

ХМЕЛЬНИЦЬКА ОБЛАСНА РАДА
ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ УПРАВЛІННЯ ТА ПРАВА
ІМЕНІ ЛЕОНІДА ЮЗЬКОВА
ФАКУЛЬТЕТ УПРАВЛІННЯ ТА ЕКОНОМІКИ
Кафедра: публічного управління та адміністрування

МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

на тему:

«МЕХАНІЗМИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ У
СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ
УКРАЇНИ»

Виконав: студент магістратури
за спеціальністю 281 Публічне
управління та адміністрування
заочної форми навчанням
Гладков Д. В.

Керівник: Фасолько Т. М.,
доцент кафедри, кандидат
економічних наук, доцент

Рецензент:

Хмельницький – 2020 рік

Анотація

Гладков Д. В. Механізми державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення України. – Рукопис.

У роботі наголошено на тому, що державне регулювання у сфері охорони здоров'я – це сукупність організаційно-правових норм і механізмів державних органів адміністративно-правового характеру, які спрямовуються на координацію діяльності, що сприяє забезпеченню заходів політичного, економічного, правового, соціального, культурного, медичного, санітарно-гігієнічного характеру, основне призначення котрих полягає в збереженні та зміцненні фізичного й психічного здоров'я населення, підтримку довголітнього активного життя, та надання медичної допомоги в разі втрати здоров'я.

Доведено, що державне регулювання в сфері охорони здоров'я населення виступає однією з важливих умов, котра буде спрямована на забезпечення її ефективного функціонування. Основними елементами державного регулювання сфери охорони здоров'я населення є суб'єкт і об'єкт регулювання, методи, інструменти та засоби реалізації механізму державного регулювання, цілі та принципи державного регулювання, а також його результати.

Визначено, що в системі охорони здоров'я можна виділити три організаційні сектори: державно-солідарний, суспільно-солідарний та приватно-солідарний.

Обґрунтовано пропозиції щодо вдосконалення інструментів державно-приватного партнерства для фінансування проектів в системі охорони здоров'я на основі впровадження інфраструктурних облігацій і платіжних інструментів з гарантією постійного мінімального доходу, що емітуються на державному, регіональному чи місцевому рівні для залучення грошових ресурсів при фінансуванні будівництва та (або) реконструкції об'єктів системи охорони здоров'я.

Ключові слова: державне регулювання, охорона здоров'я населення, механізми державного регулювання, медичні послуги, інноваційний розвиток системи охорони здоров'я.

SUMMARY

Gladkov D.V. Mechanisms of state regulation in the field of public health in Ukraine. - Manuscript.

The paper emphasizes that state regulation in the field of health care is a set of organizational and legal norms and mechanisms of state bodies of administrative and legal nature, which are aimed at coordinating activities that contribute to the provision of political, economic, legal, social, cultural, medical, sanitary and hygienic nature, the main purpose of which is to preserve and strengthen the physical and mental health of the population, support long-term active life, and provide medical care in case of loss of health.

It is proved that state regulation in the field of public health is one of the important conditions that will be aimed at ensuring its effective functioning. The main elements of state regulation of public health are the subject and object of regulation, methods, tools and means of implementing the mechanism of state regulation, goals and principles of state regulation, as well as its results.

It is determined that there are three organizational sectors in the health care system: state-solidarity, social-solidarity and private-solidarity.

Proposals for improving public-private partnership instruments for financing projects in the health care system based on the introduction of infrastructure bonds and payment instruments with a guarantee of a constant minimum income issued at the state, regional or local level to attract funds for financing construction and (or) reconstruction of health care facilities.

Key words: state regulation, public health, mechanisms of state regulation, medical services, innovative development of the health care system.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ.....	9
1.1. Сутність та основний зміст державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення.....	9
1.2. Характеристика елементів державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення.....	15
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ.....	23
2.1. Особливості функціонування адміністративно–правового механізму державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення України.....	23
2.2. Оцінка стану розвитку системи охорони здоров'я населення в Україні.....	33
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ.....	43
3.1. Шляхи оптимізації фінансового та інформаційно-комунікаційного забезпечення державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення.....	43
3.2. Державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я населення як інструмент реалізації механізмів державного регулювання.....	54

ВИСНОВКИ.....	65
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	68

ВСТУП

Актуальність теми. Сучасний етап економічного розвитку України ставить серйозні проблеми перед державою, яка відповідає перед суспільством за якість надання соціальних послуг, в першу чергу, в сфері охорони здоров'я. Багато в чому це обумовлено тим, що темпи зростання ВВП в Україні в рази поступаються середньосвітових. В результаті держава стикається з проблемою забезпечення бюджетними коштами своїх фінансових зобов'язань в громадському секторі, включаючи систему охорони здоров'я.

Сучасний етап розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я характеризується реформуванням, спрямованим на розв'язання комплексу проблем національної системи охорони здоров'я. В ході реформи сучасна система охорони здоров'я переживає значні організаційно-правові та змістовні перетворення: створено законодавчу базу для реформи охорони здоров'я, спрямована на децентралізацію державної системи медичного обслуговування та управління охороною здоров'я; проводиться структурна перебудова галузі, державні заклади охорони здоров'я перетворюються на некомерційні підприємства, розвивається приватний сектор охорони здоров'я. Незважаючи на це, функціонування системи охорони здоров'я стикається з певними труднощами: зниженням якості медичної допомоги населенню; збільшенням числа захворювань соціально небезпечного характеру; зростанням смертності і зниженням народжуваності; недостатнім фінансуванням галузі. Зазначене обумовлює актуальність дослідження, її мету та завдання.

Актуальні питання теорії державного регулювання розкривається багатьма дослідниками, серед яких В. Бакуменко [2], В. Малиновський [32], В. Мороз [35], Н. Нижник [38], О. Петрос [44], Р. Рудніцька [68], А. Халецька [73] та ін.

У розвиток теорії і практики державного регулювання у сфері охорони здоров'я, механізмів державного регулювання в зазначеній сфері значний внесок зробили такі дослідники як М.М. Білинська [3], З.С. Гладун [5], Т.С. Грузева [7], В.Д. Долот [13], В.С. Загорський [16], В.Д. Карамішев [18],

В.В. Карлаш [20], Ж.Д. Кравченко [25], В.Ф. Москаленко [36], С.Я. Пак [43], П.І. Шевчук [74] та ін.

Актуальними питаннями впровадження нової системи охорони здоров'я в нашій державі займаються багато сучасних вчених, серед яких О.В. Басва [1], Л.І. Жаліло [66], Н.І. Карпишин [22], В.М. Лехан [40], Я.Ф. Радиш [65], А.В. Решетнікова [75], І.В. Рожкова [67], І.М. Солоненко [70] та інші.

Спираючись на наукові дослідження зазначених науковців та практиків, можна стверджувати, що потребують удосконалення наявні механізми державного регулювання сферою охорони здоров'я населення, зокрема значний потенціал заміщення бюджетних коштів і підвищення ефективності системи надання послуг охорони здоров'я населенню представляє модель організації з залученням різноманітних форм державно-приватного партнерства. Зазначене обумовлює актуальність дослідження, її мету та завдання.

Мета і завдання дослідження. *Метою* магістерської роботи є обґрунтування теоретичних засад та розробка практичних рекомендацій щодо удосконалення механізмів державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення в Україні.

Для досягнення мети було поставлено такі **завдання**:

- визначити сутність та основний зміст державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення;
- здійснити характеристику елементів державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення;
- провести аналіз особливостей функціонування адміністративно–правового механізму державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення України;
- оцінити сучасний стан розвитку системи охорони здоров'я населення в Україні;

– запропонувати шляхи оптимізації фінансового та інформаційно-комунікаційного забезпечення державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення;

– охарактеризувати державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я населення як інструмент реалізації механізмів державного регулювання.

Об'єктом дослідження є державне регулювання у сфері охорони здоров'я населення.

Предмет дослідження – це теоретичні і практичні аспекти удосконалення механізмів державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення.

Методи дослідження. Теоретичну і методологічну основу дослідження становлять наукові, науково-методичні дослідження вітчизняних і зарубіжних вчених з проблемами використання механізмів державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення.

У магістерській роботі використано комплекс загальнонаукових і спеціальних методів, що дало змогу забезпечити всебічність вивчення проблеми та достовірність сформульованих висновків. Методологічну основу дослідження становлять системний та структурно-функціональний підходи до аналізу економічних явищ і процесів. Для вирішення поставлених завдань у роботі застосовано комплекс взаємопов'язаних наукових методів, зокрема:

- діалектичний метод наукового пізнання, методи аналізу і синтезу (під час визначення сутності механізмів державного регулювання у сфері охорони здоров'я, систематизації наукових підходів до визначення інструментів регулювання);

- метод системного аналізу (для якісної характеристики сучасного стану розвитку системи охорони здоров'я в Україні; огляду нормативно-правової бази реформування вітчизняної системи охорони здоров'я);

- економіко-статистичного аналізу (для оцінювання динаміки показників розвитку системи охорони здоров'я в Україні);

- метод порівняння (під час дослідження зарубіжного досвіду щодо активізації розвитку державно-приватного партнерства);
- системно-структурний, логіко-семантичний, структурно-функціональний методи застосовані (для розробки пропозицій щодо удосконалення інструментів державного регулювання охорони здоров'я в Україні).

Інформаційною базою дослідження є наукові праці вітчизняних і зарубіжних учених з проблем державного регулювання охорони здоров'я в Україні, закони України, укази Президента України, постанови Кабінету Міністрів України, нормативні акти та статистичні матеріали Міністерства охорони здоров'я України, Державної служби статистики, дослідницькі та аналітичні матеріали міжнародних організацій, ресурси мережі Інтернет.

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що висновки і рекомендації, отримані під час написання дослідження адресовані органам державної влади, можуть бути використані при розробці програм і планів розвитку системи охорони здоров'я в Україні на національному та регіональному рівні.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

1.1. Сутність та основний зміст державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення

Охорона здоров'я - це система, що складається із соціально-економічних та медичних заходів, спрямованих на підтримку та поліпшення здоров'я кожної людини та всього населення. Охорона здоров'я функціонує як складна соціально-економічна система, а також як окрема галузь і сприяє реалізації одного з найважливіших принципів - надання високоякісної медичної допомоги та поліпшення здоров'я населення в цілому.

Здоров'я населення складається зі здоров'я кожного члена суспільства, що, в свою чергу, дозволяє нам визначити їх здатність забезпечувати їх добробут та задовольняти потреби нижчого та вищого порядку, забезпечуючи тим самим добробут суспільства в цілому. Зверніть увагу, що стан здоров'я людини залежить від багатьох факторів, які залежать від системи охорони здоров'я, а також від факторів, на які охорона здоров'я не може впливати.

Здоров'я населення забезпечується постійними зусиллями державних та громадських структур, а також громадян, які беруть участь у соціальному процесі. Насправді ми говоримо про взаємозв'язок між урядом та охороною здоров'я як частиною державного, громадського та індивідуального здоров'я. Характер таких відносин визначає стан здоров'я особистості та суспільства [23].

Державне регулювання як певного роду соціальна діяльність розуміється в широкому і вузькому значеннях. В широкому сенсі - це організована, впорядкована діяльність держави, по регулювання різних суспільних відносин шляхом створення нормативно-правової бази, що використовується в процесі діяльності будь-яких державних органів усіх гілок влади, а також державних службовців. У вузькому (організаційно-правовому) змісті - це

адміністративна, виконавчо-розпорядча діяльність держави, пов'язана з реалізацією виконавчої державної влади як однієї з гілок державної влади, здійснювана системою спеціальних державних органів виконавчої влади або органів державного управління [15, с. 542-547].

В нашому дослідженні, ми будемо розглядати державне регулювання у вузькому значенні, оскільки охорона здоров'я відноситься до числа тих галузей, де діяльність держави об'єктивно присутня в набагато більшій мірі, ніж в економіці в цілому.

Таким чином, державне регулювання у сфері охорони здоров'я – це сукупність організаційно-правових норм і механізмів державних органів адміністративно-правового характеру, які спрямовуються на координацію діяльності, що сприяє забезпеченню заходів політичного, економічного, правового, соціального, культурного, медичного, санітарно-гігієнічного характеру, основне призначення котрих полягає в збереженні та зміцненні фізичного й психічного здоров'я населення, підтримку довголітнього активного життя, та надання медичної допомоги в разі втрати здоров'я.

Державне регулювання у цій галузі спрямоване на досягнення таких цілей:

- створення умов для задоволення потреб населення в якісних медичних послугах;
- забезпечення стабільних темпів розвитку галузі;
- підтримка наукового потенціалу галузі;
- регулювання структурних змін у системі охорони здоров'я внаслідок захворюваності населення та демографічної ситуації в країні.

Виходячи з аналізу програмних документів та правових актів, що регулюють сферу охорони здоров'я [45; 46; 52] можна виділити наступні завдання державного регулювання системи охорони здоров'я:

- впровадження активної демографічної політики для стимулювання народжуваності та зниження смертності;
- забезпечити доступ до медичної допомоги для всього населення;

- забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення;
- використовувати ефективну систему багатоканального фінансування у секторі охорони здоров'я з поступовим збільшенням державних витрат;
- створення умов для навчання та зміцнення здорового способу життя;
- здійснення інтенсивного розвитку медичної та фармацевтичної промисловості, виробництва фармацевтичних препаратів на високому рівні тощо.

Майже всі економісти сходяться на думці, що оптимального обсягу та структури виробництва суспільних благ (медичних послуг) неможливо досягти за допомогою ринкового механізму, згідно з яким держава найкраще робить ці товари доступними.

Основна концепція пояснення необхідності контролю за охороною здоров'я полягає в тому, що вільний ринок, який часто є найефективнішим способом відновлення галузі, просто не відповідає системі охорони здоров'я через її «невдачі». Основними слабкими ринками системи охорони здоров'я є такі. Як відомо, існування вільного ринку вимагає присутності покупців, які стимулюють попит, і продавців, які стимулюють пропозицію. Однак у медицині покупець не визначає попит на певну послугу. Лікар, який визначає як попит, так і пропозицію, знаходиться у вигідному становищі та має необмежені можливості продати те, що йому найбільш вигідно на відкритому ринку [28, с. 207].

Це пов'язано з початковою асиметрією інформації, якою володіє лише лікар, оскільки він має знання, які дозволяють йому приймати рішення щодо лікування пацієнта. Неповна інформація знижує ефективність конкуренції між постачальниками більшості медичних послуг.

Необхідною умовою існування вільного ринку є вільний доступ продавця та покупця. Необмежений доступ для медичних працівників призведе до ще більшого розповсюдження різноманітних медичних технологій, які не засновані на доказовій медицині. Незважаючи на наявність регуляторів, ситуація в Україні зараз подібна.

Крім того, між державними та комерційними лікарнями завжди буде обмежена конкуренція. Здебільшого в інших районах, крім великих міст, в більшості випадків є одна або декілька лікарень. Збільшення їх кількості, як правило, економічно недоцільно. Це створює ситуацію, яка наближається до стану природної монополії. Коли потрібна медична допомога, пацієнт рідко має вибір.

Через своє особливе соціальне значення споживання медичних послуг не може визначатись лише платоспроможністю пацієнта. Така ситуація не відповідає постулатам ринкових відносин. Участь держави необхідна для забезпечення доступності медичних послуг для всіх груп населення.

Ці характеристики медичних послуг обмежують функціонування ринкових механізмів у секторі охорони здоров'я та зумовлюють необхідність участі держави у регулюванні розвитку сектору.

Тому вільний ринок не підходить для регулювання системи охорони здоров'я, оскільки система охорони здоров'я є особливою галуззю економіки, де недоліки ринкових відносин можуть мати набагато більший негативний вплив на населення, ніж в інших сферах.

Однак неадекватність вільного ринку не означає, що деякі його елементи не можуть бути використані в державно регульованих системах охорони здоров'я для створення конкуренції між постачальниками медичних послуг, підвищення ефективності використання ресурсів, мотивації лікарів та стимулювання споживачів. Це вимагає ретельного поєднання ринкових сил та державного втручання у сектор охорони здоров'я.

Державне регулювання зачіпає різні сфери. Давайте розглянемо деякі з них.

Важливою функцією держави у сфері охорони здоров'я є створення правової бази для діяльності. Ця функція держави обмежується розробкою правових актів, що регулюють весь механізм охорони здоров'я та окремі його суб'єкти. Водночас держава повинна контролювати виконання встановлених законодавчих та нормативних документів. Законодавство про охорону

здоров'я базується на Конституції України [24] і складається з Основ законодавства про охорону здоров'я України від 19 листопада 1992 р. [39] та інших прийнятих правових актів, що регулюють суспільні відносини у сфері охорони здоров'я.

Іншим важливим напрямком державного регулювання охорони здоров'я є створення служби охорони здоров'я. Як відомо, ринок може лише виявити та задовольнити попит на приватні медичні послуги. Створення та впровадження державних служб охорони здоров'я є завданням держави [33, с. 428].

Іншим важливим напрямком державного регулювання охорони здоров'я є надання високоякісних медичних послуг. Організації медичного страхування повинні відігравати важливу роль в оцінці якості медичних послуг. Найважливішою сферою управління якістю медичної допомоги є система ліцензування медичної діяльності.

Ринок характеризується тенденцією до монополії, яка підриває основи вільної конкуренції, диктатуру виробників над споживачами і, як результат, стагнацію. Реалізація антимонопольної політики, захист принципів вільної конкуренції у створенні медичних послуг може здійснюватися лише державою.

Державне регулювання також включає допомогу малому бізнесу у секторі охорони здоров'я (через податкову та кредитну політику, спрощення процесу реєстрації та подання державних статистичних та бухгалтерських звітів).

Одним із завдань держави у галузі охорони здоров'я є підтримка науки та високих технологій. Розвиток винаходів, створення великих винаходів є важливим фактором для нововведень у галузі охорони здоров'я.

Економічні ресурси займають значне місце серед заходів державного регулювання медичної діяльності. Це бюджетна та фінансова політика держави у сферах охорони здоров'я, монетарної політики, державного програмування тощо. Однією зі складових фінансової політики є податкова

політика. Відповідно до податкового законодавства деякі медичні організації можуть бути повністю або частково звільнені від податків [29, с. 47-49].

Процес реформ є важливою темою державного регулювання системи охорони здоров'я в нашій країні сьогодні. На основі результатів дослідження ВООЗ щодо реформи охорони здоров'я в Європі, концепція реформи - це цілеспрямований, динамічний та стійкий процес, що призводить до систематичних структурних змін, що гарантують здоров'я та покращують рівень та якість життя населення. [23].

Проекти ЄС важливі для процесу автономізації закладів охорони здоров'я та використання договірних відносин між постачальниками та одержувачами медичних послуг, водночас забезпечуючи ефективний перерозподіл ресурсів у нашій країні. Існує також зв'язок із обов'язковим медичним страхуванням, яке забезпечує правову основу для об'єднання ресурсів, підвищення прозорості управлінських рішень при розподілі фінансів та поліпшення якості медичних послуг на основі існуючого досвіду Європейського Союзу.

Стратегічні напрями державного регулювання охорони здоров'я включають забезпечення національної безпеки, соціально-економічної ефективності та соціальної та медичної діяльності установ, що визначають цільові параметри інституційних змін. Слід зазначити, що, на відміну від інших систем охорони здоров'я, система охорони здоров'я в Україні була сформована та монополізована державою за часів існування соціалістичної економічної системи. З переходом до ринкової форми економічної діяльності вектор реформ змінився, що більшою мірою вплинуло на пріоритети державної політики в цій галузі.

Тому основною ідеєю концептуального розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я сьогодні є створення такої системи, яка забезпечує доступність медичної допомоги за державними гарантіями та надання медичних послуг, що відповідають потребам населення. Для досягнення основних цілей державної політики необхідно брати до уваги інституційну

структуру. Загалом державне регулювання передбачає зміну параметрів процесу управління в рамках певних соціально значущих настанов розвитку системи охорони здоров'я України. Однак у національному законодавстві про охорону здоров'я є недоліки, що виявляється у відсутності системного та систематизованого законодавства. У цьому контексті необхідні єдина довгострокова програма державних реформ та національна система охорони здоров'я.

У зв'язку з цим головною метою державного регулювання можна визначити як забезпечення ефективного інституційного середовища для успішної роботи медичних закладів у державному та приватному секторах охорони здоров'я. Ця мета передбачає вирішення пріоритетних завдань, які включають створення дієвого механізму державного регулювання та оцінку кінцевого результату з використанням ключових показників ефективності та результативності.

Отже, державне регулювання у галузі охорони здоров'я є сукупністю заходів та дій держави, спрямованих на процес управління системою охорони здоров'я з метою її реформування та руху до принципів управління, орієнтованого на результати.

1.2. Характеристика елементів державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення

Ефективне державне регулювання системи охорони здоров'я є однією з важливих умов забезпечення її ефективного функціонування. Розглядаючи державне регулювання охорони здоров'я, ми можемо виділити низку цілей, принципів та методів адміністративного, економічного, правового та соціального характеру, які реалізуються державою за допомогою ряду інструментів, що забезпечують динамічний та ефективний розвиток системи охорони здоров'я населення.

Основними елементами державного регулювання у сфері охорони здоров'я є суб'єкт, об'єкт регулювання, методи, інструменти та засоби реалізації механізму державного регулювання, цілі та принципи державного регулювання, а також їх результати.

Суб'єктами державного регулювання у сфері охорони здоров'я є Верховна Рада України, Президент України як глава держави та Рада національної безпеки і оборони України як координаційний орган з вирішення питань національної безпеки та оборони при Президентові України, центральні органи виконавчої влади - Міністерство охорони здоров'я України, а також місцеві органи виконавчої влади разом з місцевими державними органами.

Головною метою державного регулювання є здоров'я населення та його стан, на які можна впливати та покращувати. Крім того, система охорони здоров'я є одним із найважливіших регуляторних об'єктів, що об'єднує багато закладів охорони здоров'я всіх форм власності, правоохоронних органів та органів місцевого самоврядування, які ними керують. Весь комплекс об'єктів державного регулювання можна розділити на матеріальні та нематеріальні. До матеріальних включають медичні заклади, медичний персонал, ліки та майно, машини та обладнання, а також фінансові ресурси. До нематеріальних об'єктів належать ділові відносини між суб'єктами цих відносин, стосунки між пацієнтом та лікарем, професійний рівень медичного персоналу тощо.

Основними завданнями державного регулювання охорони здоров'я є:

- надання висококваліфікованих фахівців та якісних медичних послуг населенню;
- надання гарантованого пакету безкоштовних медичних послуг громадянам;
- забезпечення достатнього рівня фінансового забезпечення;
- забезпечення нових технологій та інноваційний розвиток галузі;
- вдосконалення організаційної та управлінської системи системи охорони здоров'я;

- підвищення кваліфікаційного рівня медичних працівників;
- здійснення профілактичних заходів;
- забезпечення вдосконалення процесу правового регулювання;
- створення конкурентного середовища на медичному ринку;
- створення системи охорони здоров'я, яка адаптується до постійно мінливих умов економічного ринку [64, с. 15].

Для досягнення вищезазначених цілей владі слід враховувати наступні принципи при впровадженні державного регулювання охорони здоров'я:

- соціальна відповідальність держави за поточну політику охорони здоров'я, надання гарантованого обсягу безкоштовної медичної допомоги, її доступності та якості;
- знайти компроміс між інтересами інституційних одиниць у сфері державного регулювання та медичними організаціями, що надають медичні послуги;
- стандартизувати медичну допомогу, забезпечити конструктивну взаємодію із зацікавленими сторонами, забезпечити належний рівень прозорості та перегляду результатів системи охорони здоров'я;
- узгодження фінансових можливостей розпорядника бюджету із завданнями системи охорони здоров'я;
- наближення умов реалізації територіальних програм державних гарантій на мезорівні;
- підтримання оптимального балансу між державним регулюванням та ринковими механізмами для підвищення ефективності домашньої системи охорони здоров'я шляхом створення конкурентного середовища на ринку медичних послуг;
- інновації в методах охорони здоров'я населення та в методах, що використовуються для управління медичними організаціями.

Найважливішою передумовою належного функціонування сектору охорони здоров'я є наявність ефективних інструментів державного регулювання процесів у цій галузі. Особливе місце відводиться методам

державного регулювання системи охорони здоров'я, за допомогою яких ми хочемо зрозуміти низку методів, прийомів та інструментів, за допомогою яких держава виконує свої регулюючі функції та досягає своїх цілей. Завдання набору інструментів - забезпечити такі умови, які запобігають негативним наслідкам.

Методи та інструменти державного регулювання у галузі охорони здоров'я наведені на рис. 1.1.

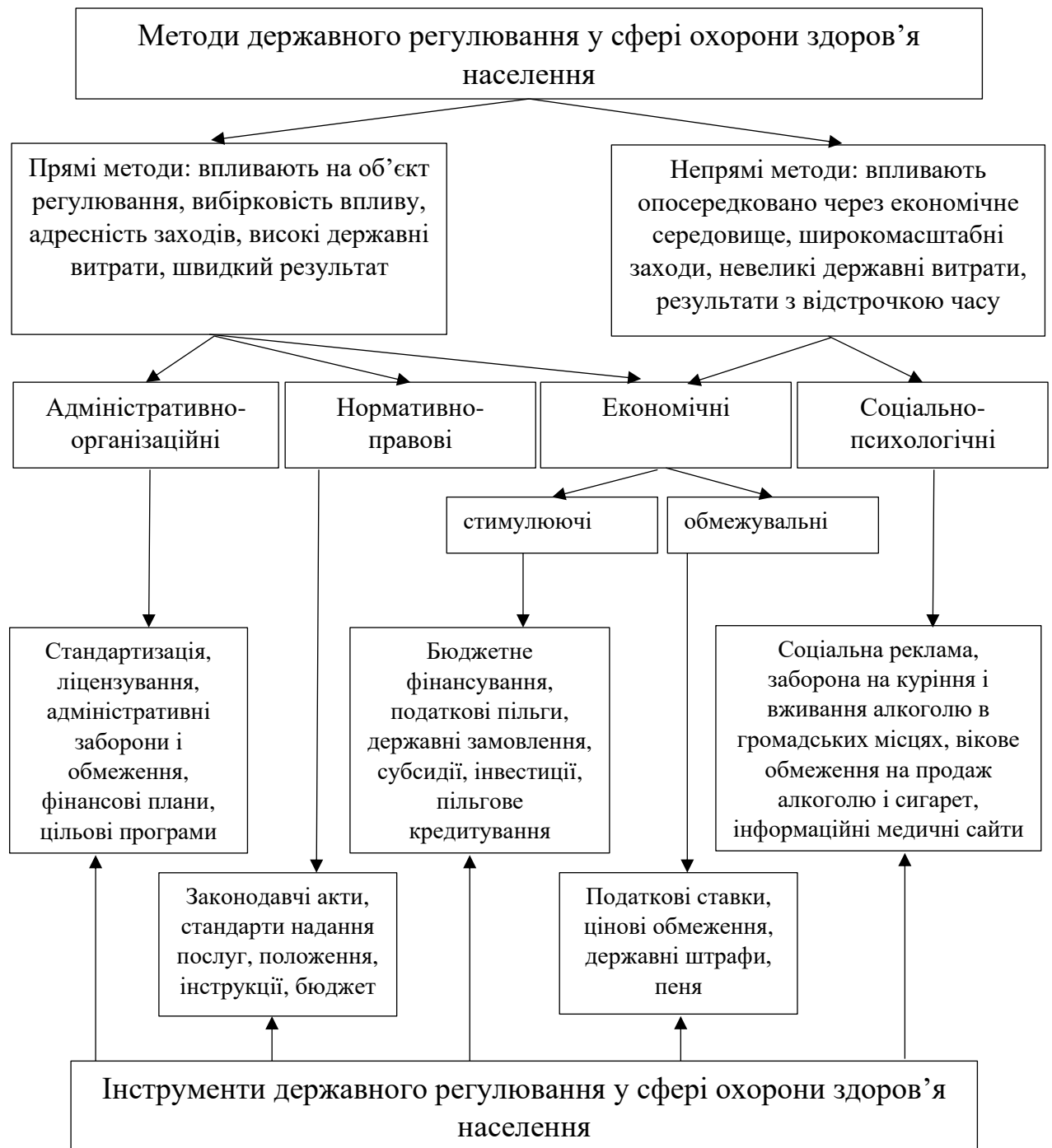


Рис. 1.1. Методи та інструменти державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення

Примітка. Систематизовано автором.

Система соціального медичного страхування пропонує збалансоване поєднання всіх груп методів, що забезпечує гнучкість сектору охорони здоров'я та його високий ступінь адаптованості, що важливо у зв'язку з глобалізаційними процесами, що відбуваються у всьому світі.

Адміністративні та організаційні методи базуються на силі державної влади і включають заходи щодо зобов'язань, дозволів та заборон, з одного боку, та стандартизацію, ліцензування, сертифікацію, адміністративні заборони, фінансові програми та плани, з іншого. Адміністративно-організаційні методи базуються на можливостях державної влади за умови існування заходів заборони, дозволу та примусу. Таким чином, ліцензія свідчить про згоду держави на здійснення медичної діяльності. Заборона та примус проявляються у необхідності отримання відповідних сертифікатів, регулярному навчанні медичного персоналу та дотриманні встановлених стандартів у лікуванні пацієнтів.

Найважливішими інструментами адміністративно-організаційних методів є:

- розробка та контроль за виконанням державних програм, що передбачають надання безкоштовних медичних послуг громадянам України;
- контроль за діяльністю громадських та приватних систем охорони здоров'я;
- акредитація лікарень;
- видача ліцензій на надання медичних послуг;
- регулювання цін на медичні послуги;
- застосування санкцій;
- навчання та планування необхідної кількості працівників;
- атестація працівників медичних установ;
- встановити стандарти;

- ведення системи статистичної звітності;
- сертифікація послуг;
- видача дозволів на використання нових технологій;
- організація та забезпечення державного санітарно-епідеміологічного нагляду за медичними закладами;
- квотування [20, с. 101].

Основним нормативно-правовим методом є створення правової бази для цієї сфери послуг та контроль за її виконанням. Тобто нормативно-правові методи державного регулювання реалізуються через закони, стандарти, положення, інструкції та бюджет. Держава регулює надання медичних послуг на підставі нормативно-правових актів, що встановлюють структуру державних регуляторів надання медичних послуг, правовий статус виробників медичних послуг та захист їх власності, а також порядок його завершення та виконання. Господарські угоди, правила надання послуг, захист прав споживачів цих послуг, питання, що стосуються етичної сторони організації послуг [69].

Головною особливістю нормативно-правового механізму є його зв'язок із конкретною метою, яка передбачає організовану та взаємопов'язану групу, яка може забезпечити законне здійснення суб'єктами існуючих інтересів.

Економічні методи регулювання безпосередньо не впливають на предмет регулювання, вони містять певні обмеження та зобов'язання, а також штрафи та санкції за порушення встановлених норм і правил. Методи економічного регулювання ґрунтуються на матеріальних інтересах осіб, організацій, фізичних та юридичних осіб, а також на стані та обумовленості дій суб'єктів цих інтересів [67, с. 114].

Економічні методи державного регулювання дають змогу створити умови, які спонукатимуть учасників ринку діяти у напрямку, необхідному для суспільства, та вирішити ряд проблем. Серед таких завдань економічних методів слід зазначити наступне:

- забезпечення фінансування філії з бюджету;

- проведення центральних тендерів на поставку медичних виробів та матеріалів;
- фінансування цільових програм охорони здоров'я;
- податкова політика та податкове стимулювання;
- придбання нового обладнання;
- інноваційна політика;
- амортизаційна політика;
- регулювання фінансових потоків організацій державного сектору [12, с. 9].

Інструментами впливу на виробників медичних послуг, які дозволяють владі використовувати економічні методи регулювання, є: бюджетне фінансування, податкові пільги, державні інвестиції; Зниження податкового навантаження; офіційні замовлення, позики, гранти, субсидії, компенсації, що виявляються у формі пільг. На додаток до стимулів, метод економічного стимулювання базується на антистимулах, які виражаються у вигляді податкових ставок, обмежень цін, штрафів, вилучення пільг, анулювання ліцензій тощо. Тобто економічні методи пропонують постачальнику медичних послуг свободу економічного вибору, одночасно впливаючи на це. економічні інтереси, що створюють матеріальний інтерес у виборі поведінки, сумісної з державною політикою охорони здоров'я.

Соціо-психологічні методи регулювання охорони здоров'я є методами опосередкованого впливу: соціальна реклама, заборона тютюнопаління та алкоголю в громадських місцях, вікові обмеження продажу алкоголю та сигарет, сторінки з медичною інформацією. Інструментами соціально-психологічних методів державного регулювання охорони здоров'я є:

- забезпечення соціальної адаптації та реабілітації;
- політика декларування політики охорони здоров'я;
- впровадження державних соціальних програм та гарантій, соціальне страхування;

- громадський доступ до інформації про діяльність медичних установ, здоров'я населення та розвиток всієї галузі;
- надання інформації про огляди ефективності державного регулювання медичної галузі;
- залучення населення до управління галуззю, створення взаємних зобов'язань між виробниками та споживачами медичних послуг;
- розвиток телемедицини та методів морального переконання [14].

Державне втручання у функціонування медичних служб включає такі напрямки:

- вдосконалення правового регулювання для постачальників медичних послуг (наприклад, регулювання положень про надання послуг);
- створення сприятливої інвестиційної політики та її інформаційне забезпечення;
- вдосконалення системи державних закупівель;
- надання гарантій та субсидій;
- надання податкових пільг;
- підготовка кваліфікованого медичного персоналу;
- регулювання цін і тарифів на промислові послуги;
- підтримка у формуванні ринкових інститутів;
- орієнтовне планування та прогноз;
- забезпечення певної економічної незалежності для медичних працівників.

Таким чином, одним із найважливіших пунктів державного регулювання охорони здоров'я є економічні методи, оскільки головним інструментом є бюджет. Надання фінансової допомоги медичній галузі є головним фактором забезпечення ефективного розвитку галузі на сучасному етапі її реформування та розвитку.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ

2.1. Особливості функціонування адміністративно–правового механізму державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення України

Державне регулювання охорони здоров'я виступає як один із пріоритетних напрямів реалізації державної політики, адже турбота про життя громадян є головною цінністю в будь-якій країні. Національна система охорони здоров'я повинна ґрунтуватись на основі прогресивного законодавства, що втілює в собі провідний досвід світової науки та практики у сфері охорони здоров'я та права.

Суб'єктами відносин у сфері охорони здоров'я є держава, її органи та установи, медичні заклади різних форм власності, з одного боку, та громадяни – з іншого. Насьогодні правове регулювання охорони здоров'я охоплює десятки й сотні різнорівневих нормативно-правих актів різних галузей права, як приватного, так і публічного [6, с. 14].

Право людей на медичний догляд і медичне обслуговування задекларовано в п. 1 ст. 25 «Загальної декларації прав людини». Крім цього, основні положення міжнародних норм щодо реалізації прав громадянина на охорону здоров'я закріплено в наступних міжнародних актах:

- «Конвенція про захист прав людини і основних свобод», підписана в Римі 4 листопада 1950 роки;
- «Конвенція про передачу осіб, які страждають психічними розладами, для проведення примусового лікування» (28 березня 1997 року, м. Москва);
- «Європейська соціальна хартія» (3 травня 1996 г., м. Страсбург), ст.11 якої гарантує право на охорону здоров'я;
- стаття 15 «Конвенції Співдружності Незалежних Держав про права та основні свободи людини» (26 травня 1995 р., м. Мінськ);

– стаття 11 «Конвенції про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок» (18 грудня 1979 р, м. Нью-Йорк).

В останні роки для всього світу характерна міжнародна співпраця у сфері охорони здоров'я. Так, 34-та сесія Парламентської асамблеї Європейської ради в 1991 році прийняла рекомендації для урядів держав, що визначає здоров'я як показник якості життя та складає важливу частину соціального, економічного та культурного розвитку індивідуума. Право кожної людини на захист здоров'я проголошено і в «Статуті Європейської ради», прийнятого у Лондоні 5 травня 1949 р. [8, с. 34]

Норми державного регулювання охорони здоров'я України закріплені великою кількістю нормативно-правових актів, а саме:

- Конституція України [24];
- Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. № 2801–XII [39];
- Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років [37];
- Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я, схвалена розпорядженням КМУ від 30.11.16 р № 1013–р [51];
- Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.17 р № 2168–VIII [47];
- постанова КМУ від 25.03.16 р № 246 «Про затвердження Порядку проведення конкурсу на зайняття посад державної служби» [57];
- постанова КМУ від 28.03.18 р № 283 «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для надання первинної медичної допомоги населенню» [55];
- постанова КМУ від 28.03.18 р № 391 «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення» [50];

- постанова КМУ від 25.04.18 р № 410 «Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій» [10];
- постанова КМУ від 25.04.18 р № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» [49];
- постанова КМУ від 27.12.17 р № 1075 «Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування» [53];
- наказ МОЗ від 26.01.18 р № 148 «Про затвердження Примірного таблиця матеріально–технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу» [58];
- наказ МОЗ від 19.03.18 р № 503 «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, і форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» [54];
- наказ МОЗ від 19.03.18 р № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» [56].

Норми адміністративного права регламентують відносини, що функціонують у сфері визнання, охорони і захисту прав людини у галузі охорони здоров'я, а також відносини щодо організації та функціонування державної системи охорони здоров'я, відповідних медичних установ, відносини з приводу ліцензування, акредитації та контролю за діяльністю закладів охорони здоров'я та ін. [19, с. 86]

В системі норм, що складають чинне законодавство про охорону здоров'я, вагоме значення відіграють норми конституційного, адміністративного, фінансового, цивільного законодавства, а також законодавства у сфері соціального забезпечення громадян.

Фундамент державної політики в системі охорони здоров'я закладає Верховна Рада України, шляхом закріплення конституційних та законодавчих основ охорони здоров'я. Крім цього, Верховна Рада має наступні повноваження в цій сфері:

- визначає мету, головні завдання, напрями, принципи та пріоритети державного регулювання в сфері охорони здоров'я;
- встановлює нормативи й обсяги бюджетного фінансування;
- створює систему відповідних кредитно–фінансових, митних та інших регуляторів;
- затверджує перелік комплексних та цільових загальнодержавних програм охорони здоров'я [22, с. 9].

Президент України виступає гарантом права громадян на охорону здоров'я, забезпечує виконання законодавства у сфері охорону здоров'я через відповідну систему органів виконавчої влади, реалізує державну політику охорони здоров'я та здійснює інші повноваження, що передбачені Конституцією України.

Здійснення діяльності Президента забезпечується прийняттям відповідних нормативно-правових актів з питань охорони здоров'я. Крім цього, до функцій регулювання Президента сфери охорони здоров'я належать наступні:

- особиста відповідальність за реалізацію державної політики в сфері охорони здоров'я;
- забезпечення виконання законодавства через систему органів державної влади, реалізуючи державну політику;
- укладати міжнародні договори з питань міжнародного співробітництва в сфері охорони здоров'я, що не суперечать відповідним нормам Конституції;
- забезпечення урегулювання питань організації охорони здоров'я громадян;
- забезпечення державного регулювання за допомогою затвердження програм з охорони здоров'я населення [25, с. 195].

Наступним органам в системі адміністративно–правового механізму державного регулювання у сфері охорони здоров'я є Кабінет Міністрів України. До відповідних компетенцій належить реалізація й розробка комплексних механізмів, що спрямовані на стимулювання ефективної

діяльності в галузі охорони здоров'я. Кабінет Міністрів, крім цього, забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я, займається укладанням міжурядових угод та координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я.

Наступним органом, що забезпечує здійснення адміністративно-правового регулювання у сфері охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я України, що є центральним органом виконавчої влади, забезпечує реалізацію державної політики, виконує координуючу роль над іншими міністерствами та відомствами. До основних завдань Міністерства охорони здоров'я України віднесено наступні:

- формування й забезпечення реалізації державної політики в системі охорони здоров'я;
- формування державної політики в сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення;
- створення, розробка, контроль якості та реалізація лікарських засобів й медичних виробів;
- виконання основних принципів державної політики щодо організації та розвитку виробництва лікарських засобів, забезпечення цією продукцією населення, заклади охорони здоров'я тощо.

Відповідно до «Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років» [37], в Україні здійснюється медична реформа. Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1013-р було задекларовано Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я [51], основними принципами якої є такі:

- упровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги;
- утворення єдиного національного замовника медичних послуг;
- створення нових можливостей для здійснення місцевою владою повноважень у сфері охорони здоров'я;
- автономізація постачальників медичної допомоги;
- запровадження принципу «гроші ходять за пацієнтом»;

– розбудова сучасної системи управління медичною інформацією.

В рамках реалізації зазначеної стратегії у 30.01.18 р. був прийнятий Закон від 19.10.17 р. № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [47], що визначає державну політику у сфері медичного обслуговування населення. Відповідно 30.03.18 р. було створено Національну службу здоров'я України (НСЗУ) – центральний орган виконавчої влади, який: оперує коштами держбюджету через програму медичних гарантій; координується через міністра охорони здоров'я; керує Програмою медичних гарантій (державним гарантованим пакетом), формує її та розробляє тарифи й коригувальні коефіцієнти на основі стратегічних напрямів і пріоритетних послуг, визначених МОЗ; укладає договори з надавачами медичних послуг будь-якої форми власності (державними, комунальними та приватними). Основними завданнями НСЗУ є:

1) реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій на медичне обслуговування населення за програмою державних гарантій на медичне обслуговування населення (програма медичних гарантій);

2) виконання функцій замовника медичних послуг та ліків за програмою медичних гарантій;

3) Подання пропозицій до Міністерства охорони здоров'я України щодо забезпечення розробки державної політики у сфері державних фінансових гарантій на медичну допомогу [62].

Законом «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», фактично було оголошено новий підхід - програму державних гарантій надання медичної допомоги (Програма медичних гарантій), яка встановлює перелік та обсяг медичних послуг (включаючи медичні вироби) та ліків, повну оплату яких гарантує держава. Пацієнти за рахунок державного бюджету України, згідно з тарифом для профілактики, діагностики, лікування та реабілітації у зв'язку із захворюваннями, травмами, отруєннями та патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами.

Закон також запровадив механізм відшкодування витрат - механізм повного або часткового відшкодування витрат компаніям, що займаються роздрібним продажем фармацевтичних препаратів, за вартість лікарських засобів, що видаються пацієнту за рецептом лікаря за рахунок державного бюджету України. [47]. Також відбулися зміни у витратах на охорону здоров'я. Таким чином, не лише державні та комунальні заклади охорони здоров'я, а й приватні компанії, які мають відповідну ліцензію на медичну практику та працюють у формі фізичної особи - підприємця або юридичної особи. Щоб отримати право на державні витрати, усі установи повинні підписати контракт із Національною касою медичного страхування та скласти заяви з пацієнтами. У свою чергу, пацієнти повинні подати заяву до лікуючого лікаря (на етапі первинної медичної допомоги) або відвідати вторинного лікаря, звернувшись до первинного лікаря (на етапі вторинної медичної допомоги). Таким чином, кількість закладів, потреби яких задовольняються за рахунок цих витрат (ФОП, приватні медичні установи), зросла, а вимоги до самих закладів та до пацієнтів змінилися.

Базовим нормативно-правовим актом реформи фінансування охорони здоров'я, що регулює бюджетні видатки за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік, є постанова Кабінету Міністрів України від 18.12.2018 року № 1117 «Деякі питання реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік». Так, даною постановою затверджено Порядок реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік, яким встановлено: тарифи за обслуговування одного пацієнта за програмою державних медичних гарантій (від 0 до 5 років – 1480 грн., від 6 до 17 років – 814 грн., від 18 до 39 років – 370 грн., від 40 до 64 років – 444 грн., понад 65 років – 740 грн., для пацієнтів з червоного списку (які не укладали декларації) – 120 грн. (для пацієнтів з гірських населених

пунктів додатково застосовується коригувальний коефіцієнт 1,25); знижувальні коефіцієнти у випадку перевищення лімітів кількості пацієнтів.

Реформа медичного сектору, проведена Міністерством охорони здоров'я України, передбачає низку заходів, спрямованих на перетворення пострадянської системи в проєвропейську модель. Наприклад, ідеологія, закріплена в українському Законі «Про державні фінансові гарантії медичної допомоги», ґрунтується на оплаті діяльності постачальників медичних послуг на основі конкретних результатів їх діяльності. Для реалізації договірної моделі відносин з керівником домогосподарства необхідно, щоб державні та комунальні медичні заклади мали достатній рівень управління та фінансової автономії. Реформа передбачає реструктуризацію таких медичних закладів у державні та комунальні неприбуткові компанії.

Міністерство охорони здоров'я України визначає автономію закладів первинної медико-санітарної допомоги як головне завдання медичної реформи, яка укладає угоди з Національною службою охорони здоров'я України щодо отримання безпосереднього фінансування медичних послуг з державного бюджету. Хоча реструктуризація є правом закладів охорони здоров'я, а не їх обов'язком, було визначено, що змінювати основні напрямки діяльності державних та муніципальних закладів охорони здоров'я щодо надання медичної допомоги у зв'язку зі зміною їх організаційно-правової форми забороняється. Крім того, приватизація в цьому процесі заборонена.

З цією метою робоча група Міністерства охорони здоров'я України на прикладі механізмів трансформації закладів первинної медико-санітарної допомоги розробила методичні рекомендації щодо перетворення закладів охорони здоров'я із бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства [34]. Рекомендації призначені для надання допомоги органам місцевого самоврядування, керівникам місцевих органів охорони здоров'я та медичних закладів, а також місцевим радам, які відповідають за підготовку та прийняття рішень щодо змін в економічному та правовому статусі місцевих закладів охорони здоров'я.

Що стосується регулювання охорони здоров'я, місцеві регуляторні адміністрації повинні бути предметом регулювання, які реалізують державну політику охорони здоров'я в межах своїх повноважень. Тому місцеві державні адміністрації виконують такі функції:

- здійснення загального управління закладами охорони здоров'я в зоні їх відповідальності;
- управління матеріальною та фінансовою підтримкою;
- організація роботи медичних закладів з медичного обслуговування населення;
- здійснення заходів щодо попередження інфекційних хвороб, епідемій тощо.

Крім того, територіальна громада, точніше органи місцевого самоврядування відповідають за розвиток системи охорони здоров'я. Тут слід зазначити, що тема збереження здоров'я населення виходить за межі медичної складової і включає: спосіб життя, доступ до спортивної інфраструктури, дозвілля та соціальне життя тощо.

Роль команди управління громадою полягає у формуванні стратегії розвитку системи охорони здоров'я громади за участю зацікавлених сторін та у визначенні місцезнаходження кожного постачальника медичних послуг у громаді та за її межами. Як частина цієї стратегії, громада вимагає запитів у закладів первинної медико-санітарної допомоги та забезпечує фінансування ініціатив, пов'язаних із охороною здоров'я.

Муніципалітет також виконує контрольну функцію, зокрема представник муніципалітету повинен брати участь у роботі піклувальних рад у медичних закладах (що складаються з житлової площі та комунальних служб). Громада володіє інфраструктурою закладів охорони здоров'я та інвестує в їх підтримку та розвиток.

Окремим завданням розвитку сімейної медицини в громадах є оновлення персоналу, зокрема набір молодих сімейних лікарів для роботи в громаді. Вирішення цієї проблеми виходить за рамки можливостей окремого

медичного закладу. Тому під час реалізації стратегії муніципалітет може створити умови для комфортного проживання спеціаліста (житло, інфраструктура для молодих сімей (дитячий садок, школа тощо)) та фінансувати переселення, (Спільне) фінансування навчання студентів громади з сімейної медицини (пов'язаних з аспірантською роботою в громаді)

Для виконання всіх цих функцій необхідно створити підрозділ або посаду в місцевій владі (наприклад, заступник голови охорони здоров'я громади). Співробітники цих відділень не повинні бути лікарями за фахом, але вони повинні розуміти стратегічне планування, комунікацію та нову систему взаємовідносин у галузі охорони здоров'я.

Розвитку системи охорони здоров'я на місцевому та державному рівня сприяє також становлення інституту державно-приватного партнерства. Так, відповідно до ст. 1 Закону України «Про державно-приватне партнерство» [48] державно-приватне партнерство визначено як співробітництво між державою Україна, Автономною Республікою Крим, територіальними громадами в особі відповідних державних органів та органів місцевого самоврядування (державними партнерами) та юридичними особами, крім державних та комунальних підприємств, або фізичними особами-підприємцями (приватними партнерами), що здійснюють на основі договору в порядку, встановленому цим Законом та іншими законодавчими актами, та відповідає ознакам державно-приватного партнерства, визначеним цим Законом. Так, ст. 4 цього Закону визначає можливість реалізації державно-приватного партнерства у сферах «охорона здоров'я» і «надання освітніх послуг та послуг у сфері охорони здоров'я». Це робить перспективним та можливим залучення приватних інвестицій для фінансування масштабних проектів у сфері охорони здоров'я, що також відповідає Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020»: український вимір, затвердженою розпорядженням Кабінетом Міністрів України від 31.10.2011 № 1164 р. [61].

Закон України «Про внесення змін до деяких законів України щодо усунення регуляторних бар'єрів для розвитку державно-приватного

партнерства та стимулювання інвестицій в Україні» від 24 листопада 2015 р. виправив низку правових колізій, які гальмували державно-приватне партнерство в Україні в сфері охорони здоров'я. Зокрема, запроваджено механізми державної підтримки територіальних громад у реалізації проектів державно-приватного партнерства, гарантії приватним партнерам від змін законодавства та у випадку припинення державно-приватного партнерства через порушення обов'язків держави-партнери були розширені. ДПП дасть змогу створити нову модель фінансування та організації системи охорони здоров'я в Україні, забезпечуючи ефективну взаємодію між проблемами управління та цією сферою та сприяючи поліпшенню якості медичних послуг.

Викладене дозволяє стверджувати, що суть адміністративно-правового забезпечення в секторі охорони здоров'я полягає у цілеспрямованих діях державних органів у межах статутної компетенції через спеціальний (регулятивний) механізм щодо відносин у секторі охорони здоров'я. захищати і захищати права, свободи та інтереси населення. Одночасно в рамках реформи створюється нова децентралізована система управління з широким використанням інструментів передачі повноважень вищим та нижчим органам.

2.2. Оцінка стану розвитку системи охорони здоров'я населення в Україні

Забезпечення населення медичної допомогою високої якості та в достатньому обсязі залежить від адекватності матеріально-технічної бази медичних закладів, кваліфікації та професіоналізму лікарів. Серед ключових умов забезпечення належної якості медичних послуг є фінансування - один з основних чинників, що визначає вектор розвитку охорони здоров'я й соціально-економічну ефективність галузі.

Основною проблемою фінансування медичних послуг в Україні, надання яких забезпечує сфери охорони здоров'я, є залишковий принцип, пов'язаний з хронічним дефіцитом бюджетних коштів, що вкладаються у

вітчизняну медичну галузь. Недостатність фінансування й нераціональне використання наявних фінансових ресурсів, орієнтацію на утримання закладів охорони здоров'я, та низький рівень задоволення потреб населення в наданні медичної допомоги, призводить до того, що вітчизняна система охорони здоров'я характеризується низькою якістю медичних послуг і низьким рівнем мотивації медичних кадрів до якісної праці.

На рис. 2.1 наведено динаміку видатків зведеного бюджету на охорону здоров'я у 2015-2019 рр.

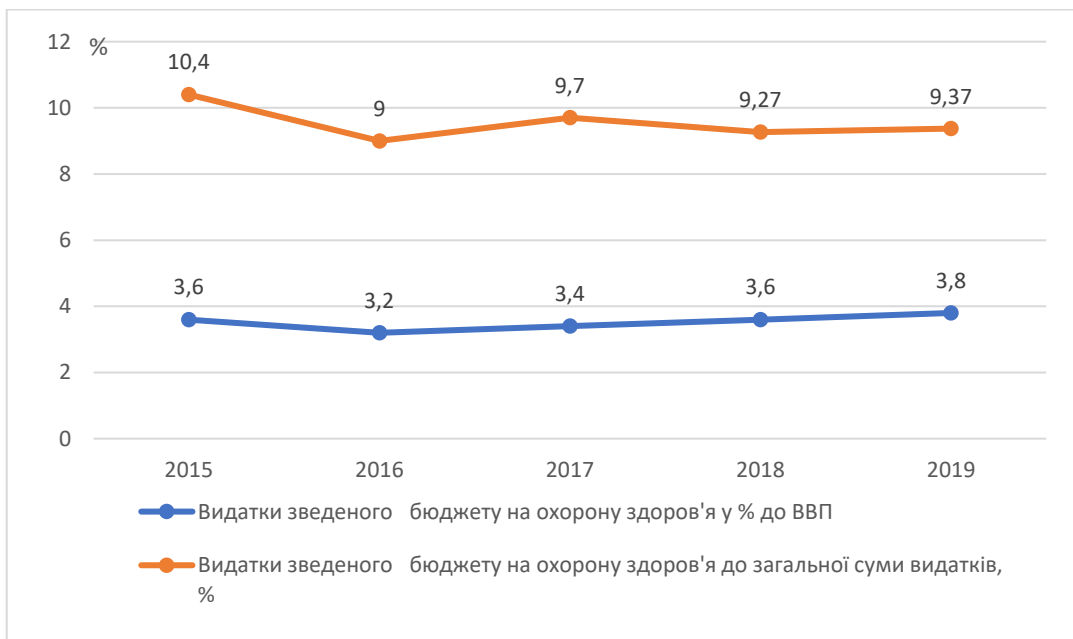


Рис. 2.1. Динаміка видатків зведеного бюджету на охорону здоров'я у 2015-2019 рр.

Джерело: [71].

За результатами аналізу, зробимо висновок, що питома вага видатків з зведеного бюджету на охорону здоров'я збільшується повільно. Разом з тим, з урахуванням зарубіжного досвіду, мінімальним обсягом бюджетного фінансування вважається 5,5-6% до ВВП. Таким чином, система охорони здоров'я України відчуває хронічний дефіцит фінансування 2-2,5% до ВВП, що здійснює негативний ефект на функціонування всієї сфери [21]. Так, фінансування системи охорони здоров'я в економічно розвинутих країнах (США, Канада, Франція, Великобританія, Японія) складає 7,9-8,1% ВВП. У

«Нових країнах ЄС» (Венгрія, Польща, Чехія, Словачія) державні витрати на охорону здоров'я складають 5,4% ВВП [79].

В цілому уряд фінансував переважну частину медичних послуг через інструмент медичних субвенцій, що у період 2015-2019 років становили близько 77% від державних витрат на охорону здоров'я. В свою чергу місцеві органи самоврядування фінансували решту за рахунок власних ресурсів. Недостатність обсягів фінансового забезпечення з бюджетів всіх рівні національної системи охорони здоров'я компенсують альтернативні джерела, серед яких ключову роль відводиться грошовим коштам населення, що враховуючи низьку платоспроможність громадян, не спроможне забезпечити їм належний рівень медичних послуг.

Державні витрати на систему охорону здоров'я становлять приблизно однакову величину в реальному вираженні на душу населення з моменту початку реформ, і є значно нижчими рівня, що спостерігався у 2014 році. Для зменшення дефіциту загального державного бюджету та відновлення макрофіскальної стабільності у 2015-2016 роках уряд скоротив видатки на охорону здоров'я (з 101 долара США у 2014 році до 87 доларів США у 2016 році в постійних цінах 2018 року, виражених в доларах США) (рис. 2.2).

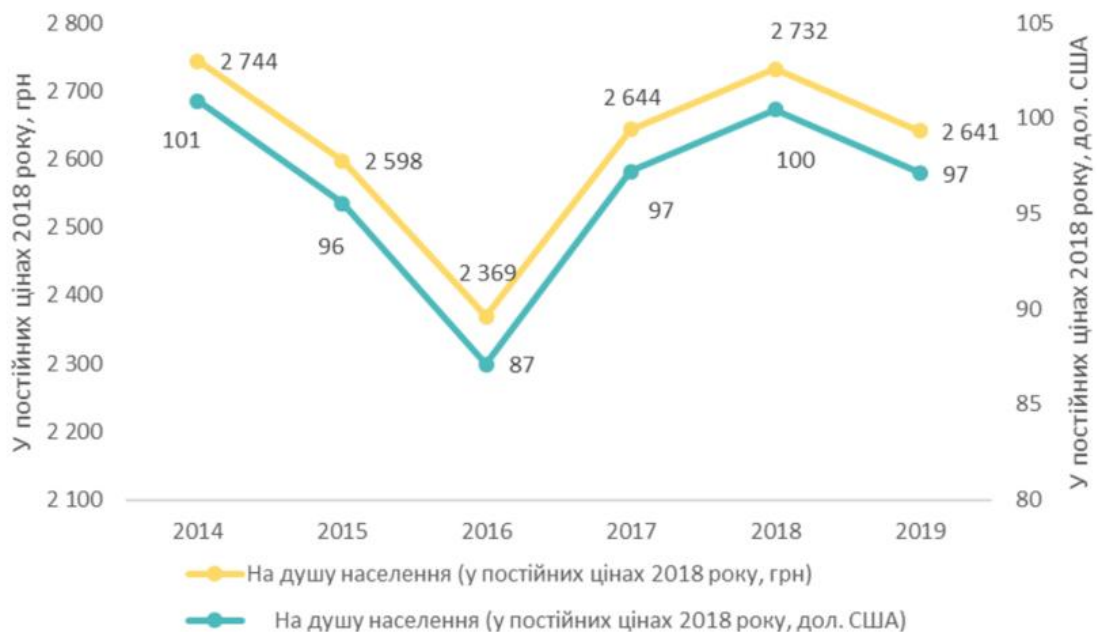


Рис. 2.2. Державні витрати на охорону здоров'я в реальній гривні 2018 року та в доларах США, 2014-2019 роки

Джерело: [71].

Податкова реформа, що розпочата у 2015 році, суттєво скоротила податкові відрахування до фондів соціального захисту, що стало причиною збільшення дефіциту пенсійного фонду до 5% ВВП. Щоб гарантувати соціальний захист бідним та незахищеним верствам населення через зростання тарифів на газ, було введено субсидії на опалювання та житлово-комунальні послуги. В результаті, витрати на соціальний захист зросли з 8,4% ВВП у 2015 році до 10,3% у 2016 році, однак видатки в інших секторах суттєво скоротилися.

З позитивних тенденцій слід відмітити зростання витрат на ПМД, що показує ефективність змін щодо покращення послуг на первинній ланці. Так, державні витрати на ПМД склали 10,6% від витрат на охорону здоров'я в 2017 році порівняно з 11,5% у 2018 році, а у 2019 році частка фінансування ПМД зросла до 14,6% від загальної величини державних витрат на охорону здоров'я. Збільшення балансу витрат на користь первинної ланки медичної допомоги є безперечно важливим показником визначення пріоритетів у цьому секторі. Така тенденція та надання пріоритету ПМД підтверджує реформи, спрямовані на підвищення якості послуг саме на первинній ланці. З впровадженням реформи вторинної та третинної ланки, важливо підтримувати таку позитивну тенденцію.

Водночас, кількість населення, що уклала декларації з первинною ланкою, у 2019 році перевищила цільову кількість, включену до проекту бюджету на відповідний рік, що призвело до посилення дефіциту коштів. Тому під час планування бюджету важливо адекватно планувати та розподіляти достатню кількість ресурсів.

Процес перетворення закладів охорони здоров'я на комунальні некомерційні підприємства охорони здоров'я як вже говорилося вище розпочався у 2018 році. Державні та комунальні надавачі ПМД змінили свій юридичний статус на некомерційні підприємства з управлінською та фінансовою автономією. Так, у 2019 року НСЗУ уклала договори з 1024

державними закладами та зі 131 приватним центром ПМД, а також зі 121 індивідуальною сімейною практикою (сімейним лікарем). У 2019 році послуги первинної медичної допомоги надавали 22 020 лікарів, зокрема 14 516 лікарів сімейної медицини, 4 241 педіатрів та 3 308 терапевтів, що працюють у 6 320 місцях надання ПМД у складі 1 276 закладів первинної медичної допомоги, законтракованих НСЗУ. Середній показник зареєстрованих пацієнтів складає 4 372 пацієнта на практику та 1 255 пацієнтів на одного лікаря первинної медичної допомоги. Наразі база даних про укладені декларації пов'язана містить інформацію щодо 27,6 мільйона осіб, які уклали декларації з 22 032 лікарями первинної медичної допомоги, про 1 276 надавачів послуг первинної медичної допомоги та 1 000 аптек, які уклали договори з НСЗУ, а також про 2,3 мільйона призначених рецептів на лікарські засоби. Рисунок 2.3 відображає тенденції укладання декларацій з надавачами послуг ПМД за регіонами України. Як бачимо, існує значна диференціація між регіонами за показником активності укладання декларацій, середній показник по Україні становить 66%, що говорить про необхідність посилення дій як органів місцевого самоврядування, так і самих закладів, що надають первинну медичну допомогу, щодо роз'яснення серед населення необхідності таких угод.

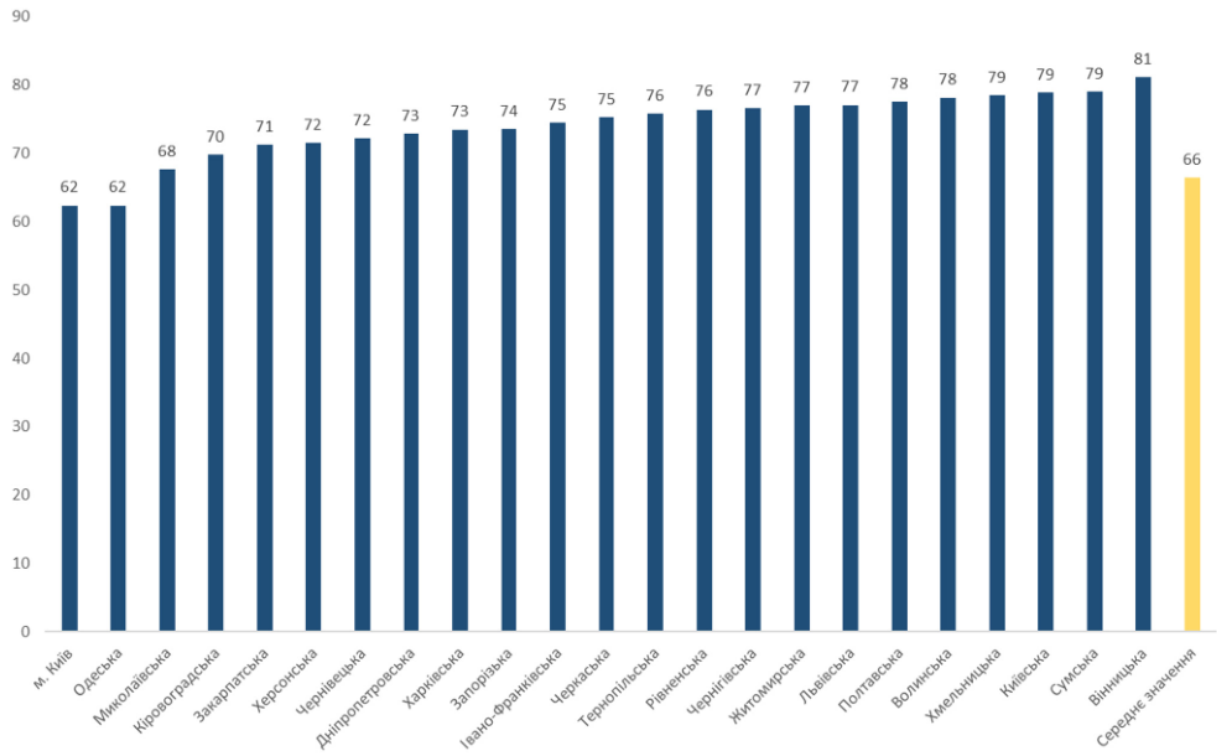


Рис. 2.3. Відсоток жителів, які підписали декларації з надавачами ПМД, за регіонами, 2019 р.

Джерело: [71].

Зазначені вище проблеми фінансування охорони здоров'я обумовлює негативні тенденції щодо забезпечення галузі медичними працівниками. Упродовж 1993–2018 рр. співвідношення чисельності медичних сестер та лікарів в Україні має тенденцію до скорочення з 2,7 до 2,2 – за національним обліком, при цьому у ЄС середнє значення співвідношення медичних сестер та лікарів становить 2,4 до 1 (станом на 2016 р.), що є вищим за українські показники.

Станом на 01.01.2019 забезпеченість лікарями становила 37,2 на 10 тис. населення, а забезпеченість середнього медичного персоналу – 74,4 на 10 тис. населення за національним обліком (рис.2.4.). Лише у 2017–2018 рр. чисельність лікарів зменшилася на 2 737 осіб, а чисельність середнього медичного персоналу – на 17 032 особи, що понад удвічі більше, ніж у попередньому році.

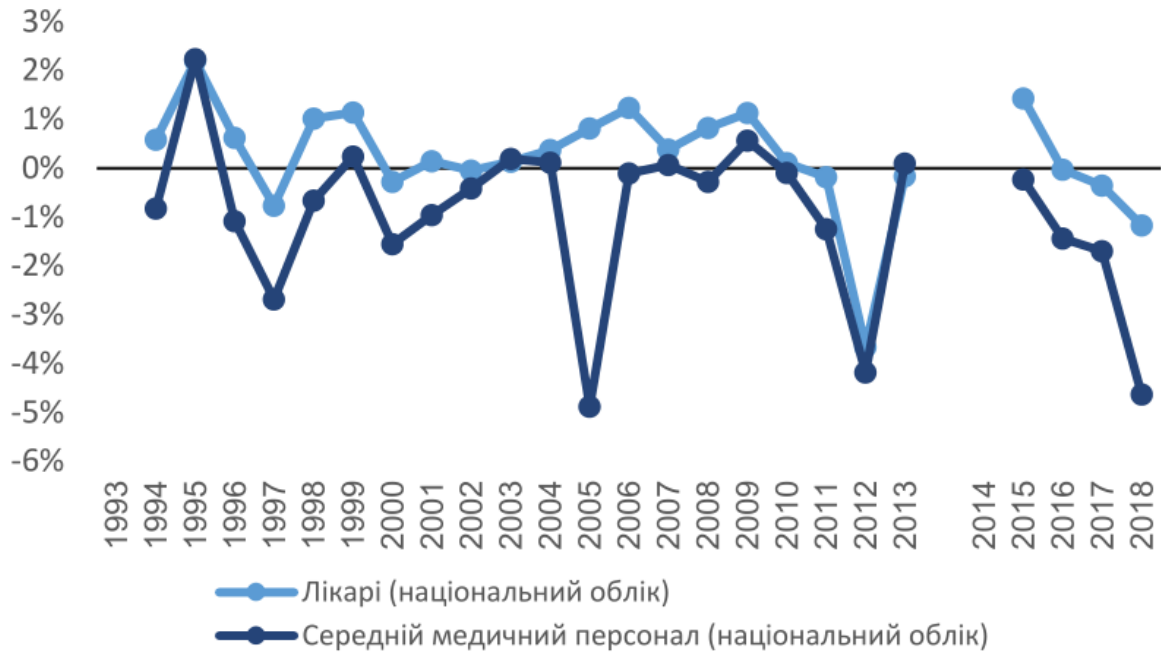


Рис. 2.4. Динаміка змін щільності лікарів та медичних сестер на 10 тис. населення у порівнянні з попереднім роком, ЗОЗ бюджетного сектору, 1993–2018 рр., %*

*-дані за 2014–2018 рр. зібрано та розраховано без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя і тимчасово окупованих територій частини Донецької та Луганської областей. Враховуючи це, окремо демонструються тренди за 1993–2013 рр. та 2014–2018 рр.

Джерело: [17, с.23].

На 01.01.2019 питома вага лікарів спеціалізованої допомоги становила 79%, первинної допомоги – 18%, а екстреної допомоги – 4%. Структура лікарів за рівнем медичної допомоги є стабільною протягом досліджуваного періоду. Однак спостерігається зміни у співвідношенні лікарів первинного рівня як результат розвитку сімейної медицини: знижується забезпеченість дільничними педіатрами та дільничними терапевтами, швидко зростає забезпеченість лікарями загальної практики – сімейними лікарями.

Чисельність лікарів та середнього медичного персоналу на ПМД є недостатньою: чотири з п'яти лікарів є лікарями-спеціалістами. Питома вага лікарів ПМД у структурі медичної допомоги є нижче ніж в середньому за показник у ЄС (один лікар первинної ланки припадає на 4,5 лікаря-спеціаліста в Україні, тоді як в ЄС це співвідношення становить 1 до 3). Крім цього, існує дисбаланс між стаціонарними та амбулаторно-поліклінічними посадами. Лише третина штатних посад лікарів та приблизно чверть штатних посад середнього

медичного персоналу належать до амбулаторно-поліклінічних закладів, решта – до стаціонарів. У ЄС співвідношення між стаціонарними та амбулаторно-поліклінічними посадами лікарів та медичних сестер є рівномірним (близько половини посад – у стаціонарах).

Загальний стан фінансування галузі та рівень оплати праці впливає на укомплектованість і суміщення посад. Так, у 2018 р. в усіх бюджетних закладах, а також у госпрозрахункових відділеннях бюджетних закладів та в госпрозрахункових закладах було заплановано 755 290 штатних посад, укомплектованість яких складала 92%. Чисельність посад скоротилася на 49% з 1993 р., лише впродовж 2017 р. скорочення склало 16,7%. Серед закладів охорони здоров'я укомплектованість лікарів в середньому становить 88%, а середнього медичного персоналу – 92,6% (рис. 2.5). Найвищою є укомплектованість за посадами зубних лікарів (98,6%), а найнижчою – фармацевтів (79,4%) та провізорів (80,4%). У 2018 р. в Україні середній коефіцієнт суміщення посад (співвідношення зайнятих посад та фізичних осіб) становить 1,08 серед усіх посад закладів охорони здоров'я, у тому числі 1,13 – серед лікарів та 1,07 – серед середнього медперсоналу. Таким чином, укомплектованість за посадами лікарів є нижче порівняно із середнім медичним персоналом (88% у порівнянні з 92,6%).



Рис. 2.5. Укомплектованість штатних посад у закладів охорони здоров'я бюджетного сектору за групами персоналу, 2018 р., %

Джерело: [17, с.36].

Інформаційні та комунікаційні технології (ІКТ) є невід'ємним компонентом сучасної, якісної системи охорони здоров'я, одним з

пріоритетних напрямів медичної реформи. Незважаючи на започаткування інформатизації у галузь, рівень комп'ютеризації закладів охорони здоров'я продовжує залишатися вкрай низьким. Так, у 2015 р., до старту реформування системи фінансування первинної ланки медичної допомоги, лише 3% лікарів первинної ланки було забезпечено комп'ютерами, рівень комп'ютеризації структурних підрозділів закладів охорони здоров'я вторинного і третинного рівнів становив 6% та 18% відповідно. Переважна більшість обладнаних комп'ютерами закладів охорони здоров'я вторинного і третинного рівнів мали доступ до Інтернету (87,5% та 94% відповідно), тоді як на первинному рівні – лише 10% закладів. На даний час ситуація щодо комп'ютеризації закладів охорони здоров'я покращилась : обов'язковою вимогою для укладення договору закладів охорони здоров'я із НСЗУ є наявність комп'ютерного обладнання з доступом до Інтернету для кожного робочого місця персоналу [58]. За даними НСЗУ, станом на 01.04.2019 комп'ютеризовано 92% робочих місць лікарів у закладів охорони здоров'я, що уклали договори.

За 2015–2018 років спостерігається зростання капіталовкладень у медичні заклади в Україні. Абсолютні показники капітальних інвестицій у сферу охорони здоров'я за 2018 рік у доларовому еквіваленті наближаються до 299 млн. дол. США. Однак, динаміка тенденції свідчить про повільне відновлення інвестицій у валютному вимірі, порівняно з суттєвим зменшенням капіталовкладень у 2014–2015 роках (рис.2.6).

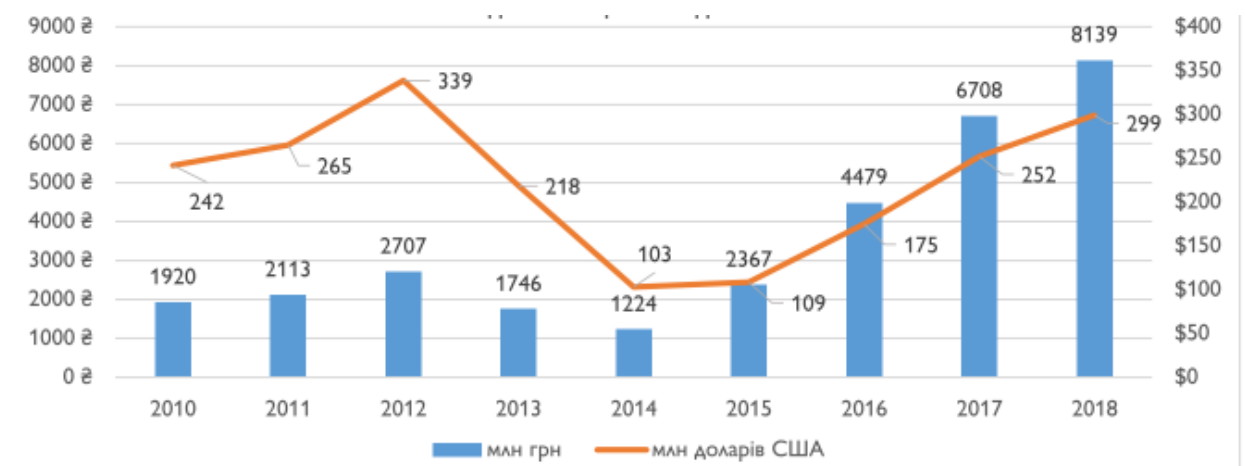


Рис. 2.6. Капітальні інвестиції у сферу охорони здоров'я

Джерело: [41].

Станом на кінець 2018 року залишкова вартість основних засобів закладів охорони здоров'я становила 9,4 млрд грн, а загальний ступінь зносу 45,6%. При цьому протягом 2019 року введено в експлуатацію основних засобів на суму 1,4 млрд. грн. Основою перешкодою до оновлення основних засобів є обмеженість джерел фінансування.

Враховуючи зазначене, особливої актуальності набуває питання розвитку державно-приватного партнерства як одного з ефективних інструментів медичної реформи. За допомогою державно-приватного партнерства можна вирішити такі проблеми, що є важливими для держави: розв'язання системних проблем розвитку інфраструктури; забезпечення ефективності використання бюджетних коштів; зниження навантаження на бюджет; підвищення інвестиційно-інноваційної складової медицини; збільшення дохідної частини бюджету.

Аналізуючи структуру проектів ДПП, що реалізуються в Україні протягом 2015-2018 рр., бачимо, що у сфері охорони здоров'я дає лише 1 договір, що становить 1,5 % від загальної кількості) (рис.2.7).

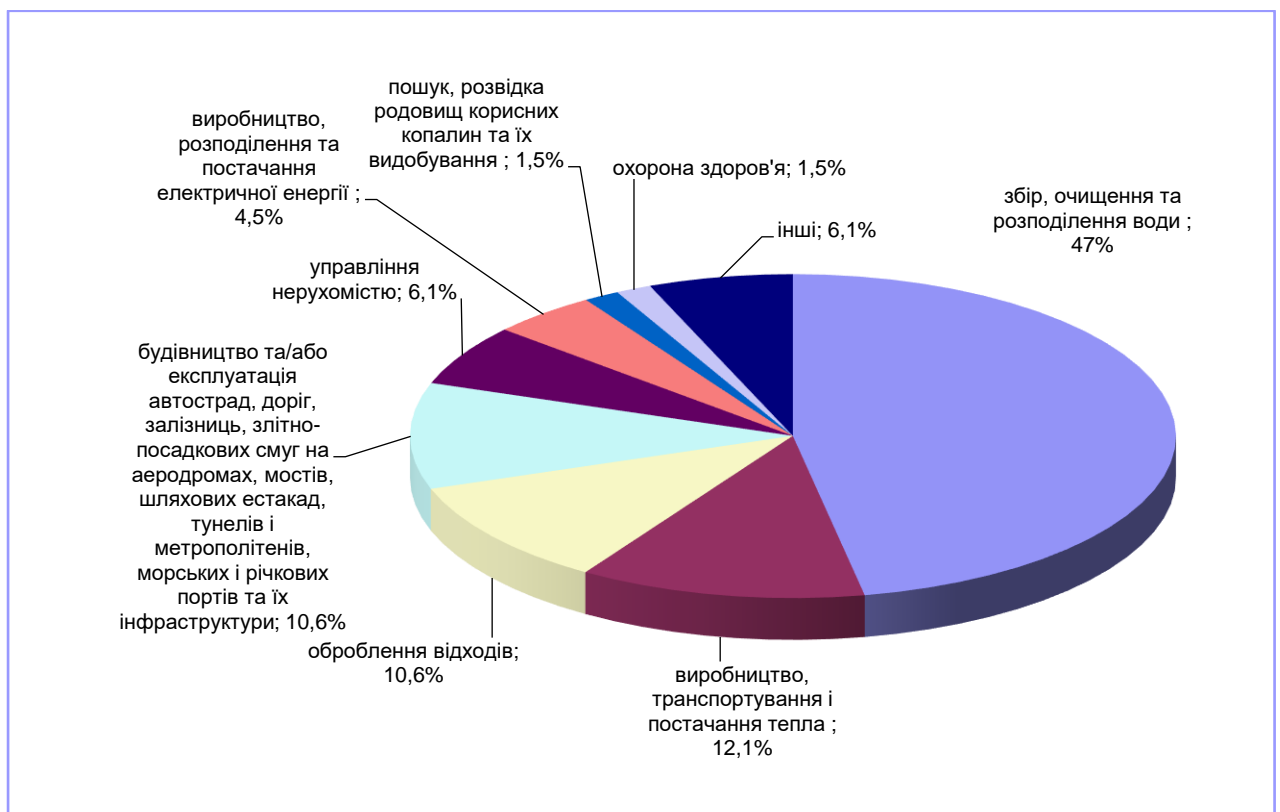


Рис.2.7. Структура проектів ДПП, що реалізується в Україні, 2018 р.

Примітка: складено автором за даними [9].

Це свідчить про недосконалість механізмів реалізації ДПП у сфері охорони здоров'я, слабку підтримку з боку органів публічного управління та низьку активність суб'єктів підприємництва, представників громадськості у спільному вирішенні проблем місцевого розвитку; неготовність керівництва медичних закладів і недостатню поінформованість потенційних партнерів. Однак поєднання організаційно-управлінських та фінансово-економічних потенціалів бізнесу і влади є рушійною силою процесів реформування та інноваційного розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я, що забезпечить інтеграцію інтересів держави, бізнесу і пацієнта. Зазначене визначає актуальність удосконалення механізмів державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення України, зокрема інструментів розвитку приватно-публічного партнерства.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

3.1. Шляхи оптимізації фінансового та інформаційно-комунікаційного забезпечення державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення

Концептуальне бачення створення системи соціальної солідарності організації та багатоканальної системи фінансування медичного сектору в Україні базується на таких принципах організації та надання медичної допомоги, як доступність, якість та соціальна рівність. Зазначимо, що результати глобальних реформ у галузі охорони здоров'я вказують на можливість обрати один із двох шляхів:

- вдосконалення існуючої моделі;
- перехід на принципово іншу модель.

Удосконалення існуючої в Україні моделі державно-муніципальної медицини має відбуватися шляхом створення двох секторів медичної допомоги:

- сектор охорони здоров'я;
- сектор додаткових можливостей для здоров'я.

Фінансування сектору охорони здоров'я захищає здоров'я всіх груп населення від усіх видів хвороб, травм та декретних відпусток. Доступність та ресурси обов'язкового державного соціального медичного страхування (застраховані особи) - рівень здоров'я. Вплив державної влади на громадян (формується соціальна база) досягається шляхом консенсусу між суб'єктами, які визначають державну політику у Верховній Раді України. Внаслідок таких заходів державного впливу (примусу) через механізм державного та місцевих бюджетів фонд загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування збирає кошти (солідарна основа) для надання медичної допомоги, надання послуг, що загрожують життю, та охорони здоров'я на гарантованій

та доступній основі відповідно до визнаних медичних та технологічних стандартів, встановлених державною програмою гарантованого рівня медичної допомоги. Тому сектор охорони здоров'я розглядається як сектор солідарності у сфері охорони здоров'я.

Враховуючи дефіцит бюджету, прогнозований недостатній рівень загальнообов'язкового соціального медичного страхування, ми об'єктивно стикаємося з потребою та можливістю формувати та розвивати сектор із додатковими можливостями у секторі охорони здоров'я.

Додатковий сектор охорони здоров'я структурований двома способами:

- сектор державної солідарності в галузі охорони здоров'я (каси медичного страхування);
- державний сектор охорони здоров'я (добровільне медичне страхування).

Для того, щоб зрозуміти проблеми розмежування фінансових потоків з різних джерел (сектори охорони здоров'я) та чіткого визначення організаційної форми, ми пропонуємо такі пояснення понять та термінів:

- сектор громадської солідарності у галузі охорони здоров'я - добровільне некомерційне громадське об'єднання, яке на основі одиниці інтересів для спільної реалізації громадянами, які їх створили, своїх прав та свобод у галузі охорони здоров'я, надання медичної допомоги для людей, які потребують відповідно до визнаних медико-технологічних стандартів, встановлювали, визначаючи склад складних медичних програм;
- солідарність приватного сектора охорони здоров'я - сектор, в якому фінансове відшкодування витрат, пов'язаних із наданням медичних послуг застрахованим особам страховими компаніями, базується на раніше укладених договорах добровільного медичного страхування;
- фінансування соціальної солідарності в галузі охорони здоров'я - фінансове забезпечення медичних послуг у галузі охорони здоров'я за рахунок спільно накопичених коштів членів громадських організацій, основною юридичною діяльністю яких є охорона здоров'я та медична діяльність для

членів організації в межах затвердженого складу комплексних медичних програм, а також заходів, що сприяти розвитку охорони здоров'я;

- спільне приватне фінансування охорони здоров'я вважається фінансовою підтримкою застрахованих осіб у разі повного або часткового відшкодування страхових виплат страховою компанією за рахунок спільно накопичених коштів застрахованих осіб для надання медичних послуг медичними закладами, що охоплюються договорами добровільного медичного страхування.

Отже, в системі охорони здоров'я можна виділити три організаційні сектори (рис. 3.1).



Рис. 3.1. Організаційні сектори системи охорони здоров'я населення

Примітка. Складено автором.

У кожному з організаційних секторів надаватиметься медична допомога з чітко вираженим поділом потоків фінансування (державно–солідарне, суспільно–солідарне або приватно–солідарне фінансування). Таким чином формується багатоканальна система фінансування охорони здоров'я.

Фінансове забезпечення державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення має наступні джерела (рис. 3.2).



Рис. 3.2. Джерела фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я населення

Примітка. Складено автором.

У сучасних соціально-економічних умовах пріоритетом для подальшого розвитку державного регулювання у сфері охорони здоров'я є формування керованої стратегії охорони здоров'я шляхом створення ефективної системи солідарності (з точки зору держави, соціальної та / або ринкової солідарність). Форма). Така стратегія повинна базуватися на принципах побудови соціально орієнтованого суспільства (з урахуванням принципів соціальної рівності, справедливості та солідарності) з урахуванням конституційного забезпечення безкоштовного надання якісної, доступної та своєчасної медичної допомоги.

Державне регулювання системи соціальної солідарності організації та фінансування охорони здоров'я має ґрунтуватися на таких умовах:

- запровадження двох рівнів фінансової підтримки медичних послуг у сфері державної солідарності:

перший рівень - базове обслуговування - за рахунок бюджетних коштів,

другий рівень - базовий стан здоров'я (завдяки обов'язковому медичному страхуванню);

- запровадження третього рівня фінансової підтримки медичних послуг - послуг (за рахунок добровільних внесків на добровільне медичне страхування та програми медичного страхування) у сфері соціальної та приватної солідарності.

Важливим практичним аспектом охорони здоров'я є система інформаційної допомоги громадянам, яка стає щоденною необхідністю через збільшення обсягу даних та необхідність активної участі пацієнтів у процесі лікування. У галузі охорони здоров'я якість інформації характеризується її основними характеристиками: об'єктивністю, повнотою, надійністю, актуальністю, доступністю, релевантністю.

В рамках державного регулювання у сфері охорони здоров'я в Україні процеси узагальнення та надання зведеної інформації реалізуються на більш високому рівні. У той же час неможливо, по-перше, перевірити таку інформацію на надійність, а, по-друге, швидко змінити склад та форму подання агрегованої інформації залежно від типу адміністративних завдань.

Інформаційні системи охорони здоров'я розробляються та розробляються на децентралізованій основі без єдиної методології, а отже, не дозволяють реєструвати та аналізувати всю систему охорони здоров'я.

Медичні організації збирають значну кількість інформації, яка повинна бути конфіденційною. У той же час, питання інформаційної безпеки раніше не були пріоритетними при проектуванні та експлуатації інформаційних систем охорони здоров'я.

Основна роль інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ) у охороні здоров'я полягає у забезпеченні безпеки пацієнтів. Виходячи з цього, інформатизація охорони здоров'я в Європейському Співтоваристві рухається

до створення медичних систем підтримки прийняття рішень та створення нового інформаційного середовища для їх діяльності, що дозволяє отримати доступ до професійних інформаційних ресурсів (інформаційно-довідкових систем та тематичних форумів), щоб переміщатися між професійними асоціаціями та визнаними експертами. Це створює середовище для постійного навчання лікарів шляхом регулярного моніторингу останніх досягнень медицини та фармації.

Комп'ютеризовані системи підтримки рецептів можуть зменшити помилки в лікуванні до 80% та побічні ефекти на 55%. У деяких країнах лікар не може отримати професійну ліцензію без відповідних знань у галузі інформаційних технологій.

В даний час ступінь комп'ютеризації та використання інформаційних технологій у медичних закладах неоднакова, немає однорідності програмного забезпечення, існує серйозна нестача ресурсів. Програма модернізації охорони здоров'я передбачила фінансування для вирішення цих викликів, але результати ще не ясні. Залишаються відкритими важливі питання: класифікація та термінологія інформаційних систем охорони здоров'я, що визначають головну мету інформатизації, розробка та впровадження стандартів для забезпечення сумісності різних інформаційних систем охорони здоров'я, створення нормативних стандартів електронних медичних записів та ін.

Важливим питанням є забезпечення працездатності систем у медичних організаціях, їх обслуговування та програмне забезпечення. Все це вимагає фінансування, людських ресурсів, регулювання та досвідченого керівництва.

Вирішенням цієї проблеми, на наш погляд, може стати створення інформаційної системи великого науково-клінічного центру, яка передбачає організацію його інформаційного простору з метою своєчасного надання повної, достовірної та об'єктивної інформації персоналу та пацієнтам. Оптимізація процесу лікування та діагностики, а також наукова та практична діяльність. Основною структурою єдиного організаційно-інформаційного

простору центру може бути інформаційна система, що забезпечує реальну можливість управління складними лікувально-діагностичними процесами, диверсифікацією медичних послуг та раціональним використанням коштів.

Інформаційне забезпечення закладів охорони здоров'я дозволяє підвищити ефективність діяльності та вирішити наступні пріоритетні завдання:

- перехід закладу на інноваційний соціально орієнтований тип розвитку;
- впровадження системи стандартизації в галузі охорони здоров'я для впровадження сучасних медичних технологій надання медичної допомоги;
- роз'яснення щодо реалізації державних гарантій щодо виду, розміру, процедур та умов надання безоплатної медичної допомоги у зв'язку зі змінами правил про загальнообов'язкове медичне страхування;
- розвиток системи добровільного медичного страхування;
- раціональне використання та планування інституційних ресурсів;
- забезпечення управління якістю у сфері медичних послуг та бізнесу;
- збільшення професійного складу;
- створення внутрішньої комплексної системи інформування та попередження пацієнтів;
- покращення умов доступу персоналу та пацієнтів до ресурсів.

Надання інформаційної підтримки медичному закладу - це складний та трудомісткий процес вирішення професійних, організаційних та соціальних проблем. Це насамперед формування та структурування інформаційного простору медичного закладу з використанням повного набору інформаційних ресурсів та інформаційних технологій для оптимізації діяльності організації.

Інформаційний простір медичного закладу поділяється на три сфери: інформація для пацієнтів (споживачів), інформація для працівників (фахівців), інформація для партнерів, страхових компаній, компаній (компаній).

Інформаційне забезпечення науково-клінічного центру має бути спрямоване на створення та розвиток таких основних блоків:

1. Інформація про медичний заклад.

2. Нормативно-правова база для медичної діяльності.
3. Медична інформаційна система.
4. Робота у зовнішніх інформаційних системах та порталах.

Головною метою організації інформаційного простору медичної організації є підвищення доступності та якості спеціалізованої та кваліфікованої медичної допомоги шляхом вдосконалення інформаційного забезпечення її діяльності. Пріоритети:

- орієнтація на пацієнта;
- оптимізація процесу лікування та діагностики;
- підвищення обізнаності працівників про професійні та юридичні аспекти;
- підвищення ефективності роботи медичної організації.

Інформаційні послуги для пацієнтів (інформаційний блок для споживачів) розвинені слабо, за винятком однієї нової сфери - реєстрації у спеціаліста через Інтернет. Важливо зазначити, що вони досить дорогі та трудомісткі як для розробників, так і для лікарів.

Створюючи інформаційну систему для пацієнтів, слід мати на увазі, що спочатку інформація повинна передаватися пацієнту щонайменше двома способами - візуально та акустично; по-друге, воно повинно бути доступним для нього і доречним для пацієнта.

Джерела інформації про медичний заклад поділяються на два типи:

1. Існують зовнішні джерела інформації для потенційних пацієнтів (інформація про існування центру, його профіль, характер медичних послуг, місцезнаходження, докладні інструкції та телефони для зв'язку тощо).

2. Для реальних пацієнтів у лікарні або в консультативно-діагностичному центрі існують джерела інформації, з яких пацієнти, «переступаючи» поріг закладу, отримують додаткову інформацію про можливості закладу, послуги, навігацію (система руху пацієнтів у лікарні) або КДЦ), інформація про умови проживання, оплату послуг, правила процедури, деталі дослідження, власні прийоми тощо [76].

Важливо зазначити, що задоволеність отриманою медичною допомогою залежить від повноти, доступності форми подання та надійності інформації, що надається пацієнту. Найважливішим і найважливішим засобом накопичення, зберігання, обміну та аналізу медичної, статистичної, фінансової та економічної інформації в медичному закладі повинна бути медична інформаційна система.

Медична інформаційна система виступає як складне джерело інформації, яке забезпечує ряд функцій для забезпечення наукового, практичного, медичного та діагностичного процесу. Кількість модулів залежить від профілю медичного закладу, завдань та навичок, які задекларовані при впровадженні інформаційних технологій. Однак майже для кожного типу закладів потрібні такі модулі та підсистеми, як: "Електронна медична історія", "Амбулаторна допомога", "Фармація", "Інвентар", "Персонал", "Економіка", "Статистика", "Договірна діяльність", "Аналітика".

Серйозним завданням медичної інформаційної системи є освітня діяльність зі створенням бази даних довідників (довідник, МКБ-10, медичний довідник, медичні стандарти, програми страхових компаній тощо) для постійного навчання працівників та підвищення ефективності. Наявність великої актуальної інформації в медичній інформаційній системі дозволяє регулювати та контролювати якість медичної допомоги шляхом перевірки відповідності стандартам, алгоритмам та рекомендаціям, прийнятим до впровадження.

Нагальною проблемою для медичного закладу є поєднання власної медичної інформаційної системи для обміну інформацією з іншими доступними інформаційними системами, медичними виробами та єдиною національною інформаційною системою охорони здоров'я (ЄНІСОЗ).

Вирішення проблеми забезпечення доступності інформації шляхом поєднання існуючих інформаційних систем та інформаційних потоків на об'єкті полягає у створенні інформаційного центру. Інформаційний центр багатопрофільного медичного закладу - це структура, яка забезпечує

централізований доступ до всієї відповідної інформації, необхідної для навчання нових співробітників та ознайомлення з історією та роботою клініки для пацієнтів та відвідувачів.

Основними напрямками діяльності інформаційного центру є:

1. Освітня;
2. Довідкова;
3. Архівування;
4. Представництво.

Освітня функція - робота з новими працівниками, які приймаються на роботу. Кожна людина проходить обов'язкове навчання в рамках інструктажу про стажування в інформаційному центрі. Під час навчання працівники отримують інформацію про історію та сучасну організаційну структуру клініки, про основні відділення та їх функції. Лікарі вчаться працювати з медичною інформаційною системою, правовими довідковими системами та Інтернетом. Звичайно, неможливо передати всю інформацію, наявну на одному уроці, щоб кожен працівник мав можливість розширити свої знання в тому чи іншому напрямку та самостійно отримати доступ до ресурсів інформаційного центру.

Довідкова діяльність полягає у наданні відповідної інформації про діяльність закладу на практиці та зосереджується на трьох групах "одержувачів інформації":

1. Співробітники (як нові, так і існуючі);
2. Пацієнти (та їхні родичі, що відвідують);
3. Відвідувачі клініки (колеги з інших медичних організацій, страхових компаній, учасники науково-практичних конференцій).

Ресурси інформаційного центру забезпечують доступ до медичної інформаційної системи, Інтернету, довідково-правових систем, бібліотек, веб-конференцій тощо. Інтерактивні стенди - це комп'ютерні термінали, які містять різні презентаційні, фото- та відеоматеріали на певну тему та дають вам доступ до великої кількості інформації на дуже маленькому просторі.

Важливою частиною інформаційного центру є його функція архівування - збір, систематизація, зберігання і надання інформації, отриманої під час роботи клініки та відповідних положень до всіх аспектів життя установи. В інформаційному центрі ви можете стежити за розвитком різних напрямків діяльності клініки, щоб визначати тенденції і майбутні цілі.

Представницька функція інформаційного центру реалізується за рахунок використання його в якості конференц-залу для проведення відеоконференцій, вебінарів, прес-конференцій та інших зустрічей, а також за рахунок використання можливості короткочасного інформування зацікавлених сторін.

Важливою умовою ефективності інформаційного центру є його структура, що забезпечує швидкий і легкий доступ до наявної інформації. Інформаційний центр повинен включати:

1. Комп'ютерні уроки, що включають робочі місця викладача і студентів;
2. Зали з постійно поновлюваними візуальними і інтерактивними стендами, присвяченими різним структурним підрозділам і окремим аспектам життя закладу;
3. Демонстраційний зал, в якому відображено розвиток діагностичних і терапевтичних методик клініки з моменту її заснування до сьогоднішнього дня і включає в себе як інтерактивні, так і наочні кабінети, а також реальні експонати - зразки і тренажери діагностичного та терапевтичного обладнання.

Великий обсяг інформації, який необхідно постійно оновлювати і представляти в зрозумілій і доступній формі, вимагає залучення кваліфікованих фахівців і програмістів для забезпечення роботи інформаційного центру.

Один з механізмів, який може значно підвищити ефективність, - це впровадження комплексної інформаційної системи. Крім того, багаторічний досвід використання інформаційних технологій може перетворити інформаційний простір дослідного і клінічного центру в середу координації сторін: лікарів і пацієнтів, процесів виробництва і споживання медичних

послуг, інфраструктури управління і потоків ресурсів великого дослідницького і клінічної установи.

3.2. Державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я населення як інструмент реалізації механізмів державного регулювання

Проведений вище аналіз досвіду здійснення ДПП в Україні показав, що в даний період часу є ряд недоліків, які гальмують впровадження контрактних форм фінансування об'єктів охорони здоров'я на основі державно-приватного партнерства, зокрема, концесійних угод. Особливістю проектів, що реалізуються за допомогою концесійних угод, є їх довгостроковість (середній період реалізації проекту становить від 10-30 років). У зв'язку з цим, основні проблеми з точки зору бюджетного законодавства щодо реалізації довгострокових проектів полягають в:

- відсутності врегульованого на державному рівні алгоритму виділення бюджетних коштів з боку держави з урахуванням довгострокового характеру проектів;

- існуючій відмінності в часовому проміжку (між короткостроковим плануванням бюджету терміном на три роки і довгостроковим укладанням угод, за якими встановлюються довгострокові зобов'язання (для концесійних угод вони можуть досягати 49 років)).

У зв'язку з цим для держави збільшуються ризики в частині прийняття високого рівня довгострокових зобов'язань, так як рішення про реалізацію того чи іншого проекту в області охорони здоров'я відбувається без урахування довгострокового бюджетного планування. Таким чином, з'являється ризик незбалансованості бюджету, викликаний тим, що найбільший обсяг зобов'язань виникає на етапі експлуатації об'єкта охорони здоров'я, який знаходиться у позаплановому періоді бюджетного планування.

З метою подальшого успішного впровадження контрактних форм на основі державно-приватного партнерства в охороні здоров'я України за доцільне використовувати інфраструктурні облигації. У зв'язку з цим, для початку розглянемо досвід застосування даних паперів за кордоном.

У світовій практиці інфраструктурні облигації успішно застосовуються в США. Емітуються інфраструктурні облигації на муніципальному рівні і іменуються як спеціальні цільові облигації.

Існують облигації General obligation bonds (облигації під загальні гарантії) і Revenue bonds (дохідні облигації). Як правило, ці документи не обкладаються податком, що сприяє підвищенню їх привабливості для приватних інвесторів.

General obligation bonds (облигації під загальні гарантії, далі - ОПЗГ) - форма довгострокового запозичення, при якій держава (штат, муніципалітет) випускає державні (муніципальні) облигації і бере на себе безумовного зобов'язання виплатити відсотки і основну суму позики [31]. Ухвалення рішення про випуск інфраструктурних ОПЗГ відбувається за результатами розгляду всіх деталей проекту, це дозволяє досягати балансу між громадською корисністю об'єкта, витратами на його будівництво і (або) реконструкцію, а також доходами, які об'єкт інфраструктури зможе генерувати [4].

За даним видом облигацій держава (штат, муніципалітет) дає гарантії щодо своєчасного здійснення всіх платежів по інфраструктурній облигації, що дає певну упевненість для приватного інвестора при прийнятті інвестиційного рішення. Таким чином, приватний партнер вкладає свої кошти не в конкретний проект, а надає позику державі на федеральному, регіональному або муніципальному рівні. У зв'язку з цим, оцінка ризиків і необхідної прибутковості приватним бізнесом буде сконцентровано на оцінці фінансового становища позичальника, а не на деталях конкретного проекту.

За інфраструктурним ОПЗГ відсутня пряма залежність між ефективністю реалізації від проекту і погашенням облигації. Дані інфраструктурні облигації характеризуються тим, що ризик дефолту по ним

визначається виключно платоспроможністю держави (штату, муніципалітету), що підтверджується оцінками провідних міжнародних рейтингових агентств («велика трійка» - Standard & Poor's Financial Services LLC, Moody's Investors Service, Fitch Ratings Inc.). Інвестиційна привабливість даного типу облігацій підвищується за рахунок того, що рейтинг за ним присвоюється на рівні рейтингу відповідного штату або муніципалітету.

Разом з тим, використання ОПЗГ для фінансування інфраструктурних проектів призводить до зниження ефективності витрачання грошових коштів, збільшення витрат на будівництво і (або) реконструкцію об'єкта та термінів реалізації проекту, внаслідок зниження контролю з боку приватного інвестора.

Revenue bound (прибуткові облігації, далі - ПО) є більш привабливим інструментом для залучення фінансових ресурсів при реалізації інфраструктурних проектів. Погашення по даному виду облігацій відбувається за рахунок грошового потоку, який генерується в процесі експлуатації і управління об'єктом інфраструктури або конкретним видом доходів бюджету. ПО, в основному, випускаються з допомогою спеціально створеної проектною компанією (далі - ССПК). Метою ССПК є реалізація конкретного інфраструктурного проекту, засновниками ССПК виступає держава (штат, муніципалітет) і (або) приватні компанії, які мають певний досвід при будівництві та (або) реконструкції об'єкта інфраструктури.

Сформований акціонерний капітал виступає основою для залучення позикового капіталу, в тому числі за рахунок випуску облігацій, а також інші фінансові ресурси, включаючи інвестиції більш дрібних акціонерів. За ПО роль держави (штату, муніципалітету) обмежується лише участю у формуванні статутного капіталу ССПК. З метою підвищення інвестиційної привабливості інфраструктурного проекту держава (штат, муніципалітет) приймає на себе частину ризиків по реалізації проекту.

Таким чином, ПО залежать виключно від ефективності реалізації проекту, так як по ним відсутні державні гарантії. У зв'язку з цим, для приватного інвестора підвищуються ризики за проектом і, відповідно,

підвищується необхідний рівень норми прибутковості, як наслідок, підвищується вартість залучення грошових коштів за рахунок випуску дохідних інфраструктурних облігацій. При цьому зазначимо, що дане подорожчання фінансових ресурсів, як правило, перекривається підвищенням ефективності їх використання, так як контроль за витрачанням фінансових ресурсів здійснюється приватним партнером.

Крім США інфраструктурні облігації успішно застосовуються і в інших країнах: за допомогою розміщення облігацій на інфраструктурні проекти доводиться 18% світових інвестицій [72]. В Австралії дані папери випускаються урядом під конкретні інфраструктурні об'єкти (електроенергетика, каналізаційні споруди, газо- і водопостачання та ін.), які закріплені на законодавчому рівні. Серед країн, що розвиваються можна виділити Чилі. У даній країні успішно застосовуються інфраструктурні облігації для фінансування концесійних проектів у соціальній сфері.

З урахуванням зарубіжного досвіду в Україні пропонується використовувати такі види інфраструктурних облігацій (облігації з державними гарантіями (державна облігація) і адміністративно-територіальної одиниці (регіональна облігація, муніципальна облігація), облігації, засновані на концесійних угодах (концесійна облігація) і облігації проектного типу) [30].

Державні і регіональні облігації дозволяють врахувати інтереси приватного інвестора, а також збалансувати ризики за проектом. Разом з тим, облігації з державними та (або) регіональними гарантіями мають недоліки в частині збільшення боргового навантаження на бюджет, так як термін часу обігу цінного паперу, як правило, триваліше горизонту планування бюджету. Також для державних і регіональних гарантій повинні діяти жорсткі критерії надання, наприклад, для отримання державної гарантії діють параметри:

- загальний обсяг фінансування проекту повинен становити не менше відповідної суми;
- обсягу фінансування за рахунок гарантії повинен становити не більше 50%;

- гарантія не може бути виконана раніше 4 років;
- рішення про видачі державної гарантії приймається окремим розпорядженням.

Концесійні облігації мають суттєву перевагу порівняно із державними та регіональними облігаціями, тому що за ними відсутнє боргове навантаження на державний і (або) регіональний бюджет.

Облігації проектного типу (далі - ОПТ) - це цінні папери, які випускаються приватною проектною компанією (далі - ППК), виплати за якими проводяться за рахунок грошових надходжень від експлуатації об'єкта, що є об'єктом публічно-приватного партнерства.

При створенні ОПТ за основу можуть бути взяті прибуткові облігації в класичному вигляді (revenue bonds). За кордоном цінні папери даного типу випускаються на етапі експлуатації об'єкта (на даному етапі інфраструктурний проект характеризується стабільним грошовим потоком, який виступає джерелом для здійснення виплат), цим і обумовлений високий рівень надійності ОПТ. Крім того, власники облігацій і їх представники можуть контролювати обставини, які істотно впливають на грошовий потік фінансованого об'єкту, так як емісійні документи містять в собі певні договірні зобов'язання (ковенанти).

Основною перевагою даного ринкового інструменту (інфраструктурних облігацій) є те, що приватні інвестори мають можливість вийти з проекту раніше настання часу його завершення. Крім того, даний інструмент можна використовувати в якості застави при отриманні фінансування.

Використання інфраструктурних облігацій при реалізації інфраструктурних проектів у сфері охорони здоров'я допоможе розвитку практики застосування проектного фінансування, зменшення навантаження на бюджети різних рівнів. Крім того, механізм випуску інфраструктурних облігацій актуально використовувати і в інших галузях економіки, де досить важко залучити позабюджетні джерела фінансування через неможливість передати в заставу державне майно.

Використання інфраструктурних облігацій в практичній діяльності посприяють зниженню інвестиційного ризику і збільшенню інвестиційної привабливості регіональних інфраструктурних проектів.

Реалізацію проектів за допомогою інфраструктурних облігацій можна представити в наступному вигляді (рис. 3.3).

У зв'язку з тим, що інфраструктурні облігації будуть випускатися під фінансування певного інфраструктурного проекту, приватний інвестор буде нести набагато менше ризиків за проектом, а саме, тільки ризики реалізації конкретного проекту, а не всі корпоративні ризики позичальника. Прибутковість за цими облігаціями буде нижче процентних ставок за банківськими вкладами, але вище середньорічного рівня інфляції. Таким чином, в інфраструктурні облігації можуть інвестувати накопичені кошти інвестори консервативного типу (Пенсійні фонди, страхові компанії).

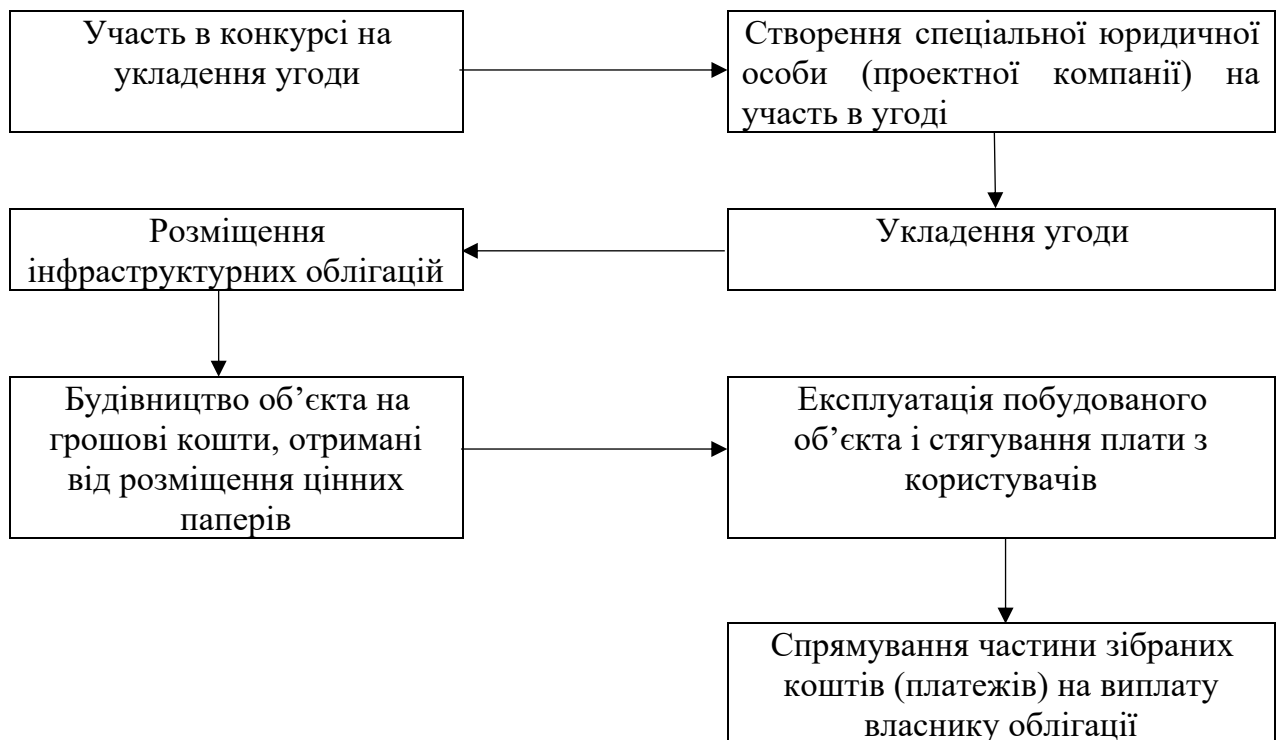


Рис. 3.3. Реалізація проектів за допомогою інфраструктурних облігацій

Примітка. Складено автором.

Крім інфраструктурних облігацій для реалізації проектів ДПП у сфері охорони здоров'я також можна використовувати платіжні інструменти, які

розподіляють фінансові потоки між державним і приватним партнером для здійснення фінансових зобов'язань при будівництві та (або) реконструкції об'єкта охорони здоров'я. За допомогою застосування цих інструментів є можливість ефективно розподіляти ризики між партнерами.

Shadow toll (система прихованих платежів, далі - ССП) застосовується при реалізації невеликих за розміром і обсягом фінансування проектах. При використанні подібного інструменту виплати здійснюються за рахунок коштів державного партнера, розмір яких залежить від ступеня використання об'єкта охорони здоров'я [77].

Availability payment (плата за доступність) - даний інструмент реалізується в рамках DBFO, який передбачає, що державний партнер перераховує платежі приватному інвестору на підставі того, що об'єкт доступний для населення. Розмір бюджетних коштів заздалегідь визначений і проводиться регулярно рівними частками після початку експлуатації [77]. Як правило, такі проекти реалізуються для будівництва міських об'єктів охорони здоров'я, де надається основний перелік послуг на безоплатній основі. Таким чином, розмір виплат з коштів бюджету не залежить від рівня попиту населення на дані послуги.

Direct toll (система прямих призначених для користувача зборів, далі - СППС) передбачає реалізацію проекту ДПП, при якій приватний інвестор після завершення будівництва об'єкта охорони здоров'я стягує платежі з населення за надання послуг для відшкодування своїх фінансових витрат [77]. Такий інструмент дозволяє приватному інвестору зібрати достатньо виручки за рахунок прямих платежів від користувачів послуг для того, щоб покрити витрати на будівництво, експлуатацію та обслуговування об'єкта охорони здоров'я.

Разом з тим, приватна сторона несе певні ризики (ризик, пов'язаний з проектуванням, ризик по створенню і експлуатації об'єкта, ризик неповернення вкладених коштів, ризик трафіку (попиту), інші ризики) по проекту. У разі якщо за проектом буде важкопрогнозований трафік (попит) на

послуги, що надаються, то публічний партнер може взяти на себе даний ризик частково або в повному обсязі з допомогою гарантії мінімального доходу (ГМД). У цьому випадку держава компенсує приватному інвестору втрачений дохід через низький рівень попиту до мінімально встановленої планки.

Крім зазначених платіжних документів, у проектах ДПП в галузі охорони здоров'я, як правило, держава є ініціатором реалізації даних проектів, і вона зацікавлена в залученні приватних інвестицій. У зв'язку з цим, для підвищення привабливості проектів в галузі державний партнер може застосовувати такі види заходів державної підтримки: прямі; непрямі; супутні платежі в процесі реалізації проектів.

Прямі інструменти державної підтримки (включають: субсидії або капітельні гранти; надання субординованих кредитів концесіонеру; надання нефінансових активів (земельні ділянки і т.п.); умовні зобов'язання, що включають в себе гарантії мінімального доходу, гарантії виплат по кредиту, гарантії по процентних, валютних і політичних ризиків (або компенсація) і т.ін. [78]

Непрямі інструменти державної підтримки (далі - КМГП) До КМГП можна віднести різні податкові пільги, а також заборона на зміну законодавчих актів, що впливають на економічний стан проекту (фінансовий результат).

Супутні платежі в процесі реалізації проектів передбачають: платежі, які виплачуються у зв'язку зі зміною законодавчих актів; платежі, які виплачуються при форс-мажорних обставинах; платежі, які виплачуються при розірванні договору (різного роду компенсації при розірванні угоди між приватним інвестором і державою); платежі, що виплачуються при настанні особливих обставин в процесі реалізації проектів.

В узагальненому вигляді всі перераховані вище інструменти представлені на рис. 3.4.

Всі перераховані вище гарантії з боку держави спрямовані на забезпечення фінансової стійкості приватного інвестора при реалізації

проектів ДПП в охороні здоров'я. За допомогою даних інструментів підтримки у приватного партнера знижуються ризики, і підвищується інтерес до проектів, так як держава приймає на себе частину ризиків по ДПП-проектів.

Застосування інфраструктурних облігацій пропонуємо включати також програми регіонів і міст. Крім того, інфраструктурні облігації слід використовувати не тільки за проектами, що реалізуються за допомогою концесійних угод, а й за іншими формами ДПП.

За платіжним схемами крім гарантії мінімального доходу слід використовувати і інші види гарантій (гарантії виплат по кредиту, гарантії по процентних, валютним і політичних ризиків (або компенсація)) з метою мінімізації ризиків для приватного партнера. Заходи державної підтримки слід надавати на державному, регіональному і місцевому рівні з метою підвищення привабливості проектів в охороні здоров'я для приватного інвестора.

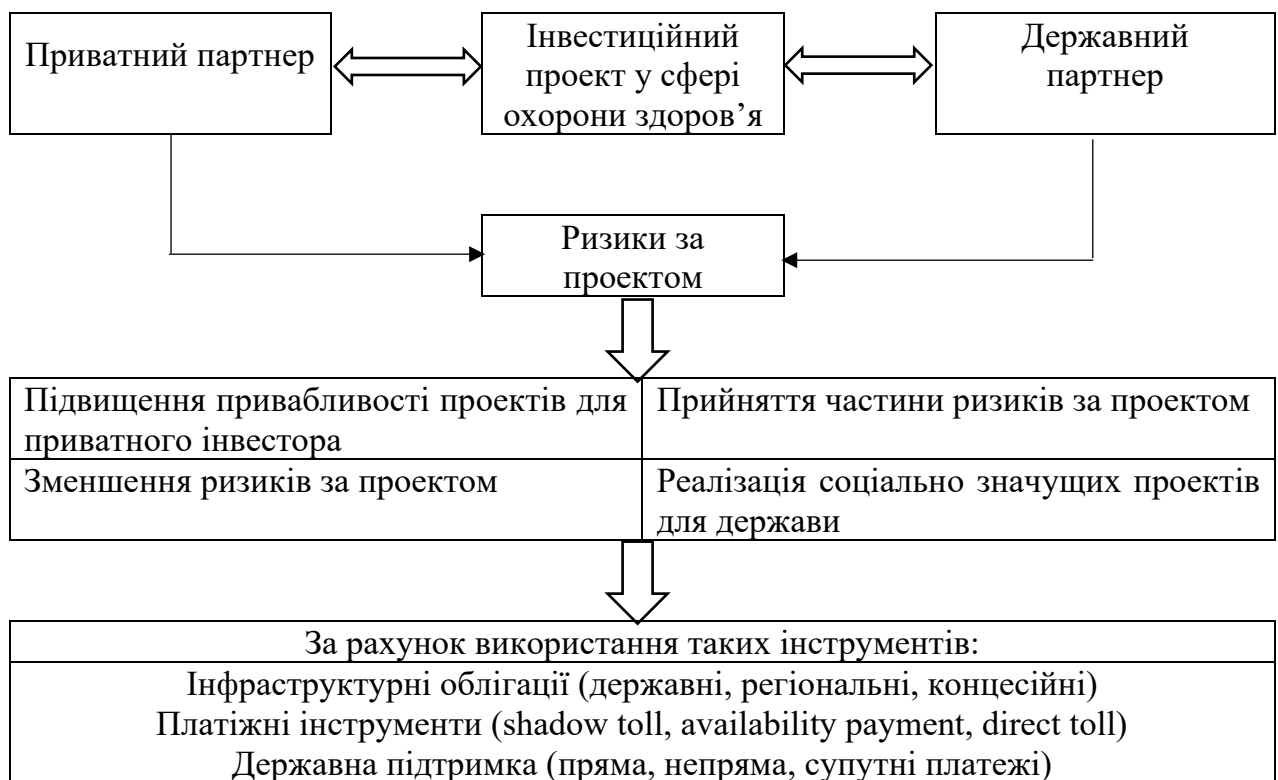


Рис. 3.4. Інструменти, необхідні для успішного впровадження контрактних форм на основі державно-приватного партнерства у системі охороні здоров'я населення в Україні

Примітка. Запропоновано автором.

Для подальшого успішного впровадження контрактних форм на основі ДПП в охороні здоров'я населення України слід внести необхідні доповнення до законодавчої бази, зокрема в бюджетне законодавство:

1. У бюджетному законодавстві слід відобразити порядок планування та виділення коштів з бюджету на реалізацію проектів, укладених за допомогою концесійних угод, а саме, необхідно нормативно закріпити визначення бюджетних коштів і встановлення особливостей їх виділення приватному партнеру на реалізацію ДПП-проектів в охороні здоров'я, що реалізуються за допомогою цих видів угод. Дані зміни можуть бути внесені шляхом доповнень до бюджетного законодавства в частині надання субсидій приватному партнеру або шляхом закріплення в бюджетному законодавстві окремої норми, що регулює введення поняття бюджетних асигнувань в частині виконання своїх зобов'язань публічним партнером по концесійним угодами, наприклад, фінансування певної частини витрат на будівництво та (або) реконструкцію об'єктів охорони здоров'я.

2. У бюджетному законодавстві і нормативних актах, що визначають особливість фінансування ДПП необхідно відобразити можливість прийняття зобов'язань по проектам на термін, які виходять за межі планового періоду реалізації державних (регіональних) програм, слід передбачити можливість ув'язування реалізації інфраструктурних проектів та програмно-цільових методів бюджетування.

3. Нагальним питанням є прийняття Закону України «Про облігації фондів місцевого розвитку», проект якого подано 27.08.2018 [59]. Підґрунтям для реалізації такого інструменту вже передбачено змінами до Закону «Про цінні папери та фондовий ринок» [63], який отримав назву «Про ринки капіталів та організовані товарні ринки» [60]. Прийняті зміни істотно розширюють можливості місцевого самоврядування в залученні ресурсів та інвестицій, в першу чергу через випуск облігацій місцевих позик. Відтепер для інвесторів існують гарантії у вигляді умов розміщення та обігу державних цінних паперів і облігацій місцевих позик. Слід передбачити у визначенні

облігації фондів місцевого розвитку не тільки, що грошові кошти залучаються на фінансування створення і (або) реконструкції об'єкта інфраструктури, а й для експлуатації, так як для концесійних проектів характерно, що на ранніх етапах операційної фази спостерігається перевищення експлуатаційних витрат над прибутковістю.

Таким чином, пропоновані зміни, пов'язані з вдосконаленням інструментів, необхідних для успішного впровадження контрактних форм шляхом використання інфраструктурних облігацій і платіжних схем із застосуванням гарантій мінімального доходу, будуть сприяти збільшенню кількості укладених концесійних угод у сфері охорони здоров'я України.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі подано теоретичне узагальнення й нове вирішення наукового завдання – удосконалення механізмів державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення в Україні. Отримані в процесі дослідження результати дають змогу сформулювати висновки і пропозиції, що мають теоретичне й практичне значення.

1. В процесі дослідження визначено, що державне регулювання у сфері охорони здоров'я – це сукупність організаційно-правових норм і механізмів державних органів адміністративно-правового характеру, які спрямовуються на координацію діяльності, що сприяє забезпеченню заходів політичного, економічного, правового, соціального, культурного, медичного, санітарно-гігієнічного характеру, основне призначення котрих полягає в збереженні та зміцненні фізичного й психічного здоров'я населення, підтримку довголітнього активного життя, та надання медичної допомоги в разі втрати здоров'я.

З'ясовано, що державне регулювання в цій сфері спрямоване на досягнення наступних цілей: створення умов для задоволення потреби населення в якісних медичних послугах; забезпечення стійких темпів розвитку галузі; підтримка наукового потенціалу галузі; регулювання структурних змін в охороні здоров'я, викликаних рівнем захворюваності населення, демографічною ситуацією в країні.

2. Доведено, що державне регулювання в сфері охорони здоров'я населення виступає однією з важливих умов, котра буде спрямована на забезпечення її ефективного функціонування. Основними елементами державного регулювання сфери охорони здоров'я населення є суб'єкт і об'єкт регулювання, методи, інструменти та засоби реалізації механізму державного регулювання, цілі та принципи державного регулювання, а також його результати.

3. Досліджено особливості адміністративно-правового механізму державного регулювання у сфері охорони здоров'я України. Визначено, що

держава здійснює регулювання галуззю на основі низки нормативно–правових актів, що складають структуру органів державного регулювання сфери охорони здоров'я, правове становище надавачі послуг сфери охорони здоров'я, процедуру укладення та виконання господарських договорів, механізм надання послуг в умовах реформування галузі тощо. Діючі нормативно–правові методи впливу держави на розвиток галузі спрямовані на обґрунтування оптимальної моделі подальшого розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я, визначення ефективної діяльності приватної медицини, лібералізації медичного ринку при забезпеченні дієвого контролю держави над його ключовими показниками.

4. Охарактеризовані проблеми використання інструментів державного регулювання у сфері охорони здоров'я в Україні. До основних проблем впровадження механізмів державного регулювання системи охорони здоров'я в Україні є: недосконалість системи фінансування; застаріла інфраструктура та матеріально-технічна база; низькі зарплати лікарів і відтік фахівців за кордон; диференціація рівня забезпечення медичними послугами у сільській місцевості; недостатнє надходження інвестицій модернізації закладів охорони здоров'я та інноватизацію вітчизняної медицини. До позитивних тенденцій слід віднести зростання фінансування первинної ланки надання медичної допомоги, зростання фінансування програм фінансування забезпеченості населеннями необхідними лікарськими засобами тощо.

5. Визначено, що в системі охорони здоров'я можна виділити три організаційні сектори: державно-солідарний, суспільно-солідарний та приватно-солідарний.

Запропонована модель державного регулювання суспільно-солідарної системи організації та фінансування охорони здоров'я, яка передбачає, що державне регулювання суспільно-солідарної системи організації та фінансування охорони здоров'я має ґрунтуватися на таких підставах:

– введення в межах державно–солідарного сектора двох рівнів фінансового забезпечення медичних послуг: базовий рівень –

життєзабезпечення (за рахунок бюджетних коштів) та основний рівень – збереження здоров'я (за рахунок обов'язкового медичного страхування);

– введення в межах суспільно-солідарного і приватно-солідарного секторів третього рівня фінансового забезпечення медичних послуг – сервісного (за рахунок добровільних внесків відповідно до програм добровільного медичного страхування та лікарняних кас).

Актуалізована необхідність використання запропонованого механізму інформаційного забезпечення громадян та створення медичної інформаційної системи, яка дозволить сформувати ефективне регулювання складними лікувально–діагностичними процесами, диверсифікувати медичні послуги і раціонально використовувати фінансові кошти.

6. Обґрунтовано пропозиції щодо вдосконалення інструментів державно-приватного партнерства для фінансування проектів в системі охорони здоров'я на основі впровадження інфраструктурних облігацій і платіжних інструментів з гарантією постійного мінімального доходу, що емітуються на державному, регіональному чи місцевому рівні для залучення грошових ресурсів при фінансуванні будівництва та (або) реконструкції об'єктів системи охорони здоров'я. Застосування інфраструктурних облігацій має сприяти розвитку практики застосування проектного фінансування, зменшення навантаження на бюджети різних рівнів, а також створення інструментів для інших зацікавлених суб'єктів з метою довгострокового інвестування.

Реалізація запропонованих заходів в дослідженні щодо вдосконалення інструментів державного регулювання в системі охорони здоров'я України буде сприяти підвищенню якості медичної допомоги населенню, залученню приватного бізнесу і підвищенню ефективності фінансування ДПП-проектів в сфері охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Баєва О. В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я : навчальний посібник. К. : Центр учбової літератури, 2008. 640 с.
2. Бакуменко В.Д., Князев В.М., Сурмін Ю.П. Методологія державного управління: проблеми становлення та подальшого. *Вісник УАДУ*. 2003. № 2. С. 11–27.
3. Білинська М.М., Жаліло Л.І., Мартинюк О.І. Управління для забезпечення здоров'я як нова стратегія в державному управлінні. *Вісник Національної академії державного управління при Президентіві України*. 2013. № 3. С. 92-97.
4. Водяников Д.А. Использование инфраструктурных облигаций для финансирования проектов. URL: http://www.mirkin.ru/_docs/diplom05_010.pdf.
5. Гладун З. С. Адміністративно–правове регулювання охорони здоров'я населення в Україні : монографія. К. : Юрінком Інтер, 2007. 720 с.
6. Господарське право України : Навчальний посібник / За заг. ред. проф. Н.О. Саніахметової. Х. : Одіссей, 2019. 608 с.
7. Грузева Т. С. Соціальний градієнт у доступності послуг охорони здоров'я. *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я* : матеріали міжнар. наук.–практ. конф., присвяченої Всесвітньому дню здоров'я, 7 квіт. 2011 р. : тези доп. 2011. № 1 (13). С. 104–105.
8. Державна політика в соціо-гуманітарній сфері : підручник / [авт. кол. : В. А. Скуратівський, В. П. Трощинський, П. К. Ситнік та ін.] ; за заг. ред. В.А. Скуратівського, В.П. Трощинського. К. : НАДУ, 2010. 284 с.
9. Державно-приватне партнерство. URL : <http://www.me.gov.ua/Documents/Detail?lang=uk-UA&id=62a9b6fb-27ff-462a-b351-eeeeadfb26b6f&title=StanZdiisnenniaDppVUkraini>
10. Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій : постанова КМУ від 25.04.18 р № 410. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/410-2018-п>.

11. Долот В. Д. Здоров'я як економічна категорія: фактори, що впливають на рівень здоров'я населення та охорону здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2016. № 1. С. 74–76.

12. Долот В. Д., Лещенко В. В. Поняття менеджменту й маркетингу в системі охорони здоров'я. *Держава та регіони. Сер. : Державне управління*. 2014. № 1. С. 8–13.

13. Долот В. Д. Система охорони здоров'я в Україні: вибір національної моделі розвитку. *Електронне наукове фахове видання «Державне управління: удосконалення та розвиток»*. 2013. № 2. URL : <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=658>

14. Долот В. Д. Система охорони здоров'я в Україні: шляхи виходу з кризи. *Ефективність державного управління*. 2014. Вип. 38. С. 184–190.

15. Евстигнеев С.В. Система внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в локальных нормативных актах областной многопрофильной больницы. Пенза: Соколов А.Ю., 2014. 387 с.

16. Загорський В.С., Лободіна З.М., Лопушняк Г.С. Управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я : монографія. Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2010. 276 с.

17. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні. Ситуаційний аналіз / Д. Богдан, А. Бойко, А. Василькова та ін. Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2019.

18. Карамішев В. Д. Стратегічне планування інноваційними процесами в системі охорони здоров'я: державні механізми : монографія. Х. : Вид-во ХАРІ НАДУ “Магістр”, 2006. 302 с.

19. Карлаш В. В. Актуальні проблеми державного регулювання в сфері охорони здоров'я. *Державне управління у сфері цивільного захисту : наука, освіта, практика* : матеріали Міжнародної науково–практичної конференції, 17–18 травня 2019 р. / за заг. ред. В. П. Садкового. Х.: Вид-во НУЦЗУ, 2019. С. 85–87

20. Карлаш В. В. Державне регулювання сучасним станом охорони здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 1. С. 101–104.

21. Карлаш В. В. Зарубіжний досвід регулювання якості медичних послуг у системі охорони здоров'я. *Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування : електр. наук. фах. вид. Херсонського національного технічного університету* / голов. ред. проф. Лопушинський І.П. 2019. №1 URL: http://el-zbirn-du.at.ua/2019_1/17.pdf

22. Карпишин Н.І. Фінансове забезпечення охорони здоров'я в реалізації державних функцій на ринку медичних послуг: автореф. дис.... канд. екон. наук: 08.04.01. Тернопіль, 2006. 20 с.

23. Кельзен Г. Чисте правознавство : 3 дод. : Пробл. справедливості / Пер. з нім. О. Макровольського. К. : Юніверс, 2004. 496 с.

24. Конституція України : Закон України від 28.06.1996 р. № 254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96>

25. Кравченко Ж. Д. Державне регулювання системи первинної медико–санітарної допомоги при вищих навчальних закладах (на прикладі м. Харкова). *Актуальні проблеми державного управління*. 2011. № 2. С. 195–202.

26. Кравченко Ж. Д. Порівняльний аналіз структурно-функціонального забезпечення національних систем охорони здоров'я. *Теорія та практика державного управління*. 2010. Вип. 3. С. 82–88.

27. Кравченко Р., Кабаченко Н., Васильченко О. Розвиток недержавних організацій соціальної сфери. *Соціальна робота в Україні: перші кроки* / ред. В. Полтавець. К. : Видавн. дім «КМ Academia», 2000. С. 130–144.

28. Кучеренко В.З. Бюджетная система России на сегодняшний день. *Здравоохранение*. 2009. №15. С. 47-59.

29. Куштанина Е.В., Рудник Б.Л., Шишкин С.В., Якобсон Л.И. Изменения организационно-правовых форм медицинских учреждений. М., 2010. 526 с.

30. Лебедева А.В. Привлечения внебюджетного финансирования при помощи биржевых инструментов для реализации проектов государственно-частного партнёрства. URL: <http://ekonomika.snauka.ru/2016/03/10992>.

31. Лучшие практики реализации проектов государственно-частного партнерства в социальной сфере. URL: http://pppcenter.ru/assets/docs/pppcenter_a4_2016_v2_web.pdf.

32. Малиновський В. Я. Державне управління: навч. посіб. Луцьк:Вежа, 2000. 558 с.

33. Медведев И.Б., Кармишин В.Д. Финансовый менеджмент в медицине. Москва : Аллигресс, 2013. 128 с.

34. Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства: Схвалено Робочою групою з питань реформи фінансування сфери охорони здоров'я України від 14 лютого 2018 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/ru/n0001282-17>

35. Мороз В. М. Використання наукових методів інституціональної теорії у межах науки державного управління. *Актуальні проблеми державного управління*. 2012. № 2. С. 36–44.

36. Москаленко В. Ф. Принципи організації оптимальної моделі системи охорони здоров'я : український контекст : монографія. К. : «Книга плюс», 2008. 320 с.

37. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років. URL: <https://moz.gov.ua/strategija>

38. Нижник Н. Р., Машков О. Системний підхід в організації державного управління: навч. посіб. К. : УАДУ, 1998. 160 с.

39. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листоп. 1992 р. № 2801–XII // Відом. Верхов. Ради України. 1993. № 4. С. 19.

40. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / за заг. ред. В. М. Лехан, В. В. Рудого. К. : Вид-во Раєвського, 2005. 168 с.

41. Офіційний сайт Державної служби статистики України. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/>

42. Пак С. Я. Внутрішньо організаційна структура державного управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в Україні: сучасний стан та перспективи. *Державне управління : теорія та практика*. 2011. № 1. URL : <http://www.academy.gov.ua/ej/ej13/txts/Pak.pdf>

43. Пак С. Я. Розвиток державної політики з функціональної та структурної перебудови системи охорони здоров'я на місцевому рівні в Україні. *Актуальні проблеми державного управління на сучасному етапі державотворення* : матеріали V наук.–практ. конф., 27 жовт. 2011 р. : тези доп. Луцьк, 2011. С. 68–70.

44. Петроє О. Передумови розвитку соціального діалогу в державному управлінні України. *Вісник Національної академії державного управління при Президентіві України*. 2011. № 3. С. 242-249.

45. Поляков И. В., Максимов А. В. От единого государства к единой системе здравоохранения. *Проблемы управления здравоохранением*. №1. 2001.

46. Права людини у сфері охорони здоров'я : практич. посіб. / І. Берн, Т. Езер, Дж. Коен та ін. ; за наук. ред. І. Сенюти. Львів : Вид-во ЛОБФ «Медицина і право», 2012. 552 с.

47. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>

48. Про державно-приватне партнерство : Закон України від 01.07.2010 р. № 2404-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2404-17>.

49. Про деякі питання електронної системи охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.18 р № 411. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF>

50. Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення : постанова КМУ від 28.03.18 р № 391. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/391-2018-п>.

51. Про затвердження Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я : Розпорядження Кабінету міністрів України 30.11.16 р № 1013–р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/250432586>

52. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 01.09.2011 р. № 454. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110801_454.html.

53. Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування : постанова КМУ від 27.12.17 р № 1075. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1075-2017-п>.

54. Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, і форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу : Наказ МОЗ України від 19.03.18 р № 503. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18>

55. Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для надання первинної медичної допомоги населенню : постанова КМУ від 28.03.18 р № 283. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/283-2018-п>.

56. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги : Наказ МОЗ України від 19.03.18 р № 504. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18>

57. Про затвердження Порядку проведення конкурсу на зайняття посад державної служби : постанова КМУ від 25.03.16 р № 246. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/246-2016-п>.

58. Про затвердження Примірного табеля матеріально–технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу : наказ МОЗ від 26.01.18 р № 148. URL: https://moz.gov.ua/uploads/0/4141-dn_20180126_148.pdf

59. Про облігації фондів місцевого розвитку : Проект Закону України від 27.08.2018 р. № 9023. URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=64518

60. Про ринки капіталу та організовані товарні ринки : Проект Закону України від 19.06.2018 р. № 7055 URL : <https://ips.ligazakon.net/document/JH5FZ00B>

61. Про схвалення Загальнодержавної програми «Здоров'я-2020» : розпорядження Кабінету Міністрів України від 31.10.2011 р. № 1164'р / Верховна Рада України. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws>

62. Про утворення Національної служби здоров'я України: постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 р. № 1101. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF>

63. Про цінні папери та фондовий ринок Закон України від 23 лютого 2006 року № 3480-IV. URL :<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3480-15>

64. Рабинович П. М., Хавронюк М. І. Права людини і громадянина : Навчальний посібник. К. : Атіка, 2004. 464 с.

65. Радиш Я. Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис та тенденції розвитку : автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр. : 25.00.01. К., 2003. 35 с.

66. Реформування системи охорони здоров'я на муніципальному рівні : навч. посіб. / І. М. Солоненко, О. П. Попов, Л. І. Жаліло, К. О. Надутий. К. : Вид-во НАДУ, 2017. 211 с.

67. Рожкова І. В., Солоненко І. М. Децентралізація управління у сфері охорони здоров'я на місцевому рівні : монографія. К. : Фенікс, 2008. 160 с.

68. Рудніцька Р.М., Сидорчук О.Г., Стельмах О.М. Механізми державного управління: сутність і зміст. Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2005. 28 с.

69. Синягина Н. Ю., Кузнецова И. В. Здоровье как образ жизни. *Здоровье всех от А до Я*. 2015. №2. С.41–47.
70. Солоненко І.М., Рожкова І.В. Управління організаційними змінами у сфері охорони здоров'я : монографія. К. : Фенікс, 2008. 276 с.
71. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016–2019. Спільний звіт ВООЗ та світового банку. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/425340/who-wb-joint-report_ukr_full-report_web.pdf?ua=1
72. Фрейдина И.А. Международный опыт финансирования инфраструктурных проектов. *Экономическая политика*. 2017. Т. 12. № 4. С. 196-203
73. Халецька А. А. Соціальна політика як ключовий чинник у діяльності соціально орієнтованої держави. *Інвестиції: практика та досвід*. 2010. № 5. С. 71–74.
74. Шевчук П. І. Соціальна політика. Львів : Світ, 2003. 400 с.
75. Экономика здравоохранения : учебное пособие / под общ. ред. А.В. Решетникова. – 2–е изд., испр. и доп. М. : ГЭОТАР–МЕД, 2019. 272 с.
76. Hale N., Orrtung R. Beyond the Euromaidan: Comparative Perspectives on Advancing Reform in Ukraine. Redwood : *Stanford University press*, 2016. p. 219.
77. Private Finance Initiative and Private Finance 2 projects: 2016 summary data. L., 2016. 9 p.
78. Private Finance Initiative Replaced by «PF2». URL: http://www.resource.uk.com/article/News/Private_Finance_Initiative_replaced_%
79. WHO. Health – 2020. A European policy framework supporting action across government and society for health and wellbeing. Copenhagen : World Health Organisation. 2013.

Виконав: студент магістратури
за спеціальністю 281 Публічне
управління та адміністрування
заочної форми навчання

_____ Д.В. Гладков

Науковий керівник:

доцент кафедри публічного
управління та адміністрування,
к.е.н., доцент

_____ Т.М. Фасолько

Робота допущена до захисту:

завідувач кафедри публічного
управління та адміністрування,
д.держ.упр., доцент

_____ Е.В. Щепанський