

Міністерство освіти і науки України
Національний університет водного господарства та природокористування
Навчально-науковий інститут економіки та менеджменту
Кафедра публічного управління, адміністрування та інформаційної діяльності

*Пояснювальна записка
до кваліфікаційної магістерської роботи*

на тему:

**УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО
УПРАВЛІННЯ ПРИВАТНОЮ МЕДИЦИНОЮ В УКРАЇНІ**

Виконала: студентка 2 курсу, групи ДСз - 21м
281 «Публічне управління та адміністрування»
освітньої програми «Державна служба»

Пігарчук Марія Георгіївна

Керівник: к.е.н., доцент кафедри публічного
управління, адміністрування та інформаційної
діяльності

Антонова Світлана Євгеніївна

Рецензент: доктор наук з державного управління

Тихончук Леся Хотіївна

Магістерська робота захищена

З оцінкою « 94,5 »

Рівне – 2022

Ім'я користувача:
Марія Георгіївна Пігарчук

ID перевірки:
1013352477

Дата перевірки:
26.12.2022 12:31:57 EET

Тип перевірки:
Doc vs Library

Дата звіту:
26.12.2022 12:36:45 EET

ID користувача:
9182

Назва документа: Piharchuk_Mariia_Heorhiivna_Publichne_upravlinnia_ta_administruvannia.doc

Кількість сторінок: 96 Кількість слів: 22221 Кількість символів: 174017 Розмір файлу: 1.20 MB ID файлу: 1013115845

30.8%

Схожість

Найбільша схожість: 8.43% з джерелом з Бібліотеки (ID файлу: 1011569173)

Пошук збігів з Інтернетом не проводився

30.8% Джерела з Бібліотеки

910

Сторінка 98

16% Цитат

Цитати

37

Сторінка 99

Вилучення списку бібліографічних посилань вимкнене

0%

Вилучень

Немає вилучених джерел

Модифікації

Виявлено модифікації тексту. Детальна інформація доступна в онлайн-звіті.

Замінені символи

12

ЗМІСТ

ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ПРИВАТНОЮ МЕДИЦИНОЮ.....	9
1.1. Сутність та особливості державного управління приватною медициною ..	9
1.2. Організаційно-правове забезпечення державного управління приватною медициною	19
1.3. Зарубіжний досвід державного управління приватною медициною	31
Висновки до розділу 1	41
РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ПРИВАТНОЮ МЕДИЦИНОЮ В УКРАЇНІ.....	43
2.1. Сучасний стан приватної медицини в Україні.....	43
2.2. Оцінка фінансового забезпечення державного управління приватної медицини.....	50
2.3. Взаємодія діяльності приватної медицини з Національною службою Здоров'я України.....	57
Висновок до розділу 2.....	64
РОЗДІЛ 3 ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ПРИВАТНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ.....	67
3.1. Імплементация зарубіжного досвіду державного управління приватної медицини для України	68
3.2. Стратегічні напрямки розвитку державного управління приватною медициною	77
3.3. Заходи удосконалення державного управління приватної медицини в Україні	84
Висновки до розділу 3	92
ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ.....	95
СПСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	102

ВСТУП

Актуальність теми. Нині для кожного з нас стало звичним явищем існування двох видів медицини – державної та приватної. Незважаючи на те, що Союз Радянських Соціалістичних Республік довгий час цілеспрямовано намагався перевести медичну практику у сферу суто державного регулювання та монополії, приватний сектор усе ж таки зумів протягом часу існування незалежної України стати гідним конкурентом для однозначно застарілої радянської системи комунальних медичних закладів та навіть перевершити комунальний медичний заклад за якістю послуг і обслуговування громадян. Допомогає в цьому і поступовий перехід висококваліфікованих лікарів до приватних медичних центрів, де вони отримують як вищу заробітну плату, так і страхування їхньої діяльності, що вигідно вирізняє їх з-поміж інших спеціалістів, які мають менше забезпечення. Це породило дисбаланс між рівнем кваліфікації державних, комунальних та приватних медичних закладів. До того ж самі пацієнти лікарень дедалі частіше віддають перевагу саме комерційним лікарням. Такий феномен пов'язаний із негласним правилом, що надійною є лише приватна медицина, за якісне лікування потрібно платити більше. Хоча на перший погляд таке твердження може видаватися хибним, дедалі частіше ми можемо спостерігати практику, коли приватні лікарні залишаються єдиним місцем, куди ми можемо звернутися. Так, станом на листопад 2020 р. комунальні лікарні майже не приймають пацієнтів унаслідок коронавірусного «локдауну». Через це тих, хто бажає скористатися послугами приватних клінік, стає більше.

У дослідженні проблем удосконалення державного управління приватною медициною в можна виокремити наукові праці таких авторів: С. Антонюка, О.В. Баєвої, Ю.В. Бережної, О.В. Бобришевої, В.К. Весельського, З.С. Гладуна, В.Д. Долота, Л.А. Дудки, О.А. Євтушенка, Ю.Б. Іванова, В.В. Ляховченка, В.М. Пашкова, О.В. Поживілової, Я.Ф. Радиш, М.М. Шутова, Я.О. Янчак та інших.

Мета дипломної роботи – дослідження та розробка практичних рекомендацій щодо удосконалення державного управління приватною медициною в Україні.

Для досягнення мети визначено такі *завдання*:

- розкрити сутність та особливості державного управління приватною медициною ;
- охарактеризувати організаційно-правове забезпечення державного управління приватною медициною;
- розглянути зарубіжний досвід державного управління приватною медициною;
- проаналізувати сучасний стан приватної медицини в Україні;
- провести оцінку фінансового забезпечення державного управління приватної медицини;
- розглянути взаємодію діяльності приватної медицини з Національною службою;
- запропонувати імплементацію зарубіжного досвіду державного управління приватної медицини для України;
- розкрити стратегічні напрямки розвитку приватної медицини в Україні;
- навести заходи удосконалення державного управління приватної медицини в Україні.

Об'єктом дипломної роботи є процес державного управління приватною медициною в Україні.

Предметом дослідження є теоретико-методологічні основи та практичні аспекти удосконалення державного управління приватною медициною в Україні.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої в кваліфікаційній роботі мети були використані загальнонаукові та спеціальні методи наукового

дослідження: аналізу та синтезу, систематизації, компаративний, класифікації, термінологічний, проблемно-орієнтовний.

Інформаційну базу дослідження становлять: закони України, укази Президента України, постанови Кабінету Міністрів України; довідкові та інструктивні матеріали; наукові праці різних жанрів інших авторів; періодичні видання; інформаційні матеріали, розміщені в мережі Інтернет.

Практичне значення результатів дослідження: полягає у розробці та науковому обґрунтуванні рекомендацій щодо напрямів удосконалення державного управління приватною медициною в Україні.

Структура роботи. Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ПРИВАТНОЮ МЕДИЦИНОЮ

1.1. Сутність та особливості державного управління приватною медициною

Державне регулювання ринку діяльності приватних закладів охорони здоров'я є складною системою, що призначене для досягнення поставлених цілей, яке має визначену структуру, сукупність правових норм, методи, засоби, інструменти державного впливу на об'єкт управління та скероване для реалізації відповідної політики у визначеній сфері суспільного розвитку, що дає можливість визначити основні напрями управлінських впливів під час проведення реформування галузі. У нових економічних умовах Україна потребує реформування державного управління діяльності приватних закладів охорони здоров'я задля ефективного інтегрування в структуру країн Європейського Союзу. Ефективність управлінської діяльності визначається рівнем раціональної організації керованої системи і процесом управління. Підвищення ефективності системи державного управління діяльності приватних закладів охорони здоров'я вимагає пошуку найкращих організаційних форм, методів, технологій відповідно до встановлених критеріїв оцінки результатів. У якості таких можуть виступати критерії раціональної організації системи та її складових елементів, управлінської праці та самого процесу управління, рівень управлінської кваліфікації керівних кадрів [2].

Як зазначає Вовк С.М.: « Інструментарій державного регулювання діяльності приватних закладів охорони здоров'я розглядаємо як цілісність методів та принципів, поетапністю яких є взаємовигідність суб'єктів господарювання з ціллю кількісного та якісного впливу на задоволення медичних потреб суспільства та сталий розвиток діяльності на ринку медичних послуг. Використання інструментів має бути направлено на підвищення

ефективності функціонування й конкурентоспроможності, типізованими критеріями якої має бути доступність медичної допомоги, рівень та якість медичних послуг, максимальне використання усіх ресурсів, оптимізація процесу менеджменту завдяки удосконаленню принципів, підходів та функцій управління» [2]. Класифікацію інструментів державного регулювання сфери охорони здоров'я наведено на рис.1.1.

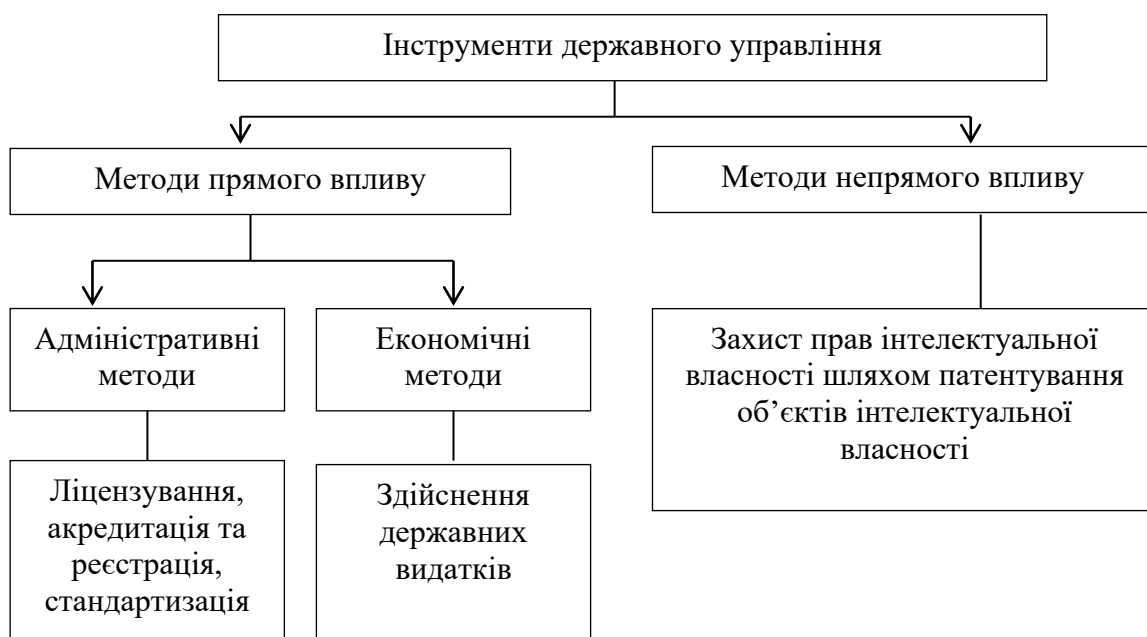


Рис.1.1 Класифікація інструментів державного регулювання сфери охорони здоров'я [2]

Як видно з рисунка, класифікація інструментів державного регулювання сфери охорони здоров'я поділяється на методи прямого та непрямого впливу. До методів прямого впливу належать адміністративні (ліцензування; акредитація та реєстрація; стандартизація) та економічні (здійснення державних видатків). Під час регулювання сфери охорони здоров'я методи непрямого впливу (захист прав інтелектуальної власності шляхом патентування об'єктів інтелектуальної власності) не використовуються.

Регулюючи ринок медичних послуг держава виконує такі дві функції: соціальну та економічну. Сутність першої полягає в забезпеченні справедливості та доступності для всього населення, незалежно від рівня доходів громадян та статусу, а економічна функція полягає у забезпеченні

конкуренції між надавачами медичних послуг, вдосконаленні системи ліцензування та акредитації медичних установ, забезпеченні якісного рівня медичного обслуговування, використанні податкових інструментів при регулюванні підприємницької діяльності [5].

На рис. 1.2. представлено цільові орієнтири розвитку ринку приватної медицини в Україні в контексті європейської політики «Здоров'я-2020».

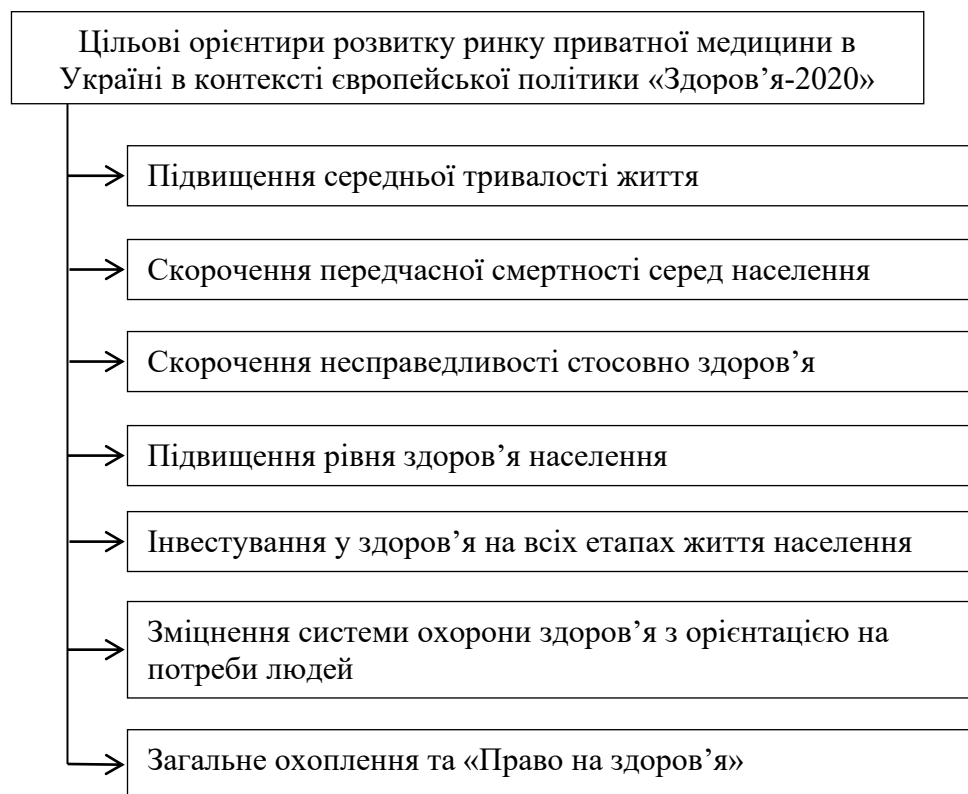


Рис.1.2. Цільові орієнтири розвитку ринку приватної медицини в Україні в контексті європейської політики «Здоров'я-2020» [6]

ВООЗ була розроблена європейська політика «Здоров'я-2020», яка оголосила, що всі детермінанти й складники здоров'я взаємопов'язані між собою, всі чинники впливу на нього (фізичні, психологічні, соціальні, екологічні) є суттєвими. Це підтверджує важливість розроблення мультигранних багатофакторних стратегій, а не проведення разових відокремлених заходів та постановки завдання мобілізації зусиль з усіх напрямів із метою досягнення комбінованого ефекту впливу на проблеми, що вирішуються. Засади європейської політики «Здоров'я-2020» визначили два

основні стратегічні напрями в контексті охорони здоров'я, а саме: покращення здоров'я громадян та скорочення нерівності стосовно здоров'я з можливістю удосконалення колективного керівництва та лідерства [3].

З огляду на це, було визначено такі цільові орієнтири розвитку ринку приватної медицини в Україні у контексті європейської політики «Здоров'я-2020»: підвищення середньої тривалості життя, скорочення передчасної смертності серед населення, скорочення несправедливості стосовно здоров'я, підвищення рівня здоров'я населення, інвестування у здоров'я на всіх етапах життя населення, зміцнення системи охорони здоров'я з орієнтацією на потреби людей, загальне охоплення та «право на здоров'я».

Оскільки приватна система охорони здоров'я бере участь у реалізації не тільки приватних, а й публічних інтересів, то виникає необхідність державного контролю реалізації цих інтересів.

Основними цілями державного регулювання ринку приватної медицини України є:

- «збалансований розвиток інфраструктури системи охорони здоров'я у взаємозв'язку з соціально-економічним розвитком;
- створення сприятливих умов для розвитку та впровадження інновацій у наявній системі охорони здоров'я; розвиток конкуренції на ринку приватних медичних послуг, створення умов для справедливої конкуренції виробників медичних послуг;
- заміна поняття «конкуренція на ринку» поняттям «конкуренція за ринок» у сегментах, де надмірна конкуренція може бути деструктивного характеру;
- захист економічних інтересів користувачів приватних медичних послуг і сумлінних виробників медичних послуг;
- підтримання можливості експорту медичних послуг і створення сприятливих умов для вітчизняних виробників на міжнародних ринках медичних послуг;

- підтримання інвестиційних проєктів, особливо значущих для ліквідації «вузьких місць» в інфраструктурі ринку приватної медицини;
- підтримання користувачів або виробників медичних послуг у випадках, коли вільний ринок не в змозі забезпечити необхідний обсяг та якість послуг за помірними цінами» [10].

Аналіз ринку медичних послуг України показує, що розвитку приватної медицини в нашій країні заважає не тільки низька купівельна спроможність населення, а й недосконала законодавча база, що регулює галузь.

На початку 90-х років у великих містах України з'явилися перші приватні клініки, які пропонували населенню платні медичні послуги. Розвиток приватного сектору в медичній галузі зумовлений кризою державної системи охорони здоров'я. Застаріле устаткування в державних медичних закладах, низький рівень сервісу при наданні безкоштовної медичної допомоги та неякісне медичне обслуговування призвели до того, що пацієнти все частіше почали звертатися по медичну допомогу в приватні медичні заклади. Недостатнє фінансування медичної галузі та низька заробітна плата працівників медичної галузі змушують лікарів і молодший медичний персонал переорієнтуватися на приватний бізнес, де можна розраховувати на фінансовий успіх за рахунок професійних знань [19].

Розвиток приватного сектору в медичній галузі зумовила поява багатoproфільних медичних установ, професійних організацій, що захищають інтереси приватних лікувальних установ, підвищення добробуту й медичної культури населення, зростання рівня захворюваності.

« Глобалізація соціально-економічних відносин і розвиток Інтернету відкрили для представників медичного бізнесу ринки нових лікарських препаратів. Доступність комерційної, управлінської й маркетингової інформації дала змогу медичним працівникам приватного сектору одержувати дані про організацію медичного бізнесу за кордоном, отримувати інформацію про вартість медичних послуг, про рівень доходів лікарського персоналу, про системи керування галуззю охорони здоров'я. Вивчення позитивного досвіду

діяльності медичних установ в усьому світі сприяло розвитку приватних медичних закладів» [22].

Як зазначає В.Ф.Москаленко у своїй праці: « приватна система охорони здоров'я – це сукупність об'єктів охорони здоров'я, що здійснюють приватну медичну діяльність. А приватна медична діяльність – це діяльність з надання медичної допомоги, що здійснюється суб'єктами приватної системи охорони здоров'я. Приватні медичні організації – це комерційні та некомерційні організації, майно яких перебуває в приватній та інших, окрім державної, формах власності. У статутах таких організацій зазначено, що медична діяльність є для них основною» [45].

Тако ж в праці [45] зазначається, що: « Приватна (недержавна) клініка – це лікувальний заклад, який відрізняється, від лікувальних закладів державної та комунальної форми власності тільки тим, що медична допомога в приватних клініках надається на платній основі. До недержавних клінік ставляться ті ж вимоги, що і до інших лікувальних закладів, з тією лише відмінністю, що контроль за їх дотриманням з боку державних органів набагато жорсткіший».

« Медична практика у приватних клініках здійснюється на підставі ліцензії на певний вид медичної практики за умови виконання клініками кваліфікаційних, організаційних та інших спеціальних вимог, установлених ліцензійними умовами провадження господарської діяльності з медичної практики. Види медичної практики, на які лікувальний заклад приватної форми власності може отримати ліцензію, визначені Номенклатурою лікарських спеціальностей, затвердженою наказом МОЗ України від 19.12.97 р., № 359. На сьогодні недержавні лікувальні заклади фактично можуть надавати всі види медичної допомоги на рівні з лікувальними закладами державної та комунальної форми власності. Але на законодавчому рівні існує низка обмежень, а саме: лікувальні заклади приватної форми власності позбавлені права видавати листки непрацездатності, які є невід'ємною частиною лікувального процесу як в умовах амбулаторії, так і в умовах стаціонару; існують обмеження щодо використання цілої низки лікарських, що віднесені до

переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, затвердженого Постановою КМУ №770 від 06.05.2000 року, без використання яких багато видів надання медичної допомоги стає майже неможливим (наприклад, інтенсивна терапія, анестезіологія тощо) » [11].

Відповідно до ст. 17 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», провадження господарської діяльності у сфері охорони здоров'я дозволяється лише за наявності ліцензії. Аналогічне положення міститься і в Законі України «Про ліцензування видів господарської діяльності» від 2 березня 2015 р. № 222-VIII, яким медичну практику віднесено до переліку видів господарської діяльності, що підлягають ліцензуванню (п. 15 ч. 1 ст. 7).

« Фізична особа — підприємець, що не має спеціальної освіти та не відповідає єдиним кваліфікаційним вимогам, особисто надавати медичну допомогу не має права. Така особа лише провадить господарську діяльність з медичної практики та є роботодавцем для осіб, які мають відповідну медичну кваліфікацію. Нові норми, спрощуючи ведення медичного бізнесу в Україні, надають можливість залучити інвестиції та розширити доступ до надання медичної допомоги в усіх регіонах, і внаслідок цього приватна медицина стає доступнішою для громадян, повідомляється в інформаційно-аналітичній довідці щодо ліцензування господарської діяльності з медичної практики, наданій Управлінням ліцензування та контролю якості надання медичної допомоги» [1].

У приватній медицині діє Асоціація приватних медичних закладів України.

Підключення медичних закладів до ЕСОЗ є обов'язковим. Це вимога передбачена Ліцензійними умовами до суб'єктів господарювання, що провадять медичну практику [2].

– Змінами, внесеними до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, затвердженими постановою Кабінету Міністрів України від 16 лютого 2022 року № 126;

– Змінами, внесеними до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової та роздрібної торгівлі

лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів), затвердженими постановою Кабінету Міністрів України від 27 вересня 2022 року №1055;

– постановою Кабінету Міністрів України «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» від 25 квітня 2018 р. № 411;

– наказом Міністерства охорони здоров'я «Деякі питання ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я» від 28.02.2020 № 587;

– наказом Міністерства охорони здоров'я «Про затвердження Правил виписування рецептів на лікарські засоби і вироби медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків» від 19.07.2005 № 360 [10].

Дія Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики поширюється на всіх юридичних осіб незалежно від їх організаційно-правової форми та фізичних осіб – підприємців, які провадять господарську діяльність з медичної практики [22].

Дія вказаних Ліцензійних умов не поширюється на господарську діяльність, пов'язану із здійсненням судово-медичної гістології, судово-медичної експертизи, судово-медичної імунології, судово-медичної криміналістики, судово-медичної токсикології, судово-медичної цитології, судово-психіатричної експертизи.

Відповідно до чинних Ліцензійних умов ліцензіати мають:

1) « зареєструватися в Реєстрі суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я;

2) дотримуватися вимог до ведення форм первинної облікової документації, затверджених МОЗ, а також вимог, передбачених Порядком функціонування електронної системи охорони здоров'я, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 411, та порядками

ведення відповідних реєстрів центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я, затвердженими МОЗ;

3) забезпечити роботу з електронною системою охорони здоров'я, зокрема внесення первинної облікової медичної документації, ведення обліку медичних послуг, управління медичною інформацією та використання інших функціональних можливостей електронної системи охорони здоров'я, які визначені законодавством обов'язковими в процесі провадження господарської діяльності з медичної практики;

4) здійснювати обробку персональних даних та іншої інформації про пацієнтів (зокрема інформації про стан здоров'я, діагноз, наявні обмеження повсякденного функціонування/життєдіяльності, відомостей, одержаних під час медичного та/або реабілітаційного обстеження пацієнтів), у тому числі під час роботи в електронній системі охорони здоров'я, з дотриманням вимог Закону України «Про захист персональних даних» [17].

Таким чином, на сьогодні правила ведення первинної облікової медичної документації залишаються незмінними. Тобто вони регламентуються чинними наказами МОЗ та іншими нормативно-правовими актами.

Реєстрація ЕСОЗ не передбачає укладення договору з НСЗУ. Реєстрація суб'єкта господарювання в ЕСОЗ – вимога, передбачена Ліцензійними умовами. Це необхідно для:

- 1) « формування єдиного захищеного простору медичних даних
- 2) централізованого доступу пацієнта до своїх медичних даних
- 3) обміну даними про стан здоров'я пацієнта між різними закладами/лікарями тощо » [10].

Переваги для закладу стосовно підключення до ЕСОЗ:

- доступ до цифрових інструментів зокрема тих, використання яких є обов'язковим на законодавчому рівні: електронні рецепти, медичні висновки про непрацездатність, імунізація, е-направлення тощо;
- можливість отримувати доступ (за згоди пацієнта) до його повної медичної інформації, супутніх хвороб;

- цифрові дані – більш надійні та захищені, ніж паперові; паперові документи, у разі їх втрати чи знищення, на жаль, практично не підлягають відновленню.

- кодування інформації за сучасними міжнародними класифікаторами;
- внесення даних до системи є простим завдяки шаблонам, які впроваджуються на рівні користувацьких інтерфейсів – медичних інформаційних систем [25].

Все це в сукупності дозволяє не тільки покращувати якість даних у системі, але й потенційно уникнути можливих помилок у лікуванні.

Процедура реєстрації ФОП в ЕСОЗ не відрізняється: перш за все, необхідно зареєструвати ФОП в ЕСОЗ, а вже після цього – зареєструвати лікарів (спеціалістів), які будуть вносити електронні медичні записи та пов'язані з ними рецепти, медичні висновки про тимчасову непрацездатність тощо [22].

Зараз обов'язкова вимога в законодавстві для усіх суб'єктів господарювання, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, про ведення в електронному обліку такої інформації та документів:

- 1) медичні висновки про тимчасову непрацездатність;
- 2) медичні висновки про народження;
- 3) медичні записи осіб з підозрою на інфікування або з підтвердженим діагнозом захворювання на коронавірусну хворобу (COVID-19) (на період дії карантину, встановленого Кабінетом Міністрів України з метою запобігання поширенню на території України COVID-19 та протягом 30 днів з дня його відміни);
- 4) записи про рецепти на антибактеріальні лікарські засоби (з серпня 2022 року), на наркотичні (психотропні) лікарські засоби (з листопада 2022 року), на усі рецептурні лікарські засоби (з квітня 2023 року);
- 5) записи про направлення (окрім випадків, визначених наказом МОЗ не обов'язковими);

б) медичні записи, записи про направлення та рецепти, які стосуються надання медичних послуг у рамках програми державних гарантій медичного обслуговування населення чи іншого фінансування за рахунок бюджетних коштів [19].

Відповідно така первинна облікова медична інформація, а також інформація, що вноситься до реєстрів, визначених постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 року №411, має обов'язково вноситися до ЕСОЗ. Дублювати медичну документацію в паперовому вигляді не потрібно. Водночас на період дії воєнного стану на території України у разі відсутності технічної можливості ведення медичних записів в електронній системі охорони здоров'я, медичні записи ведуться на формах первинно-облікової документації у паперовій формі.

1.2. Організаційно-правове забезпечення державного управління приватною медициною

Як зазначає Шкуропацький О.І. : « Оскільки головною метою механізму державного управління діяльності приватних закладів охорони здоров'я являється забезпечення якості надання медичних послуг населенню та забезпечення принципів доброчесної та вільної конкуренції на ринку. Слід зазначити, що для реалізації головної мети регулювання діяльності приватних закладів охорони здоров'я держава визначає тактичні цілі, основні завдання, напрями та принципи державної регуляторної політики. Якщо розглядати ринок медичних послуг як певну систему взаємодії соціально-політичних інститутів, то слід зазначити, що суб'єкти, які здійснюють діяльність, пов'язану з наданням медичних послуг і на яку спрямовано регуляторний вплив держави, функціонують у системі відносин інституту державної медицини, приватної підприємницької діяльності з надання медичних послуг, суспільно-громадського інституту, що уособлює населення як споживача медичних послуг, який висуває вимоги та потреби для підтримки свого здоров'я, та

окремого регуляторного інституту — системи норм та правил регулювання діяльності суб'єктів ринку, функції якого нині виконують підрозділи Міністерства охорони здоров'я України, а також функціонування посередницького інституту страхової медицини. Загальна національна система охорони здоров'я є також інститутом, але більш масштабним, в якому перетинаються взаємозв'язки між усіма зазначеними інститутами » [54].

На рис.1.3. представлено структуру органів управління приватною медициною України.



Рис.1.3. Структура органів управління приватною медициною України [54]

« Вищим законодавчим органом у сфері охорони здоров'я є Верховна Рада України, яка формує нормативно-законодавчу базу функціонування та фінансування сфери охорони здоров'я України. Уряд України є вищою виконавчою ланкою, яка делегувала повноваження щодо стратегічного планування, вироблення політики та стратегії розвитку і реформування, а також поточного управління, визначення обсягів фінансування, закупівлі ліків та розподілу їх за деякими програмами Міністерству охорони здоров'я » [11].

Книш С. В. зазначає, що : « міністерству охорони здоров'я підпорядковані вищі та середні навчальні заклади, науково-дослідні установи у

сфері охорони здоров'я, а також департаменти охорони здоров'я обласних державних адміністрацій. Департаментам при обласних державних адміністраціях підпорядковані управління / департаменти при районних, міських державних адміністраціях та селищних та сільських органах місцевого самоврядування, заклади охорони здоров'я третинного рівня, заклади охорони здоров'я у спільній власності територіальних громад, а також приватної форми власності « [12].

« Міністерство охорони здоров'я, обласні та районні департаменти та управління охорони здоров'я здійснюють моніторинг діяльності закладів охорони здоров'я, свого підпорядкування, а також є відповідальні за якість надання медичної допомоги. Реалізація контролю якості здійснюється переважно за допомогою адміністративних методів державного регулювання, а саме протоколів лікування, механізмів ліцензування та акредитації діяльності закладів охорони здоров'я, сертифікації медичного персоналу (лікарів). Вимоги щодо якості надання медичних послуг є рівними як для приватних, так і державних закладів « [15].

У складі Міністерства охорони здоров'я України діють консультативні та дорадчі органи, кваліфікаційні, наукові, а також науково-кваліфікаційні комісії. Міністерству безпосередньо підпорядковані науково-дослідні установи з питань охорони здоров'я та високоспеціалізованої медичної допомоги [7].

Міністерство охорони здоров'я України, зокрема департаменти в його складі, що спеціалізуються на контролі якості надання медичних послуг, представлені Директоратом медичних послуг, Медичним департаментом, Управлінням ліцензування та контролю якості надання медичних послуг, Управлінням екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. Ці підрозділи забезпечують розроблення інструментів ефективного функціонування національної системи медичного обслуговування, програм державних замовлень, здійснюють діяльність із планування й прогнозування, стандартизації, сертифікації з метою забезпечення роботи медичних лікарень, клінік, приватних закладів та інших установ, що надають медичне

обслуговування, необхідними ресурсами та контролю процесу надання ними медичних послуг.

Державне регулювання сфери охорони здоров'я в Україні ґрунтується на такій нормативно законодавчій базі відображеній на рис. 1.2.



Рис.1.2. Нормативно-законодавча база сфери охорони здоров'я України

[22]

Відповідно до спільного Наказу Держпідприємництва України та МОЗ України від 16.01.2001 р. № 38/63, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 02.03.2001 р. за № 189/5380 та введеного в дію з 13.03.2001 р. при здійсненні господарської діяльності з медичної практики, окрім вказаних вище Законів України, ліцензіат повинен дотримуватися таких вимог (рис. 1.3).



Рис.1.3 Нормативно/законодавча база діяльності приватних закладів охорони здоров'я [54]

Відповідно до п. 2.1.3 спільного Наказу Держпідприємництва України та МОЗ України від 16.01.2001 р. № 38/63, господарська діяльність суб'єктів з окремих видів медичної практики здійснюється на підставі ліцензії та за наявності таких вимог (рис. 1.4).

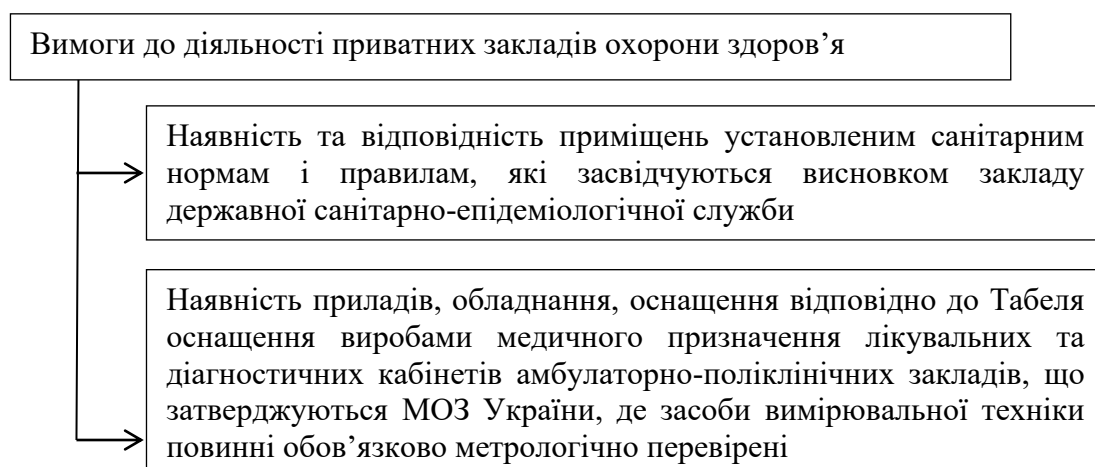


Рис1.4. Вимоги до діяльності приватних закладів охорони здоров'я [20]

Відповідно до п. 2.1.4 спільного Наказу Держпідприємництва України та МОЗ України від 16.01.2001 р. № 38/63 передбачено, що приватні заклади охорони здоров'я при реалізації медичної практики не мають права видавати

листка непрацездатності. Кваліфікаційні вимоги до приватних закладів охорони здоров'я визначені в п. 2.2.1 2.2.5 спільного Наказу Держпідприємництва України та МОЗ України від 16.01.2001 р. № 38/63. Спеціальні вимоги визначені в п. 2.3.1, до приватних закладів охорони здоров'я, які повинні дотримуватися таких вимог (рис. 1.5)

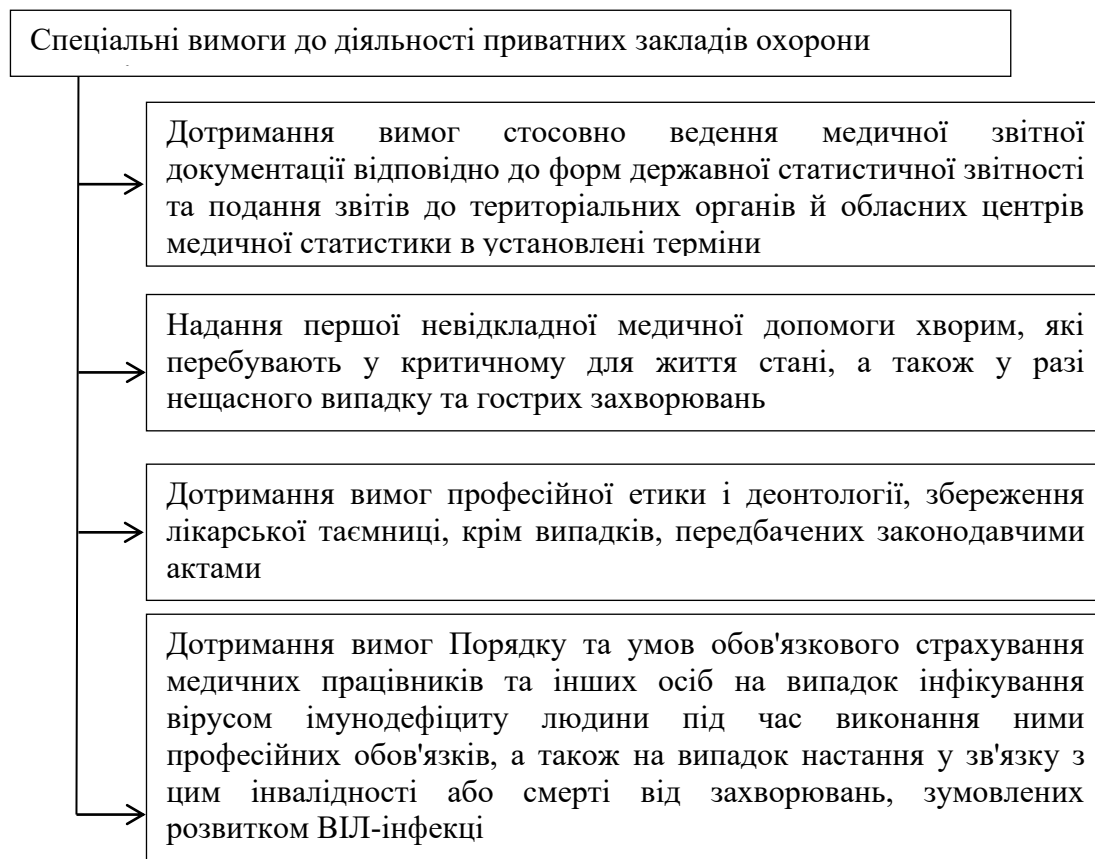


Рис.1.5. Спеціальні вимоги до діяльності приватних закладів охорони здоров'я [14]

Перспективи розвитку функціонування приватного сектору охорони здоров'я знаходиться у взаємозалежності не лише від поточних макроекономічних та соціальних параметрів, крім того, від імплементованої політики, яку здійснює держава в області введення реформування медичної галузі. Україна солідаризується із процесом становлення приватного сектору в медичній сфері: щорічно МОЗ України надає орієнтовно 2000 ліцензій на проведення господарської діяльності в медичній практиці фізичним особами підприємцям та юридичним особам [22].

« Проблем у сфері реалізації права на охорону здоров'я, тобто в галузі медичного права, яка охоплює правовідносини у сфері медичного обслуговування, в Україні є чимало, адже їх незліченна кількість у системі охорони здоров'я. Звичайно, одна з найважливіших проблем – це законодавча, адже якісний нормативний фундамент є запорукою належної правореалізації й правозастосування. В Україні відбувається медична реформа, точкою відліку якої став Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 р. №2168-VIII. Сьогодні в Конституційному Суді України відкрито конституційне провадження у справі за конституційним поданням 59 народних депутатів України від 07.02.2018 р. щодо конституційності цього Закону. Для української системи охорони здоров'я це буде знакове рішення, якого очікують уже понад 2 роки » [33].

Звичайно, не можна оминати увагою й проблеми медичної і юридичної практик, що пов'язані з правореалізацією й правозастосуванням. « Значною прогалиною в медичній практиці є практичну відсутність стандартів у сфері охорони здоров'я. Приміром, сьогодні кесарський розтин медичні працівники здійснюють без стандарту, адже Наказ МОЗ від 27.12.2011 р. №977 втратив чинність ще 08.05.2014 р. Якщо до 01.03.2021 р. МОЗ не напрацює стандартів, то система охорони здоров'я втратить 90 актів, тобто залишимося без стандартів, адже 28.02.2020 р. був прийнятий Наказ МОЗ №590, який набере чинності з 01.03.2021 р. і скасує численні стандарти » [30].

В юридичній практиці для встановлення правильності надання медичної допомоги у випадках притягнення до кримінальної відповідальності медичних працівників за «професійні правопорушення» необхідно провести комісійну судово-медичну експертизу, а часом і не одну. А законодавець при створенні Кримінального процесуального кодексу України «забув» включити право на повторну чи додаткову експертизу. Отже, таке право виводиться зі ст. 4 Закону України «Про судову експертизу», де передбачена можливість призначення повторної судової експертизи [54].

Україні потрібно виважене нормопроєктування. Але, як правило, усе похапцем, без системного підходу до нормативно-правової бази. Негативний ефект такого поспіху відображається, насамперед, на ключових суб'єктах – на медичному працівникові й на пацієнтові. Слід, перш за все розробити й прийняти Медичний кодекс України, який зможе комплексно охопити регулюванням усі правовідносини у сфері медичного обслуговування, а відтак зменшить прогалини й контрверзії в нормативному забезпеченні. Провести інвентаризацію нормативно-правової бази й залежно від обраної законодавчої стратегії приймати чи удосконалювати чинні акти.

Крім того, як відомо, в наш час постала найбільш величезна проблема з реалізацією даного права (на охорону здоров'я) – через пандемію, спричинену коронавірусом. Саме COVID-19 особливо яскраво загострив проблеми з епідеміологічним наглядом, інфекційним контролем і безпекою, внутрішньолікарняним інфікуванням, а також із донорством крові (з її нестачею). Також коронавірус показав, що у нас так і не відбулося належного становлення інституту громадського здоров'я, є проблеми з досягненням балансу інтересів між приватним і публічним інтересом, захистом персональних даних. Дані проблеми наклалися на впровадження другого етапу медичної реформи, що стало загрозливим і важким випробуванням для усієї системи [10].

12.02.2020 р. на громадське обговорення було подано Наказ МОЗ «Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я», проте цей документ так і залишається проектом.

24.04.2020 р. було прийнято постанову КМУ №331 від 24.04.2020 р., яка закріпила, що кошти, передбачені для закупівлі медичних послуг, пов'язаних із наданням медичної допомоги пацієнтам з COVID-19 за програмою державних гарантій, насамперед, спрямуються на здійснення додаткових доплат медичним та іншим працівникам закладів охорони здоров'я в розмірі до 300% заробітної плати. А на практиці все залежить від фінансування: у закладі визначають, що

таке «до 300%», оскільки це і 299, і 250, а для медика це кошти, за які він ризикує життям і здоров'ям, рятуючи життя пацієнтів.

Медична реформа породила багато новітніх інструментів (зокрема, договір про медичне обслуговування за програмою медичних гарантій, декларація про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу та ін.), які вплинули на розвиток окремих інститутів галузі. Медична реформа призвела до ґрунтовного оновлення законодавства і правового статусу суб'єктів медичних правовідносин. Отже, це лише старт нових викликів, з якими зустрічатиметься галузь. Звичайно, правники мають більше роботи, адже було багато трансформаційних процесів, які потребували юридичного супроводу, щоб їх впровадити, а тепер, щоб шукати вихід з нелегких практичних питань [13].

« Експерти обговорювали фундаментальні питання, як-от роль медичної науки на сучасному етапі розвитку національної системи охорони здоров'я; пошук нормативного балансу між правами людини та сутністю медичної реформи; проблеми, що виникають під час реалізації права людини на доступність лікарських засобів; результативність трансформації закладів первинної ланки; організація та управління медичного обслуговування населення на рівні високоспеціалізованої медичної допомоги в контексті реформи охорони здоров'я » [41].

Чимало питань, пов'язаних із медичною реформою, потрапили у тому числі і під мій науково-практичний мікроскоп. Близько 20 років я займаюся медичним правом, тому на основі власного досвіду зробила висновок, що найкраще видно прогалини реформи «в полях» – під час судів про неналежне надання медичної допомоги. 9 лютого 2018 року до Конституційного Суду України (КСУ) надійшло конституційне подання народних депутатів щодо відповідності Конституції Закону «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Проте його досі не розглянули. Напевно, це питання лежить у політичній площині [42].

I. Сенюта перерахувала кілька «больових точок» медичної реформи: « Міжнародні протоколи. Наказ Міністерства охорони здоров'я

(МОЗ) № 1422 дозволив лікарям використовувати в роботі міжнародні клінічні протоколи. «Варто зауважити, що ці документи не адаптовані під сучасні українські реалії. На сьогодні стандартизація в охороні здоров'я практично оголена. Наприклад, кесарів розтин проводять без єдиного загальнодержавного стандарту (наказ МОЗ № 977 втратив чинність на підставі наказу МОЗ № 310 від 08.05.2014 р.), тому незрозуміло, яким чином проводити перевірку якості лікування у рамках судових справ» [42].

Функціонування клінічних баз університетів. Заклади охорони здоров'я (ЗОЗ) стають комунальними некомерційними підприємствами (КНП), тому співпраця між ЗОЗ, де є клінічні бази, й університетами набуває особливого значення. Зберігає актуальність запитання, чи платитимуть університети за комунальні послуги і розміщення баз. За словами ораторки, вже зафіксовані прецеденти подібних вимог до університетів [34].

Зміна системи безперервного професійного розвитку медиків. Гостро постало питання неврегульованості проходження інтернатури. Проект нового Положення про інтернатуру був розроблений ще у 2014 р., однак воно досі не затверджене. «Зараз, аби працювати в ЗОЗ, особа обов'язково повинна надати диплом і сертифікат, а в інтернів сертифікатів немає. Навчальна програма передбачає, що вони повинні самостійно виконувати процедури. На практиці це зумовлює масу проблем, які потрібно вирішувати», — зробила ремарку спікер.

Вільний вибір лікаря. Основи законодавства України про охорону здоров'я – «медична Конституція» держави – у ст. 6 передбачають право на кваліфіковану медичну допомогу, включно з вільним вибором лікаря і методів лікування. А ст. 38 гарантує право на вибір лікаря й ЗОЗ. Це основоположні речі, які стосуються реалізації прав людини. «У рамках медичної реформи парадигма змінена: людина має право обирати тільки лікаря первинної ланки. Зміни до законодавства вносилися фрагментарно, тому між деякими нормами з'явився внутрішній дисонанс. Закон про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення закріпив норму, що людина, яка хоче отримати медичну допомогу в рамках Програми державних фінансових

гарантій, має право на вільний вибір лікаря тільки на первинній ланці. Лікаря на вторинній призначає керівник ЗОЗ або уповноважена ним особа (крім таких спеціальностей, як стоматологія, педіатрія, акушерство, або якщо це диспансерний хворий). Якщо ж медична допомога надаватиметься поза цією Програмою, зберігатиметься право на вільний вибір лікаря на всіх ланках [42].

Безоплатність медичної допомоги. За словами експерта, КСУ вже двічі виносив рішення щодо Програми державних гарантій: у 1998 р. – про платні медичні послуги, 2002 р. – про безоплатну медичну допомогу, де було вказано, що усім громадянам медична допомога у повному обсязі надається безоплатно, що не може йти мова про «гарантований рівень».

« Проте Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» заклав гарантований рівень. Ст. 157 Конституції України містить заборону будь-яких змін, які передбачають скасування чи обмеження прав і свобод людини. Тому однозначно й очевидно: цей закон, що стоїть нижче в ієрархії нормативних актів, порушив Конституцію України. КСУ заплановано розглянути конституційне подання щодо права на без-оплатну медичну допомогу. Сподіваюся, він винесе справедливе рішення », – наголосила І. Сенюта [42].

Захист персональних даних. Право на захист персональних даних гарантується ст. 8 Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод – документом, на підставі якого працює Європейський суд із прав людини (ЄСПЛ). Медичні дані є особливо уразливими.

Як зазначає І. Сенюта « Дані про кожного, хто укладає декларацію, повинні вноситися до електронної системи. На сьогодні вже зареєстрована велика кількість звернень громадян у різних областях щодо відмови робити це через страх незабезпечення конфіденційності даних. У травні 2019 р. ЄСПЛ визнав порушення Конвенції у справі «Сидорова проти Росії» (для України уся практика ЄСПЛ – джерело права), що стосувалася несанкціонованого збору медичної інформації про особу. Національна служба здоров'я України (НСЗУ), розпорядник цієї бази, повинна належним чином прописати юридичну й

технічну складову. Хочу нагадати, що перша редакція декларації містила норму, відповідно до якої кожен, хто її підписував, надавав згоду на обробку персональних даних не тільки лікарю первинної ланки, а й будь-якому лікарю, до якого він коли-небудь звернеться. Після звернень з протестами правників та Уповноваженого Верховної Ради (ВР) України з прав людини 25 травня 2018 р. до декларації внесли зміни. Зараз у ній тільки повідомляється про здійснення обробки персональних даних. Загалом це відповідає Закону України «Про захист персональних даних», який дозволяє не брати згоду на обробку даних, але передбачає обов'язок лікарів зберігати лікарську таємницю, і Наказу Уповноваженого ВР України з прав людини «Про затвердження документів у сфері захисту персональних даних» від 8 січня 2014 р. Проте ця норма не узгоджується із Законом «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», який і надалі передбачає отримання згоди на обробку персональних даних. Прикладів таких контраверсій можна навести чимало. Хочеться вірити, що КСУ розставить акценти, а Закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» буде викладено в іншій редакції або скасовано » [42] .

Вважає, що законодавство щодо захисту персональних даних було порушено, і Ігор Козаченко, член Української академії кібербезпеки, незалежний експерт з питань інформаційної безпеки і протидії кіберзагрозам.

Персональні дані не можуть міститися на комерційних серверах, які не мають атестату відповідності вимогам захисту інформації, затвердженим для комплексних систем захисту інформації. Ці дані можуть у будь-який час бути отримані злочинним шляхом (передані чи куплені) третіми особами. Дана інформація є важливою для країн, зацікавлених у зборі статистики, у тому числі для країни-агресора; її також можна використати для шантажу. Крім того, медицина – напрям, який належить до критичної інфраструктури. Втручання в інформаційну систему ЗОЗ здатне призвести у тому числі до смертельних наслідків: якщо здійснити кібератаку на лікарню, можливо зупинити всю апаратуру. Коли експлуатують систему без відповідного рівня захисту,

ймовірність цього висока. Показовим є приклад з Ірпенем, де вдалося зробити 10 тис. записів, які не відповідають дійсності. Частина медичних інформаційних систем вже мають сертифікати відповідності вимогам захисту інформації. Це дає впевненість, що інформація, яка зберігається в медичній установі (у тому числі дані, що є медичною таємницею), не потрапить до третіх осіб і не набуде розголосу [19].

1.3. Зарубіжний досвід державного управління приватною медициною

Жодна розвинена країна світу не може забезпечити всіх потреб у медичних послугах, ліках та інших технологіях виключно державними коштами без залучення програм приватного страхування та так званих співплатежів. Обсяг програм державних гарантій надання медичної допомоги не однаковий у різних країнах. Нечіткими, а подекуди й взагалі не зазначеними в нормативних документах залишаються питання гарантій надання конкретних видів медичної допомоги, можливість забезпечення ліками та медичними препаратами тощо [39].

Однак у переважній більшості розвинутих країн Європейського Союзу та світу на практиці забезпечується рівний доступ усіх громадян до необхідного забезпечення охорони здоров'я, пропонуються пільги для соціально незахищених груп населення, є ефективна система впливу держави на функціонування приватних медичних закладів.

Формування систем охорони здоров'я зарубіжних країн відбувалося від впливом ряду історичних, економічних, соціальних та політичних факторів. Однак умовно їх можна поділити на такі основні групи:

- 1) державні;
- 2) соціальнострахові;
- 3) приватні [20].

Тобто, з одного боку, виникає необхідність у регулюванні обсягів участі медичних організацій різної форми власності в наданні медичної допомоги

населенню, а з іншого — набувають особливої актуальності розробка і впровадження в систему охорони здоров'я моделей державно-приватного партнерства.

Розглянемо зарубіжний досвід щодо державного регулювання ринку приватних медичних закладів більш детально у розрізі окремих країн Європейського Союзу та США. Німеччина.

Як зазначається в праці [55]: « Німеччина є однією з провідних країн щодо надання якісної медицини. Німецькі заклади охорони здоров'я по праву вважаються лідерами і головними новаторами європейської медицини. Завдяки фундаментальним медичним дослідженням і науковим відкриттям, а також значним фінансовим вливанням в систему охорони здоров'я, країна вважається визнаним рекреаційним центром. Саме до Німеччини пацієнти з усього світу (в тому числі і в найскладніших випадках) їдуть за надточною діагностикою та ефективним лікуванням. Медична страховка в Німеччині може оплатити пересадку серця, заміну суглоба та інші не менш складні операції.

У німецькій системі охорони здоров'я достатньо високим є відсоток приватних медичних практик (близько 45%). Буд-який лікар, який має відповідну кваліфікацію, може відкрити в Німеччині свій кабінет і на платній основі надавати спектр медичних послуг. Дуже високою є й відповідно конкуренція, тому кожна клініка намагається тримати максимально високу планку. Загальновизнаними німецькими «столицями медицини» є Дюсельдорф, Берлін і Мюнхен. Вартість лікування в клініках Німеччини може варіюватися в залежності від обраної медичної установи. На остаточний кошторис в переважній більшості впливає діагноз, з яким звернувся пацієнт, наявність ускладнень, супутніх захворювань і загального фізичного стану. На формуванні вартості впливає й кваліфікація лікаря, який проводить консультування та лікування » .

Великобританія. У Великобританії 95% медичних установ належить державі, а на охорону здоров'я виділяється близько 10% коштів державного бюджету. Такі вливання позитивно позначаються й на якості медичних послуг.

Послуги лікарів доступні всім, у кого є вид на проживання (Indefinite Leave to Remain, ILR) або громадянством Великобританії. Вартість надання медичних послуг залишається стабільною, так як держава контролює ціни. Бюджетні обмеження знижують ймовірність того, що лікарі, зловживаючи своїм положенням, призначать непотрібні ліки.

Послуги приватних лікарів Великобританії оплачуються або за рахунок страхових компаній, або за власний рахунок пацієнтів. Велика кількість лікарів крім приватного платного прийому в своїх клініках, у певні дні тижня можуть вести прийоми і в безкоштовних лікарнях. Тому, потрапивши до них як на платній, так і на безоплатній основі можна сподіватися на цілком професійний і кваліфікований підхід. Як у державному секторі, так і в приватному секторі Великобританії є загальні лікарі (General Practitioner) і профільні лікарі фахівці.

Наприклад, у Лондоні є ціла вулиця під назвою Harley street, де на перших поверхах будинків розташовані приватні медичні кабінети і клініки. Найпрестижніші приватні лікарі працюють у цьому районі.

Приватні лікарі (General Practitioner) більше схожі на сімейного лікаря, який може прийти за викликом. Якщо прийти в аналогічну приватну клініку на прийом, рахунок за послуги вийде значно дешевше. Рекомендації приватного лікаря, на відміну від державного, можуть бути більш тривалими за часом та кількістю уваги і характеризуються можливістю заощадити час і отримати направлення до фахівця по першій вашій необхідності.

Якщо у пацієнта є страховка, перед відвідуванням приватного лікаря фахівця все одно потрібно за напрямом звернутися спочатку до безкоштовного або платного GP (General Practitioner). Потім зателефонувати до страхової компанії, дізнатися список акредитованих у них лікарів і узгодити майбутню оплату. Іноді, якщо лікар дуже «дорогий» (а значить, відповідно, затребуваний і висококваліфікований), страхова може оплатити не весь рахунок, а лише його частину. Однак, у разі необхідної операції в приватній клініці, страхова компанія Великобританії, як правило, покриває всі витрати, а це кілька тисяч фунтів стерлінгів.

Як зазначено в роботі Криничко Л.Р.: « Швейцарія. Про якість медицини в Швейцарії свідчить середня тривалість життя швейцарців. Чоловіки в середньому живуть тут до 80 років, а жінки – до 85 років. Секрет – у передових методах медицини і екологічна чистота. Вартість медичних послуг у Швейцарії частково покриває держава, а частково оплачують самі мешканці країни — за рахунок страховок, які повинні бути у кожного власника виду на проживання або громадянина Швейцарії. Особливістю медицини Швейцарії є те, що вона практично повністю є приватною. Крім того, практично все лікування проводиться в приватних кабінетах та невеликих клініках, а не великих лікарнях. Так, у Женеві, місті з населенням майже 200 тисяч осіб, є всього два медичних заклади: один із них державний, інший – приватний. Причому на базі державного проходять навчання випускники медичних університетів » [15].

За даними офіційних джерел бюджет охорони здоров'я Швейцарії на 66,7% складається з державних коштів і на 33,3% з приватних (оплата за поліси та медичні послуги). Приватні медичні заклади Швейцарії також можуть отримувати державні субсидії для того, щоб гарантувати місцевим жителям надання швидкої невідкладної допомоги.

« Іспанія. В Іспанії іноземні громадяни, які мають дозвіл на проживання, мають право й на безкоштовне медичне обслуговування, бо медицина тут на 85% – державна. При цьому країна регулярно входить у топ 5 європейських країн за рівнем медицини та кваліфікації лікарів. Власники виду на проживання в Іспанії отримують індивідуальну медичну картку (Tarjeta Sanitaria Individual – TSI), що дозволяє їм звертатися до державних установ. Пацієнти ж оплачують 40–50% вартості ліків, прописаних для прийому після виписки з лікарні. Пенсіонери старше 65 років оплачують лише 10% вартості медикаментів.

Приватна медицина Іспанії вирізняється дорою вартісністю, тому близько 90% пацієнтів приватних клінік – це люди, які оформили приватну медичну страховку. У такому випадку за кожне мінімальне медичне звернення вони платять мінімальну суму, а решту оплачує страхова компанія, представники

якої пильно стежать за обґрунтованістю призначення і виконання будь-яких обстежень, лікування, операцій тощо » [59].

Австрія. В Австрії є кілька варіантів медичного страхування:

- обов'язкове соціальне;
- добровільне соціальне;
- добровільне приватне [51].

Усі працюючі в Австрії громадяни, а також пенсіонери виплачують страхові премії у вигляді відсотків з зарплати. Діти застраховані разом з батьками. Можна добровільно укласти страховий договір з приватною страховою компанією. Цей документ дозволить вибрати клініку і лікаря. Непрацюючі громадяни можуть оформити добровільну соціальну або приватну страховку. Проте, який би варіант не вибрали австрійці, в будь-якому випадку їм гарантовано якісне лікування за передовими технологіями Австрії.

Австрійська гінекологія і акушерство вважаються одними з найкращих у світі. Серед передових приватних медичних клінік Австрії у цій сфері є клініка Rudolfinerhaus, приватна клініка Dobling та віденська приватна клініка (Wiener Privatklinik).

« Клініка «Рудольфінерхаус» (Rudolfinerhaus) була заснована в кінці XIX ст. Теодор Більрот, який був одним з найвидатніших лікарів Віденської Медичної Школи. Сьогодні ця приватна клініка, яка перебуває у Відні, вважається найсучаснішою і кращою клінікою Австрії. Клініка «Рудольфінерхаус» має високу репутацію не тільки серед австрійських клінік, але і у всьому світі. Тут пацієнтів чекають висококласний догляд, уважне ставлення, а також лікування за допомогою передового австрійського медичного обладнання та новітніх технічних розробок » [15].

Приватна клініка «Доблінг» (Dobling) надає широкий перелік послуг, але визначальним і пріоритетним напрямом у клініці є гінекологія, акушерство та педіатрія. В амбулаторії клініки проводять комплексне обстеження дітей різного віку, а в центрі репродуктивного здоров'я лікують безпліддя, проводять екстракорпоральне запліднення тощо.

Віденська приватна клініка (Wiener Privatklinik) надає широкий спектр медичних послуг, досліджень та лікування різних хвороб. Тут проводяться як профілактичні обстеження і терапевтичне лікування, так і серйозні операції. За статистичними даними близько 30% населення Австрії нині користуються приватними медичними страховками. Це дає змогу їм самостійно вибрати лікаря і передбачає виплату компенсацій у разі виникнення певних захворювань. Однак, протягом останніх років, частка австрійського приватного ринку у сфері медичного страхування знижується, що підтверджує зростання рівня розвитку державного медичного страхування і системи охорони здоров'я країни загалом [27].

Португалія. Тут діє комбінація державної системи охорони здоров'я в поєднанні зі страховою і приватною медициною, яка була реформована у відповідності з євростандартами. У більшості випадків на жителів країни покладена 100% компенсація витрат на лікування, однак в деяких сферах медицини (діагностика, стоматологія, стаціонарне лікування тощо) держава оплачує 55—60% вартості послуг [22].

У Португалії існує Національна система охорони здоров'я (Serviço Nacional de Saude (SNS)), але медичні послуги можуть надаватися як в державних, так і в приватних закладах. Деякі лікарі без жодних проблем працюють в обох секторах (приватному і державному).

Як зазначає Криничко Л.Р.: « Оскільки система медичного страхування в Португалії змішана, близько 20% населення країни активно використовують систему добровільного приватного медичного страхування, а деякі державні органи і організації, а також потужні роботодавці пропонують працівникам власні програми страхування. У Португалії також існує соціальний фонд – «Seguransa Social», куди в обов'язковому порядку всі громадяни країни працездатного віку до досягнення пенсійного віку роблять відрахування у 11% із заробітної плати. З цього фонду громадяни відповідно отримують пенсію, а також оплачують свою медичну страховку. Цікавим фактом є те, що медична страховка у Португалії поширюється на всіх членів сім'ї, включаючи

малолітніх дітей і непрацездатних людей похилого віку. Нині Португалія витрачає близько 9,1% свого ВВП на систему охорони здоров'я, завдяки чому займає 12-е місце серед країн ЄС. Близько 70% становлять державні витрати, 30% – приватні » [15].

Греція. У цій країні система охорони здоров'я поєднує державні та приватні принципи. Основною проблемою системи охорони здоров'я у Греції є невідповідність заявлених цілей конкретним заходами їх реалізації та імплементації. Певні реформи у галузі охорони здоров'я було реалізовано частково, а деякі й узагалі скасовано ще на стадії розробки й впровадження. Більшість державних клінік (близько 80%) зосереджено в Афінах і Салоніках. Причому за якістю послуг вони не поступаються німецьким, а за вартістю — значно нижче. У Греції працюють державні страхові компанії, вони повністю покривають перебування в стаціонарі, а також амбулаторне лікування. Основну роль в управлінні системою охорони здоров'я Греції відіграє Міністерство охорони здоров'я і соціального страхування, на яке покладено відповідальність за реалізацію фундаментальних цілей та ключових засад Національної системи охорони здоров'я. Функціями Міністерства є регулювання, планування та управління Національною системою охорони здоров'я, а також регулювання приватного сектора медичних закладів. Забезпечення права на здоров'я гарантоване Конституцією Греції і є соціальним правом. Реалізацією права на медичне страхування у Греції можуть користуватися громадяни країни (переважно на послуги первинної медичної допомоги у сільських закладах, амбулаторної та екстреної допомоги) та особи з певним професійним статусом (дані послуги можуть надаватися або фінансуватися зі спеціальних страхових фондів) [11].

Особливістю грецької системи охорони здоров'я є те, що державним лікарям у Греції забороняється одночасно займатися ще й приватною практикою. Первинну та вторинну медичну допомогу у Греції можуть надавати різні державні та приватні медичні заклади та організації, які поділяються на загальні та спеціальні. Мережа сільських медичних закладів, регіональних

поліклінік та амбулаторій, де працюють лікарі широко профільної спеціалізації та загальної практики в переважній більшості надають консультації на безоплатній основі [11].

Канада. Цю країну по праву вважають країною з високою якістю життя. Тож не дивно, що канадці живуть у середньому до 82 років.

Система охорони здоров'я Канади є достатньо високотехнологічною, якісною, але не такою дороговартісною, ніж, наприклад, медицина США, Німеччини чи Швейцарії. Загалом медицина в Канаді є безкоштовною. Система охорони здоров'я Канади базується на приватних клініках і лікарях, яким держава оплачує витрати на лікування пацієнтів, що мають державну страховку Health Card [20].

« У Канаді буд-який лікар, який вирішив займатися приватною практикою, може без проблем це реалізувати, однак при умові повного звільнення з роботи в державному секторі. Найбільшою приватною страховою компанією Канади є Blue Cross. Вона в більшості випадків бере на себе покриття витрат на послуги стоматолога, покупку ліків, окулярів і лінз канадців, а також навіть фінансову підтримку в разі тяжкої хвороби і тимчасової інвалідності » [19].

Приватних медичних закладів у Канаді небагато і серед канадців вони не надто користуються популярністю. Державні медичні заклади на рівні з приватними оснащені високоточним сучасним обладнанням та кваліфікованими спеціалістами, тому переважна більшість мешканців Канади користуються державними закладами охорони здоров'я. Єдиною суттєвою перевагою приватних медичних закладів перед державним в Канаді є відсутність черг [60].

На фінансування системи охорони здоров'я в Канаді кожен працюючий громадянин сплачує близько 10% у вигляді податків від свого доходу, що є суттєвим фінансовим тягарем. Однак за рахунок цих коштів система охорони здоров'я загалом отримує високоефективне медичне обладнання, гідну

заробітну плату лікарів та іншого медичного персоналу та дбайливе ставлення до всіх без винятку пацієнтів.

США. Кардинально відрізняється модель США, яка мало ймовірно може бути адаптована для європейських та інших країн з глибокими традиціями соціальної держави [51].

У США при надзвичайно високих витратах відсутня цілісна система охорони здоров'я, а значна частина населення не має гарантованої медичної допомоги. Водночас споживачам (проте не всім) надається велика свобода вибору, доступ до самих передових технологій і більш висока якість медичної допомоги. Лікарі-фахівці у США можуть вільно поєднувати роботу в державних медичних закладах та індивідуальну приватну практику [51].

« У системі охорони здоров'я США переважає переважно платна система медичних послуг, частка приватного сектора займає близько 54%. І як будь-який приватний бізнес зацікавлений у прибутку. Основними постачальниками клієнтів виступають приватні страхові компанії. Майже кожен працюючий в США має медичну страховку, основну суму якої оплачує роботодавець, а приблизно шосту частину оплачує сам працівник » [15].

Проте США займає провідні позиції в світі за рівнем охорони здоров'я. Уряд інвестує в розвиток галузі величезні кошти, ведуться постійні наукові дослідження, створюється і впроваджується в діяльність медичних закладів новітнє інноваційне обладнання, розробляються висококласні лікарські препарати, підвищується рівень обслуговування в лікарнях і поліклініках.

« Японія. Медицина Японії заслуговує на особливу увагу зарубіжних країн. Система охорони здоров'я Японії вважається однією з найрозвиненіших та найякісніших. За даними ВООЗ, система охорони здоров'я Японії випереджає за рівнем таких лідерів медичної галузі, як Швейцарія, Німеччина, Ізраїль. Основним критерієм оцінки якості роботи лікарів в Японії є навіть не оснащення японських клінік, а відсоток успішно виконаних процедур та операцій в японських лікарнях. Японські клініки – в основному приватні (80%), однак через те, що всі тарифи на оплату їх послуг встановлюються державою,

для пацієнтів немає істотної різниці у виборі між приватною або державною японської клінікою » [55].

Крім того, в Японії медичні центри і профільні клініки в основному розташовані недалеко від курортних містечок та курортів (осенів), що дає змогу поєднувати лікування й відпочинок. Японські лікарі, що працюють в державних японських клініках, – це службовці, які отримують зарплату. Для японських лікарів, які практикують у приватних клініках, розмір гонорару встановлює держава. Подібна система оплати відображає як особливості японської медицини, так і спроби зменшити зростання витрат на охорону здоров'я країни.

« Ізраїль. У рейтингу країн світу за рівнем охорони здоров'я Ізраїль вже багато років входить до першої п'ятірки. Цей рейтинг враховує параметри, пов'язані з якістю надання медичної допомоги та її доступністю для населення. У їх числі – очікувана тривалість життя, вартість медичних послуг, витрати держави на розвиток медицини тощо. Задоволеність громадян Ізраїлю кваліфікацією лікарів становить 83%, а якістю медичного обладнання – 93% .

Особливістю діяльності медичних закладів Ізраїлю є те, що у державних медичних закладах країни мають змогу працювати студенти медичних ЗВО, інтерни та стажери, в той час як у приватних медичних закладах Ізраїлю здебільшого працюють професори та фахівці зі світовим ім'ям. Крім того, у приватних ізраїльських медичних закладах є можливість вільного вибору лікаря, що буде лікувати, в той час як у державних така можливість виключена. У провідних ізраїльських приватних клініках можна пройти діагностику та лікування абсолютно будь-якого захворювання» [15].

Жодна розвинена країна світу сьогодні не може забезпечити всіх необхідних засобів для надання медичних послуг виключно з бюджетних коштів без застосування механізмів співплатежів. Цей нюанс для нашої країни лежить переважно в площині політичних рішень, однак існуючі економічні труднощі і бюджетний дефіцит системи охорони здоров'я неминуче призведуть до необхідності його вирішення. І чим раніше буде прийняте рішення, тим швидше зможемо забезпечити створення більш ефективної системи

фінансування та організації сучасної системи охорони здоров'я в Україні. Кожна із діючих систем державного регулювання приватних медичних закладів проаналізованих країн заслуговує на увагу. Однак це мусить бути не сліпе копіювання зарубіжного досвіду державного регулювання, а адаптація світових тенденцій із врахування української історії та ментальності.

Висновки до розділу 1

Державне регулювання системи управління у сфері приватної медицини—це системний, планомірний вплив державних інституцій та інститутів на діяльність суб'єктів макроекономічного середовища охорони здоров'я, враховуючи стабільні умови функціонування ринкового механізму господарювання, основною метою якого є дотримання пріоритетної лінії державної політики щодо фінансового, економічного та соціального зростання індикаторів національного макроекономічного середовища охорони здоров'я, враховуючи пріоритет заходів із збереження та зміцнення здоров'я людського капіталу країни. Регулюючи ринок медичних послуг держава виконує такі дві функції: соціальну та економічну. Сутність першої полягає в забезпеченні справедливості та доступності для всього населення, незалежно від рівня доходів громадян та статусу, а економічна функція полягає у забезпеченні конкуренції між надавачами медичних послуг, вдосконаленні системи ліцензування та акредитації медичних установ, забезпеченні якісного рівня медичного обслуговування, використанні податкових інструментів при регулюванні підприємницької діяльності.

Головними органами, що гарантують забезпечення виконання першочергових завдань і запланованих заходів у галузі регулювання, залишаються частково підрозділи Міністерства охорони здоров'я України. Деякими регуляторними функціями опосередковано займається новостворена у 2017 р. у межах заходів із реалізації медичної реформи Національна служба здоров'я України, яка являється національним страховим органом, який

забезпечує населення відповідним гарантованим пакетом медичних послуг в діапазоні визначеного фіскального простору.

Формування систем охорони здоров'я зарубіжних країн відбувалося від впливом ряду історичних, економічних, соціальних та політичних факторів. Однак умовно їх можна поділити на такі основні групи: державні; соціально-страхові; приватні. Тобто, з одного боку, виникає необхідність у регулюванні обсягів участі медичних організацій різної форми власності в наданні медичної допомоги населенню, а з іншого — набувають особливої актуальності розробка і впровадження в систему охорони здоров'я моделей державно-приватного партнерства. Жодна розвинена країна світу сьогодні не може забезпечити всіх необхідних засобів для надання медичних послуг виключно з бюджетних коштів без застосування механізмів співплатежів. Цей нюанс для нашої країни лежить переважно в площині політичних рішень, однак існуючі економічні труднощі і бюджетний дефіцит системи охорони здоров'я неминуче призведуть до необхідності його вирішення. І чим раніше буде прийняте рішення, тим швидше зможемо забезпечити створення більш ефективної системи фінансування та організації сучасної системи охорони здоров'я в Україні. Кожна із діючих систем державного регулювання приватних медичних закладів проаналізованих країн заслуговує на увагу. Однак це мусить бути не сліпе копіювання зарубіжного досвіду державного регулювання, а адаптація світових тенденцій із врахування української історії та ментальності. Однак у переважній більшості розвинутих країн Європейського Союзу та світу на практиці забезпечується рівний доступ усіх громадян до необхідного забезпечення охорони здоров'я, пропонуються пільги для соціально незахищених груп населення, є ефективна система впливу держави на функціонування приватних медичних закладів.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ПРИВАТНОЮ МЕДИЦИНОЮ В УКРАЇНІ

2.1. Сучасний стан приватної медицини в Україні

Вирішення питань доцільності фінансування тих чи інших медичних закладів з урахуванням обсягу медичних послуг, що надаються населенню – один із важливіших факторів ефективності сучасної медицини у країні. Важливим аспектом, який впливає на розвиток ринку медичних послуг і розвиток медичної галузі загалом, є ефективна податкова політика, тобто перенесення накопичених державою коштів у вигляді податків зі сфери економіки у соціальну сферу (охорону здоров'я, освіту, соціальне забезпечення, науку, культуру).

Країни з високим економічним розвитком виділяють достатню кількість ресурсів на державне фінансування системи охорони здоров'я, що забезпечує доступність різних верств населення до медичних послуг, зокрема соціально незахищених груп. В Україні наразі не забезпечено ефективної податкової політики з перерозподілом коштів між прибутковими галузями промисловості та соціальною сферою. Система охорони здоров'я перебуває на низькому рівні, і ринкові відносини майже не працюють. Одним із найважливіших факторів розвитку ринку медичних послуг є підвищення якості медичної допомоги, що неможливо без високого рівня кваліфікації медичних працівників, створення ефективної системи підвищення кваліфікації, об'єктивної оцінки рівня знань і навичок лікарів та середнього медичного персоналу.

Надзвичайно важливим аспектом є створення університетських клінік як бази для навчання студентів та післядипломного підвищення кваліфікації медичних працівників різних рівнів. Важливою умовою розвитку ринку сучасних медичних послуг є реорганізація системи охорони здоров'я, зі змінами механізмів обслуговування та співвідношення між безоплатною та

платною медичною допомогою і забезпеченням доступності високоспеціалізованих та високотехнологічних видів медичної допомоги всім верствам населення. Для цього необхідна розробка програми соціального маркетингу з урахуванням загального ринкового підходу до формування медичних послуг, спрямованої на моніторинг діяльності всієї системи охорони здоров'я, обсягів і попиту медичних послуг, здатності користувачів медичних послуг платити за високоспеціалізовану медичну допомогу, забезпечення доступності різних соціальних груп населення до медичних послуг. Лише моніторинг продуктивності медичних послуг і соціальний маркетинг визначають сучасний ринок медичних послуг.

« Соціальний маркетинг у медицині передбачає планування і впровадження окремих заходів та програм, направлених на здійснення соціальних змін для поліпшення надання медичних послуг з урахуванням потреб і можливостей різних груп населення. Такі заходи передбачають, окрім медичних заходів попередження і профілактики захворювань, ще й інформаційні заходи, направлені на попередження травматизації під час використання транспортних засобів. Важливим напрямом соціального маркетингу є інформування населення щодо впливу шкідливих звичок на стан здоров'я і тривалість життя, інформування щодо профілактики серцево-судинних та інфекційних захворювань » [60].

Важливим фактором розвитку медичних послуг є можливість надання високоспеціалізованих та високотехнологічних видів медичної допомоги. Вирішення цієї проблеми неможливо без оснащення закладів охорони здоров'я сучасною медичною апаратурою, забезпеченням високого рівня кваліфікації медичного персоналу, створенням ефективної системи транспортування пацієнта до спеціалізованих закладів. Тому у сучасних умовах транзитивної економіки актуальними є заходи, спрямовані на вивчення особливостей та перспектив розвитку ринку медичних послуг і на створення умов для їх надання. Сучасний розвиток ринку медичних послуг неможливий без створення системи медичної допомоги, орієнтованої на пацієнта. Головним об'єктом такої

системи є пацієнт, і його потреби різних видів медичної допомоги формують пропозиції медичних послуг на ринку. На жаль, високий рівень корпоратизації та комерціалізації, активна технізація системи медичної допомоги сприяли витісненню пацієнта з центру системи охорони здоров'я. Головною метою системи медичної допомоги, орієнтованої на пацієнта, є створення реальних умов і механізмів для максимальної реалізації в охороні здоров'я прав громадян і пацієнтів. Така система медичної допомоги забезпечує повагу до потреб пацієнтів, координацію та інтеграцію медичної допомоги мультидисциплінарною клінічною командою, інформування пацієнта про стан його здоров'я, емоційну підтримку, надання медичної допомоги за інформованої згоди пацієнта. Створення такої системи охорони здоров'я покращує результати діяльності системи загалом, і насамперед забезпечує задоволеність пацієнтів наданою медичною допомогою та покращує якість їх життя [57].

Ще один важливий напрям – співробітництво між державним і приватними секторами охорони здоров'я. Ці два сектори можуть доповнювати один одного за умов правильного розуміння національних задач охорони здоров'я і реалій кожного партнера. Таке взаєморозуміння сприяє створенню різноманітних форм співробітництва, спрямованих на досягнення головної мети – надання кваліфікованої і високоспеціалізованої медичної допомоги різним соціальним верствам населення. Нині слід вважати ефективними такі методи реформування державних і приватних медичних послуг: ліцензування і акредитація, створення мережі постачальників послуг, регулювання діяльності закладів охорони здоров'я, залучення недержавних закладів охорони здоров'я до надання високовартісних видів медичної допомоги із заключенням контрактів щодо надання цих послуг соціально незахищеним верствам населення на безоплатній основі.

Співробітництво між державним і приватними секторами створює умови для покращення якості медичної допомоги через конкуренцію.

Головною метою співробітництва державного та приватного секторів є поєднання якості і доступності медичної допомоги для всіх верств населення. На функціонування ринку приватної медицини прямо чи опосередковано впливає низка стримуючих факторів, серед них:

- низька купівельна спроможність населення країни;
- нестабільність національної валюти;
- недосконале нормативно-правове регулювання галузі (особливо у контексті ринку приватної медицини);
- надмірна бюрократизація системи ліцензування приватних медичних закладів;
- недостатній доступ до кредитних позикових ресурсів задля розширення обсягів діяльності.

Водночас каталізуючими факторами розвитку ринку приватної медицини є кризовий стан державної медицини, недосконалість її реформування, недостатність бюджетного фінансування державних програм, пов'язаних із розвитком системи охорони здоров'я.

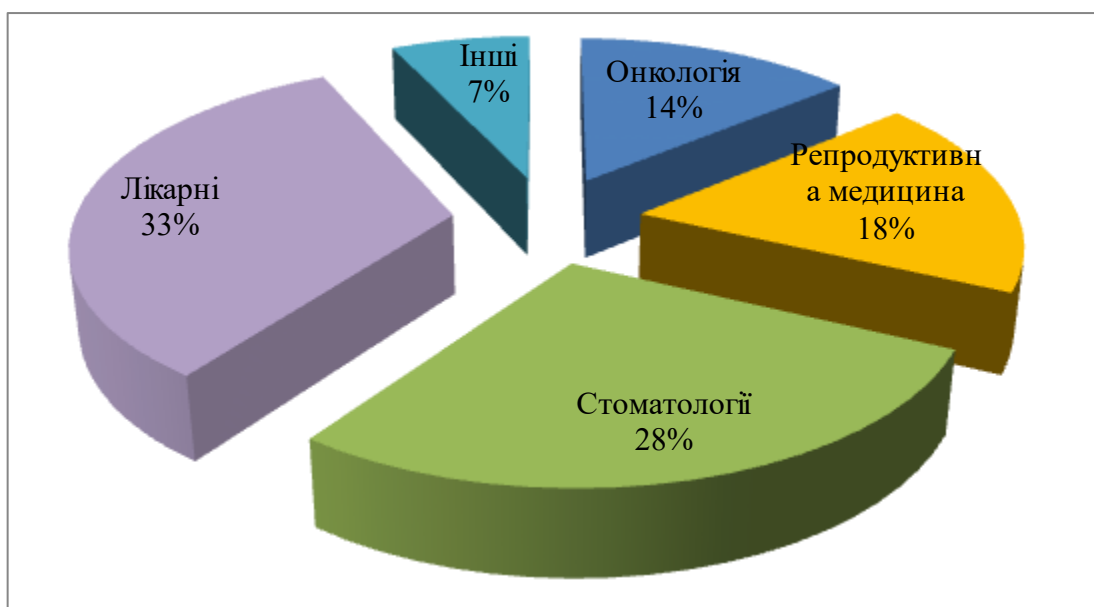


Рис.2.1. Характеристика закладів приватної медицини відповідно до пропонованих ними послуг в 2021 році

Джерело: складено автором згідно даних [19]

Вагомими перевагами приватних медичних закладів України є:

- доступність та оперативність отримання медичної послуги;
- якісне оснащення та устаткування медичного закладу;
- гарантована кваліфікація медичного персоналу;
- відповідальність та організованість процесу лікування;
- можливість отримання додаткових послуг [21].

Переважає більшість закладів приватної медицини зосереджена у найбільш платоспроможних регіонах України, а саме у столиці, де функціонує близько 50 % всіх приватних закладів країни; у Харкові, Дніпрі, Одесі та ін. Незважаючи на те, що 70 % ринку приватної медицини представлені відносно невеликими центрами, кабінетами, лабораторіями, протягом останніх років закордонні інвестори почали активніше вкладати кошти в розвиток крупніших приватних медичних закладів. За кілька років роботи приватних медичних закладів стало можливим виділення очевидних лідерів галузі, а їх доходи почали вимірюватися не десятками, а сотнями мільйонів гривень (рис. 2.2):

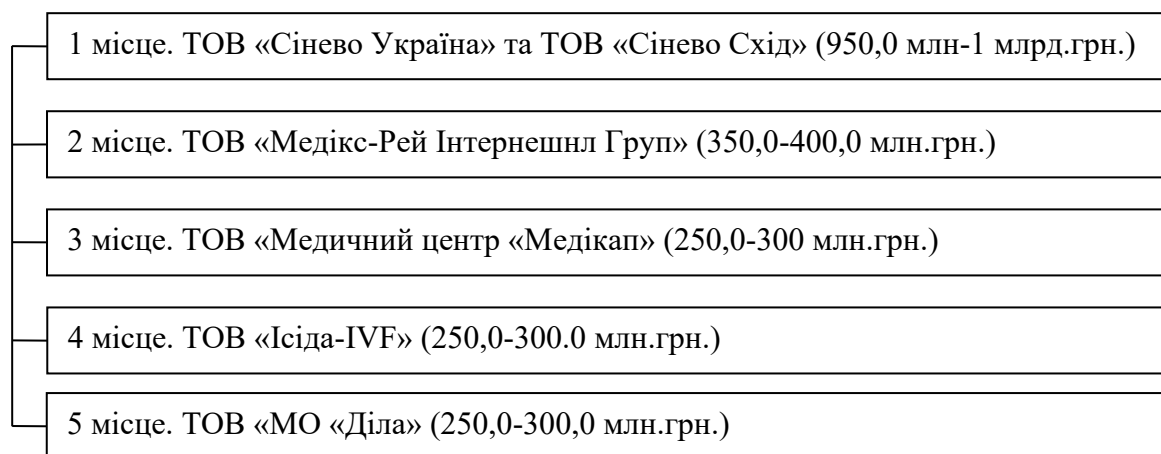


Рис.2.2. Топ-5 приватних медичних закладів (лабораторій) України та обсяги їх доходу [19]

Найприбутковішим приватним медичним закладом України, як бачимо з рис. 2.2. є ТОВ «Сінево Україна» та ТОВ «Сінево Схід» із сукупним річним доходом у майже 1 млрд грн. ТОВ «Медікс-Рей Інтернешнл Груп» (Лікарня ізраїльської онкології «LISOD») займає другу позицію з доходом близько 400

млн грн, і третя позиція рейтингу належить ТОВ «Медичний центр «Медікап»» із доходом у 300 млн грн [2]. Вартість лікування у приватних медичних закладах значною мірою залежить не від якості пропонованих послуг, а від «статусності» закладу. У разі надання однакових послуг аналогічного рівня якості різниця в ціні може коливатися в межах 50–80 %. Тобто кінцевий споживач медичної послуги переплачує за репутацію. Недооціненим залишається внесок закладів приватної медицини у фінансування медичної галузі загалом. На думку окремих фахівців, «тіньовий складник» ринку приватної медицини в Україні становить понад 2 млрд дол. США. Можна припустити, що за державної підтримки розвитку ринку приватної медицини та мінімізації перешкод розвитку галузі ці кошти перестануть бути «тіньовими» й держава у вигляді податків зможе доотримати близько 1 млрд грн на рік, що створить сприятливі умови для фінансування системи охорони здоров'я загалом.

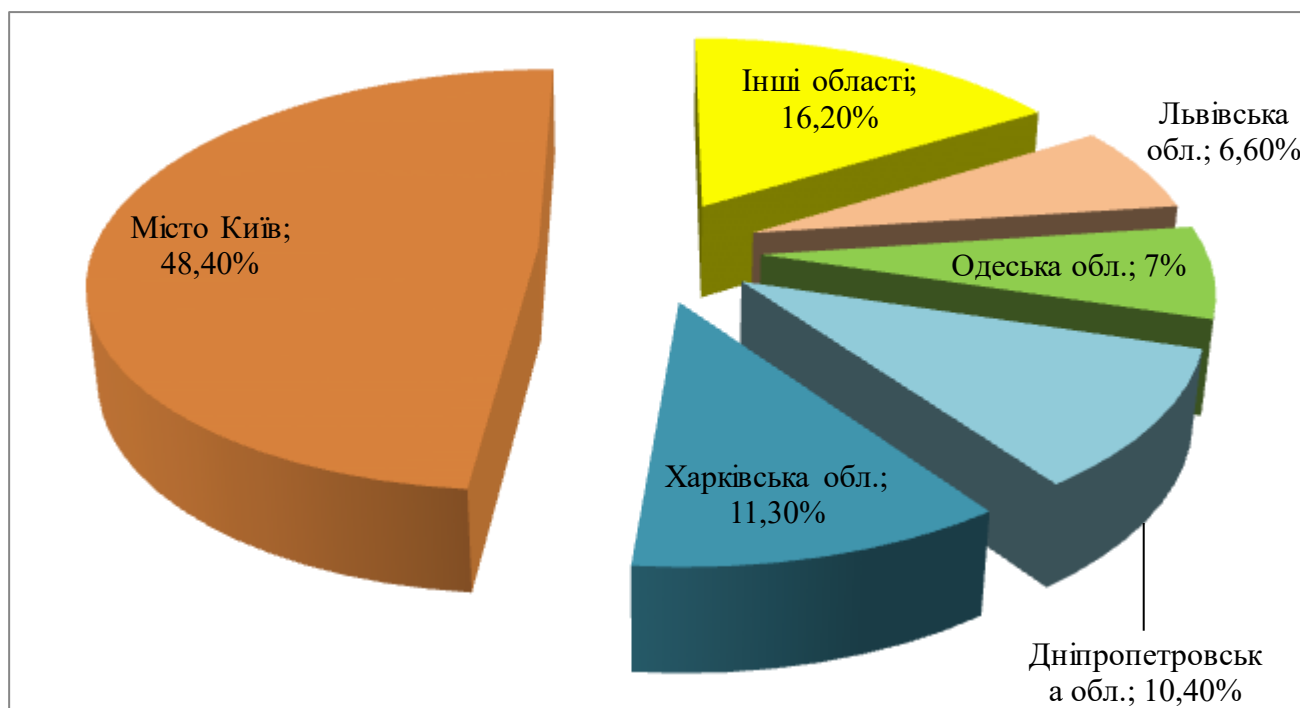


Рис. 2.3. Регіональна структура ринку приватних медичних послуг в Україні у 2021 році, % [8]

Аналізуючи ринок приватних медичних установ, то основна частка зосереджена загалом в урбанізованих районах країни [9]. Домінуючу частку

ринку медичних послуг станом на кінець 2021 року займає місто Київ із показником у 48,4%, наступними областями зі значною кількістю медичних закладів є Харківська (11,3%), Дніпропетровська (10,4%), Одеська (7%) та Львівська (6,6%) (рис. 2.3.). В основному ці приватні заклади зосереджені в обласних центрах із значною чисельністю населення, де відбувається стрімке економічне зростання, що являється вигідною умовою для розвитку та становлення приватної медицини. Протягом тривалого періоду часу функціонування приватних медичних закладів на території країни, деякі з них займають передові позиції у цьому секторі, де статистичні показники прибутків коливаються в межах від десяти до сотні мільйонів гривень.

Сектор охорони здоров'я є одним із найбільш постраждалих внаслідок війни. Станом на 21.06.2022 року повністю зруйновано 118 об'єктів закладів охорони здоров'я, частково зруйновано (руйнування від 2% до 90%) 633 об'єктів закладів охорони здоров'я. Орієнтовна вартість збитків попередньо складає майже 35 млрд. грн. Програма медичних гарантій не в повній мірі відображає пакети пріоритетних послуг, які набувають першочергового значення в умовах війни та у пост-воєнний період (лікування травм, опіків, реабілітація, послуги з психічного здоров'я). Державні програми у сфері охорони здоров'я не враховують втрат системи охорони здоров'я, понесених збитків, необхідних змін пріоритетів у сфері охорони здоров'я (переліку медичних послуг та станів).

Система охорони здоров'я зазнає також особливого навантаження у зв'язку із міграцією населення (близько 7 млн. українців стали вимушеними переселенцями) та втратами та переміщеннями медичних працівників. За період війни 12 медичних працівників загинуло, 47 поранено. 2 372 працівників центрів екстреної медичної допомоги перебувають на окупованих територіях. 2 273 медичних працівників виїхали за кордон (0,5% від усієї кількості медичних працівників в країні), 1714 лікарів та 1095 медичних сестер змінили місце роботи через війну. Брак кадрової та організаційної спроможності системи охорони здоров'я надавати послуги з реабілітації та психічного здоров'я

загострює ситуацію із забезпеченням потреби громадян у якісних і доступних послугах.

2.2. Оцінка фінансового забезпечення державного управління приватної медицини

Приватний сектор охорони здоров'я робить вагомий внесок у фінансування медичної галузі, забезпечує її необхідною кількістю медикаментів, товарів і виробів медичного призначення, щорічно розвантажуючи державний бюджет охорони здоров'я України майже на 2 млрд грн. За чотири роки фінансування за рахунок приватного сектору збільшилося на 19 435 млн грн, приватні витрати на охорону здоров'я в Україні склали понад 42,3% від загальних видатків охорони здоров'я, у 2021 році поточні витрати на охорону здоров'я перевищили державні витрати та становили 137 млрд грн.

Таблиця 2.1

. Загальні витрати на охорону здоров'я за фінансуючими організаціями
(фінансовими агентами)

Фінансуючі організації	2018 рік		2019 рік		2020 рік		2021 рік	
	млн.грн.	%	млн.грн.	%	млн.грн.	%	млн.грн.	%
Уряд	75826,7	48,85	81656,5	44,97	111063	49,64	133118,5	48,88
Приватний сектор	78822	50,78	98624,2	54,31	110651,8	49,46	137204,4	50,38
Інше приватне добровільне страхування	1398,5	0,9	1567,9	0,86	1950,6	0,87	3141,9	1,15
Витрати домогосподарств	75711,1	48,78	94951,3	52,29	106154,5	47,45	131376,2	48,24
Некомерційні організації, що обслуговують домашні господарства	17,8	0,01	20,2	0,01	26,1	0,01	55	0,02
Приватні фірми та корпорації	1589,9	1,02	1976	1,09	2520,6	1,13	2631,3	0,97
Лікарняні каси	104,7	0,07	108,8	0,06	0	0	0	0
Весь інший світ	570,8	0,37	1314,2	0,72	2011,8	0,9	2011,8	0,74
Загальні витрати на охорону здоров'я	155219,5	100	181594,9	100	223726,6	100	272334,7	100

Джерело: складено автором згідно [19]

Варто відзначити, що приватні лікувально-профілактичні заклади знімають навантаження з державних лікарень та поліклінік. Попри значну чисельність закладів державної медицини, з кожним роком спостерігається тенденція збільшення поточної кількості пацієнтів, які хочуть обслуговуватися у приватних медичних кабінетах або приватних медичних центрах та готові оплачувати надані медичні послуги. До цієї групи належать платоспроможні клієнти, які пред'являють попит на високотехнологічне, ефективне, якісне медичне лікування та оперативність, а кількість таких пацієнтів становить по над 10% населення України.

Стосовно складової структури надаваних медичних послуг, то приватна охорона здоров'я частково доповнює державний сектор, пропонуючи інші види медичних послуг, проте вона в основному замінює його або виступає в якості альтернативи.

В цьому розділі вважаємо за доцільне розглянути вигоди держави у ефективному управлінні розвитком приватної медицини.

Найголовнішою вигодою держави в підтримці розвитку приватного сектора системи охорони здоров'я України є вагомий внесок приватної медицини у фінансування галузі.

Окрім цього, приватні лікувально-профілактичні заклади знімають навантаження з державних лікарень та поліклінік, адже на сьогоднішній день понад 10% населення України обслуговується у приватних медичних кабінетах або приватних медичних центрах.

Згідно Звіту НСЗУ про виконання договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій за I квартал 2021 року на рис.2.4. представлено кількість надавачів, які уклали договір з НСЗУ.

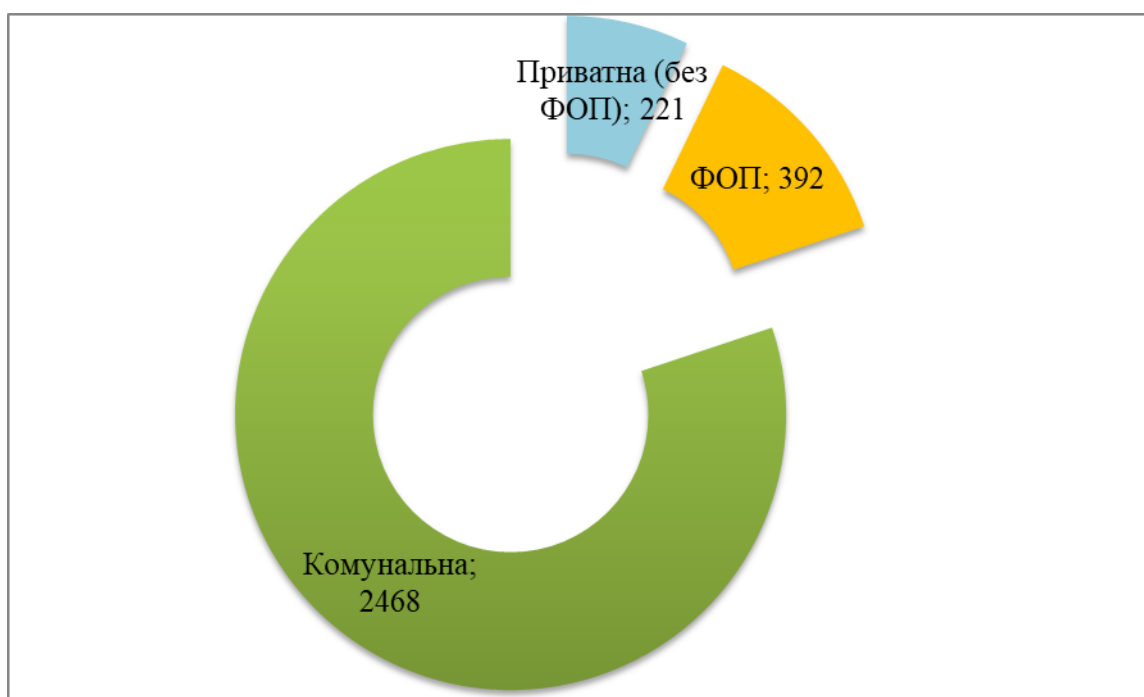


Рис.2.4. Кількість надавачів, які уклали договір з НСЗУ за I квартал 2021 року [8]

Отже, загалом 3081 надавачів уклали договір з НСЗУ за I квартал 2021 року, серед них 221 приватні медичні заклади, 392 ФОП та 2468 комунальних закладів.

В табл.2.2. представлено суми виплат відповідно до Звіту НСЗУ про виконання договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій за I квартал 2021 року.

Таблиця 2.2

Сума виплат надавачам медичної допомоги за I квартал 2021 року,
тис.грн.

Форма власності	2021 рік			Усього за квартал
	Січень	Лютий	Березень	
Комунальна	11886137	10433225,9	11606006,48	33925369,5
Приватна (без ФОП)	78086,63	70052,48	54034,91	202174,02
ФОП	31801,52	33329,67	34772,51	99903,7
Разом	11996025,2	10536608,1	11694813,9	34227447,2

Джерело: складено автором згідно даних [8]

Загалом сума виплат за за I квартал 2021 року склала 34227447,2 тис.грн, з них на ФОП було здійснено 99903,7 тис.грн, на приватні медичні заклади без врахування ФОП 202174,02 тис.грн, на комунальні медичні заклади 33925369,5 тис.грн.

Виплати від НСЗУ

За I кв. 2021 р. НСЗУ виплатила цим закладам 34 227 447 196 грн:

- 19,854 млрд грн отримали спеціалізовані медичні заклади;
- 4,976 млрд грн – заклади первинної медичної допомоги;
- 2,713 млрд грн – центри екстреної медицини;
- 6,685 млрд грн виплачено за надання медичної допомоги пацієнтам з COVID-19.

Найбільше коштів виплачено за такими напрямками:

- стаціонарні послуги загального профілю – 7 720 804 259 грн;
- надання медичної допомоги пацієнтам з COVID-19 – 6 684 769 857 грн;
- первинна медична допомога – 4 975 614 630 грн;
- перехідне фінансове забезпечення – 4 714 176 969 грн [8].

Доступні ліки

У рамках державної програми реімбурсації «Доступні ліки» НСЗУ виплачено аптечним закладам-партнерам 270 409 млн грн. З них комунальним закладам – 30 715 млн грн, ФОП – 18 918 млн грн, приватним – 220 776 млн грн.

Медична реформа в Україні змінила сам підхід до взаємодії між пацієнтом і лікарем, насамперед у сімейній медицині. Принцип фінансування, коли «гроші йдуть за пацієнтом», дозволяє людині відв'язатися від медзакладу за місцем прописки і самостійно обирати ту клініку, де кращий сервіс. При цьому не грає ролі, це приватний заклад чи комунальний – певний перелік медичних послуг все одно оплачується державою.

Первинний рівень меддопомоги, який оплачується з державного фонду, включає послуги сімейного лікаря та педіатра, а це консультації, супровід

людей з хронічними хворобами, направлення до вузькопрофільних медиків, профілактичні дії, зокрема і вакцинація. Також у рамках первинної меддопомоги пацієнти безоплатно можуть отримати такі дослідження, як:

- Загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою;
- Глюкозу крові;
- Загальний холестерин;
- Аналізи сечі;
- Загальний аналіз сечі;
- Електрокардіограму (ЕКГ) у стані спокою;
- Мікроскопію харкотиння;
- Швидкі тести [9].

Цей перелік безоплатних послуг гарантується державою і є однаковим як для приватних медзакладів, так і для комунальних за умови підписання договору з Національною службою здоров'я України. Єдина різниця для пацієнта – це рівень сервісу і комфорту отримання цих послуг, який зазвичай відрізняється у закладах.

Відмовити пацієнту у підписанні декларації сімейний лікар може лише у двох випадках: якщо він набрав оптимальну кількість пацієнтів і якщо заклад власне не підписав договір з НСЗУ. Це правило однаково діє як для лікарів-ФОП, так для комунальних чи приватних закладів.

НСЗУ не забезпечила належним чином виконання повноважень з укладання договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій з надавачами первинної медичної допомоги. Рішення про укладання на 2018–2020 роки договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій в окремих випадках ухвалювалися комісіями з розгляду заяв за відсутності повного пакета документів та за неналежного їх оформлення всупереч вимогам НСЗУ, визначеним в оголошеннях про укладення договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, а також без використання електронної системи охорони

здоров'я, що є порушенням пункту 4 Порядку № 410. Зміни до діючих договорів вносилися несвоєчасно [27].

Ціну договору на 2018 рік і загальну орієнтовну ціну договорів на 2019–2020 роки для закладів охорони здоров'я комунальної форми власності встановлено залежно від кількості декларацій, які укладуть громадяни з лікарями, що надають первинну медичну допомогу, для закладів охорони здоров'я приватної форми власності і фізичних осіб - підприємців – від визначеного оптимального обсягу практики первинної медичної допомоги (кількість осіб на одного лікаря, що надає первинну медичну допомогу), що не узгоджується з пунктом 28 договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій на 2018 рік та пунктом 33 договорів на 2019–2020 роки, якими передбачено, що ціна договору визначається на підставі вартості медичних послуг. Порядки № 1117 і № 65 не визначають передбаченого умовами договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій механізму розрахунку запланованої вартості медичних послуг [9].

За інформацією НСЗУ, ціна договору у 2018 році та загальна орієнтовна ціна договору у 2019 році для закладів охорони здоров'я комунальної форми власності визначалась на підставі обсягу наявного населення, яке обслуговувалося закладом станом на 01.01.2018 за офіційними даними Державної служби статистики, терміну дії договору та розрахункових показників (коефіцієнт зеленого списку, місячний тариф по зеленому списку або місячний тариф по червоному списку (застосовувався в розрахунках до 31.03.2019 і становив 10 грн)); для закладів приватної форми власності і фізичних осіб-підприємців – на підставі оптимального обсягу медичної практики лікарів первинної медичної допомоги³², які працюють у закладі (педіатр – 900 осіб, сімейний лікар – 1800 осіб, терапевт – 2000 осіб), терміну дії договору та розрахункових показників (коефіцієнт зеленого списку і місячний тариф по зеленому списку (середньозважена капітаційна ставка)). У 2020 році наказами НСЗУ від 24.03.2020 № 68 затверджено Методичні

рекомендації з визначення орієнтовної ціни договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій та від 06.08.2020 № 189 – Алгоритм дій з визначення загальної орієнтовної ціни договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій. Однак ці Методичні рекомендації не застосовуються у разі внесення змін до діючого договору у зв'язку із зміною його ціни. Нормативний документ, який визначає процедуру розрахунку ціни договору у разі її зміни, у НСЗУ станом на 27.04.2021 відсутній [9].

Загальна орієнтовна ціна договору на 2020 рік розраховувалася згідно із затвердженими Методичними рекомендаціями індивідуально для кожного надавача первинної медичної допомоги з урахуванням кількості декларацій, що містяться в електронній системі охорони здоров'я, встановленого тарифу і коригувальних коефіцієнтів. Враховувалась інформація, чи діючий це надавач, фактична кількість декларацій, укладених ним на перше число місяця, що передує даті укладання договору, становить 0 або більше 0; чи новий надавач і фактична кількість декларацій на перше число місяця, що передує даті укладання договору, становить менше або більше 10 відс. сумарного ліміту оптимального обсягу практики лікарів, які надають первинну медичну допомогу у відповідного надавача [9].

Таким чином, ціна договору на 2018 рік і загальна орієнтовна ціна договорів на 2019–2020 роки для закладів охорони здоров'я комунальної форми власності залежала від кількості декларацій, які укладуть громадяни з лікарями, що надають первинну медичну допомогу, для закладів охорони здоров'я приватної форми власності і фізичних осіб - підприємців – від визначеного оптимального обсягу практики первинної медичної допомоги (кількість осіб на одного лікаря, що надає первинну медичну допомогу), що не узгоджується з пунктом 28 умов укладених договорів на 2018 рік та пунктом 33 умов укладених договорів на 2019–2020 роки, якими передбачено, що ціна договору визначається на підставі вартості медичних послуг [9].

НСЗУ не забезпечила вчасного внесення змін до діючих договорів. У результаті надавачі первинної медичної допомоги мали самі вносити зміни. Цей процес тривав від 1,5 до майже 6 місяців від дати внесення змін на законодавчому рівні до Типової форми договору № 410. У зв'язку із внесенням постановою Кабінету Міністрів України від 27.02.2019 № 134 змін до Типової форми договору № 410 договори про внесення змін до діючих договорів, укладених із 29 надавачами первинної медичної допомоги, яких охоплено аудитом, укладено НСЗУ протягом квітня-серпня 2019 року, тобто у термін від 1,5 до майже 6 місяців від дати внесення на законодавчому рівні таких змін. За інформацією НСЗУ, внаслідок відсутності у НСЗУ технічної можливості надсилати через електронну систему охорони здоров'я пропозиції для внесення змін до договору очікувалось подання заяв на відповідні зміни від надавачів первинної медичної допомоги, що і призвело до значної затримки з внесенням змін до діючих договорів.

2.3. Взаємодія діяльності приватної медицини з Національною службою Здоров'я України

Під поняттям «партнерство» розуміють досягнуту сторонами заздалегідь угоду щодо спільних дій або співпраці з метою виробництва певної продукції, виконання робіт або надання послуг, яка базується на спільному прийнятті рішень, розподілі ролей, відповідальностей, ризиків та вигод між учасниками. У цій статті розглядатимуться партнерства у сфері ОЗ, утворені між державою – з одного боку, та приватними учасниками – з іншого

До публічно-приватного партнерства входять два або більше учасники, хоча б один з яких – державний, а інші – з приватного бізнесу. Загалом існуючі дефініції публічно-приватного партнерства можна об'єднати в декілька груп. Найпопулярнішим підходом є визначення цього поняття як інструменту управління чи менеджменту. У деяких визначеннях увага акцентується на фінансових взаємовідносинах. Публічно-приватне партнерство розглядається і

як інструмент процесу розвитку. Вважається, що Публічно-приватне партнерство сприяє розвитку через співпрацю та посиленню ефективності сфери охорони здоров'я.

З організаційно-економічних позицій публічно-приватне партнерство – це система інститутів і механізмів, яка враховує регіональну, муніципальну, галузеву та відомчу специфіку, спрямовану на взаємодію партнерських відносин у вигляді договору (угоди, контракту) із взаємними зобов'язаннями, розподілом ризиків та передбачає спільну діяльність суб'єктів ринкових відносин.

При такому підході у приватного бізнесу виникає інтерес вкладати інвестиції та отримувати гарантований прибуток. Приватний сектор зацікавлений у залученні до спільних проектів та може запропонувати державі сучасні технології, ноу-хау, більш ефективний менеджмент. Держава, у свою чергу, отримує додаткове фінансування спільних проектів і вирішує не тільки інфраструктурні проблеми, а й забезпечує ефективніше використання коштів, досягнення вищого рівня соціальної стабільності. При цьому, зазвичай, публічно-приватне партнерство є довготерміновою співпрацею між публічною владою та приватним сектором.

Проаналізувавши наявні дефініції «публічно-приватного партнерства», можна прийти до висновку, що одні дослідники вкладають у зміст даного визначення будь-які взаємовідносини між державою та приватним сектором економіки. Інші ж виділяють даний вид взаємовідносин між державою та бізнесом з-поміж інших, таких як договірне постачання та приватизація, акцентуючи увагу на рівноправних партнерських стосунках.

Узагальнюючи різні підходи до трактування аналізованого поняття, можна його конкретизувати: публічно-приватне партнерство – це комплекс стабільних та довгострокових відносин між державою, з одного боку, та представниками бізнесових кіл, громадськими інституціями й місцевими громадами, з іншого, щодо розподілу функцій при здійсненні інфраструктурних проектів, виробництві товарів і наданні послуг з метою перерозподілу

відповідальності, ризиків і зобов'язань, а також підвищення ефективності й мінімізації ризиків для держави. Таке визначення узагальнює різні погляди на публічно-приватне партнерство та може бути основою для його уточнення щодо галузі охорони здоров'я.

Слід зазначити, що у жодній країні світу не вдалось створити ідеальну систему охорони здоров'я, що, зокрема, яскраво продемонструвала і недостатня готовність сфери охорони здоров'я розвинених країн до боротьби з наслідками пандемії Covid-19. Але у той же час зрозуміло, що для подальшого розвитку цієї сфери перспективною залишається збалансована взаємодія двох форм управління (державної та приватної), яку може забезпечити публічно-приватне партнерство. Його використання є ефективним інструментом залучення капіталу в галузь, що сприятиме покращенню інфраструктури та можливостей вітчизняних лікувальних установ.

Долучення приватних інвесторів до державної системи охорони здоров'я в Україні може відбуватись у таких формах: продаж державних закладів охорони здоров'я, здача в оренду чи передача у концесію без зміни їх функціонального призначення, створення спільних підприємств тощо.

Держава може реалізувати будь-які форми публічно-приватного партнерства залежно від регіону, профілю та інвестиційної привабливості кожного конкретного проекту. Перспективним може бути і створення великих медичних холдингів (публічних акціонерних товариств) за участю держави та приватних інвесторів. Їх діяльність може бути орієнтована на надання не тільки первинної, а й спеціалізованої медичної допомоги. Взаємодія держави і бізнесу в сфері охорони здоров'я об'єднає їх сильні сторони, але для того, щоб ця взаємодія відбулась, потрібен спільний інтерес для кожної зі сторін.

Реформа охорони здоров'я має на меті змінити status quo в медицині. У 2018 році медзаклади почали конкурувати за пацієнта на первинній ланці. Принцип простий. У пацієнта є право обирати лікаря в будь-якому закладі: державному або приватному. Цей заклад укладає договір з Національною службою здоров'я на оплату послуг. Від Національної служби Охорони

Здоров'я України за пацієнтами йдуть гроші. Тому: більше пацієнтів – більше фінансування – краща якість – ще більше пацієнтів.

ЯК ПРАЦЮЄ РЕФОРМА ПЕРВИННОЇ ДОПОМОГИ



Громадяни укладають декларації з лікарями



НСЗУ по тарифу оплачує лікарням гарантований пакет послуг за кількістю декларацій

Рис.2.4. Схема роботи медреформи [40]

Участь приватних закладів у реформі стала поштовхом до зростання загального рівня якості медпослуг. Більш повільні комунальні заклади будуть змушені «змінитися на краще або програти». Крім того, на послуги приватних закладів є великий попит.

Перше питання, яке ставлять: «чи цікава «приватнику» ціна (тариф), яку пропонує Національна служба здоров'я?

Щоб відповісти на це питання, треба зрозуміти, що НСЗУ практикує дещо нову модель надання первинної допомоги, до якої «приватникам» треба звикнути. Ось у чому її суть.

Зазвичай приватні заклади заробляють на візитах: в кінці кожного відвідування пацієнту дають чек з отриманими послугами. НСЗУ натомість пропонує запозичену в Європі «капітацію» – абонплату за кожного пацієнта, якого «веде» сімейний лікар. Тариф встановлюється за людину на рік і кошти рівномірно нараховуються щомісяця, навіть якщо пацієнт не користувався послугами. Зате наступного місяця, наприклад, йому може знадобитися прийти тричі.

Чи вигідно це? Давайте порахуємо. Щоб заробити для свого закладу мільйон гривень, приватний лікар первинної допомоги має кожного робочого дня приймати 14 пацієнтів за ціною 300 грн/візит.

Це майже 3500 візитів на рік.

Не забуваємо, що цих пацієнтів ще треба залучити через рекламу та інші засоби, адже не кожен готовий платити за візит таку суму.

Сімейний лікар, який працює з НСЗУ, може отримати мільйон гривень за 1650 пацієнтів різних вікових груп (див. модель нижче).



Рис.2.5. Модель роботи з Національною службою здоров'я України [40]

В середньому він матиме 15-20 прийомів на день. Так, ці 1650 пацієнтів можуть приходити до нього необмежену кількість разів на рік.

Проте статистика свідчить, що в Україні лише близько третини пацієнтів взагалі відвідують свого сімейного лікаря впродовж року.

Модель роботи з Національною службою здоров'я (НСЗУ), яка оплачує послуги в межах реформи, має кілька переваг:

1. Найголовніша – пацієнт не платить нічого, за нього це робить НСЗУ.

Погодьтеся, залучити такого пацієнта набагато легше, ніж переконати його платити 300 гривень за кожен візит.

Співпрацюючи з НСЗУ, приватні заклади істотно зменшують витрати на маркетинг.

2. Пацієнт не думає, як зайвий раз НЕ прийти до лікаря і НЕ витратити гроші.

Наприклад, лікар у приватному закладі призначає лікування, в кінці якого – повторний візит.

Якщо після лікування ви начебто одужали, яка ймовірність, що ви більше не підете до лікаря, щоб заощадити кошти?

Насправді, не йти до лікаря через гроші – неправильно. За меддопомогою потрібно звертатися стільки, скільки необхідно, і рішення приймати з думкою про здоров'я, а не про фінанси.

3. Заклад отримує щомісячний дохід на об'ємі пацієнтів, незалежно від того, чи користуються ті послугами, чи ні.

Гроші приходять за всіх.

Немає невизначеності – можна чітко прогнозувати щорічний дохід.

Достатньо перемножити кількість декларацій на тариф із віковими коефіцієнтами. Це і є сума, яку заклад отримає від НСЗУ. Просто і зручно.

Отже, пацієнт може звернутися до лікаря стільки, скільки потрібно: хтось – більше, хтось – менше, хтось не звернеться зовсім.

Які послуги заклад зобов'язаний їм надавати?

До гарантованого переліку первинної допомоги входить список базових послуг сімейного лікаря (рис.2.6).

До речі, приватний заклад може запропонувати пацієнтам спеціалізовану допомогу чи аналізи поза цим пакетом на платній основі. Але жодної додаткової оплати від пацієнта за перерахований вище список бути не може. З 2020 року Національна служба охорони здоров'я України почала оплачувати послуги у стаціонарах.



Рис.2.6. Гарантований пакет первинної медичної допомоги [40]

З 1 квітня пацієнт вільно обирає лікарню та лікаря не лише на первинці, а і для спеціалізованої допомоги. Місце реєстрації жодним чином не впливає на те, де українці лікуватимуться, проходитимуть обстеження чи отримуватимуть консультації. НСЗУ заплатить тому медичному закладу, якого обере пацієнт.

61 приватний медзаклад та 3 лікарі-ФОП підписали договір з НСЗУ на надання спеціалізованої медичної допомоги. Найбільша кількість приватних медцентрів, які мають контракт з Національною службою здоров'я, в Дніпропетровській та Донецькій областях - по 8. По 4 - в Запорізькій, Кіровоградській, Сумській областях та м. Київ.

« Національна служба здоров'я має репутацію надійного фінансового партнера. Це підтверджено досвідом співпраці з центрами первинної ланки та аптечними закладами. У 2020 році договір з НСЗУ уклали 184 приватні заклади первинки і 300 лікарів-ФОП та вже отримали понад 80 млн грн за надання первинної допомоги пацієнтам. 91% аптек, які мають контракт з НСЗУ, - це приватні заклади та ФОП. За відпуск «Доступних ліків» за електронними рецептами в 2020 році сплатили приватному аптечному бізнесу та аптекам-

ФОП 233,4 млн грн. Намір приватних компаній та ФОП співпрацювати з державою – великий плюс для пацієнта. Адже він обирає аптеку, яка має найближче розташування або найкраще обслуговування. Лікаря, якому довіряє. Медичний заклад з якісними послугами та дбайливим ставленням до відвідувачів. Система охорони здоров'я, хоч і поступово, але змінюється. І змінюється в інтересах пацієнта », - зазначила очільниця НСЗУ Оксана Мовчан [40].

Приватні медцентри та ФОП надаватимуть українцям такі послуги як амбулаторна (37 закладів) та стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій (3 клініки), хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарі (5 клінік), медична реабілітація дорослих та дітей від 3-х років з ураженням нервової системи (4 центри), а також й пріоритетні послуги. Мова йде про ранню діагностику онкозахворювань. Так, езофагогастродуоденоскопію пацієнти зможуть зробити безоплатно в 26 приватних медичних закладах, колоноскопію - в 23, гістероскопію - в 14, мамографію - в 12.

Пройти необхідні обстеження чи лікування безоплатно в будь-якому медичному закладі, будь-якої форми власності, який має контракт з НСЗУ, пацієнт може за електронним направленням від сімейного або лікуючого лікаря. Направлення не потрібне до гінеколога, в тому числі дитячого та підліткового віку, психіатра, в тому числі підліткового, стоматолога (безоплатно - ургентна стоматологія усім та планова - дітям), нарколога, до педіатра спеціалізованого або високоспеціалізованого рівня медичної допомоги, а також до лікаря, у якого пацієнт із хронічними захворюваннями перебуває під медичним наглядом. Також без направлення і декларації надається екстрена медична допомога.

Висновок до розділу 2

Переважає більшість закладів приватної медицини зосереджена у найбільш платоспроможних регіонах України, а саме у столиці, де функціонує

близько 50 % всіх приватних закладів країни; у Харкові, Дніпрі, Одесі та ін. Незважаючи на те, що 70 % ринку приватної медицини представлені відносно невеликими центрами, кабінетами, лабораторіями, протягом останніх років закордонні інвестори почали активніше вкладати кошти в розвиток крупніших приватних медичних закладів. «Тіньовий складник» ринку приватної медицини в Україні становить понад 2 млрд дол. США. Можна припустити, що за державної підтримки розвитку ринку приватної медицини та мінімізації перешкод розвитку галузі ці кошти перестануть бути «тіньовими» й держава у вигляді податків зможе доотримати близько 1 млрд грн на рік, що створить сприятливі умови для фінансування системи охорони здоров'я загалом. Сучасний розвиток ринку медичних послуг неможливий без створення системи медичної допомоги, орієнтованої на пацієнта. Головним об'єктом такої системи є пацієнт, і його потреби різних видів медичної допомоги формують пропозиції медичних послуг на ринку. На жаль, високий рівень корпоратизації та комерціалізації, активна технізація системи медичної допомоги сприяли витісненню пацієнта з центру системи охорони здоров'я. Головною метою системи медичної допомоги, орієнтованої на пацієнта, є створення реальних умов і механізмів для максимальної реалізації в охороні здоров'я прав громадян і пацієнтів. Така система медичної допомоги забезпечує повагу до потреб пацієнтів, координацію та інтеграцію медичної допомоги мультидисциплінарною клінічною командою, інформування пацієнта про стан його здоров'я, емоційну підтримку, надання медичної допомоги за інформованої згоди пацієнта. Створення такої системи охорони здоров'я покращує результати діяльності системи загалом, і насамперед забезпечує задоволеність пацієнтів наданою медичною допомогою та покращує якість їх життя. Ще один важливий напрям – співробітництво між державним і приватними секторами охорони здоров'я. Ці два сектори можуть доповнювати один одного за умов правильного розуміння національних задач охорони здоров'я і реалій кожного партнера. Таке взаєморозуміння сприяє створенню різноманітних форм співробітництва, спрямованих на досягнення головної мети

– надання кваліфікованої і високоспеціалізованої медичної допомоги різним соціальним верствам населення. Нині слід вважати ефективними такі методи реформування державних і приватних медичних послуг: ліцензування і акредитація, створення мережі постачальників послуг, регулювання діяльності закладів охорони здоров'я, залучення недержавних закладів охорони здоров'я до надання високовартісних видів медичної допомоги із заключенням контрактів щодо надання цих послуг соціально незахищеним верствам населення на безоплатній основі.

Приватні лікувально-профілактичні заклади знімають навантаження з державних лікарень та поліклінік. Попри значну чисельність закладів державної медицини, з кожним роком спостерігається тенденція збільшення поточної кількості пацієнтів, які хочуть обслуговуватися у приватних медичних кабінетах або приватних медичних центрах та готові оплачувати надані медичні послуги. До цієї групи належать платоспроможні клієнти, які пред'являють попит на високотехнологічне, ефективне, якісне медичне лікування та оперативність, а кількість таких пацієнтів становить по над 10% населення України. Загалом сума виплат за за I квартал 2021 року склала 34227447,2 тис.грн, з них на ФОП було здійснено 99903,7 тис.грн, на приватні медичні заклади без врахування ФОП 202174,02 тис.грн, на комунальні медичні заклади 33925369,5 тис.грн. Виплати від НСЗУ За I кв. 2021 р. НСЗУ виплатила цим закладам 34 227 447 196 грн: 19,854 млрд грн отримали спеціалізовані медичні заклади; 4,976 млрд грн – заклади первинної медичної допомоги; 2,713 млрд грн – центри екстреної медицини; 6,685 млрд грн виплачено за надання медичної допомоги пацієнтам з COVID-19. Найбільше коштів виплачено за такими напрямками: стаціонарні послуги загального профілю – 7 720 804 259 грн; надання медичної допомоги пацієнтам з COVID-19 – 6 684 769 857 грн; первинна медична допомога – 4 975 614 630 грн; перехідне фінансове забезпечення – 4 714 176 969 грн. У рамках державної програми реімбурсації «Доступні ліки» НСЗУ виплачено аптечним закладам-партнерам 270 409 млн

грн. З них комунальним закладам –30 715 млн грн, ФОП – 18 918 млн грн, приватним – 220 776 млн грн.

Приватний сектор охорони здоров'я робить вагомий внесок у фінансування медичної галузі, забезпечує її необхідною кількістю медикаментів, товарів і виробів медичного призначення, щорічно розвантажуючи державний бюджет охорони здоров'я України майже на 2 млрд грн. За чотири роки фінансування за рахунок приватного сектору збільшилося на 19 435 млн грн, приватні витрати на охорону здоров'я в Україні склали понад 42,3% від загальних видатків охорони здоров'я, у 2021 році поточні витрати на охорону здоров'я перевищили державні витрати та становили 137 млрд грн. Приватний сектор медицини являється величезним резервом для надання доступних та якісних медичних послуг, проте існує ряд проблемних питань, які сповільнюють темпи розвитку приватного сектору сфери охорони здоров'я, до яких відносяться: недосконалість законодавчої та нормативно-правової бази у сфері охорони здоров'я, диспропорційні умови конкуренції приватних медичних установ із державними та відомчими лікувально-профілактичними закладами у зв'язку з різноманітними умовами доступу до матеріальних та адміністративних ресурсів; висока вартість медичних послуг у приватних медичних закладах; досить непрозорий ринок медичних послуг через цілком повну відсутність статистичних даних в області приватної охорони здоров'я; недостатня чисельність орендованих приміщень для відкриття приватних медичних установ та кваліфікованого медичного персоналу, а також проблеми у неготовності сприйняті новітніх технологій медичними працівниками.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ПРИВАТНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ

3.1. Імплементация зарубіжного досвіду державного управління приватної медицини для України

Досвід країн, які вже впровадили механізм публічно-приватного партнерства (ППП) у систему охорони здоров'я, засвідчує, що це дозволяє оптимізувати витрати бюджету; систематизувати і розвивати ринок приватних медпослуг з урахуванням потреб регіонів; інвестувати ресурси у реструктуризацію існуючих об'єктів охорони здоров'я, створювати мережу нових закладів охорони здоров'я на основі новітніх технологій у медицині, залучати кваліфікований персонал, підвищувати якість та доступність послуг.

У Німеччині належать різним власникам: приблизно 1/3 – державі в особі регіонів і муніципалітетів; 1/3 – приватним структурам та решта (1/3) – некомерційним організаціям (церковним громадам, Червоному хресту тощо). Причому частка приватних медичних закладів у системі охорони здоров'я Німеччини поступово зростає. У Федеральному бюджетному кодексі Німеччини принципу ефективності та результативності витрачання бюджетних коштів відповідає §7, у якому зазначено, що публічно-приватне партнерство можна використовувати тоді, коли приватні особи здатні виконати державні завдання так само добре або краще, ніж держава.

Відповідно до законодавства Італії, публічно-приватне партнерство може реалізовуватись у трьох форматах: концесії у рамках громадської ініціативи, коли проектна документація, включаючи попередні або деталізовані проектні роботи, бізнес-план і схему концесії, готується Міністерством охорони здоров'я Італії, а потім для реалізації цього проекту оголошується конкурс; концесії у рамках ініціативи приватного сектора, коли приватні компанії надають усю проектну документацію профільному міністерству (якщо воно схвалює проект, все одно оголошується конкурс); концесії на сервісні контракти, у яких не фігурують великі об'єкти будівництва і які відносяться тільки до сфери надання медичних послуг. Приватним компаніям в Італії дозволяється вести комерційну діяльність на території об'єктів концесійної угоди. Загалом же використання

публічно-приватного партнерства дозволяє до 60% витрат у сфері ОЗ Італії забезпечити за рахунок приватних інвестицій .

Великобританія вважається державою з найрозвиненішою інституціональною інфраструктурою публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. Механізм «Приватна фінансова ініціатива» використовується тут тільки після повноцінного економічного аналізу проекту, який має підтвердити ефективність його застосування у медичному закладі. Британська Національна служба охорони здоров'я є прикладом державної моделі фінансування, що поєднана з ефективними ринковими механізмами; вона є централізованим варіантом системи, створеної за принципом єдиного платника в особі держави, що безпосередньо оплачує надані медичні послуги і фінансує охорону здоров'я за рахунок доходів бюджету.

У сфері охорони здоров'я Австралії проекти публічно-приватного партнерства передані на рівень штатів. Економія фінансових коштів при будівництві лікарень у проектах публічно-приватного партнерства Австралії складає в середньому 10-20%. На перший погляд, це не так і багато, але слід враховувати, що у розвинених країнах економіка, у тому числі й державного сектору, більш ефективна. Загалом у багатьох розвинених країнах розподіляються не медичні послуги на платні і безкоштовні, не види та обсяги допомоги, а структурується населення за доходами і можливостями. Все населення одержує медичну допомогу за стандартами, але з різних фінансових джерел: з бюджету, за рахунок коштів особистого медичного страхування, за рахунок коштів державного медичного страхування.

Таким чином, практичний досвід впровадження публічно-приватного партнерства у багатьох країнах світу показує, що ця форма співпраці між громадськими структурами і приватними організаціями повинна бути заснована на базових принципах партнерства. Але, як відомо, цілі та зацікавленість у партнерів часто різні.

Зацікавленість держави у реалізації публічно-приватного партнерства в галузі охорони здоров'я полягає у можливості залучення інвестицій для

реструктуризації об'єктів охорони здоров'я. Система охорони здоров'я в Україні функціонує в умовах недофінансування. До того ж значна частина потужностей (поліклінік, лікарень) побудована 30-50 та більше років тому і щонайменше їх третина потребує капітального ремонту. Значна частина медичного обладнання морально застаріла та потребує заміни. Рівень зношеності основних засобів у системі охорони здоров'я України перевищив 50%.

Іншою позитивною стороною публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я для держави є звільнення від виконання капітальних ремонтів, введення в експлуатацію, оснащення закладів сучасним медичним обладнанням, підбору і навчання кадрів, надання медичних послуг тощо.

Також за умови публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я можлива передача частини ризиків приватному партнеру та значна економія бюджетних коштів. Зацікавленість приватного партнера у публічно-приватному партнерстві зумовлена можливістю збільшити свій дохід і прибуток. Такі проекти забезпечують більш стабільний попит на послуги та вихід на нові ринкові сегменти; надають можливість перекласти на державу частину ризиків.

Зважаючи на те, що цілі бізнесу і держави у публічно-приватному партнерстві різні (бізнес прагне отримати прибуток, а держава націлена на захист суспільних інтересів), такі проекти мають бути добре продуманими. Перекіс у бік інтересів держави може відштовхнути бізнесспільноту від участі у таких проектах. Перекіс у бік інтересів бізнесу, в свою чергу, може призвести до нехтування суспільними інтересами. При започаткуванні проекту публічно-приватного партнерства важливо продумати мотивацію для приватних інвесторів та забезпечити контроль ефективності здійснення проекту, вирішити проблему щодо його окупності.

Публічно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я в Україні може запроваджуватись у формі укладення контрактів (договорів) про реалізацію проектів, у яких беруть участь як рівноправні партнери, з одного боку –

структури державної (або комунальної) влади, з іншого – приватні компанії. Такі проекти можуть реалізовуватись на підставі контрактів, які передбачають умови для участі сторін, із визначеним обсягом зобов'язань і прав у рамках кожного проекту.

У ст. 4 Закону України «Про державно-приватне партнерство» зазначено, що «охорона здоров'я є однією із потенційних сфер застосування механізмів державно-приватного партнерства в Україні». При реалізації проектів публічно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я передбачається проектування; будівництво; фінансування; відновлення (модернізація, реконструкція); експлуатація; обслуговування тощо. Статтею 5 Закону [28] передбачається, що «у межах здійснення державно-приватного партнерства можуть укладатися договори про: концесію, спільну діяльність, інші договори». Таким чином, публічно-приватне партнерство в Україні може реалізовуватись у сфері охорони здоров'я.

Незважаючи на певний прогрес у питаннях створення інституційно-правових засад реалізації публічно-приватного партнерства, Україна знаходиться на початку складного процесу перетворення відносин між державою та бізнесом в сфері охорони здоров'я, що вимагає подальшого удосконалення законодавства, приведення його у відповідність з нормами і принципами міжнародного права, що передбачає чітку та координовану взаємодію різних гілок влади та формування сприятливого адміністративного середовища для бізнес-партнерства. Побудова моделі охорони здоров'я та розвиток публічно-приватного партнерства, у межах якого державою здійснюється стратегічне управління та регулювання сферою охорони здоров'я, є також ключовими елементами для поглиблення реформ та європейської інтеграції.

В Україні створено окремі прецеденти налагодження публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. На жаль, таких прикладів зовсім небагато. Наприклад, у Київській обл. створено «Діагностичний центр». Договір публічно-приватного партнерства на 49 років укладений між ТОВ

«СканДіагностика» та Бориспільською районною радою. ТОВ отримало право на будівництво на території центральної лікарні діагностичного центру з кабінетом комп'ютерної томографії, клініко-діагностичною лабораторією, відділенням гемодіалізу. Також варто згадати договір про спільну діяльність місцевої громади та приватного інвестора у м. Трускавець. Він передбачає утворення Центру малоінвазивної хірургії. Договір на 25 років укладений між ТОВ «Медичний центр «Консиліум» та Трускавецькою міською радою. Приватний інвестор отримав право на управління, капітальний ремонт, реконструкцію приміщень міської лікарні та придбання обладнання для Центру малоінвазивної хірургії. А також отримав право надавати медичні послуги: діагностика, реабілітація, проведення малоінвазивних операцій тощо [17].

Перспективними напрямками подальшої кооперації зусиль держави і приватного бізнесу в галузі охорони здоров'я можуть бути: проектування, будівництво, реконструкція, модернізація та управління інфраструктурою медичних закладів; надання медичних послуг; розробка та виробництво нових фармацевтичних препаратів і медичної техніки; створення мережі «банків крові», перинатальних, діалізних центрів, здійснення технічного обслуговування медтехніки та інформаційних систем. При цьому об'єктами публічно-приватного партнерства можуть бути як існуючі, так і відтворювані (шляхом модернізації, технічного переозброєння, реконструкції) споруди, що знаходяться у державній чи комунальній власності.

Перспективною моделлю публічно-приватного партнерства в галузі охорони здоров'я може стати здійснення приватним партнером реконструкції державного (комунального) медичного закладу, а також одержання права на експлуатацію і обслуговування інфраструктури такого закладу упродовж терміну окупності фінансових інвестицій. Дана модель особливо вигідна державі у разі відсутності достатніх ресурсів для самостійної реконструкції медичного об'єкта.

Для приватного партнера перевагою такої моделі є те, що держава повністю або частково може фінансувати надання медичних послуг. Взаємодія

держави і приватного бізнесу в галузі охорони здоров'я може проявлятися також в участі приватних установ у наданні безкоштовної медичної допомоги для населення. Наприклад, на практиці вже реалізовано укладання декларацій про медичне обслуговування з сімейними лікарями (терапевтами, педіатрами) приватних закладів охорони здоров'я, яким держава компенсує певну суму витрат на кожного пацієнта. У той же час, приватна медицина масово ще не підтримує участь у зазначеному проекті з таких причин: комерційні медичні установи, як правило, розглядають подібну роботу як малоефективну складову діяльності, оскільки за рахунок державних коштів витрати відшкодовуються тільки частково, а решту пацієнт змушений оплачувати; деякі керівники приватних медичних закладів не мають бажання змішувати потоки заможних пацієнтів та пацієнтів, що звикли користатися безкоштовною медичною допомогою. Ці проблеми також необхідно враховувати, розглядаючи шляхи активізації приватного бізнесу у публічно-приватному партнерстві.

Для більш ефективного поєднання інтересів держави й бізнесу у формі публічно-приватного партнерства потрібно удосконалювати внутрішні та зовнішні інституційні умови. Щодо зовнішніх умов, то це забезпечення рівних конкурентних можливостей (єдині вимоги до організацій у сфері охорони здоров'я незалежно від форми власності, єдині підходи до оподаткування та ін.); справедливий розподіл ризиків (модернізація розрахунків з приватними медичними організаціями, створення спеціалізованих ризикфондів для стабілізації кризових ситуацій у разі необхідності).

До внутрішніх умов можна віднести: підвищення ефективності менеджменту в управлінні ресурсами та витратами у медичному закладі; підбір кваліфікованих кадрів та створення комфортного середовища для медичних працівників; наявність сучасного обладнання; краще задоволення потреб пацієнтів тощо.

У рамках публічно-приватного партнерства на особливу увагу вимагає і практика співробітництва приватних закладів охорони здоров'я з бюджетними. Найбільш доцільними є такі схеми взаємодії: допомога у наданні медичної

допомоги державним (комунальним) закладам у разі відсутності в останніх обладнання, необхідних фахівців; залучення до бюджетних закладів охорони здоров'я додаткових комерційних пацієнтів; передача за контрактом окремих видів послуг приватним закладам; надання пацієнтам бюджетних медичних закладів додаткових послуг комерційними закладами; надання бюджетним закладам довідкових, інформаційних, аналітичних послуг та ін. Концепція публічно-приватного партнерства є сучасною альтернативою приватизації, оскільки стосується тих об'єктів, що не можуть бути приватизовані у зв'язку з їх стратегічним, економічним і соціально-політичним значенням.

Розвиток публічно-приватного партнерства у галузі охорони здоров'я в Україні сприятиме підвищенню рівня медичного обслуговування і рівня здоров'я нації загалом, збереженню соціальної стабільності у суспільстві, покращенню якості медичного обслуговування і його відповідності світовим стандартам, доступу громадян до якісних медичних послуг, оптимізації державних витрат і прискоренню реформування системи охорони здоров'я в Україні.

Діючий міністр охорони здоров'я в Україні неодноразово вказував, що розраховує на залучення інвестицій у сферу охорони здоров'я уже у 2022 р. за рахунок переходу до медичного страхування та впровадження концесії у медицині, та відмічав, що для сфери охорони здоров'я Закону «Про концесію» виявилось недостатньо, адже складність процедур і відсутність якісного регулювання лякає і власників медичних закладів, і інвесторів. Ця сфера може стати взірцевою, повністю розкрити можливості такого партнерства й дасть змогу залучати приватні інвестиції для виконання важливих соціальних функцій держави — захисту та збереження здоров'я громадян.

Термін «державно-приватне партнерство» (ДПП) є перекладом розповсюдженого у світі поняття *public-private partnership*, і в сфері охорони здоров'я ДПП існує більше двох десятиків років. На сьогодні реалізуються багато програм взаємодії державного та приватного секторів.

Наприклад, у країнах-членах ЄС ДПП грає важливу роль з точки зору забезпечення безпеки здоров'я населення від таких загроз, як пандемії, різноманітні інфекційні захворювання. Комісія ВОЗ з прав інтелектуальної власності, інновацій та громадського здоров'я (Commission on Intellectual Property Rights, Innovation and Public Health) називає ДПП ефективним способом вигідного використання можливостей державного та приватного секторів для вирішення проблем охорони здоров'я, які кожна зі сторін (державний сектор, приватний сектор, некомерційні організації) окремо вирішити не може.

Одним з перших прикладів успішного застосування ДПП у медицині є Велика Британія. Близько 75% лікарень цієї країни були побудовані до 1948 р. і знаходилися в жахливому стані. Завдяки ДПП за 13 років було реконструйовано 107 лікарень системи NHS (Національна система охорони здоров'я). Інші приклади ДПП в Європі та Азії представлені партнерством по розробці, управлінню та обслуговуванню комплексного медичного догляду в Австрії; розробкою національного електронного порталу здоров'я в Данії; приватизацією амбулаторних послуг гемодіалізу в Румунії; будівництвом державних лікарень та управлінням ними в Пекіні, Гонконзі та Шанхаї тощо.

Отже, існує правило, що ДПП отримує найбільшого розповсюдження саме у разі дефіциту державного бюджету, а також під час кризових явищ в економіці.

Функції ДПП у сфері охорони здоров'я

Історично склалося так, що уряд залучає приватний сектор до надання послуг через ДПП у сфері охорони здоров'я для виконання однієї з шести функцій:

- фінансування чи співфінансування проєкту;
- будівництва чи реконструкції об'єктів, включених у проєкт;
- експлуатації, тобто поставки відповідного обладнання, ІТ та управління/надання доклінічних послуг;
- обслуговування фізичної інфраструктури (об'єктів, обладнання);

- дизайну проєкту, включаючи дизайн інфраструктури чи моделі надання допомоги;
- доставки, тобто надання та управління відповідними послугами клінічної підтримки.

Моделі ДПП у сфері охорони здоров'я

Більшість ДПП на базі установ об'єднують ці функції у три моделі:

- 1) модель на базі інфраструктури, яка існує для створення та оновлення інфраструктури суспільної охорони здоров'я;
- 2) модель дискретних клінічних послуг, яка існує для розширення можливостей надання певних медпослуг;
- 3) інтегрована модель ДПП, яка об'єднує попередні дві моделі, тобто направлена і на розвиток інфраструктури, і на надання певних послуг.

Яскравим прикладом ДПП у науково-дослідній сфері та сфері медицини є реалізація проєктів у рамках Інноваційної медичної ініціативи (Innovative Medicines Initiative, IMI), яка полягає в об'єднанні зусиль виробників лікарських засобів, академічних установ, бізнесу, груп пацієнтів, регуляторних органів з метою прискорення досліджень безпеки та ефективності нових препаратів.

Бюджет IMI на 2014–2024 рр. складає 3,3 млрд євро. При цьому половина витрат покривається за рахунок рамочної програми ЄС у сфері досліджень та інновацій Horizon-2020, а другу половину покривають члени Європейської федерації асоціацій фармацевтичних виробників (European Federation of Pharmaceutical) та їх асоційовані партнери. Фінансування отримують проєкти, які відповідають обраній програмі стратегічних досліджень (Strategic Research Agenda).

Таким чином, зазираючи в недалеке майбутнє, можна прогнозувати, що система охорони здоров'я буде постійно знаходитися під тиском і в зоні турбулентності, особливо враховуючи сучасні карантинні умови та постійну можливість загострення ситуації навколо Covid-19 та нових видів штаму, зокрема, «Дельта плюс». Враховуючи це, застосування механізму ДПП буде

доцільне з точки зору модернізації системи охорони здоров'я в Україні, покращення якості надання медичних послуг і доступу до ліків.

3.2. Стратегічні напрямки розвитку державного управління приватною медициною

Розглянувши стан системи охорони здоров'я, її вплив на здоров'я громадян та демографічну ситуацію в державі, Рада національної безпеки і оборони України відзначає, що:

- в умовах поточних та прогнозованих загроз національній безпеці та національним інтересам України (скорочення народжуваності та високий рівень смертності населення, проблеми репродуктивного здоров'я населення, поширення гострої коронавірусної хвороби COVID-19, висока вірогідність виникнення епідемій унаслідок появи нових інфекційних агентів, наявність інших загроз біологічного походження, недостатня готовність діяти у надзвичайних ситуаціях) реформування системи охорони здоров'я здійснюється здебільшого несистемно та охоплює лише фінансову складову;
- відсутність єдиного медичного простору і неоднорідність організаційно-правових форм функціонування державних та комунальних закладів охорони здоров'я призводять до розбалансованості функціонування галузі, неефективного державного управління у сфері охорони здоров'я та ускладнень у плануванні діяльності на всіх рівнях національної системи охорони здоров'я, не забезпечують достатніх передумов для отримання населенням своєчасної, ефективної, доступної та безпечної медичної допомоги відповідно до гарантій, визначених Конституцією України;
- тарифікація медичних послуг, що підлягають оплаті в рамках реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення (програми медичних гарантій), відбувається без урахування медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги, що має наслідком невідповідність тарифів фактичним витратам закладів та призводить

до неможливості надання пацієнтам медичної допомоги належного обсягу та якості;

- спроможність системи охорони здоров'я в Україні впливати на демографічну ситуацію, покращення стану здоров'я та підвищення рівня якості життя населення є обмеженою внаслідок втрати профілактичної складової в організації надання медичної допомоги;

- рівень забезпечення організаційних, фінансових, інформаційних, кадрових, технічних, технологічних та інших ресурсних потреб системи охорони здоров'я є вкрай недостатнім для задоволення потреб населення у рівному його доступі до своєчасної, якісної та безпечної медичної допомоги;

- кадрове забезпечення системи охорони здоров'я характеризується відсутністю послідовної стратегії забезпечення галузі спеціалістами необхідного профілю, що спричиняє відтік із галузі високопрофесійних фахівців та молодих спеціалістів.

Стратегією визначено п'ять пріоритетів:

- 1) ефективне врядування;
- 2) універсальне охоплення медичними послугами;
- 3) громадське здоров'я та можливість реагування на надзвичайні ситуації;
- 4) залученість людей та громад у систему;
- 5) кадрові ресурси.

1. Врядування – це розвиток інституцій та системи ефективного управління.

Наразі в медицині вже створено ефективну модель управління. Серед її нових складових – Національна служба здоров'я України (НСЗУ), державне підприємство «Медичні закупівлі України». Незабаром, після ухвалення законопроекту № 4142 про систему громадського здоров'я, почне діяти нова протиепідеміологічна служба, а на базі Державного експертного центру МОЗ України (ДЕЦ) планується створення незалежної агенції з проведення оцінки медичних технологій. Фактично стратегія закріплює нову архітектуру

управління сферою охорони здоров'я. Завдання на майбутнє – розвивати та підтримувати нові інституції, покращувати взаємодію між ними, посилювати кадровий потенціал.

2. Універсальне охоплення послугами – якісні послуги

Держава гарантує громадянам надання безоплатних базових медичних послуг та доступ до сучасних, ефективних, безпечних лікарських засобів.

Кожен громадянин, незалежно від свого віку, статі та фінансових статків має отримувати гарантовані оплачені державою (безоплатні для пацієнта) якісні медичні послуги. Іншими словами, кожен українець за необхідності має вчасно та в повному обсязі отримати медичну допомогу належної якості в будь-якому закладі охорони здоров'я, який контракується за кошти програми медичних гарантій.

Програма медичних гарантій сьогодні охоплює екстрену, первинну, спеціалізовану медичну допомогу, медичну реабілітацію та програму «Доступні ліки». Наразі ми спостерігаємо, що більшість послуг надається «розрізнено»: немає всеохоплюючого підходу до надання медичної допомоги. І саме в Стратегії-2030 ми передбачили розвиток інтегрованої моделі — комплексного надання високоякісних послуг протягом усього життя людини.

Для інтеграції будуть об'єднуватися:

- послуги в лікарнях та догляд на рівні громади;
- первинна та спеціалізована медична допомога;
- інтенсивне лікування та реабілітація;
- фізичні та психічні аспекти здоров'я; медична та соціальна допомога.

Голова Комітету звернув увагу, що одна з найбільших проблем – неформальні платежі. У 2018 р. 49% поточних витрат на охорону здоров'я здійснювали пацієнти, це один із найвищих показників в Європі. Стратегія ставить за мету значно зменшити кількість оплат «з власної кишені».

Якість медичної допомоги також залежить і від кількості послуг, які надає заклад охорони здоров'я. Наприклад, є заклади, де приймають лише 30–50 пологів на рік, тобто це 1 пологи на тиждень. Чи ми можемо з упевненістю

гарантувати, що лікар, який лише раз на тиждень приймає пологи, має достатній практичний досвід для надання акушерської допомоги? Як на мене, це велике питання. Саме тому НСЗУ, як стратегічний закупівельник медичних послуг, має чітко розуміти, які саме послуги, у якій кількості та у якого надавача закуповувати.

Зараз МОЗ створює новий підхід до закладів охорони здоров'я. Вони будуть розподілені на так звані кластери. Будуть створені надкластерні заклади, які надаватимуть комплексні медичні послуги (як зараз обласні лікарні) – і ці заклади зможуть укладати договори з НСЗУ на всі пакети медичних послуг. А інші ЗОЗ будуть законтрактовані лише на обмежений спектр послуг. Тобто Стратегія передбачає селективне контракування і створення спроможної мережі закладів охорони здоров'я.

Що мається на увазі. На території однієї громади може бути декілька лікарень, які надають однакові послуги населенню. Оскільки кількість цих послуг розділена між кількома лікарнями, то говорити про великі бюджети цих закладів ми не можемо. Отримуючи мінімальний бюджет лікарня не може забезпечити належний рівень зарплати кваліфікованим працівникам, не має можливості розвиватися – невзможі надавати якісні послуги. Тому Стратегія передбачає можливість об'єднання цих закладів в одну потужну лікарню.

3. Громадське здоров'я – створення сучасної протиепідеміологічної служби

Ключові функції системи громадського здоров'я – епідеміологічний нагляд, аналіз показників здоров'я населення, моніторинг частоти виникнення та поширення захворювань, оцінка факторів, що впливають на здоров'я. Незабаром Верховна Рада розгляне законопроект № 4142 про систему громадського здоров'я. Він передбачає створення нової сучасної протиепідеміологічної служби, яка буде займатися цими питаннями.

4. Залучення людей та громад – це допомога держави в покращенні здоров'я населення

Відповідальність за власне здоров'я – це запорука досягнення кращих результатів при лікуванні пацієнтів. Розуміння свого стану та ризиків допомагає людині приймати усвідомлені рішення щодо способу життя. Фактично ми говоримо про державні програми, які допоможуть українцям покращити стан здоров'я.

Цей напрям стратегії перекликається з програмою Президента Володимира Зеленського «Здорова Україна», яка передбачає запровадження системи медичних оглядів осіб похилого віку, здорове харчування у школах, масштабне облаштування спортивних майданчиків для занять фізкультурою.

5. Кадрові ресурси – навчання за допомогою сучасних програм

Питання кадрів – одна з найбільших проблем медицини. Підвищення якості професійної підготовки майбутніх лікарів відповідно до найкращих світових практик сприятиме конкурентоспроможності медичної освіти. Для цього заплановане оновлення програм підготовки спеціалістів, навчання в потужних університетських клініках, створення сучасних симуляційних центрів, розвиток післядипломної освіти. Також йдеться про підготовку не лише лікарів, а й менеджерів системи охорони здоров'я, фахівців громадського здоров'я, соціальних працівників, які відіграють значну роль в організації медичних послуг.

Очікуваними від реалізації Стратегії результатами є:

- збільшення тривалості життя чоловіків та жінок на 3 роки (до 70 та 80 років відповідно),
- зниження материнської та дитячої смертності до середнього рівня Європейського Союзу,
- зниження передчасної смертності від неінфекційних захворювань на третину,
- зниження рівня інвалідності через захворювання, яким можна запобігти,
- зниження захворюваності та інвалідності від туберкульозу, ВІЛ та гепатиту С,

- зниження смертності від дорожньо-транспортного травматизму на третину,
- зменшення споживання тютюну, алкоголю та наркотичних препаратів.

Слід також зазначити, про програму відновлення у сфері охорони здоров'я від наслідків війни.

Головною метою реалізації Плану відновлення у сфері охорони здоров'я є відновлення та розвиток системи охорони здоров'я з новою якістю і доступністю послуг для задоволення потреб громадян. Для реалізації цієї мети План відновлення сфери охорони здоров'я передбачає:

1) Посилення політик та інститутів національної системи охорони здоров'я для керівництва процесом відновлення, що передбачає впровадження універсальних підходів та інструментів врядування, що забезпечують професійну автономію, сталість і спроможність національних інституцій у сфері охорони здоров'я; створення ефективної системи міжсекторального співробітництва для забезпечення загальнодержавного підходу у вирішенні питань охорони здоров'я на основі затверджених політик, які базуються на фактичних даних; створення системи ефективного управління закладами охорони здоров'я, яка забезпечує громадську підзвітність та нагляд.

2) Забезпечення фінансової стабільності системи охорони здоров'я шляхом запровадження гнучких методів фінансування у сфері охорони здоров'я, розширення програми медичних гарантій, розвитку ринку добровільного медичного страхування;

3) Відновлення та трансформація мережі закладів охорони здоров'я, які відбуваються відповідно до підходів до госпітального планування та спрямовані на забезпечення надання базових послуг з охорони здоров'я шляхом розширення послуг первинної медичної допомоги, впровадження моделі роботи мультидисциплінарних команд на рівні первинної медичної допомоги, впровадження багаторічних договорів між Національною службою здоров'я України та закладами охорони здоров'я.

4) Посилення медичних послуг для задоволення особливих потреб людей (включаючи ВПО, ветеранів війни), викликаних війною, що передбачає розвиток реабілітаційної допомоги, розвиток послуг з психічного здоров'я, які наближені до людини та громад, розвиток травматологічних, ортопедичних, опікових та послуг інтенсивної терапії, вдосконалення пакетів програми медичних гарантій для врахування потреб ветеранів війни і осіб, постраждалих від воєнних дій;

5) Зміцнення та посилення кадрових ресурсів системи охорони здоров'я шляхом здійснення заходів щодо інтеграції освіти та наукової діяльності у сфері охорони здоров'я до сучасного міжнародного контексту; планування та забезпечення кадрів системи охорони здоров'я в обсягах та структурі відповідно до потреб системи; створення умов для забезпечення професійного благополуччя працівників сфери охорони здоров'я.

6) Посилення системи громадського здоров'я та готовності до надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я, що передбачає забезпечення функціонування спроможної системи громадського здоров'я, спрямованої на збереження і зміцнення здоров'я населення, попередження хвороб, своєчасне виявлення викликів для здоров'я та реагування на них, створення координаційного механізму в системі громадського здоров'я; забезпечення функціонування національної системи крові для гарантування державою рівноправного та своєчасного доступу пацієнтів до безпечних та якісних компонентів донорської крові у достатній кількості.

7) Розвиток електронної охорони здоров'я та посилення кібербезпеки. шляхом формування єдиного медичного інформаційного простору з національною і транскордонною інтероперабельністю та наскрізними процесами та сервісами; забезпечення інфраструктурних та технічних умов надання якісних медичних послуг із використанням інформаційно-комунікаційних систем на всіх рівнях; створення зручних та прозорих механізмів доступу користувачів до повних даних про своє здоров'я, управління цією інформацією.

8) Посилення системи управління якістю на національному та місцевому рівнях, що передбачає розробку і впровадження елементів системи забезпечення якості в охороні здоров'я на національному рівні та на рівні закладу охорони здоров'я.

9) Відновлення фармацевтичного сектора, покращення доступу та належне використання ліків шляхом гармонізації державних політик доступу до лікарських засобів та медичних виробів; утворення незалежної агенції з оцінювання медичних технологій у якості єдиного експертного органу, який забезпечує обґрунтованість та доказову базу відбору та оцінювання ефективності лікарських засобів, медичних виробів; стимулювання розвитку фармацевтичної галузі з фокусом на стимулювання інвестицій в R&D, локалізацію та інші методи освоєння новітніх технологій виробництва лікарських засобів та медичних виробів, сприяння проведенню клінічних досліджень в Україні, посилення контролю за непорушенням прав інтелектуальної власності, повноцінне запровадження у національне законодавство принципу Болар (можливості реєстрації генеричних лікарських засобів до моменту закінчення дії патенту на оригінальний лікарський засіб) та інших сучасних інструментів, спрямованих на посилення галузі; забезпечення доступу населення до якісних, ефективних та безпечних лікарських засобів, шляхом встановлення в Україні суворої регуляторної системи, належним чином визнаної на міжнародному рівні.

3.3. Заходи удосконалення державного управління приватної медицини в Україні

Перспективи розвитку ринку приватної медицини залежать не тільки від макроекономічних і соціальних параметрів, а також і від політики, яку проводить держава в області реформування медичної галузі. Держава підтримує розвиток ринку приватної медицини: щорічно МОЗ України видає близько 2000 ліцензій на здійснення господарської діяльності в медичній

практиці фізичним особам-підприємцям і юридичним особам. Крім того, один із законопроектів із питань запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, внесений до парламенту України, передбачає можливість участі в системі страхування медичних установ недержавної форми власності. Але кроків, яких вживає держава щодо розвитку державноприватного партнерства у сфері охорони здоров'я, недостатньо. Причиною цього є неготовність держави до такого співробітництва, недосконалість системи керування розвитком державно-приватного партнерства, відсутність чіткого розмежування повноважень між органами державної влади, неналежне їх кадрове забезпечення, відсутність ефективного механізму надання державної підтримки у сфері державно-приватного підприємництва.

Наявність розвинутого ринку приватної медицини полегшить навантаження на державну систему охорони здоров'я, оскільки він обслуговує частину громадян, спроможних самотійно сплачувати за лікування.

Державне регулювання ринку приватної медицини має включати сукупність організаційно-правових норм та механізмів державних органів, що спрямовуватимуться на координацію діяльності, яка сприятиме забезпеченню заходів політичного, економічного, правового, соціального, медичного характеру. Розвиток ринку приватної медицини залежить від стану економіки, законодавчих ініціатив у галузі охорони здоров'я, розвитку державно-приватного партнерства, нормативноправових аспектів діяльності, пов'язаних у тому числі з охороною приватної власності.

В табл.3.1. представлено заходи удосконалення державного регулювання приватною медициною.

Таблиця 3.1.

Заходи удосконалення державного регулювання приватною медициною

№ з.п.	Захід	Очікуваний результат
1	Декларування повної рівноправності приватної і державної медицини в усіх сферах	Підвищення контролю лікування небезпечних захворювань, що вимагає особливого державного контролю

	діяльності	
2	Удосконалення системи приватного страхування	Страхові компанії співпрацюють з різними клініками: як приватними, так і державними. Отже пацієнт матиме вибір, де проходити лікування і забезпечити собі більш комфортні умови. При оформленні медичної страховки можна врахувати певні специфічні моменти. наприклад, необхідність регулярних оглядів тощо.
3	Стимулювання та підтримка відкриття страховими компаніями власних клінік	Це дасть можливість регулювати ціни і якість наданих послуг
4	Удосконалення норми податкового кодексу	забезпечення умов для оптимального відтворення об'єктів інфраструктури охорони здоров'я з урахуванням їхньої високої фондоемності та амортизації; стимулювання застосування ресурсозберігаючої і екологічно орієнтованої медичної техніки й технологій; можливість будь-якому підприємству чи бізнесу в Україні прямо сплатити кошти медичному закладу за послуги, які отримують його співробітники.

Першочерговим напрямом удосконалення державного управління ринку приватної медицини є включення до Указів Президента України, Постанов уряду України, Законів України, які стосуються реформи охорони здоров'я, декларування повної рівноправності приватної і державної медицини в усіх сферах діяльності. Із цією метою на всіх рівнях державних органів управління охороною здоров'я доцільним є створення підрозділів із розвитку ринку приватної медицини. Окрім того, на законодавчому рівні мають бути чітко зумовлені обмеження для суб'єктів приватної медичної діяльності з надання медичних послуг та медичної допомоги певного виду. Встановлення таких обмежень для суб'єктів приватної медичної діяльності зі здійснення окремих видів медичної допомоги та надання окремих медичних послуг є не тільки цілком обґрунтованим, а й необхідним заходом. Адже одна справа, коли приватні медичні установи концентруються в таких напрямках медицини, як стоматологія, офтальмологія, гінекологія, косметологія, пластична хірургія. І інша справа, коли приватний сектор охорони здоров'я допускається до

лікування небезпечних захворювань, що вимагає особливого державного контролю. І хоча в науковій літературі висловлюється думка, що таке обмеження необґрунтоване й стримує розвиток підприємницької ініціативи, в тому числі у сфері приватної медицини, однак характерна для сфери медичних послуг соціальна і, деякою мірою, політична спрямованість не завжди сприймає комерційний підхід у питанні визначення виконавця медичної допомоги та медичних послуг.

Той факт, що у відношенні приватних медичних установ відсутні спеціальні законодавчі заборони і обмеження на здійснення ними окремих видів діяльності, вказує на те, що в Україні створені рівні можливості для функціонування медичних установ різних форм власності. Це, у свою чергу, свідчить про недосконалість і прорахунок у правовому регулюванні ринку приватної медицини. З огляду на це обов'язковим є створення на законодавчому рівні такого ставлення до приватної медицини, за якого вона сприймалася б не як звичайний різновид підприємницької діяльності, а як необхідна і невід'ємна частина системи охорони здоров'я, що виконує важливу соціальну функцію, яка сприятиме введенню приватної медицини в жорсткі правові межі.

З огляду на це слід обмежити діяльність приватних медичних закладів за допомогою прямого перерахування в законодавчих документах з охорони здоров'я видів медичної допомоги та медичних послуг, надання яких є забороненим для суб'єктів приватної медичної діяльності, включивши до переліку цих послуг лікування небезпечних захворювань й вчинення медичних маніпуляцій, які потребують особливого державного контролю, а також створення на всіх рівнях державних органів управління охороною здоров'я підрозділів з розвитку ринку приватної медицини.

Серед основних проблем, які стримують розвиток ринку приватної медицини в Україні, є відсутність необхідних приміщень. Адже більшість приватних медичних центрів розміщено в житлових будинках, у яких існує безліч обмежень щодо санітарних норм. Тому серед напрямів державного

регулювання необхідним є стимулювання розробки та впровадження регіональних програм із будівництва спеціальних приміщень під медичну діяльність. При цьому цільові договори оренди приміщень для здійснення приватної медичної діяльності повинні укладатися строком не менше, ніж на 10 років або безстроково.

Заслуговує на удосконалення та підтримку з боку держави й система приватного страхування здоров'я. Встановлено, що на сучасному етапі вона значно ускладнює державну підтримку населення, яке не здатне оплатити вартість лікування, адже не забезпечує загальнодоступний мінімум надання медичної допомоги та необхідний рівень централізації фінансових засобів, що, у свою чергу, перешкоджає державі здійснювати прямий контроль над витратами галузі й призводить до підвищення вартості медичних послуг. З огляду на це з метою досягнення оптимального розподілу ресурсів у сфері охорони здоров'я необхідно на загальнонаціональному рівні під контролем держави здійснити централізацію страхових внесків (гарантія від інфляції попиту) та контроль над формуванням витрат у медицині (гарантія від інфляції пропозиції).

Відкриття страховими компаніями власних клінік є ще однією тенденцією для розвитку ринку приватної медицини та вдосконалення його державного регулювання. Зокрема, оскільки страхова компанія виступає посередником між лікарем і пацієнтом, вона зацікавлена у скороченні термінів лікування та виплат за лікарняними з метою зниження обсягу необґрунтованих страхових виплат і забезпечення якнайшвидшого одужання пацієнта. У зв'язку з низькою якістю медичних послуг і застосуванням щодо пацієнта значних, а іноді і необґрунтованих лікувально-діагностичних втручань, відносини між наявними медичними закладами і страховими компаніями загострюються. Одним із варіантів вирішення цієї проблеми є створення медичного закладу, повний контроль за яким буде здійснювати страхова компанія. Це дасть можливість регулювати ціни і якість наданих послуг.

У сучасних умовах держава покладає на себе функцію контролю якості та безпеки діяльності закладів охорони здоров'я і приватних медичних організацій. Між тим сфера технічного регулювання повинна бути обмежена тільки завданнями захисту життя і здоров'я населення. У зв'язку із цим державне регулювання має застосовуватися лише в тих випадках, коли воно не може здійснюватися самою приватною медичною організацією під тиском ринку або суттєво підвищує безпеку пацієнтів і працівників. За таких умов технічне державне регулювання може здійснюватися через м'які механізми, такі як обов'язкове декларування та добровільна державна сертифікація. Обов'язкове декларування передбачає обов'язок підприємця повідомити державному органу влади інформацію щодо безпеки наданих ним послуг. Декларування заміняє собою контроль, який проводиться інспекторами з виїздом до приватного медичного закладу. Ефективність декларування підтверджується практикою у сфері оподаткування. У свою чергу, добровільна державна сертифікація може здійснюватися в тих випадках, коли виникають побоювання, що громадяни не зможуть здійснити самостійно правильний вибір постачальника послуг, що пов'язано з їхньою високою технологічною складністю. У цьому випадку держава в добровільному порядку та за відповідну плату здійснює сертифікацію послуг, які надаються на ринку приватної медицини, що дозволяє закладам приватної медицини залучити споживачів, які довіряють державному органу сертифікації. Необхідність у добровільній державній сертифікації найбільш дієва на початковому етапі розвитку ринку, коли пропозиція приватних сертифікаційних послуг відсутня.

Наступним важливим напрямом удосконалення державного регулювання ринку приватної медицини, поряд із технічним регулюванням, є цивільно-правове. Пріоритет повинен віддаватися диспозитивним правовим нормам, зокрема тим, які діють лише у випадках, не врегульованих цивільно-правовими договорами. У даний час цивільне законодавство тяжіє до встановлення імперативних норм, що регулюють діяльність охорони здоров'я, договір же встановлює лише ті особливості надання медичних послуг, які не врегульовані

законодавством України, включаючи накази відповідних відомств. Розвиток громадянського законодавства в даній сфері має здійснюватися випереджальними темпами, з урахуванням досвіду розвинених країн світу. Відмова ж від реформи цивільного законодавства може призвести до затримки розвитку ринку приватної медицини. У цьому випадку можливі й негативні соціальні наслідки, в тому числі збільшення тіньової медичної сфери.

Держава повинна здійснювати стимулювання приватних постачальників до обмеження їхньої участі в наданні так званих громадських послуг, тобто послуг, які за своєю природою не можуть бути надані окремим споживачам, а надаються всьому суспільству. Перелік таких послуг повинен бути максимально скорочений, виходячи зі світової практики, а послуги повинні, за можливості, надаватися приватними медичними організаціями, які отримали державне замовлення в результаті відкритого конкурсу. Ні за яких умов держава не повинна обмежувати діяльність приватних медичних закладів із надання альтернативних громадських послуг.

Слід зазначити, що приватні медичні організації також не повинні виконувати функції соціальної допомоги. Такий вид допомоги має покладатися на державу, яка може вводити спеціальні субсидії, що дозволяють громадянам придбати медичні послуги на вільному ринку. На конкурсній основі держава може укладати відповідні цивільно-правові договори із приватними медичними організаціями на пільгове обслуговування тих чи інших соціально не захищених верств населення у випадках, коли пряме субсидування таких пацієнтів призводить до неефективного використання бюджетних коштів.

Підвищенню ролі ринку приватної медицини в розбудові загальної системи охорони здоров'я України може сприяти об'єднання фінансових і матеріальних ресурсів держави й бізнесу.

Складовими частинами державно-кооперативного механізму фінансової сталості охорони здоров'я є:

- соціально відповідальний бізнес;
- державно-приватне партнерство;

– соціальний діалог.

Так, соціальна відповідальність бізнесу передбачає добровільну позитивну реакцію підприємців на вирішення соціальних проблем суспільства. Такий підхід зумовлює не тільки виконання роботодавцем наявних нормативних правил і законів, але і бажання сприяти поліпшенню соціально-економічної ситуації понад вимог, визначених у законодавчих актах. У зв'язку з тим, що соціальна політика України майже не враховує весь спектр корпоративної підтримки медицини, домінуюча роль у ній належить саме державі. Однак держава не в змозі повною мірою забезпечити розвиток інфраструктури медичного обслуговування населення, що вимагає зміни статусу медичних закладів із бюджетного на автономний, що значно розширить участь недержавних організацій у ринкових відносинах та забезпечить детінізацію фінансування охорони здоров'я.

Саме тому окремим питанням розвитку та регулювання ринку приватної медицини з боку держави є необхідність у детінізації та легалізації цього сектору, оскільки частина коштів потрапляє в медичну галузь прямо від пацієнтів, ці гроші залишаються в тіні, з них не виплачуються податки, що підтверджується висновками міжнародних експертів.

Легалізація може бути ефективною в разі створення певного лікарняного фонду, до якого пацієнти матимуть змогу перераховувати «вдячність» разом із персоналізацією даних медичного співробітника. А далі кожен медик отримуватиме частину грошей із цього перерахування, а також сплачуватиме відповідні податки.

З огляду на вищезазначене одним із найважливіших питань, яке сьогодні потребує державного регулювання, є норми податкового кодексу, які різними способами створюють певні перепони, наприклад, будь-яке підприємство чи бізнес в Україні не може прямо сплатити кошти медичному закладу за послуги, які отримують його співробітники.

Іншим питанням є податок на додану вартість, адже сьогодні норма Податкового кодексу України має суперечливі значення щодо податку на

додану вартість із приводу медичної послуги. Наприклад, податок на додану вартість має бути нарахований на такий вид медичної допомоги, як профілактичний огляд, що суперечить профілактичному напрямку медицини взагалі.

Для вдосконалення податкової системи України повинні враховуватися також:

1) принципові завдання розвитку ринку приватної медицини, яка повинна мати диференційний характер, а також враховувати особливості міжнародного ринку медичних послуг та забезпечувати для українських медичних закладів, як мінімум, рівні конкурентні умови під час діяльності на цьому ринку;

2) відмінності в рентабельності різних видів медичної діяльності; не повинні створюватись необґрунтовані конкурентні переваги;

3) необхідність забезпечення умов для оптимального відтворення об'єктів інфраструктури охорони здоров'я з урахуванням їхньої високої фондоємності та амортизації;

4) стимулювання застосування ресурсозберігаючої і екологічно орієнтованої медичної техніки й технологій.

Висновки до розділу 3

Досвід країн, які вже впровадили механізм публічно-приватного партнерства (ППП) у систему охорони здоров'я, засвідчує, що це дозволяє оптимізувати витрати бюджету; систематизувати і розвивати ринок приватних медпослуг з урахуванням потреб регіонів; інвестувати ресурси у реструктуризацію існуючих об'єктів охорони здоров'я, створювати мережу нових закладів охорони здоров'я на основі новітніх технологій у медицині, залучати кваліфікований персонал, підвищувати якість та доступність послуг. Для розвитку співпраці суб'єктів ринку приватної медицини з державою слід привести у відповідність нормативно-правову базу, що регламентує діяльність приватних медичних закладів та знайти рішення проблем, які пов'язані з реалізацією норм Закону України «Про державно-приватне партнерство» у

сфері охорони здоров'я. У межах державно-приватного партнерства доцільно ввести соціальні замовлення приватним медичним закладам і установам на ті діагностичні та лікувальні медичні послуги, які поки що не готові надавати державні та комунальні медичні заклади. Залучення бізнесу до виконання державних і місцевих програм соціально-економічного розвитку в межах державно-приватної взаємодії сприятиме задоволенню медичних потреб населення». З огляду на це необхідною є розробка дієвої системи сприяння розвитку ринку приватної медицини як соціально значущого сектору економіки, в основі якої має бути відповідний комплекс заходів щодо пільгового оподаткування, кредитування, оплати комунальних послуг, партнерського рівноправ'я державних і приватних закладів охорони здоров'я тощо. Суттєвим механізмом управління з підвищення ефективності охорони здоров'я може стати розвинення конкуренції за надання медичних послуг та допомоги за рахунок засобів бюджетного фінансування, приватного сектору та медичного страхування.

Сектор охорони здоров'я є одним із найбільш постраждалих внаслідок війни. Станом на 21.06.2022 року повністю зруйновано 118 об'єктів закладів охорони здоров'я, частково зруйновано (руйнування від 2% до 90%) 633 об'єктів закладів охорони здоров'я. Орієнтовна вартість збитків попередньо складає майже 35 млрд. грн. Програма медичних гарантій не в повній мірі відображає пакети пріоритетних послуг, які набувають першочергового значення в умовах війни та у пост-воєнний період (лікування травм, опіків, реабілітація, послуги з психічного здоров'я). Державні програми у сфері охорони здоров'я не враховують втрат системи охорони здоров'я, понесених збитків, необхідних змін пріоритетів у сфері охорони здоров'я (переліку медичних послуг та станів). Система охорони здоров'я зазнає також особливого навантаження у зв'язку із міграцією населення (близько 7 млн. українців стали вимушеними переселенцями) та втратами та переміщеннями медичних працівників. За період війни 12 медичних працівників загинуло, 47 поранено. 2 372 працівників центрів екстреної медичної допомоги перебувають на

окупованих територіях. 2 273 медичних працівників виїхали за кордон (0,5% від усієї кількості медичних працівників в країні), 1714 лікарів та 1095 медичних сестер змінили місце роботи через війну. Брак кадрової та організаційної спроможності системи охорони здоров'я надавати послуги з реабілітації та психічного здоров'я загострює ситуацію із забезпеченням потреби громадян у якісних і доступних послугах.

Заходи удосконалення державного регулювання приватною медициною включають в себе: декларування повної рівноправності приватної і державної медицини в усіх сферах діяльності; удосконалення системи приватного страхування; стимулювання та підтримка відкриття страховими компаніями власних клінік; удосконалення норми податкового кодексу.

ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ

На основні поставлених завдань у магістерській роботі можна зробити наступні висновки:

1. Державне регулювання системи управління у сфері приватної медицини— це системний, планомірний вплив державних інституцій та інститутів на діяльність суб'єктів макроекономічного середовища охорони здоров'я, враховуючи стабільні умови функціонування ринкового механізму господарювання, основною метою якого є дотримання пріоритетної лінії державної політики щодо фінансового, економічного та соціального зростання індикаторів національного макроекономічного середовища охорони здоров'я, враховуючи пріоритет заходів із збереження та зміцнення здоров'я людського капіталу країни. Регулюючи ринок медичних послуг держава виконує такі дві функції: соціальну та економічну. Сутність першої полягає в забезпеченні справедливості та доступності для всього населення, незалежно від рівня доходів громадян та статусу, а економічна функція полягає у забезпеченні конкуренції між надавачами медичних послуг, вдосконаленні системи ліцензування та акредитації медичних установ, забезпеченні якісного рівня медичного обслуговування, використанні податкових інструментів при регулюванні підприємницької діяльності.

2. Головними органами, що гарантують забезпечення виконання першочергових завдань і запланованих заходів у галузі регулювання, залишаються частково підрозділи Міністерства охорони здоров'я України. Деякими регуляторними функціями опосередковано займається новостворена у 2017 р. у межах заходів із реалізації медичної реформи Національна служба здоров'я України, яка являється національним страховим органом, який забезпечує населення відповідним гарантованим пакетом медичних послуг в діапазоні визначеного фіскального простору.

3. Формування систем охорони здоров'я зарубіжних країн відбувалося від впливом ряду історичних, економічних, соціальних та політичних факторів.

Однак умовно їх можна поділити на такі основні групи: державні; соціально-страхові; приватні. Тобто, з одного боку, виникає необхідність у регулюванні обсягів участі медичних організацій різної форми власності в наданні медичної допомоги населенню, а з іншого — набувають особливої актуальності розробка і впровадження в систему охорони здоров'я моделей державно-приватного партнерства. Жодна розвинена країна світу сьогодні не може забезпечити всіх необхідних засобів для надання медичних послуг виключно з бюджетних коштів без застосування механізмів співплатежів. Цей нюанс для нашої країни лежить переважно в площині політичних рішень, однак існуючі економічні труднощі і бюджетний дефіцит системи охорони здоров'я неминуче призведуть до необхідності його вирішення. І чим раніше буде прийняте рішення, тим швидше зможемо забезпечити створення більш ефективної системи фінансування та організації сучасної системи охорони здоров'я в Україні. Кожна із діючих систем державного регулювання приватних медичних закладів проаналізованих країн заслуговує на увагу. Однак це мусить бути не сліпе копіювання зарубіжного досвіду державного регулювання, а адаптація світових тенденцій із врахування української історії та ментальності. Однак у переважній більшості розвинутих країн Європейського Союзу та світу на практиці забезпечується рівний доступ усіх громадян до необхідного забезпечення охорони здоров'я, пропонуються пільги для соціально незахищених груп населення, є ефективна система впливу держави на функціонування приватних медичних закладів.

4. Переважна більшість закладів приватної медицини зосереджена у найбільш платоспроможних регіонах України, а саме у столиці, де функціонує близько 50 % всіх приватних закладів країни; у Харкові, Дніпрі, Одесі та ін. Незважаючи на те, що 70 % ринку приватної медицини представлені відносно невеликими центрами, кабінетами, лабораторіями, протягом останніх років закордонні інвестори почали активніше вкладати кошти в розвиток крупніших приватних медичних закладів. «Тіньовий складник» ринку приватної медицини в Україні становить понад 2 млрд дол. США. Можна припустити, що за

державної підтримки розвитку ринку приватної медицини та мінімізації перешкод розвитку галузі ці кошти перестануть бути «тіньовими» й держава у вигляді податків зможе доотримати близько 1 млрд грн на рік, що створить сприятливі умови для фінансування системи охорони здоров'я загалом. Сучасний розвиток ринку медичних послуг неможливий без створення системи медичної допомоги, орієнтованої на пацієнта. Головним об'єктом такої системи є пацієнт, і його потреби різних видів медичної допомоги формують пропозиції медичних послуг на ринку. На жаль, високий рівень корпоратизації та комерціалізації, активна технізація системи медичної допомоги сприяли витісненню пацієнта з центру системи охорони здоров'я. Головною метою системи медичної допомоги, орієнтованої на пацієнта, є створення реальних умов і механізмів для максимальної реалізації в охороні здоров'я прав громадян і пацієнтів. Така система медичної допомоги забезпечує повагу до потреб пацієнтів, координацію та інтеграцію медичної допомоги мультидисциплінарною клінічною командою, інформування пацієнта про стан його здоров'я, емоційну підтримку, надання медичної допомоги за інформованої згоди пацієнта. Створення такої системи охорони здоров'я покращує результати діяльності системи загалом, і насамперед забезпечує задоволеність пацієнтів наданою медичною допомогою та покращує якість їх життя. Ще один важливий напрям – співробітництво між державним і приватними секторами охорони здоров'я. Ці два сектори можуть доповнювати один одного за умов правильного розуміння національних задач охорони здоров'я і реалій кожного партнера. Таке взаєморозуміння сприяє створенню різноманітних форм співробітництва, спрямованих на досягнення головної мети – надання кваліфікованої і високоспеціалізованої медичної допомоги різним соціальним верствам населення. Нині слід вважати ефективними такі методи реформування державних і приватних медичних послуг: ліцензування і акредитація, створення мережі постачальників послуг, регулювання діяльності закладів охорони здоров'я, залучення недержавних закладів охорони здоров'я до надання високовартісних видів медичної допомоги із заключенням

контрактів щодо надання цих послуг соціально незахищеним верствам населення на безоплатній основі.

5. Приватні лікувально-профілактичні заклади знімають навантаження з державних лікарень та поліклінік. Попри значну чисельність закладів державної медицини, з кожним роком спостерігається тенденція збільшення поточної кількості пацієнтів, які хочуть обслуговуватися у приватних медичних кабінетах або приватних медичних центрах та готові оплачувати надані медичні послуги. До цієї групи належать платоспроможні клієнти, які пред'являють попит на високотехнологічне, ефективне, якісне медичне лікування та оперативність, а кількість таких пацієнтів становить по над 10% населення України. Загалом сума виплат за за I квартал 2021 року склала 34227447,2 тис.грн, з них на ФОП було здійснено 99903,7 тис.грн, на приватні медичні заклади без врахування ФОП 202174,02 тис.грн, на комунальні медичні заклади 33925369,5 тис.грн. Виплати від НСЗУ За I кв. 2021 р. НСЗУ виплатила цим закладам 34 227 447 196 грн: 19,854 млрд грн отримали спеціалізовані медичні заклади; 4,976 млрд грн – заклади первинної медичної допомоги; 2,713 млрд грн – центри екстреної медицини; 6,685 млрд грн виплачено за надання медичної допомоги пацієнтам з COVID-19. Найбільше коштів виплачено за такими напрямками: стаціонарні послуги загального профілю – 7 720 804 259 грн; надання медичної допомоги пацієнтам з COVID-19 – 6 684 769 857 грн; первинна медична допомога – 4 975 614 630 грн; перехідне фінансове забезпечення – 4 714 176 969 грн. У рамках державної програми реімбурсації «Доступні ліки» НСЗУ виплачено аптечним закладам-партнерам 270 409 млн грн. З них комунальним закладам –30 715 млн грн, ФОП – 18 918 млн грн, приватним – 220 776 млн грн. Медична реформа в Україні змінила сам підхід до взаємодії між пацієнтом і лікарем, насамперед у сімейній медицині. Принцип фінансування, коли «гроші йдуть за пацієнтом», дозволяє людині відв'язатися від медзакладу за місцем прописки і самостійно обирати ту клініку, де кращий сервіс. При цьому не грає ролі, це приватний заклад чи

комунальний – певний перелік медичних послуг все одно оплачується державою.

6. Приватний сектор охорони здоров'я робить вагомий внесок у фінансування медичної галузі, забезпечує її необхідною кількістю медикаментів, товарів і виробів медичного призначення, щорічно розвантажуючи державний бюджет охорони здоров'я України майже на 2 млрд грн. За чотири роки фінансування за рахунок приватного сектору збільшилося на 19 435 млн грн, приватні витрати на охорону здоров'я в Україні склали понад 42,3% від загальних видатків охорони здоров'я, у 2021 році поточні витрати на охорону здоров'я перевищили державні витрати та становили 137 млрд грн. Приватний сектор медицини являється величезним резервом для надання доступних та якісних медичних послуг, проте існує ряд проблемних питань, які сповільнюють темпи розвитку приватного сектору сфери охорони здоров'я, до яких відносяться: недосконалість законодавчої та нормативно-правової бази у сфері охорони здоров'я, диспропорційні умови конкуренції приватних медичних установ із державними та відомчими лікувально-профілактичними закладами у зв'язку з різноманітними умовами доступу до матеріальних та адміністративних ресурсів; висока вартість медичних послуг у приватних медичних закладах; досить непрозорий ринок медичних послуг через цілком повну відсутність статистичних даних в області приватної охорони здоров'я; недостатня чисельність орендованих приміщень для відкриття приватних медичних установ та кваліфікованого медичного персоналу, а також проблеми у неготовності сприйняти новітніх технологій медичними працівниками.

7. Досвід країн, які вже впровадили механізм публічно-приватного партнерства (ППП) у систему охорони здоров'я, засвідчує, що це дозволяє оптимізувати витрати бюджету; систематизувати і розвивати ринок приватних медпослуг з урахуванням потреб регіонів; інвестувати ресурси у реструктуризацію існуючих об'єктів охорони здоров'я, створювати мережу нових закладів охорони здоров'я на основі новітніх технологій у медицині, залучати кваліфікований персонал, підвищувати якість та доступність послуг.

Для розвитку співпраці суб'єктів ринку приватної медицини з державою слід привести у відповідність нормативно-правову базу, що регламентує діяльність приватних медичних закладів та знайти рішення проблем, які пов'язані з реалізацією норм Закону України «Про державно-приватне партнерство» у сфері охорони здоров'я. У межах державно-приватного партнерства доцільно ввести соціальні замовлення приватним медичним закладам і установам на ті діагностичні та лікувальні медичні послуги, які поки що не готові надавати державні та комунальні медичні заклади. Залучення бізнесу до виконання державних і місцевих програм соціально-економічного розвитку в межах державно-приватної взаємодії сприятиме задоволенню медичних потреб населення». З огляду на це необхідною є розробка дієвої системи сприяння розвитку ринку приватної медицини як соціально значущого сектору економіки, в основі якої має бути відповідний комплекс заходів щодо пільгового оподаткування, кредитування, оплати комунальних послуг, партнерського рівноправ'я державних і приватних закладів охорони здоров'я тощо. Суттєвим механізмом управління з підвищення ефективності охорони здоров'я може стати розвинення конкуренції за надання медичних послуг та допомоги за рахунок засобів бюджетного фінансування, приватного сектору та медичного страхування.

8. Сектор охорони здоров'я є одним із найбільш постраждалих внаслідок війни. Станом на 21.06.2022 року повністю зруйновано 118 об'єктів закладів охорони здоров'я, частково зруйновано (руйнування від 2% до 90%) 633 об'єктів закладів охорони здоров'я. Орієнтовна вартість збитків попередньо складає майже 35 млрд. грн. Програма медичних гарантій не в повній мірі відображає пакети пріоритетних послуг, які набувають першочергового значення в умовах війни та у пост-воєнний період (лікування травм, опіків, реабілітація, послуги з психічного здоров'я). Державні програми у сфері охорони здоров'я не враховують втрат системи охорони здоров'я, понесених збитків, необхідних змін пріоритетів у сфері охорони здоров'я (переліку медичних послуг та станів). Система охорони здоров'я зазнає також особливого

навантаження у зв'язку із міграцією населення (близько 7 млн. українців стали вимушеними переселенцями) та втратами та переміщеннями медичних працівників. За період війни 12 медичних працівників загинуло, 47 поранено. 2 372 працівників центрів екстреної медичної допомоги перебувають на окупованих територіях. 2 273 медичних працівників виїхали за кордон (0,5% від усієї кількості медичних працівників в країні), 1714 лікарів та 1095 медичних сестер змінили місце роботи через війну. Брак кадрової та організаційної спроможності системи охорони здоров'я надавати послуги з реабілітації та психічного здоров'я загострює ситуацію із забезпеченням потреби громадян у якісних і доступних послугах.

9. Заходи удосконалення державного регулювання приватною медициною включають в себе: декларування повної рівноправності приватної і державної медицини в усіх сферах діяльності; удосконалення системи приватного страхування; стимулювання та підтримка відкриття страховими компаніями власних клінік; удосконалення норми податкового кодексу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Барзилович А. Д. Моніторинг ефективності регулювання ринку медичних послуг. Інвестиції: практика та досвід. 2020. № 23. С. 124–130. DOI: 10.32702/2306-6814.2020.23.124
2. Вовк С.М. Інституційна трансформація сучасних механізмів державного управління охороною здоров'я. Вісник Національного університету цивільного захисту України: зб. наук. пр. 2017. Харків : Вид-во НУЦЗУ. № 2(70). С. 208–216.
3. Гапонова Е. О. Ринок медичних послуг в Україні: проблеми та протиріччя. *Wschodnioeuropejskie Czasopismo Naukowe (East European Scientific Journal)*. *Ekonomia*. № 6. 2016. С. 24–26. URL: https://repo.knmu.edu.ua/bitstream/123456789/15362/1/eesj_6_p3_24-26.pdf
4. Гладун З.С. Концептуальні засади державного-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я населення. Медичне право України: проблеми становлення та розвитку: матеріали І Всеукраїнської науково-практичної конференції. 2018. С. 73-79.
5. Голованова І.А., Краснова О.І. значення приватної медицини в системі охорони здоров'я України *Економіка і право охорони здоров'я*. № 1 (3), 2016 URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/200099202.pdf>
6. Демченко І.С. Класифікація законодавства у сфері охорони здоров'я. Вчені записки ТНУ ім. В. І. Вернадського. Юридичні науки. 2019. No 6, т. 30. С. 7–13
7. Дудка В. В. Переваги приватної медицини та вигоди держави у підтримці розвитку приватного сектора системи охорони здоров'я (до проблеми державного регулювання здоров'яохоронної сфери). Електронне наукове фахове видання «Державне управління: удосконалення та розвиток». 2012. № 1. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2012_1_4
8. Звіт НСЗУ про виконання договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій за І квартал 2021 року за І квартал

2021 р. URL: <https://accemedin.com/img/content/materials/images/nszu-report.pdf>
(дата звернення: 23.11.2022).

9. Звіт про результати аудиту ефективності використання коштів державного бюджету, виділених Національній службі здоров'я України на первинну медичну допомогу URL: https://rp.gov.ua/upload-files/Activity/Collegium/2021/11-3_2021/Zvit_11-3_2021.pdf

10. Карлаш В.В. Державне регулювання реформуванням системи охорони здоров'я України. Інвестиції: практика та досвід. 2019. № 15. С. 121–124.

11. Куплю здоров'я: ТОП приватних медичних закладів України. 05.07.2018. URL: <https://youcontrol.com.ua/data-research/kupliu-zdorovia-top-pryvatnykh-medychnykh-zakladiv-ukrayiny/>

12. Книш С. В. Адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я в Україні. Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора юридичних наук за спеціальністю 12.00.07 – адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право. Тернопільський національний економічний університет, МОН України, м. Тернопіль, 2019.

13. Коломієць О. О. Система охорони здоров'я в Україні: недоліки організації та ризики реформування. Економічний вісник НТУУ «КПІ» : збірник наукових праць. 2018. № 15. С. 21-32.

14. Костенко Н. І., Марцинковський В. О. Особливості соціального забезпечення сфери охорони здоров'я: зарубіжний досвід. Подільський науковий вісник. Науки: економіка, педагогіка. 2018. № 3. С. 170.

15. Криничко Л.Р. Зарубіжний досвід державного регулювання ринку приватних медичних закладів Інвестиції: практика та досвід № 24/2020 URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/24_2020/24.pdf

16. Мезенцева Н., Буравльов Л., Радиш Я. Правове регулювання приватного сектора в охороні здоров'я України: стан і перспективи розвитку. Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення : матеріали II Всеукраїнської науково-практичної

конференції. 2008. URL: http://medicallaw.org.ua/uploads/media/02_179_01.pdf (дата звернення: 15.11.2022).

17. Майданик Р.А. Законодавство України в сфері охорони здоров'я: система і систематизація. Медичне право. 2013. № 2. С. 63–74.

18. Маркетингові дослідження та бізнес-консалтинг. URL: <https://proconsulting.ua/ua>

19. Офіційний веб сайт Центру медичної статистики МОЗ України. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/MMXIX.html>

20. Пашков В. Еволюція правового статусу закладів охорони здоров'я у законодавстві України. Медичне право. 2017. № 3. С. 104–111.

21. Пашков В. Права пацієнтів та симулякри в охороні здоров'я, або Про опонентів медичної реформи. Український медичний часопис : актуальні питання клінічної практики online: вебсайт. 2019. URL: <https://www.umj.com.ua/article/159985/prava-patsiyentiv-tasimulyakri-v-ohoroni-zdorov-ya-abo-pro-oponentiv-medichnoyi-reformi> (дата звернення: 08.12.2022).

22. Перша в Україні Програма медичних гарантій стартувала в повному обсязі – НСЗУ. Урядовий портал: вебсайт. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/persha-v-ukrayini-programa-medichnih-garantij-startovala-u-povnomu-obsyazi-nszu> (дата звернення: 15.11.2022).

23. Підгаєць С.В., Сіташ Т.Д. Проблеми та перспективи розвитку державно-приватного партнерства в системі охорони здоров'я. URL : <http://dSPACE.tneu.edu.ua/bitstream/316497/9944/1/97.pdf>.

24. Попова Т., Орлова Н.С. Концептуальні засади публічно-приватного партнерства в Україні. Наукові перспективи. 2021. № 11(17). С. 133-144.

25. Право на охорону здоров'я: перспективи правового забезпечення URL: <https://law.chnu.edu.ua/pravo-na-okhoronu-zdorovia-perspektyvy-pravovoho-zabezpechennia/>

26. Правові засади реформування галузі охорони здоров'я: стан, проблеми, перспективи розвитку. Міністерство юстиції України. URL: https://minjust.gov.ua/m/str_6764 (дата звернення: 10.10.2022).

27. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України № 2168–VIII від 19 жовтня 2017 р. № 2168– VIII / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення: 20.10.2022)

28. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 14 вересня 2020 року «Про Стратегію національної безпеки України»: указ Президента України № 392/2020. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/3922020-35037> (дата звернення: 10.10.2022).

29. Про ліцензування видів господарської діяльності : Закон України від 2 березня 2015 р. № 222–VIII / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-19#Text> (дата звернення: 12.11.2022).

30. Про ратифікацію Меморандуму про взаєморозуміння між Україною як Позичальником та Європейським Союзом як Кредитором і Кредитної угоди між Україною як Позичальником та Національним бан ком України як Агентом Позичальника та Європейським Союзом як Кредитором (щодо отримання Україною макрофінансової допомоги Європейського Союзу у сумі до 1 мільярда 200 мільйонів євро): Закон України від 25 серпня 2020 року № 825-IX. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/825-20#n5> (дата звернення: 10.10.2022).

31. Про затвердження Національної економічної стратегії на період до 2030 року: постанова Кабінету Міністрів України від 03 березня 2021 р. №179. URL: https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennya_nacionalnoyi-eko-a179 (дата звернення: 10.05.2022). 14. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 14 вересня 2020 року «Про Стратегію національної безпеки України»: указ Президента України № 392/2020. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/3922020-35037> (дата звернення: 10.10.2022).

32. Про схвалення Стратегії забезпечення біологічної безпеки та біологічного захисту за принципом “єдине здоров’я” на період до 2025 року та затвердження плану заходів щодо її реалізації: розпорядження Кабінету

Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1416-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/proshvalennya-strategiyi-zabezpechennya-biologichnoyi-bezpeki-1416-271119> (дата звернення: 10.10.2022).

33. Про схвалення Стратегії розвитку імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб, яким можна запобігти шляхом проведення імунопрофілактики, на період до 2022 року та затвердження плану заходів щодо її реалізації: розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1402-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1402-2019-%D1%80#Text> (дата звернення: 10.10.2022).

34. Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року: розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1415-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1415-2019-%D1%80#Text> (дата звернення: 10.10.2022).

35. Про затвердження Державної стратегії регіонального розвитку на 2021-2027 роки: постанова Кабінету Міністрів України від 5 серпня 2020 р. № 695. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/695-2020-%D0%BF?find=1&text=%D0%BC%D0%BE%D0%B7#w1_1 (дата звернення: 10.10.2022).

36. Про невідкладні заходи щодо забезпечення економічного зростання, стимулювання розвитку регіонів та запобігання корупції: Указ Президента України від 20 вересня 2019 року № 713/2019. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/713/2019#Text> (дата звернення: 10.10.2022).

37. Про засади державної регіональної політики: Закон України від 5 лютого 2015 року № 156-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/156-19#Text> (дата звернення: 10.10.2022)

38. Про затвердження Порядку розроблення Державної стратегії регіонального розвитку України і плану заходів з її реалізації, а також проведення моніторингу та оцінки результативності реалізації зазначених Стратегії і плану заходів: постанова Кабінету Міністрів України від 11

листопада 2015 р. № 931. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/931-2015-%D0%BF#Text> (дата звернення: 10.10.2022).

39. Рішення Ради національної безпеки і оборони України від 30 липня 2021 року Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою URL: <https://www.president.gov.ua/documents/3692021-39713> (дата звернення: 10.12.2022)

40. Реформа у цифрах та фактах. Офіс реформ Кабінету Міністрів України: вебсайт. URL: <https://rdo.in.ua/direction/ohorona-zdorovya> (дата звернення: 15.11.2022)

41. Ридзель Ю.М. Державне регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України : дис. ... канд. екон. наук. Чернігів, 2020. 258 с.

42. Сарибаєва Г.М. Адміністративно-правове регулювання у сфері охорони здоров'я: телеологічний підхід та систематизація. Національний юридический журнал: теория и практика. 2018. № 2. С. 72–75.

43. Сенюта І.О. Медична реформа: перевірка на відповідність Конституції Редакція журналу «Український медичний часопис» URL: <https://www.umj.com.ua/article/159084/medichna-reforma-perevirka-na-vidpovidnist-konstitutsiyi>

44. Селіванова І. Державно-приватне партнерство та інші форми співпраці бізнесу, держави (територіальних громад) і закладів служб крові у сфері донорства крові та її компонентів. Медичне право. 2019. № 1 (23). С. 57–64.

45. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / за заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. Тернопіль: Укрмедкнига, 2016. 680 с.

46. Стеценко С. Лекція професора С. Стеценка : Вступ до курсу «Медичне право України». Право України. 2011. № № 11-12. С. 120-131.

47. Турчак Д.В. Механізми державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата наук з

державного управління за спеціальністю 25.00.02 механізми державного управління. Інститут підготовки кадрів державної служби зайнятості України, Київ, 2019. с. 147.

48. Укладені договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій з медичними закладами 2020. Національна служба здоров'я України : вебсайт. URL: <https://nszu.gov.ua/ukladeni-dogovori/z-medichnimi-zakladami-2020> (дата звернення: 20.11.2022).

49. Устимчук О. В. Аналіз нормативно-правових засад регулювання сфери надання медичних послуг в Україні. Аспекти публічного правління. 2018. Т. 6. № 10. С. 5-13.

50. Устинов А.В. Медична реформа: відомчі медичні заклади стануть доступними для усіх громадян. Український медичний часопис online. Актуальні питання медичної практики: веб-сайт. 2019. URL : <https://www.umj.com.ua/article/140879/medichna-reforma-vidomchimedichni-zakladi-stanut-dostupnimi-dlya-usih-gromadyan> (дата звернення: 08.12.2022).

51. Урсол Г.М. Приватний сектор системи охорони здоров'я – активний резерв підвищення доступності та якості надання медичної допомоги: досвід Кіровоградської області. Буковинський медичний вісник. 2014. Т. 18, № 4(72). С. 177–181.

52. Шафранський В. В. Європейська політика «Здоров'я-2020»: використання науково обґрунтованих стратегій для отримання позитивних результатів. Економіка і право охорони здоров'я. № 1(3). 2016. С. 44–48.

53. Шевчук В.В. Підходи до реалізації механізмів державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України. Наукові праці [Чорноморського державного університету імені Петра Могили комплексу «Києво-Могилянська академія»]. Сер. : Державне управління. 2014. Т. 235. Вип. 223. С. 128–132.

54. Шкуропацький О.І. Поняття адміністративно-правового регулювання приватної медицини. Вісник ХНУ ім. В.Н. Каразіна. Серія «Право». 2015. Вип. 20. С. 104–108

55. Янчак Я. Ефективний розвиток та функціонування ринку медичних послуг в умовах глобалізації та інтеграційних процесів у охороні здоров'я. Вісник Національного університету «Львівська політехніка». Серія: Юридичні науки. 2017. № 876 (15). С. 227–235. URL: <https://science.lpnu.ua/sites/default/files/journal-paper/2018/jun/13222/235.pdf>
56. 64 приватних спеціалізованих медзаклади та ФОП підписали договір з НСЗУ в рамках Програми медичних гарантій. Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/64-privatnih-specializovanih-medzakladi-ta-fop-pidpisali-dogovir-z-nszu-v-ramkah-programi-medichnih-garantij>
57. Akhmetshin E.M., Morozov I.V., Yumashev A.V., Yumasheva N.A., Gubarkov S.V. Motivation of personnel in an innovative business climate // European Research Studies Journal. 2018. Т. 21.№1. С. 352-361.
58. Bai Yu, Shi Chaoran, Li Xiaoteng, Liu Feifei. Healthcare System in Singapore. 2019. URL: <http://assets.ce.columbia.edu/pdf/actu/actusingapore.pdf> (дата звернення: 19.11.2022)
59. European Code of Social Security. Treaty № 048. URL : <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/048> (дата звернення: 04.12.2022).
60. Karlash V.V. Problems of government regulation in the health of Ukraine. Public management. 2019. № 2(17). P. 78–84.
61. Tatsiy V., Gutorova N., Pashkov V. Legal aspects of cancer diseases prophylactics: patients rights context. Wiadomości Lekarskie. 2017. Т. LXX. № 4. P. 1108–1113.
62. Truba V., Borshch V., Haran O. Methodological frameworks for state regulation of health care system in the post-soviet countries. Baltic Journal of economic studies. 2018. Vol. 4. N 5. Pp. 364–370. DOI: <https://doi.org/10.30525/2256-0742/2018-4-5-364-370>.