

ХМЕЛЬНИЦЬКА ОБЛАСНА РАДА  
ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ УПРАВЛІННЯ ТА ПРАВА  
ІМЕНІ ЛЕОНІДА ЮЗЬКОВА

ФАКУЛЬТЕТ УПРАВЛІННЯ ТА ЕКОНОМІКИ

Кафедра публічного управління та адміністрування

## МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

на тему: «**Реалізація державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я (за матеріалами Департаменту охорони здоров'я Хмельницької обласної державної адміністрації)**»

**Виконала:** студентка магістратури за спеціальністю

281 Публічне управління та адміністрування

Живуліна Наталія Вікентіївна

**Керівник:** \_\_\_\_\_

(науковий ступінь, вчене звання, прізвище та ініціали)

**Рецензент:** \_\_\_\_\_

(науковий ступінь, вчене звання, прізвище та ініціали)

**Хмельницький – 2020 рік**

## АНОТАЦІЯ

**Живуліна Н.В. Реалізація державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я (за матеріалами Департаменту охорони здоров'я Хмельницької обласної державної адміністрації).** Магістерська робота.

У теоретичному розділі роботи з'ясовані особливості функціонування охорони здоров'я як галузі економіки. Досліджена специфіка функціонування ринку медичних послуг (формування попиту і пропозиції, конкуренція, ціноутворення). Охарактеризовано завдання й методи державного регулювання сфери охорони здоров'я. Обґрунтована логіка поєднання ринкових механізмів та державного регулювання у сфері охорони здоров'я. Виконано порівняльний аналіз моделей фінансування охорони здоров'я в різних країнах світу, що дозволило виявити тенденцію до поступового скорочення бюджетних видатків і залучення інвестицій приватного сектора.

У дослідницько-аналітичному розділі виконано аналіз системи управління охороною здоров'я в Україні. Досліджено вітчизняну систему фінансування охорони здоров'я. Оцінено динаміку видатків державного та обласного бюджетів на потреби охорони здоров'я. За результатами проведеного дослідження зроблено висновок, що охорона здоров'я є особливою галуззю соціальної інфраструктури, в якій ринкові механізми господарювання потребують чіткого коригуючого впливу з боку держави. Обґрунтовано ключові напрями реформування системи охорони здоров'я.

У рекомендаційному розділі обґрунтована доцільність впровадження державно-приватного партнерства (ДПП) у сфері охорони здоров'я з метою досягнення синергії показників медичної, соціальної та економічної ефективності. Окреслено перспективи застосування міжнародного досвіду реалізації проєктів ДПП в охороні здоров'я. Надано рекомендації щодо запровадження бюджетно-страхової медицини на принципах ДПП. Обґрунтовано можливості підвищення ефективності функціонування охорони здоров'я у Хмельницькій області завдяки злагодженій взаємодії влади і бізнесу

при вирішенні соціальних проблем.

**Ключові слова:** державно-приватне партнерство, економічна ефективність охорони здоров'я, медична ефективність охорони здоров'я, медичне страхування, ринок медичних послуг, соціальна ефективність охорони здоров'я.

**Zhivulina N.V. Implementation of public-private partnership in the field of health care (according to the Department of Health Care of Khmelnytskyi Regional State Administration). Master thesis.**

The peculiarities of the functioning of health care as a branch of the economy have been clarified in the work. The specifics of the functioning of the medical services market have been studied. A comparative analysis of health care financing models in different countries all over the world has been elaborated. The logic of combining market mechanisms and state regulation in the field of health care is highlighted. The analysis of the health care management system in Ukraine has been performed. The domestic system of health care financing has been studied. The dynamics of state and regional budget expenditures for health care needs has been estimated. The expediency of introduction of public-private partnership in the field of health care in order to achieve synergy of indicators of medical, social and economic efficiency is substantiated.

**Key words:** public-private partnership, economic efficiency of health care, medical efficiency of health care, medical insurance, market of medical services, social efficiency of health care.

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВЗАЄМОДІЇ ДЕРЖАВНОГО І ПРИВАТНОГО СЕКТОРІВ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я .....	9
1.1. Особливості функціонування охорони здоров'я як галузі економіки .....	9
1.2. Логіка поєднання ринкових механізмів та державного регулювання у різних моделях фінансування охорони здоров'я .....	12
РОЗДІЛ 2. СТАН ТА ОСНОВНІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ .....	18
2.1. Аналіз системи управління охороною здоров'я в Україні .....	18
2.2. Дослідження вітчизняної системи фінансування охорони здоров'я .....	24
2.3. Напрями реформування системи охорони здоров'я .....	32
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМУ ВЗАЄМОДІЇ ВЛАДИ І БІЗНЕСУ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ОСНОВІ МОДЕЛІ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА .....	41
3.1. Міжнародний досвід реалізації проєктів державно-приватного партнерства в охороні здоров'я .....	41
3.2. Оцінювання ефективності державно-приватного партнерства в охороні здоров'я .....	46
3.3. Рекомендації щодо запровадження бюджетно-страхової медицини на принципах державно-приватного партнерства .....	56
ВИСНОВКИ .....	68
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	71

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Здоров'я населення, як і якість життя в цілому, є одним з головних показників, що характеризують рівень соціально-економічного розвитку держави. Від стану здоров'я населення залежить можливість не просто розвитку, але й самого існування суспільства.

На сучасному етапі в Україні спостерігається тенденція скорочення чисельності населення через суттєву перевагу смертності над народжуваністю. Однією з основних чинників цього є низька якість медичних послуг, що спричиняє високу смертність населення від хвороб.

Вітчизняна система охорони здоров'я, починаючи з 1990-х років, як і багато інших сфер суспільного життя, знаходиться у стані перманентних змін. Окрім того, що змінюються підходи до надання соціально значимих послуг населенню, відбуваються і суттєві інституціональні перетворення. На жаль, не завжди ці зміни є позитивними, а відносно охорони здоров'я нерідко мають негативний характер і проявляються у зменшенні доступності якісних медичних послуг, декларативності гарантування державою безкоштовної медичної допомоги населенню, формальності і недостатності профілактичної діяльності.

В умовах розвитку в Україні ринкових відносин і реструктуризації державного сектора в охороні здоров'я відбувається збільшення обсягу платних медичних послуг, які надаються як у державних, так і в приватних лікувальних закладах, що дістали масштабний розвиток останнім часом. Однак, незважаючи на це, приватний сектор в охороні здоров'я все ж не став повною альтернативою державному.

З огляду на необхідність подальшого розвитку ринкової економіки і необхідність пошуку нових форм, методів системного управлінського впливу з боку держави на розвиток охорони здоров'я найбільш актуальною постає проблема пошуку оптимальної форми взаємодії державного та недержавного секторів охорони здоров'я. Одним з методів такої взаємодії виступає державно-приватне партнерство.

Актуальність дослідження проблеми використання механізмів державно-

приватного партнерства в системі охорони здоров'я України зумовлена тим, що саме така форма взаємодії держави і приватного сектора в медицині дозволяє об'єднати зусилля держави і бізнесу, що володіють своїми власними, безумовно, унікальними перевагами та ресурсами. Їх поєднання відкриває нові можливості у досягненні кращих результатів, діяти ефективно саме в тих сферах, для яких характерний провал ринку (невисокий рівень дохідності, тривалий термін окупності) або низька ефективність державного управління.

Теоретичні та практичні проблеми взаємодії державних і підприємницьких структур стали об'єктом активного вивчення дослідників у другій половині ХХ століття, коли відносно соціальної відповідальності бізнесу в управлінській літературі було розроблено безліч концепцій, а згодом дістали розвиток дослідження форм взаємодії влади і бізнесу у формі державно-приватного партнерства.

Економічні аспекти функціонування сфери охорони здоров'я є предметом досліджень багатьох науковців. Зокрема, Д.В. Карамішев і Н.М. Удовиченко [16] сформулювали основні принципи функціонування системи охорони здоров'я в контексті загальнолюдських цінностей соціальної держави; А.Г. Ахламов і Н.Л. Кусик [1], Е.О. Гапонова [5], Н.В. Резнікова, О.А. Іващенко, О.І. Войтович [36] дослідили специфіку функціонування ринкових механізмів у сфері охорони здоров'я; І.А. Голованова, О.І. Краснова, Г.А. Оксак, Т.В. Плужнікова [7–11; 17–23] розкрили особливості механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я; С.Г. Бойко [2], С.М. Гончарук, С.В. Приймак, Л.Я. Даниляк і Д.В. Долбнева [12; 13], Л.В. Ліштаба [24], І.В. Мартусенко і Т.Д. Сіташ [25; 39], Д.А. Міщенко, Л.О. Міщенко [29], В.В. Руденко [37] обґрунтували шляхи трансформації фінансування системи охорони здоров'я в Україні; І.Л. Сазонець, І.Я. Зима [38], Н.В. Приказюк, С.Б. Березіна, М.І. Романченко [32] охарактеризували напрями реформування державної політики в сфері охорони здоров'я; В.І. Борщ [3], Ю.В. Вороненко, А.В. Скороход [4], Н.Г. Гойда, Н.В. Курділь, В.В. Вороненко [6], В.В. Дудка [14], Н.Г. Дутко [15], О.В. Мартякова та І.В. Трикоз [26],

А.О. Москвіна і О.О. Вороніна [30], Н.М. Ткачова [40], Г.М. Урсол, О.А. Скрипник, О.М. Василенко [41] і Ю.В. Шевчук [45] проаналізували переваги від впровадження державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я.

Незважаючи на суттєвий науковий доробок у досліджуваній сфері, актуальним залишається пошук шляхів оптимального поєднання ринкових механізмів та державного регулювання з метою підвищення ефективності охорони здоров'я як однієї з ключових складових соціальної інфраструктури, що забезпечує відтворення людського капіталу і зростання суспільного добробуту.

**Мета та завдання роботи.** Метою магістерської роботи є систематизація теоретико-методологічних положень та обґрунтування практичних рекомендацій, спрямованих на удосконалення системи охорони здоров'я на основі впровадження механізму державно-приватного партнерства.

Для досягнення поставленої мети визначені такі завдання:

- систематизувати теоретико-методологічні основи взаємодії державного і приватного секторів у системі охорони здоров'я;
- обґрунтувати логіку поєднання ринкових механізмів та державного регулювання у різних моделях фінансування охорони здоров'я;
- виконати аналіз системи управління охороною здоров'я в Україні;
- дослідити вітчизняну систему фінансування охорони здоров'я (у т. ч. динаміку показників фінансування галузі на рівні Хмельницької області);
- окреслити напрями реформування системи охорони здоров'я (у т. ч. на рівні Хмельницької області);
- вивчити міжнародний досвід реалізації проєктів ДПП в охороні здоров'я та визначити перспективи його застосування в Україні;
- пояснити логіку оцінювання ефективності державно-приватного партнерства в охороні здоров'я;
- розробити загальні рекомендації щодо запровадження бюджетно-страхової медицини на принципах державно-приватного партнерства.

**Об'єкт дослідження** – процес становлення і розвитку державно-

приватного партнерства у галузі охорони здоров'я.

**Предмет дослідження** – теоретико-методологічні та прикладні аспекти удосконалення механізму державно-приватного партнерства в галузі охорони здоров'я.

**Методи дослідження.** У ході дослідження використані такі наукові методи: абстрактно-логічний метод – для з'ясування сутності поняття “державно-приватне партнерство”; порівняння – для з'ясування відмінностей у моделях фінансування охорони здоров'я; аналізу, синтезу та моделювання – для обґрунтування логіки поєднання ринкових механізмів та державного регулювання у сфері охорони здоров'я; гіпотетично-дедуктивний метод – для формулювання і подальшої перевірки гіпотези про досягнення синергії медичної, соціальної та економічної ефективності у сфері охорони здоров'я за рахунок впровадження державно-приватного партнерства.

**Інформаційна база дослідження.** У процесі дослідження використані: теоретико-методологічні положення, що висвітлюються у монографіях, наукових статтях та інших фахових публікаціях, присвячених функціонуванню охорони здоров'я як невід'ємної складової соціально орієнтованої ринкової економіки; законодавча база у сфері охорони здоров'я, державних соціальних стандартів та державних соціальних гарантій, державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення; статистичні дані, що характеризують динаміку витрат на охорону здоров'я в Україні та у Хмельницькій області; інформаційна довідка про міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я.

**Практичне значення одержаних результатів.** Надані рекомендації щодо впровадження механізму державно-приватного партнерства дозволять досягти потужного ефекту синергії завдяки одночасному забезпеченню високих показників соціальної, медичної та економічної ефективності функціонування медичних установ Хмельницької області.

**Структура магістерської роботи** включає вступ, три розділи, висновки, список використаних джерел.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВЗАЄМОДІЇ ДЕРЖАВНОГО ТА ПРИВАТНОГО СЕКТОРІВ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

### 1.1. Особливості функціонування охорони здоров'я як галузі економіки

Охорона здоров'я являє собою комплексну систему заходів щодо збереження та зміцнення здоров'я кожного громадянина, надання йому адекватної медичної допомоги у разі погіршення або втрати здоров'я. Орієнтиром останнього десятиріччя і на подальшу перспективу для удосконалення охорони здоров'я в Європі і в кожній країні-члені Європейського бюро ВООЗ визнано загальноєвропейську політику “Здоров'я для всіх”. Вона передбачає, що всі країни повинні активно здійснювати політику досягнення здоров'я для всіх людей на державному, регіональному та місцевому рівнях за підтримки відповідних структур. Однак складність цього завдання обумовлюється тим, що взяти на себе зобов'язання ліквідації хвороб не можуть ні держава, ні громадяни, ні будь-яка окрема галузь економіки [16, с. 132–133].

Охорона здоров'я розглядається багатьма вченими як суспільне благо, коли надання медичної допомоги кожній людині має важливе значення для суспільства в цілому. У свою чергу, така позиція в більшості європейських країн стала частиною традиційного консенсусу відносно важливості дотримання принципу солідарності та всеохоплюючого доступу населення до ресурсів охорони здоров'я. З іншого боку, ринкові важелі за своєю природою засновані на припущенні, що кожна медична послуга є товаром, який можна продати на відкритому ринку. В умовах ринку економіка охорони здоров'я вивчає вплив законів ринку в системі медичної допомоги та вплив охорони здоров'я на основний фактор виробництва – робочу силу. З економічної точки зору адекватна охорона здоров'я підвищує якість людського капіталу, збільшуючи можливості людини продуктивно працювати [1, с. 3].

З переходом до ринкової економіки сталися зміни у всіх галузях виробничої та невиробничої сфери. Не стала винятком і охорона здоров'я. Перехід до ринкової економіки певною мірою комерціалізував охорону здоров'я. Зокрема, відбувається постійна зміна обсягу платних і “напівплатних” (медичне страхування) послуг. Медична установа все більше набуває економічних рис підприємства. Зміни у статусі медичної установи, у свою чергу, обумовлюють зміни характеру економічних зв'язків, які виникають в її діяльності. Крім того, виникає розмаїття форм власності і видів господарювання у цій сфері, здійснюється пошук нових джерел інвестицій, методів мінімізації витрат і ризиків, підвищення рентабельності.

Охорона здоров'я належить до сфери послуг. Медична послуга – це дії медичного персоналу щодо задоволення існуючих потреб пацієнтів у відновленні і підтримці здоров'я. Послуга характеризується “нематеріальністю”, не піддається збереженню і транспортуванню, є персоніфікованою і невід'ємною від виробника.

З одного боку, медичні послуги – це суспільні блага, і їх споживання одним індивідом не може зменшувати доступність цих послуг для інших індивідів. А отже, розподіл медичних послуг має контролюватися і здійснюватися за принципом В. Парето, що є умовою зростання суспільного добробуту. З іншого боку, значну частину медичних послуг споживач оплачує самостійно. Тому організація фінансових відносин у цій галузі потребує особливого підходу [20, с. 38].

Ринок медичних послуг – це сукупність організаційно-економічних відносин і відносин власності щодо купівлі-продажу медичних послуг. На цьому ринку діють такі суб'єкти: 1) виробник, продавець медичних послуг і товарів (медична установа, медичний працівник); 2) покупець (пацієнти, роботодавці); 3) посередницькі структури (фонди обов'язкового і добровільного медичного страхування, страхові медичні організації).

Механізм ринку послуг охорони здоров'я пов'язаний з поняттями попиту, пропозиції, конкуренції, ціноутворення. Попит – це кількість медичних послуг,

яку бажають і можуть придбати пацієнти за деякий період за певною ціною. Такі чинники, як рівень доходів населення, зміни у його віковій структурі, якість та прогнозована тривалість життя, визначають потенціал попиту на ринку послуг охорони здоров'я. Пропозиція визначається кількістю медичних послуг, які можуть бути надані у певний період часу за визначеною ціною [36]. На пропозицію, у свою чергу, впливає забезпеченість виробників послуг сучасним медичним обладнанням та кваліфікованим персоналом.

Між медичними суб'єктами виникає конкуренція, ключовими в якій є поняття якості послуг та їх ціни. Ціни на медичні послуги, які пропонуються медичною установою, в умовах ринкової економіки визначаються низкою зовнішніх і внутрішніх чинників. До зовнішніх чинників належать: регулююча роль держави на ціни і ціноутворення; характеристика медичних послуг і платоспроможність населення; рівноважний рівень конкурентних цін, який склався на ринку медичних послуг; характеристика ринку певного виду медичних послуг. До внутрішніх чинників, які визначають ціну, належать: рівень постійних і змінних виробничих витрат медичної установи; пріоритети цілей, які ставить перед собою медична установа [1, с. 61].

Специфічні риси маркетингу у сфері охорони здоров'я наведені на рисунку 1.1. Ціна як грошовий вираз вартості послуги (рисунок 1.2) формується при взаємодії на ринку носіїв попиту і пропозиції, тобто пацієнта і виробника послуг. Результатом такої ринкової операції є отримання прибутку. Втім, згідно з принципами соціально-етичного маркетингу, в комерційній діяльності медичних суб'єктів повинна бути передбачена програма зниження цін, благодійності.

Ринок медичних послуг є недосконалим, коли обсяг запропонованих медичних послуг не відповідає попиту на них, що вимагає втручання держави, зокрема в рамках програми державних гарантій за рахунок коштів бюджету і системи обов'язкового медичного страхування [45, с. 418]. Відтак, незважаючи на комерціалізацію охорони здоров'я, ринкові механізми у цій сфері потребують суттєвого коригування з боку держави – шляхом створення системи заходів економічного, організаційного, законодавчого, виконавчого та контролюючого

характеру, які передбачають встановлення правил здійснення медичної діяльності та спрямовані на контроль за діяльністю суб'єктів господарювання. Механізм державного регулювання сфери охорони здоров'я повинен містити соціальний інструментарій, а саме: державні соціальні програми і гарантії, соціальне страхування, надання інформації шляхом проведення семінарів та консультацій, залучення громадян до участі в управлінні галуззю тощо [22, с. 61].

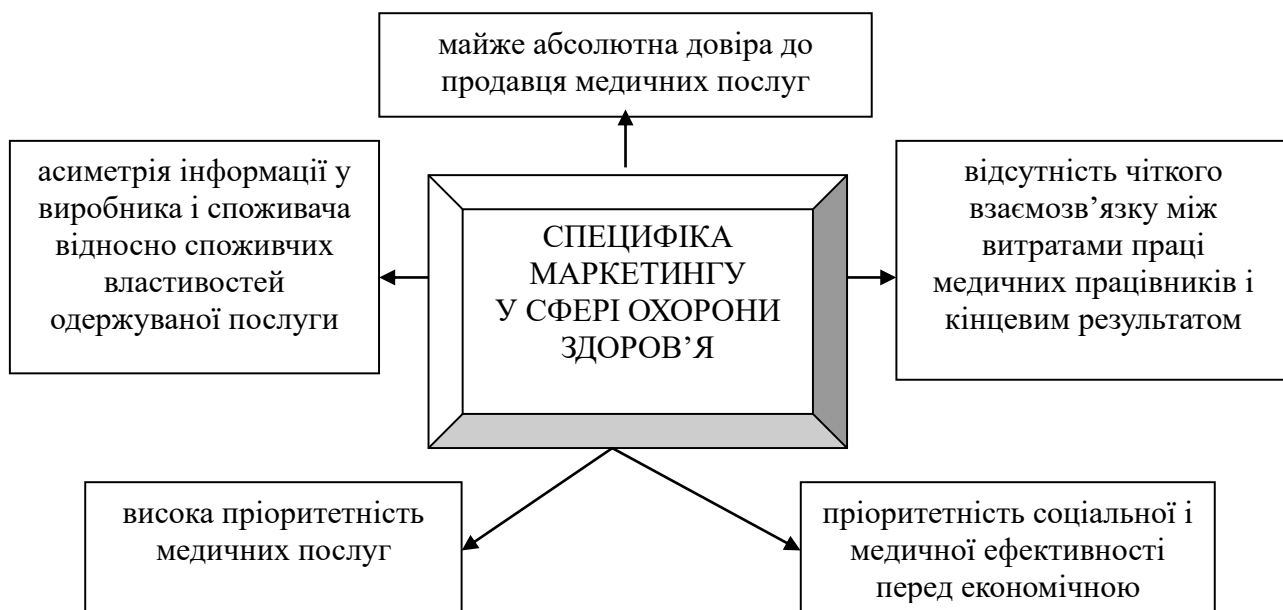


Рисунок 1.1 Специфічні риси маркетингу у сфері охорони здоров'я

Джерело: [43, с. 130]

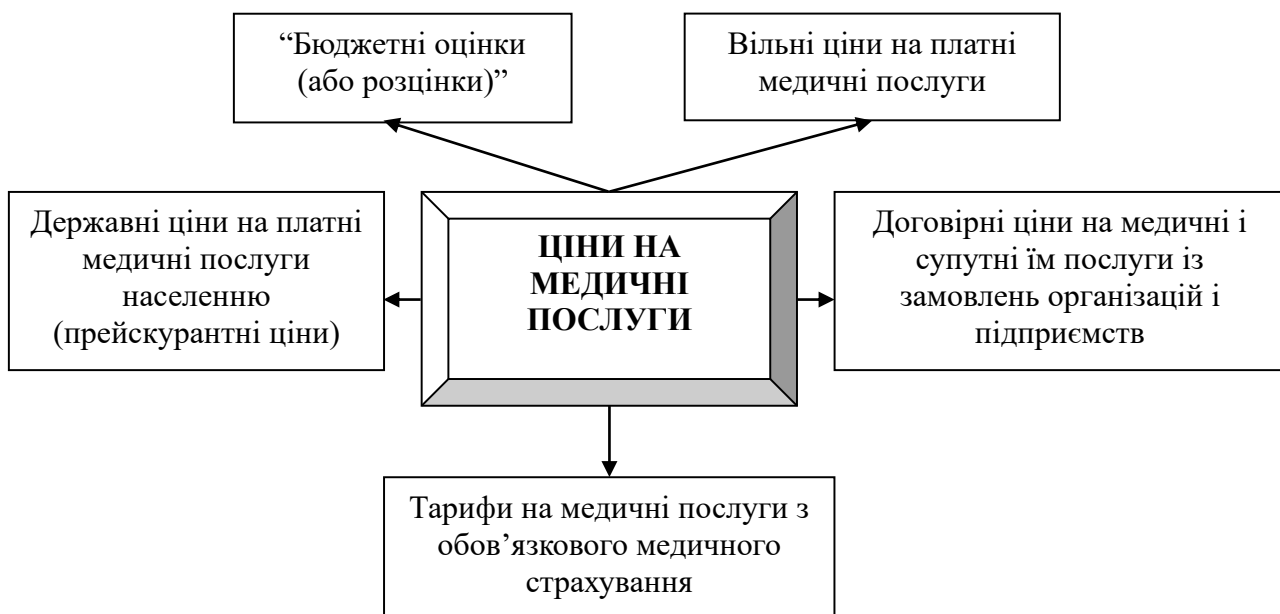


Рисунок 1.2 Різновиди цін на медичні послуги

Джерело: [1, с. 59–60]

Основними напрямками державного регулювання мають бути: створення громадських медичних послуг та забезпечення їх якості; здійснення ліцензування медичної діяльності; проведення антимонопольної політики; підтримка малого підприємництва в охороні здоров'я; підтримка науки та високих технологій.

## 1.2. Логіка поєднання ринкових механізмів та державного регулювання у різних моделях фінансування охорони здоров'я

Головним чинником розвитку системи охорони здоров'я будь-якої країни є показники фінансування та стабільність його джерел. Джерелами фінансування в основному виступають: національні та міжнародні неурядові благодійні організації; багатосторонні агентства; приватні особи, сім'ї, наймані працівники; корпорації та роботодавці. Що стосується механізмів збору ресурсів, то їх поділяють на державні і приватні (рисунок 1.3). Державні механізми встановлюються законом і є обов'язковими, приватні – функціонують на добровільній основі і ґрунтуються на передоплаті або оплаті в момент користування послугою [25, с. 323].

В умовах кризи усі країни зіткнулися з необхідністю стримування зростання витрат на охорону здоров'я шляхом перерозподілу фінансових ресурсів за рахунок інших статей бюджету, підвищення податків та внесків у рамках соціального страхування, регулювання попиту та пропозиції медичних послуг [39, с. 167]. Для того щоб виробити найбільш прийнятну для України модель фінансування, варто ознайомитись із зарубіжним досвідом.

На сьогодні у світі можна виділити три основні системи охорони здоров'я (рисунок 1.4): 1) державна (Велика Британія, Греція, Португалія, Італія, Данія, Іспанія та ін.); 2) страхова (Франція, Австрія, Бельгія, Швейцарія, Японія, деякі країни Латинської Америки); 3) приватна (Південна Корея, США).

Державна медицина, яка ґрунтується на так званій концепції Беверіджа, фінансується переважно з бюджетних джерел (за рахунок податків від

підприємств і населення). Згідно з планом, представленим британському парламенту в 1945 р. У. Беверіджем, будь-яка людина має право на мінімальну захищеність щодо захворювань, старості чи іншої причини скорочення доходів. Крім іншого, передбачалося створення безкоштовної, доступної для всіх охорони здоров'я. План Беверіджа був реалізований урядами багатьох країн. Зокрема, шведська система державного страхування здоров'я фінансується переважно із суспільних фондів, охоплює майже весь перелік медичних послуг і дозволяє компенсувати левову частку витрат на лікування.

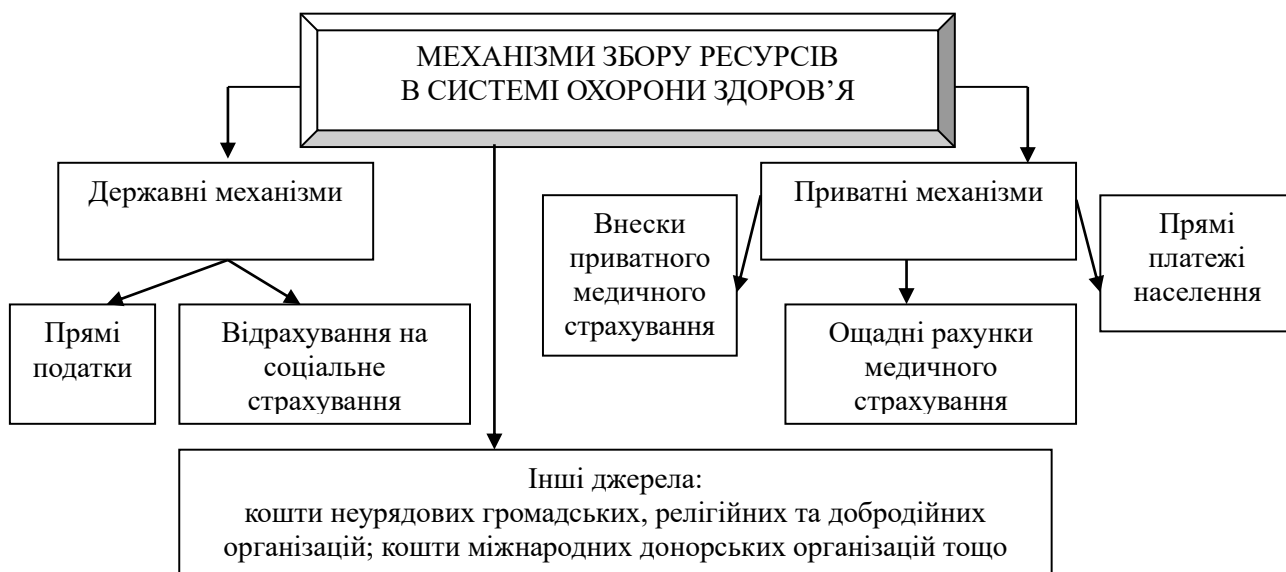


Рисунок 1.3 Структура механізмів збору коштів у сфері охорони здоров'я

Джерело: [44, с. 23]

У державній моделі населення отримує усі (за невеликим винятком) медичні послуги безкоштовно, заклади охорони здоров'я перебувають у власності чи під контролем держави. Наприклад, у Великій Британії система медичного страхування відсутня, держава розподіляє функції і, як замовник, в особі державного департаменту охорони здоров'я контролює якість медичних послуг [45, с. 421]. До позитивних ознак можна зарахувати централізоване фінансування, яке забезпечує близько 90 % усіх видатків на охорону здоров'я і стримує зростання вартості лікування. Модель має і недоліки: схильність до монополізму, відсутність можливості вибору пацієнтом лікувального закладу; неминуче падіння якості медичних послуг і відсутність контролю за діяльністю медичних установ з боку споживачів [25; 28].



Рисунок 1.4 Основні моделі фінансування охорони здоров'я

Джерело: [44, с. 24]

Модель, яку часто називають за ім'ям її родоначальника, канцлера Бісмарка, встановлює жорсткий зв'язок між рівнем соціального захисту і успішністю (тривалістю) професійної діяльності. Система громадського фонду охорони здоров'я ґрунтується на соціальному страхуванні. Так, галузь охорони здоров'я фінансується за рахунок цільових внесків підприємців, найманих працівників і субсидій держави. Медичні послуги оплачуються за рахунок внесків до фонду охорони здоров'я. Внески залежать від платоспроможності, а доступ до послуг – від потреби. Під час соціального страхування гарантується право на обумовлені види послуг і встановлюються частки внесків на рівні, який гарантує використання такого права. Загалом багатоканальна система фінансування забезпечує необхідну гнучкість і стійкість фінансової бази соціально-страхової медицини [25; 28].

Медичне страхування поділяється на обов'язкове і добровільне. У першому випадку діє принцип загальності, а в другому – страхової еквівалентності (особа отримує ті види медичних послуг, за які була сплачена страхова премія). У ряді країн систему медичного страхування доповнюють

лікарняні каси – незалежні самокеровані організації, в яких, на відміну від обов'язкового медичного страхування, присутній елемент добровільності. Наприклад, у Німеччині існує близько 153 лікарняних кас – місцеві, регіональні, федеральні. Застраховані особи й роботодавці обирають своїх представників в органи управління кас, які на засадах самоврядування беруть участь у прийнятті найважливіших рішень. У Бельгії діє Національний інститут страхування здоров'я та непрацездатності, який розподіляє бюджети лікарняним касам. Усі громадяни, які мають право на медичне страхування, повинні вступити у лікарняну касу або зареєструватись у регіональній службі державного Фонду додаткового страхування по хворобі і непрацездатності [23, с. 78–80].

У приватній моделі ключовою є роль приватних страхових компаній. Зазвичай, основні засоби медичних закладів перебувають у приватній власності, а забезпечення потреб малозабезпечених верств населення бере на себе держава. Особливістю функціонування приватних установ галузі охорони здоров'я є те, що вони фінансуються не державою, а фізичними і юридичними особами, що розширює їх економічну свободу і гнучкість в прийнятті рішень. У приватній системі охорони здоров'я ключове значення має якість медичних послуг – за високої якості і меншої вартості пацієнти можуть віддати перевагу державним установам, однак цього недостатньо, оскільки населення високо оцінює не тільки якість послуги, але й культуру обслуговування [45, с. 418]. Недоліком моделі є нерегульований ринок медичних послуг, оскільки держава не може впливати на сферу охорони здоров'я. Така система, з високим ступенем децентралізації, поширена у США, де діє близько 1500 приватних страхових компаній і цією формою страхування охоплено понад 80 % населення [28].

Таким чином, для ефективного функціонування галузі охорони здоров'я доцільним є обґрунтований розподіл меж дії стихійних ринкових механізмів та планомірного державного втручання (рисунок 1.5). Як зазначає Ю.В. Шевчук, “провали ринку” обумовлюють необхідність присутності держави в сфері охорони здоров'я, а “провали держави” – доцільність функціонування приватних медичних закладів [45, с. 418].

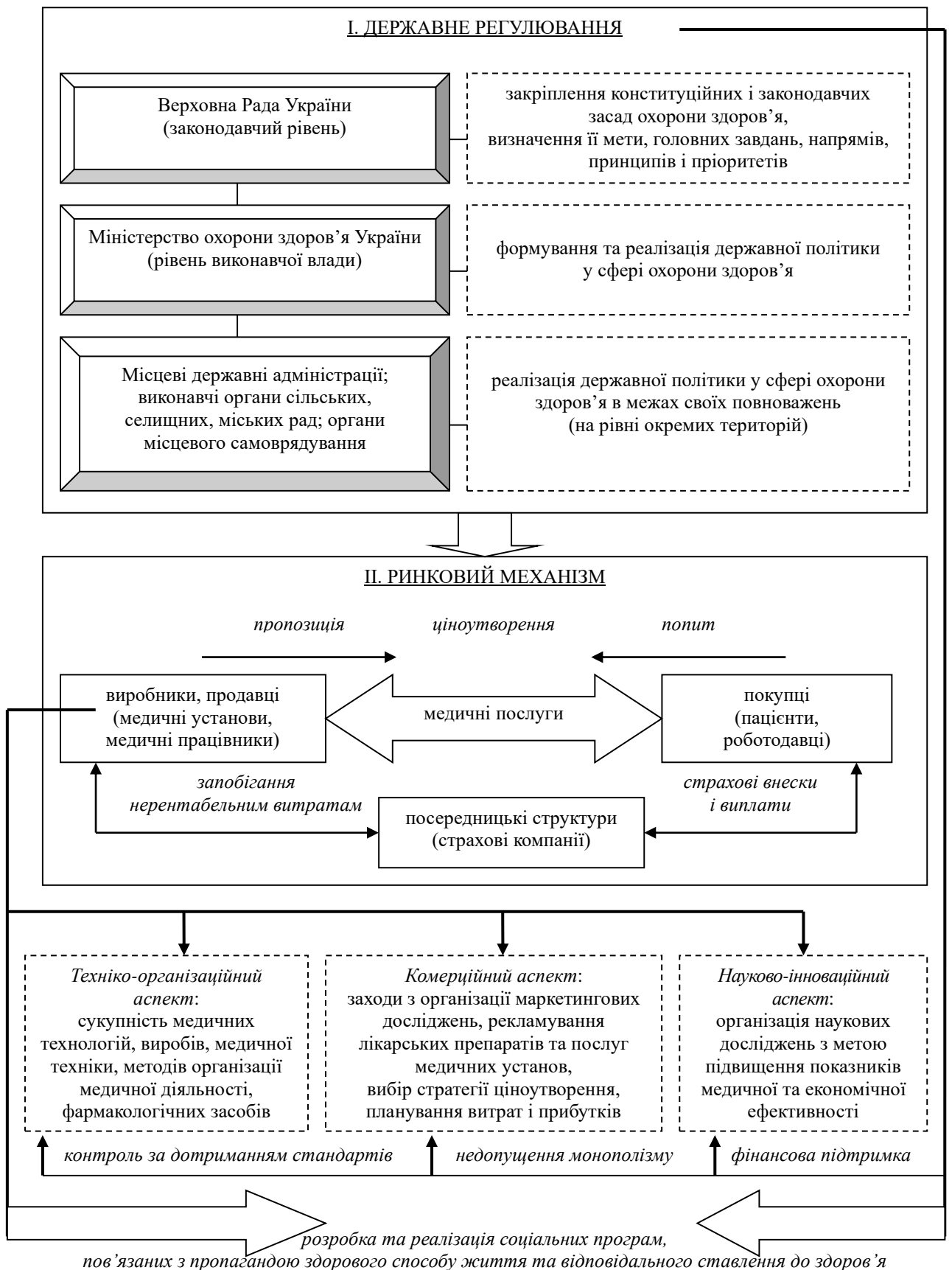


Рисунок 1.5 Логіка поєднання ринкових механізмів та державного регулювання

у сфері охорони здоров'я

Джерело: [42, с. 44]

## РОЗДІЛ 2

### СТАН ТА ОСНОВНІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

#### 2.1. Аналіз системи управління охороною здоров'я в Україні

Управління охороною здоров'я населення в Україні є комплексним завданням всього українського суспільства, в реалізації якого беруть участь безліч секторів народного господарства і структур управління (від державних до місцевих органів самоврядування). Форми і методи управління складною системою охорони здоров'я населення визначають такі групи чинників:

- 1) соціальні чинники (соціальна спрямованість рішень дій і державних, і регіональних, і місцевих органів влади);
- 2) рівень соціально-економічного розвитку країни в цілому і окремих регіонів;
- 3) реалізація принципів соціальної справедливості і доступності для всіх членів суспільства досягнень науки в галузі охорони здоров'я населення;
- 4) рівень наукового забезпечення проблем охорони здоров'я населення;
- 5) адаптація міжнародного досвіду в галузі медико-соціального забезпечення населення України в цілому і в різних регіонах.

Комплексна система охорони здоров'я населення складається зі структурних (відповідні відомства медико-соціального забезпечення) і функціональних (органи і установи медико-соціального обслуговування) елементів. Усі елементи системи охорони здоров'я населення взаємозв'язані між собою. Реалізація складних завдань охорони здоров'я населення вимагає системного підходу, в якому чітко розмежовані функції і компетенції всіх учасників медико-соціального захисту населення. Уся система охорони здоров'я населення повинна розбудовуватися у строгій відповідності з міжнародними положеннями про права людини і з урахуванням рекомендацій міжнародних організацій, таких як ВООЗ, ЮНЕСКО, ЮНІСЕФ, МОП та ін.

До теперішнього часу основними положенням з реалізації Прав громадянина на охорону здоров'я є Резолюція Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я від 23.06.1970 року “Принципи розвитку національної системи охорони здоров'я”, найважливішими з яких є: проголошення відповідальності держави і суспільства за охорону здоров'я населення, реалізовану на основі проведення комплексу економічних і соціальних заходів; організація раціональної підготовки національних кадрів охорони здоров'я; розвиток охорони здоров'я на основі масштабного проведення заходів, орієнтованих на суспільну і індивідуальну профілактику; забезпечення всьому населенню країни щонайвищого можливого рівня кваліфікованої загальнодоступної профілактичної і лікувальної допомоги, що надається без фінансових або інших обмежень, шляхом створення відповідної мережі медичних установ; широке використання в кожній країні досягнень світової науки і практики; санітарна освіта громадян і залучення їх до участі у проведенні всіх програм охорони здоров'я.

Законодавство України про охорону здоров'я базується на Конституції України і складається з “Основ законодавства України про охорону здоров'я” [31] (визначено основні принципи і систему стандартів охорони здоров'я), Закону України “Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії” [33] (визначено державні соціальні нормативи у сфері охорони здоров'я), Закону України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” [34] (визначено порядок укладання договорів про медичне обслуговування за програмою медичних гарантій) та ін.

Державне регулювання сфери охорони здоров'я передбачає встановлення правил та порядок здійснення медичної діяльності, відповідальності за дотримання цих правил, включає вплив держави на діяльність органів і закладів охорони здоров'я. Держава повинна контролювати, щоб економічні перетворення в галузі охорони здоров'я мали соціальну спрямованість.

Механізм державного регулювання сфери охорони здоров'я повинен містити вбудовані соціальні методи та інструменти, а саме: державні соціальні програми та гарантії, соціальне страхування, надання інформації у вигляді

проведення семінарів та консультацій, залучення громадян до участі в управлінні галуззю, взаємні зобов'язання між виробниками та споживачами медичних послуг, соціальна адаптація та реабілітація, соціальний розвиток [22, с. 61].

Основу державної політики охорони здоров'я формує Верховна Рада України шляхом закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, головних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створення системи відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторів, затвердження загальнодержавних програм охорони здоров'я.

У сучасних умовах основними цілями механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я є: забезпечення громадян якісними медичними послугами; забезпечення гарантованої державою безкоштовної допомоги; забезпечення системи охорони здоров'я фінансовими ресурсами; забезпечення системи охорони здоров'я новітніми технологіями; удосконалення системи організації та керування охороною здоров'я; підвищення кваліфікації кадрів у системі охорони здоров'я; посилення профілактичної діяльності; удосконалення правового забезпечення системи охорони здоров'я; створення конкуренції на медичному ринку; пристосування існуючої сфери охорони здоров'я до умов, що змінюються [19, с. 47].

Державна політика охорони здоров'я забезпечується бюджетними асигнуваннями в розмірі, що відповідає її науково обґрунтованим потребам, але не менше десяти відсотків національного доходу.

Реалізація державної політики охорони здоров'я покладається на органи виконавчої влади. Кабінет Міністрів України організує розробку та здійснення державних цільових програм, створює економічні, правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність в сфері охорони здоров'я, забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я, укладає міжурядові угоди і координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, а також в межах своєї компетенції здійснює інші повноваження, покладені на органи виконавчої влади в сфері охорони здоров'я.

Міністерства, інші центральні органи виконавчої влади в межах своєї компетенції розробляють програми і прогнози в сфері охорони здоров'я, визначають єдині науково обґрунтовані державні стандарти, критерії та вимоги, що мають сприяти охороні здоров'я населення, здійснюють державний контроль і нагляд та іншу виконавчо-розпорядчу діяльність в сфері охорони здоров'я. Головним органом, що забезпечує виконання цілей та завдань у сфері охорони здоров'я, є Міністерство охорони здоров'я України.

Місцеві державні адміністрації, а також органи місцевого самоврядування реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я в межах своїх повноважень, передбачених законодавством. Виконавчі органи сільських, селищних, міських рад здійснюють управління комунальними закладами охорони здоров'я, організацію їх матеріально-технічного, кадрового та фінансового забезпечення відповідно до закону.

Говорячи про управління процесами на ринку послуг охорони здоров'я, слід ще раз відзначити, що охорона здоров'я – це галузь професійної діяльності і водночас галузь суспільного господарства, схильна до регулювання. Це відбувається через активну діяльність різних суспільних організацій і діяльність держави. Для здійснення цієї функції держава має в своєму розпорядженні різноманітний набір економічних, адміністративно-правових та інших форм і методів впливу на господарські процеси в охороні здоров'я.

До економічних методів належать: забезпечення фінансування галузі за рахунок бюджетних коштів; організація централізованих торгів на поставку медичного устаткування та матеріалів; фінансування цільових програм охорони здоров'я; податкова політика та податкові пільги; придбання нового обладнання; інноваційна політика; амортизаційна політика; регулювання фінансових потоків діяльності організацій державного сектора.

Для зменшення навантаження на бюджет важливим є використання соціально-мотиваційних методів, які сприятимуть зацікавленості громадян у підтримці, зміцненні, збереженні свого здоров'я та збільшенні відповідальності за своє здоров'я. Тому важливо виділити такі інструменти соціально-

мотиваційних методів державного регулювання медичної галузі: соціальна адаптація та реабілітація; роз'яснення політики охорони здоров'я; державні соціальні програми та гарантії, соціальне страхування; розміщення в Інтернеті інформації про діяльність закладів медицини, про стан здоров'я населення, розвиток галузі; інформування про результати оцінювання ефективності державного регулювання медичної галузі; надання інформації у вигляді проведення семінарів та консультацій; залучення громадян до участі в управлінні галуззю, взаємні зобов'язання між виробниками та споживачами медичних послуг; розвиток телемедицини; моральне переконання.

До організаційних методів належить створення державних відомчих служб охорони здоров'я. Йдеться про військову, транспортну, судову, медичну служби, інші спеціальні види медичного забезпечення, що знаходяться винятково під державним контролем і лише в цих рамках здатні виконувати покладені на них специфічні завдання.

Стосовно охорони здоров'я основними інструментами адміністративних методів є: розробка та контроль виконання державних програм з надання громадянам України безкоштовної медичної допомоги; контроль діяльності муніципальної та приватної систем охорони здоров'я; акредитація лікарняних установ; видача ліцензій на надання медичних послуг; регулювання цін на медичні послуги; застосування санкцій; підготовка та планування необхідної кількості кадрів; атестація медичних працівників; встановлення стандартів; проведення системи статистичної звітності; сертифікація послуг; видача дозволів на застосування нових технологій; організація та забезпечення державного санітарно-епідеміологічного нагляду за медичними установами; встановлення квот [19, с. 47]. Використання адміністративних методів у ринковій системі економіки сприяє збереженню соціальної справедливості та доступності благ, а також регулює асиметрію інформації на ринку медичних послуг.

Систему стандартів у сфері охорони здоров'я складають державні соціальні нормативи та галузеві стандарти.

Галузеві стандарти у сфері охорони здоров'я розробляються і

затверджуються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я. Додержання стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), клінічних протоколів, табелів матеріально-технічного оснащення є обов'язковим для всіх закладів охорони здоров'я, а також для фізичних осіб - підприємців, що провадять господарську діяльність з медичної практики.

Держава організує матеріально-технічне забезпечення охорони здоров'я в обсязі, необхідному для надання населенню гарантованого рівня медичної допомоги. Усі заклади охорони здоров'я мають право самостійно вирішувати питання свого матеріально-технічного забезпечення. Держава сприяє виробництву медичної апаратури, інструментарію, обладнання, лабораторних реактивів, ліків, протезних і гігієнічних засобів та інших виробів, необхідних для охорони здоров'я, а також розвитку торгівлі цими виробами. З цією метою забезпечується реалізація державних цільових програм пріоритетного розвитку медичної, біологічної та фармацевтичної промисловості, заохочуються підприємництво і міжнародне співробітництво в сфері матеріально-технічного забезпечення охорони здоров'я, створюється система відповідних податкових, цінових, митних та інших пільг і регуляторів.

Держава сприяє розвитку наукових досліджень у сфері охорони здоров'я і впровадженню їх результатів у діяльність закладів і працівників охорони здоров'я. Дослідження, що проводяться академічними і відомчими науковими установами, навчальними закладами та іншими науковими установами і підрозділами або окремими науковцями, фінансуються на конкурсній основі з Державного бюджету, а також за рахунок будь-яких інших джерел фінансування, що не суперечать законодавству. Усі державні цільові програми у сфері охорони здоров'я та найважливіші заходи щодо їх здійснення підлягають науковій експертизі, яка проводиться відповідно до закону у провідних національних і міжнародних установах, визначених Кабінетом Міністрів України.

Отже, держава через спеціально уповноважені органи виконавчої влади здійснює контроль і нагляд за додержанням законодавства про охорону

здоров'я, державних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на забезпечення здорового навколишнього природного середовища і санітарно-епідемічного благополуччя населення, нормативів професійної діяльності в сфері охорони здоров'я, вимог Державної Фармакопеї, стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій.

## 2.2. Дослідження вітчизняної системи фінансування охорони здоров'я

Жодна сфера у ринковій економіці, зокрема охорона здоров'я, не може успішно розвиватися без налагодженої системи фінансового забезпечення. Нові його механізми сприяють якісним змінам у наданні медичних послуг, будучи одним з вирішальних факторів при прийнятті рішень про розширення їх спектру.

Країни ЄС під час здійснення фінансування охорони здоров'я спираються на цілі, сформульовані ВООЗ: 1) фінансовий захист (загальний захист від фінансових ризиків, пов'язаних з поганим станом здоров'я); 2) принцип соціальної справедливості у фінансуванні (потребує від забезпечених людей більше платити за медичне обслуговування порівняно з малозабезпеченими); 3) рівність доступу до медичного обслуговування (ґрунтується на потребі, а не на здатності платити); 4) підвищення прозорості та підзвітності системи охорони здоров'я (боротьба з корупцією, контроль за діяльністю медичних закладів, оцінка якості їх діяльності); 5) нагорода за високу якість медичної допомоги та розробка стимулів рентабельної організації медичного обслуговування; 6) підтримка управлінської ефективності (скорочення дублювання функцій у сфері фінансування охорони здоров'я і уникнення витрат, які не спрямовані на досягнення вище перерахованих цілей).

Процес фінансування охорони здоров'я у розвинених країнах, як правило, починається зі збору ресурсів, який складається з джерел фінансування, механізмів збору ресурсів та організацій, які є відповідальними за їх збір.

Джерела фінансового забезпечення охорони здоров'я та напрями їх використання наведені на рисунку 2.1.

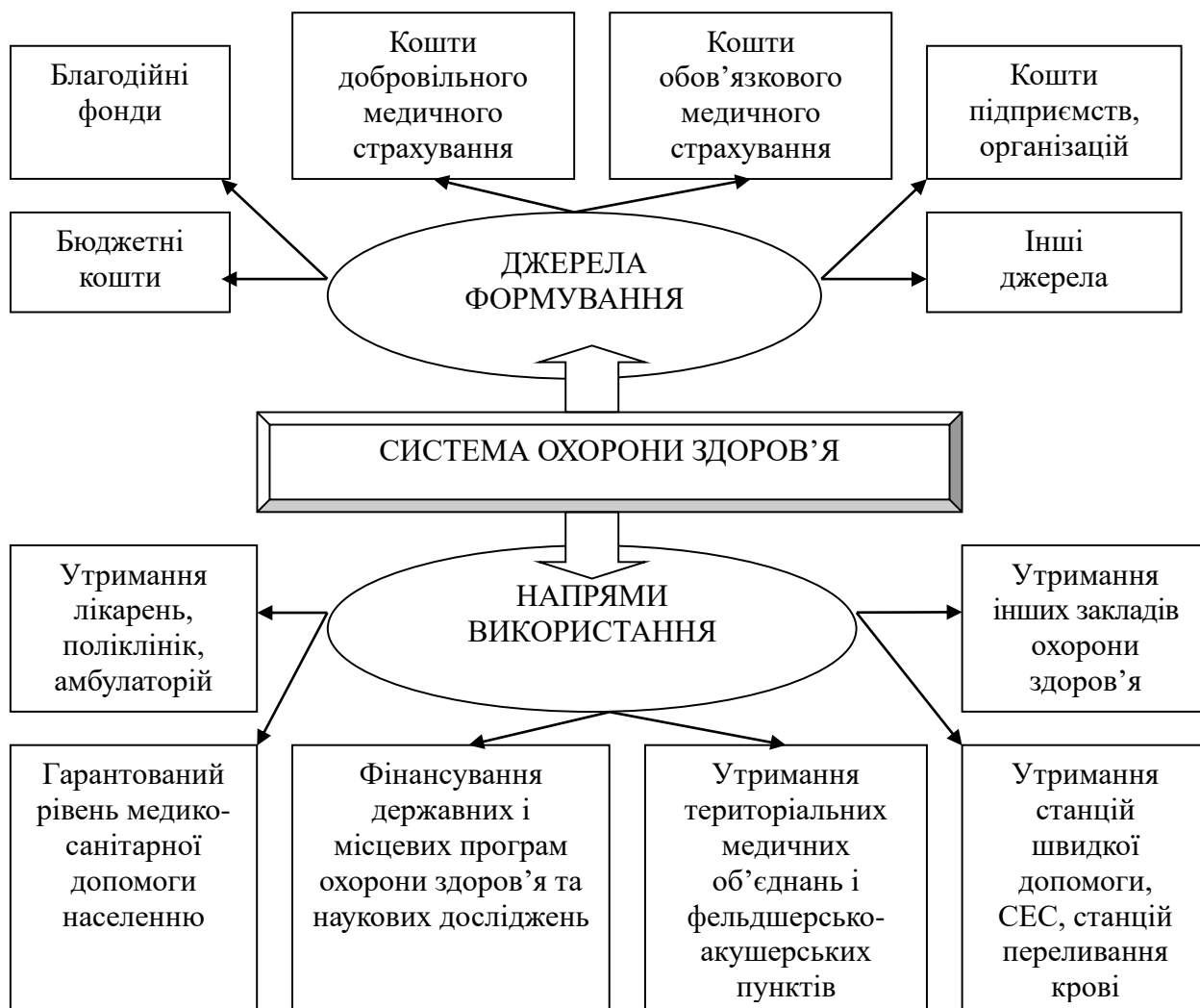


Рисунок 2.1 Джерела фінансового забезпечення охорони здоров'я та напрями їх використання

Джерело: [12, с. 192]

Фінансування охорони здоров'я в Україні здійснюється з різних джерел, проте основними залишаються загальнонаціональні податки і збори. Згідно зі ст. 49 Конституції, основна система фінансування охорони здоров'я в Україні – державна. Рівень фінансового забезпечення охорони здоров'я розраховується на підставі науково обґрунтованих нормативів.

Відтак, джерелами фінансування систем охорони здоров'я в Україні є кошти Державного, місцевих бюджетів, соціального страхування, приватні кошти домогосподарств, роботодавців, некомерційних організацій, що обслуговують домогосподарства, кошти міжнародних донорських організацій, які спрямовані в систему охорони здоров'я України [24, с. 20].

Кошти Державного бюджету України та місцевих бюджетів, призначені на охорону здоров'я, використовуються, зокрема, для забезпечення медичної допомоги населенню, фінансування державних цільових і місцевих програм охорони здоров'я та фундаментальних наукових досліджень у цій сфері.

За рахунок Державного бюджету України окремо здійснюється фінансове забезпечення програм громадського здоров'я, заходів боротьби з епідеміями, проведення медико-соціальної експертизи, діяльності, пов'язаної з проведенням судово-медичної та судово-психіатричної експертиз, та інших програм у галузі охорони здоров'я, що забезпечують виконання загальнодержавних функцій, за переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України.

Органи місцевого самоврядування в межах своєї компетенції можуть фінансувати місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, зокрема щодо оновлення матеріально-технічної бази, капітального ремонту, реконструкції, підвищення оплати праці медичних працівників, а також місцеві програми надання населенню медичних послуг, місцеві програми громадського здоров'я та інші програми в охороні здоров'я [34].

Фінансове забезпечення державних і комунальних закладів охорони здоров'я (бюджетних установ) здійснюється відповідно до бюджетного законодавства.

На сьогодні більшість видатків на охорону здоров'я спрямовуються з Державного бюджету України, а також з місцевих бюджетів (таблиця 2.1).

Місце видатків на охорону здоров'я серед сумарних видатків Державного бюджету України за 2013–2018 рр. подано у таблиці 2.2. У 2014–2018 рр. у структурі видатків зведеного бюджету України на охорону здоров'я значно переважали видатки на лікарні та санаторно-курортні заклади (таблиця 2.3).

Розглянемо більш детально показники фінансування охорони здоров'я на прикладі Хмельницької області.

Консолідований бюджет галузі охорони здоров'я Хмельницької області та відповідні видатки за рівнями надання медичної допомоги протягом 2017–2019 рр. наведені у таблиці 2.4. В цілому темпи приросту фінансування галузі упродовж досліджуваного періоду позитивні.

Таблиця 2.1 Видатки на охорону здоров'я в Україні

Показники	Роки				
	2014	2015	2016	2017	2018
Видатки зведеного бюджету на охорону здоров'я, млн грн	48961,6	58453,9	61568,8	57150,1	70991,4
Видатки на охорону здоров'я у загальному фонді зведеного бюджету, млн грн, у т. ч.:	43075,1	51972,4	56407,4	51208,9	57957,6
– видатки на охорону здоров'я у загальному фонді державного бюджету МОЗ України	4862,0	9646,2	11141,2	8482,6	8461,4
– видатки на охорону здоров'я у загальному фонді місцевих бюджетів	34527,1	42326,2	45266,2	42726,3	48938,2
Індекси споживчих цін (до попереднього року)	108,0	100,6	99,7	112,1	148,7
Індекси споживчих цін на товари і послуги охорони здоров'я (до попереднього року)	106,7	103,7	102,3	116,5	137,6

Джерело: <http://www.ukrstat.gov.ua/>

Таблиця 2.2 Видатки на охорону здоров'я в частині видатків Державного бюджету України

Роки	Сумарні видатки Державного бюджету України, тис грн	Видатки на охорону здоров'я, тис грн	Питома вага, %	Відхилення порівняно з попереднім роком, +/-	
				абсолютне	відносне
2014	287607749,20	12879344,79	4,48	х	х
2015	299616848,15	10580807,16	3,53	-2298537,63	-0,95
2016	576911410,25	10934865,97	1,90	+354058,81	-1,63
2017	674518822,71	12138631,82	1,80	+1203765,85	-0,1
2018	775264946,13	60470665,80	7,80	+48332033,98	+6,0

Джерело: <http://www.ukrstat.gov.ua/>

Реформування системи фінансування галузі передбачає етапність. Оскільки реформування фактично розпочалось з первинної медико-санітарної допомоги, то першим етапом є запровадження нової моделі фінансування на рівні первинної медичної допомоги через національного замовника (Національна служба здоров'я України). У зв'язку з цим тенденція до збільшення в структурі видатків протягом 2017–2019 рр. спостерігається саме на первинному рівні надання медичної допомоги.

Таблиця 2.3 Структура видатків зведеного бюджету України на охорону здоров'я в розрізі функціональної класифікації

Заклади і заходи у сфері охорони здоров'я	2014 р.		2015 р.		2016 р.		2017 р.		2018 р.	
	Сума, млрд грн	Частота, %	Сума, млрд грн	Частота, %	Сума, млрд грн	Частота, %	Сума, млрд грн	Частота, %	Сума, млрд грн	Частота, %
Поліклініки і амбулаторії, швидка та невідкладна допомога	12,7	20,7	12,3	21,5	14,2	20,0	16,4	21,7	22,8	22,2
Лікарні та санаторно-курортні заклади	40,3	65,4	36,9	64,5	46,0	64,8	46,4	61,5	62,5	61,1
Санітарно-профілактичні та протиепідемічні заходи і заклади	1,1	1,8	1,1	1,8	1,1	1,6	1,2	1,6	1,5	1,4
Фундаментальні та прикладні дослідження і розробки у сфері охорони здоров'я	0,3	0,5	0,4	0,6	0,4	0,6	0,4	0,5	0,4	0,4
Інша діяльність у сфері охорони здоров'я	7,2	11,6	6,6	11,5	9,2	13,0	11,1	14,7	15,2	14,9
Всього видатків зведеного бюджету на охорону здоров'я	61,6	100	57,2	100	71,0	100	75,5	100	102,4	100

Джерело: <http://www.ukrstat.gov.ua/>

Таблиця 2.4 Розподіл коштів за рівнями надання медичної допомоги у Хмельницькій області у 2017–2019 рр.

Вид допомоги (млн грн)	Рік			Темпи приросту, %	
	2017	2018	2019	2018/2017 рр.	2019/2018 рр.
Первинна	253,9	348,3	484,8	+37,2	+39,2
Вторинна	691,0	766,2	966,9	+10,9	+26,2
Третинна	689,4	696,9	737,6	+1,1	+5,8
Всього	1634,3	1741,4	2189,3	+6,6	+25,7

Примітка: складено автором на основі звітності Департаменту охорони

здоров'я Хмельницької ОДА

Слід зазначити, що у 2019 р. відмічається суттєвий приріст у коштах на одного мешканця Хмельницької області за первинним рівнем надання медичної допомоги. Середній розрахунок на одного мешканця Хмельницької області за рівнями надання медичної допомоги у 2017–2019 рр. наведений у таблиці 2.5.

Таблиця 2.5 Середній розрахунок на одного мешканця Хмельницької області за рівнями надання медичної допомоги у 2017–2019 рр.

Вид допомоги (грн)	Рік			Темпи приросту, %	
	2017	2018	2019	2018/2017 рр.	2019/2018 рр.
Первинна	209,5	231,8	347,2	+10,6	+49,8
Вторинна	648,7	692,2	801,0	+6,7	+15,7

Примітка: складено автором на основі звітності Департаменту охорони здоров'я Хмельницької ОДА

При цьому структура видатків закладів охорони здоров'я Хмельницької області, лівову частку яких складають витрати на зарплату з нарахуваннями, впродовж 2017–2019 рр. залишається практично стабільною (таблиця 2.6).

Таблиця 2.6 Структура видатків закладів охорони здоров'я Хмельницької області у 2017–2019 рр.

Видатки (%)	Рік			Темпи приросту, %	
	2017	2018	2019	2018/2017 рр.	2019/2018 рр.
Заробітна плата з нарахуваннями	74,5	75	75	+0,5	0
Медикаменти	10	8,6	9	-1,4	+0,4
Енергоносії та комунальні послуги	6,6	6,3	6	-0,3	-0,3
Капітальні видатки	8,9	10,1	10	+1,2	-0,1

Примітка: складено автором на основі звітності Департаменту охорони здоров'я Хмельницької ОДА

Відповідно до видатків Міністерства охорони здоров'я України,

передбачених Державним бюджетом України, протягом 2017–2019 рр. цільові субвенції за рахунок державного бюджету були скеровані на здійснення заходів, спрямованих на розвиток системи охорони здоров'я області, які є пріоритетними для поліпшення якості надання медичних послуг (таблиця 2.7).

Таблиця 2.7 Видатки за рахунок державного бюджету у вигляді цільових субвенцій у 2017–2019 рр.

Видатки (тис грн)	Рік			Темпи приросту, %	
	2017	2018	2019	2018/2017 рр.	2019/2018 рр.
Придбання ангиографічного обладнання	4981,6	11538,0	11538,5	+131,6	+0,04
Придбання лікарських засобів та виробів медичного призначення для забезпечення швидкої допомоги	4582,8	4570,5	4551,1	-0,3	-0,4
Придбання витратних матеріалів та лікарських засобів для інгаляційної анестезії для закладів охорони здоров'я	630,1	628,4	625,7	-0,3	-0,4
Відшкодування вартості лікарських засобів для лікування окремих захворювань	16605,4	33121,6	33258,7	+99,5	+0,4

Примітка: складено автором на основі звітності Департаменту охорони здоров'я Хмельницької ОДА

В Україні, а також у Хмельницькій області зокрема, перше місце у структурі смертності посідають летальні випадки, спричинені серцево-судинними захворюваннями, тому найбільші видатки були спрямовані на придбання ангиографічного обладнання для закладів охорони здоров'я області.

Окрім того, упродовж 2017–2019 рр. в обласному бюджеті були передбачені цільові видатки на придбання лікарських засобів, виробів медичного призначення та виплати щомісячної державної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям. Структура зазначених видатків наведена у таблиці 2.8.

Значно менше коштів у 2018 р. порівняно з 2017 р. було виділено для виплати щомісячної державної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям. Це пов'язано з тим, що діти, народжені ВІЛ-позитивними жінками, отримують таку допомогу з

народження до 18 місяців.

Таблиця 2.8 Цільові видатки з обласного бюджету у 2017–2019 рр.

Видатки (тис грн)	Рік			Темпи приросту, %	
	2017	2018	2019	2018/2017 рр.	2019/2018 рр.
Лікування хворих на хронічну ниркову недостатність методом гемодіалізу	44220,8	44452,2	46073,6	+0,5	+3,6
Лікування хворих області на цукровий та нецукровий діабет	22723,5	26476,0	34582,5	+16,5	+30,6
Виплата щомісячної державної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям	234,6	167,3	228,5	-40,2	+36,6
Придбання лікарських засобів, виробів медичного призначення, лабораторних реактивів для стаціонарних спеціалізованих закладів охорони здоров'я, що надають медичну допомогу громадянам, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи	166,1	188,4	183,3	+13,4	-2,7

Примітка: складено автором на основі звітності Департаменту охорони здоров'я Хмельницької ОДА

Значне збільшення коштів, виділених на лікарські засоби для лікування хворих області на цукровий та нецукровий діабет, у 2019 р. порівняно з 2018 р. пов'язане зі збільшенням кількості хворих.

Таким чином, джерелами фінансування системи охорони здоров'я є кошти Державного і місцевих бюджетів, соціального страхування, приватні кошти домогосподарств, роботодавців, некомерційних організацій, що обслуговують домогосподарства, кошти міжнародних донорських організацій [24, с. 20]. За даними Світової статистики охорони здоров'я (World Health Statistics), в Україні обсяг витрат на охорону здоров'я становить 7 % від ВВП (витрати на одну особу в рік становлять 141 дол США). Цей показник значно нижчий від економічно розвинених країн. Наприклад, у США обсяг витрат на охорону здоров'я становить 17 % від ВВП (9870 дол. США на одну особу в рік) [3, с. 157].

Охорона здоров'я в Україні майже повністю залежить від державного

бюджетного фінансування. Водночас, слабкість державної організаційно-фінансової підтримки проявляється у значному податковому навантаженні і “зарегульованій” діяльності страховиків, застарілій системі фінансування лікувальних установ, відсталості їх технологічної та матеріальної бази, відсутності преференцій для впровадження медичного страхування на підприємствах [37, с. 1136–1137].

### 2.3. Напрями реформування системи охорони здоров'я

Реформа охорони здоров'я є діяльністю, пов'язаною зі змінами політики та інститутів охорони здоров'я, через які вона провадиться. Її ключовими елементами є структурні перетворення (замість поетапних та еволюційних змін), зміна цілей політики в галузі охорони здоров'я з наступними інституціональними змінами – цілеспрямованими, послідовними та довгостроковими.

Стратегія реформування системи охорони здоров'я ґрунтується не лише на необхідності досягнення кінцевої мети, але й на розумінні того, як можна подолати перешкоди на шляху до неї. Відповідно, все зводиться до вирішення проблем дефіциту ресурсів, збереження доступності медичних служб для всіх прошарків населення, досягнення ефективного перерозподілу фінансових ресурсів між споживачами послуг і закладами охорони здоров'я.

Основними завданнями реформування є поліпшення здоров'я населення, досягнення відповідності запитам і потребам людей, забезпечення справедливості у розподілі фінансових ресурсів. У такому контексті, умовою для успішного функціонування системи охорони здоров'я визначаємо нормативно-правову базу, що включає комплекс ресурсів, таких як: фінансові, людські, матеріально-технічні, управління та керівництво, технології, а основними цінностями – справедливість, солідарність, участь населення, етичний підхід.

Отже, прогрес у досягненні реформування системи охорони здоров'я безпосередньо залежить від ефективного виконання таких функцій: формування ресурсів, спрямовуючого керівництва, надання послуг, фінансування [39, с. 168].

У 2016 році Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) України презентувало

проект концепції реформування системи охорони здоров'я, яка передбачає створення Національного агентства з фінансування охорони здоров'я, що виступатиме єдиним національним замовником медичних послуг, і впровадження державного гарантованого пакета медичних послуг.

Національне агентство – незалежна організація, що діє в інтересах пацієнтів і закуповує медичні послуги на засадах єдиних базових тарифів у рамках чинної моделі збору коштів із загальних податків. Національне агентство підпорядковується МОЗ і має регіональні підрозділи. Проект концепції передбачає, що Національне агентство з фінансування охорони здоров'я буде контракувати постачальників послуг усіх рівнів і форм власності для здійснення закупівлі медичних послуг у рамках гарантованого державного пакету.

Згідно з проектом, власниками більшості медичних установ є місцеві ради, а держава бере на себе повну відповідальність за виділення коштів, що будуть достатніми для здійснення закупівель гарантованого державного пакету медичних послуг для кожного громадянина нашої держави. Розподіл цих коштів відбуватиметься через Національне агентство з фінансування охорони здоров'я за новими, більш прозорими, справедливими і конкурентними принципами.

У Концепції також передбачено, що громади повинні мати механізм незалежного нагляду за якістю медичних послуг. На рівні громад для цього створюватимуться медичні наглядові ради, діяльність яких регулюватиметься окремим підзаконним актом.

Реформування процесу фінансування системи охорони здоров'я проходить у три етапи. На початковому етапі (2016–2017 рр.) приймалися законодавчі акти з питань впровадження гарантованого державного пакету медичних послуг, визначення послуг поза гарантованим державним пакетом, створення законодавчих засад для впровадження механізмів співоплати; створення механізму забезпечення медичними послугами, які не входять у гарантований державний пакет медичних послуг, пільгових категорій громадян, а також прийняття законодавства для проведення автономізації закладів охорони здоров'я.

На другому етапі (2018–2019 рр.) передбачено запуск механізмів

співоплати медичних послуг у закладах охорони здоров'я, які надають гарантований державний пакет медичних послуг, розпочати роботу центрального офісу та регіональних підрозділів Національного агентства, укладання договорів про надання медичних послуг, які входять у гарантований державний пакет, а також пілотне впровадження системи єдиного електронного реєстру пацієнтів і системи призначень лікарських засобів.

На етапі інтеграції (2019–2020 рр.) заплановане введення механізму стратегічних закупівель – замовлення послуг на основі запланованих обсягів і встановлених тарифів за контрактами, завершення формування єдиного медичного простору для надання гарантованого державного пакету медичних послуг [24, с. 23].

У 2016 р. Уряд України визначив пріоритетом трансформацію системи охорони здоров'я для поліпшення індикаторів здоров'я населення України та забезпечення фінансового захисту громадян від катастрофічних грошових витрат з власних кишень. Загальна стратегія передбачає першочергово зосередити увагу на змінах у фінансуванні охорони здоров'я, а також використовувати сучасні електронні рішення як акселератор розвитку.

Після розробки та затвердження стратегії Кабінетом Міністрів України, Верховна Рада прийняла Закон України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення”. Була створена Національна служба здоров'я України (НСЗУ), щоб розпочати стратегічні закупівлі медичних послуг відповідно до гарантованого державою пакету.

Міжнародний досвід, рекомендації ВООЗ, а також дослідження специфіки використовуваної моделі системи охорони здоров'я України свідчать, що єдиним дієвим способом забезпечення якісного медичного захисту є перехід до фінансування медицини на основі державного солідарного медичного страхування з єдиним державним страховиком і замовником централізованої закупівлі медичних послуг – Національною службою здоров'я України (НСЗУ).

Цей підхід дозволяє розподілити ризики виникнення хвороби та витрати на лікування між великою кількістю застрахованих осіб, заздалегідь акумулюючи ресурси з загального обсягу бюджетних призначень на державне

солідарне медичне страхування, передбачених у Державному бюджеті України на відповідний рік.

Перехід на нову систему закупівель медичних послуг супроводжується створенням та постійним вдосконаленням сучасної платформи для збору та обміну медичною та фінансовою інформацією в електронному вигляді. Міністерство розробило Концепцію інформатизації охорони здоров'я. Сучасна електронна система охорони здоров'я є невід'ємною частиною трансформації охорони здоров'я України.

Пропонована модернізація існуючої системи фінансування медичної галузі є радикальною, тому передбачені нею зміни мають здійснюватися поступово. Поступовість є особливо важливою для забезпечення належного соціального захисту та перепідготовки працівників системи охорони здоров'я в умовах її докорінної реорганізації, а також для розбудови інформаційних систем, ефективної консолідації ресурсів для інвестицій у розвиток перспективних закладів охорони здоров'я в новоутворених госпітальних округах, закріплення нових функцій громад та місцевого самоврядування в системі медичного страхування, забезпечення ефективної соціальної комунікації.

Трансформація системи охорони здоров'я в Україні розпочалася з первинної ланки у 2018 році. Вперше в історії українці змогли обрати свого сімейного лікаря, терапевта чи педіатра незалежно від місця реєстрації.

Усі послуги для пацієнтів компенсуються на 100 % з державного бюджету. НСЗУ здійснює оплату закладу первинки за кожного підписаного пацієнта. З січня по липень 2019 року НСЗУ виплатила закладам первинної медичної допомоги на суму 9,5 млрд грн.

Заклади первинної допомоги також відчули переваги від автономізації, оскільки мають можливість самостійно розпоряджатись власними коштами, що суттєво підвищує економічну ефективність використання активів. Керівник закладу може встановлювати будь-які форми оплати праці персоналу, вкладати вільні кошти в дооснащення або додатково наймати лікарів-ФОП.

Відповідно до змін поточної системи, яка фінансує медичні заклади

залежно від кількості мешканців, відбувається оптимізація мережі медичних установ. Утворюються госпітальні округи, які охоплюватимуть центральну лікарню, що має надавати обсяг медичної допомоги на рівні БЛЛЛ першого рівня (БЛЛЛ – багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування), де лікуватимуть найскладніші випадки, та інші лікарні на рівні БЛЛЛ другого рівня, що виконуватимуть допоміжні функції.

Створено електронну систему охорони здоров'я eHealth, яка допомагає пацієнтам отримувати, а лікарям надавати якісні медичні послуги. Вона дозволяє контролювати, наскільки ефективно витрачаються виділені на охорону здоров'я державні кошти і запобігати зловживанням.

МОЗ України почало здійснювати централізовані закупівлі ліків за державний кошт через міжнародні організації. Завдяки державним закупівлям через міжнародні організації, в Україні з'явилося 76 нових препаратів, які зареєстровані та доступні для громадян. Також державні закупівлі через міжнародні організації дозволили закуповувати ті самі ліки значно дешевше. Згідно з висновками аудиту Рахункової Палати, у 2017 р. було зафіксовано економію бюджетних коштів до 39 %.

Наприкінці 2018 року було створено ДП “Медичні закупівлі України”. Ця агенція повинна стати основною закупівельною організацією та забезпечувати прозоре, якісне та своєчасне постачання препаратів.

У 2020 році розпочався наступний етап трансформації системи охорони здоров'я в Україні – запровадження гарантованого державного пакету медичних послуг. Для цього в 2019 році було запущено пілотний проєкт з реалізації державних гарантій медичного обслуговування в Полтавській області, який допомагає опрацювати нові механізми оплати медичної допомоги.

До кінця 2020 року також буде автономізовано всі заклади охорони здоров'я, що будуть підключені до нового механізму фінансування за програмою медичних гарантій. Це крок до формування єдиного медичного простору, коли всі лікарні, в т. ч. відомчі, стануть доступними для всіх українців.

Система надання екстреної медичної допомоги трансформується

відповідно до сучасних норм та практик. Для цього Міністерством охорони здоров'я розроблено та затверджено Концепцію розвитку системи екстреної медичної допомоги. Передбачено створення нової ІТ-інфраструктури, оновлення протоколів диспетчерів та командних дій бригад, оновлено вимог до обладнання та закуплено нові автомобілі. Концепція також передбачає, що понад 33 тис. фахівців ЕМД впродовж 2019–2023 рр. пройдуть підготовку для здобуття професійної кваліфікації “парамедик” та “екстрений медичний технік”.

Розглянемо основні результати реформування охорони здоров'я у Хмельницькій області. Можна стверджувати, що медична реформа закладів охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу, в області завершена, всі центри первинної медико-санітарної допомоги трансформовані у комунальні некомерційні підприємства.

Станом на 31.10.2020 р. у Хмельницькій області функціонувало 32 центри первинної медико-санітарної допомоги. Первинну медичну допомогу сільському населенню області надають 20 районних, 5 селищних центрів первинної медико-санітарної допомоги, 1 сільський (Гуменецької ОТГ) та 1 міський (Волочиський, який надає допомогу також і сільському населенню).

До складу районних та селищних центрів первинної медико-санітарної допомоги входить 207 лікарських амбулаторій, з них функціонує безпосередньо в сільській місцевості 154.

У центрах первинної медико-санітарної допомоги області та їх структурних підрозділах створені належні умови для укладання декларацій між лікарем та пацієнтом. Забезпечено вільний вибір медичних інформаційних систем закладами первинної допомоги для підключення до центрального компоненту eHealth. За даними Національної служби здоров'я України, станом на 31.10.2020 року в області укладено 1083007 декларацій, що становить 85,85 % від населення (5 рейтингове місце серед територій держави).

У IV кварталі 2018 року розпочато будівництво 27 амбулаторій загальної практики /сімейної медицини. Робота тривала у 2019 році та впродовж 2020 року. За весь період введено в експлуатацію 19 амбулаторій, в т. ч. за 10 місяців

2020 року 12 амбулаторій.

Станом на 01 січня 2020 року у Хмельницькій області функціонувало 38 закладів охорони здоров'я з надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Це: 20 центральних районних лікарень, 7 Хмельницьких міських закладів, 4 Кам'янець-Подільських міських заклади, СМСЧ (м. Нетішин), 4 районні лікарні, Полонський клініко-діагностичний центр та Шепетівська залізнична лікарня.

Також функціонувало 27 обласних закладів охорони здоров'я, з них закладами з надання третинної (високоспеціалізованої) та частково вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги є 18, за винятком Хмельницьких обласних – центру громадського здоров'я, медико-соціальної експертної комісії, бюро судово-медичної експертизи, бази спеціального медичного постачання, 4 дитячих санаторіїв, патолого-анатомічного центру, які мають специфічні функції.

Протягом 2020 року тривали процедури завершення:

- реорганізації шляхом приєднання Славутської обласної туберкульозної лікарні до Хмельницького обласного протитуберкульозного диспансеру;
- реорганізації шляхом приєднання Яблунівського обласного закладу з надання психіатричної допомоги до Хмельницького обласного закладу з надання психіатричної допомоги;
- ліквідації Хмельницького обласного наркологічного диспансеру;
- реорганізації шляхом перетворення (автономізації) Голозубинецької обласної протитуберкульозної лікарні з подальшим приєднанням до Хмельницького обласного протитуберкульозного диспансеру.

Третинний рівень надання медичної допомоги в області представлятимуть 14 закладів: Хмельницькі обласні – лікарня, дитяча лікарня, протипухлинний центр, серцево-судинний центр, заклад з надання психіатричної допомоги, медичний центр психічного здоров'я, госпіталь ветеранів інвалідів війни, протитуберкульозний диспансер, шкірно-венерологічний диспансер, центр профілактики та боротьби зі СНІДом, стоматологічна поліклініка, центр служби крові, спеціалізований будинок дитини, центр екстреної медичної допомоги та

медицини катастроф.

Загалом в області функціонують 52 лікувально-профілактичних заклади вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, з них 38 – вторинного та 14 – третинного рівня. 34 з 52 є госпітальними (стаціонарними) закладами. З 34 госпітальних закладів 30 є багатoproфільними, за винятком 2 перинатальних центрів, інфекційної лікарні та Грицівської районної лікарні, де функціонує лише терапевтичне відділення.

Постановою Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 року № 1074 «Деякі питання створення госпітальних округів» передбачено створення госпітального округу – функціонального об'єднання закладів охорони здоров'я, розміщених на відповідній території, що забезпечує надання вторинної (спеціалізованої) та госпітального етапу екстреної медичної допомоги населенню такої території.

Створення госпітального округу дасть змогу підвищити доступність, якість та ефективність надання вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги в закладах охорони здоров'я, забезпечити своєчасний доступ населення Хмельницької області до послуг госпітального етапу надання медичної допомоги належної якості.

Таким чином, реформування вітчизняної системи охорони здоров'я полягає насамперед у визначенні та законодавчому закріпленні правових норм, що регулюють стосунки між пацієнтами, медичними працівниками та страховиками, у створенні умов і впровадженні механізмів забезпечення якості та доступності медичного обслуговування згідно з наявними ресурсами та очікуваннями пацієнтів. Результативність діяльності галузі значною мірою визначається належним фінансовим забезпеченням, що вимагає збільшення асигнувань на охорону здоров'я відповідно до мінімально-оптимальних реальних потреб та їх ефективного використання [25, с. 323–324].

Ефективність реформування охорони здоров'я вбачається у: спрямованості реформ на медичну галузь – на тих, хто надає медичну допомогу, а не на споживачів медичних послуг (пацієнтів); удосконаленні форм і методів управління галуззю на державному, регіональному та місцевому рівнях; науково

обґрунтованому, еволюційному та поступальному здійсненні реформ.

### РОЗДІЛ 3

## УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМУ ВЗАЄМОДІЇ ВЛАДИ І БІЗНЕСУ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ОСНОВІ МОДЕЛІ ДЕРЖАВНО- ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА

### 3.1. Міжнародний досвід реалізації проєктів державно-приватного партнерства в охороні здоров'я

Інтерес до державно-приватного партнерства (ДПП), що спостерігається у більшості країн світу, багато в чому обумовлений трансформацією поглядів на ринкові механізми, методи державного управління і необхідністю здійснення довгострокових інвестиційних проєктів у різних суспільно-економічних сферах, які потребують великих витрат бюджетних коштів. Фактично використання ДПП можна розглядати як напівприватизацію державних функцій, що дозволяє значно підвищити якість та збільшити асортимент наданих державою послуг.

На сучасному етапі ДПП з різноманітним успіхом розвивається в багатьох країнах світу. Найбільшого поширення така взаємодія держави і бізнесу досягла у країнах з розвинутою ринковою економікою.

У різних країнах світу інститут ДПП розвивався по-різному і був зумовлений різними причинами. Так, у країнах Європи широкомасштабному поширенню механізмів ДПП сприяли, з одного боку, прискорення економічного зростання, з іншого – утворення Європейського союзу (ЄС) і, як наслідок, посилення інтеграційних процесів серед країн Європи. Про перспективність використання ДПП у сфері охорони здоров'я свідчить те, що у розвинутих країнах близько 2/3 проєктів у цій сфері реалізуються на умовах державно-приватного партнерства.

Характерною особливістю систем охорони здоров'я розвинутих країн є історично сформована гармонійна і взаємопов'язана система двох правових форм медичних закладів – приватна та державна. З тими чи іншими незначними коливаннями співвідношень, залежно від соціально-політичної ситуації у країні,

ці форми взаємно доповнюють одна одну, забезпечуючи таким чином удосконалення системи управління, фінансування усієї системи охорони здоров'я та підвищення її ефективності.

Так, до прикладу, у Німеччині частка приватних лікувально-профілактичних закладів, які надають медичну допомогу, за останні 20 років збільшилась більш ніж у 5 разів – з 4 до 22 %. На сучасному етапі це відбувається на фоні зниження бюджетних асигнувань у цій сфері і дозволяє підтримувати якість медичної допомоги на традиційно високому рівні.

У Німеччині поширена практика передачі державних лікувально-профілактичних закладів приватним інвесторам за символічну суму під багаторічні зобов'язання обслуговування в рамках державної системи медичного страхування. У цих умовах приватні інвестори, які уклали такі угоди, самі здійснюють усі заходи, спрямовані на підвищення ефективності експлуатації клінік. При цьому умови праці персоналу у них, умови перебування і лікування пацієнтів, а також уся нормативна база медичної і фінансової діяльності практично ідентичні з тими, що склались у державних закладах охорони здоров'я. Така організація системи охорони здоров'я дозволяє державі скоротити значну частину витрат на медичну галузь, делегувавши їх приватному сектору.

Найбільш розвинутою країною у сфері реалізації проєктів ДПП в охороні здоров'я по праву вважається Велика Британія. За оцінками експертів, саме у Великій Британії найбільш досконале інституціональне середовище ДПП.

На практиці концепція ДПП у Великій Британії здійснюється у формі “Приватної фінансової ініціативи” (The Private Finance Initiative – PFI), яка виникла в результаті багаторічного пошуку шляхів поліпшення якості надання державних послуг при зниженні бюджетних витрат держави на цю мету. В рамках цієї політики приватний сектор залучається до проектування, будівництва та обслуговування об'єктів інфраструктури, а державний сектор вносить єдину щорічну сплату протягом 20–30 років за забезпечення належної якості послуг, що здійснює приватний бізнес у рамках проєкту.

Характерними особливостями системи охорони здоров'я Великої Британії є висока частка державних медичних закладів (95 % від загальної кількості), сукупні витрати на охорону здоров'я становлять близько 7,5–8 % від ВВП, фінансування переважно державне, але з використанням ринкових механізмів. Так, з початку роботи механізму PFI (90-ті рр. ХХ ст.) по 2016 рік у реалізацію проєктів ДПП у сфері охорони здоров'я було інвестовано 15 млрд. фунтів стерлінгів і побудовано більш ніж 200 об'єктів охорони здоров'я.

Серед найбільш масштабних проєктів ДПП у сфері охорони здоров'я Великої Британії можна виділити: онкологічний центр “Крісті Клінік” у м. Манчестер; “Центр Гамма-ніж” у лікарні Святого Варфоломея у Лондоні; онкологічне відділення з повним спектром послуг “Харлі-стріт ет Куінз” при Університетській Лікарні Королеви у м. Ромфорд та ін.

Таким чином, ДПП у Великій Британії за роки застосування у сфері охорони здоров'я зазнало значної трансформації: якщо спочатку зазначені проєкти здійснювалися тільки в рамках будівництва та подальшої експлуатації об'єктів охорони здоров'я, надання ряду супутніх послуг у повсякденній діяльності таких установ, то на сучасному етапі приватний сектор активно втягується у надання медичних послуг, що відкриває широкі можливості і ресурси для національної системи охорони здоров'я цієї країни.

Значне поширення проєктів ДПП у сфері охорони здоров'я має місце також у Канаді. Система охорони здоров'я Канади багато в чому має децентралізований характер, оскільки державні повноваження в галузі охорони здоров'я делеговані регіонам (провінціям), і фінансування здійснюється спільно з регіональними і федеральними органами влади. Сукупні витрати держави на систему охорони здоров'я становлять близько 9 % річного обсягу ВВП.

Модель ДПП у сфері будівництва, фінансування і управління лікарнями в Канаді стала активно використовуватися порівняно недавно, трохи більше 10 років тому. Такий механізм виявився вкрай успішним, про що свідчать показники реалізованих проєктів – в рамках ДПП побудовані більше 50 медичних об'єктів на суму понад 17 млн дол.

У Канаді проекти ДПП в охороні здоров'я, як правило, реалізуються за такою схемою: приватна компанія будує приміщення лікарні, а потім здає її в оренду правлінню лікарні, яке відповідає за надання медичних послуг. За результатами роботи установи регіональний уряд формує його бюджет на наступний рік. Особливості ДПП у медицині Канади полягають у тому, що медичні послуги надає переважно державний сектор.

Використання державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я зумовлено необхідністю зниження витрат держави. Кожен такий проект підкріплений економічним і фінансовим аналізом, який доводить, що ДПП в контексті цього проекту дасть можливість отримати кращу якість за меншу вартість порівняно з традиційним підходом. Таким чином, ДПП стало серйозною допомогою для розвитку системи охорони здоров'я Канади, дозволивши побудувати більше 50 лікарень і зробити стрибок у рівні надання медичних послуг та забезпечення ліжко-місцями.

Заслуговує на увагу досвід реалізації ДПП проектів в охороні здоров'я в Італії, де після юридичної реформи 1998 року і наступних юридичних поправок участь приватного сектора стала можливою практично в будь-якому секторі публічних послуг. Починаючи з 1999 року, в Італії було запущено кілька ініціатив із залучення приватного інвестування в проекти охорони здоров'я шляхом ДПП на суму приблизно 6 млрд євро. Це дозволило Італії зайняти третє місце у світі за обсягом інвестицій в охорону здоров'я. На сьогоднішній день в країні реалізуються близько 50 проектів ДПП в сфері охорони здоров'я, включаючи лікарні і будинки для людей похилого віку. З них близько 30 належать до створення основних медичних центрів на 600 ліжок і більше на загальну суму 3,5 млрд євро.

Згідно з італійським законодавством, яке не суперечить законодавству ЄС, ДПП може бути реалізоване у трьох форматах: 1) концесії в рамках громадської ініціативи (проектна документація, включаючи попередні або деталізовані проектні роботи, бізнес-план і схему концесії готуються Міністерством охорони здоров'я Італії, а потім за проектом оголошується конкурс); 2) концесії в рамках

ініціативи приватного сектора (приватні компанії представляють всю проектну документацію Міністерству охорони здоров'я Італії; якщо Міністерство схвалює проєкт, все одно оголошується конкурс); 3) концесії на сервісні контракти (в яких не фігурують великі об'єкти будівництва, і які належать тільки до сфери надання медичних послуг).

Усі вище зазначені проєкти в Італії спрямовані на зниження витрат державного сектора. Витрати на охорону здоров'я становлять до 50 % регіональних бюджетів, 110 млрд євро по країні в цілому. За допомогою ДПП держава може досягти більш високої ефективності інвестицій за рахунок зменшення термінів здачі проєктів, перерозподілу ризиків і системи оплати, що залежить від результатів роботи тієї чи іншої установи.

Зарубіжний досвід застосування форми ДПП в охороні здоров'я показує, що на практиці існують три моделі реалізації таких проєктів. Перша – коли ДПП здійснюється тільки в рамках будівництва лікарняної інфраструктури. Друга включає в себе будівництво і технічне обслуговування об'єктів, а також надання супутніх послуг (наприклад, прибирання території та приміщень). І, нарешті, третя модель, що включає елементи перших двох: будівництво об'єкта, його технічне обслуговування та надання медичних послуг в рамках угоди з державним відомством охорони здоров'я, за якою приватний інвестор зобов'язується надавати допомогу населенню за фіксовану плату з боку держави.

Таким чином, ДПП в сфері охорони здоров'я зарекомендувало себе як ефективна форма взаємовідносин приватного капіталу і держави в сфері охорони здоров'я і, на наш погляд, може розглядатися як базова при реорганізації структури вітчизняної системи охорони здоров'я України.

Вивчення світової практики реалізації проєктів ДПП дозволяє зробити висновок про унікальність процесу їх застосування, що обумовлено особливостями побудови моделі фінансування та організації системи охорони здоров'я, тенденцій економічного розвитку країни, рівня децентралізації і автономії управління медичними установами.

### 3.2. Оцінювання ефективності державно-приватного партнерства в охороні здоров'я

Державно-приватне партнерство (ДПП) в охороні здоров'я можна визначити як юридично закріплену форму взаємодії між державою і приватним сектором на певний термін, яка передбачає співфінансування і розподіл ризиків щодо об'єктів охорони здоров'я, а також відповідних медичних послуг, що виконуються та надаються державними і муніципальними органами, установами і підприємствами [30, с. 93].

До принципів реалізації ДПП належать: рівноправний розподіл ризиків між партнерами; економія бюджетних коштів; інноваційний розвиток вітчизняної медицини; формування механізму взаємодії держави та бізнес-структур на засадах добровільного та взаємодоповнюючого партнерства; отримання економічного та соціального ефектів; розвиток інноваційних форм проєктного менеджменту; стимулювання підприємництва й попиту; формування дієвої нормативно-правової бази для регулювання відносин партнерів; інформаційне забезпечення суб'єктів ДПП; підготовка медичних та управлінських кадрів для реалізації медико-соціальних проєктів; забезпечення єдності інтересів партнерів та ін. [3, с. 159–160; 26, с. 35; 45, с. 419].

Вважаємо, що сфера застосування проєктів ДПП в охороні здоров'я може бути досить широкою. Це можуть бути: проєктування, будівництво, експлуатація та управління інфраструктурою медичних установ; надання медичних послуг; впровадження нових медичних технологій, використання новітніх інструментів і обладнання.

Серед галузевих напрямів, привабливих у сфері охорони здоров'я для реалізації ДПП в нашій країні, можна виділити створення мобільних медичних центрів для віддалених населених пунктів, диспансеризацію за договорами з державними клініками, масове тестування на онкологію, лабораторні послуги і ін.

Ще однією важливою особливістю розвитку ДПП в охороні здоров'я, на наш погляд, буде процес кластеризації і укрупнення медичних закладів. Такі

об'єкти будуть об'єднувати в собі клінічні дослідження, діагностику, амбулаторно-поліклінічне напрям, відновне лікування, профілактику, медичну логістику, освіту і підвищення кваліфікації для медиків. Надання допомоги буде здійснюватися за всіма нозологіями для всіх груп пацієнтів.

З моменту появи ДПП в українській практиці однією з основних перешкод для розвитку ДПП була відсутність нормативно закріплених форм ДПП, крім концесій, які не завжди могли бути застосовні в охороні здоров'я. Крім того, є певні труднощі з ініціюванням та мотивуванням приватного бізнесу до участі в проєктах, з окупністю яких можуть виникнути проблеми.

Великий потенціал для участі в партнерстві мають фінансово-промислові групи, у складі яких є діючий медичний напрям, що зарекомендував себе на ринку. У таких потенційних партнерів є кілька переваг: медичне минуле і сьогодення, а також бажання розвиватися в цьому напрямі; фінансовий інститут та інші активи, здатні як згенерувати фінансову основу проєкту, так і отримати синергетичний ефект від взаємодії; репутація, яка в першу чергу буде турбувати публічного партнера (саме відсутність репутації зараз буде для багатьох потенційних інвесторів перешкодою у здійсненні проєктів ДПП). Цілком можливий варіант ДПП за участю іноземного капіталу, однак в існуючих економічних і політичних умовах такий варіант в нашій країні малоймовірний.

Теоретично, ДПП надає переваги і вигоди всім учасникам партнерства: державі, бізнесу, суспільству:

1. Держава позбавляється від тягаря інвестиційних і експлуатаційних витрат плюс зберігає обсяги соціального контракту з населенням.

2. Бізнес, знижуючи підприємницький ризик, отримує гарантований потік клієнтів на свої послуги з можливістю розвитку і комерціалізації нових потужностей (під бізнесом можна розуміти не тільки медичного оператора, але й фінансові інститути, девелоперів, постачальників обладнання та матеріалів).

3. Суспільство отримує високо якісні медичні послуги при збереженні фізичних обсягів.

При прийнятті рішення про реалізацію ДПП необхідно здійснити

розрахунок загальних витрат і доходів держави за весь період життєвого циклу проєкту, обмежити максимально допустимий обсяг щорічних виплат за проєктами ДПП, розробити незалежну від бюджетного процесу процедуру перевірки доцільності витрачання бюджетних ресурсів в проєктах ДПП.

Для прозорості функціонування проєктів в бюджетних документах і звітах необхідно буде розкривати інформацію про майбутні платежі і надходження держави, пов'язані з наданням послуг в рамках угод ДПП; суми і умови фінансування та іншої підтримки ДПП; обсяги державних гарантій за проєктами ДПП тощо.

У нашій країні, незважаючи на не такий тривалий за часом досвід застосування ДПП як, наприклад, в країнах ЄС, США та ін., все ж сформувалася певна база ДПП. Так, наприклад, у квітні 2018 року було підписано договір про державно-приватне партнерство між Київської міською державною адміністрацією та Міжнародною фінансовою корпорацією (IFC). Таке співробітництво є інфраструктурним та направлене на будівництво та капітальне відновлення низки медичних закладів м. Києва, придбання сучасного медичного обладнання та впровадження інноваційних технологій. Модель державно-приватного партнерства, що реалізується в рамках цього проєкту (DBFM), передбачає проєктування, будівництво, оснащення, поточну експлуатацію та потенційно-клінічні послуги медичних закладів.

Іншим яскравим прикладом національної угоди у сфері державно-приватного партнерства може слугувати партнерство в сфері медичної освіти між Одеським національним медичним університетом та Медичним домом Odrex. Основною метою такої співпраці є впровадження інноваційних технологій в освітній процес, сучасна підготовка медичних кадрів, забезпечення лікувально-діагностичного процесу, а також впровадження у практику наукових досліджень.

Ці угоди слугують яскравими прикладами ДПП в національній сфері охорони здоров'я та підтвердженням тези, що цей напрям є прогресивною моделлю залучення приватного сектора зі збереженням ролі державного сектора у забезпеченні сталого розвитку галузі охорони здоров'я України.

Якщо оцінити роль державно-приватного партнерства в охороні здоров'я України, то можна сказати, що окрім прийняття Закону України «Про державно-приватне партнерство» [35], практично жодних кроків для його реалізації не зроблено. В Україні часто трактують ДПП у сфері охорони здоров'я як пошук інвестора щодо закупівлі обладнання для лікувального закладу. Але це виступає скоріше як благодійництво, ніж партнерство. Тому потрібно стимулювати бізнес-партнерство до такого акту доброї волі, як надання преференції, залежно від того, скільки коштів вони вкладають у розвиток національної системи охорони здоров'я, особливо у її матеріально-технічне переоснащення.

На сьогодні розробка концепції державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України, на жаль, не є пріоритетним питанням державної політики, а сучасна система бюджетування створює високі фінансові ризики для ДПП, пов'язані з короткими (річними) бюджетними циклами планування та їх щорічною процедурою затвердження, яка іноді надміру затягується. За останні три роки набула чинності низка спеціальних законів, що стосуються врегулювання ДПП, було внесено відповідні зміни до загального законодавства. Постановами уряду затверджено методики, положення та порядки, що регулюють окремі організаційно-економічні питання ДПП.

Законодавство передбачає такі функції партнерства в проєктах, як фінансування, проєктування, будівництво, відновлення (реконструкція, модернізація), експлуатація, обслуговування, інші функції, пов'язані з виконанням договорів, укладених у рамках проєктів. Формами здійснення проєктів ДПП можуть бути спільна діяльність, розподіл продукції тощо, а джерелами їх фінансування – кошти державного та місцевих бюджетів, фінансові ресурси приватного партнера, запозичені кошти та інші джерела, не заборонені законодавством. При цьому законодавство передбачає надання підтримки проєктам ДПП шляхом державних гарантій, фінансування за рахунок коштів державного або місцевих бюджетів та інших джерел відповідно до загальнодержавних та місцевих програм.

Складнощі у становленні ДПП в охороні здоров'я в Україні також

пов'язані з існуючими правовідносинами у медичній галузі. Окремі правові норми не переглядалися ще з радянських часів, тож у нових політичних і соціально-економічних умовах формується правовий конфлікт, що веде до принципових суперечностей у нормативно-правових актах, ускладнюючи або взагалі унеможливаючи їх виконання.

Першим досвідом ДПП в охороні здоров'я України можуть бути нескладні інфраструктурні проекти, спрямовані на удосконалення державного партнерства в українській медицині. Загальна ж стратегія ДПП в охороні здоров'я повинна будуватися на чіткому баченні потреб суспільства у сфері здоров'я та потенційних можливостей приватного бізнесу.

На наш погляд, серйозні витрати, які несе держава на фінансування медицини, можна було б розділити разом з приватними партнерами. Досить багато площ лікувальних установ знаходяться в центральних регіонах міст України. Їх частину можна було б передавати не в оренду, а надавати в рахунок оплати державному партнеру. На отримані доходи від ДПП можна було б покращувати матеріальний стан об'єктів охорони здоров'я, купувати устаткування, поліпшувати медикаментозне забезпечення пацієнтів.

Також є всі передумови для організації високотехнологічних центрів з лікування різних видів захворювань, використовуючи фінансові інструменти інвесторів і кадровий потенціал державних установ охорони здоров'я.

Водночас слід відзначити, що Програма економічних реформ України в частині реформування медичного обслуговування населення України передбачає підвищення доступності медичних послуг, окремо вказуючи на підтримку розвитку приватного сектора медичних послуг та забезпечення доступу до державного фінансування на конкурсній основі.

Таким чином, державно-приватне партнерство повинне забезпечувати:

1. Залучення механізму проектного планування та фінансування проектів ДПП, бо це значною мірою сприятиме зацікавленості приватних вітчизняних та іноземних інвесторів до участі в ДПП.

2. Нормативно-правове регулювання реалізацій проектів ДПП.

3. Успішне впровадження інфраструктурних проєктів державно-приватного партнерства в діяльності закладів охорони здоров'я.

4. Побудову високотехнологічних центрів з лікування різних видів захворювань.

5. Підвищення доступності медичних послуг для населення та підтримка розвитку приватного сектора.

6. Вивчення досвіду успішного впровадження інфраструктурних проєктів державно-приватного партнерства в діяльності закладів охорони здоров'я; підтвердження актуальності розробки для практичного впровадження в діяльність закладів системи екстреної медичної допомоги України інфраструктурних проєктів державно-приватного партнерства.

Запровадження зазначених інфраструктурних форм державно-приватного партнерства в діяльність закладів екстреної медичної допомоги в Україні може бути дієвим інструментом зменшення частки неринкового сектора в галузі охорони здоров'я з одночасним підвищенням ефективності державного управління [27].

Ефект від впровадження ДПП проявляється у тому, що: по-перше, підвищується якість медичних послуг; по-друге, частина ризиків передається приватному сектору; по-третє, у результаті конкуренції досягається ефективніше використання ресурсів. Крім того, погоджуємось з думкою А.О. Москвіної та О.О. Вороніної, що завдяки ДПП досягається мультиплікативний ефект в інших галузях економіки внаслідок підвищення рівня людського потенціалу у сфері охорони здоров'я [30, с. 93–94]. У перспективі в Україні доцільно розвивати таку складну форму ДПП як кластери, в рамках яких відбудеться консолідація економічних, фінансових, управлінських та інших видів ресурсів для їх раціонального використання та розширення фінансування об'єктів медичної галузі.

Таким чином, завдяки впровадженню механізму ДПП (рисунок 3.1) можливе досягнення ефекту синергії від одночасного досягнення високих рівнів медичної, соціальної та економічної ефективності охорони здоров'я.

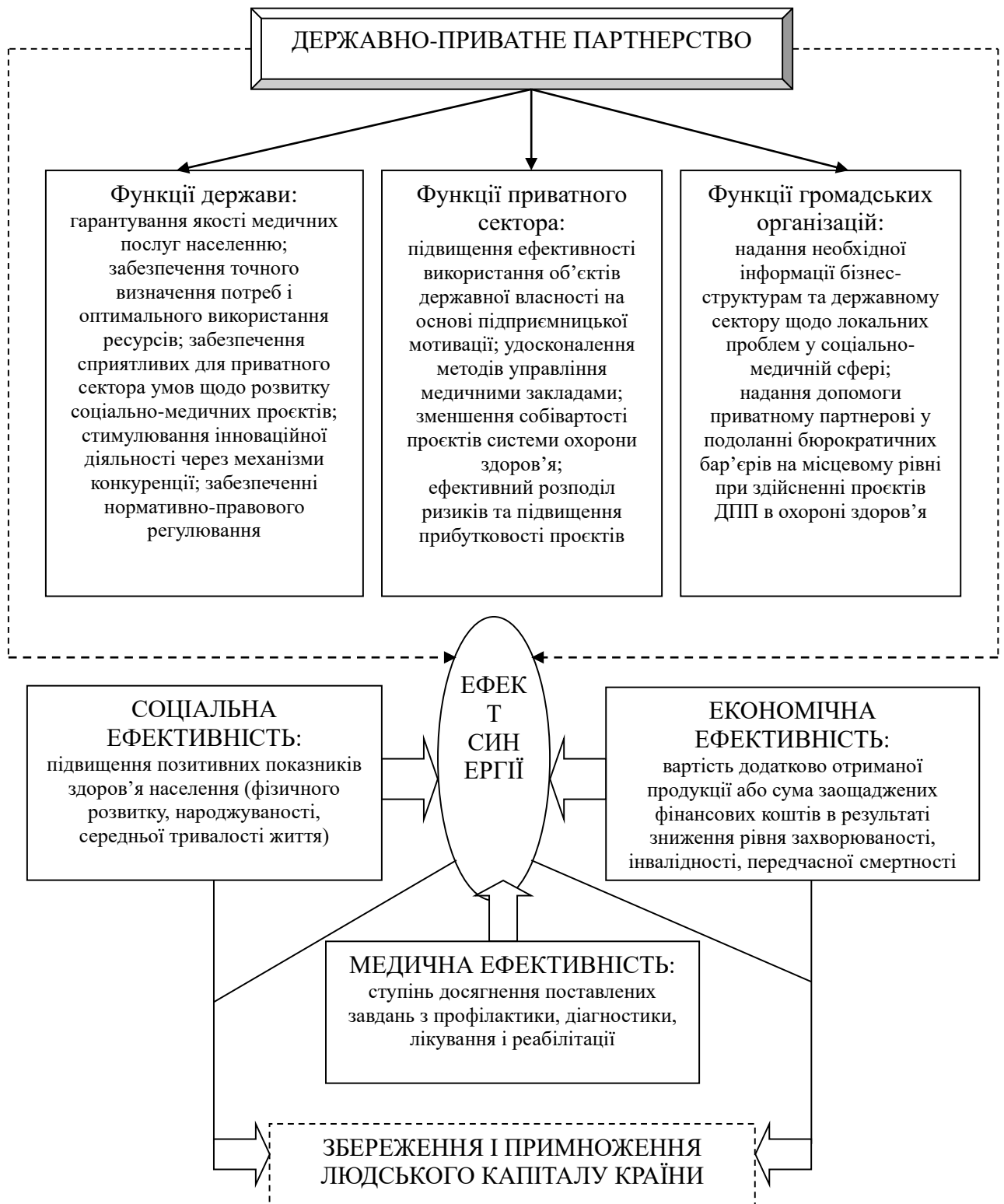


Рисунок 3.1 Спрямованість державно-приватного партнерства на досягнення медичної, соціальної та економічної ефективності у сфері охорони здоров'я

Джерело: [43, с. 135]

МОЗ України розділило роботу щодо запровадження державно-приватного партнерства на декілька етапів: збір ідей або ефективних моделей

державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я та розгляд таких ідей і напрацювань юристами задля розробки нормативно-правової бази у цій сфері, яка дозволить ефективно втілити їх у життя.

Однією з найважливіших ознак державно-приватного партнерства є підвищення ефективності державної установи у співробітництві з приватним інвестором. Наразі МОЗ України готове приймати пропозиції від приватних інвесторів щодо впровадження моделей державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я, які будуть акумульовані та розглянуті більш детально.

Поки що приватні інвестори з побоюванням ставляться до впровадження ДПП в Україні у зв'язку з нестабільною ситуацією, в якій опинилася наша країна. Проте з цими побоюваннями можна справитися шляхом внесення змін до існуючого законодавства у цій сфері. Це той інструмент, завдяки якому можна послати сигнал стабільності приватним інвесторам.

Сьогодні українська система охорони здоров'я має низький рівень забезпечення та фінансування, технічно відсталу інфраструктуру та технічну базу і, відповідно, потребує значних фінансових вкладень. Це в першу чергу стосується застосування новітніх технологій, які держава через кризу та при обмеженому бюджеті не здатна забезпечити. Тож державно-приватне партнерство має відмінні шанси стати потужним інструментом оновлення медицини.

На жаль, системні недоліки Закону «Про державно-приватне партнерство» заважали його широкому використанню, а складність, зарегульованість процедур підготовки відповідної проектної документації, «перетягування» повноважень місцевих органів влади щодо розпорядження майном територіальної громади на центральний рівень на тлі конкуренції законодавства не сприяло залученню інвестицій на довгострокових засадах.

Тож коли парламентом наприкінці 2015 року був прийнятий Закон України «Про внесення змін до деяких законів України щодо усунення регуляторних бар'єрів для розвитку державно-приватного партнерства та стимулювання інвестицій в Україні» (який президент підписав 22 лютого 2016

року), можна стверджувати, що нарешті країна і медична галузь отримала шанс на реальний розвиток і ефективно запровадження реформ.

Цей закон дозволить чітко розмежувати проєкти, які реалізуються в рамках ДПП, та проєкти, реалізовані в інших формах. Також введено ефективні механізми державної підтримки територіальних громад у реалізації проєкту ДПП. Ним визначено права та гарантії приватних партнерів. Зокрема, розширено гарантії приватних партнерів від зміни законодавства («Stability Clause») та в разі розірвання договору про ДПП через порушення державним партнером своїх зобов'язань за договором про ДПП. А ще встановлено для приватного партнера реальні гарантії на випадок неврахування в цінах (тарифах) на товари (роботи, послуги), що підлягають державному регулюванню, інвестиційної складової, або затвердження тарифу на рівні, нижчому за економічно обґрунтований. Важливо, що усунуто протиріччя між Законом «Про державно-приватне партнерство» та іншими спеціальними законами та нормативно-правовими актами, які регулюють порядок укладання договорів в рамках ДПП в різних сферах економіки.

Відшкодування інвестицій приватному партнеру є однією з головних проблем під час впровадження державно-приватного партнерства. Майбутні законодавчі зміни мають містити норму про можливість переходу в приватну власність новостворених медичних, фармакологічних об'єктів або модернізованих, реконструйованих. Також варто закріпити норму, за якою існувала б можливість приватної діяльності на базі існуючих закладів. За таких умов інвестори будуть готові безоплатно надавати необхідний комплекс медичних послуг.

У чинному законодавстві у сфері ДПП сторони займають дуже нерівноправні позиції, основні ризики несе саме приватний інвестор. Щоб залучити до такого партнерства приватних інвесторів, їм треба надати гарантії відшкодування інвестицій, при цьому питання вартості медичної послуги виходить на перший план. У цьому контексті позитивним моментом є те, що МОЗ України підійшло впритул до оплати медичної послуги, а не ліжка-місця.

Завдяки медичній реформі в Україні з'явилася можливість співпраці з лікувальними закладами на умовах державно-приватного партнерства. Приватна фірма надає лікувальному закладу обладнання, а лікарня отримує можливість надавати високоякісну допомогу пацієнтам та отримувати кошти відповідно пакету НСЗУ за кожний пролікований випадок.

При цьому зростає потік пацієнтів, які отримуватимуть ширший спектр лікування, а отже і загальна сума коштів, які отримає заклад. Частина з них буде надаватися фірмі-постачальнику за використання апарата, решта – витратиться на потреби лікарні та її подальший розвиток. Що важливо, фірма бере на себе технічне обслуговування обладнання та підготовку персоналу.

Згідно з укладеними угодами між керівником державного та приватного закладу частина пацієнтів, що перебувають на лікуванні у закладі охорони здоров'я, може бути безкоштовно обстежена, відповідно до встановленої квоти, у приватному закладі.

Таким чином, застосування державно-приватного партнерства у сфері медичних послуг є дуже актуальним для нашої області та країни загалом. Вважаємо, що напрацювання певних позитивних законодавчих змін у цій галузі, задля економії фінансових ресурсів держави та водночас отримання цих ресурсів медичними установами, які сьогодні їх дуже потребують, підвищать ефективність та доступність медичної допомоги для кожного пацієнта України.

Серед основних переваг ДПП можна виділити такі:

- ДПП дозволяє підвищити якість державних медичних послуг населенню;
- ДПП допомагає успішно здійснювати великі інфраструктурні проекти, які навряд чи могли бути реалізовані в найближчому майбутньому;
- ДПП дозволяє успішно використовувати досвід і професіоналізм приватного сектора при збереженні державного контролю над активами;
- сприяє розвитку діалогу між бізнесом і владою у різних сферах.

При ефективному плануванні і сумлінності учасників ДПП воно може стати основним інструментом реалізації масштабних, і не тільки, проектів. Залучення приватного капіталу дозволяє державі збільшити кількість ефективно

реалізованих проєктів в рази.

Отже, об'єднання фінансових ресурсів державного і приватного сектора дозволить акумулювати більше коштів та ефективніше розв'язувати економічні і соціальні проблеми у сфері охорони здоров'я. Взаємодія державної влади та приватного сектора також дозволить реалізовувати соціально-медичні проєкти якісно і вчасно, що, у свою чергу, обумовить підвищення якості медичних послуг, оптимізує управління соціальною інфраструктурою та сприятиме ефективному розвитку медичних закладів державної власності. При цьому механізми ДПП допоможуть ефективно використовувати фінансові ресурси, досвід і професіоналізм приватного сектора при збереженні державного та суспільного контролю над активами [26, с. 37].

### 3.3. Рекомендації щодо запровадження бюджетно-страхової медицини на принципах державно-приватного партнерства

Відповідно до введеної Указом Президента України у 2015 р. Стратегії сталого розвитку “Україна-2020”, актуальність реформування сфери охорони здоров'я є вкрай високою, оскільки галузь все ще функціонує за застарілою, неефективною моделлю управління та фінансування [13, с. 49]. Ефективним шляхом удосконалення фінансування охорони здоров'я вважається відмова від бюджетного фінансування і перехід до моделі медичного страхування. Це забезпечує зміцнення фінансової бази охорони здоров'я і високий ступінь солідарності, незалежно від фінансових можливостей людини.

Найприйнятнішою для України вважається бюджетно- страхова модель, яка фінансується за активної участі підприємств різних форм власності з елементами добровільного медичного страхування. Основними джерелами фінансування в рамках цієї моделі є бюджет та фонд соціального медичного страхування. Проте, на думку І.А. Голованової та О.І. Краснової [9, с. 22], при переході до бюджетно-страхової моделі варто залучати й додаткові джерела: кошти, що акумулюються завдяки наданню платних медичних послуг, внески

добровільного медичного страхування, благодійництво.

С.М. Гончарук, С.В. Приймак і Л.Я. Даниляк пропонують у системі медичного страхування виділити дві частини: перша – це планування мінімальних коштів у бюджеті, через які забезпечується надання мінімальної безоплатної медичної доплати для всіх категорій населення. Друга частина повинна бути пов'язана з введенням обов'язкового медичного страхування громадян за рахунок коштів суб'єктів підприємницької діяльності, а також фізичних осіб [12, с. 192–193].

Отож, в Україні відбувається перехід до системи страхової медицини. Незважаючи на помітні переваги, її введення в країні гальмується, тому що на законодавчому рівні досі не врегульоване питання про запровадження системи обов'язкового медичного страхування (ОМС). Щодо добровільного медичного страхування (ДМС), то популярність його з року в рік зростає.

Сьогодні в країні склалися сприятливі умови для широкого впровадження системи лікарняних кас, що дає змогу відпрацювати принципи ДМС та ОМС, розширити компетенцію медиків та населення. Лікарняні каси – додаткове джерело фінансування медицини, добровільна громадська, неприбуткова організація, в яку можуть входити всі бажаючі. Діяльність лікарняних кас сприяє ефективному використанню коштів, адже до контролю залучаються члени лікарняних кас, що забезпечує цільове спрямування витрат.

Отже, одним з напрямів реформування галузі охорони здоров'я України для поліпшення якості та доступності медикаментозного забезпечення стала солідарна участь населення у співоплаті витрат на медичну допомогу у формі лікарняних кас. За організаційно-правовою формою лікарняні каси в Україні створюються як членські благодійні організації або як громадські об'єднання відповідно до Законів України “Про благодійництво та благодійні організації” та “Про об'єднання громадян”. У цих організаціях застосовується облік надходжень і витрат коштів щодо кожного члена лікарняної каси, відпрацьована система договірних взаємовідносин з лікувальними закладами та підприємствами. Розвиток лікарняних кас дає змогу забезпечити доступність тих видів медичної

допомоги, які недостатньо фінансуються за рахунок бюджетних коштів, підвищити якість необхідних для населення медичних послуг.

Відшкодування витрат на лікування членам лікарняної каси відбувається таким чином: кошти надходять у лікувально-профілактичний заклад з бюджету благодійної організації через аптечну мережу та лікувальні заклади. Лікування проводиться препаратами згідно з конкретним захворюванням, що внесено у фармацевтичний формуляр благодійної організації. Після виписки пацієнта лікар, який лікував хворого, надає лікарю-експерту лікарняної каси лист члена благодійної організації для написання рецензії. Так здійснюється оцінювання доцільності лікування та контроль за дотриманням переліку захворювань, при яких лікарняна каса забезпечує своїх членів лікарськими засобами [23, с. 80–81].

З метою підвищення ефективності функціонування системи лікарняних кас доцільно вжити такі заходи:

1) економічні: відшкодування збитку здоров'ю члена лікарняної каси за рахунок накопичених засобів. Для розвитку системи лікарняних кас необхідно підвищити якість обслуговування, надати податкові пільги, зменшити єдиний соціальний внесок для тих підприємців, хто використовує колективні форми членства у лікарняній касі. При оплаті роботодавцями внесків за працюючих ці суми не повинні обкладатися податками;

2) організаційні заходи: ввести програми з пакетами додаткових послуг за окремими видами допомоги, наприклад стоматологічною. Лікарняні каси повинні створюватися не тільки за регіональним принципом, а також і за галузевим. Доцільно страхувати за місцем роботи глави сім'ї всіх її членів, які не мають власних доходів;

3) контролюючі заходи: створення ревізійних комісій лікарняних кас за участю незалежних спостерігачів, методики перевірки цільового використання засобів лікарняної каси, прийняття нормативних документів про контроль лікарняних кас державними органами влади;

4) інформаційні заходи: організація проведення роз'яснювальної роботи серед населення і медичних працівників щодо діяльності лікарняних кас.

Українську систему охорони здоров'я треба пристосувати до сучасних умов. Побудова нової системи потребує розвитку ринкових відносин у сфері охорони здоров'я, при цьому реформування системи охорони здоров'я та перехід до багатоканального фінансування треба здійснювати поетапно.

На першому етапі:

1) покласти на регіональні органи управління охорони здоров'я функції керування бюджетними ресурсами. Необхідно також визначити медичні послуги, що надаються громадянам безоплатно, впровадити відповідність фінансування обсягам державних гарантій та поетапне підвищення засобів на фінансування охорони здоров'я;

2) розмежувати первинний і вторинний рівні надання медичної допомоги через розвиток центрів первинної медико-санітарної допомоги та створення госпітальних округів;

3) покласти на МОЗ України функції здійснення політики щодо реалізації стратегії реформування галузі, проведення стратегічного аналізу, прогнозування і моніторингу перетворень;

4) запровадити систему індикаторів ефективності медичних послуг, що надаються на первинному, вторинному та третинному рівнях медичної допомоги.

На другому етапі необхідно здійснити:

1) централізацію бюджетних коштів для надання первинної допомоги, амбулаторної та планової стаціонарної допомоги на районному й міському рівнях; виділення коштів на надання вторинної, третинної та екстреної медичної допомоги – на обласному рівні;

2) передачу на комунальний рівень відомчих медичних закладів і забезпечення територіальної єдності лікарень різної підлеглості;

3) визначення витрат на фінансування закладів охорони здоров'я, що надають первинну допомогу, на основі подушного фінансового нормативу шляхом ділення загального обсягу фінансових ресурсів для надання цього виду допомоги на кількість населення. Фінансування закладів вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги відповідно до загального

бюджету системи охорони здоров'я.

На третьому етапі за наявності макроекономічних умов потрібно:

1) прийняти Закон України “Про обов’язкове соціальне медичне страхування” з виділенням частини в єдиному соціальному внеску на потреби ОМС;

2) перейти від постатейного фінансування медичних закладів до фінансування залежно від обсягу наданих послуг, від фінансування витрат – до купівлі платником послуг медичних закладів. Перетворити медичні заклади на самостійні юридичні особи;

3) розвивати недержавний сектор в системі охорони здоров'я, зміну форми власності медичних закладів, поширення приватного сектора. Змінити напрями фінансування, крім фінансування з податків від платників, поширити фінансування через відрахування на ОМС шляхом ДМС та прямої оплати медичної допомоги [17, с. 78–79].

Особливістю медичного страхування в Україні є те, що в більшості випадків медична допомога за програмами ДМС надається в тих самих закладах охорони здоров'я, які обслуговують незастрахованих громадян, в лікуванні використовуються однакові технології та однаковий рівень комфорту. У зв'язку з недостатнім державним фінансуванням галузі охорони здоров'я в Україні ДМС постає як доповнення та альтернатива до бюджетної медицині. ДМС перетинає сферу державної системи охорони здоров'я, у багатьох випадках дублюючи обов'язки держави. При цьому більшість полісів ДМС просто маскують неформальні платежі пацієнтів за медичні послуги.

Для стимулювання розвитку ДМС в Україні необхідно впровадити стимули для громадян та юридичних осіб, у т. ч. включити витрати на сплату платежів за ДМС працівників до собівартості продукції. Страхові внески за працюючих, які платять роботодавці, необхідно виключати із суми, що обкладається податками. Роботодавці повинні мати право включати премії на ДМС своїх працівників до своїх витрат, а не сплачуватися з чистого прибутку підприємств. Необхідно стимулювати за рахунок зниження податків підприємців,

які впроваджують колективні форми ДМС за фаховим принципом, і вводити податкові штрафи з доходів фізичних осіб на тих, чий доходи вищі за певний рівень, але вони не мають поліса ДМС. Для того, щоб стимули були ефективними, вони повинні відповідати рівневі доходів населення.

Для ефективної системи охорони здоров'я властива конкуренція між закладами охорони здоров'я та між медичними страховими компаніями. Уряд має запровадити фінансування відповідно до структури наданих послуг, медичні заклади – отримати фінансові стимули, а також повинні бути усунені бар'єри до конкуренції між приватними та державними закладами. Водночас, держава зобов'язана забезпечити отримання медичної допомоги всіма громадянами.

Слід визначити на державному рівні перелік медичних послуг, безоплатне надання яких буде гарантоване державою для кожної особи, прийняти закон, який визначатиме ДМС в Україні, створити рівні умови для його розвитку однаково з державною системою охорони здоров'я, розробити правове та фінансове регулювання, яке забезпечує справедливість.

Для того щоб створити адекватну систему охорони здоров'я, потрібно регулювати приватне медичне страхування та його взаємодію з державною системою охорони здоров'я.

Україна повинна відокремити ДМС від усіх інших видів страхування. Регулювання страхових компаній, які займаються ДМС, має бути спрямоване на фінансову стабільність, повинне забезпечувати справедливість – тобто страховики зобов'язані обслуговувати всіх охочих, незважаючи на їхній вік, стать і стан здоров'я, страхування повинно покривати лікування хронічних захворювань.

Приватне фінансування на основі прямої оплати одержуваних медичних послуг і ДМС створює широкі умови для розвитку конкурентних відносин, оскільки тут зберігається головна умова формування ринку – можливість споживчого вибору. Однак реалізація цього вибору та пов'язані з ним економічні ефекти відрізняються від більшості інших галузевих ринків унаслідок причин, відомих як вади ринку. На сьогодні ДМС є досить високовартісним за рахунок подорожчання медикаментів і послуг закладів охорони здоров'я, зростання

курсів іноземних валют. Невизначеність правових питань в Україні робить ДМС для страховиків непривабливою і неперспективною в інвестиційному, економічному аспектах, що призводить до недостатнього розвитку ринку медичного страхування. Низькі доходи населення та високі податки на доходи підприємств не дають змоги залучати додаткові ресурси до ДМС.

Порівняльна характеристика ОМС, ДМС та лікарняних кас з урахуванням фінансових потоків та учасників наведена у таблиці 3.1 [7].

Таблиця 3.1 Порівняльна характеристика діяльності обов'язкового (ОМС) та добровільного (ДМС) медичного страхування і лікарняних кас (ЛК)

Учасники та фінансові потоки	ОМС		ДМС		ЛК	
	Кошти Державного та місцевого бюджетів	Підприємство	Підприємство	Приватні особи	Приватні особи	Колективне страхування
Внески	Страхові внески		Страхові внески	Благодійні внески	Благодійні внески	Страхові внески
Одержувач внесків	Фонд ОМС		Страхова медична організація		Лікарняна каса	
Посередники	Страхова медична організація		-		-	
Виплати	Оплата послуг		Грошова компенсація		Надання коштів для лікування	
Одержувач коштів	Медичний заклад		Медичний заклад		Медичний заклад	
Громадський контроль діяльності	Відсутній		Відсутній		Наявний	
Комерційна діяльність	Відсутня		Наявна		Відсутня	

На відміну від ОМС, лікарняні каси зацікавлені в зниженні розходів на лікування хворих, а препарати призначаються лікарем під контролем експертів лікарняних кас, спираючись на затверджений формуляр ліків. У нього входять усі необхідні препарати, але основу становлять вітчизняні. Серед інших переваг слід зазначити відсутність посередників при регулюванні фінансових потоків.

Крім того, лікарняні каси не займаються комерційною діяльністю, на відміну від страхових компаній, що слід урахувати при формуванні суспільної думки. ДМС і лікарняні каси фінансуються за рахунок не тільки страхових, але й благодійних внесків. У лікарняних касах існує повноцінний контроль громадськості за витратами коштів, який проводиться спеціальною громадською наглядовою радою. Перевага лікарняних кас полягає у вартості щомісячного внеску, набагато нижчого за класичну медичну страховку [7, с. 18–20].

Таким чином, запровадження в Україні системи обов'язкового медичного страхування нині на часі. Досвід країн Європи показує, що обов'язкове медичне страхування в нашій країні треба впроваджувати поступово через розвиток і поширення таких форм добровільного страхування, як лікарняні каси.

Ми визначили напрями перебудови та удосконалення системи в умовах запровадження ДПП на засадах бюджетної медицини та добровільного медичного страхування на регіональному рівні (рисунок 3.2).

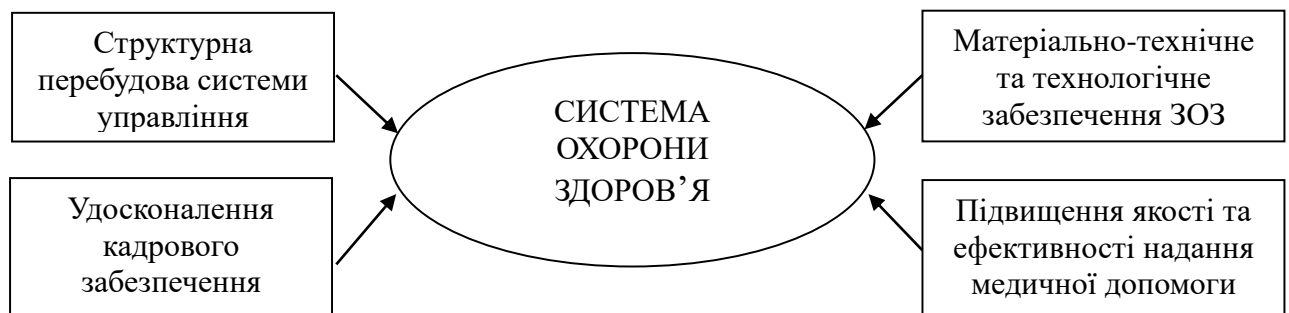


Рисунок 3.2 Основні напрями удосконалення системи охорони здоров'я в умовах запровадження ДПП на засадах бюджетної медицини та добровільного медичного страхування на регіональному рівні

Примітка: складено автором на основі джерела [4]

1. Структурна перебудова системи управління торкається змін у діяльності як обласного управління охорони здоров'я, так і ЗОЗ зазначеної області, зокрема створення у складі обласного управління охорони здоров'я та лікувально-профілактичних закладах робочих груп з організації здійснення страхових послуг у складі кількох підгруп:

- 1) координації діяльності з надання медичних послуг застрахованим;
- 2) контролю за якістю надання страхових послуг;
- 3) фінансового супроводу надання страхових послуг;
- 4) запровадження медичних інформаційних систем у ЛПЗ та створення корпоративної комп'ютерної мережі з метою ефективного обміну даними між медичними закладами, департаментом охорони здоров'я та страховою компанією.

2. Матеріально-технічне та технологічне забезпечення. Складовими цього напрямку є забезпечення ЗОЗ, що здійснюють надання медичної допомоги в межах бюджетно-страхової моделі, сучасними засобами діагностики та лікування за рахунок страхових компаній, запровадження сучасних медичних інформаційних систем в ЗОЗ та створення корпоративної інформаційної мережі для ефективного обміну даними та здійснення контролю за наданням медичної допомоги. Запровадження інформаційних систем надасть можливість підтримувати реєстр пацієнтів, що також підвищить ефективність усієї системи.

3. Завдання кадрового забезпечення та підвищення професійної майстерності фахівців передбачає сучасну підготовку лікарів-спеціалістів, лікарів загальної лікарської практики та лікарів-експертів, що вкрай потрібно при запровадженні моделі бюджетно-страхової медицини. Для цього передбачено: первинну підготовку лікарів-експертів у закладах післядипломної освіти; безперервну післядипломну підготовку спеціалістів шляхом організації дистанційного навчання.

4. Безперервне підвищення якості надання медичної допомоги. Основними складовими цього напрямку є: 1) запровадження стандартів надання медичної допомоги на основі сучасних клінічних рекомендацій; 2) запровадження системи клінічних протоколів; 3) удосконалення системи метрологічного забезпечення сучасного обладнання та введення цифрових методів діагностики; 4) стандартизація усіх етапів та складових страхового процесу; 5) акредитація ЗОЗ з урахуванням їх участі у страховому процесі.

Основна ціль системи ДПП полягає у поліпшенні здоров'я населення шляхом ефективного управління ризиками.

Результати дослідження дають підставу вважати цілями системи ДПП:

- 1) забезпечення економічного та соціального захисту населення;
- 2) покращення здоров'я людей та пропаганда здорового способу життя;
- 3) поліпшення якості медичного обслуговування та забезпечення доступності отримання медичної допомоги населенню;
- 4) забезпечення більш ефективного використання коштів на фінансування медичних закладів;
- 5) залучення додаткових джерел фінансування для медичних закладів;
- 6) створення позавідомчого контролю за якістю медичного обслуговування;
- 7) підвищення рівня страхової культури населення;
- 8) легалізацію співучасті населення у фінансуванні медичної допомоги;
- 9) розвиток форм поєднання добровільного страхування та бюджетної медицини;
- 10) реструктуризацію системи медичного обслуговування, що забезпечує підвищення ефективності використання сукупного ресурсного потенціалу медичних закладів області;
- 11) приведення обсягу соціальних гарантій у відповідність до обсягу фінансування.

За основу теоретичного обґрунтування створення якісно нової системи ДПП на засадах бюджетної медицини та ДМС нами взято такі принципи:

- пріоритет інтересів бюджетної охорони здоров'я;
- розподіл ризиків (організація ефективного ризик-менеджменту);
- прозорість виконання угод, згідно з якими громадськість має доступ до інформації щодо діяльності страхових компаній та системи охорони здоров'я;
- партнерський, рівноправний характер відносин між сторонами;
- гарантованість фінансування надавачів медичних послуг з обох боків;
- медико-соціальна ефективність реалізації проекту ДПП;
- відповідальність сторін угоди за дотриманням договірних засад співробітництва та досягнення її кінцевої мети.

Система ДПП складається з трьох підсистем (рисунок 3.3).

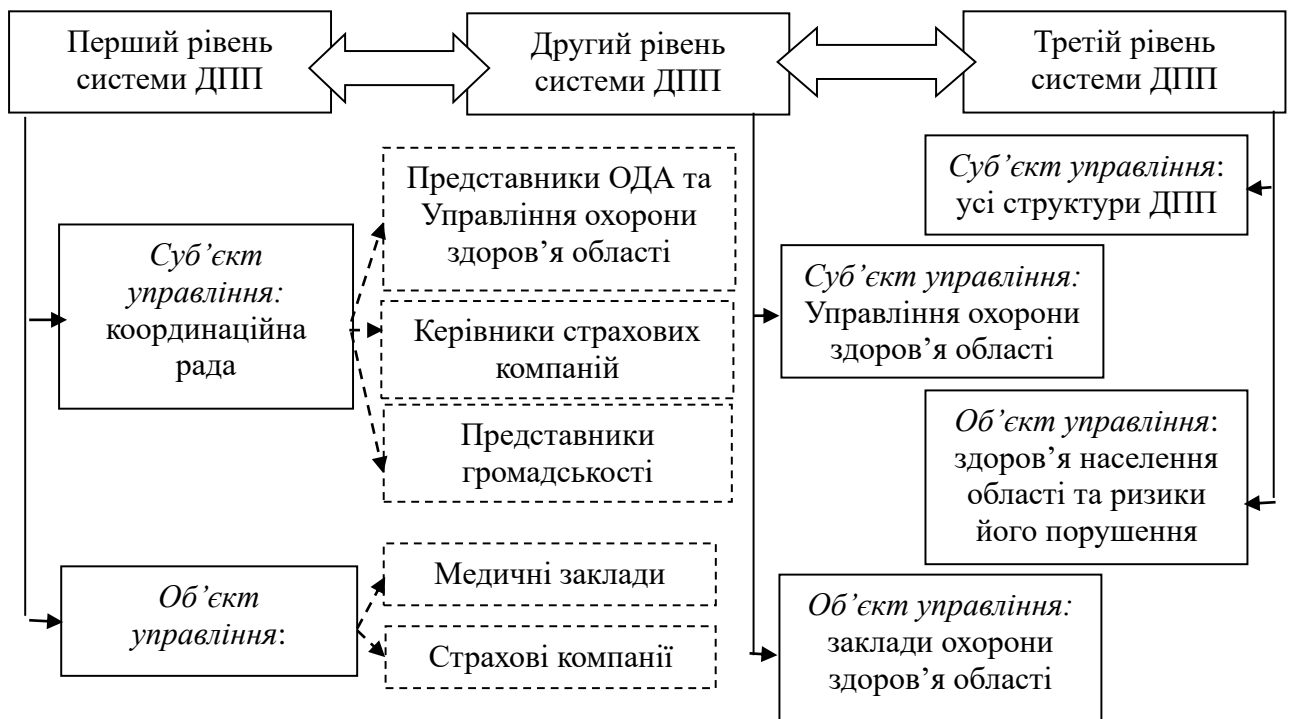


Рисунок 3.3 Складові системи ДПП у сфері охорони здоров'я на рівні Хмельницької області

На першому рівні суб'єктом управління є координаційна рада – громадська організація, до складу якої входять представники обласної державної адміністрації та Управління охорони здоров'я області, керівники страхових компаній, що здійснюють ДМС населення, та представники громадськості. Об'єктом управління є медичні заклади, що надають медичну допомогу застрахованим, та страхові компанії, залучені до системи ДПП. Другий рівень представлений Управлінням охорони здоров'я області – як суб'єкта управління, та ЗОЗ – як об'єкта. Третій рівень – це система управління ризиками, де суб'єктом управління є усі структури ДПП, а об'єктом – здоров'я населення та ризики його порушення.

Отже, у ринкових умовах, за обмеженості державного фінансування охорони здоров'я, запровадження системи ДТП з використанням інституціональних підходів є одним з основних шляхів підвищення якості та доступності медичної допомоги. Використання системного підходу дозволить визначити організаційно-управлінські засади функціонування бюджетно-страхової моделі фінансування системи охорони здоров'я обласного рівня.

## ВИСНОВКИ

На сьогодні вже існує багато позитивних прикладів внесків приватних

інвесторів у розбудову та модернізацію системи охорони здоров'я України, і це є вкрай важливо, зважаючи на ті реалії, у яких зараз знаходиться вітчизняна система охорони здоров'я.

За результатами проведеного дослідження можна зробити висновок, що охорона здоров'я є особливою галуззю соціальної інфраструктури, в якій ринкові механізми господарювання потребують чіткого коригуючого впливу з боку держави. Незважаючи на те, що надання медичних послуг пов'язане з формуванням ринкового попиту і відповідної пропозиції, конкуренцією між медичними суб'єктами, ринковими підходами до ціноутворення, їх обсяг та якість вимагають державного контролю на предмет відповідності державним соціальним нормативам та галузевим стандартам.

Одним з найбільш проблемних питань розвитку охорони здоров'я є фінансування. Виконаний аналіз моделей фінансування охорони здоров'я в різних країнах світу дозволив виявити тенденцію до поступового скорочення бюджетних видатків і залучення інвестицій приватного сектора. Відповідно, і в Україні, поряд з упровадженням медичного страхування, слід більш активно застосовувати механізм державно-приватного партнерства, що дозволить досягти синергії показників медичної, соціальної та економічної ефективності.

Водночас, розуміючи, що МОЗ України є відповідальним за формування державної політики в галузі охорони здоров'я, питання впровадження державно-приватного партнерства потребує вирішення на найвищому рівні. Аналізуючи проблеми, які постають на шляху широкого впровадження та залучення потенційних приватних партнерів до системи державно-приватного партнерства, зрозумілим стає те, що сьогодні існують певні бар'єри в законодавстві, які вимагають обговорення, аналізу, вивчення та окреслення шляхів їх вирішення.

Насамперед, завданням органів влади є реалізація пілотних проєктів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я, що дозволяють результативно вирішувати актуальні проблеми суспільного життя та наочно продемонструвати переваги застосування проєктів у межах ДПП. В іншому

випадку визначення урядом пріоритетних сфер для розвитку ДПП, на нашу думку, так і залишиться декларативним. Незважаючи на достатньо ґрунтовну наукову, практичну та правову розробленість окресленої проблематики, існує потреба здійснення подальшого законодавчого врегулювання та інституційних змін для впровадження державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я в Україні.

Удосконалення законодавчо-правової бази, доопрацювання проєкту та впровадження Закону України «Про Стратегію розвитку державно-приватного партнерства в Україні», розробка проєкту Закону України «Про державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я» забезпечить визначення понять та врегулює організаційно-правові засади взаємодії державного партнера з приватними партнерами в межах реалізації проєктів на умовах ДПП у сфері охорони здоров'я України.

Сьогодні і держава, і приватний сектор працюють в одному напрямку – намагаються збільшити середню тривалість життя працездатного населення. В умовах нестачі бюджетних коштів, виділених на систему охорони здоров'я, та зважаючи на рівень інфляції, залучення приватного капіталу є вкрай актуальним. При цьому впровадження державно-приватного партнерства має свої переваги для обох сторін: держава, зі свого боку, зможе надати гарантії відшкодування інвестицій та довгострокового співробітництва приватному партнерові, створити законодавчу базу, приватний інвестор, у свою чергу, залучить необхідні державі фінансові ресурси, а також інновації, ідеї, нові напрями роботи.

Багатоканальне фінансування та загальне вливання фінансових ресурсів держави і приватних інвесторів у проєкти ДПП дозволить вирішити цілий ряд важливих проблем у сфері охорони здоров'я, які зараз існують в Україні. Так, ДПП істотно збільшить шанси на успіх при реалізації масштабних медичних проєктів. Об'єднання ресурсів і справедливий розподіл ризиків між сторонами-партнерами дозволить активно залучати інвестиції для реалізації соціально значущих і медичних проєктів. Взаємодія державної влади та приватного

сектора також дозволить реалізовувати соціально-медичні проекти якісно і вчасно, що, в свою чергу, підвищить якість надання медичних послуг населенню і збільшить рівень управління соціальною інфраструктурою та сприятиме ефективному розвитку медичних закладів державної власності.

Впровадження державно-приватного партнерства – дієвий інструмент, який продемонструє, що може виграти держава від застосування приватного капіталу, при цьому не порушуючи права державної власності. Приватний партнер, зі свого боку, принесе інноваційні технології, нове розуміння логістики, організації та надання медичних послуг.

Об'єднання фінансових ресурсів державного і приватного сектора дозволить акумулювати більше коштів та ефективніше вирішувати економічні і соціальні завдання у сфері охорони здоров'я, зберегти власність держави на значимі інфраструктурні об'єкти, впровадити найбільш перспективні технології, що використовуються бізнес-структурами, до практичної діяльності закладів, що створюються та модернізуються в рамках ДПП. Причому від такого об'єднання у формі ДПП виграють і держава, і бізнес, і суспільство, й окрема особа. Зрештою, це слугуватиме базою для підвищення якості надання медичних послуг та рівня життя населення.

Отже, державно-приватне партнерство може стати найважливішою складовою функціонування системи охорони здоров'я в нашій країні і в найближчій перспективі – одним з механізмів реформування вітчизняної охорони здоров'я. ДПП дозволяє інтегрувати бізнес-моделі в державну сферу, а також запропонувати вирішення найбільш гострих проблем державної політики.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Ахламов А.Г., Кусик Н.Л. Економіка та фінансування охорони здоров'я : навчально-методичний посібник. Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2011. 134 с.
2. Бойко С.Г. Порівняння моделей фінансово-економічної організації охорони здоров'я України та країн Європейського Союзу. *Держава та регіони. Серія «Державне управління»*. 2016. № 2 (54). С. 44–48. URL: [http://pa.stateandregions.zp.ua/archive/2\\_2016/11.pdf](http://pa.stateandregions.zp.ua/archive/2_2016/11.pdf) (дата звернення: 20.11.2020).
3. Борщ В. І. Державно-приватне партнерство як запорука інноваційного розвитку національної галузі охорони здоров'я. *Вісник ЖДТУ. Серія “Економіка, управління та адміністрування”*. 2019. № 2 (88). С. 156–161.
4. Вороненко Ю.В., Скороход А.В. Запровадження бюджетно-страхової медицини на принципах державно-приватного партнерства. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2014. № 2. С. 79–83. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/VSG\\_2014\\_2\\_18](http://nbuv.gov.ua/UJRN/VSG_2014_2_18) (дата звернення: 29.11.2020).
5. Гапонова Е.О. Особливості формування ринку медичних послуг в Україні на сучасному етапі. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія «Міжнародні відносини. Економіка. Країнознавство. Туризм»*. 2014. № 1144. Вип. 3 (1). С. 94–97. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/VKhMv\\_2014\\_1144\\_3%281%29\\_22](http://nbuv.gov.ua/UJRN/VKhMv_2014_1144_3%281%29_22) (дата звернення: 29.11.2020).
6. Гойда Н.Г., Курділь Н.В., Вороненко В.В. Нормативно-правове забезпечення державно-приватного партнерства в охороні здоров'я України. *Запорожский медицинский журнал*. 2013. № 5. С. 104–108. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zmzh\\_2013\\_5\\_30](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zmzh_2013_5_30) (дата звернення: 29.11.2020).
7. Голованова І.А., Краснова О.І. Актуальні проблеми розвитку медичного страхування в період ринкового реформування. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2015. № 1. С. 16–21. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/eprozd\\_2015\\_1\\_5](http://nbuv.gov.ua/UJRN/eprozd_2015_1_5) (дата звернення: 16.10.2020).
8. Голованова І.А., Оксак Г.А., Краснова О.І. Досвід організації та фінансування системи охорони здоров'я Угорщини. *Економіка і право охорони здоров'я*.

2017. № 1. С. 41–43. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/eprozd\\_2017\\_1\\_9](http://nbuv.gov.ua/UJRN/eprozd_2017_1_9) (дата звернення: 16.10.2020).

9. Голованова І.А., Краснова О.І. Економічне обґрунтування реформи галузі охорони здоров'я: досвід постсоціалістичних країн та доцільність його впровадження в Україні. *Економічний часопис-XXI*. 2014. № 3–4 (2). С. 19–22. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/ecchado\\_2014\\_3-4\(2\)\\_6](http://nbuv.gov.ua/UJRN/ecchado_2014_3-4(2)_6) (дата звернення: 16.10.2020).

10. Голованова І.А., Краснова О.І. Значення приватної медицини в системі охорони здоров'я України. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2016. № 1. С. 22–25. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/eprozd\\_2016\\_1\\_6](http://nbuv.gov.ua/UJRN/eprozd_2016_1_6) (дата звернення: 16.10.2020).

11. Голованова І.А., Краснова О.І. Фінансування галузі охорони здоров'я в Україні та у країнах Східної Європи. *Інвестиції: практика та досвід*. 2014. № 4. С. 95–98. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/ipd\\_2014\\_4\\_20](http://nbuv.gov.ua/UJRN/ipd_2014_4_20) (дата звернення: 16.10.2020).

12. Гончарук С.М., Приймак С.В., Даниляк Л.Я. Сучасний стан і проблеми фінансування установ охорони здоров'я в Україні. *Бізнес Інформ*. 2016. № 1. С. 190–194. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/binf\\_2016\\_1\\_31](http://nbuv.gov.ua/UJRN/binf_2016_1_31) (дата звернення: 18.10.2020).

13. Долбнєва Д.В., Гончарук С.М. Необхідність та основні напрямки вдосконалення порядку формування та використання ресурсного потенціалу охорони здоров'я в Україні. *Проблеми економіки*. 2016. № 3. С. 46–52. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pekon\\_2016\\_3\\_7](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pekon_2016_3_7) (дата звернення: 18.10.2020).

14. Дудка В.В. Переваги приватної медицини та вигоди держави у підтримці розвитку приватного сектора системи охорони здоров'я України (до проблеми державного регулювання здоровоохоронної сфери). *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2012. № 1. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur\\_2012\\_1\\_4](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2012_1_4) (дата звернення: 19.10.2020).

15. Дутко Н. Г. Напрями розвитку державно-приватного партнерства: галузь охорони здоров'я. *Економіка та держава*. 2011. № 1. С. 105–108. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/ecde\\_2011\\_1\\_28](http://nbuv.gov.ua/UJRN/ecde_2011_1_28) (дата звернення: 22.10.2020).

16. Карамішев Д. В., Удовиченко Н.М. Основні принципи функціонування системи охорони здоров'я в контексті загальнолюдських

цінностей соціальної держави. *Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення)*: матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Львів, 17–18 квітня 2008 р.). С. 129–136. URL: [http://medicallaw.org.ua/uploads/media/02\\_129\\_01.pdf](http://medicallaw.org.ua/uploads/media/02_129_01.pdf) (дата звернення: 15.10.2020).

17. Краснова О.І. Багатоканальне фінансування охорони здоров'я України в контексті реформування галузі. *Економіка і регіон*. 2014. № 6. С. 75–80. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/econrig\\_2014\\_6\\_14](http://nbuv.gov.ua/UJRN/econrig_2014_6_14) (дата звернення: 17.10.2020).

18. Краснова О.І. Вплив лікарняних кас на фінансування медичної галузі та медико-демографічні показники населення. *Економіка та держава*. 2014. № 8. С. 72–74. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/ecde\\_2014\\_8\\_18](http://nbuv.gov.ua/UJRN/ecde_2014_8_18) (дата звернення: 17.10.2020).

19. Краснова О.І., Плужнікова Т.В. Особливості механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 7. С. 46–48. URL: [http://www.investplan.com.ua/pdf/7\\_2018/10.pdf](http://www.investplan.com.ua/pdf/7_2018/10.pdf) (дата звернення: 17.10.2020).

20. Краснова О., Плужнікова Т. Роль держави в регулюванні сфери охорони здоров'я в ринкових умовах. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського. Серія «Економічні науки»*. 2019. № 1. С. 37–43. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvmduce\\_2019\\_1\\_8](http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvmduce_2019_1_8) (дата звернення: 17.10.2020).

21. Краснова О.І. Стан та проблеми розвитку фінансування охорони здоров'я на селі. *Міжнародний науковий журнал “Інтернаука”. Серія «Економічні науки»*. 2018. № 1. С. 39–45. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/mnjie\\_2018\\_1\\_8](http://nbuv.gov.ua/UJRN/mnjie_2018_1_8) (дата звернення: 17.10.2020).

22. Краснова О.І. Теоретичні підходи до визначення сутності державного регулювання сфери охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2016. № 8. С. 58–62. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/ipd\\_2016\\_8\\_14](http://nbuv.gov.ua/UJRN/ipd_2016_8_14) (дата звернення: 17.10.2020).

23. Краснова О.І. Удосконалення фінансування сфери охорони здоров'я в Україні з використанням світового досвіду. *Науковий вісник Полтавського університету економіки і торгівлі. Серія «Економічні науки»*. 2013. № 1. С. 78–82. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvpushk\\_2013\\_1\\_16](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvpushk_2013_1_16) (дата звернення: 17.10.2020).

24. Ліштаба Л.В. Сучасний стан та особливості фінансування сфери охорони здоров'я в Україні. *Східна Європа: економіка, бізнес та управління* :

електронний науково-практичний журнал. 2017. Вип. 1 (06). С. 19–23. URL: <https://chmnu.edu.ua/wp-content/uploads/2019/07/Lishtaba-L.V..pdf> (дата звернення: 18.10.2020).

25. Мартусенко І.В., Сіташ Т.Д. Трансформація фінансування системи охорони здоров'я в Україні та зарубіжних країнах. *Проблеми економіки*. 2013. № 1. С. 321–325. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pekon\\_2013\\_1\\_48](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pekon_2013_1_48) (дата звернення: 18.10.2020).

26. Мартякова О.В., Трикоз І.В. Механізм реалізації державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. *Часопис економічних реформ*. 2013. № 4. С. 33–39. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Cher\\_2013\\_4\\_8](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Cher_2013_4_8) (дата звернення: 22.10.2020).

27. Методичні рекомендації для впровадження проєктів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я / Міністерство охорони здоров'я України. 2018. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/1/7840-1234567890.pdf> (дата звернення: 25.10.2020).

28. Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу) : інформаційна довідка. URL: <http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.pdf> (дата звернення: 23.10.2020).

29. Міщенко Д.А., Міщенко Л.О. Фінансування охорони здоров'я в Україні: проблеми та напрями їх вирішення. *Економічний простір*. 2016. № 106. С. 168–177. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/ecpros\\_2016\\_106\\_18](http://nbuv.gov.ua/UJRN/ecpros_2016_106_18) (дата звернення: 20.10.2020).

30. Москвіна А.О., Вороніна О.О. Застосування міжнародного досвіду державно-приватного партнерства в охороні здоров'я України. *Глобальні та національні проблеми економіки* : електронне наукове фахове видання. 2018. Вип. 23. С. 91–95. URL: <http://global-national.in.ua/archive/23-2018/20.pdf> (дата звернення: 22.10.2020).

31. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> (дата звернення: 23.10.2020).

32. Приказюк Н.В., Березіна С.Б., Романченко М.І. Перспективи запровадження обов'язкового медичного страхування на шляху реформування галузі охорони здоров'я України. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету*.

Серія «Економіка і менеджмент». 2016. Вип. 21. С. 138–142. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu\\_eim\\_2016\\_21\\_31](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu_eim_2016_21_31) (дата звернення: 24.10.2020).

33. Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії : Закон України від 05.10.2000 р. № 2017-III / Верховна Рада України. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2017-14> (дата звернення: 23.10.2020).

34. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> (дата звернення: 23.10.2020).

35. Про державно-приватне партнерство : Закон України від 1 липня 2010 р. № 2404-VI / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2404-17> (дата звернення: 23.10.2020).

36. Резнікова Н.В., Іващенко О.А., Войтович О.І. Моделі конкуренції на ринку послуг в сфері охорони здоров'я: проблема використання потенціалу медичної галузі та її регулювання в умовах глобалізації. *Ефективна економіка*. 2018. № 1. URL: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=6277> (дата звернення: 16.10.2020).

37. Руденко В.В. Сучасний стан фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні. *Економіка та суспільство* : електронне наукове фахове видання Мукачівського державного університету. 2018. Вип. 19. С. 1129–1138. URL: [http://economyandsociety.in.ua/journal/19\\_ukr/170.pdf](http://economyandsociety.in.ua/journal/19_ukr/170.pdf) (дата звернення: 18.10.2020).

38. Сазонець І.Л., Зима І.Я. Визначення проблем та основних напрямів реформування системи охорони здоров'я України. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2018. № 12. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1343> (дата звернення: 21.10.2020).

39. Сіташ Т.Д. Фінансування системи охорони здоров'я в Україні: тенденції та реформування. *Механізм регулювання економіки*. 2012. № 1. С. 164–169. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mre\\_2012\\_1\\_19](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mre_2012_1_19) (дата звернення: 18.10.2020).

40. Ткачова Н.М. Напрями реформування державної політики в сфері охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 8. С. 83–86. URL: <http://er.nau.edu.ua/handle/NAU/42249> (дата звернення: 21.10.2020).

41. Урсол Г.М., Скрипник О.А., Василенко О.М. Приватний сектор системи охорони здоров'я України – активний резерв підвищення доступності та якості надання медичної допомоги: досвід Кіровоградської області. *Буковинський медичний вісник*. 2014. Т. 18, № 4. С. 177–181. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/bumv\\_2014\\_18\\_4\\_47](http://nbuv.gov.ua/UJRN/bumv_2014_18_4_47) (дата звернення: 19.10.2020).

42. Хитра О.В., Вакарь В.Ю. Особливості поєднання ринкових механізмів і державного регулювання у сфері охорони здоров'я. *Економіка сьогодні: актуальні питання та інноваційні аспекти*: збірник матеріалів II Міжнародної науково-практичної конференції (Запоріжжя, 25 квітня 2020 року). Запоріжжя: ГО «СІЕУ», 2020. С. 42–45.

43. Хитра О.В., Вакарь В.Ю. Перспективи удосконалення системи охорони здоров'я на основі державно-приватного партнерства. *Регіональна економіка та управління*. 2020. Вип. 2 (28). С. 128–137.

44. Хитра О.В., Поперечна Н.В. Порівняльний аналіз моделей фінансування охорони здоров'я. *Міжнародні, нормативні та управлінські аспекти соціально-економічного розвитку*: збірник тез наукових робіт учасників Міжнародної науково-практичної конференції для студентів, аспірантів та молодих учених (Київ, 25 квітня 2020 року). Київ: АЦ «Нова Економіка», 2020. С. 23–27.

45. Шевчук Ю.В. Розвиток державно-приватного партнерства у контексті вдосконалення фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я. *Економічний вісник університету*. 2017. Вип. 33 (1). С. 416–428. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/ecvu\\_2017\\_33%281%29\\_52](http://nbuv.gov.ua/UJRN/ecvu_2017_33%281%29_52) (дата звернення: 19.10.2020).