. Проблеми, на вирішення яких спрямований Проект, та основні причини проблем.

Проблема/обмеження	Основні причини
Невикористана можливість проведення щонайменше 680 додаткових малоінвазивних операцій на рік	За даними статистики, викладеними у Табл. 2, 680 операцій зі всієї кількості хірургічних втручань, які проводяться у лікарні, можуть бути малоінвазивними. На сьогодні такі операції не проводяться через перевантаженість стаціонару Хірургічного відділення та відділення реабілітації, та через відсутність обладнання.
Невикористана можливість надавати послуги малоінвазивної хірургії іноземним медичним туристам	Найближчий альтернативний приватний медзаклад, який надає такі послуги, знаходиться у Львові. При цьому цей заклад не має повного циклу лікування, тому його пацієнти проходять подальшу реабілітацію у курортних установах Трускавця (тобто, Трускавець отримує лише частину доходу, пов'язаного з проживанням/реабілітацією таких пацієнтів).
Приміщення площею 474 м ² на 3-му поверсі Хірургічного відділення лікарні не використовуються й знаходяться в аварійному стані	Завдяки повному використанню існуючої інфраструктури та персоналу Лікарні можна забезпечити більший перелік медичних послуг для громадян.

Складено авторами.

³² Припущення, зроблене Авторами з огляду на практику країн Балтійського регіону.

Трускавецька міська лікарня має відігравати важливу і активну роль у галузях надання медичних послуг та медичного туризму. Станом на сьогодні, приміщення на третьому поверсі Хірургічного відділення Трускавецької міської лікарні не включені до процесу надання медичних послуг населенню. Помешкання знаходяться в незадовільному технічному стані й потребують капітального ремонту у зв'язку, по-перше, з необхідністю реконструкції мереж енерго-, тепло-, водопостачання та каналізації. Через брак фінансування та зменшення кількості ліжок у Лікарні зазначені приміщення не використовувались протягом тривалого часу (більше 15 років). Крім того, у бюджеті м. Трускавець не передбачені кошти на вищезгадані приміщення. Попри це, приміщення можуть бути ефективно використані для надання медичних послуг і впровадження малоінвазивних технологій та надання медичної допомоги пацієнтам загальної хірургії, урології, гінекології, проктології. Використання невикористовуваних приміщень міської лікарні підвищить ефективність та якість надання медичних послуг містянам та відпочиваючим міста та регіону.

Рішення вищезгаданих проблем вимагає значних інвестицій у реконструкцію Приміщення з міського бюджету.

Із збільшенням основних видатків на медичні послуги зростає також і потреба в додаткових інвестиціях у відновлення інфраструктури надання медичних послуг. Реформа галузі охорони здоров'я в Україні тільки розпочалась й найближчим часом значного додаткового фінансування не планується (лише переведення коштів та часткове державне фінансування деяких процедур). Вищезгадана проблема створює потребу в заходах, які дозволили б використовувати кошти, виділені на такі необхідні інвестиції, тобто на найбільш ефективні рішення з розвитку та управління державною інфраструктурою. Це дозволило б більш рівномірно розподіляти інвестиційні кошти в часі, одночасно забезпечуючи надання високоякісних медичних послуг. На сьогодні ані Лікарня, ані міська влада не мають вільних коштів для вищезгаданих цілей.³³

³³ Трускавецька міська рада.

2. ПРОГРАМА РОБІТ ЗА ПРОЕКТОМ

2.1. Мета та цілі Проекту

Метою проекту є підвищення доступності передових хірургічних послуг у місті Трускавці.

Проект має наступні цілі:

- Забезпечити можливість проведення малоінвазивних операцій у галузі загальної хірургії, урології, гінекології та проктології;
- Використати можливість надання послуг малоінвазивної хірургії іноземним медичним туристам;
- Використати приміщення площею 474 м² на третьому поверсі Хірургічного відділення Лікарні (приміщення).

Проект спрямований на пошук фінансових ресурсів для будівництва та придбання обладнання для приміщень на 3-му поверсі Хірургічного відділення, в якому за останні п'ятнадцять років не проводилося жодних капітальних ремонтних робіт через брак коштів у міському бюджеті. Приміщення не використовуються й не опалюються, що несе додаткову шкоду як цим приміщенням, також і сусідньому хірургічно блоку.

Реалізація Проекту також вимагає фінансування реконструкції приміщень, у тому числі, мереж водо-, електро-, теплопостачання і каналізації.

2.2. Зв'язки Проекту з іншими проектами. Обмеження Проекту

Трускавецька міська лікарня регулярно бере участь у конкурсах мікропроектів. Завдяки ним міська лікарня провела роботи з утеплення фасадів поліклініки та оновила фізичний стан бази медичної допомоги:

- У 2015 р. Лікарня перемогла у конкурсі мікропроектів з проектом «Реконструкція поліклінічного відділення (I етап)», в рамках якого коштом бюджету розвитку міста та обласного бюджету було проведено утеплення 382,5 кв. м фасаду амбулаторного відділення на суму 245,8 тис. грн.;
- У 2016 р. проект «Реконструкція поліклінічного відділення Трускавецької міської лікарні Львівської області» виграв конкурс проектів Національного фонду регіонального розвитку, що дозволило повністю термомодернізувати фасад поліклініки (вартість проекту: 1395,7 тис. грн.);
- У 2016 р. два відділення Лікарні досягли успіху на конкурсі проектів міського розвитку з проектами «Реконструкція Хірургічного відділення міської лікарні м. Трускавця» (утеплення фасаду площею 575,36 м²) та «Реконструкція

терапевтичного відділення міської лікарні м. Трускавця» (утеплення фасаду площею 599,29 м²);

- У 2017 р. кошти обласного бюджету розвитку були використані для реалізації проекту «Реконструкція терапевтичного відділення Трускавецької міської лікарні» (частково виконано роботи та придбано матеріали на загальну суму 520,0 тис. грн.);
- У 2017 р. Лікарня отримала субвенції з державного бюджету на соціально-економічний розвиток за спільним проектом «Реконструкція хірургічного відділення Трускавецької міської лікарні» (утеплення фасаду площею 1089,83 м²).

У рамках цього ТЕО під Проектом розуміється створення нового центру малоінвазивної хірургії у міській лікарні м. Трускавця (надалі, «Центру»). Центр надаватиме послуги не тільки містянам, але також громадянам країни та іноземним туристам.

2.3. Цільові групи Проекту та їхні потреби

Детальний аналіз потреб цільових груп наведено у Табл. 6 нижче.

Табл. 6. Аналіз потреб цільових груп.

Цільова група	Потреби цільової групи
Пацієнти	Отримання високоякісних медичних послуг; перебування в Центрі в умовах підвищеної комфортності; доступність послуг на території міста; повний цикл лікування, тобто лікування в Центрі та реабілітація в санаторно-курортних закладах міста; доступні ціни на малоінвазивні операції.
Суспільство	Високоякісні медичні послуги; доступні ціни; послуги пільговим групам; нові робочі місця; популяризація курорту; розвиток медичного туризму; розвиток бізнесу.
Трускавецька міська рада	Залучення нових інвесторів; залучення додаткових інвестицій; промоція міста-курорту; розвиток медичного туризму; зменшення навантаження на міський бюджет шляхом проведення малоінвазивних хірургічних операцій для соціально незахищених груп; отримання додаткових податків і зборів; створення нових робочих місць.
Лікарня	Ефективне використання приміщень Лікарні; використання приміщень; зниження експлуатаційних витрат інших приміщень

Санаторно-курортні заклади та готелі міста	Лікарні; залучення високопрофесійного медичного персоналу; отримання додаткових коштів (внесків).
Відпочиваючі	Збільшення кількості відпочиваючих; рання діагностика в Центрі захворювань серед відпочиваючих; післяопераційна реабілітація; бізнес-розвиток санаторно-курортних закладів, ресторанів та готелів; додаткові грошові надходження.
Приватні партнери/потенційні інвестори	Високоякісні медичні послуги; комфортабельні умови проживання в Центрі; доступна ціна малоінвазивних операцій; повний цикл лікування, тобто лікування в Центрі та реабілітація в санаторіях курорту.
	Створення Центру; надання високоякісних медичних послуг; популяризація Центру; отримання доходів і прибутку; впровадження повного діагностичного циклу та сучасних висококваліфікованих малоінвазивних методів лікування широкого спектру захворювань; гнучка, високо спеціалізована адаптація методів лікування в Центрі з можливостями реабілітації в курортних установах і навпаки.

Складено авторами.

2.4. Організація Проекту

Проект ініційований міською державною адміністрацією м. Трускавця. Втім, враховуючи, що Проект забезпечує надання медичних послуг, а Об'єкт надання послуг знаходиться у приміщенні, яке належить Лікарні, саме Лікарня має бути визначена, як публічний предмет Проекту.

Лікарня може виконати проект без допомоги від будь-яких партнерів чи залучення приватного партнера/інвестора. Якщо проект реалізується шляхом державно-приватного партнерства (ДПП), Проект виконуватиметься приватним партнером, а міська влада здійснюватиме наглядову функцію, тобто нагляд за виконанням Партнерської угоди.

Ролі Лікарні в проекті:

- передача Приміщення на 3-му поверсі Хірургічного відділення Лікарні приватному партнерові для використання з метою досягнення цілей проекту;
- забезпечення доступу приватного партнера до мережі електро-, тепло-, водопостачання та каналізації Лікарні;
- надання пацієнтам центру можливості передопераційних обстежень у Лікарні;
- залучення медичного та обслуговуючого персоналу Лікарні до діяльності Центру.

Можлива участь Приватного партнера (якщо буде вибраний) у Проекті:

- фінансування та виконання ремонтних робіт, придбання обладнання;
- організація діяльності Центру та проведення хірургічних операцій;

- покриття всіх експлуатаційних витрат Центру;
- залучення медичного персоналу Лікарні до проведення хірургічних втручань у Центрі.

2.5. Вибір моделі виконання Проекту

Аналіз різних можливостей виконання Проекту у форматі державно-приватного партнерства проводиться з метою порівняння законодавчо дозволених варіантів ДПП з визначенням переваг і недоліків таких варіантів та з урахуванням юридичних особливостей цього конкретного проекту з метою вибору найбільш прийняттого способу реалізації вибраної альтернативи.

Співпраця між державним та приватним секторами за моделлю ДПП дедалі частіше обирається як спосіб розвитку інфраструктури або надання державних послуг. Останніми роками державно-приватне партнерство застосовується у більшості галузей. Така співпраця, що загалом є довгостроковою, характерно відрізняється роллю приватного партнера на різних етапах проектів (проекткування, виконання робіт та експлуатації), зокрема, щодо несення ризиків (які, зазвичай, випадають на долю державного сектору), а також часткового фінансування проекту.³⁴

2.5.1. Міжнародний досвід

У галузі охорони здоров'я уряди тяжіють до ДПП як способу вирішення ряду проблем у зазначеній галузі, серед яких:

- потреба у новій або покращеній інфраструктурі;
- обмеженість капітального бюджету та/чи грошових потоків;
- необхідність вдосконалення управлінських навичок для підвищення якості та економічної ефективності надання медичних послуг;
- потреба у потужнішому та ефективнішому ланцюжку закупівель та поставок;
- потребі у додаткових послугах/навички (наприклад, спеціальних послугах) або розширенні можливостей надання послуг.

Повсюди у світі лікарні знаходяться переважно у стані занепаду з неналежним управлінням інфраструктурою та послугами. При цьому більшості урядів бракує капітальних бюджетів, щоб фінансувати великомасштабне нове будівництво; можливості урядів додатково обмежуються національною політикою та нормами працевлаштування, котрі не дають можливості урядам повноцінно проводити реформи. Завдяки партнерству з приватним сектором у форматі домовленостей ДПП уряди отримують доступ до більш гнучких та інноваційних практик – таких, як запровадження комплексних комп'ютерних

³⁴ Інтерпретуюче роз'яснення Європейської комісії щодо концесійних угод, які укладаються згідно з законодавством Співтовариства, 2000/С 121/02.

інформаційних систем та практика управління людськими ресурсами на основі ефективності виконавської діяльності – що дозволяє їм розширювати можливості та підвищити ефективність надання послуг. Уряди також отримують доступ до нових джерел фінансування й можуть ділити ризики з приватним сектором. Приміром, на умовах ДПП приватний партнер зазвичай бере на себе ризики, пов'язані з вартістю та строками будівництва, коли оплата за виконане притримується до моменту відкриття та повного введення в експлуатацію об'єкта.³⁵

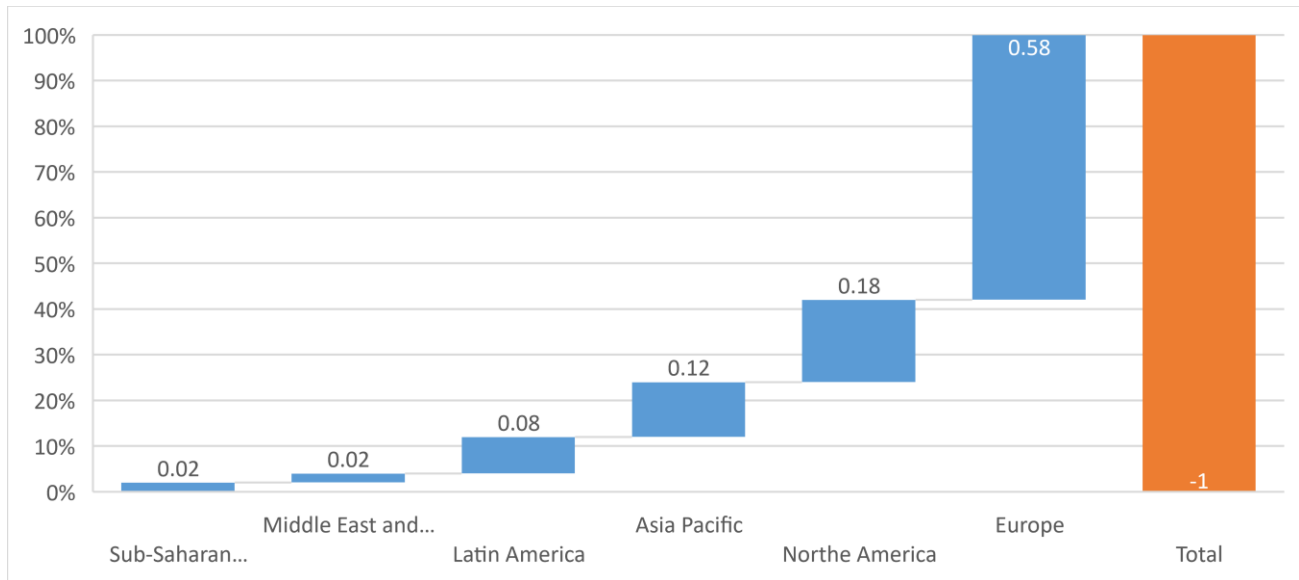
Досі більшість проектів ДПП у світі впроваджувалися у галузях, які не стосувалися охорони здоров'я та в країнах з високим рівнем доходу – здебільшого це були проекти у транспортній сфері. Утім, дедалі більше країн із середніми і низькими доходами розглядають можливості застосування ДПП для проектів у галузі охорони здоров'я.

Найбільш надійні дані про ДПП, як у глобальному масштабі, також і в розрізі галузей, стосуються глобальних інфраструктурних проектів та фінансових операцій. За оцінками, зараз у світі діє майже 600 проектів з розвитку інфраструктури/об'єктів у галузі охорони здоров'я, причому переважна їх більшість виконується у форматі ДПП.³⁶ Хоча ці дані обмежуються лише проектами у сфері інфраструктури, вони є джерелом цінної інформації про географічні тенденції ДПП у сфері охорони здоров'я, в т. ч., проектів ДПП щодо клінік та центрів здоров'я, як вже працюючих, також і тих, що знаходяться на стадії будівництва, проектування або передпроектної розробки.

Понад 60% інфраструктурних проектів знаходяться в Європі; на Північну Америку припадає трохи більше 15%, тоді як в Африці, на Близькому Сході та у Північній Африці разом виконується менше 5% усіх світових проектів.

³⁵ ДПП у моделях охорони здоров'я: уроки та тенденції на майбутнє. - Серія “Державно-приватні партнерства у сфері охорони здоров'я”, Вип. № 4, PWC, USCF.

³⁶ ДПП у моделях охорони здоров'я: уроки та тенденції на майбутнє. - Серія “Державно-приватні партнерства у сфері охорони здоров'я”, Вип. № 4, PWC, USCF.



Мал. 5. Розміри інфраструктурних проектів у галузі охорони здоров'я за географічними регіонами (травень 2017 р.)³⁷

Більшість ДПП щодо об'єктів, об'єднують у три моделі наступні функції:

- інфраструктурна модель – будівництво або відновлення інфраструктури державної галузі охорони здоров'я;
- модель дискретних клінічних послуг - збільшення чи розширення можливостей надання послуг;
- комплексна модель ДПП – створення комплексного пакету інфраструктури та надання послуг.

Рішення кожного з урядів про те, яку модель використати, багато в чому обумовлюється місцевими потребами в галузі охорони здоров'я та екологічними факторами (приміром, політичного чи соціального характеру). До основних визначальних чинників також належать порогові значення ризиків та відповідальності, які уряд прагне розподілити, а приватний партнер - готовий прийняти.

Табл. 7. Огляд трьох найпоширеніших бізнес-моделей ДПП у сфері охорони здоров'я³⁸.

Тип моделі ДПП	Інфраструктурна модель	Модель дискретних клінічних послуг	Інтегрована модель ДПП
Компоненти моделі ДПП	Інфраструктура + фінансування + не-клінічні	Клінічні послуги	Інфраструктура + фінансування +

³⁷ База даних про проекти. - Журнал глобальних фінансових та інфраструктурних проектів.

³⁸ ДПП у моделях охорони здоров'я: уроки та тенденції на майбутнє. - Серія "Державно-приватні партнерства у сфері охорони здоров'я", Вип. № 4, PWC, USCF.

Тип моделі ДПП	Інфраструктурна модель	Модель дискретних клінічних послуг	Інтегрована модель ДПП
	послуги + клінічні допоміжні послуги		клінічні + не-клінічні послуги
Відповідальність приватного партнера	Проектування, будівництво, фінансування та обслуговування об'єктів. Не-клінічні послуги: прання, кафетерії. Клінічні допоміжні послуги (напр., лабораторна діагностика, радіологія).	Надання дискретних клінічних послуг	Проектування, будівництво, фінансування та обслуговування об'єктів; надання клінічних та не-клінічних послуг
Поширені назви моделі ДПП	Проектування, будівництво, фінансування та експлуатація (DBFM), Проектування, будівництво, фінансування, обслуговування та експлуатація (DBFMO), Проектування, будівництво, експлуатація та передання (DBOT), Приватна фін. ініціатива (PFI), Інфраструктурне ДПП.	Угоди про обслуговування та експлуатацію (O&M)	Проектування, будівництво, експлуатація та надання (DBOD), Клінічне ДПП, Інтегроване ДПП
Наслідки для надання медичних послуг	Низькі	Середні	Високі

Проект будівництва однієї з найбільших у світі (загальною площею 330000 кв. м) і найсучасніших лікарень реалізований у Швеції. Будівництво лікарні «New Karolinska Solna» було організовано у форматі ДПП - першого у країні проекту державно-приватного партнерства у царині охорони здоров'я. Лікарню побудувала шведська проектно-будівельна компанія «Сканска» у партнерстві з британським інвестиційним фондом «Іннісфрі». «Сканска» та «Іннісфрі» відповідали за фінансування та будівництво, а також експлуатацію та обслуговування нової лікарні до 2040 року. Загальна вартість

проекту склала 27 млрд. шведських крон (xxx EUR), з них вартість будівництва становила 14,5 млрд. крон (xxx EUR).³⁹



Мал. 6. Лікарня «Karolinska Solna».⁴⁰

2.5.2 Аналіз юридичних моделей

Комунальне підприємство «Трускавецька міська лікарня» фінансується з державного та міського бюджетів, кошти яких виділяються на здійснення основних видів діяльності (виплату заробітної плати, оплата комунальних послуг, придбання фармацевтичних препаратів, харчування). Основна частина коштів міського бюджету виділяється на впровадження енергозберігаючих заходів (утеплення фасадів, заміну вікон та дверей). Незважаючи на це, цих коштів недостатньо для оновлення медичного обладнання, впровадження новітніх технологій в галузі медицини.

Обсяги фінансування з державного та міського бюджетів не є значними й не дають можливостей технологічного розвитку.

Виконання Проекту потребує значних капіталовкладень. Для бюджету міста в його нинішньому стані такі витрати неможливі. Трускавецька міська лікарня є бюджетною установою, основним фінансовим документом якої є кошторис надходжень та витрат, що дозволяє планувати фінансово-господарську діяльність на один фінансовий рік. Заклад

³⁹ <https://whitearkitekter.com/project/karolinska-university-hospital-solna/>

⁴⁰ <https://nordiclifescience.org/private-public-partnership-in-hospitals-the-way-of-the-future/>.

складає та виконує план витрат відповідно до бюджетних асигнувань, включених до кошторису. Інститут здійснює свою діяльність з використанням державного фінансування та інших доходів відповідно до діючого бюджетного законодавства.

Надійний розвиток Лікарні вимагає залучення додаткових ресурсів (фінансів, досвіду та нових технологій). Ця проблема, природно, призводить до розгляду інвестиційних можливостей приватного сектору, який може використовувати високотехнологічне обладнання та інструменти. Крім того, приватні партнери мають досвід роботи в області малоінвазивної хірургії, також можливості придбання сучасного медичного обладнання, швидкого та якісного огляду пацієнтів, а також можливості отримання консультацій від висококваліфікованих медичних фахівців. Висока якість послуг від приватного партнера повинна бути нарівні з високим рівнем комфорту, що його забезпечує Центр. Залучення приватного сектора до розвитку в галузі медицини можливе лише через застосування механізму ДПП.

Відповідно до пункту 1 Статті 5 Закону України «Про приватно-державне партнерство», проект ДПП може бути реалізований шляхом укладання угоди про:

- концесію;
- управління активами (згідно з передбаченими у договорах та визначеними на момент здійснення ДПП умовами щодо інвестиційних зобов'язань приватного партнера);
- спільну діяльність;
- іншими угодами, включаючи змішані угоди.

Під час аналізу основних характеристик альтернатив, пов'язаних зі створенням Центру, були проаналізовані кілька правових форм реалізації Проекту зі створення Центру та його подальшої діяльності, а саме:

- концесія;
- управління активами;
- спільна діяльність;
- здача в оренду;
- інвестиційний договір;
- приватизація.

Концесія

Концесійна угода (або договір концесії) визначається як договір, за яким орган державної влади – наприклад, міська влада (концедент) - надає суб'єкту підприємницької діяльності (концесіонеру) право: (а) створити (збудувати) об'єкт концесії; або (б) суттєво

покращити його, та/чи: (в) управляти ним (експлуатувати його) з метою задоволення суспільних потреб на платній і основі з фіксованими умовами.⁴¹

Відповідно до концесійного договору та його умов, приватний сектор може отримати дозвіл на здійснення господарської діяльності, пов'язаної з проектуванням будівель (рекомендується в більшості випадків, коли немає готового технічного завдання), також на будівництво, виконання інших робіт, чи надання послуг із взяттям на себе основної частки пов'язаних з цим ризиків.

Беручи до уваги особливості концесії як способу ДПП, у випадку цього Проекту Лікарня, обравши інвестора за результатами конкурсу, укладає концесійну угоду, за якою концесіонер створюватиме нову інфраструктуру та здійснюватиме управління нею впродовж терміну дії концесійної угоди.

Закон України «Про концесію» передбачає наступні три категорії об'єктів права комунальної власності, які можуть надаватися в концесію:

- активи установ чи їхніх структурних підрозділів, які є невід'ємними майновими комплексами або системами невід'ємних майнових комплексів;
- об'єкти незавершеного будівництва та законсервовані об'єкти, будівництво яких може бути завершено з метою їхнього використання для надання послуг та задоволення суспільних потреб у сферах концесійної діяльності;
- об'єкти, спеціально побудовані відповідно до умов концесійної угоди для задоволення суспільних потреб комерційної діяльності у відповідних сферах.

З урахуванням того, що Приміщення не можна розглядати як цілісний майновий комплекс, можна зробити висновок, що Приміщення не може бути об'єктом концесії.

Управління активами

Відповідно до договору про управління активами, одна сторона (балансотримач) передає активи іншій стороні (управляючому) для управління ними впродовж відповідного періоду, при цьому інша сторона зобов'язується за винагороду управляти активами в інтересах юридичної або фізичної особи, зазначеної уповноваженою особою (бенефіціаром).

Об'єктом договору про управління активами можуть бути:

- заклад як цілісний майновий комплекс;
- об'єкт нерухомості;

⁴¹ Варто зазначити, що визначення концесії, подане в інтерпретуючому роз'ясненні Європейської комісії щодо концесій згідно з законодавством Співтовариства 2000/С 121/02 дозволяє структурам державного сектору оплачувати виконану роботу за умови, що це не скасовує істотні елементи ризиків, притаманних процесу експлуатації об'єкту концесії.

- цінні папери;
- права власності та інші активи.

Обов'язковою передумовою для укладення договору управління активами у рамках ДПП є наявність інвестиційних зобов'язань приватного партнера.⁴²

Управління активами передбачає⁴³:

- передачу активів однієї сторони (балансоутримувача) іншій стороні (управляючому) на відповідний період;
- зобов'язання однієї сторони управляти активами на його ім'я в інтересах балансоутримувача або зазначених ним осіб (бенефіціарів);
- сплату балансоутримувачем гонорару за управління активами на користь управляючої особи.

Оцінюючи можливість укладення договору управління активами для виконання проекту ДПП, необхідно враховувати внутрішньо притаманні цьому механізму обставини, а саме:

- закон не передбачає спеціальних правил щодо запровадження особливого правового режиму відносно управління активами як однієї з форм ДПП;
- відсутність успішної значної практики впровадження проектів управління активами в Україні, зокрема, щодо об'єктів комунальної власності;
- відсутність механізмів співпраці між державним сектором та приватним партнером щодо здійснення заходів, спрямованих на досягнення цілей Проекту;
- необхідність сплати гонорару за управління (приватному підприємству) за відсутності в приватного підприємства зобов'язань щодо поліпшення державних активів.

З огляду на зобов'язання щодо сплати гонорару за управління та на відсутність зобов'язань стосовно поліпшення активів, у даному випадку договір управління не є найбільш оптимальною формою співпраці між державним сектором міста та приватним партнером.

Угода про спільну діяльність

Закони визначають спільну діяльність як стосунки між сторонами (партнерами) на основі договору без створення додаткової юридичної особи для досягнення відповідної мети. У цьому випадку зазначена модель створить умови для реалізації Лікарнею Проекту, для реалізації якого буде недостатньо фінансування через традиційну модель державних закупівель.

Угода про спільну діяльність (партнерство) укладається між державним органом та приватним підприємством. Зазначена угода зазвичай включає в себе кілька нагально важливих зобов'язань. Державний орган (міська влада) надає приватному підприємству

⁴²Абз. 1 Ст. 5 Закону України «Про державно-приватне партнерство», № 2404-VI від 1 липня 2010 р.

⁴³Розділ 80, Цивільний кодекс України, № 435-IV від 16 січня 2003 р.

право займатися діяльністю, пов'язаною з будівництвом, управлінням, використанням та підтримкою комунального майна та наданням громадських послуг у сферах, що відносяться до сфери відання державного органу.

Приватне підприємство зобов'язується здійснювати діяльність, передбачену договором, та забезпечувати інвестиції, необхідні для здійснення такої діяльності, а також формування активів, необхідних для їх виконання, або поліпшення стану майна, переданого для управління та використання.

У випадку створення партнерами нового спільного підприємства згідно з до п. 1 Ст. 1134 Цивільного кодексу України, активи, які належать партнерам за правом власності або внесені ними, а також продукція, вироблена в результаті спільної діяльності (результати діяльності та доходи від неї) будуть спільною частковою власністю партнерів, якщо іншого не передбачено законом. Таким чином, якщо Приміщення будуть внеском у новостворюване спільне підприємство, таке майно матиме статус спільної часткової власності державного сектору та приватного партнера, що може створити обтяження на користування таким майном або його повернення після закінчення терміну дії Проекту. Таким чином, було б більш доцільним організувати спільну діяльність без об'єднання внесків партнерів (створення нового спільного підприємства).

Враховуючи той факт, що спільна діяльність регулюється лише Абз. 1 Ст. 77 Цивільного кодексу України, сторони такої угоди отримують свободу на власний розсуд визначати умови угоди про спільну діяльність. Таким чином, наприклад, сторони можуть визначати наступне:

- предмет угоди;
- визначення майна, яке використовуватиметься для спільної діяльності;
- спосіб організації управління спільною діяльністю;
- форму управління та контролю ведення спільної діяльності;
- терміни ведення спільної діяльності (залежно від періоду окупності Проекту);
- процедуру відшкодування витрат та збитків, понесених у зв'язку зі спільною діяльністю партнерів;
- процедуру розподілу прибутків між партнерами;
- гарантії партнерам по спільній діяльності на випадок дострокового розірвання угоди;
- процедуру припинення дії угоди;
- способи вирішення інших питань, пов'язаних з виконанням Проекту, у якомога детальніший спосіб.

Оскільки всі умови, які сторони вважають пов'язаними з регулюванням їхніх взаємин під час спільної діяльності, можуть бути визнані суттєвими і включені в текст угоди, угода про спільну діяльність розглядається як досить гнучкий механізм, здатний забезпечити:

- збереження та ефективне використання майна державного сектору;

- умови, необхідні для ефективної діяльності приватного партнера та умови отримання прибутків;
- цільовий розподіл прибутків від спільної діяльності між сторонами угоди.

Застосування механізму державно-приватного партнерства як правового механізму виконання Проекту для залучення приватних інвестицій, насамперед, зменшить навантаження на міський бюджет через зменшення фінансових потреб, оскільки приватний партнер нестиме відповідальність за:

- капітальний та поточний ремонт приміщень на 3-му поверсі хірургічного відділення Лікарні;
- обслуговування приміщень (сплата комунальних послуги, послуги охорони тощо);
- виплату заробітної плати медичним працівникам та обслуговуючому персоналу.

З огляду на вищесказане, угода про спільну діяльність без взаємного об'єднання внесків (створення нового спільного підприємства) може розглядатися, як один із найбільш прийнятних способів виконання Проекту за умови, що вона буде належним чином структурована з урахуванням цілей Проекту та необхідності узгодження інтересів обох партнерів.

Оренда

Відповідно до Абз. 1 Ст. 2 Закону «Про оренду державного та комунального майна України», «оренда означає довгострокове платне користування майном, необхідним для розвитку підприємництва та для інших цілей на договірних засадах». Визначені Законом «Про оренду державного та комунального майна України» правові підстави орендних відносин передбачають наступне:

- вибір орендаря шляхом тендерної процедури;
- необхідність відповідності суттєвих умов договору положенням орендної угоди;
- встановлення терміну дії угоди про оренду об'єкту комунальної власності м. Трускавця на строк до трьох років;
- можливість орендарю поліпшувати орендоване майно відповідно до вимог діючого законодавства.

Тим не менш, механізм оренди як форми довгострокового співробітництва державного сектору та приватного партнера має обмеження з наступних причин:

- сума орендної плати визначається за результатами проведення незалежної експертизи та з урахуванням цілі використання об'єкта оренди; орендна плата коригується на індекс інфляції, яка характеризується швидкими темпами зростання;

- угода передбачає, що орендар зобов'язаний своєчасно сплачувати плату за об'єкт оренди, але не передбачає зобов'язань орендодавця співпрацювати з орендарем впродовж терміну дії таких правовідносин;
- поточний ремонт майна здійснюється орендарем; при цьому, відповідно до Закону «Про оренду державного та комунального майна України», обов'язок здійснювати капітальний ремонт власним коштом покладесться на орендодавця чи іншого власника майна, якщо інше явно не передбачено орендною угодою;
- відсутній механізм контрольний за здійсненням поліпшень, типових для орендованого майна;
- неможливо встановити зобов'язання орендаря щодо працевлаштування працівників орендодавця.

Табл. 8. Основні обов'язки сторін за угодою оренди державного майна⁴⁴.

Орендар зобов'язується:	Орендодавець зобов'язується:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ використовувати орендоване майно за призначенням та забезпечити його збереження; ▪ своєчасно та повноцінно здійснювати орендні платежі за користування об'єктом незалежно від наслідків господарської діяльності; ▪ протягом терміну дії орендної угоди підтримувати майно у належному технічному стані (не гіршому, ніж на момент його передачі в оренду). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ забезпечити, передання об'єкту оренди орендареві у належному стані; ▪ узгоджувати поліпшення орендованого майна орендарем.

Основною характеристикою орендних відносин є те, що цілі дій сторін угоди не орієнтовані на довгострокове співробітництво з метою досягнення однієї загальної мети, оскільки орендар зацікавлений у використанні об'єкта, а орендодавець - у своєчасному отриманні повної орендної плати.

Цільові суми щомісячної орендної плати за Приміщення (приміщення на 3-му поверсі Хірургічного відділення міської лікарні за адресою: вул. Данилишиних, 62, м. Трускавець), розрахована згідно з «Методологією розрахунку ставок орендної плати за комунальне майно» та «Положенням про оренду об'єктів комунальної власності у м. Трускавець», затвердженим Рішенням Трускавецької міської ради № 140 від 24 квітня

⁴⁴ Джерело: Пояснювальна записка.

2007 р., з урахуванням результатів оцінки нежитлових приміщень, здійсненої 20 вересня 2017 р. незалежним експертом, становить 57281,00 грн., без ПДВ.⁴⁵ Під час подальшого аналізу зроблено висновок, що максимальний можливий розмір орендної плати не повинен перевищувати 15000 грн. на місяць.⁴⁶

З іншого боку, передача прав користування приміщеннями приватному підприємству на визначений термін в обмін на своєчасно сплачувану орендну плату обов'язковими передумовами та формами довгострокового співробітництва між муніципальною владою м. Трускавця та приватним партнером не визначаються, оскільки зазначені обставини можуть позбавити місцеву громаду можливості брати участь у діяльності Центру та контролювати якість послуг, що надаються приватним партнером.

Беручи до уваги вищезазначені аргументи та обмеження, оренда не є найбільш прийнятною формою виконання Проекту.

Інвестиційна угода

Інвестиційна угода є основним юридичним документом, що регулює відносини між сторонами інвестування. Це – форма відносин між інвестором та іншими інвестиційними компаніями. Питання укладання, виконання та припинення дії інвестиційних угод діючими законодавчими актами не врегульовані.

На сьогодні немає правового механізму регулювання інвестиційної угоди, й це не дозволяє розглядати таку угоду в якості ефективного способу виконання Проекту.

Приватизація

Приватизація як платна передача майна, що належить державі, фізичним та юридичним особам, яким законом дозволено виступати покупцями, з метою підвищення соціально-економічної ефективності виробництва та залучення коштів для структурного регулювання національної економіки, означає наступне:

- передачу права державної власності на об'єкт приватизації покупцеві;
- відсутність можливості визначення будь-яких зобов'язань, що їх у відповідь бере на себе державний сектор, на момент укладення договору та на майбутнє;
- продаж через аукціон (загальний критерій визначення успішної особи - найвища пропонувана ціна) або конкурсну процедуру (на визначених умовах, які переможець повинен виконати);

⁴⁵ Джерело: Пояснювальна записка.

⁴⁶ Згідно з розрахунками авторів.

- усі питання щодо подальшого використання та вдосконалення приватизованої власності одноосібно визначаються новим власником.

Головним критерієм вибору правової форми співпраці є наявність механізмів, що дозволяють створити довгострокове взаємовигідне співробітництво між партнерами. Враховуючи головну мету Проекту, приватизація приміщень не є найбільш підходящим способом реалізації Проекту, оскільки це означає втрату контролю за використанням приміщень, відсутність механізму довгострокового співробітництва та неможливість визначення способу ефективного залучення інвестицій.

Висновок

Проведений аналіз правових альтернатив виконання Проекту та оцінка усіх недоліків і переваг свідчить, що найбільш ефективною формою виконання Проекту є механізм ДПП, реалізований на основі **угоди про спільну діяльність**.

Модель ДПП у формі угоди про спільну діяльність не передбачає зміни форми власності (Приміщення Хірургічного відділення далі належатимуть територіальній громаді м. Трускавця) і лише доповнює його передбаченим наданням платних медичних послуг з одночасним виконанням інвестиційних зобов'язань щодо модернізації майна. Приміщення, як і раніше, належатимуть Лікарні й ця форма не вимагатиме взаємного об'єднання внесків і створення нової юридичної особи. Це також передбачає можливість належного розподілу ризиків Проекту між приватним партнером та Лікарнею.

2.6. Очікувані результати Проекту

Вирішення проблем Проекту дозволить досягти мінімальних очікуваних результатів Проекту. Як передбачається ціллю Проекту, він спрямований на підвищення доступності медичних послуг (див. Таблицю 9 нижче).

Табл. 9. Мінімальні очікувані результати Проекту.

Проблема/обмеження	Очікувані мінімальні результати
Невикористана можливість проведення щонайменше 680 додаткових малоінвазивних операцій на рік	Створення інфраструктури (включно з відповідними приміщеннями та встановленням обладнання) та функціонуючої системи послуг, які б забезпечили

	проведення щонайменше 680 ⁴⁷ малоінвазивних операцій на рік.
Невикористана можливість надання малоінвазивних хірургічних послуг іноземним медичним туристам	Забезпечення медичних туристів до Трускавця (як громадян України, також й іноземців) доступом до (платних) послуг малоінвазивної хірургії.
474 м² приміщень на 3-му поверсі Хірургічного відділення Лікарні не використовуються й знаходяться у аварійному стані	Забезпечення, в ході виконання Проекту, реконструкції приміщень площею 474 м ² на 3-му поверсі Хірургічного відділення Лікарні відповідно до вимог до медичних приміщень.

Складено авторами.

Виконання Проекту з допомогою державно-приватного партнерства створить передумови для досягнення наступних якісних результатів Проекту:

- забезпечення надання нових та додаткових медичних послуг;
- більшу доступність медичних послуг;
- можливість отримання безкоштовних послуг малоінвазивної хірургії окремими соціально незахищеними верствами населення;
- можливості працівникам державного медичного сектору підвищувати свою кваліфікацію;
- підвищення якості матеріально-технічної бази Лікарні шляхом впровадження високотехнологічного обладнання;
- розвитку матеріального та кадрового забезпечення для запровадження нових методів діагностики, реабілітації та профілактики (придбання високотехнологічного обладнання та інструментів, рентгенозахисту коштами приватного партнера);
- непрямий вплив Проекту пов'язаний з підвищенням привабливості місцевості для домогосподарств та бізнесу, створенням нових робочих місць (кваліфіковані лікарі залишаться в Трускавці або приїжджатимуть до нього).

⁴⁷ Оцінка як мінімального потенціалу з виконання малоінвазивних хірургічних втручань, який на сьогодні не використовується.

3. МОЖЛИВОСТІ ТА АЛЬТЕРНАТИВИ

3.1. Поточне становище

Сьогодні малоінвазивні хірургічні втручання на обласному рівні виконуються у наступних державних клініках:

- У Києві: у Відділенні малоінвазивної та реконструкційної хірургії Олександрівської клінічної лікарні м. Києва (вул. Шовковична, 39-1, Київ, 01601, www.okl.kiev.ua);
- У Львові: в Центрі малоінвазивної хірургії Львівської обласної клінічної лікарні (вул. Некрасова, 4, Львів 79010, <http://laparoscopy.com.ua>);
- У Харкові: у Відділенні малоінвазивної хірургії комунального медичного закладу «Харківська міська клінічна лікарня невідкладної медичної допомоги ім. проф. О. І. Мещанінова» (пров. Балакірева, 3-а, Харків 61103);
- У Житомирі: у Відділенні діагностики та інвазійного лікування комунального медичного закладу Житомирської області «Обласна клінічна лікарня ім. О. Ф. Гербачевського» (вул. Червоного хреста, 3, Житомир 10002, <http://maloinvazivna.zt.ua>);
- У Луцьку: у Відділенні малоінвазивної хірургії Луцької міської клінічної лікарні (просп. Відродження, 13, Луцьк 43024);
- У Хмельницькому: у Відділенні малоінвазивної хірургії Хмельницької міської лікарні (пер. Проскурівський, 1 (1-й корп.), Хмельницький).

Найближча аналогічна установа, що надає такі послуги, знаходиться у Львові. Але цей заклад не забезпечує повного циклу лікування, тож його пацієнти проходять подальшу реабілітацію в санаторно-курортних закладах, наприклад, міста Трускавця, та й ціни на такі послуги виглядають значно вищими.

Як вже зазначалося, зараз приміщення на 3-му поверсі Хірургічного відділення Трускавецької міської лікарні для медичної діяльності не використовуються. Приміщення знаходяться в незадовільних технічних умовах і потребують капітального ремонту.





Мал. 7. Поточний стан приміщень 3-го поверху Хірургічного відділення Лікарні.⁴⁸

⁴⁸Фотографії зроблені авторами у червні 2018 р.

На сьогодні Лікарня має додаткові хірургічні приміщення на 2-му поверсі (Хірургічні приміщення), які можуть здаватися в погодинну оренду для приватної діяльності. Частково є обладнання; воно використовується Лікарнею і придатне для проведення малоінвазивних операцій, а отже, може застосовуватися для малоінвазивної хірургії у вищезгаданих приміщеннях. Зазначена вище можливість аналізується більш детально в описі альтернатив Проекту в Розділі 3.5. цього документа.





Мал. 8. Поточний стан приміщень на 2-му поверсі Хірургічного відділення Лікарні.⁴⁹

3.2. Можлива діяльність за Проектом

3.2.1 Перелік можливих видів діяльності

Згідно з визначенням проблем, викладених у розділі 1.3, був складений список усіх можливих заходів за Проектом, тобто «повний список видів діяльності» (див. Таблицю 10 нижче).

Табл. 10. Можливі види діяльності за Проектом («повний список»)⁵⁰

Проблема/обмеження	Можливі види діяльності («повний список»)
Невикористана можливість проведення щонайменше 680 додаткових малоінвазивних операцій на рік	<ul style="list-style-type: none"> Реконструювати існуючі приміщення, пристосувавши їх до хірургічної діяльності; придбати обладнання; Побудувати нову будівлю та придбати обладнання; Орендувати необхідну медичну інфраструктуру (приміщення з обладнанням); Підтримати розвиток приватної інфраструктури;

⁴⁹ Фотографії зроблені авторами у червні 2018 р.

⁵⁰ Складено авторами.

	<ul style="list-style-type: none"> • Підтримати жителів (покриття транспортних витрат, часткова компенсація послуг через їхній брак на території); • Провести конверсію іншої комунальної будівлі; • Надавати послуги малоінвазивної хірургії у вибраній інфраструктурі. • конверсію іншої громадської будівлі; • • надати послуги малоінвазивної хірургії у вибраній інфраструктурі.
<p>Невикористана можливість надання малоінвазивних хірургічних послуг іноземним медичним туристам</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Реконструювати існуючі приміщення, пристосувавши їх до хірургічної діяльності; придбати обладнання; • Побудувати нову будівлю та придбати обладнання; • Орендувати необхідну медичну інфраструктуру (приміщення з обладнанням); • Підтримати розвиток приватної інфраструктури; • Закупувати послуги в третіх осіб; • Провести конверсію іншої комунальної будівлі; • Надавати послуги малоінвазивної хірургії у вибраній інфраструктурі.
<p>474 м2 приміщень на 3-му поверсі Хірургічного відділення Лікарні не використовуються й знаходяться у аварійному стані</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Реконструювати існуючі приміщення, пристосувавши їх до хірургічної діяльності; придбати обладнання; • Знести не використовувані будівлі; • Підтримати розвиток приватної інфраструктури.

Згідно з цим списком можливих видів діяльності, зазначеним у Табл. 10 вище, визначені наступні можливі заходи, здатні комплексно вирішити проблеми Проекту:

- Реконструювати існуючі приміщення, пристосувавши їх до хірургічної діяльності; придбати обладнання;
- Побудувати нову будівлю та придбати обладнання;
- Орендувати необхідну медичну інфраструктуру (приміщення з обладнанням);
- Підтримати розвиток приватної інфраструктури;
- Підтримувати жителів (покриття транспортних витрат, часткова компенсація послуг через їхній брак на території);

- Провести конверсію іншої комунальної будівлі;
- Закуповувати послуги в третіх осіб;
- Знести не використовувані будівлі;
- Надавати послуги малоінвазивної хірургії у вибраній інфраструктурі.

3.3. Критерії оцінки видів діяльності

Цей розділ визначає критерії, які допоможуть скласти скорочений список видів діяльності за Проектом на основі повного списку можливих видів діяльності за Проектом, наведеного у Розділі 3.2. Ці критерії визначаються з урахуванням контексту Проекту, визначених проблем, характеру запроваджуваної діяльності та інших обставин. Критеріями оцінки видів діяльності за Проектом є:

- актуальність діяльності;
- вплив діяльності на вирішення проблем;
- тривалість виконання;
- інвестиції у діяльність та витрати;
- ризики діяльності.

На основі визначених критеріїв оцінки діяльності за Проекту обиратимуться найбільш доцільні види діяльності, які увійдуть до скороченого переліку видів діяльності за Проектом.

Кожен вид діяльності оцінюється окремо шляхом виставлення якісної оцінки у балах згідно з обраним критерієм:

- 1 – Дуже погано (повна невідповідність потребам Проекту);
- 2 - Погано (невідповідність потребам);
- 3 - Посередньо (частково відповідає потребами);
- 4 - Добре (відповідність більшості потреб);
- 5 - Дуже добре (повна відповідність потребам).

Підрахувавши бали за кожним критерієм, ми отримуємо загальний бал виду діяльності, який визначається з використанням описаної нижче шкали:

- 0-5 – Дуже погано (повна невідповідність потребам);
- 6-10 - Погано (невідповідність потребам);
- 11-15 - Посередньо (часткова відповідність потребам);
- 16-20 - Добре (відповідність більшості потреб);
- 21-25 - Дуже добре (повна відповідність потребам).

Види діяльності, які набрали 16 і більше балів, розглядатимуться далі і будуть включені до скороченого списку альтернативних шляхів виконання Проекту.

Результати оцінки видів діяльності за Проектом наведені у Табл. 11 нижче. Оцінювалися види діяльності, зазначені у Розділі 3.2. У верхньому рядку Табл. 11 нижче

наведено оцінку кожного окремого виду діяльності балах, а рядки нижче містять аргументи на користь того чи іншого балу.

Табл. 11. Оцінка видів діяльності за Проектом.⁵¹

Вид діяльності за його загальна оцінка над визначенням виду діяльності)	Критерій I: Актуальність	Критерій II: Вплив на вирішення проблеми	Критерій III: Тривалість виконання	Критерій IV: Інвестиції та вартість	Критерій V: Ризики
19	5	5	4	3	2
Реконструювати існуючі приміщення, пристосувавши їх до хірургічної діяльності; придбати обладнання	Діяльність відповідає потребам.	Діяльність стосується існуючих проблем та сприяє задоволенню потреб.	Середня тривалість виконання.	Середній рівень інвестицій.	Середній ціновий ризик, мінімальний ризик невідповідності діяльності з потребами.
14	5	5	1	1	2
Побудувати нову будівлю та придбати обладнання	Діяльність відповідає потребі.	Діяльність стосується існуючих проблем та сприяє задоволенню потреб.	Довга тривалість виконання.	Високий рівень інвестицій.	Високий ціновий ризик, мінімальний ризик невідповідності діяльності з потребами.
14	2	3	3	4	2
Орендувати необхідну медичну інфраструктуру (приміщення з обладнанням)	Активність частково відповідає потребам. Високий ризик неможливо орендувати такий об'єкт на ринку.	Діяльність частково вирішує проблеми та сприяє задоволенню потреб.	Середня тривалість виконання.	Низький рівень інвестицій.	Середній ціновий ризик, високий ризик невідповідності діяльності з потребами.
11	2	3	2	2	2

⁵¹ Складено авторами.

Підтримати розвиток приватної інфраструктури	Діяльність погано відповідає потребам. Немає можливості безпосередньо контролювати результат такої підтримки.	Діяльність частково вирішує проблеми та сприяє задоволенню потреб.	Довга тривалість виконання.	Високий рівень інвестицій.	Середній ціновий ризик, високий ризик невідповідності діяльності з потребами.
14	1	2	5	4	2
Підтримати жителів (покриття транспортних витрат, часткова компенсація послуг через їхній брак на території)	Діяльність мінімально відповідає потребі.	Діяльність мінімально вирішує проблеми та сприяє задоволенню потреб.	Коротка тривалість виконання.	Низький рівень інвестицій.	Мінімальний ціновий ризик, високий ризик невідповідності діяльності з потребами.
12	4	4	1	1	2
Провести конверсію іншої комунальної будівлі	Активність частково відповідає потребам.	Діяльність частково вирішує проблеми та сприяє задоволенню потреб.	Довга тривалість виконання.	Високий рівень інвестицій.	Високий ціновий ризик, мінімальний ризик невідповідності діяльності з потребами.
13	3	3	2	3	2
Закуповувати послуги в третіх осіб	Діяльність відповідає потребам. Тим не менш, існує ризик пропозиції, що такі послуги не будуть доступні на ринку.	Діяльність лише частково вирішує проблеми та сприяє задоволенню потреб.	Невизначена тривалість виконання.	Середній рівень інвестицій.	Середній ціновий ризик, високий ризик невідповідності діяльності з потребами.
13	1	1	5	5	1

Знести будинки, які не використовуються	А Діяльність не відповідає потребам.	Проблеми не розглядаються.	Коротка тривалість виконання.	Дуже низький рівень інвестицій.	Мінімальний ціновий ризик, максимальний ризик невідповідності діяльності з потребами.
21	5	5	3	4	4
Надавати послуги малоінвазивної хірургії у вибраній інфраструктурі	Діяльність відповідає потребі.	Діяльність стосується існуючих проблем та сприяє задоволенню потреб.	Середня тривалість виконання.	Низький рівень інвестицій.	Мінімальний ціновий ризик, мінімальний ризик невідповідності діяльності з потребами.

Загальний результат оцінки діяльності наведено в таблиці 12 нижче.

Табл. 12. Результати оцінки можливих видів діяльності за Проектом.

21	Надавати послуги малоінвазивної хірургії у вибраній інфраструктурі.
19	Реконструювати існуючі приміщення, пристосувавши їх до хірургічної діяльності; придбати обладнання.
14	Побудувати нову будівлю та придбати обладнання
14	Орендувати необхідну медичну інфраструктуру (приміщення з обладнанням).
11	Підтримати розвиток приватної інфраструктури
14	Підтримати жителів (покриття транспортних витрат, часткова компенсація послуг через їхній брак на території).
12	Провести конверсію іншої комунальної будівлі.
13	Закуповувати послуги в третіх осіб.
13	Знести будинки, які не використовуються.

3.4. Скорочений список видів діяльності

Скорочений список видів діяльності:

1. Надавати послуги малоінвазивної хірургії у вибраній інфраструктурі;
2. Реконструювати існуючі приміщення, пристосувавши їх до хірургічної діяльності; придбати обладнання.

Як вже було зазначено в аналізі вибору моделі Проекту, вищезазначені заходи повинні здійснюватися за допомогою моделі ДПП за договором спільної діяльності

3.5. Опис альтернативних варіантів Проекту

Згідно з вимогами методологій ЄС щодо підготовки аналізу інвестиційних проектів ДПП, в ході аналізу Проекту вибрано та оцінюється не менше двох альтернативних варіантів його виконання у відповідності до визначених видів проектної діяльності.

Перша альтернатива: «Виконання Проекту з орендою Хірургічних приміщень на 2-му поверсі».

Сутність вищезазначеної альтернативи полягає в тому, що більшість хірургічного обладнання встановлюється приватним підприємством на 2-му поверсі Хірургічного відділення Лікарні (Хірургічні приміщення), тобто з використанням обладнання, комунікаційних та інженерних мережі, які вже там частково встановлені. Приміщення на 3-му поверсі використовуватимуться для діагностики, підготовчих процедур та реабілітації. Таким чином можна досягнути більшої кількості (тобто, близько 90) хірургічних операцій на місяць.

У випадку першої альтернативи автори цього дослідження виходили з наступних припущень:

- Проектні інвестиції здійснюються у перший рік; інвестиції використовуються для реконструкції Приміщень на 3-му поверсі Хірургічного відділення Лікарні шляхом їхньої адаптації до хірургічної та реабілітаційної діяльності;
- Угода про спільну діяльність передбачає оренду 2-го поверху Хірургічного відділення (Хірургічних приміщень) Лікарні для операцій на погодинній основі;
- Придбане хірургічне обладнання, якого не вистачало, встановлюється у Хірургічних приміщеннях;
- Проводиться оцінка всіх заходів нагляду, включених до короткого списку видів діяльності (з їхніми витратами);
- Орендні платежі за Приміщення та плата за погодинну оренду Хірургічних приміщень сплачує приватний партнер;
- Максимальний звітний період Проекту та термін партнерської угоди становлять 25 років;
- Оцінка соціально-економічних переваг Проекту здійснюється через оцінку прогнозованого обсягу лікування пацієнтів й відповідно виникаючих наслідків соціальних переваг.

Друга альтернатива: «Виконання проекту без оренди Хірургічних приміщень на 2-му поверсі».

Сутність вищезазначеної альтернативи полягає в тому, що Приватна особа встановлює хірургічне обладнання у Приміщеннях на 3-му поверсі. Цей

реконструйований 3-й поверх використовуватиметься для діагностики, процедур підготовки та реабілітації, а також для операцій. У цьому випадку кількість хірургічних операцій порівняно з першою альтернативою зменшиться приблизно на 35%. Крім того, через зниження інтенсивності діяльності (та відсутність погодинної орендної плати за приміщення на 2-му поверсі) також зменшаться експлуатаційні витрати. Також, порівняно з першою альтернативою, виникають додаткові витрати на придбання і встановлення на 3-му поверсі відсутнього обладнання (наразі встановлене у Хірургічних приміщеннях).

У випадку другої альтернативи робилися наступні припущення:

- інвестиції здійснюються у перший рік й використовуються для реконструкції Приміщення на 3-му поверсі Хірургічного відділення Лікарні шляхом його пристосування до хірургічної та реабілітаційної діяльності;
- Усе придбане хірургічне обладнання встановлюється у Приміщенні на 3-му поверсі;
- Проводиться оцінка всіх заходів нагляду, включених до короткого списку видів діяльності (з їхніми витратами);
- Приватна особа сплачує Лікарні за оренду Приміщень;
- Максимальний звітний період Проекту та термін дії партнерської угоди становить 25 років;
- Соціально-економічні переваги Проекту оцінюються шляхом оцінки прогнозованого обсягу лікування пацієнтів й відповідних соціальних наслідків цього.

Зміни доходів, інвестицій та поточних витрат повинні оцінюватися з урахуванням змін у технічних та інвестиційних рішеннях для другої альтернативи. Цей аналіз наведено у Розділах 4.3-4.4 цього ТЕО.

Відрізнятиметься також економічне значення вищезазначених альтернатив, яке аналізується у Розділі 5 цього ТЕО.

4. ФІНАНСОВИЙ АНАЛІЗ

4.1. Звітний період Проекту

Звітний період аналізованого Проекту визначався з урахуванням сфери господарської діяльності та економічно доцільного періоду експлуатації основних засобів, що створюватиметься під час виконання Проекту. Враховуючи тривалий період експлуатації основних засобів, які створюватимуться впродовж Періоду, рекомендований період виконання Проекту, як також і термін дії партнерської угоди, становлять 25 років, як це було визначено за результатами аналізу сценаріїв проектних періодів. Термін виконання Проекту визначається незалежно від моделі виконання Проекту (традиційна модель державних закупівель чи модель ДПП) і включає в себе інвестиційний період, період експлуатації інфраструктури та період надання державних послуг (25 років). Тривалий період реалізації проекту дозволяє інвестору більш ефективно використовувати наявні капітальні та робочі ресурси. Слід зазначити, що за допомогою моделювання оцінювалися можливості та альтернативна можливість скорочення терміну виконання Проекту (15 років), але зрештою був обраний альтернативний варіант тривалості Проекту задля забезпечення його найбільшої привабливості для приватних інвесторів, оскільки більша тривалість Проекту зменшує ризики попиту, забезпечує можливість більш тривалого отримання доходу від надання державних послуг та знижує чутливість до циклічних коливань (що автоматично підвищує привабливість Проекту для кредитних установ).

4.2. Інші фінансові припущення

Табл. 13. Загальні фінансові припущення щодо Проекту та їхні джерела.

Припущення		Обґрунтування
Період будівництва	1 рік	Період будівництва був встановлений на підставі даних опитування будівельних компаній ⁵² та обсягів проведених будівельних робіт.
Вплив інфляції на дохід	3%	Незважаючи на те, що фактичний рівень інфляції в Україні є вищим та що Національний банк України прагне досягнути у 2019 році 5%-ї річної інфляції ⁵³ , задля уникнення надто оптимістичного прогнозу

⁵² Проводився 8 червня 2018 р.

⁵³ https://bank.gov.ua/control/en/publish/article?art_id=17505335&cat_id=17505318.

		зростання доходів був обраний інфляційний рівень, більш відповідний цілям фіскальної політики ЄС.
Номинальна ставка дисконтування	17.5%	У фінансових розрахунках ми рекомендуємо для розрахунку поточної вартості грошових потоків застосовувати дисконтну ставку 17,5%. Вона встановлюється з урахуванням облікової ставки, яка встановлюється НБУ ⁵⁴ .
Соціальна ставка дисконтування	5.50%	Європейська Комісія рекомендує застосовувати до країн, які інтегруються в ЄС, 5% соціальну дисконтну ставку ⁵⁵ . Незважаючи на це, враховуючи високу фінансову ставку дисконтування та нормалізацію можливих помилок у розрахунках, у цьому дослідженні використовується ставка, яка на 10% вища, тобто 5,5%.
Вплив інфляції на витрати	3%	Рівень, ідентичний індексації доходу. ⁵⁶
Темпи зростання заробітної плати дорівнює рівневі інфляції й підлягає звичайній індексації	3%	Оскільки близько 76% річних експлуатаційних витрат Проекту відноситься на заробітну плату, темпи зміни заробітної плати є значними для Проекту. Ця ставка зрівнюється з інфляцією доходів для уникнення потенційної різниці між рівнями інфляції витрат та доходів.
Термін амортизації: 24 роки. Метод амортизації: лінійний.	24 роки	Встановлена норма амортизації складає 24 роки, тобто вона відповідає періоду використання Майна. Встановлюється відповідно до Закону «Про податок на прибуток підприємств». Метод амортизації: лінійний.

Складено авторами.

4.3. Фінансові потоки Проекту

4.3.1 Інвестиційні видатки

Потреби Проекту в інвестиціях оцінювалися з використанням наступних джерел:

- Пояснювальної записки;

⁵⁴ https://bank.gov.ua/control/en/publish/article?art_id=31973143&cat_id=31973142.

⁵⁵ Посібник з аналізу економічного ефекту інвестиційних проектів. Інструмент економічної оцінки для Політики згуртованості, 2014-2020. - Європейська комісія, 2015.

⁵⁶ Нижчий за очікуваний органами державної влади України рівень інфляції був розрахований спеціально, з метою уникнути надмірно високої оцінки потенційного даху.

- Даних і оцінок Трускавецької міської лікарні;
- Опитувань приватного сектору (інвесторів);
- Опитування будівельних компаній;
- Опитування постачальників обладнання.

Сукупні інвестиційні витрати вказані у Табл. 14 нижче.

Табл. 14. Інвестиційні видатки Проекту⁵⁷.

Інвестиційна стаття, тис. грн.	1-ша альтернатива	2-га альтернатива
Реконструкція	3586	3586
Обладнання	3922	6172,5
Інше	800	800
Видатки разом:	8308,5	10558,5

Орієнтовна вартість будівельних робіт становить 3586 тис. грн. Вищезгаданий розрахунок був проведений на основі таких даних:

а) кошторису реконструкції на суму 3516,6 тис. гривень, наданого Трускавецькою міською лікарнею (Додаток 3). Розрахунки проводились згідно з кошторисною документацією на роботи в аналогічних приміщеннях, наданою Лікарнею;

б) суми, зазначеній у Пояснювальній записці, тобто 3800000 грн.;

в) обсягу інвестицій - 3260000 грн. - зазначеного одним із потенційних приватних інвесторів, які займаються аналогічною діяльністю в м. Трускавець, під час інтерв'ю з ним, проведеного в липні 2018 р.;

г) бюджету у 3350000 грн, зазначеного незалежною будівельною компанією, працюючою у Львові.

, Середня вартість будівельних робіт, розрахована з використанням зазначених всіма джерелами даних, наведена у Табл. 15 нижче.

Табл. 15. Бюджет реконструкції Приміщень.

Вартість реконструкції	Грн.
Резерв	326000
Ремонт електропроводки	400000
Ремонт сантехніки і водопостачання	600000
Ремонт дверей	100000
Ремонт стін і підлоги	1000000

⁵⁷ Складено авторами.

Облаштування вентиляції і кондиціонування	200000
Облаштування пожежної сигналізації	60000
Облаштування відео спостереження	100000
Термін завершення інвестицій, років (включно з періодом будівництва)	100000
Виготовлення проекту реконструкції	200000
Виготовлення меблів	500000
Загальна вартість реконструкції:	3586000

Складено авторами.

Орієнтовна купівельна ціна медичного обладнання становить 3922 тис. грн. (для Альтернативи I). Розрахунки проводились на підставі наступних джерел:

а) суми, вказаної в Концепції, тобто 2600000 грн.

б) обсягу інвестицій, тобто 2614998 грн., зазначеного одним із потенційних приватних інвесторів, які займаються аналогічною діяльністю в м. Трускавець, під час інтерв'ю з ним, проведеного у липні 2018 р.;

с) припущення щодо резервування 50% зазначених вище витрат з урахуванням оновлень придбаного обладнання або придбання більш сучасного обладнання, як зазначає незалежна компанія-продавець такого обладнання, яка працює у Литві.

У випадку з Альтернативою II розраховані додаткові витрати на придбання хірургічного обладнання у розмірі 1500 тис. грн. Після оцінки даних, зазначених всіма джерелами, була визначена середня ціна придбання обладнання, зазначена у Табл. 16.

Табл. 16. Інвестиції в обладнання, УАН.

Тип медичного обладнання	Альтернатива I	Альтернатива II
Обладнання для лапароскопічної хірургії	800000	800000
Операційний стіл з підігрівом	300000	300000
Крісло-каталка з пневмопідвіскою	100000	100000
Наркозно-дихальний апарат для післяопераційної палати та кабінету ендоскопії	300000	300000
Відеостійка урологічна в т.ч	226435	226435
Відеостійка хірургічна в т.ч.	275130	275130
Хірургічні інструменти в т.ч.	106530	106530
Урологічні інструменти в т.ч.	51865	51865
Гінекологічні інструменти в т.ч	41000	41000
Інше в т.ч.	414,028	414,028
Додаткове обладнання для Альтернативи II	-	1500000
Додаткові витрати на придбання новішого обладнання	1307494	2057494
Загальна вартість обладнання:	3922482	6172482

Складено авторами.

Інші витрати у сумі 500,00 тис. грн. включають в себе загальні виробничі, адміністративні та інші витрати, пов'язані з реалізацією проекту; додаткові витрати у сумі 300,0 тис. грн. включають юридичні та управлінські витрати (експертно оцінені авторами).

4.3.2 Дисконтована вартість інвестицій

Оцінюючи залишкову вартість інвестицій, слід враховувати той факт, що в принципі період використання основних засобів, створюваних протягом Проекту, співпадає з звітним періодом. За 22-23 роки термін експлуатації основних елементів Об'єкта спливе, тож основні елементи Приміщення (вікна, двері тощо) потребуватимуть поступової заміни. З огляду на вищесказане, залишкова вартість інвестицій оцінюється в 0.

4.3.3. Дохід від основної діяльності

Після визначення джерел доходу Об'єкта була складена таблиця потенційних сум доходу Об'єкта на основі оцінки розмірів оплати за кожну послугу та місячної частоти надання послуг кожній групі обслуговування (хірургічних операцій або процедур).

Оцінка цін на хірургічні операції ґрунтувалася на оцінці цін, застосовуваних клініками Львову та Києва, що надають аналогічні послуги, з урахуванням відповідних коефіцієнтів резервування (-10% - -20%) з огляду на те, що Трускавець є меншим містом, а також на необхідність забезпечення доходності.

Для оцінки кількості хірургічних операцій та процедур за Альтернативою II застосовувалося припущення, за яким, якщо існуючі хірургічні приміщення не здаються в оренду, кількість хірургічних операцій та процедур зменшиться на 35% (відносно 161 запланованої процедури та операції за рік, як в Альтернативі I). Відповідно, для Альтернативи II це призведе до зменшення місячного доходу на вищезгадану суму.

Табл. 17. Перелік видів оперативних втручань	Ціна у клініках Львова ⁵⁸	Ціна у клініках м. Київ ⁵⁹	Очікувана ціна у Трускавецькій МЛ	К-ть запланованих процедур на місяць	Місячний дохід по окремих процедурах ⁶⁰
Урологія					
Забезпечення ТУР-біопсії сечового міхура	15000	15000-20000	10000	5	50000
Забезпечення ТУР сечового міхура	15000	15000-20000	10000	4	40000
Забезпечення ТУР передміхурової залози	15000	22000	11000	8	88000
Забезпечення повторної ТУР сечового міхура	10000	10000	8000	1	8000
Забезпечення оптичної уретротомії	12000	18000	10000	1	10000
Забезпечення біполярної ТУР передміхурової залози	20000	28000	15000	5	75000
Хірургія					
Забезпечення лапароскопічної холецистектомії	16000	12000-20000	10000	22	220000
Забезпечення лапароскопічної холецистектомії високого рівня складності (іноземці)	18000-24000	15000-25000	14000	2	28000
Забезпечення ургентної лапароскопічної апендектомії	15000	20000	10000	4	40000
Забезпечення герніопластики ТАПП	15000	25000	12000	2	24000
Забезпечення лапароскопічного лікування ГЕРХ	20000	30000	14500	2	29000
Забезпечення лапароскопічної баріатричної операції	20000	30000	15000	2	30000
Забезпечення герніопластики за Ліхтенштейном	10000	15000	10000	4	40000
Забезпечення герніопластики вентральних гриж	10000	15000	10000	4	40000
Проктологія					
Забезпечення висічення анальної тріщини	12000	22000	12000	4	48000
Забезпечення висічення нориці прямої кишки	16,000	25,000	14,000	2	28,000
Забезпечення гемороїдектомії	12,000	22,000	12,000	4	48,000

⁵⁸ Дані взяті з веб-сайтів клінік та опитувань (червень 2018 р.).

⁵⁹ Дані взяті з веб-сайтів клінік та опитувань (червень 2018 р.).

⁶⁰ Розрахунок авторів.



Техніко-економічне обґрунтування Проекту «Створення Центру малоінвазивної хірургії» у м. Трускавці

Забезпечення висічення куприкових ходів	14000	20000	12000	5	60000
Забезпечення розкриття гострого парапроктиту	9000	10000	9100	2	18200
Забезпечення степлерної гемороїдектомії	не роблять	28000	22000	2	44000
Забезпечення післяопераційного періоду			1200	0	-
Гінекологія				0	-
Забезпечення гістероскопії	8000	8000	6800	10	68000
Забезпечення гістероскопії з лапароскопічним оперативним лікуванням у гінекології	20000	25000	18000	4	72000
Забезпечення лапароскопічне оперативне лікування у гінекології	20000	25000	16000	4	64000
Забезпечення надпівкової екстерпації матки	25000	30000	18000	4	72000
Ендоскопія				0	-
Забезпечення езофагогастроуденоскопії у відеорежимі	900	800	500	16	8000
Забезпечення езофагогастроуденоскопії у відеорежимі з анестезіологічним забезпеченням (до і після обстеження)	1800	2200	1400	8	11200
Забезпечення колоноскопії у відеорежимі	1800	1800	1250	16	20000
Забезпечення колоноскопії у відеорежимі з анестезіологічним забезпеченням (до і після обстеження)	3000	3000	2100	8	16800
				0	-
Травматологія				0	-
Артроскопічні операції	24000	26000	16000	6	96000
Загальна кількість на місяць (хірург. операції та процедури):				161	1396200
Співвідношення операцій/:				56%	
Разом, включно з хірург. операціями:				90	

4.3.4. Поточні витрати

Операційні витрати об'єкту оцінювалися на основі технічних характеристик Об'єкта, тобто сфери, даних про очікуване споживання енергоресурсів та інженерні рішення (за інформацією, наданою міською адміністрацією Трускавця), та опитувань приватних операторів. Оцінка вищезазначених річних витрат на експлуатацію та обслуговування Об'єкта наведена у Табл. 18 нижче.

Табл. 18. Місячна вартість експлуатації та обслуговування Об'єкта.⁶¹

Вартість	Грн.
Витрати на електроенергію	4800
витрати на холодне водопостачання і каналізацію (водовідведення)	2500
витрати на опалення	21200
експлуатаційні витрати	1600
витрати на вивіз сміття	500
медичні матеріали	46052
платежі до міської лікарні на медичні дослідження	10000
управління та продажі	30000
реінвестиції	26464
облік	7000
страхування	7000
офісні витрати	5000
Разом:	162116

Оцінка можливих платежів приватного партнера Державному суб'єкту проводилася з урахуванням двох типів платежів: орендної плати за реконструйовані приміщення та орендної плати за Хірургічні приміщення, орендовані як комплекс на 2-му поверсі (за погодинною ставкою, включно з обладнанням та комунальними послугами).

Оскільки кількість запланованих процедур та операцій становить 161, а одна процедура/операція триває близько 2 годин, часова потреба у хірургічних приміщеннях складає 322 години на місяць (Альтернатива I). Ставки орендної плати за приміщення оцінювалися шляхом моделювання терміну окупності та необхідних рівнів доходності Проекту.

Табл. 19. Місячні ставки орендної плати.⁶²

Тип оренди	Вартість	Одиниця	К-ть	Разом за місяць, грн.
Оренда хірургічних приміщень	100	год.	322,00	32200
Оренда Приміщень	30	кв. м.	474,38	14231
Загальні концесійні витрати (Альтернатива I)				46431
Оренда хірургічних приміщень	100	год.	0,0	-
Оренда Приміщень	30	кв. м.	474,38	14231

⁶¹ Розрахунок авторів.

⁶² Складено авторами.



Загальні концесійні витрати (Альтернатива II)	14231
--	--------------

Для оцінки кількості працівників на Об'єкті були проведені опитування клінік аналогічного розміру у Литві та Україні. Оцінка витрат на оплату праці базувалася на відкритих даних про середні розміри оплати праці у галузі охорони здоров'я в Україні. Додатково серед приватних компаній, які працюють у Трускавці, було проведено опитування щодо їхньої готовності виплачувати відповідну заробітну плату своїм потенційним працівникам.

Табл. 20. Місячні витрати на оплату праці⁶³.

Спеціальність	Місячна заробітна плата після сплати податків	К-ть працівників	Разом за місяць (без урахування податків)
<i>Лікар-хірург</i>	35 000	8	280 000
<i>Медсестри</i>	12 000	7	84 000
<i>Молодші медсестри</i>	9 582	7	67 074
<i>Технічний персонал + охорона</i>	9 582	2	19 164
<i>Терапевт</i>	9 582	1	9 582
<i>Мед реєстратор</i>	9 582	2	19 164
<i>Оператор ІТ систем</i>	9 582	1	9 582
<i>Інструктор ЛФК</i>	9 582	1	9 582
<i>Головна медсестра</i>	17 000	1	17 000
<i>Менеджер по рекламі і продажам:</i>	12 000	1	12 000

Вищезазначені ставки заробітної плати розраховані для Альтернативи I, тобто для 161 процедури, в т. ч., 90 операцій. Загальне зменшення фонду заробітної плати на 35% застосовується для Альтернативи II, оскільки в рамках неї проводитиметься на 35% менше процедур та операцій.

4.3.5. Податки

Надання медичних послуг в Україні оподатковується ПДВ за нульовою ставкою.⁶⁴ Ті самі принципи нарахування ПДВ використані у розрахунках Проекту, незалежно від того, чи буде проект впроваджуватися державним, а чи приватним суб'єктом.

Медичні послуги не обкладаються жодними додатковими місцевими зборами; отже, податкове навантаження не залежить від юридичного статусу надавача послуг. Надання послуг не обкладається жодними іншими спеціальними податками, пов'язаними з наданням послуг.

Трудові доходи обкладаються податком на прибуток (18%), внеском на обов'язкове соціальне страхування (22%) та військовим збором (1,5%).

Табл. 21. Основні ставки податків.

⁶³ Складено авторами.

⁶⁴ <https://i.factor.ua/law-23/section-100/article-14476/>

Податок на прибуток підприємств	18,0%
Податок на трудові доходи	41,5%
ПДВ	0%

4.3.6. Фінансування

Для забезпечення фінансування Проекту його ініціатор, як правило, спочатку оцінює потреби у фінансуванні та можливості фінансування власним коштом. За Альтернативою І початкові інвестиції складуть приблизно 8309 млн. грн., без ПДВ, що мають бути вкладені протягом одного року. Враховуючи той факт, що така сума вільних коштів у бюджеті міста не передбачена, можна припустити, що Державному сектору (Лікарні чи міській владі) для забезпечення фінансування Проекту доведеться брати **довгостроковий кредит**. Таким чином, якщо міська влада вирішить фінансувати Проект власним коштом, вона муситиме не просто взяти додатковий довгостроковий кредит, але кредит на більшу суму з урахуванням необхідності фінансування інших потреб Трускавця у 2019 р. Вважаємо, що такий спосіб фінансування (власним коштом) є необґрунтованим і фактично економічно недоцільним.

За даними опитування, проведеного серед кредитних установ, а також консультацій з експертами, залученими до підготовки цього ТЕО, треба взяти до уваги, що максимальний рівень фінансування Проекту боргом першої черги може становити 70%.

Іншим джерелом фінансування можуть бути **приватні кошти**. Застосування моделі державно-приватного партнерства може стати одним із найбільш прийнятних способів залучення приватних ноу-хау та капіталу. Проект повністю відповідає вимогам щодо проектів державно-приватного партнерства: надаються громадські послуги, проект має довгостроковий характер, потребує інвестицій у ремонт інфраструктури. Відповідно, може бути обраний приватний суб'єкт з великим досвідом розробки інженерних об'єктів та нагляду за експлуатацією комунальних об'єктів. З метою виконання проекту у форматі ДПП Лікарня могла б придбати послуги зі створення та надання медичних послуг, за які, згідно з цим дослідженням, нічого не потрібно було б платити. Таким чином, Державний сектор може уникнути потреби робити основні початкові інвестиції, а Приватне підприємство буде зацікавлена у наданні високоякісних послуг аж до закінчення строку дії договору. Незважаючи на те, що Державний сектор уникне необхідності брати банківські позики та нести пов'язані з цим додаткові витрати (сплату відсотків), Проект має гарантувати Приватному підприємству відповідну рентабельність інвестицій.

З урахуванням вищезазначеного передбачається, що Приватне підприємств, яке інвестує в Об'єкт, користуватиметься банківськими послугами. Буде оформлена банківська позика у євро, яку треба буде повернути через 15 років. Припущення стосовно банківського фінансування Проекту наведені нижче.

Табл. 22. Припущення щодо умов банківського фінансування.⁶⁵

⁶⁵ Складено авторами.

Обсяги фінансування	банківського	70%	Ринкова практика, колегіальні співставлення
Ставка по кредиту банку		9%	НБУ ⁶⁶ , оцінка ризику
Термін кредитної угоди		15 років	Ринкова практика ДПП, колегіальні співставлення
Відтермінування повернення		1 рік	
Вартість обслуговування	банківського	1,5%	

Для цілей розрахунку можливої банківської відсоткової ставки для Приватного підприємства було використано інформацію про середні відсоткові ставки за позиками у євро (7,7%), надані банком України.⁶⁶ Враховуючи, що 15-річний термін кредитування перевищує стандартні строки, були розраховані більш високі відсотки (з 1,3% надбавкою).

Табл. 23. Підсумкові відомості про використання коштів і джерела фінансування.

Стаття фінансування, тис. грн.	Альтернатива	
	I	II
Усі інвестиції	9530	11524
Капіталізація відсотків	300	356
Будівельні видатки	8558	10875
Витрати прив. підпр. costs	574	176
Комісія за кредитом	98	117
Джерела фінансування funding	9530	11524
Субсидія	0	0
Капітал	2567	3263
Позика	6963	8261

Розраховані коефіцієнти обслуговування боргу підсумково наведені у Табл. 24 нижче. Слід підкреслити, що для обох альтернатив коефіцієнти покриття кредитної заборгованості за погашення є прийнятними та доволі безпечними.

Табл. 24. Підсумкові коефіцієнти обслуговування боргу.

Співвідношення	Альтернатива	
	I	II
Заборгованість/співвідношення заборгованості до власного капіталу на момент завершення будівництва	73,06%	71,69%
Мінімальний СКПОБ (середній коефіцієнт покриття обслуговування боргу)	3,27	1,42
Мінімальний КПЗСДК (коефіцієнт покриття зобов'язань на протязі строку дії кредиту)	4,92	2,41
Мінімальний КПЗСВП (коефіцієнт покриття зобов'язань на протязі строку виконання проекту)	6,72	3,28

⁶⁶ <https://bank.gov.ua/control/en/allinfo>.

СКПОБ (*платіжні потоки на обслуговування боргу/вартість обслуговування боргу за рік*) – аббревіатура, яка означає середній коефіцієнт покриття на обслуговування боргу. Це співвідношення розраховується на щорічній основі, аби оцінити, чи має компанія-виконавець проекту достатні фінансові ресурси для управління кредитом (своєчасної виплати відсотків та річних внесків на погашення тіла).

КПЗСДК, тобто коефіцієнт покриття зобов'язань на протязі строку дії кредиту, є фінансовим коефіцієнтом, що використовується для оцінки здатності позичальника повертати (покривати) залишок по кредиту з грошових надходжень упродовж решти строку дії кредиту. КПЗСДК розраховується діленням чистої приведенної вартості грошових надходжень на виплату (покриття) кредиту впродовж решти строку дії кредиту на непогашений залишок за кредитом. Цей вищезазначений показник розраховується для кожного року виконання проекту, доки лишаються фінансові зобов'язання. На відміну від СКПОБ, КПЗСДК розраховується не для оцінки достатності фінансових потоків упродовж періоду, а для оцінки фінансових надходжень впродовж решти строку кредиту (у скільки разів обсяги надходжень перевищують видатки на обслуговування кредиту).

КПЗСВП, тобто коефіцієнт покриття зобов'язань на протязі строку виконання проекту, є показником, що у принципі повторює КПЗСДК, але включає в себе позитивні фінансові потоки не тільки на період погашення кредиту, але також і після нього, тобто протягом усього періоду виконання проекту. Зазначене вище співвідношення несе інформацію про майбутні надходження проекту після виплати кредиту й є співвідношенням між надходженнями та сумами на погашення кредитних зобов'язань перед фінансовою установою. Міжнародна практика зазвичай вимагає, або КПЗСВП був не нижчим за ніж КПЗСДК. Крім того, для окремих випадків мінімальне необхідне значення КПЗСВП має дорівнювати 1,7, тоді як КПЗСДК може бути меншим за 1,7.

4.4. Фінансові показники Проекту

З метою оцінки потенційної привабливості Проекту для приватних інвесторів була розроблена Фінансова модель Проекту на основі описаних вище припущень. Модель оцінювала фінансові аспекти створення Об'єкту з урахуванням термінів та пов'язані з цим витрат. Також оцінювалися власні інвестиції Приватного підприємства та використання банківських позик.

Оцінка інвестицій, грошових потоків, використання фінансових джерел та повернення позики, електронні таблиці щодо надходжень приватного підприємства (виплата дивідендів), звіту про прибутки (видатки) та балансовий звіт приватного підприємства моделювалися на основі припущень. Вищезгадані звіти містяться у Фінансовій моделі Проекту (у Додатку до цього ТЕО) й тому окремо не повторюються у цьому документі.

Для цілей оцінки привабливості Проекту для інвесторів було розраховано внутрішню норму прибутку Проекту та розміри власного капіталу.

Опитування учасників ринку, проведене авторами у липні 2018 року, показало, що очікувана прибутковість такого проекту на ринку має бути від 35%. Табл. 25 дозволяє припустити, що у випадку обох альтернатив рентабельність відповідатиме очікуванням ринку, тобто, у випадку Альтернативи I внутрішня норма рентабельності власного капіталу становитиме 86,6%, а у випадку Альтернативи II - 29,3%.

Табл. 25. Підсумковий аналіз показників окупності Проекту.

Індикатор		Альтернатива I	Альтернатива II
ВНП Проекту після сплати податків (номінальна)	ВНП(П)	40,9%	21,2%
ВНП Проекту після сплати податків (реальна)	ВНП(П)	36,8%	17,6%
Період окупності (років)	ПОР	1+3	1+6
ЧПВ Проекту (тис. грн.)	ЧПВ(П)	20328	6436
ЧПВ майна (тис. грн.)	ЧПВ(К)	14070	4222
Сума дивідендів, номінальна, без дисконту (тис. грн.)		73955	35977
ВНП капіталу після сплати податків (номінальна)	ВНП(К)	86,63%	33,20%
ВНП капіталу після сплати податків (реальна)	ВНП(К)	81,20%	29,32%
ВНП капіталу після сплати податків (номінальна), за 15-річний період	ВНП(К)15	86,60%	31,86%
ВНП капіталу після сплати податків (реальна), за 15-річний період	ВНП(К)15	81,17%	28,02%

Складено авторами.

Зважаючи на вищезазначені розрахунки, слід зробити висновок про те, що для потенційного приватного інвестора Альтернатива I є дешевшою і більш прибутковою.

Загалом можна сказати, що проект може бути привабливим. Окрім значень фінансових показників та коефіцієнтів окупності, приватний інвестор також має оцінити наступні «м'які» причини інвестувати:

- можливість інвестування в унікальний медичний об'єкт на Західній Україні;
- можливість планування найсучасніших інженерних рішень, які дозволять економічно використовувати енергоресурси під час експлуатації Об'єкта, таким чином мінімізуючи можливий вплив сезонності витрат;
- можливість використовувати потенціал клієнтів із Західного регіону ЄС і Польщі, також інших туристів Трускавця шляхом правильного та професійного управління об'єктом;
- можливість збільшення попередньо оціненого доходу та фінансової прибутковості Проекту шляхом експлуатації Об'єкту на власний розсуд, належного ціноутворення, співпраці з міською Лікарнею, різними медичними організаціями, муніципалітетом тощо.

5. АНАЛІЗ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ

Оскільки виконання Проекту передбачає надання громадських послуг, Проект розглядається як такий, що є за природою соціально спрямованим. Відповідно, видається доцільним проводити не лише фінансовий аналіз вибраних альтернатив, але також аналіз соціально-економічної ефективності, виходячи з припущення про доцільність виконання не лише найдешевшої, але й найбільш економічно вигідної альтернативи.

Соціально-економічний аналіз спрямований на оцінку соціально-економічних показників Проекту. Соціально-економічний аналіз оцінює внесок Проекту в національне економічне процвітання. Основними показниками оцінки економічних соціальних наслідків є економічна чиста приведена вартість (ЕПВВ), внутрішня економічна норма доходності (ВЕНД) та співвідношення економічної ефективності витрат (СЕЕВ).

Розрахунки соціально-економічних переваг у грошовому вираженні оцінюють користь чи шкоду суспільству, які несе Проект

5.1. Конверсія ринкових цін в економічно вигідні ціни

На потоки, оцінені у рамках фінансового аналізу, можуть впливати конкурентоспроможність, податкове середовище та інші фактори, через які оцінювані у фінансовому аналізі грошові потоки можуть не відображати справедливої вартості. Для цілей соціально-економічного аналізу повинні використовуватися не фінансові, але економічні грошові потоки; отже, грошові потоки фінансового аналізу мають бути скориговані з допомогою відповідних коефіцієнтів конверсії. Зазначений крок називається конверсією. Крім цього, оцінені у цьому фінансовому аналізі грошові потоки також перераховані шляхом виключення сум податків.

Метою цього етапу є визначення коефіцієнтів (мультиплікаторів), які забезпечують перехід від ринкових до оціночних значень з конверсією фінансових грошових потоків у економічні грошові потоки і розрахунком економічних значень.

Для цілей конверсії використовуються ті самі грошові потоки, які використовувалися для розрахунку показників ЧПВ та ВВП. Коефіцієнти конверсії використовуються наступним чином:

- для виключення ПДВ, якщо він включався до вартості інвестицій, товарів та послуг, митних зборів, акцизів та діючих субсидій. Оскільки ПДВ не включався до фінансових розрахунків, зроблених у цьому Техніко-економічному обґрунтуванні, його дія не підлягає скасуванню;
- значення коефіцієнту конверсії застосовуються до кожної групи товарів та послуг відповідно до напрямків економічної діяльності.

Грошові потоки у фінансовому аналізі є основою економічного аналізу. Після колегіального співставлення до всіх фінансових витрат та доходів був застосований коефіцієнт конверсії 0,9. Підсумки аналізу економічно-фінансових потоків наведені нижче.

Табл. 26. Економічно-фінансові потоки і коефіцієнти конверсії.⁶⁷

Заголовок фінансового потоку	ЧПВ, тис. грн. (Альтернатива І)	ЧПВ, тис. грн. (Альтернатива ІІ)	Коефіцієнт конверсії
Інвестиції	-87503	-105809	09
Залишкова вартість інвестицій	00	00	09
Доходи	827985	545111	09
Видатки	-492382	-356653	09
Разом:	248101	82649	

5.2. Економічні показники

Соціально-економічна ефективність визначає суспільний вплив виконання Проекту. Компоненти економічної ефективності можуть мати грошове вираження (значення) або не оцінюються у грошовому вираженні. Економічна оцінка компонентів у грошовому вираженні здійснюється шляхом розрахунку економічної чистої приведеної вартості, внутрішньої норми прибутку та коефіцієнту прибутковості.

Для цілей розрахунку соціально-економічної ефективності згідно з методологією ЄС з підготовки до аналізу прибутковості оцінювався один критерій соціально-економічної ефективності: *вартість продовження одного життя на один рік*.

Для оцінки загальної кількості років життя, продовжених у результаті Проекту, на основі консультацій з місцевими лікарями Міста та їх іноземними колегами у Вільнюсі, Литва, було припущено, що 2/3 (66%) запланованих хірургічних операцій збільшать очікувану тривалість життя пацієнтів щонайменше на рік. Для розрахунку кількості таких операцій, які збільшують тривалість життя кожного пацієнта за кожною з альтернатив, кількість планових операцій за кожною альтернативою помножувалася на коефіцієнт 66%.

Виходячи з методологій оцінки рентабельності ЄС,⁶⁸ Литва офіційно затвердила оціночні економічні значення різних соціальних індикаторів. За даними джерел,⁶⁹ показник вартості одного року життя в Україні може бути розрахований із застосуванням порівняного рівня доходів домогосподарств у країнах, взятих до порівняння; за даними джерел⁷⁰ і розрахунків авторів, для України та Литви цей рівень становить 0,209. Після вищезазначених розрахунків значення критеріїв соціально-економічної ефективності були розраховані, як зазначено у Табл. 27 нижче.

Табл. 27. Значення соціально-економічної ефективності.⁷¹

Рік	Оціночне значення вартості одного року життя в Україні, грн.
2018	163132
2019	170784

⁶⁷ Складено авторами.

⁶⁸ Методологія підготовки інвестиційних проектів. – Литовське центральне агентство управління проектами.

⁶⁹ Посібник з економічного аналізу проектів у галузі охорони здоров'я. - PEED, Ресурсний центр економіки та розвитку, серпень, 2000.

⁷⁰ <https://www.ceicdata.com/en/indicator/ukraine/annual-household-income-per-capita>, 2016

⁷¹ Складено авторами.

2020	178783
2021	186748
2022	195170
2023	203971
2024	213169
2025	222783
2026	232829
2027	243329
2028	254302
2029	265770
2030	277755
2031	290281
2032	303371
2033	317052
2034	331350
2035	346293
2036	361909
2037	378230
2038	395287
2039	413112
2040	431742
2041	451212
2042	471560
2043	492826

Після оцінки сум інвестицій, витрат та доходів, оцінюються значення рентабельності інвестицій. Економічна прибутковість проекту підтверджується такими показниками:

1) ЕЧПВ, тобто економічна чиста приведена вартість. Розраховується додаванням дисконтованих економічних грошових потоків впродовж звітних періодів Проекту. Корисність проекту для суспільства визначається обчисленням соціальної ефективності за поточною грошовою вартістю;

2) ВЕНД, тобто внутрішня економічна норма доходності. Це ставка дисконтування, за якою дисконтована економічна вартість інвестицій порівнюється до дисконтованої вартості чистих грошових потоків, тобто, облікової ставки, після застосування якої ЕЧПВ стає рівним нулю.

ЕЧПВ розраховується для поточної оцінки економічно-соціальної ефективності запланованих інвестицій, тобто чиста приведена вартість показує, чи варто вкладати кошти в проект. Вона оцінюється шляхом додавання дисконтованих економічних потоків переваг і витрат впродовж звітного періоду Проекту. ЕЧПВ показує ефективність Проекту, розраховуючи поточну грошову вартість. Якщо ЕЧПВ є позитивним, економічна вигода від Проекту покриває суму інвестицій та витрат. Якщо ЕЧПВ <0 , це означає, що створювані Проектом дисконтовані потоки переваг і витрат не покриватимуть інвестиції, тож Проект протягом звітного періоду соціально не окупиться. Якщо ЕЧПВ <0 , економічної вигоди від Проекту понад понесені витрати не буде досягнуто.

Якщо значення ЕЧПВ є позитивним, дисконтовані потоки різниці між створюваними Проектом вигодами та витратами покривають дисконтовані інвестиції; отже, Проект буде

економічно привабливим для суспільства. Іншими словами, якщо ЕЧПВ є позитивною, інвестиції повертатимуться за рахунок економічно-соціальних переваг, а значить, економічна вигода від Проекту покриватиме суму вкладених коштів.

ВЕНД є другим показником економічно-соціального аналізу, який оцінюється разом з ЕЧПВ. Якщо ЕЧПВ є значно негативним, тоді ВЕНД, зазвичай, не розраховується. Якщо розрахований ВЕНД для інвестицій перевищує обрану мінімальну соціальну ставку дисконтування (ССД) Проекту, тоді створювана Проектом економічна вигода підтверджує доходи від реалізації Проекту та його вартість реалізації. Відповідно, це дозволяє рекомендувати проект до виконання.

Табл. 28. Порівняння економічних показників за альтернативами.⁷²

Економічний показник	Альтернатива I	Альтернатива II
ЕЧПВ, тис. грн.	232678	143677
ВЕНД, %	186,6%	97,5%
СЕЕВ	5,0	4,1

Результати і висновки аналізу:

1. Обидві альтернативи забезпечують позитивну ЕНПВ (див. Табл. 28 вище), а отже, обидві є прийнятними та правильними.

2. Альтернатива I «Виконання проекту з орендою приміщень хірургічного на 2-му поверсі» дає більшу економічну вигоду (89001 тис. грн.) і вище значення ВЕНД (+ 89,1 процентного пункту).

Таким чином, проведений соціально-економічний аналіз дозволяє зробити висновок, що Альтернатива I «Виконання проекту з орендою Хірургічних приміщень на 2-му поверсі» є більш привабливою, оскільки зроблені інвестиції призведуть до більш високого показника ЕЧПВ Проекту; відповідно, рекомендується виконувати Проект за вищезгаданою альтернативою. Створені економічно-соціальні переваги Проекту повністю покриють початкові інвестиції.

5.3. Порівняння альтернатив та вибір найбільш вигідної з них

Після проведення фінансового аналізу обох альтернативних варіантів реалізації Проекту та оцінки притаманних їм ризиків було обрано Альтернативу I «Виконання проекту з орендою Хірургічних приміщень на 2-му поверсі». Про це свідчить також проведений юридичний, фінансовий та економічний аналіз.

Реалізація Альтернативи I вимагає інвестицій у розмірі 9530 тис. грн, які мають бути освоєні протягом першого року Проекту.

Проведений соціально-економічний аналіз переваг свідчить про те, що Проект є соціально корисним, а перша альтернатива є більш вигідною (СЕЕВ становить 5,0, тоді як за другою альтернативою вона дорівнює 4,1), ЄПВВ становить 232 678 тис. грн., що на 89 001 тис. грн. вище, ніж ЕЧПВ для другої альтернативи.

⁷² Складено авторами.

Як свідчить співставлення двох аналізованих альтернатив, перша альтернатива є більш вигідною для приватного інвестора, бо значення ЧПВ (П), ЧПВ (К), ВВП (П) та ВВП (К) за цією альтернативою є вищими.

Враховуючи відсутність додаткового фінансування від міської влади Трускавця та переваги Проекту щодо передання більшої частини пов'язаних з Проектом ризиків приватному інвестору, рекомендуємо реалізувати проект створення Центру малоінвазивної хірургії у м. Трускавець із залученням приватного партнера/інвестора.

Враховуючи визначені цілі Проекту, майбутній Центр малоінвазивної хірургії може стати унікальним для регіону через відсутність прецедентів на території району. Він може стати найбільш привабливим у медичному, комерційному та соціальному плані. Створений центр може забезпечити надання сучасної малоінвазивної допомоги з подальшим направленням постопераційних пацієнтів до санаторіїв для завершення лікування мінеральними водами та службами курортної реабілітації в цілому. Створений у Трускавці центр забезпечить замкнений цикл надання медичної допомоги – тобто, лікування, профілактику, реабілітацію - в єдиному місці.

Пацієнтами центру можуть бути місцеві жителі, курортні відпочиваючі та жителі інших міст, які потребують такого хірургічного втручання, лікування, діагностики та профілактики.

Співпраця між державним сектором і приватним сектором у сфері охорони здоров'я дозволить покращити ситуацію із охороною здоров'я з точки зору бюджетних витрат, підвищення ефективності використання коштів, використання та управління ресурсами, створення умов для поліпшення якості надання медичних послуг, стабільності функціонування системи охорони здоров'я.

Виконання Проекту з урахуванням браку фінансування на задоволення потреб Лікарні дозволить залучити необхідні інвестиції з метою:

- створення належних умов для надання пацієнтам нових медичних послуг;
- забезпечення належного використання муніципальної власності.

6. ЧУТЛИВІСТЬ І РИЗИКИ

6.1. Визначення та аналіз основних ризиків Проекту

Ризики, притаманні вибраному альтернативному варіанту виконання Проекту, визначалися згідно з міжнародною практикою здійснення аналогічних проектів, результатами зустрічей з експертами з державного, приватного секторів і сфери фінансового посередництва (банківської), результатами організованих заходів колегіального аналізу проектів і ризиків, у яких взяли участь експерти з ДПП від Peritus, зовнішні фахівці у галузі права, фінансів та інжинірингу (див. Табл. 29 нижче). В подальшому ці результати будуть представлені у графічному форматі матриці ризиків згідно з визначеним рейтингом й залежно від вірогідності настання ризику та його впливу на Проект.

Табл. 29. Категоризація та опис ризиків Проекту.

№	Категорія ризику	Опис ризику та його вплив
1.	Ризик незавершення будівництва	
1.1.	Помилки проектування	Це - ризик помилок у проектуванні приміщень Центру, через які встановлені якісні параметри не будуть досягнуті. Недоліки в проекті реконструкції можуть бути виявлені на початку його підготовки, в ході виконання проекту або лише наприкінці будівельних робіт. Вплив помилок може відрізнитися залежно від етапу: що пізніше виявляються недоліки, то більшим є ризик, що його ці недоліки несуть для виконання Проекту. Настання такого ризику може призводити до зміни вартості будівництва, необхідності додаткового часу на виправлення помилок, негативного впливу на процес будівництва (приміром, серйозні недоліки проектування, які унеможливають вжиття коригуючих заходів). Наприкінці будівництва виникає ризик того, що можливі недоліки проектування призведуть до невідповідності інфраструктури чи її недостатньої придатності до адаптації під надання державних послуг. Недостатня якість Проекту та некваліфікований нагляд за його виконанням можуть призвести до збільшення вартості експлуатації.
1.2.	Затримки з виконанням будівельних робіт чи постачанням обладнання	Сутність цього ризику – у можливих затримках з виконанням будівельних робіт чи постачанням обладнання, здатних призвести до збільшення інвестиційного періоду Проекту та/або збільшення витрат на його виконання. Як правило, затримки виникають з об'єктивних зовнішніх причин: несприятливих сезонних чи зовнішніх факторів (коли роботи не можуть виконуватися у дві зміни, оскільки вони проводяться у приміщеннях Лікарні), або невиконаних підготовчих робіт (передання будмайданчика підрядникам тощо). Можливі також внутрішні причини: занижкі компетентність і досвід підрядника, складність технічних рішень, неповна проектна документація, зміна рішень в процесі будівництва тощо. Найважливішим фактором для Проекту може виявитися компетенція підрядників. Ризик складності технічних рішень через внутрішні обставини слід вважати менш значним.
1.3.	Невідповідність будівельних робіт законодавчо-	При оформленні акту прийомки будівельних робіт представник технічного нагляду може виявити, що угоди про виконання робіт виконуються не у відповідності до технологічних вимог чи не відповідають встановленим стандартам. Представник органу нагляду за виконанням Проекту може визначити,

	нормативним вимогам	що виконані будівельні роботи не відповідають проектно-конструкторським рішенням, передбаченим у проекті (наприклад, були використані матеріали нижчої, ніж потрібно, якості). Вищезгадані недоліки мають вплив, подібний до впливу проектних помилок: виникнення такого ризику може потребувати виконання додаткових будівельних робіт, які можуть збільшити термін виконання Проекту та/або витрати. Можливе виявлення невідповідності будівельних робіт на етапі визначення придатності виконаних будівельних робіт визначеним законодавчим вимогам (наприклад, доставка до комісії з завершення будівництва) після завершення робіт підрядником.
1.4.	Збільшення вартості будівництва та підвищення цін на обладнання	Цей ризик включає в себе збільшення вартості робіт через підвищення ціни на інструменти, обладнання, матеріали чи робочу силу, які використовуються для виконання будівельних робіт. Зростання витрат може визначатися ринковою кон'юктурою (недооцінений рівень конкуренції через малу кількість сильних компаній, здатних виконувати проект такого масштабу; надто оптимістична оцінка термінів виконання робіт). Є можливість того, що запропоновані розцінки на будівельні роботи будуть вищими за передбачені/встановлені. У випадку прийняття рішення про зміну проектно-конструкторського рішення чи застосовуваних технологій це може призвести до підвищення будівельних витрат. Нарешті, під час виконання будівельних робіт можуть виникати додаткові, не передбачені витрати.
1.5.	Невідповідність проектно-конструкторської документації цілям Проекту	Хоча цей ризик з точки зору його впливу дуже схожий на ризик проектування, на відміну від останнього він стосується не технічних помилок, а набагато ширшого кола проблем: зокрема, помилкового зв'язку між технічною документацією Проекту, його цілями та/чи технічними обмеженнями. При складанні проектно-конструкторської документації проекту необхідно враховувати юридичні обмеження, обмеження внутрішнього планування приміщень та інші обмеження (наприклад, щодо проектування додаткових пандусів для інвалідів), які не враховувалися під час розробки концепції Проекту. Зокрема, неточності технічних специфікацій можуть значно збільшити обсяг необхідних інвестицій у Проект та/чи строки його виконання.
1.6.	Обмеження на користування майном під час будівництва	Зважаючи на те, що проект реалізується у міській Лікарні, також може існувати ризик особливих вимог.
1.7.	Обмеження у зв'язку з археологічними чи культурними пам'ятками	Оскільки реалізація Проекту не передбачає виконання земельних робіт, ризик завдання шкоди археологічним пам'яткам не виникає. Також, в ході реалізації проекту не передбачається виникнення ризику пошкодження культурних пам'яток.
1.8.	Обмеження користування земельною ділянкою	Оскільки реалізація Проекту не передбачає виконання земельних робіт, цього ризику не виникне.
1.9.	Поява чи використання нових технологій виконання Проекту	Поява цього ризику може збільшити очікувану вартість Проекту. Тим не менш, рекомендується уникати такого ризику під час Проекту, вибираючи обладнання, що використовується в аналогічних клініках, зосереджуючись на одному комплексному технологічному рішенні та відмовляючись від складних технологічних рішень, бо вони, хоча й можуть здаватися дешевшими чи, можливо, ефективнішими, нестимуть більш високі технологічні ризики.

1.10.	Збитки, понесені внаслідок помилок підрядника чи постачальника обладнання	Цей ризик може виникнути внаслідок бездіяльності, халатності підрядника та/чи постачальника обладнання, фінансових обмежень або умисних дій. Тому рекомендується застрахуватися від такого ризику, вимагаючи від підрядника/постачальника обладнання гарантій виконання договірних умов.
1.11.	Затримки з наданням проектних умов на реконструкцію та конкретних вимог	Видача / отримання умов для підключення до комунальних мереж, також конкретних вимог до інженерно-технічних робіт передбачає дотримання певних процедур з дотриманням законодавчо визначених термінів; при цьому можуть виникати обставини, з яких таких документи можуть надаватися пізніше визначених термінів.
1.12.	Затримки з наданням дозволів на будівництво	Затримки можуть виникати внаслідок неналежного адміністрування Проекту або невиконання організаційних заходів. Також вони можуть виникати через зовнішні причини: недоцільність, відсутність необхідних для отримання дозволу на будівництво документів. Ризик також включає випадки, коли документи, які дозволяють будівництво та пов'язані з ними документи (умови для підключень, особливі вимоги) оскаржуються у законодавчо визначеному порядку з призупиненням будівельних робіт через розпочате провадження.
2.	Ризики придатності та операційні ризики	
2.1.	Отримання дозволів та/чи ліцензій	Діяльність медичних послуг підлягає ліцензуванню. Ризик включає випадки, коли з тих чи інших обставин приватний суб'єкт господарювання не може отримати ліцензій на діяльність.
2.2.	Відсутність обладнання та матеріалів	Цей ризик може виникнути, якщо експлуатант Центру не може забезпечити постачання різного медичного обладнання та матеріалів.
2.3.	Невідповідність послуг юридичним вимогам (також через помилки оператора)	Медичні послуги повинні відповідати безпековим, санітарно-гігієнічним тощо вимогам. Існує ризик того, що під час здійснення діяльності деякі послуги не відповідатимуть таким вимогам.
2.4.	Збільшення/недо оцінка операційних витрат	Цей ризик стосується випадків, коли вартість надання послуг підвищується через потреби у витратних матеріалах понад планові, неефективно складений план нагляду за діяльністю, менший за запланований життєвий цикл інфраструктури тощо. Цей ризик не покриває ризик інфляції.
2.5.	Неналежна кваліфікація працівників	Якість медичних послуг та гарантії надання послуг пацієнтам залежать від людського фактору. Неналежна кваліфікація працівників приватного підприємства-надавача послуг може призводити до недоліків у роботі та зниження задоволення пацієнтів. Необхідно також враховувати ризик нестачі працівників, оскільки у випадку даного Проекту послуги, що надаються, вимагають особливо високої кваліфікації працівників, а знайти відповідних працівників може виявитися складною задачею.
2.6.	Технологічні зміни та помилки	На відміну від ризиків, що виникають в ході будівельних робіт, цей ризик стосується набагато довшого періоду й охоплює випадки, коли стандарти надання

		технологічних послуг з часом змінюються або в процесі надання послуг стаються технологічні помилки. Це призводить до збільшення витрат на надання послуг через потребу реінвестування. Крім того, ризик включає випадки, коли придбане під час впровадження Проекту обладнання експлуатується у неналежний (технологічно неправильний) спосіб через брак технологічних знань, спричиняючи до частішої заміни або ремонту такого обладнання.
2.7.	Фінансова спроможність приватного партнера	Цей ризик в основному пов'язаний з наслідками відсутності фінансової спроможності приватного партнера з різних причин.
3.	Ризик зміни попиту	
3.1.	Конкуренція	Це значний для Проекту ризик, пов'язаний з появою поруч зі створеною Проектом інфраструктурою іншого об'єкту з подібною інфраструктурою, який пропонуватиме аналогічні послуги.
3.2.	Циклічність бізнесу	Під ризиком циклічності бізнесу розуміється фактор, який впливає на загальне споживання послуг й проявляється у вигляді зниження попиту на послуги через циклічне зниження ділової активності внаслідок циклічних спадів, що повторюються кожні кілька років. У випадку з цим проектом важливо зазначити, що послуги охорони здоров'я мають меншу еластичність відносно бізнес-циклу, оскільки клієнти користуються ними незалежно від ділової ситуації на ринку.
3.3.	Зміни цін (через зменшення кількості клієнтів)	Цей ризик виникає внаслідок необхідності змінити ціни на послуги протягом будь-якого звітного інвестиційного періоду через різноманітні внутрішні або зовнішні обставини (інфляцію, волатильність валютнообмінного курсу, собівартість надання послуг тощо). Хоча кількість хворих не позначається чутливістю до коливань цін, варто пам'ятати, що коливання цін можуть призводити до втрати частини попиту й як наслідок, зменшення доходів.
3.4.	Застарівання технологій	Ризик технологічного морального зносу виникає, якщо інвестиції робляться у технологічно застаріле обладнання, засноване не на найновіших технологіях. Це не забезпечить якісного стрибка, очікуваного від виконання Проекту.
3.5.	Структурні зміни ринку	Цей ризик може виникнути внаслідок змін на ринку (появою нових послуг та наступним перерозподілом потоків пацієнтів; зміни складу та звичаїв населення).
4.	Політичні ризики	
4.1	Ризик значних політичних подій	Це є ризиком зміни пріоритетів, коли Міська рада Трускавця може відмовитися від впровадження Проекту або вирішити уникнути виконання зобов'язань державного сектора, визначеному в укладеному після відбору приватного партнера договорі, через використання тендерної процедури.
4.2	Ризик місцевих політичних рішень	Несвоєчасне або неналежне виконання зобов'язань, взятих на себе Радою м. Трускавця стосовно можливих затримок у наданні дозволів чи ліцензій, необхідних для виконання взятих на себе приватним партнером зобов'язань. Також існує ризик контролю над доходами та інших ризиків, здатних призвести до некупності Проекту або суттєвого збільшення витрат, необхідні для відновлення належної якості інфраструктури в подальшому. Наслідки політичних рішень також можуть бути викликані протестами громадськості або відповідної групи громадян проти ціни та якості наданих послуг.
5.	Юридичні ризики	Цей ризик включає випадки, коли нові нормативно-правові акти України встановлюють більш суворі вимоги порівняно з діючими, а також випадки, коли угоди постачання, субпідрядного виконання тощо стосовно надання якісних послуг не виконуються. Цей ризик безпосередньо впливає на вартість і ціну послуг

		нагляду за виконання проекту. Ризик також збільшується через те, що проект реалізується на території, чутливій з точки зору вимог до охорони громадського здоров'я, а також підпадає під дію особливих вимог санітарно-гігієнічних стандартів.
6.	Макроекономічні та фінансові ризики	
6.1.	Ризик інфляції (більше за прогнозу)	Цей ризик є особливо значущим для довгострокових проектів. У довгостроковій перспективі вплив фактору інфляції є неминучим, тому цей ризик може прямо впливати на вартість наданих послуг та розмір доходу, оскільки, якщо інфляція зростатиме швидше, ніж передбачалося в Проекті, компанія, яка реалізує проект, може бути змушеною змінити вартість послуг. Спрогнозувати цей ризик на довгостроковій перспективі може виявитися складною справою.
6.2.	Коливання ставок за кредитами	Цей ризик є доволі актуальним з урахуванням того, що виконувати Проект планується із залученням приватних та позикових коштів на фоні досить нестабільної ситуації на фінансовому ринку України, високої базової облікової ставки ⁷³ та її коливань за останні роки.
6.3	Ризики коливань валютного курсу та девальвації нац. валюти	Зміни обмінного курсу можуть впливати на фінансові показники Проекту (вартість обслуговування кредиту, чистий дохід тощо), зокрема, якщо приватний суб'єкт вирішить робити запозичення в іноземній валюті (доларах США чи євро).
6.4.	Зменшення темпів економічного зростання	Цей ризик пов'язаний із зниженням темпів зростання або зменшенням ВВП країни - це може означати зменшення можливостей фінансування Проекту, скорочення потреби та фінансових можливостей суспільства щодо використання результатів Проекту, а в подальшому здатне вплинути на якість виконання Проекту чи зменшення його чистих фінансових результатів.
6.5.	Наявність кредитного фінансування	Несвоєчасне та недостатнє фінансування з боку приватного партнера; неможливість дотримання графіку фінансування банком та партнером може призвести до несвоєчасного або неефективного виконання зобов'язань щодо виконання проектно-конструкторських та/чи реконструкційних робіт.
6.6.	Зміни системи оподаткування	Податки прямо впливають на вартість Проекту. Ризик пов'язаний з можливими змінами у податковій системі. Ризик має значний вплив на оцінку вартості Проекту.
7.	Ризики регулювання цін	Не стосується проекту.
8.	Ризики регулювання витрат	
8.1	Ризик змін принципів розрахунку цін	Не стосується проекту.
8.2	Зміни тарифів	Ризик одноосібної зміни ставок орендної плати за реконструйоване майно чи Хірургічні приміщення.
8.3	Зміни сум винагород	Не стосується проекту.

⁷³ Джерело: Національний банк України.

9.	<i>Форс-мажор та ризики знищення майна</i>	Ризик, який включає в себе події, що виникають внаслідок обставин, що не можуть контролюватися чи обґрунтовано передбачатися сторонами, коли попередити такі обставини або їхні наслідки неможливо (наприклад, землетрус, повені, війни, заворушення тощо). Цей ризик може виникнути впродовж періоду будівельних робіт або експлуатації. Ризик має на увазі неможливість повернення інвестицій та зароблені доходів через зазначені обставини.
10	Ризики спорів та соціальні ризики	Зміна політичних пріоритетів Ради міста Трускавця може призвести до оскарження положень контракту; також існує ризик спорів під час надання послуг (якщо вони виконуються з неналежною якістю) через можливу шкоду таких неналежних послуг для пацієнтів.
11.	Екологічні ризики	
11.1.	Невідповідність екологічним вимогам	Запровадження більш жорстких вимог до охорони навколишнього середовища може призвести до збільшення вартості будівельних робіт та цін на послуги, або до невиконання відповідних вимог до захисту навколишнього середовища або вимог щодо використання природних ресурсів внаслідок відповідних обставин (наприклад, через недоопрацювання).
11.2.	Збитки навколишнього середовища, зроблені під час реалізації Проекту	Ризик можливого нанесення шкоди навколишньому середовищу внаслідок виконання Проекту. Для цього Проектом ризик є незначним.
12.	Ризик переведення активів	
12.1	Відсутність інформації про статус активу перед переданням	Ризик того, що приховані дефекти переданого майна, які ведуть до збільшення інвестиційних витрат, стануть очевидними.
12.2	Ризик прав власності під час користування	Ризик запровадження під час реалізації проекту несподіваних обмежень щодо розпорядження майном.
12.3.	Ризик обмежень доходу під час експлуатації	Не стосується проекту.
12.4	Ризик зміни вимог до поверненого активу	Ризик зміни (підвищення) вимог до поверненої нерухомості під час виконання партнерської угоди; може збільшити потребу в реінвестуванні.

Складено авторами.

6.2. Оцінка фінансових ризиків Проекту

Матриця розподілу ризиків розглядає детальний перелік ризиків, складених відповідно до вимог українського законодавства⁷⁴ та доповнених правилами міжнародної практики. Оцінки найбільш імовірного впливу та вірогідності настання для всіх виявлених ризиків визначалися за п'ятибальною шкалою від «Дуже низький» до «Дуже високий».

Табл. 30. Матриця оцінки ризиків партнерського проекту для конверсії якісної оцінки ризиків на кількісну.⁷⁵

Значення	Вірогідність	Вплив
Дуже низький	5%	5%
Низький	15%	15%
Середній	25%	25%
Високий	35%	35%
Дуже високий	50%	50%

Оцінку кожного типу ризику та фінансових параметрів проекту, яким найбільше загрожує відповідний ризик, наведено в Табл. 31 нижче.

Табл. 31. Рейтинги ризиків партнерського проекту та фінансових змінних, на які впливають ризики.⁷⁶

№ п/п	Ризик	На яку змінну впливає	Вірогідність	Вплив
1.	Ризик незавершення будівництва			
1.1.	Помилки проектування	Вартість проектно-конструкторських робіт	25%	15%
1.2.	Затримки з виконанням будівельних робіт чи закупівлею обладнання	Інвестиційні видатки	35%	25%
1.3.	Невідповідність будівельних робіт законодавчо-нормативним вимогам	Будівельні видатки	15%	5%
1.4.	Збільшення вартості будівництва та підвищення цін на обладнання	Інвестиційні видатки	25%	25%
1.5.	Невідповідність проектно-конструкторської документації цілям Проекту	Вартість проектно-конструкторських робіт	25%	15%
1.6.	Обмеження на користування майном під час будівництва	Будівельні видатки	35%	5%
1.7.	Обмеження у зв'язку з археологічними чи культурними пам'ятками	Будівельні видатки	25%	5%
1.8.	Обмеження користування земельною ділянкою	Будівельні видатки	25%	15%
1.9.	Поява чи використання нових технологій виконання Проекту	Інвестиційні видатки	15%	5%

⁷⁴ «Про затвердження Методики виявлення ризиків здійснення державно-приватного партнерства, їх оцінки та визначення форми управління ними», постанова Кабінету міністрів України № 232, від 16 лютого 2011 р.

⁷⁵ Складено авторами.

⁷⁶ Складено авторами.

Техніко-економічне обґрунтування Проекту «Створення Центру малоінвазивної хірургії» у м. Трускавці

1.10.	Збитки, понесені внаслідок помилок підрядника чи постачальника обладнання	Інвестиційні видатки	15%	25%
1.11.	Затримки з наданням проектно-технічних умов на реконструкцію та спеціальних вимог	Вартість проектно-конструкторських робіт	15%	15%
1.12.	Затримки з наданням дозволів на будівництво	Будівельні видатки	25%	35%
2.	Ризики придатності та операційні ризики			
2.1.	Отримання дозволів та/чи ліцензій	Залишкова вартість майна	25%	5%
2.2.	Відсутність обладнання та матеріалів	Експлуатаційні видатки	15%	5%
2.3.	Невідповідність послуг юридичним вимогам (також через помилки оператора)	Експлуатаційні видатки	15%	5%
2.4.	Збільшення/недооцінка операційних витрат	Експлуатаційні видатки	25%	15%
2.5.	Неналежна кваліфікація працівників	Видатки на оплату праці	35%	5%
2.6.	Технологічні зміни та помилки	Експлуатаційні видатки	35%	15%
2.7.	Фінансова спроможність приватного партнера	Капітал	15%	5%
3.	Ризик зміни попиту			
3.1.	Конкуренція	Дохід	25%	5%
3.2.	Циклічність бізнесу	Дохід	15%	5%
3.3.	Зміни цін (через зменшення кількості клієнтів)	Дохід	15%	25%
3.4.	Застарівання технологій	Експлуатаційні видатки	25%	25%
3.5.	Структурні зміни ринку	Дохід	15%	15%
4.	Політичні ризики	Дохід		
4.1	Ризик значних політичних подій	Дохід	25%	15%
4.2	Ризик місцевих політичних рішень	Дохід	25%	5%
5.	Юридичні ризики	Дохід	15%	15%
6.	Макроекономічні та фінансові ризики			
6.1.	Ризик інфляції (більше за прогнозу)	Експлуатаційні видатки	25%	25%
6.2.	Коливання ставок за кредитами	Річні відсотки	15%	25%
6.3	Ризики коливань валютного курсу та девальвації нац. валюти	Дохід	15%	35%
6.4.	Зменшення темпів економічного зростання	Дохід	5%	15%
6.5.	Наявність кредитного фінансування	Непогашення кредитного зобов'язання	35%	25%
6.6.	Зміни системи оподаткування	Річні податки	15%	15%
8.	Ризики регулювання цін	Не стосується Проекту		
8.	Ризики регулювання витрат			
8.1	Ризик змін принципів розрахунку цін	Не стосується Проекту		
8.2	Зміни тарифів	Орендна плата приватного підприємства	15%	15%

8.3	Зміни сум винагород	Не стосується Проекту		
9.	Форс-мажор та ризики знищення майна	Дохід	15%	15%
10	Ризики спорів та соціальні ризики	Дохід	25%	15%
11.	Екологічні ризики			
11.1.	Невідповідність екологічним вимогам	Дохід	5%	5%
11.2.	Шкода довкіллю протягом терміну виконання Проекту	Дохід	5%	5%
12.	Ризик переведення активів			
12.1	Відсутність інформації про статус активу перед переданням	Будівельні видатки	5%	15%
12.2	Ризик прав власності під час користування	Залишкова вартість майна	5%	5%
12.3.	Ризик обмежень доходу під час експлуатації	Не стосується Проекту		
12.4	Ризик зміни вимог до поверненого активу	Залишкова вартість майна	5%	25%

Значення конкретного ризику (RV) за період n обчислюється, як добуток множення значення фінансової змінної, яка зазнала впливу ризику у відповідний період (FVn), вірогідності (P) та найбільш імовірного впливу (PI):

$$RV_n = FV_n * P * PI$$

Для цілей розрахунку чистого приведенного значення кожного ризику Проекту значення окремого конкретного ризику за всі 25 років знижені ($n = 1, 2, \dots, 25$). Розрахункові чисті значення можливих ризиків для кожної групи ризику наведені в Табл. 32 нижче.

Табл. 32. Значення ризику по групах ризику, виражені як чисте приведенне значення.⁷⁷

№ п/п	Ризик	Грн.
1.	Ризик незавершення будівництва	1907857
1.1.	Помилки проектування	5721
1.2.	Затримки з виконанням будівельних робіт чи закупівлею обладнання	637154
1.3.	Невідповідність будівельних робіт законодавчо-нормативним вимогам	22885
1.4.	Збільшення вартості будівництва та підвищення цін на обладнання	441854
1.5.	Невідповідність проектно-конструкторської документації цілям Проекту	5721
1.6.	Обмеження на користування майном під час будівництва	53398
1.7.	Обмеження у зв'язку з археологічними чи культурними пам'ятками	38141
1.8.	Обмеження користування земельною ділянкою	114424
1.9.	Поява чи використання нових технологій виконання Проекту	53022
1.10.	Збитки, понесені внаслідок помилок підрядника чи постачальника обладнання	265112
1.11.	Затримки з наданням проектно-технічних умов на реконструкцію та спеціальних вимог	3433
1.12.	Затримки з наданням дозволів на будівництво	266990
2.	Ризики придатності та операційні ризики	7 013580

⁷⁷ Складено авторами.

2.1.	Отримання дозволів та/чи ліцензій	521521
2.2.	Відсутність обладнання та матеріалів	369322
2.3.	Невідповідність послуг юридичним вимогам (також через помилки оператора)	369322
2.4.	Збільшення/недооцінка операційних витрат	1 846612
2.5.	Неналежна кваліфікація працівників	932579
2.6.	Технологічні зміни та помилки	2 585256
2.7.	Фінансова спроможність приватного партнера	388966
3.	Ризик зміни попиту	10 437554
3.1.	Конкуренція	1 149979
3.2.	Циклічність бізнесу	689988
3.3.	Зміни цін (через зменшення кількості клієнтів)	3 449938
3.4.	Застарівання технологій	3 077686
3.5.	Структурні зміни ринку	2 069963
4.	Політичні ризики	4 599917
4.1	Ризик значних політичних подій	3 449938
4.2	Ризик місцевих політичних рішень	1 149979
5.	Юридичні ризики	2 069963
6.	Макроекономічні та фінансові ризики	11 552822
6.1.	Ризик інфляції (більше за прогнозу)	3 077686
6.2.	Коливання ставок за кредитами	80586
6.3	Ризики коливань валютного курсу та девальвації нац. валюти	4 829913
6.4.	Зменшення темпів економічного зростання	689988
6.5.	Наявність кредитного фінансування	2 455382
6.6.	Зміни системи оподаткування	419267
7.	Ризики регулювання цін	0000
8.	Ризики регулювання витрат	85624
8.1	Ризик змін принципів розрахунку цін	0000
8.2	Зміни тарифів	85624
8.3	Зміни сум винагород	0000
9.	<i>Форс-мажор та ризики знищення майна</i>	2 069963
10	Ризики спорів та соціальні ризики	3 449938
11.	Екологічні ризики	459992
11.1.	Невідповідність екологічним вимогам	229996
11.2.	Шкода довкіллю протягом терміну виконання Проекту	229996
12.	Ризик переведення активів	648710
12.1	Відсутність інформації про статус активу перед переданням	22885
12.2	Ризик прав власності під час користування	104304
12.3.	Ризик обмежень доходу під час експлуатації	0000
12.4	Ризик зміни вимог до поверненого активу	521521
	Разом:	44295920

Інформація, наведена у таблиці 32, показує, що найбільші значення мають ризики перевищення/недооцінки операційних видатків, технологічних змін та помилок, змін цін на послуги, застарівання технологій, структурних змін на ринку, непередбачених політичних подій, внесення змін до законодавчих актів, зростання інфляції, коливання курсу чи девальвації, доступу до кредитного фінансування, форс-мажору, суперечок та соціальні ризики.

6.3. Аналіз чутливості

Аналіз чутливості показує, як зміна кожної окремої змінної впливає на результати аналізованого Проекту. Аналіз чутливості визначає основну змінну ризику, здатну призвести до найбільш істотних змін основних результатів проекту державно-приватного партнерства, тобто чистої приведеної вартості (ЧПВ) та внутрішньої норми прибутку (ВНП). Вплив основної змінної ризику на основні результати роботи Проекту підтверджується шляхом поступової зміни таких змінних та спостереженнями за змінами результатів.

Аналіз чутливості здійснюється у такій послідовності:

- визначення змінних та оцінки їх взаємозалежності;
- аналіз еластичності;
- ідентифікація критичних змінних та обчислення їх точок беззбитковості.

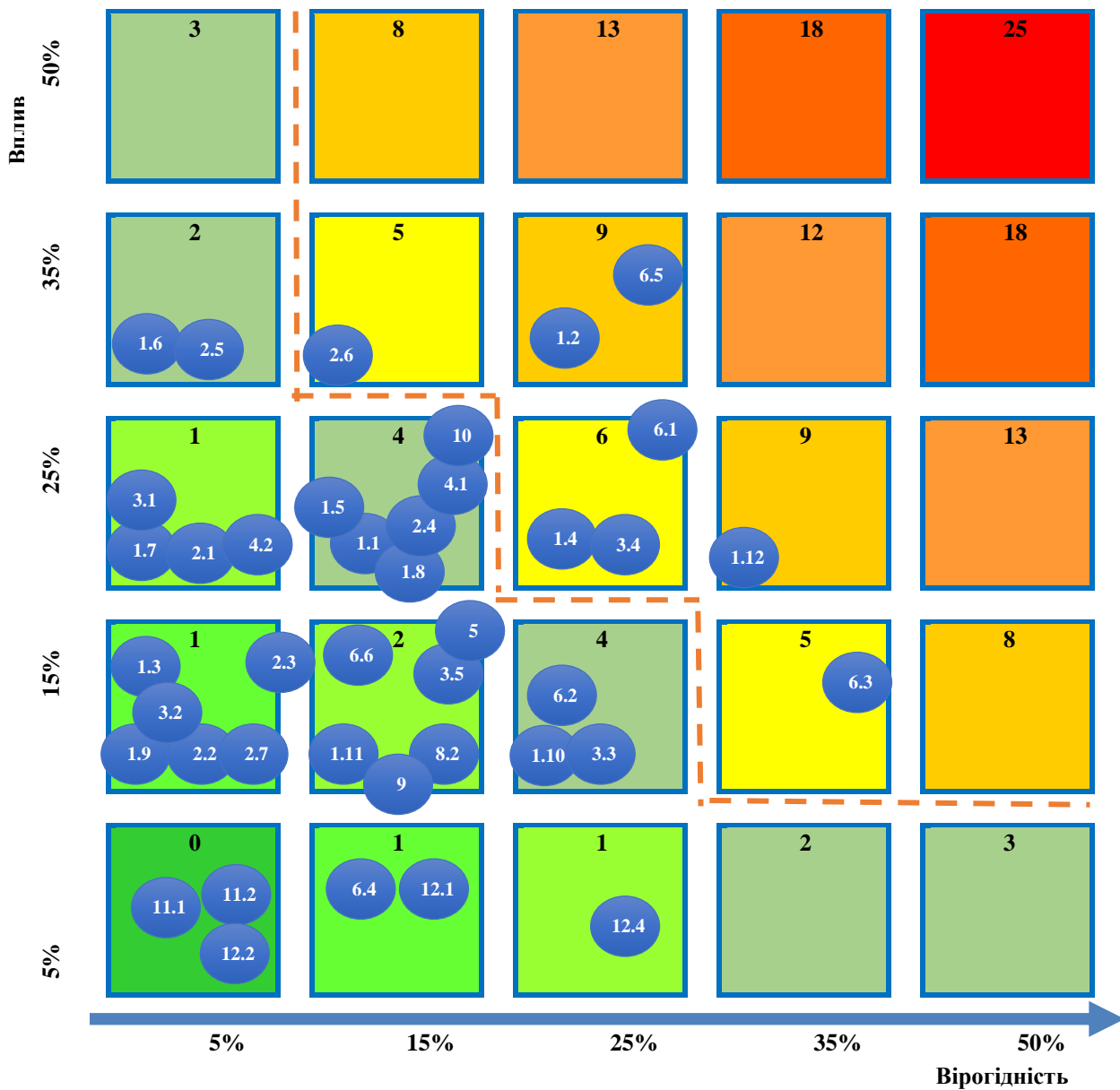
Результатом аналізу чутливості має бути перелік критичних змінних з їхніми точками беззбитковості.

6.3.1. Визначення змінних

Вибрані для аналізу чутливості змінні визначаються на основі припущень фінансового аналізу вибраної альтернативи, а також аналізу ризику.

На **Мал. 8** показана графічна матриця ризиків Проекту, підготовлена на основі Табл. 31. У ній виявлені ризики зазначені за балами, присвоєними відповідно до їхньої значимості. У таблиці окремі ризики позначені графічними колами з числом всередині, що відповідає порядковому номеру ризику в Табл. 31.

Таблиця містить окремі квадранти, нумеровані від 1 до 25. Номер відповідає балу ризику, визначеному на перетині рядків вірогідності ризику та його впливу на Проект. Числове значення є добутком множення рівня ймовірності на рівень впливу (у відсотках).



Мал. 9. Категоризація ризиків.⁷⁸

Класифікація ризиків, наведена на Мал. 8 вище, дозволяє визначити, що можливі ризики (бал ≥ 5) належать до 8 основних груп ризиків. Змінні для кожного з цих ризиків визначаються відповідно до характеру виникнення того чи іншого ризику.

Табл. 33. Прямі змінні ризиків.⁷⁹

№ п/п	Ризик	На яку фінансову змінну впливає	Вхідний параметр
1.2.	Затримки з виконанням будівельних робіт чи закупівлею обладнання	Інвестиційні видатки	Інвестиційні видатки

⁷⁸ Складено авторами.

⁷⁹ Складено авторами.

1.4.	Збільшення вартості будівництва та підвищення цін на обладнання	Інвестиційні видатки	Інвестиційні видатки
1.12.	Затримки з наданням дозволів на будівництво	Будівельні витрати	Будівельні витрати
2.6.	Технологічні зміни та помилки (в ході надання послуг)	Експлуатаційні витрати	Експлуатаційні витрати
3.4.	Застарівання технологій	Експлуатаційні витрати	Експлуатаційні витрати
6.1.	Ризик інфляції (більше за прогнозу)	Експлуатаційні витрати	Інфляція видатків
6.3	Ризики коливань валютного курсу та девальвації нац. валюти	Дохід	Ставки послуг
6.5.	Наявність кредитного фінансування	Непогашене кредитне зобов'язання	Відсоткова ставка по кредиту

В результаті аналізу розподілу ризиків були вибрані наступні потенційно критичні вхідні параметри, вплив яких детально аналізуватиметься з точки зору на чистої приведеної вартості Проекту задля точного визначення можливих впливів виявлених ризиків:

1. інвестиційні витрати;
2. будівельні витрати;
3. експлуатаційні видатки (крім річних орендних платежів)
4. інфляція витрат;
5. вартість обслуговування;
6. відсоткова ставка за кредитом.

Усі інвестиційні видатки та будівельні витрати є взаємопов'язаними змінними, тобто будівельні витрати є частиною інвестиційних видатків. Відповідно, будівельні витрати як змінна будуть виключені з подальшого аналізу.

6.3.2. Аналіз еластичності

Відповідно до методології розрахунку еластичності розраховуються коефіцієнти еластичності ЧПВ проекту для визначених змінних. Коефіцієнти еластичності ЧПВ проекту розраховуються з використанням відсоткових змін значень змінних та підсумкової ЧПВ:

$$E_{x,y} = \frac{\% \Delta X}{\% \Delta Y}$$

де:

- %ΔX – зміна фінансової ЧПВ у відсотках;
- %ΔY – зміна значення змінної у відсотках.

Коефіцієнт еластичності показує темп зміни ЧПВ (у часі), коли змінна змінюється на один відсоток, тобто, наскільки чутливо реагує ЧПВ на зміну кожної з змінних. Еластичність ЧПВ проекту класифікується за наступними трьома групами еластичності з урахуванням рівня еластичності:

- висока еластичність: $- |E| > 0.75$;
- середня еластичність: $- 0.25 < |E| < 0.75$;

- низька еластичність: $-|E| < 0.25$.

Результати аналізу еластичності наведені у Табл. 34 нижче.

Табл. 34. Результати аналізу еластичності.⁸⁰

Змінна, змінена на 1%	Зміна результату			E	Критична важливість змінної
	ЧПВ	ЕЧПВ	ЧПВ(К)		
Інвестиційні видатки	-0,35%	-0,04%	-0,37%	0,35	Ні
Експлуатаційні видатки	-3,69%	-0,19%	-3,78%	3,69	Так
Інфляційні видатки	-1,44%	-0,08%	-1,24%	1,44	Так
Вартість обслуговування	5,26%	0,36%	5,37%	5,26	Так
Відсоткова ставка за кредитом	0,00%	-0,01%	-0,15%	0	Ні

З наведеної вище таблиці випливає, що результати Проекту переважно залежать від коливань експлуатаційних видатків, інфляції видатків та вартості обслуговування. Інвестиційні видатки мають середній вплив, а відсоткова ставка за кредитом – незначний.

6.3.3. Точки безбитковості критично важливих змінних

Критично важливими змінними, відібраними під час аналізу чутливості, є змінні, що забезпечують найвищий коефіцієнт еластичності ЧПВ проекту. В якості критично важливих змінних оцінювалися операційні видатки, інфляція видатків та вартість обслуговування.

Точка безбитковості розраховувалася для кожної критично важливої змінної (точкою безбитковості є значення критично важливої змінної, за якої ЧПВ (П) стає рівним нулю).

Табл. 35. Точки безбитковості критично важливих змінних Проекту.⁸¹

Експлуатаційні видатки	127,0%
Інфляційні видатки	179,5%
Вартість обслуговування	81,0%

6.4. Аналіз сценаріїв

Аналіз сценаріїв передбачає визначення кількох варіантів (сценаріїв) виконання проекту державно-приватного партнерства та результатів їх порівняння. Аналіз показує, як можуть змінитися основні вихідні значення Проекту, якщо значення всіх критично важливих змінних зміняться на вибране найгірше або найкраще значення.

Аналіз сценаріїв здійснюється за такими варіантами (сценаріями):

⁸⁰ Складено авторами.

⁸¹ Розрахунок авторів.

- варіант, коли всі заявлені очікування реалізуються, що передбачає успішне управління проектом, а умови його реалізації втілюються згідно з запланованим;
- оптимістичний варіант, який передбачає, наскільки фінансово успішним буде реалізація Проекту, якщо умови його реалізації будуть більш сприятливими, ніж планувалося;
- песимістичний варіант, який передбачає, наскільки безуспішним буде державно-приватне партнерство, якщо припущення щодо його реалізації будуть гіршими, ніж планувалося.

Під час проведення аналізу сценаріїв було зроблене експертне припущення,⁸² що найгірший результат буде досягнутий, якщо експлуатаційні видатки та видатки на обслуговування зміняться на 5% у негативному напрямку, а у разі інфляції витрат ця зміна досягне 10%. Кращий сценарій передбачає протилежну ситуацію. Очікується, що навіть у разі песимістичного варіанту (сценарію) державно-приватне партнерство збереже свою фінансову стабільність.

Табл. 36. Результати аналізу сценаріїв виконання Проекту.⁸³

Змінні та індикатори результатів	Найгірший сценарій	Базовий сценарій	Кращий сценарій
Експлуатаційні видатки	105%	100%	95%
Інфляційні видатки	110%	100%	90%
Вартість обслуговування	95%	100%	105%
ЧПВ(П)	8 500	20 328	32 561
ЕЧПВ	224 552	232 678	241 072
ЧПВ(К)	5 995	14 070	22 377
ВНП(П)	26,56%	40,88%	54,80%
ВНП(К)	47,63%	86,63%	127,81%
Min КПЗСДК	1,70	3,27	4,85

Як показав проведений аналіз сценаріїв, Проект зберігатиме фінансову привабливість за будь-якого сценарію. Навіть у разі песимістичного сценарію прогнозоване значення ВНП (П) буде вищим за середню річну ставку дисконту.

Аналіз сценаріїв свідчить про те, що навіть за найгіршого розвитку подій та зміни критично важливих змінних у негативний бік Проект лишатиметься фінансово привабливим, оскільки ВНП Проекту (26,56%) перевищить встановлений мінімальний ліміт номінальної ставки дисконту (17,5%). Це визначає, чи буде проект привабливим для виконання з точки зору приватного партнера.

У випадку найкращого сценарію ВНП (П) збільшиться до 54,8%, а ЧПВ (П) складе 32,56 млн. грн.

Оцінка економічно-соціального значення Проекту дозволяє зробити висновок про те, що у цьому відношенні Проект буде вигідним та вартим виконання, оскільки за всіх обставин ЧПВ (П) та ЕЧПВ будуть позитивними.

⁸² Дані авторів.

⁸³ Розрахунок авторів.

6.5. Аналіз за методом Монте-Карло

6.5.1. Визначення змінних

Змінні для аналізу за методом Монте-Карло визначаються на підставі обраних припущень для Альтернативи І та проведеного аналізу чутливості. Для цього аналізу вибрані змінні, які можуть мати найбільший вплив на результат Проекту, тобто критично важливі змінні, визначені у розділах вище. До зазначених вище змінних належать експлуатаційні видатки, інфляційні видатки та вартість обслуговування. Найгірші та найкращі з можливих припущень значень змінних вибиралися методом експертної оцінки. Після вибору трикутникових розподілів ймовірностей з вихідною величиною 100% для змінних проводилося моделювання імовірних значень шляхом застосування 5000 ітерацій з допомогою додатку RiskAMP⁸⁴ до калькулятора MS Excel, з розрахунком значень 10% перцентиля та 90% перцентиля моделі.

Результати аналізу моделювання критично важливих змінних наведені у **Табл. 37** нижче.

Табл. 37. Межі та очікувані значення критично важливих змінних Проекту.

Змінна	Вихідне значення	Найнижче значення ⁸⁵	10/90 ⁸⁶	Очікуване значення ⁸⁷	90/10 ⁸⁸	Найвище значення ⁸⁹	Розподіл ⁹⁰
Експлуатаційні видатки	100%	70%	84,55%	101,23%	116,24%	130%	Трикутник
Інфляційні видатки	100%	70%	83,90%	98,81%	116,98%	130%	Трикутник
Вартість обслуговування	100%	80%	88,35%	99,16%	111,39%	120%	Трикутник

6.5.2. Результати аналізу та висновки

Прийнятність ризику оцінюється з урахуванням законодавчо визначених вимог⁹¹ шляхом аналізу за методом Монте-Карло в електронній таблиці. Мінімальні та максимальні значення ЧПВ розраховувалися шляхом застосування найгірших і найкращих можливих значень змінних з Табл. 37. Найбільш імовірне значення ЧПВ (П) обчислювалося способом трикутникових розподілів ймовірностей з вихідним значенням, рівним розрахованому значенню ЧПВ (П), з

⁸⁴ <https://www.riskamp.com/>

⁸⁵ Значення мінімального впливу визначене під час зустрічі з колегіальної оцінки ризиків.

⁸⁶ Розраховане очікуване значення, для якого ітерації будуть $\leq 10\%$.

⁸⁷ Розраховане найбільш вірогідне значення, 5000 ітерацій. Використовувався додаток RiskAMP до MS Excel.

⁸⁸ Розраховане очікуване значення, для якого ітерації будуть $\leq 90\%$.

⁸⁹ Значення максимального впливу визначене під час зустрічі з колегіальної оцінки ризиків.

⁹⁰ Формат застосованого ітераційного розподілу.

⁹¹ Про затвердження Методики виявлення ризиків здійснення державно-приватного партнерства, їх оцінки та визначення форми управління ними», постанова Кабінету міністрів України № 232, від 16 лютого 2011 р.

використанням найбільш вірогідних значень змінних з Табл. 37. Модельоване значення ЧПВ (П) була отримано з допомогою моделювання 5000 ітерацій за допомогою додатка RiskAMP до MS Excel. Під час цієї процедури визначали значення 10% та 90% процентилів.

Результати проведеного моделювання наведені у **Табл. 38** нижче:

Табл. 38. Результати аналізу за методом Монте-Карло.⁹²

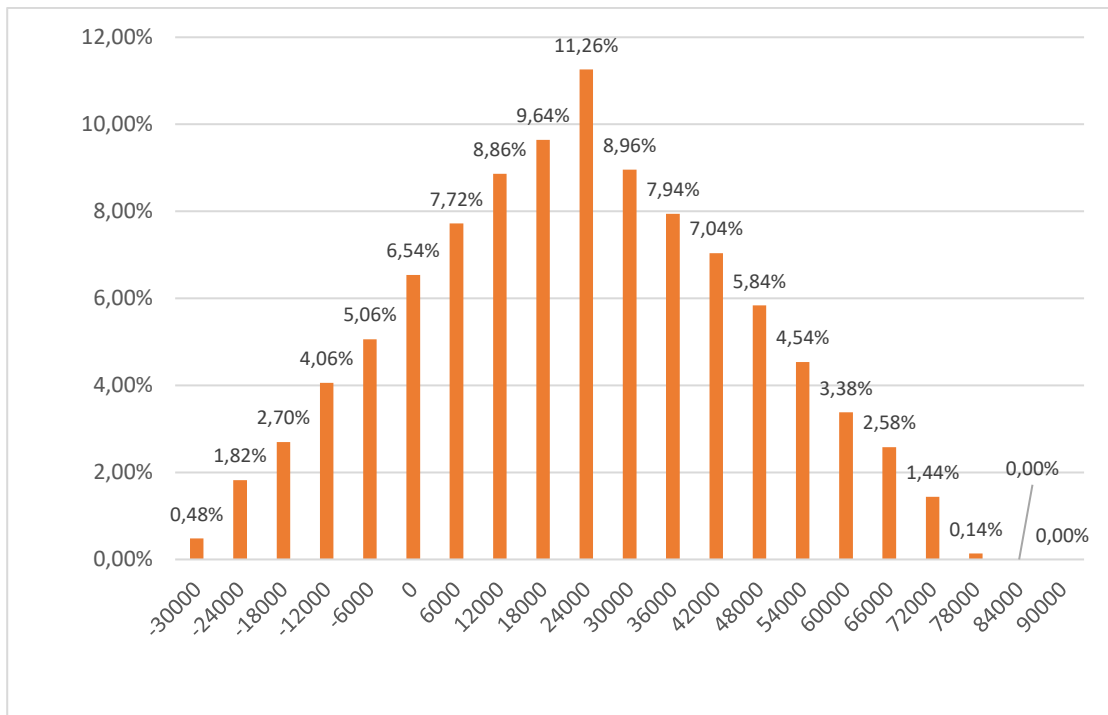
Індикатор	Value
Мінімальна ЧПВ(П), тис. грн.	-34.733
Максимальна ЧПВ(П), тис. грн.	75.382
ЧПВ(П), розрахована з використанням вірогідних змінних	18,855
Очікувана ЧПВ(П) ⁹³ , тис. грн.	22.423
Стандартна похибка моделювання ЧПВ(П), тис. грн.	321.19
Вихідна ЧПВ(П), тис. грн.	20,328
Випадки моделювання, результати яких є нижчими за вихідну ЧПВ(П), %	50%
Випадки моделювання, результати яких є вищими за вихідну ЧПВ(П), %	50%

У **Табл. 38** вище визначена зміна ЧПВ (П), коли усі ризики виникають в межах отриманих розподілів. Мінімальна ЧПВ (П) (-34733 тис. грн.) буде отримана, якщо критично важливі змінні досягнуть найгірших можливих значень; максимальна ЧПВ (П) (75382 тис. грн.) буде отримана, якщо критичні змінні досягнуть найкращих можливих значень. Значення, розраховане відповідно до очікуваних значень змінних, складе 18855 тис. грн, а найбільш імовірна змодельована ЧПВ (П) дорівнюватиме 22423 тис. грн.

Розподіл імовірностей показаний на **Мал. 9** нижче.

⁹² Розрахунок авторів.

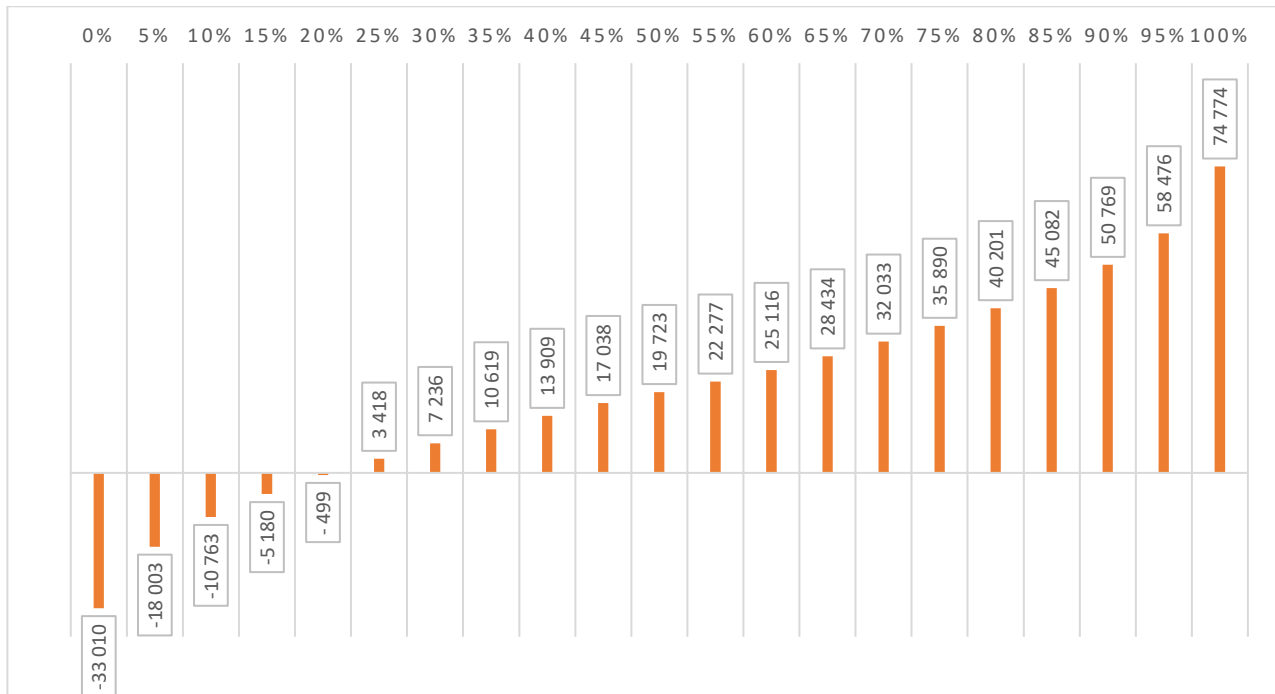
⁹³ Розраховане найбільш вірогідне значення, 5000 ітерацій. Використовувався додаток *RiskAMP* до MS Excel.



Мал. 10. Розподіл імовірностей ЧПВ(Π) (розрахунок авторів).

Складений розподіл ймовірності ЧПВ (Π) показує наявність 11,26% імовірності того, що ЧПВ (Π) становитиме від 18 до 30 мільйонів гривень (Мал. 9).

Накопичений розподіл ймовірності показаний на Мал. 11 нижче:



Мал. 11. Накопичений розподіл імовірностей ЧПВ(Π) (розрахунок авторів).

Накопичений розподіл ймовірності вказує на наявність:

- 80% вірогідності того, що ЧПВ (Π) буде позитивною;
- 35% вірогідності того, що ЧПВ (Π) складе від 10619 тис. грн. до 28434 тис. грн.;
- 65% вірогідності того, що ЧПВ (Π) перевищуватиме 10619 тис. грн.

Після повного аналізу за методом Монте-Карло в електронній таблиці найбільш імовірними були значення критично важливих змінних та індикаторів ЧПВ (П). Під час аналізу було встановлено, що найбільш імовірне значення ЧПВ (П) становитиме 22423 тис. грн. **Імовірність позитивного значення ЧПВ становить 80%.**

6.6. Методи управління ризиками

Управління кожним з ризиків Проекту вимагає застосування найбільш ефективного методу управління. Основними методами управління ризиками є:

1) запобігання ризику: імовірність виникнення ризику зменшується через вжиття профілактичних заходів або інвестування більшого обсягу коштів у створення інфраструктури, або максимально усунення фактору(ів), що уможливають ризик;

2) страхування ризиків: придбання полісу страхування певних ризиків (форс-мажорні ризики, ризики будівництва, ризик відповідальності третіх осіб тощо);

3) передача ризику: ризик переводиться тій стороні, яка найбільш здатна управляти ним (наприклад, коли Проект виконується із залученням партнера, який вже має відповідний досвід управління ризиками);

4) утримування ризику, коли приймається рішення про самостійне управління ризиком шляхом створення відповідної організаційної структури, розподілу відповідальності за всі можливі ризики в рамках організації Проекту тощо.

Табл. 39. Методи управління ризиками.⁹⁴

№ п/п	Категорія ризику	Реакція	Метод управління
1.	Ризик незавершення будівництва		
1.1.	Помилки проектування	Переведення підряднику	Ризиком можна управляти, забезпечуючи: високоякісну підготовку проектного завдання з наданням умов підключення комунальних послуг та особливих вимог ще до початку проектування; встановлюючи високі кваліфікаційні вимоги для проєктантів з зазначенням точних проєктних пропозицій та проведенням обов'язкової експертизи технічного проєкту. Крім того, краще управління ризиками забезпечується обов'язковим страхуванням професійного ризику виконавців технічних креслень. Важливо зазначити, що цей Проєкт є унікальним не лише через його інженерну складність, але також через місце його виконання, тобто Лікарню, зона якої є особливою з точки зору санітарно-гігієнічних вимог, а також спеціальних вимог, передбачених гігієнічними стандартами. Крім того, ризиком

⁹⁴ Складено авторами.

			можна управляти, укладаючи договори ЕРС з фіксованою вартістю. ⁹⁵
1.2.	Затримки у виконанні будівельних робіт та постачанні обладнання	Переведення підряднику	Перш за все, всі необхідні дозволи та погодження повинні узгоджуватися ще до початку будівництва. Ризик компетенції управляється за рахунок створення більших груп працівників і запровадженням штрафних санкцій для підрядника за затримки. Такі штрафні санкції мають включатися до контракту. Крім того, ризиком можна управляти, укладаючи договори ЕРС з фіксованою вартістю.
1.3.	Невідповідність будівельних робіт законодавчо-нормативним вимогам	Переведення підряднику	Для цілей управління цим ризиком підрядник зобов'язується застрахувати себе від будівельних ризиків, прописати у договорі процедури реєстрації невідповідності будівельних робіт нормативним вимогам та стандартам, також усунення недоліків та притягнення до відповідальності. Необхідно організувати та забезпечити професійний нагляд за виконанням Проекту та експлуатацією. Для основної частини Проекту можна просто застосувати досвід виконання попередніх проектів. Управління ризиком невідповідності будівельних робіт регуляторним вимогам і стандартам забезпечується через запровадження обов'язку підрядника самостійно та власним коштом усувати недоробки за Проектом.
1.4.	Збільшення вартості будівництва та підвищення цін на обладнання	Переведення підряднику	Управління цим ризиком може здійснюватися шляхом укладання договорів ЕРС з фіксованою вартістю, складання детального робочого проекту, надання в останньому раціональних технічних рішень, забезпечення належного контролю за виконанням умов договору, керівництва субпідрядним виконанням, чіткого та однозначного визначення можливостей та способів використання резерву замовника у договорах, визначення випадків та аспектів нормативного регулювання нових технологій, використання розширених замовлень товарів і послуг та заходів забезпечення виконання будівельних робіт (страхування).

⁹⁵ ЕРС (*Engineering, Procurement and Construction, договір на проектування, матеріально-технічне забезпечення та будівництво*) є договором, за яким виконавець робіт зобов'язується розробити проект, закупити необхідні матеріали та виконати договірні роботи, використовуючи для цього власні ресурси чи ресурси своїх субпідрядників й беручи на себе можливі ризики коливання ціни проектування та затримок у виконанні. Виконавець отримує за це фіксовану оплату, визначену у договорі. Розмір оплати може бути змінений лише у випадку змін у обсягах робіт незалежно від бюджету та тривалості будівництва.

1.5.	Невідповідність проектно-конструкторської документації цілям Проекту	Попередження	Рекомендується почати управління цим ризиком на якомога більш ранньому етапі виконання Проекту (з розгляду запланованих інженерно-технічних рішень відносно використання інвестицій) шляхом найму фахівців з необхідними кваліфікаціями для розробки технічних вимог, а також залучення до управління виконанням Проекту працівників з інженерно-технічною компетенцією
1.6.	Обмеження на користування майном під час будівництва	Попередження	Рекомендується керувати ризиком, чітко визначаючи у партнерській угоді умови управління майном, користування ним і доступу до нього.
1.7.	Обмеження у зв'язку з археологічними чи культурними пам'ятками	Утримування	Аналіз проектно-технічної документації з точки зору впливу на археологічні чи культурні пам'ятки, якщо Майно має відповідні ознаки; врахування таких обмежень під час проектування.
1.8.	Обмеження користування земельною ділянкою	Попередження	Оскільки майно є приміщеннями, що не мають прямих зв'язків із земельною ділянкою, доречно включити до партнерської угоди положення про забезпечення доступу до Приміщення через ділянку землі, яка знаходиться у користуванні Лікарні.
1.9.	Поява чи використання нових технологій виконання Проекту	Утримування	При складанні остаточного списку обладнання, що має бути придбане, важливо переконатися, що моделі такого обладнання є технологічно відповідними й придатними для тривалого використання. Це потребує включення до групи представників державної установи компетентних фахівців з повноваженнями щодо прийняття відповідних рішень.
1.10.	Збитки, понесені внаслідок помилок підрядника чи постачальника обладнання	Страховання	Необхідно вимагати від підрядників та постачальників страхування відповідальності перед третіми особами.
1.11.	Затримка з наданням проектувальних умов та спеціальних вимог щодо реконструкції	Попередження	Процес отримання/надання умов щодо підключень інженерних мереж та спеціальних вимог слід розпочинати заздалегідь, ще до початку виконання інвестиційного проекту.
1.12.	Затримки з наданням дозволів на будівництво	Попередження	Процес надання документу з дозволом на будівництво має починатися заздалегідь, з виконанням деяких етапів (тобто попередня координація розробленої проектної документації з відповідальними установами) ще до початку виконання Проекту. Завдання отримати дозвіл на будівництво має даватися відповідальним особам.

			Оскільки ризик, пов'язаний з діями третіх сторін, управлінню не підлягає, такі заходи можуть мати лише запобіжний характер (визначення ставлення громадськості, або групи громадян, до нового будівництва).
2.	Ризики придатності та операційні ризики		
2.1.	Отримання дозволів та/чи ліцензій	Попередження	Цим ризиком можна управляти шляхом визначення у партнерській угоді відповідних вимог до приватного партнера, який вже має такі ліцензії, або запровадження в ній відповідних кінцевих термінів отримання таких дозволів та ліцензій.
2.2.	Відсутність обладнання та матеріалів	Утримування	Приватний партнер повинен забезпечувати планування, механізми самоконтролю та внутрішню систему контролю якості.
2.3.	Невідповідність послуг юридичним вимогам (також через помилки оператора)	Утримування	При плануванні процесів надання державних послуг слід обрати таку модель діяльності, яка дозволить забезпечити необхідну попередню перевірку державних послуг та планування робіт із забезпеченням їхньої належної якості.
2.4.	Збільшення/недооцінка операційних витрат	Попередження	Цей ризик не підлягає управлінню, але можна зменшити його вплив з допомогою більш детального планування ресурсів, адекватного розподілу ресурсів та формування резервів. Крім того, корисною для управління ризиком може бути стратегія забезпечення відповідності встановленому мінімальному стандарту експлуатації впродовж усього періоду виконання Проекту з уникненням надлишкових послуг, що можуть призвести до підвищення експлуатаційних витрат.
2.5.	Неналежна кваліфікація працівників	Попередження	Відповідність кваліфікації працівників визначеним вимогам до надання послуг має оцінюватися завчасно; за необхідності можна скласти план дій з підвищення кваліфікації.
2.6.	Технологічні зміни та помилки	Попередження	Виникаючі нові технології повинні впроваджуватися послідовно, без особливо новаторських позапланових «стрибків»: це уможливить їхню кращу інтеграцію та ретельне управління витратами, що можуть бути понесені через можливі помилки. Персонал повинен бути добре ознайомлений з усіма принципами роботи обладнання.
2.7.	Фінансова спроможність приватного партнера	Попередження	У тендерній документації Проекту повинні бути передбачені документи, які підтверджують відповідність фінансових можливостей потенційного приватного партнера.

3.	Ризик зміни попиту		
3.1.	Конкуренція	Утримування	Можливості управління ризиком конкуренції обмежені; його частково мінімізує місце виконання Проекту (інші конкуренти не матимуть можливостей облаштуватися у Лікарні та створити там додаткову інфраструктуру - це можна передбачити в партнерській угоді); крім того, проект рекомендує консервативне ціноутворення та вибір сильного та кваліфікованого приватного партнера, що, як вважається, також допоможе зменшити конкуренцію.
3.2.	Циклічність бізнесу	Утримування	Оскільки передбачається, що диверсифікація клієнтів у Проекті буде значною, вплив циклічності на проект не буде високим.
3.3.	Зміни цін (через зменшення кількості клієнтів)	Утримування	Аби оцінити чутливість життєздатності Проекту до цін, встановлених для окремих груп споживачів, треба розробити стратегію управління цінами на послуги. У партнерській угоді варто визначити: активне поширення ідеї створення Центру на етапі підготовки Проекту та постійне спілкування з потенційними пацієнтами новоствореного Центру з організацією відповідних кампаній, інформаційних заходів, зокрема, у Лікарні, серед лікувально-оздоровчих закладів, які є партнерами державного сектору (санаторіїв, готелів тощо); Роль Ради м. Трускавець в частині просування Проекту (організація відповідної рекламної кампанії на веб-сайті міськради, у місцевих ЗМІ, серед комунальних установ, санаторіїв міста та регіону тощо).
3.4.	Застарівання технологій	Попередження	Необхідно послідовно впроваджувати нові технології, що з'являються.
3.5.	Структурні зміни ринку	Утримування	У м. Трускавці треба організувати та провести науково-практичні конференції, тренінги з малоінвазивної хірургії. Треба забезпечити підготовку до надання послуг іншим цільовим групам, передбачити можливості для диверсифікації послуг, скласти програму управління змінами на ринку.
4.	Політичні ризики		
4.1	Ризик значних політичних подій	Утримування	Партнерська угода повинна містити чіткі умови виконання зобов'язань Лікарнею та Радою м. Трускавця на весь термін виконання Проекту. Державний партнер не може в односторонньому порядку вносити зміни до партнерської угоди; внесення змін та доповнень до положень

			Партнерської угоди мають допускатися лише за взаємною згодою сторін.
4.2	Ризик місцевих політичних рішень	Попередження	Угода повинна визначати зобов'язання державного партнера щодо забезпечення необхідних погоджень і дозволів, пов'язаних з виконанням угоди. Угода повинна чітко визначати механізм взаємовідносин між сторонами щодо спільного вирішення питань стосовно отримання необхідних державних погоджень і дозволів.
5.	Юридичні ризики	Утримування	Зміни і доповнення до законодавчих актів однаковою мірою стосуватимуться усіх учасників ринку.
6.	Макроекономічні та фінансові ризики		
6.1.	Ризик інфляції (більше за прогнозу)	Прийняття	Інфляційні коливання можуть істотно впливати на зміну вартості послуг експлуатації; відповідно, рекомендується укладати договори за фіксованою ціною та договори субпідряду на максимально довгий термін. Для підготовки прогнозів експлуатаційних видатків, доходів та фінансування управління цим ризиком необхідно сформувати резерви, використовувати інструменти авансової закупівлі та методи аналізу ринку, спиратися на прогнози рівня інфляції, які надаються державними органами України.
6.2.	Колівання ставок за кредитами	Попередження	Рекомендується укласти договір про фінансування із встановленою фіксованою відсотковою ставкою на максимальний можливий період, або, якщо можливо, застосовувати механізм IRS (<i>відсоткового свопу</i>).
6.3	Ризики коливань валютного курсу та девальвації нац. валюти	Попередження	Рекомендується пов'язати ціни на послуги з валютою кредиту, або робити запозичення у гривні.
6.4.	Зменшення темпів економічного зростання	Утримування	Для управління цим ризиком рекомендується планувати резерви на випадок непередбаченого скорочення грошових потоків.
6.5.	Наявність кредитного фінансування	Попередження	Угода повинна містити правила, які відповідають міжнародній практиці ДПП та зобов'язанням державного сектору. Умови тендерної процедури повинні передбачати відповідні кваліфікаційні вимоги щодо фінансової спроможності та кредитоспроможності приватного підприємства.
6.6.	Зміни системи оподаткування	Утримування	Податковий ризик враховує державний сектор, оскільки, навіть за умови підвищення податків та збільшення ціни Проекту, податковий ризик не завдає шкоди державному сектору, тому що

			податкові надходження до державного бюджету забезпечуються через механізм стягнення податків.
7.	Ризики регулювання цін	-	
8.	Ризики регулювання витрат	-	
8.1	Ризик змін принципів розрахунку цін	-	
8.2	Зміни тарифів	Утримування	Ризик контролюється державним партнером. У партнерській угоді повинні чітко визначитися обставини за яких можливі зміни тарифів (наприклад, через попередження можливості одноосібного запровадження змін).
8.3	Зміни сум винагород	-	
9.	<i>Форс-мажор та ризики знищення майна</i>	Страховання	Для управління ризиком рекомендується використовувати страхування майна. Угода повинна зобов'язувати приватного партнера страхувати активи, передані йому для здійснення діяльності.
10	Ризики спорів та соціальні ризики	Страховання	Приватна особа повинна мати поліси страхування професійної відповідальності та відповідальності перед третіми сторонами.
11.	Екологічні ризики		
11.1.	Невідповідність екологічним вимогам	Утримування	Попри те, що місцем реалізації Проекту є будівля Лікарні, самий Проект не є надто складним з точки зору виконуваних робіт або дотримання екологічних вимог. Рекомендується вживати будь-яких заходів з пом'якшення екологічних ризиків на стадії розробки.
11.2.	Шкода довкіллю, завдана впродовж виконання Проекту	Страховання	Страховання відповідальності перед третіми особами повинно включати страхування від шкоди навколишньому середовищу.
12.	Ризик переведення активів		
12.1	Відсутність інформації про стан активів перед їхнім переданням	Попередження	Угода повинна визначати, що інформація про майно, яку публічний партнер надає у рамках тендерної процедури, повинна бути повною та докладною.
12.2	Ризик прав власності під час користування	Попередження	Партнерська угода повинна визначати зобов'язання Ради м. Трускавця та Трускавецької міської лікарні щодо умов користування майном.
12.3.	Ризик обмежень доходу під час експлуатації	-	
12.4	Ризик зміни вимог до поверненого активу	Попередження	Партнерська угода повинна визначати зобов'язання Ради м. Трускавця та Трускавецької міської лікарні щодо умов повернення майна.

7. АНАЛІЗ ФІНАНСОВО-ЕКОНОМІЧНИХ ПЕРЕВАГ ДПП

7.1. Розподіл ризиків та принципи реагування на окремі ризики

Принципи розподілу ризиків у проектах ДПП визначаються міжнародною практикою; зазвичай, розроблені у ЄС проекти підпадають під дію положень та рекомендацій Євростату щодо розподілу ризиків серед місцевих контрагентів.⁹⁶ Згідно з рішенням Євростату (та з урахуванням українських законів⁹⁷) можна виділити загальні та спеціальні принципи розподілу ризиків. Загальні принципи включають усі розглянуті ризики (принципи розподілу ризиків). Спеціальні принципи окремо стосуються кожного суттєвого ризику (конкретні принципи визначення ризику).

У рішенні Євростату визначені наступні загальні принципи розподілу ризиків:

- ризик несе та сторона партнерського проекту, яка здатна найкраще ним управляти з найнижчими витратами на це (основний принцип розподілу ризиків);
- ризик, який не можна віднести до однієї конкретної сторони партнерського проекту, розподіляється між сторонами партнерського проекту;
- крім цього, при визначенні того, яка частина ризику припадає на того чи іншого партнера, важливо оцінювати не «правові», а «економічні» прояви ризику.

Щоб визнати одну з сторін такою, що бере на себе той чи інший ризик, такій стороні не треба брати на себе увесь конкретний ризик. Достатньо визначити, що одна сторона бере на себе основну частину конкретного ризику. Питома вага прийнятого ризику може оцінюватись за складовими ризику через визначення, скільки доведеться заплатити стороні концесійної угоди у разі виникнення пов'язаного з цим ризиком дефекту.

Тим часом, процедура ідентифікації конкретного ризику Проекту повинна оцінюватися та визначатися під час аналізу окремого проекту та його діяльності. Ані міжнародна практика, ані рішення Євростату не регулюють принципи несення конкретних ризиків.

Ризики справляють негативний ефект принаймні на одну зі складових Проекту: тривалість виконання, ціну, обсяги або якість. У всіх випадках виникнення ризику передбачає збільшення витрат на виконання Проекту, що проявляється в зменшенні доходу або збільшенні витрат (інвестицій, експлуатаційних витратків, зростання фінансових витратків, сплати штрафів тощо).

Ідентифікація ризику включає аналіз основних видів ризиків для проектів державно-приватного партнерства, визначення можливих ризиків та принципів розподілу ризиків між сторонами партнерської угоди (див. Главу 6 цього ТЕО).

Аналіз розподілу ризиків для цього Проекту підготовлений у відповідності до міжнародної практики, рекомендацій Євростату, які описують модель розподілу ризиків між сторонами проекту та значеннями ризику, а також цінностей і методів, узгоджених під час робочої зустрічі експертів, організованої авторами цього ТЕО.

⁹⁶ Рішення Статистичного бюро Європейських співтовариств (*Євростату*) № 18/2004 від 11 лютого 2004 «про підхід до державно-приватного партнерства».

⁹⁷ Про затвердження Методики виявлення ризиків здійснення державно-приватного партнерства, їх оцінки та визначення форми управління ними», постанова Кабінету міністрів України № 232, від 16 лютого 2011 р.

7.2. Розподіл ризиків, пов'язаних з виконанням Проекту

Попередня оцінка Проекту та його діяльності дозволяє припустити доцільність розподілу ризиків Проекту таким чином, або ризики зміни попиту, будівництва та придатності приймалися на себе приватним партнером. Конкретний розподіл ризиків ґрунтується на загальних принципах розподілу ризиків, тобто правилах, які вимагають проведення оцінки:

- яка саме сторона зможе управляти конкретним ризиком за найнижчих витрат;
- чи віднесення ризику до державного або приватний партнера матиме будь-який вплив на межу державного боргу.

Для Проекту була визначена наступна попередня модель розподілу ризиків проекту (див. **Табл. 40**):

Табл. 40. Модель попереднього розподілу ризиків.

Ризик	Основну частину ризику, або увесь ризик несе:		
	Приватний сектор	Спільне несення ризику	Державний сектор
1. Ризик незавершення будівництва	X		
2. Ризики придатності та операційні ризики	X		
3. Ризик зміни попиту	X		
4. Політичні ризики		X	
5. Юридичні ризики		X	
6. Макроекономічні та фінансові ризики	X		
7. Ризики регулювання цін	<i>Не стосується</i>		
8. Ризик регулювання витрат			X
9. Форс-мажор та ризики знищення майна		X	
10. Ризики спорів та соціальні ризики		X	
11. Екологічні ризики	X		
12. Ризик передання активів			X

Складено авторами.

Зазвичай, роботи над інфраструктурою для надання медичних послуг виконуються з допомогою державних закупівель з урахуванням майбутніх технічних вимог (проектів), що заздалегідь готуються державним сектором. Це дослідження рекомендує передавати приватному партнеру не лише будівельні роботи, але й проектування (включно з пов'язаними з ним ризиками). Оскільки приватний суб'єкт господарювання буде зобов'язаний самостійно скласти проектну документацію та самостійно виконувати будівельні роботи Проекту, буде логічним, якщо саме ризики проектних і будівельних робіт будуть передані йому. Проведення проектних робіт державним сектором не є доцільним, оскільки технічні елементи Проекту можуть стосуватися доходів, які приносить Проект. З іншого боку, у такій ситуації Проект не буде привабливим через часті суперечки щодо проектно-технічної документації під час виконання будівельних робіт.

Доцільність передання ризиків придатності та попиту приватному партнерові ґрунтується на тому, що приватний партнер може ліквідувати цей ризик без жодних додаткових витрат, спираючись на власний досвід експлуатації подібних об'єктів. Стандартна вимога щодо якості виконання передбаченої Проектом діяльності стосується також розгляд припущень щодо доцільності передачі ризиків. Приймаючи ризик придатності, приватний партнер повинен переконатися у відсутності можливостей для зловживань, широких тлумачень чи невизначеностей.

Проект рекомендує спільне несення ризиків правового середовища. Ризики внесення змін до законодавчих актів, невиконання договорів та судових переслідувань несе приватний партнер, який виконує Проект. Тим часом, державний сектор несе ризики потенційно дискримінаційні законодавчо-нормативних актів⁹⁸ та/чи актів, здатних примусово змінити обсяги діяльності за Проектом приватного інвестора. Якщо приватний інвестор постраждає від нових прийнятих потенційно дискримінаційних законодавчо-нормативних актів, державний сектор буде зобов'язаний відшкодувати приватному інвесторові будь-які збитки, понесені внаслідок запровадженої новими законодавчими актами процедури.

Передача приватному партнеру макроекономічного ризику виходить з того, що загалом відповідний макроекономічний ризик, тобто ризик коливань відсоткових ставок та валютообмінних курсів (якщо проект фінансується у валюті, відмінній від валюти отримання доходів) приймає на себе приватний сектор (в т. ч., інвестори у Проект). Перебрання приватним партнером на себе інфляційного ризику пояснюється тим, що йому простіше протидіяти цьому ризику. Ризик можна усунути за допомогою директивних фінансових інструментів (наприклад, через регулярне застосування валютних свопів). Саме приватний інвестор, який має досвід роботи з об'єктами надання медичних послуг у мінливих ринкових умовах, може звести до мінімуму вплив інфляції на грошові потоки.

Ризик регулювання цін не береться до уваги, оскільки державний партнер не повинен мати можливості прямого регулювання цін на послуги, які надаються приватним партнером. Ризик регулювання витрат може також з'явитись лише у зв'язку з вартістю оренди майна або приміщень хірургічного профілю. Планується зафіксувати ці орендні ставки у партнерській угоді щоб, у випадку їх одноосібної зміни Державним партнером, приватний партнер мав би право на відшкодування.

Ризик форс-мажорних обставин несеться обома сторонами, оскільки жодна з них не може ним управляти. Частина ризику передається державному партнеру, бо інакше Проект може стати непривабливим; при цьому необхідність передання решти ризику приватному партнерові пояснюється тим, що приватний партнер може з допомогою відповідних заходів (приміром, страхування) зменшити такий ризик. На практиці вищезазначене положення відповідає міжнародній практиці. Відповідно, у разі виникнення форс-мажорних обставин, державний сектор має право розірвати угоду з виплатою приватному партнерові компенсації (розмір якої буде нижчим від компенсації, яка належала б до сплати у випадку розірвання угоди з вини державного партнера).

⁹⁸ Дискримінаційні зміни та доповнення до нормативно-правових актів, які прямо стосуються проекту, ініціатора проекту та/чи ініціаторів проекту ДПП. Крім цього, дискримінаційними нормативно-правовими актами також вважаються будь-які зміни та доповнення до нормативно-правових актів, які регулюють виконання робіт (надання послуг) за проектом, або виконання/надання аналогічних послуг/робіт.

Також рекомендується спільно нести ризики виникнення спорів та соціальні ризики. Ми виходимо з розуміння, що вищезгадана модель також є обґрунтованою, коли відповідальність за наслідки ризику бере на себе сторона, винна у його настанні (це може бути як приватний, також і державний партнер).

Обґрунтовано рекомендується повністю передати екологічні ризики приватному партнеру, оскільки управління такими ризиками та їхніми наслідками залежать саме від дій приватного партнера, тож, відповідно, припускається, що саме приватна особа може обґрунтовано пом'якшити результати настання таких ризиків.

Більшість ризиків, пов'язаних з переданням майна, рекомендується передати державному партнеру, оскільки він відповідає за майно до моменту його передання, розпоряджається всією інформацією та довколишньою інфраструктурою, а також може контролювати доступність майна. Крім того, до сфери відання державного партнера належить встановлення об'єктивних та обґрунтованих вимог до майна, яке повертається.

У підсумку можна зробити висновок, що припущення стосовно передачі визначених ризиків Проекту повинні відповідати очікуванням приватного сектору, ринковим умовам, міжнародній практиці та мають бути обґрунтовано врівноваженими.

Частка відповідного ризику, переданого приватному сектору, далі оцінюється нижче у кількісному, грошовому та відсотковому вираженні (Колонка «Оцінка ризику приватного підприємства» у Табл. 41 нижче): 0-20% - ризик істотно не передається; 80- 100% - ризик істотно передається; 21-79% - ризик є спільним.

Далі грошові наслідки ризиків підсумовуються за визначеними групами ризику (будівництво, придатність, попит тощо) та розраховуються як чиста приведена вартість таких ризиків Проекту на рік початку його виконання (2018 р.) У Табл. 41 показано остаточну модель розподілу ризиків за Проектом.

Табл. 41. Таблиця розподілу ризиків у партнерському проекті.

Ризик	Величина, ЧПВ, тис. грн.	Величина, яку бере на себе приватний сектор, ЧПВ, тис. грн.	Величина, яку бере на себе приватний сектор, %	Величина, яку бере на себе держ. сектор, ЧПВ, тис. грн.	Величина, яку бере на себе держ. сектор, %
1. Ризик незавершення будівництва	1908	1676	88%	232	12%
2. Ризики придатності та операційні ризики	7014	7014	100%	0	0%
3. Ризик зміни попиту	10438	10438	100%	0	0%
4. Політичні ризики	4600	1725	38%	2875	63%
5. Юридичні ризики	2070	1035	50%	1035	50%
6. Макроекономічні та фінансові ризики	11553	11343	98%	210	2%
7. Ризики регулювання цін	Не стосується				
8. Ризик регулювання витрат	86	0	0%	86	100%
9. Форс-мажор та ризики знищення майна	2070	1035	50%	1035	50%
10. Ризики спорів та соціальні ризики	3450	1725	50%	1725	50%

11. Екологічні ризики	460	460	100%	0	0%
12. Ризик передання власності	649	104	16%	544	84%
Разом:	44296	36554	83%	7742	17%

Складено авторами.

Зведена таблиця оптимального передання та спільного несення ризиків, виражена у величинах (2018 р., ЧПВ, тис. грн.), показує, що приватний сектор візьме на себе 83% усіх ризиків Проекту, переважно або повністю беручи на себе ризики будівництва, придатності, попиту, макроекономічні та екологічні. Державний сектор збереже за собою ризики регулювання собівартості та передачі майна. Інші ризики сторони нестимуть спільно у визначених співвідношеннях.

7.3. Аналіз КДС: модель і результати

Відповідно до застосовуваної методології та методологічних рекомендацій з ведення розрахунків ефективності використання коштів, первинний КДС включає в себе операційний дохід, утримані ризики, експлуатаційні видатки, витрати на будівництво внаслідок діяльності Проекту, приведені до поточної вартості. На підставі цього розраховується компаратор державного сектору (далі – «КДС»). Вищезгадані потоки розраховуються з точки зору державного сектору, тобто потоки державного партнера оцінюються за двома варіантами:

- 1) виконання Проекту у форматі ДПП;
- 2) виконання Проекту через державні закупівлі.

У випадку цього Проекту, якщо він виконується у форматі ДПП, дохід державного партнера складатиметься з доходів від оренди майна та хірургічних приміщень без несення експлуатаційних та інвестиційних видатків. Збережені ризики (їхні ЧПВ) дорівнюватимуть розрахунковим значенням ризиків, які несе державний партнер (див. Табл. 42 нижче).

Якщо Проект реалізується з допомогою державних закупівель, за оцінкою державний партнер отримає увесь дохід Проекту, але нестиме всі експлуатаційні видатки (за винятком витрат на оренду майна) та інвестиційні видатки, як також і всі ризики Проекту.

Враховуючи чисту приведену вартість розглянутих фінансових потоків за обома варіантами виконання Проекту, ми бачимо, що первинний КДС Проекту у випадку виконання через державні закупівлі буде нижчим і дорівнюватиме 8822,3 тис. грн.

Табл. 42. Попередні розрахунки КДС для випадку ДПП та державних закупівель.⁹⁹

Первинний КДС, чиста приведена вартість, тис. грн.	ДПП	Державні закупівлі
Операційний дохід	3805,5	91998,3
Ризик, утримуваний державним партнером	-7741,8	-44295,9
Експлуатаційні видатки	0,0	-49242,9
Інвестиційні видатки	0,0	-7281,8
Загальне фінансування за КДС (первинний КДС)	-3936,3	-8822,3

⁹⁹ Складено авторами.

7.3.1. Виключення впливу вибіркового конкурентних переваг державного сектору

Наступним етапом аналізу є виключення конкурентних переваг державного сектору. На цьому етапі робиться припущення, що, якщо приватний партнер був зобов'язаний сплачувати певні податки відповідно до діючих нормативно-правових актів, грошова вартість таких сплачених податків має включатися до компаратору державного сектора. З одного боку, це забезпечує рівні можливості для конкуренції, з іншого – на користь цього говорить той аргумент, що в будь-якому випадку сплачувані приватним сектором податки поповнюють доходну частину місцевих та/чи центральних державних бюджетів, тож було б неприйнятним розглядати вищезгадану частину видатків приватного сектора як фактор підвищення цін на його послуги.

Загалом, конкурента нейтральність забезпечується з урахуванням наступних трьох факторів:

- оцінки впливу податку на нерухомість на рух грошових коштів у державному секторі;
- оцінки впливу отримання плати за оренду земель державної форми власності на грошові потоки у моделі державного сектора;
- оцінки операційного прибутку та податку на додану вартість, сплачуваного приватним інвестором.

У випадку цього Проекту, беручи до уваги той факт, що податок за користування землею державної форми власності цього Проекту не стосується, а доходи від здачі в оренду майна оцінюються при підрахунку первинного КДС, можна констатувати, що в проектах такого типу державний сектор не має конкурентних переваг за цими двома факторами. Немає потреби враховувати також вигоду від отримання ПДВ, оскільки медичні послуги ПДВ не обкладаються.

Відповідний показник виключення за приведеною вартістю, тобто, 3558.9 тис. грн., розраховується з ЧПВ податку на прибуток підприємств, який сплачуватиметься приватним інвестором впродовж 25 років.

7.3.2. Оцінка нефінансових переваг Проекту

Проведено оцінку також нефінансових переваг проекту ДПП на основі зроблених припущень та методології «Визначення нефінансових переваг ДПП», розробленої Європейським центром експертної оцінки ДПП (ЕРЕС).

Припущення 1: якщо проект виконуватиметься державним сектором самотужки, без участі приватного інвестора, виконання Проекту розпочнеться щонайменше на 3 роки пізніше.

Обґрунтування: варіант ДПП дозволяє почати виконання Проекту швидше, тобто у 2019 р. (ідеться про припущення щодо реальної дати початку Проекту). З огляду на результати виконаного під час цього дослідження аналізу доступності джерел фінансування, які свідчать про обмеженість фінансових можливостей Лікарні щодо реалізації проектів інфраструктурного розвитку, буде реалістичним припустити, що реалізація Проекту може бути відкладена принаймні до 2020 року, тобто, загалом на три роки.

Розрахунки: згідно з методологією методології «Визначення нефінансових переваг ДПП», фінансову перевагу від більш раннього початку виконання Проекту буде втрачено, якщо проект

буде реалізовано за допомогою державних закупівель. **Формула розрахунку виглядає таким чином**¹⁰⁰:

*Перевага більш раннього впровадження = Інвестиції у Проект * (1 + соціальна ставка дисконту¹⁰¹) ^ Відкладення виконання Проекту, у роках - Інвестиції у Проект.*

Розрахована загальна перевага від більш раннього виконання 1447.7 тис. грн.

Припущення 2: якщо Проект виконується не державним, а приватним сектором, створювана Проектом економічна чиста приведена вартість повинна мати принаймні 3%-вий додатковий мультиплікаційний ефект через глибший соціальний вплив.

Обґрунтування: впровадження одного з перших проектів ДПП в Україні, у якому діяльність здійснюватиметься приватним інвестором, створить нові прецеденти. З урахуванням припущення, що приватний сектор буде зацікавлений виконувати діяльність не лише краще, але й дешевше, і що він зможе це зробити (що підтверджується міжнародною практикою), це матиме позитивний вплив на якість послуг охорони громадського здоров'я під час виконання інших проектів і заходів поза межами проектів медичного спрямування. Оскільки застосування стандартів стане ширшим, запроваджені операційні заощадження та високі стандарти якості зможуть застосовуватися не тільки інвестором-виконавцем проекту, але й іншими учасниками ринку завдяки ефекту мультиплікації подібних проектів. Крім того, глибший ефект впливатиме на інші галузі економіки регіону: імовірно, більше туристів залучатимуться до лікування; у Трускавці організовуватиметься більше навчальних заходів з малоінвазивної хірургії тощо. Припускаємо, що вищезазначений ефект може збільшити розраховані соціально-економічні переваги від Проекту принаймні на 3%.

Розрахунки: За методологією «Визначення нефінансових переваг ДПП», переваги від глибших соціальних наслідків, що їх суспільство втратило б внаслідок виконання Проекту не у форматі ДПП, становитимуть:

*Перевага глибшого соціального ефекту від ДПП = Мультиплікатор глибшого соціального ефекту від Проекту (3%) * ЕЧПВ*

Загальна розрахункова перевага, ППВ: 6980,3 тис. грн.

7.3.3. Розрахунок ефективності використання коштів

Якщо державний сектор передає частину ризиків приватному сектору, він може очікувати значної ефективності використання коштів, але приватний сектор буде окремо оцінювати вартість фінансування та потрібні рівні ефективності капіталовкладень. При цьому передані ризики включаються в інвестиційні та експлуатаційні видатки. Відповідно, буде проведена оцінка здатності приватного сектора виконати Проект дешевше, ніж це може зробити державний сектор, з відповідними розрахунками ефективності використання коштів (див. **Табл. Помилка! Джерело посилання не знайдено.** нижче).

¹⁰⁰ Тлумачення та обґрунтування формули розрахунку викладені у методології «Визначення нефінансових переваг ДПП», розробленої Європейським центром експертної оцінки ДПП (ЕРЕС).

¹⁰¹ Виходячи з досвіду попередніх проектів, робиться припущення, що реальна економічна ставка дисконту, як правило, є на 0,5% вищою за реальну економічно-фінансову ставку дисконту.

Табл. 43. Оцінка спроможності приватного сектора виконати Проект дешевше за державний сектор, розрахунок ефективності використання коштів.¹⁰²

Складові КДС, у чистій приведеній вартості, тис. грн.	ДПП	Державні закупівлі
Операційний дохід	3805,5	91,998.3
Ризик, утримуваний державним партнером	-7 41,8	-44,295.9
Експлуатаційні видатки	0,0	-49,242.9
Інвестиційні видатки	0,0	-7,281.8
Виключення конкурентної переваги	3558,9	0.0
Нефінансові переваги ДПП	8428,0	0.0
Разом:	8050,6	-8,822.3
Чиста ефективність використання коштів у ДПП, тис. грн.		16872,9
Чиста ефективність використання коштів у ДПП, %		191%

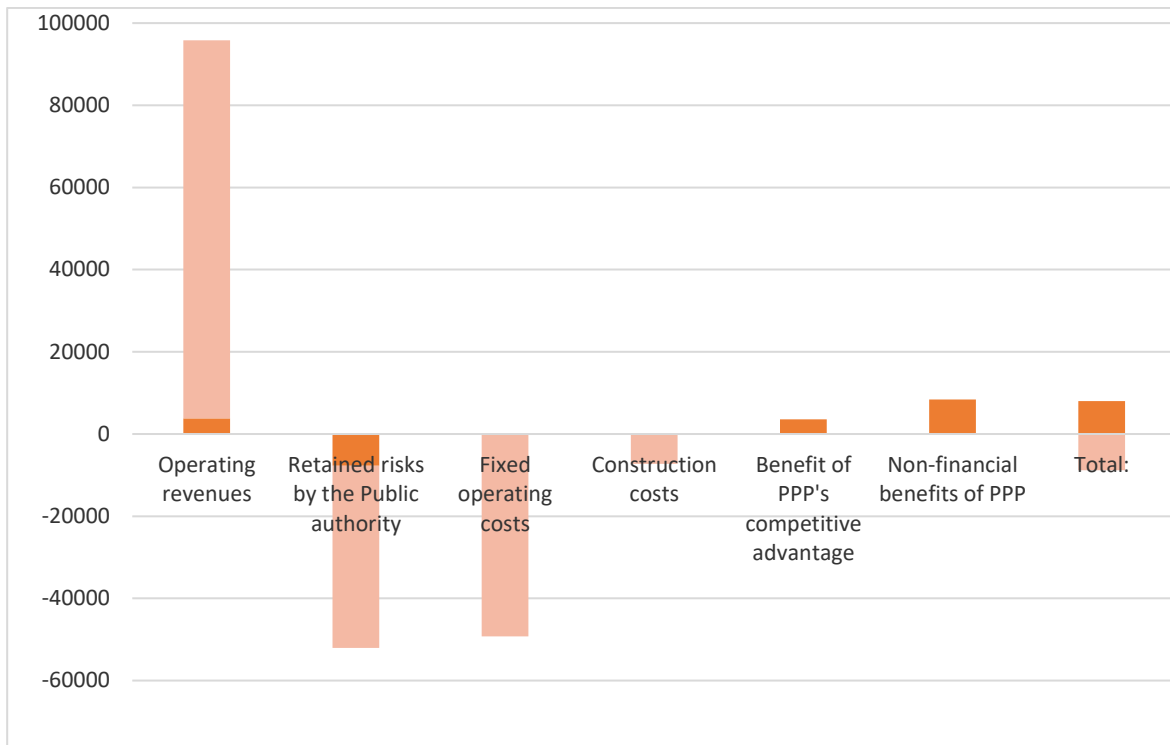
Для державного сектора чиста приведена вартість Проекту, виконаного на умовах ДПП, буде позитивною, тоді як чиста приведена вартість Проекту, виконаного з допомогою моделі державних закупівель, буде негативною. У випадку проектів громадської інфраструктури значення індикатора такого типу є нормальним, оскільки проекти державної інфраструктури частіше вигідні для державного сектору економічно, аніж фінансово, й дають позитивний економічний ефект. При цьому аналіз чітко показує, що для державного сектору Проект на умовах ДПП є більш вигідним, аніж з використанням державних закупівель, оскільки його чиста приведена вартість буде позитивною, а різниця у значенні чистої вартості порівняно з держзакупівлями становитиме 16872,9 тис. грн. Ефективність використання коштів у відсотках розраховується наступним чином:

$$VfM = (\text{ЧПВ[ДПП]} - \text{ЧПВ[PPrc]}) / \text{ЧПВ[PPrc]} * 100 \%$$

VfM дорівнює 191%, що означає, що у випадку виконання Проекту у форматі ДПП отриманий ефект майже удвічі перевищуватиме витрати, понесені внаслідок державних закупівель.

Графічне представлення вищезазначеного аналізу показано на **Мал. 11** нижче.

¹⁰² Складено авторами.



Мал. 12. Порівняльний графічний аналіз економічності Проекту, ЧПВ.¹⁰³

¹⁰³ Складено авторами.

8. ПЛАН ВИКОНАННЯ ПРОЕКТУ

8.1. Інформація про земельну ділянку та пов'язані з нею права. План заходів щодо здійснення таких прав

Проаналізований проект не передбачає передання земельної ділянки у користування приватному партнерові.

8.2. Аналіз майна, яке необхідно передати приватному партнерові (перевірка правовстановлюючих документів, обмежень, інвентаризація тощо)

Майно, запропоноване для використання у Проекті, представлено наявними та не використовуваними Приміщеннями на 3-му поверсі Хірургічного відділення Лікарні, що можуть бути використані для виконання Проекту на основі приватного партнерства:

- загальна площа: 474,38 кв.м. (інвентарний номер Хірургічного відділення: 10310002);
- балансова вартість: 7976101,05 грн.

Вищезазначені приміщення знаходяться на балансі комунального підприємства «Трускавецька міська лікарня» й є власністю територіальної громади.

Приміщення вакантні. Оскільки у приміщеннях немає електропідстанції, товарно-матеріальних цінностей, машин чи обладнання, додаткової інвентаризації не проводилося.

8.3. Очікуваний екологічний вплив

Виконання передбачених Проектом у форматі ДПП заходів у сфері охорони здоров'я на території м. Трускавець, не підлягає жодним екологічним або технічним обмеженням, оскільки проект не передбачає збільшення виробництва електроенергії, підвищення потреб у водо- та теплопостачанні, а поточні технічні можливості інфраструктури Лікарні дозволяють забезпечити діяльність Центру відповідно до прогнозованих потреб.

8.4. Вплив проекту на державні бюджети різних рівнів

Як видно з Таблиці № 44, загальний позитивний фінансовий вплив Проекту для різних державних та муніципальних бюджетів становитиме 78041 тис. грн. у реальних цінах (без урахування інфляції), або 18634 тис. грн., якщо розрахувати ЧПВ такого позитивного ефекту.

Табл. 44. Фінансовий вплив Проекту на державні бюджети різних рівнів.

Вид платежу до/від державного сектора за весь термін виконання Проекту (25 років)	тис. грн.
Суми субсидій у реальному вираженні, 2018 р.	0,0
ПВ для субсидій у реальному вираженні, 2018 р.	0,0
Сума отриманих орендних платежів у реальному вираженні, 2018 р.	13929,4
ПВ для орендних платежів у реальному вираженні, 2018 р.	3805,5

Суми ПДВ та податку на робочу силу у реальному вираженні, 2018 р.	63004,7
ПВ ПДВ та податку на робочу силу у реальному вираженні, 2018 р.	15629,3
Суми податку на прибуток підприємств у реальному вираженні, 2018 р.	15037,2
ПВ податку на прибуток підприємств у реальному вираженні, 2018 р.	3004,8
Сума надходжень до держ. бюджету (- субсидії + отримані орендні платежі+ ПДВ і податок на оплату праці + податок на прибуток підприємств)	78041,9
ПВ надходжень до держ. бюджету у реальному вираженні, 2018 р.	18634,1

8.5. Тривалість та етапи виконання Проекту

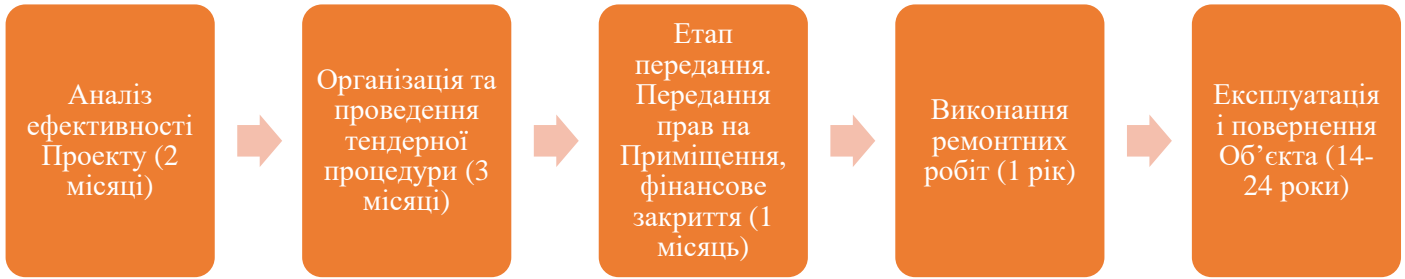
Оцінка Проекту з різних точок зору свідчить, що він має виконуватися шляхом залучення приватного партнера/інвестора.

Табл. 45. Етапи виконання та орієнтовні часові межі проекту.

Етап виконання	Тривалість виконання
1. Аналіз ефективності Проекту	2 місяці
2. Організація та проведення тендерної процедури	3 місяці
3. Етап передавання. Передання прав на Приміщення, фінансове закриття	1 місяць
4. Виконання ремонтних робіт:	1 рік
– складання проектно-конструкторської документації Проекту (2 місяці);	
– Отримання дозволів на реконструкцію (2 місяці);	
– Проведення реконструкції Приміщень (6-12 місяців);	
– Придбання та установка обладнання (до 6 місяців);	
5. Експлуатація Об'єкта	до 14-24 років
6. Повернення Об'єкта територіальній громаді	

Складено авторами.

Аналіз ефективності - це процедура, визначена Законом «Про приватно-державне партнерство», яка вимагає детального обґрунтування соціально-економічних та екологічних наслідків ДПП, а також результатів аналізу економічних та фінансових показників виконання Проекту, підвищення соціальних наслідків ДПП шляхом розрахунку рівня якості послуг та попиту на товари (роботи та послуги); зменшення екологічних наслідків ДПП з урахуванням можливих несприятливих впливів на навколишнє середовище.



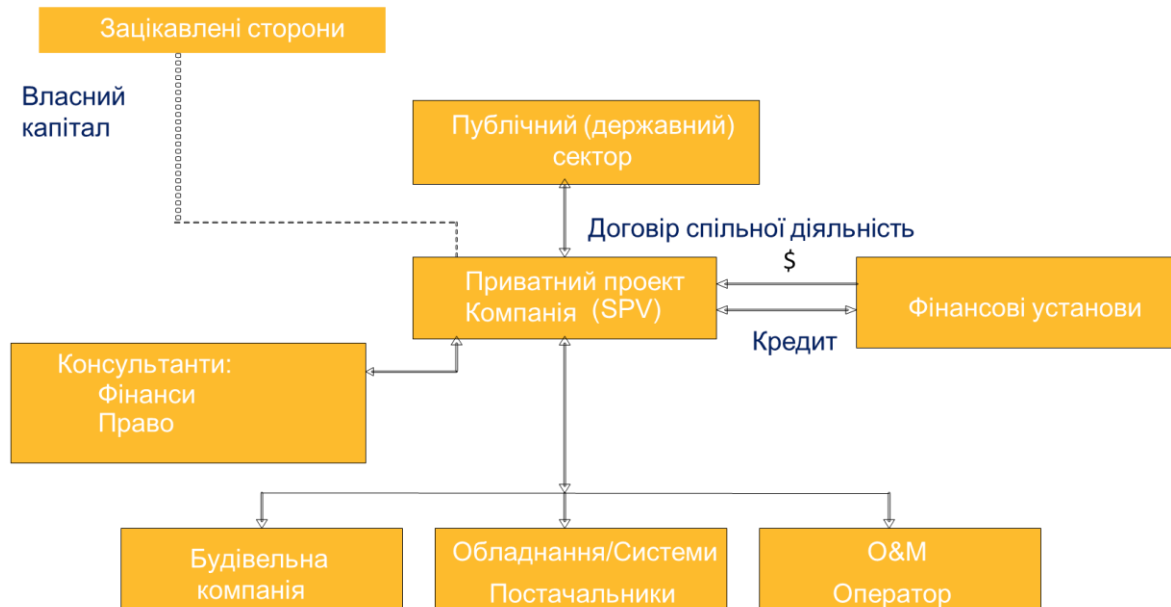
Мал. 13. Рекомендовані подальші кроки виконання Проекту.

Тендерна процедура проводиться, якщо висновки аналізу ефективності є позитивними, та включає в себе такі процедури:

- прийняття рішення про проведення тендерної процедури;
- створення тендерної комісії;
- публічне оголошення про проведення конкурсу;
- прийняття початкових пропозицій від учасників тендеру;
- проведення початкової кваліфікації учасників тендеру;
- проведення тендерної процедури та визначення переможця торгів;
- укладання договору.

8.6. Організаційна структура Проекту та відповідальність Сторін

Організаційна структура Проекту показана на Мал. 13 нижче.



Мал. 14. Організаційна структура Проекту.¹⁰⁴

Приватний партнер здійснюватиме орендні платежі на користь Лікарні; з планового прибутку Лікарні буде сформований спеціальний фонд. Кошти фонду використовуватимуться на розсуд Лікарні у випадку збільшення потреби фінансування її діяльності. Така практика

¹⁰⁴ Складено авторами.

отримання комунальними установами коштів від оренди майна, що знаходиться на балансі бюджетних установ, є усталеною.

Якщо партнерську угоду буде укладено, управління виконанням проектних обов'язків кожної з сторін Проекту здійснюватиметься згідно з зазначеним у Табл. 45 нижче.

Табл. 46. Розподіл основних завдань з виконання Проекту.

Учасник	Основні завдання
Міська рада Трускавця	<ul style="list-style-type: none"> - контроль за виконанням угоди; - забезпечення виконання зобов'язань державного сектора, визначених в угоді; - контроль за наданням медичних послуг соціально незахищеним верствам суспільства; - контроль за якістю наданих медичних послуг; - контроль за сплатою податків і зборів.
Трускавецька міська лікарня	<ul style="list-style-type: none"> - передача приміщень на 3-му поверсі Хірургічного відділення Лікарні приватному партнерові у користування з метою виконання цілей Проекту; - забезпечення доступу приватного партнера до мережі електро-, тепло-, водопостачання та водовідведення Лікарні на період виконання Проекту; - надання пацієнтам Центру можливості проходження передопераційних обстежень у Лікарні; - залучення медичного та обслуговуючого персоналу Лікарні до здійснення діяльності Центру.
Приватний партнер	<ul style="list-style-type: none"> - реконструкція майна; - придбання та встановлення високотехнологічного обладнання для малоінвазивних хірургічних втручань; - надання послуг; - здійснення орендних платежів; - включення до Проекту спеціалістів-контролерів з досвідом інноваційних методів діагностики/лікування.
Кредитні установи	<ul style="list-style-type: none"> - забезпечення фінансуванням відповідного розміру згідно з умовами партнерської угоди; - контроль за фінансовими результатами діяльності приватного партнера.
Споживачі	<ul style="list-style-type: none"> - споживання послуг; - контроль якості наданих медичних послуг.
Підрядники/постачальники	<ul style="list-style-type: none"> - своєчасне та високоякісне виконання робіт; - своєчасне постачання високотехнологічного обладнання для широкого кола малоінвазивних хірургічних втручань; - своєчасна доставка лікарських засобів та інструментів; - постачання комунальних послуг.

Складено авторами.

8.7. Припущення щодо продовження Проекту та специфікації Послуг

Слід зазначити, що забезпечення найкращих результатів для державного сектора потребує стабільної командної діяльності, взаємної співпраці та командного духу. Крім того, під час державних закупівель та при залученні зовнішніх експертів важливо зберігати конфіденційність інформації та обачливість щодо її розголошення.

Для забезпечення безперешкодного надання медичних послуг необхідна тісна співпраця між приватним партнером та іншими структурними підрозділами Лікарні й санаторно-курортними закладами Трускавця.

Використання малоінвазивної хірургії має суттєво скоротити тривалість стаціонарного лікування пацієнта (в середньому, з п'ятнадцяти днів перебування у стаціонарі до п'яти-семи днів). Після проведених операцій пацієнти продовжать реабілітацію у санаторно-курортних закладах Трускавця.

Діяльність Центру повинна забезпечувати можливість наукового та практичного співробітництва між працівниками Центру та провідними університетськими клініками та лікувальними закладами України та інших країн, в т. ч., участь у виконанні міжнародних проектів, спрямованих на поліпшення малоінвазивної допомоги. Також слід забезпечити можливість здійснення спільних науково-дослідних проектів та проведення клінічних випробувань.

Встановлений медичний центр надаватиме малоінвазивні медичні послуги. Перед призначенням на операцію пацієнти Центру будуть зобов'язані пройти встановлені передопераційні процедури: обстеження та консультацію терапевта; лабораторні дослідження (повний аналіз сечі і повний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, гемостатичну пробу тощо); ЕКГ. Пацієнти Центру матимуть можливість проходити зазначені випробування у поліклініці та діагностичних підрозділах міської лікарні м. Трускавець, оскільки Лікарня має достатньо кваліфікованих кадрів і відповідне матеріально-технічне забезпечення. Обсяги послуг, які надаватимуться Лікарнею місту, пропорційно залежатиме від кількості пацієнтів Центру.

У новоствореному центрі планується провести наступні медичні операції:

1. Ультразвукові дослідження, в т. ч., ультразвукову діагностику шлунку, кишківнику, нирок і кровоносних судин головного мозку, очей та інших органів.
2. Денний моніторинг артеріального тиску, моніторинг ЕКГ.
3. Малоінвазивні загальнохірургічні втручання:
 - лапароскопічну холецистектомію;
 - лапароскопічну апендектомію;
 - лапароскопічну герніопластику;
 - лапароскопічну ТАПП-герніопластику (трансабдомінальну предочеревинну);
 - лапароскопічну бариатричну хірургію черева;
 - лапароскопічну герніопластику з фундоплакацією діафрагмальної грижі.
4. Гінекологічні малоінвазивні втручання:
 - гістроскопію;
 - діагностичну лапароскопію;
 - лапароскопічну тубектомію;
 - лапароскопію фалопієвих труб з хромгідротубацією;
 - лапароскопічну цистектомію;

- лапароскопічне хірургічне лікування полікістозу яєчників (каутеризацію, лапароскопічний дрелінг яєчників);
 - лапароскопічне хірургічне лікування ендометріозу;
 - лапароскопічну міомектомію, тобто вагінальну міомектомію;
 - лапароскопічну стерилізацію, тобто перев'язку маткових труб;
 - лапароскопічний вісцерозіл, тобто розсічення тазових спайок;
 - пластичну хірургія задньої вагінальної стінки (видалення вагінальної перегородки).
8. Малоінвазивні втручання в області урології:
- трансуретральну резекцію простати (ТУР);
 - трансуретральну резекцію сечового міхура (ТУР);
 - черезшкірну нефростомію з УЗД- контролем;
 - пункцію ниркової кісти та склеротерапію;
 - розширення зовнішнього сечовивідного каналу;
 - оптичну уретротомію.
9. Відеогастродуоденоскопію та відеоколоноскопію.
10. Лазерне лікування вузлового зобу (struma nodosa).

9. ПІДСУМКОВА ІНФОРМАЦІЯ ПРО ТЕХНІКО-ЕКОНОМІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ

№.	Дані Проекту	Опис даних Проекту
1.	Державні послуги, підвищити якість яких має Проект	Надання медичних та хірургічних послуг.
2.	Мета Проекту	Підвищити доступність вдосконалених хірургічних послуг у м. Трускавці.
3.	Заходи Проекту	<ol style="list-style-type: none"> Надання послуг малоінвазивної хірургії у вибраній інфраструктурі. Реконструкція існуючих Приміщень з їхньою адаптацією до хірургічної діяльності, придбання обладнання.
4.	Ініціатор Проекту	Комунальне підприємство «Трускавецька міська лікарня»
5.	Партнер(и) Проекту	Міська рада м. Трускавець
6.	Бюджет Проекту, грн.	8308500 тис. грн. (без ПДВ)
7.	Виділення коштів з державного бюджету	0 грн.
8.	Місце виконання Проекту	Трускавець
9.	Тривалість Проекту	18 місяців

ДОДАТКИ

Додаток 1. Фінансові розрахунки інвестиційного проекту (додаються окремим документом)

Додаток 2. Короткий опис лікувально-профілактичних процедур, які надаватимуться у Центрі малоінвазивної хірургії (українською)

Лапароскопічна апендектомія - це операція, що має всі переваги ендовідеохірургічного втручання - мала травматичність, короткі терміни стаціонарного лікування і реабілітації, низька частота післяопераційних ускладнень, косметичний ефект.

До особливої переваги методу слід віднести виконання попередньої діагностичної лапароскопії, передуючій основному етапу операції, завдяки якій хірург може повноцінно оглянути черевну порожнину, і, за відсутності запальних змін апендикса, діагностувати і ліквідувати інше захворювання, симулює приступ гострого апендициту (позаматкову вагітність, перекрут або розрив кісти яєчника, апоплексію яєчника та інше).

Баріатрична операція (ожиріння, цукровий діабет тип II)

Надмірна маса тіла – для когось це просто косметична проблема, а для деякого – серйозні ризики для здоров'я. В усьому світі йдуть активні пошуки засобів для лікування ожиріння, проте навіть найсучасніші із них не завжди дають бажаний ефект.

Відносно недавно американські хірурги раптом виявили, що в багатьох пацієнтів з ожирінням після певного виду втручань на шлунку помітно прискорюється втрата надлишкової ваги. Понад те, виявився ще один позитивний, хоч і несподіваний ефект: у пацієнтів з ожирінням і цукровим діабетом 2 типу істотно покращувався вуглеводний обмін – нормалізувався рівень цукру в крові, а в пацієнтів з важчим перебігом діабету зменшувалася потреба в дозі інсуліну чи цукрознижувальних таблеток; в багатьох осіб взагалі відпала потреба в таких ліках. Це стало підставою для розробки новітнього методу лікування ожиріння (в т.ч. і поєданого з цукровим діабетом 2 типу) – так званий метод баріатричної хірургії.

Суть операції полягає в зменшенні об'єму шлунка, що дає відчуття швидкого насичення, причому після споживання меншої кількості їжі, ніж до операції. Це – малоінвазивна технологія, коли через невеликі розрізи на черевній стінці (довжиною 0,5-1,0 см) у черевну порожнину вводиться лапароскоп та інструменти. За їх допомогою хірурги й провели пацієнтові К операцію зі зменшення об'єму шлунка до заданих розмірів – так зване «гофрування» шлунка (своєрідне «обшивання» шлунка). Цей вид баріатричної операції – безпечний, бо не передбачає відсічення частки шлунка, навіть немає його пересічення; не залишаються сторонні предмети (кільця) в шлунку чи навколо нього, що потенційно могло б у післяопераційному періоді зумовити появу таких ускладнень як неспроможність швів чи реакцію відторгнення.

Лапароскопічна герніопластика є сучасним вискоефективним хірургічним методом оперування гриж живота, що дозволяє істотно зменшити післяопераційні болі і скоротити терміни одужання. Операція проводиться через невеличкі отвори довжиною 0,5-1,5 см.

Розріз черевної порожнини відбувається за допомогою спеціальної тонкої трубки - троакару. Через троакар хірург вводить черевну порожнину лапароскоп, до якого підключена відеокамера і джерело світла, що дозволяють виводити зображення на монітор та стежити за ходом операції. Далі в черевну порожнину вводяться ще два троакари, через які вводяться необхідні для операції інструменти: затискач для захоплення тканини та інструмент для закріплення синтетичного матеріалу.

Лапароскопічна операція виконується під загальним наркозом і зазвичай не займає більше однієї години. Після операції не потрібен тривалий період реабілітації і вже через кілька годин пацієнти можуть відправитися додому. Як правило, післяопераційний біль області проколів проходить через 1-2 дні. Повертатися до звичної життєдіяльності можна через два тижні після операції, але тільки після обов'язкового огляду у хірурга. В цей період рекомендується уникати фізичних навантажень та занять спортом.

Порівняно з традиційними методами оперування гриж черевної стінки, лапароскопічна герніопластика має ряд істотних переваг. Лапароскопічна герніопластика здійснюється через три невеликих розрізи, які легко гояться

і залишаються практично непомітними. Це дозволяє уникнути травмування м'язової тканини, що сприяє більш швидкому одужанню і поверненню до звичного життя. Традиційна ж герніопластика, що проводиться при відкритому видаленні грижі, вимагає виконання великого шкірного розрізу. Це серйозно травмує м'язову тканину і збільшує реабілітаційний термін. При цьому все навантаження після такої операції лягає на шви. Оскільки стійкий рубець формується близько 4-х місяців, то будь-які фізичні навантаження в цей період заборонені, оскільки можуть привести до розтягування рубця і рецидиву грижі. При лапароскопічній герніопластиці синтетична латка на грижовий отвір накладається рівномірно зсередини черевної порожнини, що дозволяє знизити термін повної реабілітації до 10 днів. Також слід зазначити, що лапароскопічна герніопластика володіє вищим косметичним ефектом, так як операційні розрізи швидко заживають і стають непомітними.

Лапароскопічна герніопластика з фундоплікацією діафрагмальних гриж

Лапароскопічна хірургія грижі стравохідного отвору діафрагми (ГСОД) – малоінвазивне оперативне втручання, абсолютно показане при неефективності комплексної консервативної терапії рефлюкс-езофагіту протягом 3-6 місяців. Оперативному лікуванню також підлягають будь-які інші ускладнення шлунково-стравохідного рефлюксу (хронічна анемія, пептична виразка стравоходу, стравохід Барретта), пов'язані з наявністю аксіальної грижі СОД. Досить часто поєднання жовчнокам'яної хвороби з діафрагмальною грижею є показанням до одночасної хірургічної корекції обох захворювань.

Обов'язковим є планове оперативне лікування і в разі наявності у пацієнта парезофагеальної грижі стравохідного отвору діафрагми. Небезпека її ущемлення диктує нагальну необхідність планової хірургічної корекції до розвитку ускладнення. Результати операцій, здійснених в плановому порядку значно кращі, а сама операція безпечніша.

Лапароскопічна хірургія гриж стравохідного отвору діафрагми складається з таких оперативно-технічних етапів: доступ в черевну порожнину через п'ять типових троакарних проколів, виділення абдомінального відділення стравоходу і кардіальної частини шлунка з спайкових зрощень, переміщення кардіального відділення шлунка в типове місце, виділення і ушивання ніжок стравохідного отвору діафрагми (крурорафія), виділення дна шлунка, створення навколо стравоходу антирефлюксного клапану (фундоплікаційної манжетки). При великих розмірах грижового отвору шви на ніжках діафрагми зміцнюються сітчастим протезом, дозволеним для розміщення в черевній порожнині.

Лапароскопічна трансабдомінальна перитонеальна герніопластика (ТАПП)

Ендоскопічна пластика - найбільш прогресивний метод хірургічного лікування пахових гриж. Лапароскопічна техніка оперативного втручання застосовується не тільки при бажанні пацієнта мати підвищений косметичний ефект, але і при двосторонніх пахових грижах, а також у поєднанні з іншими ендоскопічними операціями (холецистектомія, гінекологічні операції і т.д.). Особливими показаннями для виконання цієї операції є бажання пацієнта вести активний спосіб життя без зниження працездатності.

Операція виконується з 3 проколів передньої черевної стінки (10 мм, 5 мм, 5 мм), розташованих в навколупупкової ділянці. Під час операції задня стінка пахового каналу зміцнюється за рахунок полімерного імплантату, який встановлюється з боку черевної порожнини і поміщається в передочеревинному просторі між парієтальною очеревиною і м'язами передньої черевної стінки. Синтетичний імплантат фіксується до тканин герніостеплером (з титановими або монокриловими скобами, що розсмоктуються). Крім того можливе використання сіток, що утворюють фізико-хімічне зчеплення з тканинами або мають 3D структуру.

Техніка ТАПП відноситься до неналяжних методів герніопластики. Під час операції крім зміцнення задньої стінки пахового каналу також закриваються інші слабкі місця грижоутворення (стегова грижа і грижа затульного отвору).

Перевагами ТАПП-техніки в порівнянні з відкритими методами герніопластики є:

- виражений косметичний ефект
- максимальний комфорт для пацієнта в ранньому післяопераційному періоді
- низька ймовірність розвитку хронічного болю у віддаленому післяопераційному періоді
- можливість лікування двосторонніх гриж через один доступ
- лікування рецидивних гриж
- можливість виконання поєднаних ендоскопічних операцій на органах черевної порожнини
- зміцнення передньої черевної стінки та закриття грижових воріт проводиться з боку впливу внутрішньочеревного тиску, що знижує ризик рецидиву
- відсутність раневих ускладнень

- короткий загальний реабілітаційний період (фізичні навантаження можливі через 1,5-2 тижні)
- відсутність обмежень при наступних фізичних навантаженнях і в занять спортом
- відсутність негативного впливу сітки на сім'яний канатик у мужчин (зниження репродуктивної функції) через відсутність контакту сітки з сім'яним канатиком, що має місце при герніопластиці за Ліхтенштейном.

Ендовазально лазерна коагуляція варикозних вен (ЕВЛК)

Ендовазально лазерна коагуляція варикозних вен (ЕВЛК). Це лікування варикозної хвороби за допомогою високоенергетичних лазерів. Лазерна енергія поглинається гемоглобіном еритроцитів і протягом часток секунди трансформується в тепло (95-100 ° С), що приводить до своєрідного кипіння (вапоризації) плазми і формених елементів крові, що супроводжується термічним опіком ендотелію (стінки вени). В результаті в зоні лазерного впливу формуються щільний, швидкоорганізуючий тромб.

Переваги лазерного методу лікування

Розрізу не потрібно. Під місцевою анестезією новокаїном, проводиться прокол вени спеціальною голкою, через яку проводиться світлопровід в просвіт варикозної вени. Здійснюється безперервний контроль положення світлопроводу за допомогою ультразвукового сканеру.

Больові відчуття зведені до мінімуму, пацієнт відчуває тільки уколи при анестезії, про які його попереджає лікар. Лазерну коагуляцію можна виконувати одразу на обох ногах, переносимість її добра.

Відразу після процедури пацієнт може йти додому. Працездатність не порушується, потрібно лише дотримання встановленого лікарем режиму носіння компресійних панчіх. Чудовий косметичний результат. Після лазерного лікування слідів на шкірі не залишається, дуже рідко буває темна смужка шкіри, яка зникає через 2-3 місяці.

Технологія ендовеннозної лазерної коагуляції

Перед процедурою флеболог робить розмітку видимих варикозних вен, а фахівець ультразвукової діагностики уточнює розмір і хід основних і додаткових стовбурів варикозних вен. Під контролем УЗД в варикозну вену вводиться тонкий лазерний світлопровід.

Потім флеболог виробляє процедуру лазерної коагуляції. Включаючи лазер, він виводить світлопровід з вени і при цьому повністю "заварює" її. Лазерний вплив руйнує уражену варикозом вену. Пацієнт зазвичай не відчуває жодних відчуттів.

Відновлювальний період

По закінченні ЕВЛК флеболог повинен забезпечити певне здавлення варикозних вен, підданих лікуванню. Для цього застосовуються компресійні панчохи, які тонкі, пружні і довго зберігають задану міру тиску. У місця знаходження особливо великих варикозних вузлів додатково укладаються спеціальні латексні подушечки або ватні валики.

Лапароскопічна холецистектомія

Хірургічна операція дотепер залишається основним методом лікування хворих на жовчнокам'яну хворобу. Останнім часом в клінічну практику впроваджені малоінвазивні оперативні втручання, серед яких холецистектомія займає провідне місце. Лапароскопічна холецистектомія поєднує радикальність (видаляється патологічно змінений жовчний міхур з конкрементами) з малою травматичністю (майже повністю зберігається цілісність м'яких тканин черевної стінки, насамперед апоневрозу і м'язів), завдяки чому значно скорочуються терміни відновлення працездатності пацієнтів. Важливе значення має і косметичний ефект втручання - невеликі шкірні розрізи (5-10 мм) заживають з утворенням малопомітних рубчиків.

При лапароскопічній операції можливий нетравматичний огляд, а при необхідності і інструментальна ревізія всіх органів черевної порожнини і малого тазу.

Показаннями до лапароскопічної холецистектомії є:

- хронічний калькульозний холецистит;
- поліпи і холестероз жовчного міхура;
- гострий холецистит (у перші 2-3 доби від початку захворювання);
- хронічний безкам'яний холецистит;
- безсимптомний холецистолітіаз (великі і дрібні конкременти).

Основні протипоказання до лапароскопічної холецистектомії:

- порушення з боку серцево-легеневої системи;
- наявність в анамнезі операцій в черевній порожнині, особливо верхнього поверху (шлунка, дванадцятипалої кишки, печінки і селезінки), а також кишечника. При цьому можуть утворюватися спайки, які досить ускладнять хід операції і є ймовірність пошкодження органів;
- наявність інфільтрації в області жовчного міхура;
- онкозахворювання жовчного міхура;
- пізні терміни вагітності;
- наявність гострого панкреатиту, цирозу печінки, портальної гіпертензії.

Лапароскопічна холецистектомія проводиться під загальним наркозом (ендотрахеальний наркоз). Хворий на операційному столі вводиться в стан сну. Хірург вводить в живіт спеціальну голку, через яку в черевну порожнину нагнітається газ. Це значно покращує візуалізацію внутрішніх органів. Далі виконуються 4 розрізи довжиною 0,5-1,0см см, через які вводяться відеокамера і маніпуляційні інструменти. При видаленні жовчного міхура необхідно перетнути міхурову протоку і артерію. Для цього на них накладаються металеві кліпси. Жовчний міхур вилучають із черевної порожнини через один з розрізів. До ложа жовчного міхура підводиться тонкий дренаж. А на рани накладаються шви.

У більшості випадків, загальний стан пацієнта, після холецистектомії дозволяє його виписати зі стаціонару на третю добу. Термін поновлення трудової діяльності, визначається в індивідуальному порядку і залежить не тільки від успішності проведення оперативного втручання, але і від супутніх захворювань та віку пацієнта.

Додаток 3. Кошторис реконструкції Приміщень (розрахунок Лікарні).

ЗАТВЕРДЖЕНО
 Наказ Міністерства фінансів України
 28 січня 2002 року № 57
 (у редакції наказу Міністерства фінансів України
 04.12.2015 № 1118)

Затверджений у сумі: Тридцять вісім мільйонів двісті тридцять три тисячі сімсот грн.00 коп. (38233700,00 грн.)
 (суми словами і цифрами)

Міський голова *А.Б. Кульчинський*
 (підпис)
 13 січня 2017 року
 (число, місяць, рік)

М.П.

Управління Державної казначейської служби України у м. Трускавець Львівської області

ЗАРЕСТРОВАННО ТА ВЗЯТО НА ОБЛІК

№ **13 СІЧ 2017**

Регістраційний № робочої копії **022875**

Виповідальна особа *[підпис]*

КОШТОРИС на 2017 рік

01984228 Комунальне підприємство "Трускавецька міська лікарня"
 (код за ЄДРПОУ та найменування бюджетної установи)

м. Трускавець Львівської області
 (найменування міста, району, області)

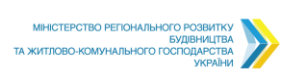
Вид бюджету **МІСЦЕВИЙ**

Ради міністрів Автономної республіки Крим, обласні державні адміністрації (господарські управління, відділи), Київська, Севастопольська міські державні адміністрації, районні державні адміністрації (управління, відділи), виконавчі органи місцевих рад

код та назва програмної класифікації видатків та кредитування державного бюджету

код та назва програмної класифікації видатків та кредитування місцевих бюджетів (код та назва Типової програмної класифікації видатків та кредитування місцевих бюджетів / Тимчасової класифікації видатків та кредитування для бюджетів місцевого самоврядування, які не застосовують програмно-цільового методу/ 0322010 Багатопрофільна стаціонарна медична допомога населенню

Найменування	Код	Усього на рік		РАЗОМ
		Загальний фонд	Спеціальний фонд	
1	2	3	4	5
НАДХОДЖЕННЯ - усього	X	34 717 100,00	3 516 600,00	38 233 700,00
Надходження коштів із загального фонду бюджету	X	34 717 100,00	X	34 717 100,00
Надходження коштів із спеціального фонду бюджету, у тому числі:	X	34 717 100,00	3 516 600,00	3 516 600,00
Надходження від плати за послуги, що надаються бюджетними установами згідно із законодавством	X	-	3 516 600,00	3 516 600,00
Плата за послуги, що надаються бюджетними установами згідно з їх основною діяльністю	25010000	X	2 607 800,00	2 607 800,00
Надходження бюджетних установ від додаткової (господарської) діяльності	25010100	X	2 207 800,00	2 207 800,00
Плата за оренду майна бюджетних установ	25010200	X	-	-
Надходження бюджетних установ від реалізації в установчому порядку майна (крім нерухомого майна)	25010300	X	-	-
розписати за підприємств	25010400	X	-400 000,00	400 000,00
Інші джерела власних надходжень бюджетних установ (розписати за підприємств)	25020000	X	-	-
Інші надходження, у тому числі:	X	-	-	-
Інші доходи (кошти бюджету розвитку)	X	-	-	-
фінансування (розписати за видами класифікації фінансування бюджету за типом боргового зв'язання)	X	908 800,00	908 800,00	908 800,00
повернення кредитів до бюджету (розписати за кодами програмної класифікації видатків та кредитування бюджету, класифікації)	X	908 800,00	-	908 800,00
ВИДАТКИ ТА НАДАВАННЯ КРЕДИТІВ - усього	X	34 717 100,00	3 516 600,00	38 233 700,00
Поточні витрати	X	34 717 100,00	3 516 600,00	38 233 700,00
Оплата праці	2000	34 717 100,00	2 607 800,00	37 324 900,00
Заробітна плата	2110	20 462 400,00	1 609 700,00	22 072 100,00
Грошове забезпечення військовослужбовців	2111	20 462 400,00	1 609 700,00	22 072 100,00
Нарахування на оплату праці	2112	-	-	-
Використання товарів і послуг	2120	4 317 300,00	354 100,00	4 671 400,00
Предмети, матеріали, обладнання та інвентар	2200	9 354 100,00	422 400,00	9 776 500,00
Медикаменти та фармацевтичні матеріали	2210	317 000,00	73 400,00	390 400,00
Продукти харчування	2220	1 361 300,00	90 000,00	1 451 300,00



Техніко-економічне обґрунтування Проекту «Створення Центру малоінвазивної хірургії» у м. Трускавці

1	2	3	4	5
Оплата услуг (крім комунальних)				
Видатки на відрядження	2240	425 900,00	34 900,00	460 800,00
Видатки та заходи спеціального призначення	2250	76 700,00	4 600,00	81 300,00
Оплата комунальних послуг та енергоносіїв	2260	-	-	-
Оплата тепlopостачання	2270	6 337 000,00	190 500,00	6 527 500,00
Оплата водopостачання та водовідведення	2271	5 244 400,00	131 100,00	5 375 500,00
Оплата електроенергії	2272	370 700,00	27 000,00	397 700,00
Оплата природного газу	2273	721 900,00	28 400,00	750 300,00
Оплата інших енергоносіїв	2274	-	-	-
Оплата енергосервісу	2275	-	4 000,00	4 000,00
Дослідження і розробки, окремі заходи по реалізації державних (регіональних) програм	2276	-	-	-
Дослідження і розробки, окремі заходи розвитку по реалізації державних (регіональних) програм	2280	8 000,00	-	8 000,00
Окремі заходи по реалізації державних (регіональних) програм, не віднесені до заходів розвитку	2281	-	-	-
Обслуговування боргових зобов'язань	2282	8 000,00	-	8 000,00
Обслуговування внутрішніх боргових зобов'язань	2400	-	-	-
Обслуговування зовнішніх боргових зобов'язань	2410	-	-	-
Поточні трансферти	2420	-	-	-
Субсидії та поточні трансферти підприємствам (установам, організаціям)	2600	-	-	-
Поточні трансферти органам державного управління інших рівнів	2610	-	-	-
Поточні трансферти урядам іноземних держав та міжнародним організаціям	2620	-	-	-
Соціальне забезпечення	2630	-	-	-
Виплата пенсій і допомоги	2700	580 000,00	-	580 000,00
Стипендії	2710	-	-	-
Інші виплати населенню	2720	-	-	-
Інші поточні видатки	2730	580 000,00	-	580 000,00
Капітальні видатки	2800	3 100,00	221 600,00	224 700,00
Придбання основного капіталу	3000	-	908 800,00	908 800,00
Придбання обладнання і предметів довгострокового користування	3100	-	908 800,00	908 800,00
Капітальне будівництво (придбання) житла	3110	-	100 000,00	100 000,00
Капітальне будівництво (придбання) житла	3120	-	-	-
Капітальне будівництво (придбання) інших об'єктів	3121	-	-	-
Капітальний ремонт	3122	-	-	-
Капітальний ремонт житлового фонду (приміщень)	3130	-	808 800,00	808 800,00
Капітальний ремонт інших об'єктів	3131	-	-	-
Реконструкція та реставрація	3132	-	808 800,00	808 800,00
Реконструкція житлового фонду (приміщень)	3140	-	-	-
Реконструкція та реставрація інших об'єктів	3141	-	-	-
Реставрація пам'яток культури, історії та архітектури	3142	-	-	-
Створення державних запасів і резервів	3143	-	-	-
Придбання землі та нематеріальних активів	3150	-	-	-
Капітальні трансферти	3160	-	-	-
Капітальні трансферти підприємствам (установам, організаціям)	3200	-	-	-
Капітальні трансферти органам державного управління інших рівнів	3210	-	-	-
Капітальні трансферти урядам іноземних держав та міжнародним організаціям	3220	-	-	-
Капітальні трансферти населенню	3230	-	-	-
Надання внутрішніх кредитів	4100	-	-	-
Надання кредитів органам державного управління інших рівнів	4110	-	-	-
Надання кредитів підприємствам, установам, організаціям	4111	-	-	-
Надання інших внутрішніх кредитів	4112	-	-	-
Надання зовнішніх кредитів	4113	-	-	-
Неповторені видатки	4210	-	-	-
	9000	-	-	-

Керівник:
 Керівник бухгалтерської служби / Начальник планово-фінансового відділу
 13 січня 2017 року
 (число, місяць, рік)

(Підпис)
 (підпис)

І.С.Стасюк
 (ініціали і прізвище)
 І.І.Карпа
 (ініціали і прізвище)

* Діє за допомогою програмно-цілового методу складання та виконання місячних бюджетів проставляються код та назва тимчасової класифікації видатків та кредитування місячного бюджету.
 ** Сума проставляється за кодом відповідно до класифікації кредитування бюджету та не враховується у рядку "НАДХОДЖЕННЯ - усього".
 *** Застосовується розпорядником виконання, крім головних розпорядників та підпорядкованих підрозділів, яким безпосередньо встановлені призначення у державному бюджеті.