

**ПрАТ «ВНЗ «МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ
УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»**

**НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

БАРЗИЛОВИЧ АНАСТАСІЯ ДМИТРІВНА

УДК 614.2:351.84:342.5

ДИСЕРТАЦІЯ

ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ

25.00.02 – механізми державного управління

Державне управління

Подається на здобуття наукового ступеня доктора наук з державного управління
Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

_____ А.Д. Барзилович

Науковий консультант –

Непомнящий Олександр Михайлович,

доктор наук з державного управління,
професор

Київ – 2023

АНОТАЦІЯ

Барзилович А.Д. Державне регулювання ринку медичних послуг в Україні. – На правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 – механізми державного управління – Національний авіаційний університет Міністерства освіти і науки України, Київ, 2023.

У дисертаційному дослідженні здійснено наукове обґрунтування теоретико-методологічних засад та розроблення практичних рекомендацій щодо вдосконалення механізмів державного регулювання ринку медичних послуг в Україні.

Структуровано теоретичні підходи щодо формування понятійно-категоріального апарату державного регулювання ринку медичних послуг в сучасних умовах. Систематизовано наукові підходи до розуміння змісту та структури державного регулювання ринку медичних послуг на: підхід до державного регулювання, в основу якого покладено основну мету такого регулювання: забезпечення здоров'я пацієнтів; підхід, що окреслює мету державного регулювання ринку медичних послуг для якісного надання цих послуг населенню; підхід до визначення державного регулювання ринку медичних послуг, що спрямований на висвітлення процесу регулювання, як системи методів, інструментів, технологій регулювання тощо.

Державне регулювання ринку медичних послуг визначено, як складна, багаторівнева система державного впливу, що складається із суб'єктів впливу (органів влади), об'єктів впливу (установ, що надають медичні послуги населенню на ринку) та технологій впливу (нормативно-правового, організаційного, фінансового, інформаційного забезпечення; методів, інструментів впливу) задля ефективної діяльності організацій та установ, які є учасниками ринку та надають, регулюють або споживають медичні послуги при

ринковій кон'юнктурі, задля забезпечення надання якісних медичних послуг населенню, підвищення рівня та якості життя в державі.

Визначено функції і принципи державного регулювання ринку медичних послуг, проаналізувати моделі регулювання зарубіжних держав та умови імплементації їх досвіду в Україні. Органи державної влади в Україні в процесі здійснення регулювання ринку медичних послуг мають дотримуватися певних принципів, таких, як: законність, оптимальність, прогнозованість, прозорість, соціальна відповідальність, системність, ефективність, цілеспрямованість, поетапність, обґрунтованість, науковість, реалістичність, комплексність, достатність, пріоритетність права, контрольованість і відповідальність, оперативність, стабільність, логічність та послідовність. Дотримання даних принципів всіма учасниками ринку сприятиме покращенню ефективності функціонування механізму державного регулювання ринку медичних послуг, враховуючи його реформування.

Виявлено систему загроз українського ринку медичних послуг на основі світового досвіду: зростаючий вплив державної політики в сфері постачання лікарських засобів та закупівлі медичного обладнання, зокрема з питань ціноутворення, що вплине на ринок медичних послуг; можливе поглиблення інфляційних процесів; можливе подальше підвищення рівня бідності населення зтягування військових дій, що призведе до кризи соціальної сфери; колапс медичної системи через неспроможність надати допомогу великій кількості постраждалих внаслідок військових дій, в тому числі, надати реабілітаційну та психологічну допомогу.

Розроблено комплексний механізм державного регулювання ринку медичних послуг через визначення завдань, цілей, функцій, важелів та методів такого регулювання, який включає нормативно-правовий, інституційний, організаційно-адміністративний, економічний, фінансовий, ресурсний, інформаційно-комунікаційний підмеханізми та описує структуру, взаємозв'язки та систему відносин між елементами структури та учасниками ринку, що підпадають під регуляторний вплив держави.

Встановлено, що ключовими елементами механізму державного регулювання ринку медичних послуг є: об'єктно-суб'єктна складова, принципи, функції, методи, важелі, а також інструменти його реалізації. До основних важелів, що регулюють ринок медичних послуг, можна віднести регулювання цін, податкові та митні пільги, встановлення стандартів якості надання медичних послуг, нормативів та стандартів лікарських препаратів, медичного обладнання, що використовується в процесі надання медичних послуг, рівня кваліфікації та вимог до процедури атестації медичного персоналу, застосування низьких ставок кредитного відсотка, надання вигідних умов приватизації державного майна, оренди об'єктів державної власності, мотивацію, моральне стимулювання (морально-етичні норми суспільства), співробітництво. Відзначено відсутність окремої регуляторної організації на ринку медичних послуг, зокрема встановлено функціонування двох центральних органів виконавчої влади: орган, що реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я (Міністерство охорони здоров'я України) та орган, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення (Національна служба здоров'я України).

Виокремлено та систематизовано методологічний інструментарій державного регулювання ринку медичних послуг у сучасних умовах.

Під методами державного регулювання ринку медичних послуг розуміємо способи впливу держави на компанії та організації, що займаються діяльністю з надання медичних послуг та на загальну інфраструктуру ринку з метою контролю і регулювання ефективного функціонування даних систем згідно з напрямками державної політики у сфері охорони здоров'я з розподілом на економічні, адміністративні та соціально-психологічні.

Досліджено нормативно-правовий механізм та взаємодію суб'єктів ринку в рамках організаційно-управлінського механізму державного регулювання ринку медичних послуг.

Удосконалено систематизацію законодавства у сфері охорони здоров'я з розподілом на загальні нормативно-правові акти що регулюють ринок медичних послуг:

- 1) основи здійснення діяльності з надання медичної допомоги та медичних послуг;
- 2) питання взаємовідносин лікувальних закладів і пацієнтів;
- 3) регулювання відносин у сфері надання медичних послуг;
- 4) відповідальність за порушення, вчинені у сфері медичних послуг.

Здійснено аналіз трансформацій ринку медичних послуг у сучасних умовах. Серед проблем, що впливають на ефективне функціонування ринку медичних послуг, виділено:

- недостатність фінансування та розвитку страхового ринку у цій сфері;
- високий рівень бюрократизації в питаннях ліцензій;
- військовий стан;
- незадовільний стан інфраструктури охорони здоров'я та обмежене використання сучасних медичних технологій;
- недостатньо реформована система підготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників;
- недостатня рівність у доступі до медичних послуг для різних груп та на різних територіях;
- фізичний доступ до медичних закладів у сільській місцевості залишається обмеженим.

Питання, що потребують вирішення:

- прийняття стратегії або концепції розвитку ринку медичних послуг;
- продовження адаптації законодавства до стандартів ЄС;
- надання доступу пацієнтам до лікарських препаратів (питання поставок, ліцензування, безкоштовних ліків);
- забезпечення біологічної безпеки; підвищення якості медичних послуг.

Оцінено ефективність державного регулювання ринку медичних послуг в умовах системних реформ через визначення впливу інструментів та проведення моніторингу ефективності, можливостей та обмежень розвитку державного регулювання цього ринку в Україні. За результатами моніторингу ефективності медичних послуг обґрунтовано, що медичні послуги в Україні перебувають на стадії розвитку та трансформації. Перевагою ринку медичних послуг в Україні, яку отримано внаслідок медичної реформи є впровадження принципу «гроші йдуть за пацієнтом», завдяки якому пацієнт отримує більш якісні послуги, а медичний працівник працює на результат.

Розроблено концепцію та сформувавши модель і механізм державного регулювання ринку медичних послуг у період реформування та змін, визначити цілі реалізації концепції. Мета розроблення полягає у задоволенні потреб суспільства у підходах, методах і засобах створення умов попередження негативних наслідків розвитку хвороби, наданні якісних медичних послуг та розвитку системи охорони здоров'я, спрямованої на примноження здорового людського потенціалу в постійно змінних умовах функціонування сучасного ринку медичних послуг в Україні. Виокремлено на макроекономічному рівні комплекс цілей та ринкових заходів, спрямованих на досягнення мети удосконалення медичної сфери.

Ціль 1. Формування державного регулювання і підтримки медичних послуг на основі ринкових підходів (виявлення факторів, які впливають на ефективність управління на ринку медичних послуг; внесення пропозицій щодо удосконалення системи охорони здоров'я).

Ціль 2. Підвищення якості надання медичної допомоги (проведення моніторингу якості; формування напрямів розвитку ринку медичних послуг; удосконалення матеріально-технічної бази; реалізація державних програм).

Ціль 3. Удосконалення методів ціноутворення на ринку медичних послуг (державний контроль цін і прибутку від торгівлі; розрахунок вартості та нормативів на одне відвідування лікаря, середньої вартості послуг тощо).

Ціль 4. Підвищення конкурентоспроможності суб'єктів на ринку медичних послуг (запровадження рішень про підвищення конкурентних переваг на ринку).

Ціль 5. Модернізація кадрової політики на ринку медичних послуг (розвиток мережі закладів освіти; забезпечення та контроль заходів із підвищення кваліфікації медичного персоналу; формування напрямів стримування відтоку висококваліфікованих кадрів з держави).

Ціль 6. Розвиток приватного ринку і громадського здоров'я.

Ціль 7. Адаптація системи надання медичних послуг до умов на ринку, що пов'язані з військовими діями та у повоєнному періоді.

Виділено наступні види медичних послуг:

- прості медичні послуги; комбіновані медичні послуги (де поєднуються різні види супутніх медичних послуг;
- комплексні медичні послуги (поєднання повністю різноманітних за видами послуг, які об'єднані в одну);
- прості медичні послуги, що поєднуються з клінічними дослідженнями;
- прості медичні послуги, що поєднуються з елементами реабілітації та додаткового медичного супроводу.

В основі механізму державного регулювання ринку медичних послуг запропоновано реалізувати пацієнто-центрований підхід, що передбачає визначення потреби у медичних послугах, тобто послугах з лікування хвороб, що виникли; рівень забезпеченості надання якісних послуг та обсяг їх фінансового забезпечення. Функціонування механізму державного регулювання ринку медичних послуг у рамках удосконалення відносин в системі «пацієнт-лікар-суспільство-держава». Для організації взаємин між пацієнтами і лікарями повинні бути визначені цивільно-правові відносини.

На засадах комплексного підходу до державного регулювання ринку медичних послуг розроблено та запроваджено оригінальний інструмент організації медичного обслуговування населення – за умовами якого медичні послуги надаються в єдиному територіальному просторі «медичному

коворкінгу» різними суб'єктами підприємництва (медичними працівниками) з індивідуальними ліцензіями на провадження господарської діяльності з медичної практики при обов'язковій медичній координації та контролі якості надання послуги Неприбутковою організацією, членами якого є всі учасники «медичного коворкінгу».

За результатами апробації оригінального інструменту на практиці засвідчено, що знаходячись в правовому полі він забезпечує детінізацію доходів від медичних послуг, прозоре оподаткування, зменшує навантаження на медичний персонал через оптимізацію адміністрування послуг, стимулює професійний розвиток медичних працівників в умовах високої конкуренції та мінімізує корупційні ризики, а відповідно він може бути рекомендований до подальшої імплементації.

Для покращання розуміння напрямків удосконалення нормативно-правової бази здійснено сегментування ринку медичних послуг на основі взаємодії суб'єктів в результаті дії ринкового механізму та інструментів державного регулювання, та запропоновано напрями удосконалення організаційного механізму взаємодії суб'єктів державного регулювання ринку медичних послуг в Україні. Нами виділено: сегмент 1 (сукупність медичних закладів усіх форм власності, в яких сильно різниться дія ринкового механізму); сегмент 2 (регіональні та муніципальні медичні заклади); сегмент 3 (переважно недержавні організації та приватно практикуючі лікарі, діяльність яких носить підприємницький характер); сегмент 4 (недержавні організації та лікарі приватної практики).

Для полегшення імплементації оригінального механізму в медичних закладах усіх форм власності запропоновано зміни до законодавства, що регулює взаємодію між медичними закладами різних форм власності, стандартизацію медичної послуги та відповідальність за порушення стандарту, оподаткування медичних закладів різних форм власності, принципів формування єдиного інформаційного медичного простору.

Ключові слова: механізми державного регулювання, ринок медичних послуг, методи та інструменти, принципи і функції державного регулювання, якісна медична послуга, концепція.

ABSTRACT

Barzylovyh A.D. Governmental Regulation of the Medical Service Market in Ukraine. – Manuscript.

Thesis to obtain a scientific degree of the Doctor of Sciences in Public Administration, specialty 25.00.02 – Public Administration Mechanisms – National Aviation University of the Ministry of Education and Science of Ukraine, Kyiv, 2023.

The thesis research performs a scientific rationale of the theoretic and methodological reasoning and development of practical recommendations for improving the mechanisms of governmental regulation of the medical service market in Ukraine.

The author structures theoretical approaches to forming the conceptual and categorical apparatus of governmental regulation of the medical service market in modern-day conditions and systematizes scholarly approaches to understanding the essence and structure of governmental regulation of the medical service market as follows: an approach to governmental regulation, based on the main objective of such a regulation – to ensure health of patients; an approach outlining the objective of governmental regulation of the medical service market for quality provision of these services to population; an approach to defining the governmental regulation of the medical service market, targeted at dealing with the regulation process as a system of methods, tools, techniques of regulation, etc.

The governmental regulation of the medical service market is defined as a complex, multilayer system of governmental influence, which consists of the subjects of influence (authorities), objects of influence (facilities providing the population with medical services on the market), and techniques of influence (regulatory, organizational, financial, and informational support; methods and tools of influence) for effective operation of the organizations and facilities that are market players and render, regulate, or consume medical services in the market environment to ensure provision of quality medical services to the population and enhancement of the level and quality of life in the state.

The work determines the functions and principles of the governmental regulation of the medical service market and analyzes the regulation models in foreign countries and conditions to implement their experience in Ukraine. In the course of regulating the medical service market, public authorities in Ukraine should observe certain principles, such as lawfulness, optimality, forecastability, transparency, social responsibility, systematism, effectiveness, commitment, sequentiality, justification, scientism, actuality, comprehensiveness, sufficiency, supremacy of law, controllability and responsibility, urgency, stability, logicity and consistency. Compliance with these principles by all market players will facilitate efficiency of the mechanism of governmental regulation of the medical service market in view of its reforms.

On the basis of global experience, the thesis reveals a system of hazards that the Ukrainian medical service market faces, in particular, a growing influence of the governmental policy concerning medication supply and medical equipment procurement, namely the pricing policy, which will affect the medical service market; possible exacerbation of inflation processes; possible further impoverishment of the population; prolongation of hostilities, which will lead to the social crisis; collapse of the healthcare system due to its inability to provide care to a great number of those who suffered from hostilities, including rehabilitation and psychological assistance.

The author has elaborated a comprehensive mechanism of governmental regulation of the medical service market by means of defining the tasks, goals, functions, levers, and methods of such regulation, which includes regulatory, institutional, organizational and administrative, economic, financial, resource, and information and communication submechanisms and describes the structure, correlations, and system of relations between the structural elements and market players that fall under the governmental regulatory influence.

It is ascertained that key elements of the mechanism of governmental regulation of the medical service market are object and subject component, principles, functions, methods, levers, and tools for its implementation. The following can be named basic levers regulating the medical service market: price regulation, tax and customs benefits, setting the quality standards for medical services, norms and standards for

pharmaceuticals and medical equipment used while providing the medical services, qualification level and requirements for the medical staff certification procedure, applying low credit interest rates, offering beneficial conditions of state property privatization and rent of state-owned facilities, motivation, moral incentives (moral and ethical norms in the society), and cooperation. The author notes absence of a special regulatory organization on the medical service market, specifically, functioning of two central executive agencies is determined, which are the agency implementing the governmental healthcare policy (Ministry of Health of Ukraine) and the agency implementing the governmental policy for state financial guarantees of medical care for the population (National Health Service of Ukraine).

A methodological toolkit for governmental regulation of the medical service market in present-day conditions is singled out and systematized.

The author understands methods of governmental regulation of the medical service market as the ways that the state can influence companies and organizations dealing with medical service provision and the overall market infrastructure with a purpose of monitoring and regulating these systems' effective functioning subject to the governmental healthcare policy, considering the economic, administrative and socio-psychological aspects.

The work researches the regulatory mechanism and interaction of market operators in terms of organizational and managerial mechanism of the governmental regulation of the medical service market. It improves systematization of the healthcare legislation and distinguishes general legal acts regulating the market of medical services:

- 1) basics of activities in providing medical aid and medical services;
- 2) issue of interrelation between medical facilities and patients;
- 3) regulation of relationships in the sector of medical services;
- 4) responsibility for offences committed in the medical service sector.

The research analyzes transformations of the medical service market in modern conditions and points out the following problems affecting the efficient functioning of the medical service market:

- insufficient funding and development of insurance market in this field;
- high level of bureaucracy in licensing issues; martial law;
- inadequate state of healthcare infrastructure and limited use of advanced medical technologies;
- insufficiently reformed system of training and upgrading the medical staff;
- unequal access to medical services for different groups and in different territories;
- physical access to medical facilities in rural areas remains limited.

Issues to be solved:

- adopting a strategy or concept of developing the medical service market;
- continuing adaptation of laws to the EU standards;
- giving the patients access to medications (issues of supplies, licensing, and free medicines);
- ensuring biological safety; enhancing the quality of medical services.

The researcher assesses efficiency of the governmental regulation of the medical service market in the framework of systemic reforms through identification of the tools' influence and monitoring the efficacy, opportunities and limitations in development of the governmental regulation of this market in Ukraine. On the grounds of monitoring the medical service efficiency, it is reasoned that medical services in Ukraine are at the stage of development and transformation. The advantage of the Ukrainian medical service market gained owing to the medical reform is introduction of the principle "money follows the patient," which means that the patient receives services of better quality and medical staff work to achieve the planned result.

The thesis elaborates a concept and forms a model and mechanism of the governmental regulation of the medical service market in the period of reforms and changes, and defines objectives of the concept implementation. The elaboration is aimed at satisfying the society's needs of approaches, methods and means to create the conditions to prevent negative consequences of a disease progress, providing quality medical services and developing the healthcare system focused on multiplying a healthy human potential in a constantly changing environment where the modern

Ukrainian market of medical services is functioning. On a macroeconomic level, a complex of objectives and market measures is determined, which are targeted at achieving the goal of improving the medical sector.

Objective 1. Forming the governmental regulation and support of medical services on the basis of market approaches (discovering the factors that affect management efficiency on the medical service market; developing a model of the market regulation mechanism in improving the healthcare system; making motions to the Ministry of Health for improving the healthcare system, including improvement of the medical service quality).

Objective 2. Improving the quality of the medical aid provision (monitoring the quality of the medical service provision on the basis of statistical methods and analytical calculations; forming the directions of the medical service market development by expanding its structure; improving the material and technical basis by enhancing the diagnostic and treatment technologies as well as disease prevention; realizing the governmental programs of medical equipment upgrade).

Objective 3. Perfecting the methods of pricing on the medical service market (governmental control of prices and profit from sales; introducing modern medical services in order to set most reasonable prices; calculating the cost and norms for one appointment with a doctor, average cost of services and cost of a hospital bed; making motions for regulating the reference prices, using external and internal systems).

Objective 4. Raising the competitiveness of the medical service market operators (introducing the decisions on raising the competitive advantages on the medical service market).

Objective 5. Modernizing the staff policy on the medical service market (developing the network of educational facilities; provision and supervision of measures to improve qualification of the medical staff; forming the ways to restrict the brain drain of highly qualified staff from the state).

Objective 6. Developing the private market and public health.

Objective 7. Adapting the medical service system to the market conditions related to hostilities and in the postwar period.

The below types of medical services are distinguished:

- simple medical services; combined medical services (where different types of related medical services are combined);
- complex medical services (combination of totally different services by their types, which are united as one);
- simple medical services combined with clinical research;
- simple medical services combined with elements of rehabilitation and additional medical support.

As a basis of the mechanism of governmental regulation of the medical service market, it is suggested that a patient-oriented approach is adopted, which envisages identifying the need for medical services, i.e. services to cure the occurring illnesses; a level of guarantees of quality service provision and scope of their financial support; functioning of the mechanism of governmental regulation of the medical service market in the framework of perfecting the relations in the system “patient – doctor – society – state” To organize the relationship between patients and doctors, civil-law relations should be outlined.

On the basis of a comprehensive approach to the state regulation of the medical services market, an original tool for the organization of medical services for the population was developed and implemented - under the terms of which medical services are provided in a single territorial space of "medical co-working" by various business entities with individual licenses for medical practice with mandatory medical coordination and quality control of service provision by a non-profit organization or an advisory comity, members of which are all co-working participants.

Further development to improve understanding of directions for improvement of the legal framework is seen in the medical service market segmentation based on the interaction between operators as a result of the market mechanism action and governmental regulation tools that can be used. The following segments are determined: Segment 1 (the aggregate of medical facilities of public, regional, and municipal ownership, where the market mechanism acts very differently); Segment 2 (regional and municipal medical facilities); Segment 3 (medical organization of mostly

private ownership and doctors with private practice whose activities are of commercial nature); Segment 4 (private medical organizations and private practice doctors).

In order to facilitate the implementation of the original mechanism in medical institutions of all forms of ownership, amendments to the legislation governing the interaction between medical institutions of different forms of ownership, standardization of medical services and liability for violation of the standard, taxation of medical institutions of different forms of ownership, and the principles of forming a single medical information space are proposed.

Key words: mechanisms of governmental regulation, medical service market, approaches and tools, principles and functions of governmental regulation, quality medical service, concept.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Праці, які відображають основні наукові результати дисертації

Монографія:

1. Барзилович А. Д. Теоретико-методологічні засади державного регулювання ринку медичних послуг в Україні: монографія. Одеса: Олді +, 2022. 296 с.

Статті у наукових періодичних виданнях, проіндексованих у базах даних Web of Science Core Collection та/або Scopus

2. Mechanisms for Managing Medical Institutions in Times of Crisis / A. Barzylovych et al. *Sys Rev Pharm.* 2020. № 11 (9). P. 562–568. URL: <https://www.sysrevpharm.org/abstract/mechanisms-for-managing-medical-institutions-in-times-of-crisis-66323.html> (Scopus). *Особистий внесок автора: проаналізовано досвід кризового управління у період COVID-19 на прикладі Німеччини та Чехії.*

3. Transformation of the Social and Medical Spheres under the Conditions of COVID-19 / A. Barzylovych et al. *Sys Rev Pharm.* 2020. № 11 (11). P. 1328–1337. URL: <https://www.sysrevpharm.org/abstract/transformation-of-the-social-and-medical-spheres-under-the-conditions-of-covid19-66705.html> (Scopus). *Особистий внесок автора: сформовано концептуальну моделі та принципи трансформації медичної сфери на основі нових підходів; оцінка ролі держави у формуванні інтегрованої інноваційної моделі системи охорони здоров'я.*

4. Healthcare facilities management in digitalization context / A. Barzylovych et al. *International Journal of Health Sciences.* 2021. № 5 (3). P. 429–440. URL: <https://sciencescholar.us/journal/index.php/ijhs/article/view/1773> (Scopus). *Особистий внесок автора: досліджено на прикладі Німеччини, Італії та Франції вплив пандемії COVID-19 на прискорення технологічних змін.*

5. The Influence of Medical Services Public Management on the Population' Life Quality / A. Barzylovych et al. *WSEAS Transactions on Environment and Development*. 2021. Vol. 17. P. 619–629. URL: <https://wseas.com/journals/articles.php?id=168> (Scopus). *Особистий внесок автора: досліджено фактори впливу державного управління на показники якості життя населення на основі статистичних показників європейських країн.*

6. Improving Public Medical and Social Services Market Management: Application of Information Technologies / A. Barzylovych et al. *IJCSNS International Journal of Computer Science and Network Security*. 2021. Vol. 21, № 7. P. 257–266. URL: http://paper.ijcsns.org/07_book/202107/20210730.pdf (Web of science). *Особистий внесок автора: проаналізовано особливості вдосконалення державного управління ринком медико-соціальних послуг із використанням інформаційних технологій; сформовано рекомендації щодо вдосконалення державного управління шляхом впровадження інформаційних технологій.*

7. Management of Primary Health Care Facilities in Ukraine / A. Barzylovych et al. *Universal Journal of Public Health*. 2022. № 10 (5). P. 527–538. URL: <https://www.hrpub.org/download/20221030/UJPH10-17628356.pdf> (Scopus). *Особистий внесок автора: обґрунтовано засади управління закладами первинної медичної допомоги у контексті перспектив євроінтеграції; досліджено вплив децентралізації на ефективність закладів первинної медичної допомоги.*

**Статті у наукових періодичних виданнях, включених до переліку
наукових фахових видань України**

8. Барзилович А. Д. Наукові підходи до визначення понять «ринок медичних послуг», «державне регулювання ринку медичних послуг». *Держава та регіони*. Серія: Державне управління. 2019. № 4. С. 70–75. URL: http://pa.stateandregions.zp.ua/archive/4_2019/14.pdf.

9. Барзилович А. Д. Принципи та функції державного регулювання ринку медичних послуг – теоретичний аспект. *Інвестиції: практика та досвід*. 2019. № 21. С. 122–126. URL: <http://www.investplan.com.ua/?op=1&z=6885&i=18>.

10. Барзилович А. Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 2. С. 134–140. URL: <http://www.investplan.com.ua/?op=1&z=7011&i=20>.

11. Барзилович А. Д. Суб'єкти національного ринку медичних послуг в Україні. *Наукові перспективи*. 2020. № 1 (1). С. 17–29. URL: <http://perspectives.pp.ua/index.php/np/article/view/2>.

12. Барзилович А. Д. Механізми державного регулювання надання медичних послуг в Україні. *Публічне управління у сфері державної безпеки та митної справи*. 2020. № 1 (24). С. 86–90. URL: <http://customs-admin.umsf.in.ua/archive/2020/1/17.pdf>.

13. Барзилович А. Д. Державне регулювання ринкових механізмів у системі охорони здоров'я України. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2020. № 5. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1676>.

14. Барзилович А. Д. Економічна сутність медичного страхування та його значення для розвитку медичних послуг в Україні. *Держава та регіони*. Серія: Державне управління. 2020. № 2. С. 38–44. URL: http://pa.stateandregions.zp.ua/archive/2_2020/8.pdf.

15. Барзилович А. Д. Впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 5–6. С. 109–114. DOI: 10.32702/2306-6814.2020.5-6.109. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/5-6_2020/19.pdf.

16. Барзилович А. Д. Фармакологічний ринок України: динаміка розвитку та особливості регулювання. *Записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського*. Серія: «Державне управління». 2020. Том 31 (70), № 3. С. 47–53. URL: http://www.pubadm.vernadskyjournals.in.ua/journals/2020/3_2020/11.pdf.

17. Барзилович А. Д. Медичний сектор: орієнтованість на пацієнта, як отримувача медичних послуг. *Ефективність державного управління: збірник наукових праць Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентіві України*. 2020. Випуск 4 (65). С. 89–100. URL: <https://ir.vtei.edu.ua/g.php?fname=27122.pdf>.

18. Барзилович А. Д. Методи державного регулювання ринку медичних послуг: прямого та непрямого впливу. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 22. С. 147–153. URL: <http://www.investplan.com.ua/?op=1&z=7223&i=24>.

19. Барзилович А. Д. Інноваційні інструменти державного регулювання ринку медичних послуг. *Наукові перспективи*. 2020. № 5 (5). С. 327–340. URL: <http://perspectives.pp.ua/index.php/np/article/download/75/75>.

20. Барзилович А. Д. Фінансовий механізм державного регулювання розвитку охорони здоров'я України. *Науковий вісник: державне управління*. 2020. Том 3, № 5. С. 34–48. URL: <https://nvdu.undicz.org.ua/index.php/nvdu/article/view/93>.

21. Барзилович А. Д. Моніторинг ефективності регулювання ринку медичних послуг. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 23. С. 124–130. DOI: 10.32702/2306-6814.2020.23.124. URL: <http://www.investplan.com.ua/?op=1&z=7245&i=18>.

22. Барзилович А. Д. Державне регулювання у сфері охорони здоров'я: COVID-19 для України. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2021. № 23. С. 11–16. URL: <http://www.pag-journal.iei.od.ua/archives/2021/23-2021/4.pdf>.

23. Барзилович А. Д. Залучення ключових громадських організацій до публічного управління ринку медичних послуг. *Наукові перспективи (Серія «Державне управління»)*. 2021. № 2 (8). С. 9–23. URL: <http://perspectives.pp.ua/index.php/np/article/download/140/141>.

24. Барзилович А. Д. Перспективи публічного управління ринку медичних послуг. *Публічне управління та митне адміністрування*. 2021. № 1 (28). С. 5–10. URL: http://customs-admin.umsf.in.ua/archive/2021/1/1_2021.pdf.

Праці, які додатково відображають наукові результати дисертації

Статті, опубліковані в зарубіжних країнах ОЕСР

25. Barzylovych A. Reforming the secondary line of medical assistance in Ukrainian healthcare system. *International Journal of New Economics, Public Administration and Law*. 2019. № 2 (4). P. 16-17. URL: http://ijoness.esy.es/myfiles/arhiv_journals/2019/2/2019_2__16.pdf.

26. Барзилович А. Д. Розвиток ринку медичних послуг в Україні. *Міжнародний науковий журнал «Інтернаука»*. 2019. № 17 (79). Т. 1. С. 11–18. URL: <https://www.inter-nauka.com/ua/issues/2019/17/5480>.

27. Barzylovych A. Features of licensing of various types of medical services in Ukraine. *Sciences of Europe*. 2020. Vol. 1, № 57. P. 3–9. URL: <https://www.europe-science.com/wp-content/uploads/2021/11/VOL-1-No-57-2020.pdf>.

28. Barzylovych A. D. Egulatory and financial support of primary health care based on family medicine. *Virtus: Scientific Journal*. 2020. № 43. P. 304–310. URL: <http://virtus.conference-ukraine.com.ua/Journal43.pdf>.

29. Барзилович А. Д. Діяльність суб'єктів національного ринку медичних послуг. *Virtus: Scientific Journal*. 2020. № 47. P. 106–111. URL: <http://virtus.conference-ukraine.com.ua/Journal47.pdf>.

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

30. Барзилович А. Д. Державне регулювання у сфері медичних послуг. *Сучасні технології менеджменту: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., м. Луцьк, 4 листоп. 2019 р.* / відп. ред. проф. Л. М. Черчик. Луцьк, 2019. С. 18–19. URL: https://www.researchgate.net/profile/Kostiantyn-Pavlov/publication/342701891-REALIZACIA_PROCESIV_ABEZPECENNA_ENERGOZBEREZENNA/links/5f01ffee92851c52d619c799/REALIZACIA-PROCESIV-ABEZPECENNA-ENERGOZBEREZENNA.pdf.

31. Барзилович А. Д. Напрями державного регулювання ринку медичних послуг в Україні. *Problèmes et perspectives d'introduction de la recherche scientifique innovante:*

collection de papiers scientifiques «ΛΟΓΟΣ» avec des matériaux de la conférence scientifique et pratique internationale, Bruxelles, Belgique, 29 novembre, 2019. Bruxelles: Plateforme scientifique européenne, 2019. Vol. 3. P. 102–105.

32. Барзилович А. Д. Державне регулювання ринку медичних послуг. *Економічні проблеми сучасності та концепція сталого розвитку держави та регіонів*: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., м. Львів, 21 груд. 2019 р. Львів, 2019. С. 73–76.

33. Барзилович А. Д. Проблемні питання галузі охорони здоров'я України. *Світовий розвиток науки та техніки*: матеріали XXXVIII Міжнар. наук.-практ. Інтернет-конф., м. Вінниця, 23 груд. 2019 р. Вінниця, 2019. Ч. 11. С. 15–19.

34. Барзилович А. Д. Вплив коронавірусу COVID-19 на медичну галузь в Україні. *Проблеми та стан розвитку медичної науки та практики в Україні*: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., м. Дніпро, 12–13 черв. 2020 р. Дніпро: Організація наукових медичних досліджень «Salutem», 2020. С. 7–11. URL: <http://www.salutem.dp.ua/index.php/conference>.

35. Барзилович А. Д. Управління медичною галуззю в умовах пандемії. *Світ під час пандемії*: нові виклики та загрози: матеріали XLVII Міжнар. Інтернет-конф., м. Запоріжжя, 15 черв. 2020 р. Запоріжжя, 2020. Ч. 2. С. 4–7. URL: <http://el-conf.com.ua/>.

36. Барзилович А. Д. Впровадження електронної медичної карти в Україні. *Теоретико-практичні аспекти аналізу економіки, обліку, фінансів і права*: збірник тез доповідей Міжнар. наук.-практ. конф., м. Полтава, 18 черв. 2020 р. Полтава: ЦФЕНД, 2020. Ч. 1. С. 48–49.

37. Барзилович А. Д. Актуальна тенденція підготовки фахівців медичної галузі у закладах вищої освіти. *Сучасні світові тенденції розвитку науки, технологій та інновацій*: матеріали II наук.-практ. конф., м. Одеса, 26–27 черв. 2020 р. Херсон: Видавництво «Молодий вчений», 2020. С. 80–83. URL: <http://molodyvcheny.in.ua/ua/conf/tech/archive/1218/>.

38. Барзилович А. Д. Публічні закупівлі у сфері охорони здоров'я: проблемні питання. *Перспективні напрямки наукових досліджень*: матеріали XLIX Міжнар. наук.-практ. Інтернет-конф., м. Миколаїв, 15 лип. 2020 р. Миколаїв, 2020. Ч. 2. С. 18–20. URL: <https://el-conf.com.ua/wp->

content/uploads/2020/08/%D0%9C%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%B0%D1%97%D0%B2_%D0%A7.2..pdf.

39. Барзилович А. Д. Оптова та роздрібна торгівля лікарськими засобами в Україні. *Осінні наукові читання: матеріали ЛІІ Міжнар. Інтернет-конф.*, м. Дніпро, 25 верес. 2020 р. Дніпро, 2020. Ч. 2. С. 18–22. URL: https://el-conf.com.ua/wp-content/uploads/2020/10/2%D1%87%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%94%D0%BD%D1%96%D0%BF%D1%80%D0%BE.pdf.

40. Барзилович А. Д. Аналіз витрат на медичні послуги: світовий зріз. *Priority directions of science and technology development: матеріали І Міжнар. наук.-практ. конф.*, м. Київ, 27–29 верес. 2020 р. Київ, 2022. С. 119–124. URL: <https://sci-conf.com.ua/i-mezhdunarodnaya-nauchno-prakticheskaya-konferentsiya-priority-directions-of-science-and-technology-development-25-27-oktyabrya-2020-goda-kiev-ukraina/>.

41. Барзилович А. Д. Основи оцінювання та моніторингу рівня якості надання медичних послуг. *Безперервний професійний розвиток лікарів та провізорів в умовах реформування системи охорони здоров'я: матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю (online-формат)*, м. Київ, 9 жовт. 2020 р. / МОЗ України, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Київ: НМАПО ім. П. Л. Шупика, 2020. С. 405–410. URL: <https://www.onmedu.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/8340/Ordu.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

42. Барзилович А. Д. Реалізація державного механізму ринку медичних послуг в Україні. *Наукова спільнота: матеріали Міжнар. наук.-практ. Інтернет-конф. Сорок четверті економіко-правові дискусії*. Львів, 18 лют. 2020 р. Львів, 2020. С. 16–19. URL: http://www.spilnota.net.ua/ua/price_list/.

43. Барзилович А. Д. Економічні методи регулювання ринку медичних послуг в Україні. *Модернізації державної фіскальної служби України: матеріали Міжнар. наук. Інтернет-конф.*, м. Тернопіль, 29 верес. 2022 р. Тернопіль, 2022. Випуск 12. URL: <http://www.economy-confer.com.ua/full-article/3360/>.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	27
ВСТУП.....	28
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ.....	41
1.1. Генеза концептуальних засад державного регулювання ринку медичних послуг в науковому дискурсі	41
1.2. Ринок медичних послуг як об'єкт державного регулювання: понятійно-категоріальний та структурний аналіз	58
1.3. Особливості, напрями, функції та принципи державного регулювання ринку медичних послуг в сучасних умовах	80
1.4. Моделі державного регулювання ринку медичних послуг зарубіжних держав та умови імплементації їхнього досвіду в Україні	93
Висновки до розділу 1	112
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УМОВАХ СУЧАСНИХ ВИКЛИКІВ	117
2.1. Комплексний механізм державного регулювання ринку медичних послуг в Україні	117
2.2. Методологічний інструментарій державного регулювання ринку медичних послуг у сучасних умовах : класифікація та застосування.....	138
2.3. Інституційні передумови державного регулювання ринку медичних послуг.....	156
Висновки до розділу 2	171
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У СУЧАСНИХ УМОВАХ	173

3.1. Нормативно-правовий механізм державного регулювання ринку медичних послуг: міждержавний, державний та регіональний рівні	173
3.2. Можливості адаптації медичного законодавства України до законодавства Європейського Союзу	188
3.3. Взаємодія суб'єктів ринку в рамках організаційно-управлінського механізму державного регулювання ринку медичних послуг.....	198
3.4. Фінансово-економічний механізм державного регулювання ринку медичних послуг	218
Висновки до розділу 3	234
РОЗДІЛ 4. ЕФЕКТИВНІСТЬ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УМОВАХ СИСТЕМНИХ РЕФОРМ	237
4.1. Трансформація ринку медичних послуг в Україні в сучасних умовах	237
4.2. Зміни ринку медичних послуг в умовах пандемії COVID-19 та військових дій.....	268
4.3. Вплив інструментів державного регулювання на розвиток ринку медичних послуг в Україні	288
4.4. Моніторинг ефективності, можливостей та обмежень розвитку державного регулювання ринку та якості медичних послуг в Україні.....	299
Висновки до розділу 4	312
РОЗДІЛ 5. УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ.....	315
5.1. Розробка та реалізація концепції державного регулювання ринку медичних послуг у сучасних умовах	315
5.2. Концептуальна модель функціонування комплексного механізму державного регулювання медичних послуг в умовах змін та реформування.....	335

5.3. Удосконалення організаційного механізму взаємодії державного регулювання ринку медичних послуг в Україні.....	351
5.4. Інноваційні інструменти державного регулювання ринку медичних послуг.....	364
Висновки до розділу 5	386
ВИСНОВКИ	389
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	396
ДОДАТКИ	443

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВАМП –	Всесвітня асоціація медичного права
ВМА –'	Всесвітня медична асоціація
ВООЗ –	Всесвітня організація охорони здоров'я
Держлікслужба України –	Державної служби України з лікарських засобів та контролю за наркотиками
ДМС –	добровільне медичне страхування
ДСГ –	діагностично-споріднена група
ЛПУ –	лікувально-профілактична установа
МІС –	медичні інформаційні системи
МОЗ –	Міністерство охорони здоров'я України
М-Тест –	тест малого підприємства за законом «Про засади державної регуляторної політики у сфері господарської діяльності»
НПА –	нормативно-правовий акт
НСЗУ –	Національна служба здоров'я України
ОЗ –	охорона здоров'я
ОМС –	обов'язкове медичне страхування
ПМСД –	первинна медико-санітарна допомога
ПРООН –	Програма розвитку Організації Об'єднаних Націй
СОЗ –	система охорони здоров'я
СОТ –	Світова організація торгівлі
ФСС –	Фонд соціального страхування
ЦСЄ –	країни Центральної та Східної Європи

ВСТУП

Актуальність теми. Процеси активного реформування державного регулювання розвитку ринку медичних послуг в Україні розпочалися після підписання Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом. Серед актуальних проблем є, насамперед, необхідність забезпечення конституційної норми про безоплатність медичних послуг, створення умов для активної конкуренції суб'єктів ринку, забезпечення доступності та якості послуг для усіх категорій громадян. Особливо актуальною є проблематика державного регулювання ринку медичних послуг в Україні в умовах військових дій, де існують розбіжності та прогалини в нормативно-правовому механізмі регулювання державних і приватних медичних послуг, прослідковується хронічне недофінансування медичної сфери по відношенню до валового внутрішнього продукту, що зумовлює моральне і фізичне старіння медичного обладнання та незадовільний стан лікувальних закладів у малих населених пунктах. Серед інших проблем – доступність та регулювання ринку лікарських препаратів, поширення самолікування серед населення тощо. У контексті цього доречно акцентувати, що значущу проблему розвитку ринку медичних послуг в Україні становить також високий рівень тінізації оплати праці медичного персоналу та недостатня ефективність механізмів контролю діяльності медичних закладів, що є одним із факторів зниження якості медичних послуг. Отже, дослідження особливостей державного регулювання ринку медичних послуг в Україні вимагає, насамперед, аналізу правових проблем, пов'язаних із формуванням інституційного середовища ринку медичних послуг, з метою визначення напрямів реформування механізму регулювання ринку медичних послуг в умовах сьогодення.

Важливим фактором наукових досліджень у цьому аспекті має стати напрацювання теоретико-методологічних підходів щодо формування понятійно-категоріального апарату державного регулювання ринку медичних послуг, який наразі є досить обмеженим та не розкриває основних елементів функціонування

такого ринку. Водночас уваги науковців потребує структурування механізму державного регулювання ринку медичних послуг через визначення завдань, цілей, функцій, важелів і методів такого регулювання в сучасних умовах.

Проблемами розвитку та реформування механізмів державного управління в охороні здоров'я займалися такі іноземні науковці: А. Ахтар, К. Вендт, М. Ар. Вендт, Дж. Коль, М. Лагард, М. Нкенгафак, Н. Палмер, Г. Раду, Н. Райблінг, А. Сміт, М. Соломон, Р. Солтман, А. Хейнс, М. Фельдштейн, Х. Фігерас та інші. Вагомий внесок у дослідження питань впливу держави на ринок медичних послуг здійснили А. Афтанорхан, З. Аванг, К. Бем, П. Газалі, Р. Гетце, Дж Масінко, Н. Рашид, Б. Старфілд, Х. Фозія, А. Шмід та інші.

Питання формування організаційно-правових, економічних та інституційних засад удосконалення державного регулювання ринку медичних послуг України вивчали такі українські вчені як: А. Авраменко, В. Пашков, Є. Рижкова, І. Рожкова, Г. Слабкий, В. Шевчук та інші. Проблеми функціонування системи охорони здоров'я в межах ефективного державного регулювання сфери якості медичних послуг досліджують чимало науковців, зокрема: С. Войтович, І. Комарова, Н. Кризина, О. Лютак, В. Москаленко, В. Прасол, Ю. Столярчук та інші. Проблема розвитку та реформування механізмів державного регулювання, зокрема і в сфері охорони здоров'я в Україні присвятили свої праці такі сучасні вітчизняні науковці як: М. Білинська, З. Гбур, С. Домбровська, Д. Карамішев, З. Надюк, О. Оболенський, О. Петрос, Я. Радиш, В. Трощинський, Н. Чала та інші. Проте в сучасних умовах відсутній системний аналіз сукупності інструментів, за допомогою яких держава встановлює вимоги до надання медичної допомоги населенню, та проблем актуалізації механізмів державного регулювання ринком медичних послуг. Незважаючи на вагомий внесок багатьох науковців, складність вирішення проблем розвитку ринку медичних послуг, ефективного регулювання охорони здоров'я, економічні взаємини суб'єктів ринку потребують подальших наукових досліджень, що обумовлює актуальність та практичну значущість обраної теми.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційна робота виконана відповідно до:

Наукового напрямку кафедри публічного адміністрування ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія управління персоналом» «Теоретико-методологічні основи становлення української державності і соціальна практика: політичні, юридичні, економічні й психологічні проблеми» (державна реєстрація № 0113U007698). Авторкою розроблено модель і визначено механізм державного регулювання ринку медичних послуг в умовах реформування, що спрямована на удосконалення відносин у системі «пацієнт – лікар – суспільство – держава», детермінацію механізму державного регулювання ринку медичних послуг, що передбачає не лише механізми формування ціни на медичні послуги та розробки державних стандартів надання медичних послуг, але й вимоги до доступності таких послуг для населення, швидкості прийняття рішень і реагування на спалахи інфекційних хвороб, визначення напрямів удосконалення організаційного механізму державного регулювання ринку медичних послуг в Україні;

Науково-дослідної розробки Національного авіаційного університету «Розроблення проєктів нових ДБН «Будинки та споруди закладів охорони здоров'я», код згідно з ДК 015-97 код – код 1.219 (державна реєстрація № 0121U113149), де дисертанткою було узагальнено світовий досвід та розроблені нормативні вимоги щодо архітектурно-планувальних, інженерно-технічних та організаційно-медичних рішень стосовно запобігання розповсюдження інфекційних захворювань під час надання медичних послуг у закладах первинної медичної допомоги різного розміру, а також в умовах реконструкції наявних закладів охорони здоров'я в Україні;

Науково-дослідної розробки Громадської наукової організації «Міжнародний центр розвитку науки і технологій» «Європейські стандарти державного сервісу та їх впровадження в державну службу України» (державна реєстрація № 0118U100221), під час виконання якої здобувачкою розглянуто моделі державного регулювання ринку медичних послуг іноземних держав,

зокрема європейських, які доцільно врахувати у контексті державного регулювання ринку медичних послуг в Україні.

Мета і завдання дослідження. Метою дослідження є наукове обґрунтування теоретико-методологічних засад та розроблення практичних рекомендацій щодо вдосконалення механізмів державного регулювання ринку медичних послуг в Україні.

Досягнення поставленої мети зумовило необхідність вирішення таких дослідницьких завдань:

- структурувати теоретичні підходи щодо формування понятійно-категоріального апарату державного регулювання ринку медичних послуг в сучасних умовах;

- систематизувати проблематику наукового розуміння змісту та структури державного регулювання ринку медичних послуг;

- визначити пріоритетні принципи державного регулювання ринку медичних послуг України в сучасних умовах із урахуванням суспільних викликів;

- проаналізувати підходи до державного регулювання ринку медичних послуг в країнах із розвиненою економікою, визначити прийнятні для імплементації в Україні моделі державного регулювання ринку медичних послуг;

- обґрунтувати теоретико-методологічні засади комплексного механізму державного регулювання ринку медичних послуг через визначення завдань, цілей, функцій, важелів та методів такого регулювання;

- виокремити та систематизувати методологічний інструментарій державного регулювання ринку медичних послуг у сучасних умовах;

- дослідити нормативно-правовий механізм державного регулювання ринку медичних послуг в Україні в системі усталених механізмів управління ринками;

- здійснити аналіз трансформацій ринку медичних послуг у сучасних умовах;

- запропонувати концепцію та сформувати модель державного регулювання ринку медичних послуг у період реформування;
- окреслити напрями удосконалення організаційного механізму взаємодії суб'єктів державного регулювання національного ринку медичних послуг через його сегментацію;
- розробити та апробувати науково-практичний інструментарій державного регулювання ринку медичних послуг в Україні.

Об'єктом дисертаційного дослідження є система державного регулювання ринку медичних послуг в Україні.

Предметом дослідження є теоретико-методологічні та прикладні засади формування і реалізації механізмів державного регулювання ринку медичних послуг.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети у роботі використано низку загальнонаукових та спеціальних методів дослідження, зокрема: порівняльного аналізу; якісного аналізу та синтезу, при дослідженні методології державного регулювання ринку медичних послуг; логічного узагальнення, при аналізі іноземного досвіду державного регулювання.

Дослідження базувалося на логіко-діалектичному методі пізнання, на основі якого з'ясовано сутність понять «ринок медичних послуг», «державне регулювання ринку медичних послуг» та регулятивної діяльності держави на цьому ринку. Методи системного аналізу та синтезу, порівняння, абстракції, систематизації забезпечили визначення взаємодії суб'єктів ринку медичних послуг, а також систематизацію основних підходів до проблематики дослідження та наукових підходів до формування понятійно-категоріального апарату дослідження. Застосування міждисциплінарного підходу дало змогу комплексно проаналізувати нормативно-правовий механізм державного регулювання сфери охорони здоров'я, а також структуру організаційного механізму державного регулювання ринку медичних послуг. Системний підхід використано для розробки й обґрунтування моделі базової інституційної структури системи забезпечення медичного обслуговування в Україні. З-поміж

спеціальних методів застосовано методи статистичного та графічного аналізу для дослідження впливу факторів на ринок медичних послуг; SWOT-аналізу – для визначення можливостей та загроз, переваг та недоліків ринку медичних послуг в Україні.

Інформаційною базою дослідження слугували міжнародні та вітчизняні нормативно-правові акти, зокрема: Конституція України, закони України, постанови та розпорядження Кабінету Міністрів України, нормативні акти Президента України, Міністерства охорони здоров'я України, Національної служби здоров'я України, проекти нормативно-правових актів з питань регулювання ринку медичних послуг; джерела, що відображають міжнародну практику регулювання ринку медичних послуг (Всесвітньої організації охорони здоров'я, Організації економічного співробітництва та розвитку, Організації Об'єднаних Націй тощо), матеріали вітчизняної та іноземної практики реалізації політико-адміністративного реформування ринку медичних послуг і наукові публікації дослідників у галузі науки державного управління; статистичні та аналітичні матеріали, дані Державної служби статистики України, моніторингові звіти іноземних та українських установ і організацій.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у комплексному розв'язанні важливої проблеми науки «Державне управління» – науковому обґрунтуванні теоретико-методологічних засад та розроблення практичних рекомендацій щодо вдосконалення механізмів державного регулювання ринку медичних послуг в Україні, які конкретизовано в таких положеннях:

вперше:

– обґрунтовано теоретико-методологічні засади комплексного механізму державного регулювання ринку медичних послуг, який включає нормативно-правовий, інституційний, організаційний, економічний, фінансовий, ресурсний, інформаційно-комунікаційний механізми та описує структуру, взаємозв'язки, а також систему відносин між елементами структури та учасниками ринку. На відміну від наявних, цей механізм серед учасників ринку медичних послуг, які,

водночас, є суб'єктами регулювання, визначає окрему групу посередників – страхові організації;

– запропоновано Концепцію державного регулювання ринку медичних послуг, яка на відміну від наявних, базується на використанні комплексного підходу, враховує цілі програмних документів, державні соціальні стандарти і гарантії, а також кращі міжнародні правозастосовні практики. Як вузловий пункт, вона містить засновану на принципах солідарності модель регулювання системи медичних послуг та включає конгломерат структурних елементів, що складається з: місії; мети; цілей та завдань; принципів; функцій; структури суб'єктів та об'єктів регулювання; інституційного забезпечення; механізмів оцінювання і моніторингу виконання;

– розроблено, апробовано та запроваджено на практиці оригінальний інструмент організації медичного обслуговування населення, за якого медичні послуги надаються в єдиному територіальному просторі «медичного коворкінгу» різними суб'єктами в умовах медичної координації та консолідації, забезпечення правового підґрунтя, відповідності медичних технологій, а також знань і навичок фахівців неприбутковою організацією чи дорадчим органом, членами якого є всі учасники коворкінгу в рамках наявних механізмів державного регулювання ринку медичних послуг на основі пріоритетних принципів такого регулювання;

удосконалено:

– пріоритезацію принципів державного регулювання ринку медичних послуг України на основі ретроспективного аналізу розвитку цього ринку, з урахуванням вимог сьогодення та суспільних викликів через виділення ранжування та обґрунтування принципів: законності, прозорості, системності, оптимальності, прогнозованості, соціальної відповідальності та ефективності;

– концептуальні підходи до імплементації в Україні міжнародного досвіду державного регулювання ринку медичних послуг, що базуються на авторській класифікації моделей такого регулювання (лібералізована, перерозподільча), англійська, південноєвропейська, західноєвропейська, латиноамериканська

моделі), і на виокремленні прийнятних для запровадження елементів із урахуванням економічної та соціокультурної специфіки нашої країни;

– класифікацію інструментів державного регулювання ринку послуг із охорони здоров'я в Україні. На відміну від уже наявних, такий підхід інтегрує декілька видів класифікації методів та інструментів державного регулювання ринку медичних послуг в єдине ціле, встановлюючи систему взаємозв'язків між ними. Окремо виділено ринкову регулюючу складову у складі групи інструментів непрямого (опосередкованого) впливу, спрямованого на забезпечення дотримання принципів ринкової саморегуляції та конкуренції;

– організаційний механізм державного регулювання ринку медичних послуг в Україні через його сегментацію. Виділено: сегмент 1 – сукупність медичних закладів усіх форм власності, в яких суттєво відрізняється дія ринкового механізму; сегмент 2 – регіональні та муніципальні медичні заклади; сегмент 3 – переважно недержавні організації та лікарі приватної практики, діяльність яких носить підприємницький характер; сегмент 4 – недержавні організації та лікарі приватної практики. Запропоновано напрями удосконалення організаційного механізму взаємодії суб'єктів державного регулювання ринку медичних послуг в Україні;

набули подальшого розвитку:

– категоріально-понятійний апарат державного регулювання ринку медичних послуг у частині структурування дефініцій через їх розподіл по відношенню до суб'єктів, об'єктів та технологій впливу. Надано авторське визначення поняття «риннок медичних послуг» – це складна збалансована система, що складається із сукупності організацій та установ, що є учасниками ринку та надають, регулюють або споживають медичні послуги при ринковій кон'юнктурі, що склалась у певний момент часу, діяльність яких спрямована на якісне та доступне надання необхідних послуг із поліпшення стану і збереження здоров'я людей. Удосконалено тлумачення поняття «державне регулювання ринку медичних послуг» та доведено обґрунтованість його використання у вузькому та широкому значеннях;

– систематизація наукових підходів до розуміння змісту та структури державного регулювання ринку медичних послуг через їх декомпозицію на: а) кількісний підхід, в основу якого покладено показники охоплення населення медичними послугами; б) якісний підхід, що базується на забезпеченні дотримання рекомендованих протоколів та якості послуг; в) комплексний підхід, що гармонійно поєднує якісні та кількісні аспекти державного регулювання ринку медичних послуг задля забезпечення здоров'я населення через систему методів, принципів та інструментів державного регулювання;

– нормативно-правовий механізм державного регулювання ринку медичних послуг в Україні через систематизацію законодавства у сфері охорони здоров'я з розподілом за предметом регулювання на нормативно-правові акти, що визначають: 1) загальні основи діяльності з надання медичної допомоги та медичних послуг; 2) питання взаємовідносин лікувальних закладів і пацієнтів; 3) регулювання відносин у сфері надання медичних послуг; 4) відповідальність за порушення, вчинені у сфері медичних послуг. Доведено необхідність удосконалення медичного законодавства, розроблено пропозиції щодо внесення змін до нормативно-правових актів України;

– дослідження функціонально-змістовних характеристик проблем та динаміки позитивних зрушень на ринку медичних послуг, що дозволило сформулювати першочергові завдання трансформації державного регулювання цього ринку, серед яких: перехід на страхову модель медицини; прийняття стратегії або концепції розвитку ринку медичних послуг; продовження адаптації законодавства до стандартів ЄС; забезпечення біологічної безпеки; доступу до лікарських препаратів, підвищення якості медичних послуг.

Практичне значення одержаних результатів. Окремі положення та висновки дисертаційної роботи використовуються у практиці роботи органів виконавчої влади, місцевого самоврядування, підприємств та організацій:

– Міністерством охорони здоров'я України – для удосконалення механізму державного регулювання надання медичних послуг та послуг із реабілітації населення (довідка від 01.09.2022 р. № 01.3-04/200305);

– Міністерством розвитку громад та територій України – при актуалізації потреб територіальних громад у забезпеченні закладами охорони здоров'я, що має відобразитись у комплексних планах просторового розвитку території громад та при коригуванні державної політики у сфері будівництва (довідка від 22.08.2022 р. № 7/15.2/8319-22);

– Міністерством у справах ветеранів України – для удосконалення системи цифровізації ветеранських послуг на основі створення електронного кабінету ветеранів, де запропоновано розміщувати інформацію щодо надання медичних послуг стосовно пільг та наявних програм; функціонування комплексного механізму державного регулювання медичних послуг для вдосконалення відносин у системі «пацієнт – лікар – суспільство – держава», зокрема щодо доступності медичних послуг для ветеранів (довідка від 11.08.2022 р. № 5071/01/07.8-22);

– Департаментом охорони здоров'я Харківської державної обласної адміністрації використано рекомендації та методичний інструментарій для аналізу нормативно-правового механізму державного регулювання ринку медичних послуг на рівні регіону (довідка від 22.08.2022 р. № 01-11-08/1040);

– Лозівською міською радою Харківської області враховано та застосовано результати аналізу державного регулювання ринку медичних послуг у сучасних умовах крізь призму трьох механізмів: нормативно-правового (у контексті міждержавного, державного та регіонального рівнів), організаційного та фінансово-економічного (довідка від 16.08.2022 р. № 02-13-12/1072);

– Державною установою «Київський міський центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України» результати дослідження використані при розробці пропозицій до проєктів нормативно-правових актів, стратегій, програм та концепцій у сфері забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя населення, громадського здоров'я, біологічної безпеки та біологічного захисту, епідеміологічного нагляду, захисту населення від інфекційних хвороб, попередження та профілактики неінфекційних захворювань (довідка від 02.09.2022 р. № 1798);

– Комунальним некомерційним підприємством «Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги» Департаменту охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації враховані результати дослідження механізмів державного регулювання ринку медичних послуг та практичні рекомендації. При прогнозуванні розвитку мережі закладів охорони здоров'я на території м. Києва використано запропоноване сегментування ринку медичних послуг за джерелами фінансування та формою власності. Результати дослідження використовувались при підготовці проєкту міської цільової програми «Громадське здоров'я» на 2022–2025 роки», який схвалено розпорядженням виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) від 28.08.2021 р. № 1837 (довідка від 02.11.2022 р.);

– Товариством з обмеженою відповідальністю «Привітна клініка» використанні матеріали дослідження при розробці Стратегії розвитку закладу як суб'єкта господарської діяльності (довідка від 05.01.2023 р. № 2);

– Громадською організацією «Офіс ефективного регулювання» при підготовці аналітичних матеріалів щодо медичної реформи для закладів вторинної медичної допомоги враховано пропозиції з визначення механізмів державного регулювання ринку медичних послуг (довідка від 14.09.2022 р. № 697/1);

– Навчально-науковим центром «Інститут біології та медицини» Київського національного університету ім. Тараса Шевченка практичні розробки були використані під час формування навчально-методичного комплексу освітнього компоненту та проведення аудиторних занять із дисципліни «Соціальна медицина, громадське здоров'я» (освітній рівень «магістр») та підготовки магістерських робіт. Зокрема, використані теоретичні положення щодо формування понятійно-категоріального апарату державного регулювання ринку медичних послуг (довідка від 07.09.2022 р. № 036/128).

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота є результатом самостійного наукового дослідження. Наукові розробки та пропозиції, що містяться в роботі, належать особисто автору. Із наукових праць, опублікованих

у співавторстві, у дисертації використано тільки ті положення та пропозиції, що становлять індивідуальний внесок автора.

Апробація результатів дисертації. Основні результати дослідження, висновки і рекомендації, викладені в дисертації, було оприлюднено на міжнародних та всеукраїнських науково-практичних конференціях, зокрема: «Problèmes et perspectives d'introduction de la recherche scientifique innovante» (Bruxelles, 2019); «Сучасні технології менеджменту» (м. Луцьк, 2019); «Світовий розвиток науки та техніки» (м. Вінниця, 2019); «Економічні проблеми сучасності та концепція сталого розвитку держави та регіонів» (м. Львів, 2019); «Сорок четверті економіко-правові дискусії» (м. Львів, 2020); «Теоретико-практичні аспекти аналізу економіки, обліку, фінансів і права» (м. Полтава, 2020); «Сучасні світові тенденції розвитку науки, технологій та інновацій» (м. Одеса, 2020); «Світ під час пандемії: нові виклики та загрози» (м. Запоріжжя, 2020); «Проблеми та стан розвитку медичної науки та практики в Україні» (м. Дніпро, 2020); «Безперервний професійний розвиток лікарів та провізорів в умовах реформування системи охорони здоров'я» (м. Київ, 2020); «Priority directions of science and technology development» (м. Київ, 2020); «Осінні наукові читання» (м. Дніпро, 2020); «Перспективні напрямки наукових досліджень» (м. Миколаїв, 2020); «Світ економічної науки» (м. Тернопіль, 2020).

Публікації. За результатами дослідження опубліковано 43 наукових праці, серед них: 1 одноосібна монографія; 28 наукових статей, із них 18 наукових статей у наукових фахових виданнях України; 6 наукових статей у виданнях, внесених до наукометричних баз даних Scopus та Web of Science; 4 статті в іноземних виданнях держав ОЕСР; 14 тез наукових доповідей у збірниках, оприлюднених за результатами міжнародних та всеукраїнських науково-практичних конференцій.

Структура та обсяг дисертації. Робота складається з анотації, вступу, п'яти розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг дисертації становить 482 сторінки, з них основного тексту – 349 сторінок.

Дисертація містить 28 таблиць та 44 рисунки та 7 додатків. Список використаних джерел налічує 405 найменувань.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

1.1. Генеза концептуальних засад державного регулювання ринку медичних послуг в науковому дискурсі

У сучасному суспільстві одним із найскладніших секторів державного регулювання є охорона здоров'я. Так, питання, що пов'язані з проблематикою регулювання в науці державного управління, внаслідок виникнення суперечностей між соціальною місією держави та особистими підприємницькими мотивами приватного медичного бізнесу, в Україні і всьому світі є одними з найбільш актуальних. У той же час регулювання ринку медичних послуг має ряд особливостей, що відрізняє його від регулювання типового ринку споживчих товарів та послуг. Обумовлено це переважно важливістю забезпечення населення країни необхідним та якісним медичним обслуговуванням для забезпечення життя та здоров'я нації, також важлива роль медичної системи в умовах військової агресії та післявоєнного відновлення. Як показує світова практика державного управління в даній сфері, спостерігається залежність рівня доходів держави від складності державної політики у світі регулювання даного ринку – чим бідніша країна, тим складніше сформулювати ефективну регуляторну політику.

Для національної системи охорони здоров'я державне регулювання є ключовим засобом, за допомогою якого уряд здійснює моніторинг та контроль за діяльністю учасників ринку медичних послуг, особливо завдяки розробці, прийняттю та впровадженню урядових правотворчих рішень. За останні 20 років у більшості країн світу відбулися значні зміни у тому, як органи влади організовують свою діяльність, надають послуги та реалізують заходи державної політики. Ряд рішень, які колись приймалися Міністерством охорони здоров'я України, тепер приймаються регіональними та місцевими органами влади, територіальними громадами, автономними агенціями державного сектору,

приватними фірмами, неурядовими організаціями та іншими приватними особами. В підсумку дерегулювання набуло важливого значення як головний важіль для урядів держав впливати на кількість, якість, безпеку та розподіл послуг у національних системах охорони здоров'я.

Вся історична глобальна генеза створення та розвитку світової системи охорони здоров'я пов'язана з формуванням, трансформаціями і посиленням різних державних форм соціальної підтримки населення. Дуже важливу роль у принципівих змінах до форми та структури як національних, так і міжнародних ринків медичних послуг, і у зв'язку з цим підходах урядів до їх регулювання, мала поява нового інституту страхової медицини. Це викликало зміни у державних системах контролю, моніторингу і регламентації роботи комерційних страхових систем (наприклад, в Німеччині, Франції або Голландії), а трохи пізніше – у системі державного страхування (наприклад, в Швеції, Японії, Австралії тощо) і ще пізніше - прямого державного забезпечення (в Канаді та Великобританії) [373; 380]. Як трактують регуляторні документи та директиви, видані міжнародними організаціями (зокрема, ООН, ОЕСР та ЄС) під регулюючою діяльністю держави на ринку медичних послуг та обслуговування розуміється [229; 242; 360]: оприлюднення урядом країни правил, що супроводжуються механізмами моніторингу, контролю діяльності всіх організацій, що беруть безпосередню та опосередковану участь на ринку медичних послуг, та порядком і процедурою їх виконання (зазвичай передбачається, що дані функції здійснюються через спеціалізоване державне агентство) [229; 242; 360]; будь-яка форма прямого втручання держави в економіку та кон'юнктуру ринку незалежно від того, яку форму це втручання може набувати; або всі механізми соціального контролю чи впливу, які позначаються на всіх аспектах поведінки учасників ринку, незалежно від джерела їх виникнення [229; 242; 360].

Перший аспект – оприлюднення правил урядами, неминуче передбачає здійснення правових повноважень уряду, тому перший вимір визначення стосується використання законів та інших правових інструментів для впливу на

зміни у поведінці учасників ринку. Наприклад, уряд може встановити обов'язкові правила, які вимагають від операторів медичного закладу отримати дозвіл перед тим, як мати право надавати послуги, і ввести санкції, якщо правила не будуть дотримуватись [377]. Другий аспект стосується інших інструментів регулювання, які уряд може використовувати для контролю чи впливу на поведінку учасників ринку медичних послуг в системі охорони здоров'я. Такі інструменти регулювання включають економічні та ринкові інструменти (наприклад, податки, квоти чи механізми ціноутворення на послуги державних і приватних медичних закладів та ліки) і регулювання розкриття інформації (наприклад, вимога від медичних працівників розкривати певну інформацію споживачам (пацієнтам), щоб надати їм змогу зробити оптимальний для себе вибір) [377]. Варто зазначити, що на сьогодні регулювання здійснюється як урядом, так і неурядовими суб'єктами. Уряд має вибір, чи надавати права саморегулювання неурядовим суб'єктам, і в якому обсязі.

Створення та розвиток державного регулювання ринку медичних послуг ґрунтуються на принципах часу, ступеню соціально-економічного розвитку суспільства, рівні діючих на відповідний час систем медичної і соціальної допомоги громадянам, а також формується відповідно до системи соціальної політики. Усі етапи історії виникнення та становлення державного регулювання ринку медичних послуг надають можливість переосмислити минулий досвід систем надання медичної допомоги населенню, ефективність політики щодо покращення показників здоров'я та тривалості життя нації, перших результатів запровадження страхової медицини та наслідків цього впливу на людей і систему охорони здоров'я. Розглянемо більш детально ці етапи та охарактеризуємо характер їх впливу на сучасний стан ринку.

Певні правила, які регулювали діяльність із надання медичної допомоги ще діяли у стародавніх цивілізаціях. Так, ще в стародавньому Вавилоні в Кодексі Хаммурапі (XVIII ст. до н.е.) було зазначено, якщо хірург шляхом операції врятує життя пацієнтові, то він отримає 10 шекелів срібла. Якщо здоров'ю пацієнта буде завдано збитків, то хірургу слід відрізати руку. Аналогічні

відносини між лікарем і пацієнтом були характерні для Стародавньої Індії, де згідно із Зводом законів Ману (X-V ст. до н.е.) лікар піддавався штрафу за невдале лікування. Прості товарно-грошові відносини між лікарем і пацієнтом визначали найпершу модель охорони здоров'я. Проте по мірі розвитку людства і ускладнення умов його існування зростала потреба в медичній допомозі та економічних законах, що регламентують її [312; 396; 399; 400].

Андерсоном Е. досліджено принципи латинської державної політики, описані в «папських листах», виданих у Ватикані в XX ст. Головним принципом, про який йде мова в даних документах, є допомога іншому. У християнському соціальному вченні даний принцип означає, що допомога (по-перше, індивіду або членам його сім'ї) в вирішенні проблем, що виникають, має бути надана найближчою громадою або соціальною організацією. Наступною інстанцією є місцева громада, уособлюючи церкву, громадські організації, сусіди; якщо і це не допоможе, то людина має попросити допомоги у держави. Така модель має сімейно-релігійний характер, де церкві відводиться головна роль, використовувалась в основному в католицьких державах того часу. На сьогодні приблизно така модель збереглась в країнах Латинської Америки [366; 379; 386].

Дослідженням еволюції розвитку державного регулювання ринку медичних послуг займались такі науковці, як Салтман Р. Б., Фігейрас Дж., переважна частина робіт яких присвячена вивченню сучасних стратегій регулювання ринку [377].

Аналізом фінансових моделей охорони здоров'я займались такі вчені, як Сміт А., Лагарде М., Палмер Н., Якоб М. та інших [277; 349]. Тривалий час розвиток державного регулювання ринку медичних послуг держав пострадянського регіону та моделі фінансового забезпечення функціонування ринку медичних послуг досліджували Слабкий Г., Лехан В. [259].

Вивченню загальної природи конкуренції та її дії на ринках, конкурентоспроможності організацій присвячені роботи Портера М., Крамера М. [368].

Реформування системи охорони здоров'я в ряді країн світу останніх років, в тому числі в Грузії, Польщі, Україні викликали нову хвилю наукового переосмислення та переоцінки даного досвіду; серед науковців, чиї роботи присвячені даному питанню, відзначимо Рейдера Ф., Урушадзе А., Шеймана І. та інших [277].

Вивченню проблематики, пов'язаної з аналізом системи охорони здоров'я, моделей соціального захисту присвячені фундаментальні роботи таких відомих іноземних вчених, як Сміта А., Радуга Г., Кейнса Дж. М., Маркса К., Соломона М., Гарбарха С., Гастімера П., Маршалла А., Роберта Л., Лімбурга М., Гелбрейат Дж. К., Лабау М. та інших [247; 280; 335; 372; 373; 375].

Крім цього, варто виокремити іноземних науковців, що досліджували питання державного регулювання ринку медичних послуг та охорони здоров'я: Ахтар А. [303], Весельський В. [47], Кім В., Хантула Д., Бенедетто Д. [347], Лагард М. [349], Хайнс А. [349], Палмер Н. [349], Мілтон Ф. [332], Леотта А., Руггері Д. [351], Радуга Г., Соломон М. [372; 373] та інших.

Суттєвий вклад у вивчення ринкових моделей, факторів, що впливають на кон'юнктуру ринків, які в тому числі діють в секторі охорони здоров'я (медичних ринках) внесли роботи відомого вченого-економіста Сміта А. Його теорія полягала в тому, що на ринках вільної (чистої) конкуренції присутня «невидима рука ринку», тобто принцип, за яким окремі індивіди, керуючись власними інтересами, спрямовуються як би невидимою рукою ринку і їх дії мимоволі забезпечують здійснення інтересів інших людей і суспільства загалом [262].

Однак для того, щоб функціонування вільних ринків призвели до ефективного розподілу, необхідні певні умови. Одна з них – це досконала конкуренція, тобто ринок, на якому немає окремого покупця або продавця може вплинути на ціну своїми діями. Без цієї умови, зазвичай виникають структурні недоліки або ринкові спотворення, які можуть призвести до неефективного розподілу на ринку. Наприклад, ринок нафти спотворений, тому що Організація країн-експортерів нафти (ОПЕК) має вплив на ціну нафти, обмежуючи її поставки, так як було в 1970-ті роки.

Ринок медичних послуг містить багато недоліків:

- асиметрія інформації між лікарями та пацієнтами; подвійна роль приватних страхових компаній як агента пацієнта і незалежного власника бізнесу (отримання прибутку шляхом замовлення або надання певних медичних послуг);
- ефект страхування в зниженні справедливої вартості медичних послуг для пацієнтів; податкові субсидії, які впливають на рішення споживачів щодо послуг страхування; монопольна влада окремих професій, а в деяких країнах плани медичного страхування, тим самим обмежуючи конкуренцію.

За останні 40 років науковці-економісти західної школи (ЄС та США), сфера наукових інтересів яких зосереджена навколо питань, пов'язаних із проблематикою охорони здоров'я, приділили значну увагу вивченню впливу цих спотворень на ринок охорони здоров'я та медичних послуг. Фельдштейн був одним з перших, хто почав досліджувати проблему спотворюючого впливу податкових субсидій на медичне страхування та ефективність ринку медичних послуг. Деттскі М. описав асиметрію інформації та вплив лікарів, які працюють у страхових організаціях, на якість та розмір послуг, що надаються пацієнтам. Ерроу Д. виявив залежність між дисбалансами ринків медичних послуг та змінами у державній політиці [350; 352].

Аналізуючи світову наукову базу з проблематики, що стосується загальних питань історії науки державного управління та регулювання, варто зазначити, що протягом останніх двадцяти п'яти років обсяг досліджень з економіки державного регулювання (дослідження ринків) значно збільшився. Дослідження підходів публічної політики до проблем, пов'язаних з функціонуванням ринків, колись обмежувалося майже виключно антимонопольною політикою та регулюванням кількох галузей з природними монопольними характеристиками. Пізніше, до даної сфери було додано дослідження регулювання нових адміністративних установ, які мають повноваження встановлювати ціни, обмежувати ввезення деяких груп товарів на державні території (зокрема, в сфері охорони здоров'я – ліків, медичного обладнання) та контролювати, яка продукція (або послуги) виробляється (надаються) та якої якості, впливати на

ефективність ринків, розподіл ресурсів на них та рівень доходу по всій економіці.

Посилена увага до адміністративного регулювання ринків обумовлена низкою факторів.

По-перше, початку формування досліджень в даному напрямку сприяло застосування сучасного статистичного аналізу та математики обмеженої оптимізації з кінця 1950-х рр. Хоча сучасні «технічні» та нормативні стандарти проведення досліджень в даній проблематиці дещо змінились, класичні твори Аверха В. та Джонсона Д. (1962 р.), Печери М. (1962 р.), Мейєра О. (1959 р.), Стиглера Дж. і Філдстейна М. (1962 р.) є перехідним моментом у дослідженні економічного (ринкового) регулювання адміністративними методами. Те, що сучасні економісти сьогодні знають про вплив урядового регулювання на економічну діяльність (зокрема, функціонування ринків), про який вони не знали двадцять років тому, здебільшого можна віднести до тих видів аналітичних прийомів, які вперше використовувались у кількох таких класичних роботах [375; 345; 346].

Другою причиною розширення наукового інтересу до цієї сфери стало зростаюче значення адміністративного регулювання ринків в економіці США. Регулювання охопило значну частину галузей економіки, зокрема такі регульовані секторів, як охорона здоров'я, транспорт, енергетика та інших. Виходячи з розвитку посередницького та агентського бізнесу дослідницька увага зосередилась на вивченні наслідків встановлення обмежень на поведінку економічних агентів, які встановлюють та спостерігають за діяльністю регулюючих органів.

По-третє, науковцям, що досліджували підгрунття та наслідки реформування ринків, довелося зіткнутися з важливими суперечностями між теоріями щодо виправлення недоліків ринку, запропонованими Джоскова П.Л. та Нолла Р.С., які полягають у покращенні стану економічного добробуту внаслідок змін у поведінці учасників ринку, що є одним з головних напрямів діяльності регулюючих органів. Проте, процес реалізації теоретичних схем,

спрямованих на усунення недоліків ринку, часто виявляється досить важким і витратним, а сам процес регулювання часто був недосконалим. Крім того, на діяльність регулюючих органів, впливають політичні та бюрократичні процеси, які економісти не завжди враховували, пропонуючи регуляторну політику щодо подолання недоліків ринку [346].

Дослідження процесів регуляції, будь то теоретичні чи емпіричні, здійснені науковцями в останні десять років ХХІ століття, можна розподілити на три сфери: адміністративне регулювання, регулювання ціноутворення і ввезення товарів в галузях з конкурентоспроможною ринковою структурою, регулювання в монополістичних галузях економіки; «якісне» регулювання, яке впливає на проблеми з ринковими дисбалансами, що лише опосередковано пов'язані з ціноутворенням та регулювання структури ринку. До третьої категорії відносяться регулювання якості продукції чи наданих послуг нормативно-правове регулювання, включаючи стандартизацію та ліцензування та інших.

Регулювання цін у галузях з конкурентною ринковою структурою досліджено у роботах Джоскоу Д. та Нолла Р. [346].

Регулювання діяльності ринку на основі ліцензування досліджено у працях Стіглера Дж., Прасол А. Р В. [334; 369; 374].

За останні десять років питання удосконалення державного регулювання функціонуванням ринку медичних послуг досліджували такі українські вчені, як Надюк О.З. [147], Бобришева О.В. [41], Солоненко І.М., Жаліло Л.І. [62], Гладун З.С. [56], Бакуменко В.Д., Надолішний П.І., Іжа М.М., Арабаджи Г.І. [67], Рябець Д.М. [253; 354], Камінська Т.М. [96], Мезенцева Н.Б [138], Миколаєць І.В. [139; 140] та інші.

Серед вітчизняних науковців, які досліджували дану проблематику, можна виокремити також і праці наступних авторів: Бережна Ю.В. [37], Бобришева О.В. [41], Весельський В. [47], Гладун З.С. [56], Долот В.Д., Дудка В.В., Ляховченко В.В. [77], Євтушенко О.А. [84], Іванов Ю.Б. [91], Краснова О.І., Плужнікова Т.В. [116], Янчак Я.О. [298; 299] та інших.

Питання формування організаційно-правових, економічних та інституціональних підґрунть вдосконалення державного регулювання ринку медичних послуг України вивчали такі українські вчені, як Онишко С.В., Шевчук В.В. [155], Авраменко А. [1], Пашков В.М. [176; 177], Радиш Я.Ф. [247], Рожкова І.В., Солоненко І.М. [252], Білик О.І. [38] та інші.

Онишко С.В. та Шевчук В.В. в дисертаційній роботі, що стосується питань, пов'язаних із вдосконаленням державного регулювання розвитку системи охорони здоров'я України зазначають, що історично у світі склалися й існують кілька підходів до забезпечення населення медичними послугами [155]:

- ринковий підхід – послуги купують їхні споживачі – пацієнти у відповідності до власного соціально-економічного становища;

- підхід, заснований на благодійності – можна виділити декілька основних груп населення, що знаходяться у вкрай несприятливому становищі та яким необхідна державна (чи приватна) підтримка;

- підхід, що засновано на соціальних механізмах перерозподілу, які забезпечують загальне право на отримання медичного обслуговування. Даний підхід є обов'язковим страхуванням здоров'я громадян (оплата здійснюється за рахунок страхових внесків) або державною системою охорони здоров'я (оплата за рахунок бюджету різних рівнів) [155].

Як свідчить аналіз літературних джерел, здебільшого в основу класифікації систем охорони здоров'я покладено структурний критерій. З погляду соціально-політичної структури суспільства Гутхмюлер С., Паруоло П., Верзіло С. умовно виділяють п'ять типів систем охорони здоров'я [337]: класична (невпорядкована); плюралістична; страхова; національна; соціалістична.

Кроузен М., Хоегарден В., Батенбург Р. розглядають сучасні системи охорони здоров'я, які базуються на категорії країн, віднесених до різних рівнів соціального розвитку. Вони виділяють такі моделі систем охорони здоров'я:

- універсалістська (модель Беверіджа);
- соціального страхування (модель Бісмарка);
- «південна модель» (Іспанія, Португалія, Греція, частково Італія);

- інституційна або соціал-демократична «скандинавська модель»;
- ліберальна (залишкового соціального забезпечення);
- консервативно-корпоративна (Японія);
- латиноамериканська; системи охорони здоров'я держав Східної Азії;
- системи охорони здоров'я країн з перехідною економікою [348].

Федорович І.М. пропонує розрізняти три основні типи систем охорони здоров'я: утилітарну, комунотарну та ліберальну [379].

Також існують й інші історичні класифікації систем охорони здоров'я та медичного обслуговування, в основу яких покладені такі ознаки, як ступінь централізації ресурсів, джерела фінансування та інших У світовому контексті розрізняють наступні системи державного регулювання систем охорони здоров'я:

Система Бевериджа У. (актуальна для таких країн, як Великобританія, Канада, Італія, Іспанія, Норвегія, Данія, Португалія), характерною особливістю якої є державні гарантії на медичне обслуговування та охорону здоров'я всім громадянам. За умови функціонування такої системи держава покриває вартість медичних послуг з податкових надходжень. Лікарі, що надають медичні послуги, є найманими працівниками, які перебувають на державній службі та знаходяться між собою в стані конкуренції за рахунок держави. Витрати з оплати праці лікарів покриває держава у відповідності до розміру наданих послуг та кваліфікації. Перевагою використання даної системи є простота фінансування, а також високий рівень доступності медичних послуг.

Система Фон Бісмарка О. (країни – Німеччина, Бельгія, Франція, Японія, Швейцарія), основана на застосуванні принципів державного регулювання ринкових відносин в системі охорони здоров'я. Дана система визначає діяльність лікаря як підприємця, вільного суб'єкта ринкових відносин, а лікарні – основному як приватні установи. Чинне законодавство зобов'язує працедавців оплачувати медичні послуги своїх працівників через лікарняні каси. В основу діяльності системи Фон Бісмарка О. покладено принцип соціальної справедливості, суспільної солідарності та рівності всіх громадян у доступі до

якісної медицини. До основних характеристик слід віднести децентралізоване фінансування, появу універсального посередника (фонди, страхові або лікарняні каси); свободу вибору страховика для споживачів медичних послуг; конкуренцію між страховиками; контроль якості проводиться, що проводиться самим страховиком та інших [63, с. 46].

На думку Стеценка В.Ю. в сучасному підході до типології систем охорони здоров'я повинні переважати правові характеристики універсальних взаємовідносин лікаря й пацієнта, що визначаються фундаментальними (конституційними) свободами особистості. Він вважає, що відповідну цим свободам сучасну модель системи охорони здоров'я, описану ним й обгорнену законодавчою «оболонкою», необхідно будувати, базуючись власне на такому принциповому підході [267].

В основу класифікації покладено маркетингові (ліберальні) відносини суб'єктів системи [309]: натуральні («примітивні») моделі системи охорони здоров'я – системи, які характеризуються відсутністю або вкрай низьким рівнем правової впорядкованості відносин лікар-пацієнт; ринкові (маркетингові) моделі системи охорони здоров'я – системи, які спираються у своєму функціонуванні та еволюції на об'єктивні дії економічних та інших суспільних законів, що визначають цільові взаємодії надавача й користувача медичної допомоги; неринкові (соціалістичні) моделі системи охорони здоров'я – системи невиробничого економічного принципу функціонування, в яких надання медичної допомоги забезпечується тотальною роллю держави; моделі системи охорони здоров'я змішаного типу – системи, які поєднують і патерналістичні відносини між лікарем і пацієнтом, і ліберальну маркетингову суть таких взаємодій.

Аналізуючи питання про те, як розвивались типології системи охорони здоров'я, зазначимо, що найдавніші версії відносяться до 1970-х років, їх запропонував Філд М., який використовував два основні виміри «власності» та «автономії лікарів», для того, щоб виділити чотири типи систем надання медичних послуг: плюралістична система, в якій є високе приватне забезпечення

та медична професія має високу автономію, система медичного страхування, в якій суб'єкти соціального страхування відіграють важливу роль, а медична професія має високу автономію; система, в якій більшість закладів надання послуг належать державі, лікарі мають високу автономію (національна); соціалістична система, в якій всі заклади належать державі та контролюються нею [352].

Типології систем охорони здоров'я еволюціонували від ранніх спроб охарактеризувати та класифікувати системи охорони здоров'я, які не відповідають традиційним стандартам бісмаркської та беверіджянської систем, до концепцій, які охоплюють наступність та зміни, а пізніше до типологій, які використовуються для аналізу наслідків реформування системи охорони здоров'я, таких, як використання медичної допомоги, нерівності в охороні здоров'я та сприйняття систем охорони здоров'я. Водночас типології еволюціонували до фокусування на концепціях, орієнтованих на інституціоналізацію систем надання медичних послуг в структурі систем охорони здоров'я.

Ці версії типологій системи охорони здоров'я підтримуються інституціональною теорією як через зацікавленість в інституціональних змінах [52, с. 50], так і через зацікавленість у тому, як інституційні установки та «налаштування» систем охорони здоров'я можуть бути пов'язані з вирішенням конкретних проблем у сфері охорони здоров'я, наприклад, таких, як нерівність в доступі до медичних послуг різних верств населення, неякісне надання медичних послуг та інших [335]. Певною мірою це зумовлено появою інституту страхової медицини – нового окремого учасника ринку медичних послуг та його впливом на діяльність інших учасників ринку, який нарощується та поглиблюється з кожним роком. Так, головним об'єктом дослідження в науці державного управління у сфері регулювання ринку медичних послуг з позиції інституціоналізму виступає вже не сам агент, а інститут, його предметом є відносини між агентами і інститутами. Інституційні зміни визначають те, як суспільства розвиваються в часі. Вони є ключем до розуміння змін. Для того,

щоб виявити певні закономірності, прогнозувати і управляти змінами, соціологія медицини як наука пропонує аналізувати різні функціональні аспекти діяльності інституційних структур в системі охорони здоров'я.

Загалом інституціональний підхід представлено сьогодні цілим спектром різних напрямків, в тому числі новим інституціоналізмом в державному управлінні та соціології, з погляду методології застосуємо його при дослідженні складних соціальних і медичних систем, до вивчення процесів управління в цих системах. Основною спрямованістю досліджень в цьому напрямку є розгляд інституціональних змін поведінки людини як агента і соціальних груп (популяції агентів), а також динаміки розвитку медико-соціологічних систем в цілому, пов'язаних з хворобами і охороною здоров'я та еволюційними процесами в суспільстві [342].

Сьогодні наукові дослідження у сфері державного управління в ряді країн ЄС (Німеччина, Польща, Австрія та інших) в рамках інституціоналізації систем надання медичних послуг та охорони здоров'я загалом менш орієнтовані на залучення нових інститутів, а натомість мають за мету забезпечити краще розуміння взаємозв'язку різних інституційних установок у сферах фінансування медицини, надання медичних послуг та регулювання, розуміння різних наслідків щодо реформування ринку медичних послуг, змін стану здоров'я та нерівностей у здоров'ї різних націй.

У кількох концептуальних документах Салтман Р. та Фігейрас Дж. уточнили понятійно-категоріальний апарат, який рекомендований до використання у регулюванні суб'єктів ринку медичних послуг, зокрема це стосується таких категорій та понять, як «регулювання доступу до медицини», «оплата праці лікарів», більш детально описали процедуру та порядок про надання медичної допомоги, зокрема з питань, що стосуються стаціонарної та амбулаторної допомоги і медичних технологій [378]. Водночас у 1987 році науковець із Німеччини, що вивчав системи охорони здоров'я в країнах ЄС (викладених у ряді досліджень ОЕСД [363]), розробив модель національної служби охорони здоров'я, яка оснований на: універсальному охопленні податкової

системи та системи фінансового забезпечення медичних закладів, що знаходяться в державній власності, поєднанні двох моделей – соціального та приватного страхування в загальній системі надання медичних послуг державної та приватної форм власності. Підсумовуючи викладене вище, на рисунку систематизовано підходи до типологізації систем надання медичних послуг (рисунок 1.1.).

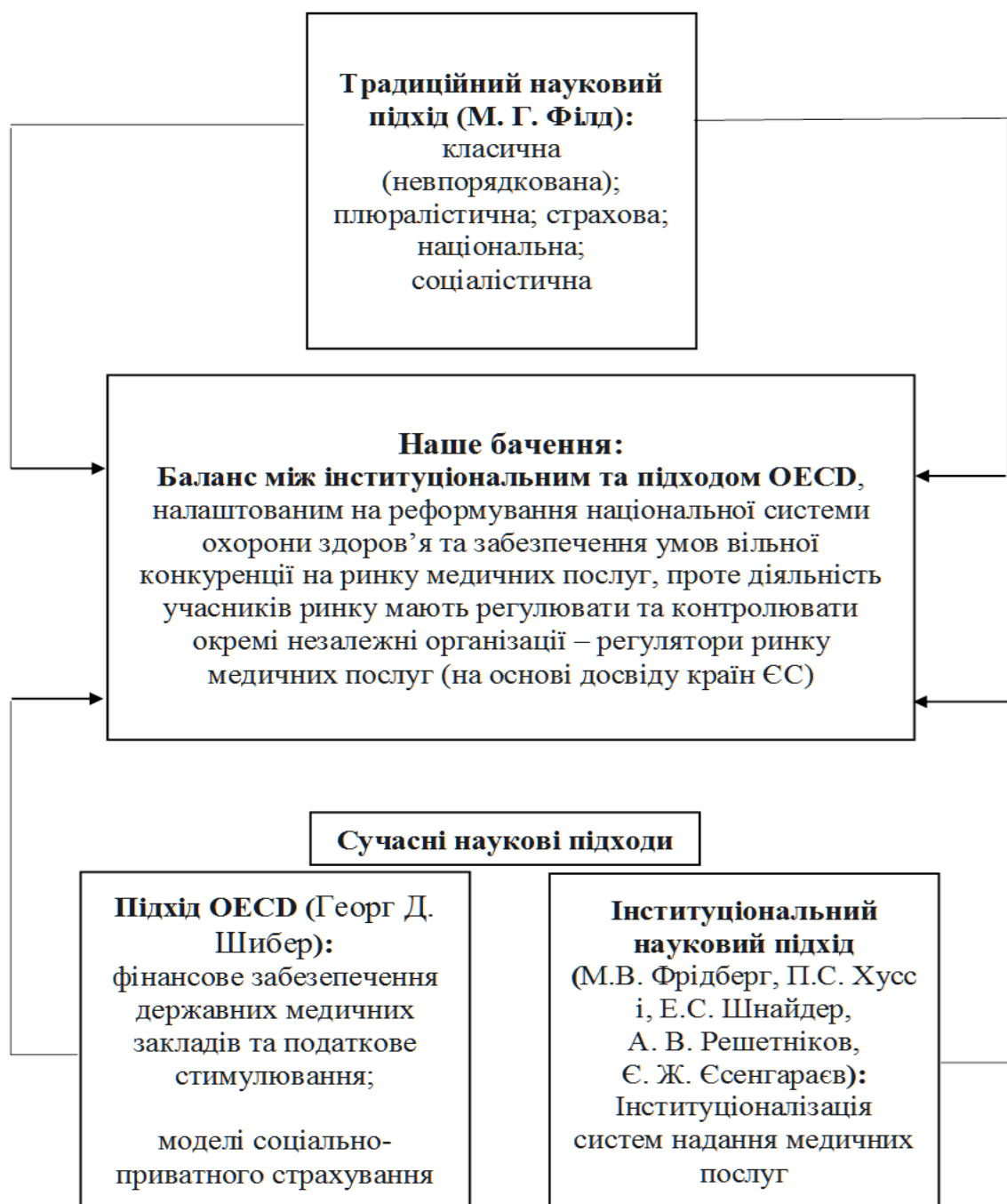


Рис. 1.1. Наукові підходи до типологізації систем надання медичних послуг

Джерело: складено та систематизовано автором

На думку Домбровської С.М., державне регулювання визначається сукупністю механізмів, які взаємодіють між собою та створюють поле впливу на ринки [2].

На думку Гбур З.В. акцентує на першочерговій необхідності підвищення кваліфікації медичних працівників а також забезпечення належного рівня фінансування системи надання медичних послуг [54, 55].

На думку Петроє О.М. реалізація принципів публічного управління, зокрема і в медичній сфері забезпечується особливостями владно-структурних відносин [246].

На нашу думку, варто забезпечити баланс між різними підходами регулювання в українських реаліях, де основним акцентом є продовження та актуалізація реформування системи надання медичних послуг; при цьому важливо розвивати конкурентні відносини між учасниками ринку медичних послуг.

Ряд авторів описують результати проведеного аналізу еволюції національного ринку медичних послуг, які свідчать про наступне [122]:

– в історичному та географічному аспекті відслідковується нерівномірність його розвитку, існує значна відмінність в державному регулюванні Західної та Східної України, що є наслідком формування впливу різних соціально-політичних чинників [122];

– завжди існували платні медичні послуг, державні та благодійні медичні заклади та діяли окремі лікарі, що проводили безоплатне лікування населення [122];

– історія вказує на можливість адаптації ринкових інституційних формацій медицини України, які успішно адаптувались до нових викликів національної системи охорони здоров'я [122].

Відзначено, що сучасні моделі системи охорони здоров'я, формувалися під впливом різноманітних чинників. Пріоритетними стали: географічно-історичний, соціально-культурні, політико-адміністративні, що започаткували розвиток національних систем охорони здоров'я [124].

Еволюцію поглядів розвитку державного регулювання надання медичних послуг розглянуть також у фундаментальних роботах Салтман Р.Б., Фігейрас Дж. [377; 378], більшу частку яких присвячено аналізу сучасних стратегій. Трансформаційні зміни моделі фінансування надання медичних послуг описано у наукових працях Глущенко О.В. [398]. Тривалий час розвиток державного регулювання надання медичних послуг пострадянських країн і моделі фінансування досліджує Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В. [292]. Пошук ідеальної моделі надання медичних послуг та відповідь на питання щодо забезпечення конкурентоспроможності медичних закладів шукали Портер М. та Крамер М. [368]. Проведення медичної реформи у Грузії, Польщі, Росії та пілотування її в Україні породило цілу низку наукових праць з переосмисленням і оцінкою отриманого досвіду, серед авторів, яких слід зазначити: Редера Ф., Урушадзе А., Шишкіну С., Шеймана І. та інші [277].

Дослідженням питань, пов'язаних з державним регулюванням в сфері реформування охорони здоров'я, також займалися такі вчені, як Рожкова І.В. [252], Лехан В., Слабкий Г. [259], Сорока О.Я. [264], Москаленко В. [144], Чала Н.Д. [288] та інші. Провідною ідеєю, висвітленою в їхніх роботах, є об'єктивна оцінка практичної значущості базових положень перебудови системи охорони здоров'я в Україні та державного управління нею [93; 147; 292]. Водночас Янчак Я. [298; 299], Чехун О.В. [290], Солоненко І., Жаліло Л. [62], Поживілова О.В. [185] зосередили увагу на уточненні понятійно-категоріального апарату щодо визначень понять «державне управління охороною здоров'я», «державна політика в сфері охорони здоров'я», «аналіз державної політики в сфері охорони здоров'я», а також вивченню характерних ознак державного управління, його взаємозв'язку із державною політикою, тощо [63; 65].

Солоненко Н. та Жаліло Л. у ряді наукових праць, тематика яких стосується державного регулювання розвитку механізмів фінансування системи охорони здоров'я, звертають увагу на те, що розвиток державного управління охороною здоров'я в Україні ще залишається недостатньо вивченим,

дослідження все ще розрізнені, методично не об'єднані [62, с. 37]. Окремі праці дають змогу лише незначною мірою розкрити зміст проблеми. В умовах глобальних суспільних трансформацій істотно змінюються потреби громадян щодо охорони здоров'я в Україні. Зокрема, зростають очікування громадян до послуг з охорони здоров'я та медичної допомоги. Громадяни багатьох країн вимагають більшого від уряду загалом і від системи охорони здоров'я зокрема. Такий ріст очікувань є одним з цілого ряду факторів, які впливають на ріст витрат на охорону здоров'я. Зростання витрат є другим основним причинним фактором. Більш високі очікування та ріст витрат виникають в ті періоди історії, коли уряд стикається з межею своїх можливостей оплати витрат на охорону здоров'я. З нестачею своїх можливостей покривати витрати зіткнулися навіть ті країни, протягом багатьох років існував відносний мир і процвітання, а не тільки країни, що розвиваються, які переживають політичну нестабільність і економічну кризу. Такими викликами можна визначити глобальну світову кризу, викликану пандемією коронавірусу та економічну кризу, пов'язану із російським вторгненням в Україну, що призвело до коливання споживчих цін на світових ринках, відповідно вплинуло на бюджетні асигнування для сфери охорони здоров'я. Ці обмеження представляють собою третю категорію згаданих сил. Державне управління охороною здоров'я в умовах перебудови повинно бути направлене на всі елементи системи [304].

Зі свого боку Слабкий Г.О., Шевченко М.В., Заглада О.О., Жаліло Л.І., досліджуючи історію формування і забезпечення механізмів медико-соціальних гарантій, визначають медичне страхування як обов'язковий елемент системи охорони здоров'я та функціонування ринку медичних послуг, а також форму соціального захисту населення, на випадок втрати здоров'я з будь-якої причини, в тому числі в зв'язку з хворобою або нещасним випадком [63; 259].

Сучасні тенденції визначають нові вимоги до регулювання ціноутворення на медичні послуги приватних медичних закладів. Вважаємо за доцільне визначити, що це питання є системним та комплексним, отже варто розглядати серед факторів впливу на процеси ціноутворення на ринку надання медичних

послуг, а також медичного страхування, фактори соціально-економічного та суспільно-політичного характеру. Ці фактори впливають на формування собівартості продукції, можливості її переміщення у системі імпортно-експортних операцій, зокрема фактор логістики, визначення потреб суспільства у послугах, що залежать від факторів зовнішнього середовища, наприклад, інфекційні захворювання, пандемії, кризи медичної системи, перенавантаження, військові конфлікти та терористичні акти, що визначають потребу у оперативній медицині і реабілітації та інші фактори.

Узагальнюючи результати теоретичного дослідження, зазначимо, що наразі потребують уваги питання, пов'язанні із регулюванням ціноутворення на медичні послуги приватних медичних закладів з врахуванням впливу посередників – компаній страхового сектору. Процес ціноутворення на медичні послуги є важливим напрямом формування впливу державного регулювання на моделі функціонування ринку медичних послуг. У процесі вивчення цього питання потрібно використати комплексний системний підхід, який має врахувати вплив всіх учасників ринку, а також потребує уточнення національна модель соціального захисту населення в сфері надання медичних послуг.

1.2. Ринок медичних послуг як об'єкт державного регулювання: понятійно-категоріальний та структурний аналіз

Однією із функцій держави та системи державного управління є забезпечення прав громадян на охорону здоров'я та на отримання якісних медичних послуг. Особливе значення у реалізації такої функції належить стимулюванню та забезпеченню розвитку медичної сфери, адже ринку медичних послуг притаманна чимала кількість особливостей, які перешкоджають самореалізації ринковим закономірностям, відповідно, необхідним є встановлення нормативів, інструкцій та ліцензій в даній сфері. Це обумовлює, зі свого боку, потребу у зовнішньому регулюванні, яке може виконувати лише держава. Одним з пріоритетів роботи органів законодавчої та виконавчої влади більшості розвинених країн світу та тих, що розвиваються, в тому числі в

Україні, та проводять зміни в сфері охорони здоров'я, зокрема на ринку медичних послуг, є формування та впровадження прозорої та якісної регуляторної політики.

Варто зазначити, що медична послуга характеризується нематеріальністю структури та оцінки якості, динамічністю зміни та нееластичністю попиту на дану послугу.

Загалом під терміном «медична послуга» розуміють [256]: захід, спрямований на профілактику захворювань, їх діагностику і лікування; вид корисної діяльності, який не створює матеріальних цінностей і не призводить до володіння будь-чим. Проте, наприклад, буває, що людина, отримуючи медичну послугу у вигляді зубопротезування, отримує і сам протез (елемент товару з послуги). Серед основних особливостей медичної послуги як товару слід виокремити наступне [53; 175; 180]:

1. Неоднозначність структури медичної послуги. Так, елементом товару в медичній послугі може бути виписка з історії хвороби, дані медичного обстеження, рецепт лікаря тощо [53; 175; 180].

2. Відсутність права володіння. Якщо людина придбала товар, який має фізичне втілення, то він стає його власником, чого не можна сказати про послугу. Медичні послуги люди змушені купувати протягом усього життя. Споживаючи послугу, людина має до неї доступ протягом обмеженого проміжку часу [53; 175; 180].

3. Невідчутність, нематеріальний характер медичних послуг та як результат неможливість їх зберігання. Так, на прикладі обстеження бачимо, що медичні послуги взагалі неможливо транспортувати, зберігати і упаковувати. А продемонструвати, побачити, спробувати, чи вивчати їх не можна до отримання цих послуг. При цьому оцінити медичні послуги можна тільки після їх отримання. Медична послуга відрізняється від інших товарів тим, що процес виробництва збігається з процесом реалізації [53; 175; 180].

4. Відсутність зв'язку між бажанням споживача (пацієнта) та необхідністю придбання медичної послуги. Так, практично будь-яка медична послуга є

вимушеною для пацієнта, тобто він набуває її не по бажанню, а в разі потреби [53; 175; 180].

5. Несамостійність у виборі медичних послуг. Під час лікування пацієнт знаходиться в деякій залежності від лікаря. Саме фахівець визначає, які процедури і медичні препарати йому необхідні. Ліки мають свої показання і протипоказаннями, які потрібно обов'язково враховувати. Надання певних медичних послуг також можливо далеко не у всіх випадках [53; 175; 180].

6. Невіддільність медичної послуги від джерела її виникнення. Надання медичної послуги вимагає особистих контактів виробника і споживача [53; 175; 180].

7. Мінливість якості медичної послуги. Залежить від кваліфікації фахівця, медичного обладнання, лікарських препаратів, що були використані в процесі надання медичної послуги, тощо [53; 175; 180].

8. Нееластичність попиту на медичні послуги. Варто пам'ятати, що більшість медичних товарів та послуг не мають ніяких аналогів і заміників. Саме тому при підвищенні ціни на них величина попиту істотно не зміниться. На деякі процедури попит абсолютно нееластичний - наприклад, якщо пацієнту необхідна життєвоважлива операція, він заплатить необхідну суму, навіть в тому випадку, якщо ціна стала дуже високою [53; 175; 180].

9. Складність в оцінюванні якості медичних послуг зі сторони споживача (пацієнта). Так, до відвідування клініки пацієнт не може оцінити об'єктивно якість медичних послуг. В процесі лікування пацієнтові необхідно повністю довіряти рекомендаціям свого лікаря і дотримуватися їх. Пацієнт просто не володіє всіма необхідними знаннями для того, щоб дати оцінку багатьом медичним процесам [53; 175; 180].

Необхідно зазначити, що в українському законодавстві й досі відсутнє визначення поняття «медична послуга», є лише така дефініція, як «медична допомога». Євтушенко О.А. вважає, що ринок медичних послуг визначений, з одного боку, як сукупність усіх медичних технологій, виробів медичної техніки,

методів організації медичної діяльності, фармакологічних засобів, що реалізуються в умовах конкурентної економіки, і, з іншого боку, як сукупність наявних і потенційних виробників та споживачів медичних послуг. Водночас науковцем встановлено, що медична послуга є складним комплексом елементів, процесів і послуг, що розвивається в часі та просторі і має певну фазність, стадійність і етапність, які охоплюють усі види робіт, що пов'язані із збереженням, упровадженням і практичною реалізацією медичної допомоги [84, с. 5].

Янчак Я. виділяє декілька специфічних особливостей медичної послуги:

– медична послуга – це діяльність (сукупність дій), яку можуть здійснювати не всі особи. До кваліфікації виконавця, що пропонує таку послугу, закон ставить підвищені вимоги. Саме це є основою для видачі ліцензії на здійснення діяльності суб'єкта господарювання [298; 299];

– діяльність повинна здійснюватися для досягнення певної мети. Пацієнт (замовник), звертаючись до лікаря, має на меті усунення певних психофізіологічних негативних проявів свого організму. Медична діяльність ґрунтується на «об'єктивній потребі людей у збереженні та відтворенні свого тілесного існування» [298; 299];

– за загальним правилом медична послуга не має матеріального результату. Водночас вона може бути поєднана зі створенням матеріального компонента [298; 299];

– як правило, результат послуги виконавець не може гарантувати [298; 299];

– медична послуга, будучи об'єктом цивільних прав, має визначену вартість, тому її надання супроводжується еквівалентним обов'язком з її оплати. В оплату входять витрати виконавця на її надання та його винагорода [298; 299].



Рис. 1.2. Види медичних послуг. Джерело: систематизовано автором на основі наукових джерел інформації [41, с. 13].

На нашу думку, можна виділити наступні види медичних послуг: прості медичні послуги; комбіновані медичні послуги (де поєднуються різні види супутніх медичних послуг; комплексні медичні послуги (поєднання повністю різноманітних за видами послуг, які об'єднані в одну); прості медичні послуги, що поєднуються з клінічними дослідженнями; прості медичні послуги, що поєднуються з елементами реабілітації та додаткового медичного супроводу.

На рисунках 1.2. та 1.3 наведено основні види та структуру вартості медичних послуг.

Варто зазначити, що структуризація вартості медичних послуг (базова структура схематично зображена на рисунку 1.3.) є основою для побудови

програм для проведення економічного аналізу витрат закладів охорони здоров'я (лікарень, клінік, ЛПУ і ін.), розрахунку питомої ваги накладних витрат по кожному структурному підрозділу і розрахунку економіко-статистичних показників діяльності установи охорони здоров'я.

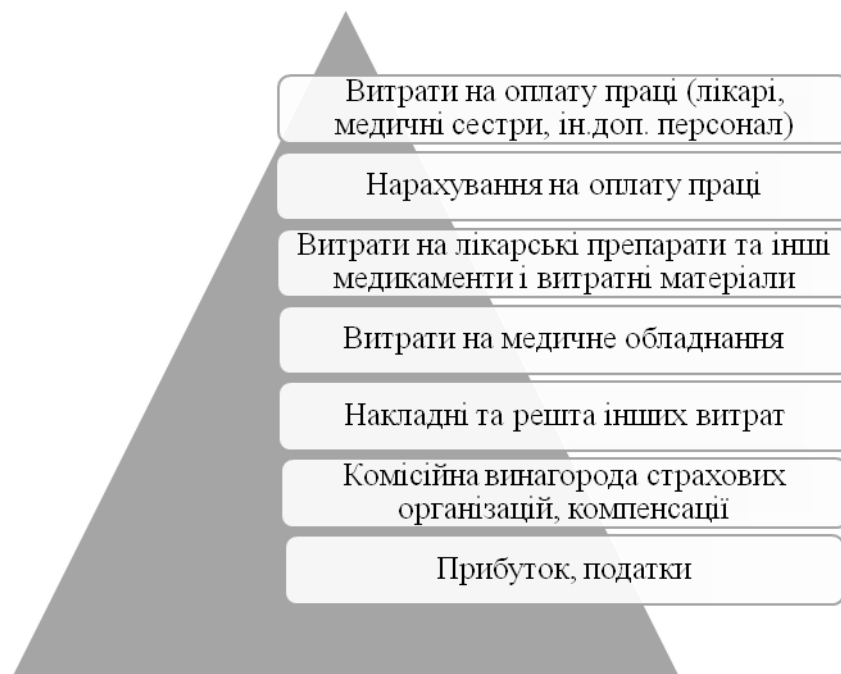


Рис. 1.3. Структура вартості медичних послуг. Джерело: систематизовано автором на основі наукових джерел інформації [11; 26; 37].

Наведена нижче базова структура основних елементів вартості медичних послуг відповідає принципам міжнародної методики «Joint Learning Network. Costing of Health Services for Provider Payment, 2022» (зокрема, облік витрат здійснюється за принципом їх розподілення «зверху вниз») [362], яку закладено в Методику розрахунку вартості медичних послуг, затверджену постановою КМУ від 27 грудня 2017 р. № 1075, із змінами, внесеними згідно з постановою КМУ від 27 листопада 2019 р. № 1073 [136].

Для того, аби розібратись в принципах, функціях та особливостях регулювання ринку медичних послуг, потрібно визначити, що таке ринок медичних послуг та регулювання даного ринку. Щоб сформулювати власний підхід до визначення поняття «ринку медичних послуг», в роботі було проаналізовано ряд наукових праць українських та іноземних вчених, де використовується даний

понятійно-категоріальний апарат. Результати систематизовано та згруповано у вигляді таблиці 1.1.

Таблиця 1.1.

Підходи до визначення поняття «ринок медичних послуг» українських та іноземних науковців

№	Визначення	Автор	Рік, джерело
1.	Сукупність медичних технологій, виробів медичної техніки, ліків; методів організації медичної діяльності, яка реалізується в умовах конкурентної економіки; складова частина ринку громадського здоров'я	Складно виявити першоджерело, зустрічається у багатьох працях вчених	[318; 322; 323]
2.	Ринок, однією з головних особливостей якого є досить великий вплив інституту посередників (страховиків) на інших учасників ринку – державних та приватних медичних закладів та споживачів-пацієнтів	Салтман Р, Фігерас Дж.	1998 рік, [377; 378]
3.	Ринок, на якому центральне місце займають взаємовідносини суб'єктів виробництва і споживання медичних послуг в рамках специфічної цивілізованої форми суперництва між медичними працівниками (лікарями) по досягненню найвищого ступеню задоволення цільових потреб пацієнта	Ясинська Е.Ц.	2015 рік, [300]
4.	Ринок, специфічною рисою якого є його соціальна спрямованість, за якої максимізація прибутку. Товаром на даному ринку є медична послуга.	Солоненко І.М.	2011 рік, [263]
5.	Ринок, на якому діє нестандартна модель пропозиції та попиту за умови специфічності сфери охорони здоров, в якій є найважливішим товаром або послугою є здоров'я та життя людини	Юринець З.В., Петрух О.А.	2018 рік, [180; 181]
6.	Сукупність всіх медичних послуг, медичного обладнання та технологій, форм та інструментів і технологій реалізації медичної діяльності та існуючих і потенційних виробників товарів і споживачів медичних послуг	Гапонова Є.О., Belitzky E., Bach C., Belitzky E.	2018, 2021 рік, [52; 53; 313]

7.	Ринок, на якому продається один товар – медична послуга (допомога) та специфічною рисою якого є складність взаємодії між інститутом страхових організацій та державних регуляторних органів у сфері охорони здоров'я	Ghorbanian Zolbin M., Huvila I. and Nikou S	2022 рік, [335]
----	--	--	--------------------

Джерело: систематизовано автором на основі наукових джерел інформації [52; 53; 180; 181; 263; 300; 313; 318; 322; 323; 335; 377; 378].

Як бачимо, більшість науковців акцентують увагу на тому, що на ринку присутні чотири основні групи учасників – державні органи, що здійснюють регуляторну діяльність, медичні заклади (державної та приватної форми власності), споживачі та посередники (страхові організації).

Узагальнюючи викладене в підходах до визначення поняття «ринок медичних» послуг в рамках дослідження, вважаємо, що це складна збалансована система, яка складається з сукупності організацій та установ, які є учасниками ринку та надають, регулюють або споживають медичні послуги при ринковій кон'юнктурі, що склалась в певний момент часу та діяльність якої спрямовано на якісне та доступне надання необхідних послуг з поліпшення стану та збереження здоров'я людей.

Серед особливостей ринку медичних послуг, що робить його нетиповим, доцільно визначити наступні ознаки [320, с. 66]:

- число продавців обмежене, тому що існують певні правила вступу до ринку;
- неоднорідність медичних послуг, їхня індивідуальність;
- недосконале та суб'єктивне інформаційне забезпечення покупців про ринок медичних послуг;
- неможливість або труднощі при порівнянні ціни та якості послуги;
- велика кількість державних чи комунальних медичних закладів, які встановлюють ціну нижче собівартості за рахунок бюджетного фінансування;
- для реалізації медичної послуги необхідно мати компетентного посередника, котрий теж потребує фінансового забезпечення, що лягає додатковою складовою у ціні медичної послуги.

Ринок медичних послуг дуже тісно пов'язаний з суміжними ринками, що мають пряме чи опосередковане відношення до медичної сфери, зокрема, фармацевтичним ринком, ринком медичного обладнання, технологій, нематеріальних активів, праці тощо.

Інструментом, що допомагатиме у реалізації стратегічних цілей на основі забезпечення моніторингу та контролю на кожному етапі реформування ринку медичних послуг, а також в сфері охорони здоров'я в цілому є система державного регулювання, що складається з відповідних державних організацій та інституцій, які здійснюють моніторингово-контрольні функції в певному секторі або ринку над діяльністю суб'єктів господарювання з метою дотримання визначених та затверджених на законодавчому рівні норм, стандартів та показників відповідності.

Регулювання є суспільним явищем, яке застосовується у всіх державах світу, за допомогою якого вони здійснюють вплив на економічні і соціальні системи, їх формування і розвиток. Термін «регулювання» (лат. – «regulare» – підпорядковувати відповідному порядку, правилу, упорядковувати) в науковій літературі розглядається, як здійснення цілеспрямованого впливу на соціально-економічну систему чи окремі її ланки [338, с. 62], в даному випадку - на медичну систему.

Згідно з правовою наукою, державне регулювання можна визначити як У правовій науці державне регулювання – комплекс заходів, які держава вживає в соціальній, економічній, політичній, духовній та інших сферах з метою забезпечення порядку, встановлення загальних правил поведінки та запобігання негативним явищам в суспільстві. Такі заходи можуть бути організаційними, правовими, економічними тощо. [1, с.39].

Державне регулювання ринків як елементів економічної системи є складовою частиною процесу відтворення. На думку Д. Джексона, Н. Тривелді, С. Бауера державне регулювання можна вважати чистим суспільним товаром. Його споживачі – це населення, громадські організації та усі суб'єкти господарювання [345, с. 2].

За визначенням Дудки В., державне регулювання – це заснована на законодавстві одна з форм державного впливу, яка реалізується за допомогою

встановлення державними органами правил, спрямованих на коригування господарської діяльності фізичних і юридичних осіб, підкріплених можливістю застосування правових санкцій у разі їх порушення [78].

На думку Желюк Т. державне регулювання має на меті створення сприятливих умов для діяльності об'єктів та суб'єктів управління, що відповідає інтересам держави та сприяє загальному розвитку системи управління. Автор вбачає в державному управлінні невід'ємну складову державного регулювання. [86, с. 113-114].

Рябець Д.М зазначає, що під державним регулюванням слід розуміти загальний благоустрій суспільних відносин у певній галузі, який проводиться відповідно до вимог законодавства шляхом непрямого впливу на господарську діяльність суб'єктів економічних відносин, встановлення загальних правил, нормативів, стандартів щодо певного виду господарської діяльності, а також правових засад юридичної відповідальності за їх порушення, контролю за їх виконанням, створення та забезпечення ефективного функціонування фінансової системи, обмеження монополізму, сприяння конкуренції тощо [253; 254].

Отже, на основі вище наведених трактувань сутності поняття «державне регулювання» можна дійти висновку, що під даним терміном слід розуміти оптимальне поєднання різноманітного роду заходів, які здійснюють цілеспрямований вплив на ринок медичних послуг задля реалізації головних пріоритетів державної політики в сфері охорони здоров'я.

Аналіз джерел спеціальної літератури свідчить, що більшість дослідників погоджуються з тим, що державне управління має такі притаманні йому характерні риси:

- державне управління завжди здійснює певну організуючу діяльність по факту якої утворюються певні управлінські залежності;
- необхідною умовою їх виникнення є наявність суб'єкта, тобто органу виконавчої влади чи посадової особи, які наділені владними повноваженнями щодо здійснення державного управління;
- для виникнення управлінських відносин у них повинен брати участь крім

суб'єкта об'єкт (або об'єкти) державного управління, на діяльність якого спрямовано управлінський вплив суб'єкта. Основними видами об'єктів державного управління є громадяни та юридичні особи різної форми організації та власності;

– характер відносин, що виникають між суб'єктом та об'єктом (об'єктами) управління, завжди є владним, а в умовах державного управління – державно-владним, причому державно-владними повноваженнями завжди наділений суб'єкт управління (орган влади чи певні посадові особи), а від суб'єкта управління залежить виконання розпоряджень та законодавства;

– організуюча діяльність державно-владного характеру полягає у виконанні та здійсненні розпорядчих функцій щодо вимог законів, тобто є підзаконною, ґрунтується на чинному законодавстві [75; 84].

Далі, у таблиці 1.2. наведено результати консолідації підходів до визначення поняття «державне регулювання медичних послуг», пропонуване українськими науковцями.

Таблиця 1.2.

Підходи до визначення поняття «державне регулювання медичних послуг»,
пропонувані українськими вченими

№	Визначення	Автор	Рік, джерело
1.	Діяльність держави, спрямована на забезпечення громадян якісними медичними послугами; забезпечення гарантованої державою безкоштовної допомоги; забезпечення фінансовими ресурсами; забезпечення новітніми технологіями; керування охороною здоров'я; підвищення кваліфікації кадрів; забезпечення удосконаленою правовою системою; створення конкуренції на медичному ринку	Карамішев Д. В.	2006 рік, [97]
2.	Сукупність вже наявних і потенційних споживачів, що мають спільні потреби або запити, які можуть бути задоволені спеціалізованими операторами за допомогою надання послуг високої контактності	Бережна Ю.В.	2014 рік, [37]
3.	Сукупність прямих та непрямих методів та	Горин В.П.	2015 рік, [61]

	інструментів, що впливають на учасників ринку та визначають особливості та стан його кон'юнктури в певний момент часу		
4.	Сукупність регуляторних дій державних органів влади, направлених на підтримку та поліпшення здоров'я нації, що має сприйматись не тільки і не скільки як здатність до фізичного благополуччя я, скільки як здатність до виконання соціально-трудова функцій, відтворення сукупності людських здібностей та потреб	Миколаєць І. В.	2017 рік, [140] 2018 рік, [139]
5.	Складна система, в яку входять державна, муніципальна і приватна системи, і потребує державного регулювання, яке підвищувало б доступність і якість надання медичних послуг. Держава виступає основним замовником медичних послуг, що сприяють зміцненню здоров'я пацієнта, поліпшенню якості життя й національної безпеки країни	Бобришева О. В, Янчак Я.	2014 рік, [41] 2017 рік, [299]
6.	Діяльність з надання громадянам лікувально-профілактичної допомоги в Україні, що є невід'ємною частиною державної політики та державного управління в сфері охорони здоров'я	Комарова І.В., Redfern J., Coorey G., Mulley J., Scaria A., Neubeck L., Hsfiz N., Pitt C.H., Weir K., Forbes J., Parker Sh., Bsmipi F., Coenen A., Enright G. та інші	2014 рік, [105], 2020 рік [375]

Джерело: систематизовано автором на основі наукових джерел інформації [34; 41; 61; 97; 105; 139; 140; 299; 375].

Результати аналізу теорій щодо розуміння змісту «державного регулювання ринку медичних послуг» дозволяють стверджувати, що наведені підходи мають теоретико-методологічне значення для подальших досліджень регулювання. Нами можуть бути узагальнені наступні підходи до трактування сутності поняття:

I. Підхід до державного регулювання, в основу якого покладена основна мета такого регулювання - забезпечення здоров'я пацієнтів (Долот В.Д., Дудка В.В. [77-78]);

II. Підхід, що окреслює мету державного регулювання ринку медичних послуг для якісного надання цих послуг населенню (Краснова О.І., Плужнікова Т.В. [117; 118]; Сорока О.Я. [364]; Миколаєць І.В. [139; 140]);

III. Підхід до визначення державного регулювання ринку медичних послуг, що спрямований на висвітлення процесу регулювання, як системи методів, інструментів, технологій регулювання тощо (Бережна Ю.В. [37]; Бобришева О.В. [41]; Янчак Я. [298; 299]).

Щодо визначень даного поняття, наведених в іноземних наукових джерелах (Європа та США, інші держави) та інших засобах інформації [392; 393; 317; 318; 323], у більшості з них державне регулювання медичних послуг розглядається у широкому та вузькому значенні. У вузькому значенні – для опису процесу делегованого прийняття рішень з використання підзаконних актів в певних питаннях, пов'язаних із функціонуванням ринку медичних послуг. Це означає рівень виконання рішень та розпоряджень, інструкцій, постанов та директив суб'єктів управління в сучасних умовах. У більш широкому сенсі – для визначення діяльності державних регуляторних органів, інституцій та установ з використання інструментів регуляторного впливу на учасників ринку медичних послуг різних типів для реалізації цілей соціально-економічної політики в сфері охорони здоров'я загалом. Це взаємозв'язки між суб'єктами управління задля досягнення ключових управлінських цілей та завдань.

Задля вдалої реалізації державного регулювання у сфері медичних послуг варто сформулювати його мету та завдання. Так, головна мета державного регулювання у сфері медичних послуг полягає у покращенні здоров'я населення, профілактиці різних захворювань, покращенні якості життєдіяльності населення тощо.

Завдання державного регулювання у даній сфері визначають вплив на роботу об'єктів медичної сфери незалежно від їхньої форми власності, реалізацію контролю за якістю наданих медичних послуг, законодавчу гарантію рівних умов функціонування закладів охорони здоров'я. Враховуючи усі думки, підходи та трактування вважаємо, що «державне регулювання ринку медичних послуг» – складна, багаторівнева система державного впливу, що складається з суб'єктів впливу (органів влади), об'єктів впливу (установ, що надають медичні послуги населенню на ринку) та технологій впливу (нормативно-правового, організаційного, фінансового, інформаційного забезпечення; методів, інструментів впливу) задля ефективної діяльності організацій та установ, що є учасниками ринку та надають, регулюють або споживають медичні послуги при ринковій кон'юктурі, з метою забезпечення надання якісних медичних послуг населенню, підвищення рівня та якості життя в державі.

Аналіз низки програмних документів та актів законодавства, що діють у сфері охорони здоров'я населення, дозволяє вважати, що завданнями державного регулювання відносин у цій сфері є:

- забезпечення доступності медичної допомоги для населення [59, с. 55];
- забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення [177, с. 4];
- запровадження ефективної системи багатоканального фінансування сфери охорони здоров'я, поетапне збільшення державних асигнувань у сферу охорони здоров'я [177, с. 4];
- створення умов для формування та стимулювання здорового способу життя [258, с. 177].

Далі розглянемо структуру державних органів, що здійснюють регулювання на ринку медичних послуг.

Зазвичай у більшості розвинутих країн світу та тих, що розвиваються, це – законодавчі, виконавчі та судові органи влади центрального, регіонального та місцевих рівнів, які [72]:

- здійснюють регуляторний вплив за допомогою розробки і прийняття законодавчих актів, стандартів, правил, інструкцій з діяльності лікувальних закладів усіх форм власності;
- займаються розробкою правил і норм обов'язкового медичного страхування, державних гарантій;
- розглядають питання, пов'язані з акредитацією, наданням ліцензій медичним установам, бюджетним фінансуванням цільових програм, спрямованих на розвиток сфери охорони здоров'я;
- визначають та аналізують напрями інвестиційної діяльності, визначають стратегії розвитку ринку медичних послуг;
- здійснюють діяльність з моніторингу та контролю якості надання медичних послуг державними та приватними медичними закладами; контролюють результати санітарного огляду стану приміщень, в яких надаються послуги з лікування;
- займаються моніторингом суміжних ринків, зокрема, фармацевтичного ринку, ринку медичного обладнання, технологій, страхового, фінансового, рекламних ринків;
- здійснюють моніторинг санітарно-епідеміологічної ситуації в країні, інформують населення про небезпеку щодо можливих захворювань, а також наслідків ймовірних подій з метою своєчасного отримання необхідних медичних послуг, аби зберегти здоров'я населення.

Водночас, сам вплив на ринок медичних послуг державними органами реалізується за допомогою таких інструментів [155, с. 172]:

- ціни, тарифи на медичні послуги (в тому числі цінові граничні діапазони, діапазони рентабельності закладів, що надають медичні послуги);

- видача ліцензій, акредитація діяльності медичних закладів, атестація лікарів, що надають медичні послуги;
- закони, нормативно-правові акти (постанови, розпорядження, методики);
- міжнародні нормативні акти, в тому числі директиви, регламенти, рекомендації;
- стандарти, норми та інші;
- інформаційні регулятори (ЗМІ, соціальні мережі).

Загалом державна діяльність у сфері регулювання ринку медичних послуг спрямована на реалізацію наступних завдань:

- забезпечення рівних можливостей отримання медичних послуг різними соціальними групами суспільства;
- задоволення першочергових потреб у медичній допомозі в розмірах не нижче гарантованого рівня;
- розумне поєднання надання масових медичних послуг на безкоштовній, пільгової і платній основі;
- оптимізація кон'юнктури ринку;
- раціональне використання всіх видів ресурсів, які використовуються у процесі виробництва медичних послуг;
- створення бази даних за видами медичних послуг;
- забезпечення постійного розвитку та використання сучасних медичних та організаційних технологій;
- подолання викликів суспільно-політичного та соціально-економічного характеру, зокрема, викликів пандемії коронавірусу для світу і повномасштабної російської військової агресії для України, та країн, які прийняли максимальну кількість біженців, тим самим збільшивши навантаження на національну медичну систему.

Загальну структуру, що враховує принципи відносин та зв'язку між учасники ринку та державними органами, які здійснюють контролюючу та

регуляторну діяльність, наведено на рисунку 1.4. На ринку традиційно присутні суб'єкти та об'єкти ринку та ринкова інфраструктура.

Розглянемо більш детально елементи структури ринку медичних послуг на прикладі українського ринку. Так, Міністерство охорони здоров'я України є центральним органом виконавчої влади, що формує державну політику у сфері охорони здоров'я та забезпечує «захист населення від інфекційних хвороб, попередження та профілактику неінфекційних захворювань, забезпечення формування та реалізацію державної політики у сферах:

- епідеміологічного нагляду;
- виконання державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення;
- забезпечення населення якісними, ефективними та безпечними лікарськими засобами;
- технічного регулювання медичних виробів; розвитку кадрового потенціалу системи охорони здоров'я» тощо [223].

Держлікслужба України забезпечує реалізацію державної політики у сферах контролю якості та безпеки лікарських засобів, здійснює регулювання оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами, проводить ліцензування фармацевтичних виробництв, займається питаннями імпорту лікарських засобів, здійснює контроль за дотриманням ліцензійних умов та сертифікації, у тому числі контроль у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, інший нагляд за обігом медичних виробів [149].

Державний Експертний Центр при МОЗ забезпечує незалежну експертизу фармацевтичної продукції для її допуску на ринок та використання в процесі надання медичних послуг державними та приватними медичними закладами [68; 69].

З 2014 року в Україні функціонує такий орган, як Державна регуляторна служба, як орган влади виконавчого спрямування, основною метою діяльності якого є формування та контроль за виконанням регуляторних норм та положень

діяльності різних суб'єктів ринку, забезпечення ринку дозвільно-супровідною документацією.

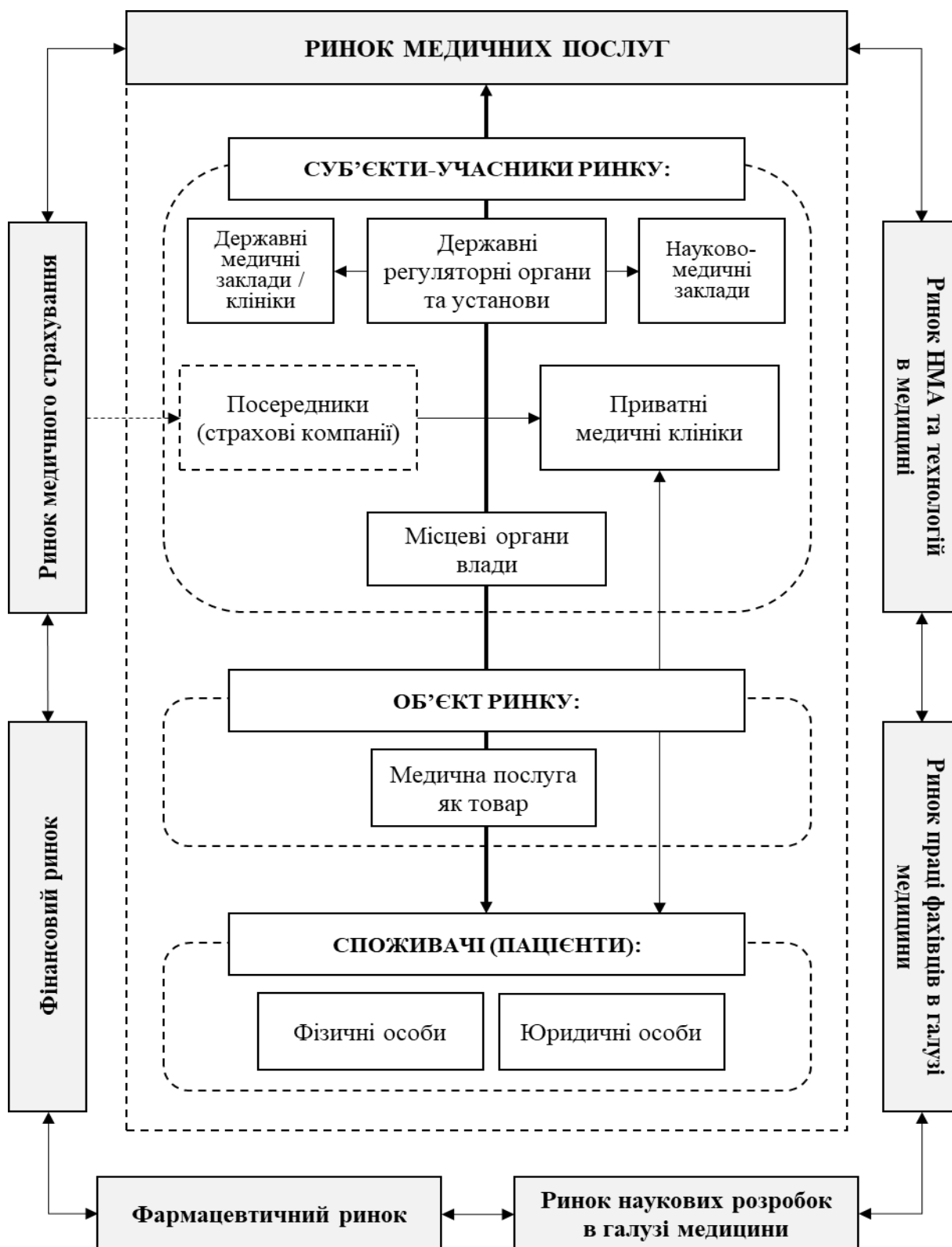


Рис. 1.4. Структура ринку медичних послуг та взаємозв'язок із суміжними ринками. Джерело: розроблено автором.

До основних функцій установи відносяться [68]:

- розробка пропозицій щодо вдосконалення законодавчих актів, подача нормативно-правових ініціатив на розгляд інших міністерств і відомств [69];

- звернення до регуляторних органів з пропозиціями щодо змін чи доповнень регуляторних актів, які суперечать принципам державної регуляторної політики у сфері медицини [69];

- координація взаємодії органів державної влади щодо реалізації принципів державної регуляторної політики у сфері медицини, зокрема господарської діяльності на ринку надання медичних послуг [69].

З метою реалізації своїх функцій органами державної влади було проведено низку заходів, спрямованих на спрощення умов ведення бізнесу на ринку медичних послуг та суміжних ринках, що надають ресурсно-технологічне забезпечення. Для цього було доопрацьовано наступні проєкти:

- наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про внесення змін до Порядку проведення експертизи реєстраційних матеріалів на лікарські засоби, що подаються на державну реєстрацію (перереєстрацію), а також експертизи матеріалів про внесення змін до реєстраційних матеріалів протягом дії реєстраційного посвідчення та затвердження Порядку перевірки матеріалів, доданих до заяви про державну реєстрацію окремих лікарських засобів, щодо їх обсягу» [201].

- наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про внесення змін до Порядку проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань» [202], що здійснюються в медичних спеціалізованих закладах як державної, так і приватної форми власності з метою покращення якості надання медичних послуг в країні.

Запропонований наказом Порядок проведення клінічних випробувань передбачає, зокрема, що рішення про проведення клінічного випробування лікарського засобу має містити наступну інформацію:

- а) найменування особи, що проводить такі випробування;
- б) лікарська форма, шлях введення, кількість дозованих одиниць;
- в) номер серії та/або код для ідентифікації вмісту та операцій з пакування;
- г) номер (код) клінічного випробування;
- г) ідентифікаційний номер досліджуваного/номер призначеного лікування суб'єкта клінічного випробування;
- д) прізвище та ім'я відповідального дослідника;
- е) інструкції із застосування;
- є) позначення «тільки для клінічних випробувань» або аналогічне формулювання;
- ж) умови зберігання;
- з) період використання; и) позначення «зберігати у недоступному для дітей місці» [202].

Враховуючи, що на сьогодні не має чіткого закріплення порядку та принципів регулювання ринку медичних послуг в Україні, слід орієнтуватись на структуру органів державної влади, що здійснюють регуляторну діяльність в сфері охорони здоров'я загалом. Так, у таблиці нижче структуровано сектори охорони здоров'я за регулятором (відповідальним органом державної влади, що здійснює регуляторну діяльність в секторі) (табл. 1.3).

Як бачимо, наразі основні функції практично у всіх підсекторах сектору охорони здоров'я – в тому числі медичних послугах, фармацевтиці здійснюють підрозділи Міністерства охорони здоров'я України. Тобто й досі не створено спеціальні державні органи (організації/агентства), які б здійснювали регуляторну діяльність у кожному з даних підсекторів.

На початку 2019 року завершився етап автоматизації медичних закладів, коли медичні установи мали можливість реорганізовуватися на пільгових засадах. Зараз у парламенті є законопроект № 9075, що так досі і не був включений у Порядок денний ВРУ, яким мають продовжити ще на рік спрощену процедуру реорганізації закладів у комунальні некомерційні підприємства [344].

Таблиця 1.3.

Напрями регуляторної діяльності в сфері охорони здоров'я в Україні,
структуровані за відповідальними органами влади

№	Назва	Опис регулятора	Відповідальний орган влади	Дія	НПА
1	Охорона здоров'я	Центральний орган виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я,	Міністерство охорони здоров'я України	Забезпечує формування державної політики	Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України
				Реалізує державну політику	
2	Контроль якості та реалізації лікарських засобів, медичних імунобіологічних препаратів і медичних виробів	Центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері контролю якості та безпеки лікарських засобів	Міністерство охорони здоров'я України	Забезпечує формування державної політики	Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України
				Реалізує державну політику	
3	Епідеміологічний нагляд (спостереження) Санітарне та епідемічне благополуччя населення	Центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення	Міністерство охорони здоров'я України	Забезпечує формування державної політики	Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України
				Реалізує державну політику	

Джерело: систематизовано автором на основі наукових джерел інформації [185].

Загалом, аналізуючи ефективність діяльності державних регуляторних органів на ринку медичних послуг та суміжних ринках, варто зазначити, що досі залишаються актуальними наступні завдання:

- забезпечення неухильного дотримання органами виконавчої влади вимог Закону України «Про засади державної регуляторної політики у сфері господарської діяльності» [212];

- продовження практики підвищення рівня кваліфікаційної спроможності фахівців центральних та місцевих органів виконавчої влади щодо застосування законодавства про державну регуляторну політику [212];

- активне залучення представників бізнес-середовища, громадських об'єднань а також міжнародних і вітчизняних експертів та науковців до участі у формуванні державної політики у сфері функціонування ринку медичних послуг (в тому числі через механізми М-Тесту) [212].

Вдосконалення практики страхування медичної відповідальності та оцінки якості професійної діяльності лікарів і медичних працівників. Зокрема й досі досить «гострим» залишається питання про відсутність на законодавчому рівні визначення медичної лікарської помилки. В Україні має з'явитись реєстр лікарських помилок, а професійна відповідальність лікарів повинна бути застрахована для того, щоб була можливість відокремлювати медичну помилку від недбалості, як це відбувається в європейських державах; оскільки на сьогодні вся відповідальність лежить на юридичних особах, а захист прав пацієнтів в Україні не забезпечено, кроком уперед у вітчизняній медицині стане впровадження практики індивідуального ліцензування лікарів; введення системи доступних електронних рецептів. Їхньою перевагою є те, що пацієнти, які беруть участь у програмі «Доступні ліки», матимуть можливість отримувати новий рецепт від свого лікаря в режимі онлайн. Однак залишається питання з розподіленням бюджетних коштів на рецепти, щоб забезпечити витрати рівними частинами протягом місяця [80; 240].

Із початком повномасштабного військового вторгнення програма «Доступні ліки» продовжила свою роботу та станом на 10 листопада 2022 року

має такі результати [80; 240]: 1 458 899 українців отримали 6 199 590 електронних рецептів на «Доступні ліки» та інсуліни; 1 260 034 пацієнти погасили 4 949 822 е-рецептів [80; 240].

Отже, загалом реформування роботи ринку медичних послуг як окремо, так і сфери охорони здоров'я загалом є досить складним процесом, ніж перетворення в інших секторах економіки, тому що медичні заклади не можуть припинити роботу в той час, коли у медичній сфері відбуваються серйозні трансформації. На прикладі України бачимо, що часті зміни в керівництві, як і інфляційні процеси, не сприяють проведенню стійких реформ. Важливо зазначити зовнішні впливи та виклики у систему охорони здоров'я, зокрема виклик світової пандемії та повномасштабного військового вторгнення. Для того, щоб отримати позитивні результати, потрібно реалізовувати заходи, які у взаємозв'язку з політичними, економічними та інституційними реформами забезпечили б вирішення конкретних завдань, спрямованих на покращення якості медичного обслуговування для населення країни.

1.3. Особливості, напрями, функції та принципи державного регулювання ринку медичних послуг в сучасних умовах

Одним з ключових напрямів діяльності Кабінету Міністрів України в сфері охорони здоров'я є забезпечення доступу українських громадян до гарантованого та якісного медичного обслуговування. В рамках цього є актуальними кілька стратегічних завдань. Найперше, це забезпечення надання якісних медичних послуг населенню, незалежно від різних вікових, демографічних, соціальних груп. По-друге, стимулювання надання якісних медичних послуг різними учасниками ринку та стимулювання на ринку конкуренції між різними учасниками ринку. По-третє, забезпечення якісного реформування системи надання медичних послуг. По-четверте, адаптація системи медичних послуг до військових дій та її зміна у післявоєнний період.

Інструментом, що допомагатиме у реалізації цих завдань є стратегічний план реформування системи медичних послуг, забезпечення активного і

ефективного впровадження системи намічених реформ, розробка оперативного плану адаптації системи медичних послуг у воєнний та післявоєнний періоди, забезпечення ефективної системи моніторингу, контролю та коригування наявних планів відповідно до змін, що відбуваються на медичному ринку та загальному соціальному розвитку.

Зі свого боку забезпечення регуляторного впливу державними органами та інституціями має здійснюватися через ряд функцій, серед яких, на нашу думку, найважливішими є:

- планування, що означає розробку стратегічних та оперативних планів розвитку державної системи надання медичних послуг та внутрішньої регуляції і планування розвитку комерційного ринку медичних послуг;

- організування, реформування, реструктуризація, оптимізація повноважень як суб'єктів управління на ринку медичних послуг так і реформування діяльності закладів охорони здоров'я, що перебувають у державній та комунальній власності;

- стимулювання входу на ринок медичних послуг нових учасників а також внутрішньої мотивації в закладах охорони здоров'я, відбір та призначення ефективного керівництва медичними закладами, що перебувають у державній та комунальній власності;

- фінансово-економічне регулювання діяльності на ринку медичних послуг, зокрема стимулювання прямого бюджетного фінансування закладів та окремих видів медичних послуг, розробка та прийняття окремих програм підтримки, цінове, ліцензійне та податкове регулювання учасників ринку, надання пільг та субсидій держави;

- забезпечення внутрішньої матеріальної та нематеріальної мотивації в закладах охорони здоров'я;

- контроль за дотриманням стандартів і належним рівнем надання медичних послуг, виконанням санітарних правил для медичних установ, контроль за виконанням стратегічних документів та планів розвитку сфери і розвитку суб'єктів ринку;

– інформаційно-консультативна та пропагандистська діяльність.

Завдання щодо регулювання ринку медичних послуг більш загального характеру пов'язані зі створенням умов для підтримки і зміцнення здоров'я нації, зниженням захворюваності та збільшення тривалості життя людей. При цьому, окрім державного системного регулювання ринку, важливо створити умови для саморегуляції, які будуть підтримувати справедливе конкурентне середовище для всіх суб'єктів-учасників. Проте, не слід забувати, що цілі державного регулювання та саморегулювання ринку медичних послуг дещо відрізняються. Так, головна мета державного регулювання ринку медичних послуг полягає в забезпеченні доступу населення до якісних медичних послуг у будь-який час.

Метою саморегулювання ринку медичних послуг є, як вже було зазначено, підтримка справедливого конкурентного середовища для учасників ринку та встановлення справедливих конкурентних ринкових цін на послуги.

Розглянемо основні принципи, на засадах яких здійснюється державне регулювання ринку медичних послуг в Україні. Саме дотримання принципів є своєрідною інституційною гарантією від непрогнозованого втручання в сферу державного регулювання. Принципи повинні доповнювати дію економічних законів і закономірностей, розкривати притаманні їм сутнісні риси та постійно повторювані зв'язки між елементами системи. Вони повинні бути каркасом при моделюванні конкретних елементів організаційно-економічного механізму державного регулювання, забезпеченні його цілісності та синхронності у взаємодії всіх блоків [156, с. 107].

Існує чимало думок щодо загальних (основоположних) принципів державного регулювання. Так, на думку Стеченко Д.М. ці принципи необхідно розподілити на загальні та нові. До загальних можна віднести принцип пріоритетності права над економікою, досягнення ефективності, справедливості, стабільності та системності державного впливу, оптимальне поєднання адміністративно-правових та економічних засобів регулювання, забезпечення

поступовості та етапності при реалізації державної стратегії, єдність стратегічного та поточного державного регулювання та його оперативність, дотримання вимог матеріально-фінансової збалансованості в процесі державного регулювання. Нові принципи державного регулювання – це регулювання бюджету та оподаткування, контроль зовнішньоекономічної діяльності [268, с. 122].

Натомість Сазонець І.Л. і Зима І.Я. вважають, що принципами державного регулювання є цілеспрямованість, взаємозв'язок та належне обґрунтування всіх заходів у межах системи державного регулювання, взяття на себе відповідальності за прийняття рішень та отримання кінцевих результатів, високий рівень професіоналізму в сфері державного регулювання економіки, раціональне використання ресурсів, пріоритетність розв'язання важливих питань, орієнтованість на досягнення економічного розвитку та забезпечення соціального благополуччя всього населення [256, с. 50].

Попова С. та Вошко І. зазначають, що визначальними принципами державного регулювання є науковість, погодження інтересів, цілеспрямованість, пріоритетність та доцільність, системність, комплексність, принцип гнучкості й адаптації, достатності, принципи організаційно-правового й економіко-організаційного забезпечення, а також принципи поступовості та етапності здійснення державного регулювання, пріоритету права над економікою, прозорості, відповідальності [187, с. 147].

На думку Орлової Н. і Бурик З. можна систематизувати основні принципи державного регулювання за такими складовими: реалістичності (реальні засади); оптимального поєднання інтересів (поєднання галузевих та територіальних інтересів); систематичності та безперервності; ефективності та цілеспрямованості; логічності (послідовності) структурної довершеності (визначення пріоритетів і встановлення конкретних цілей, завдань, шляхів їх послідовної реалізації, що мають враховувати сучасний стан, а також визначення засобів та критеріїв реалізації); контрольованості та відповідальності

(визначення індикаторів моніторингу, відстеження досягнення критеріїв, можливість оперативного коригування) [159, с. 237].

Систематизуємо усі вище наведені принципи державного регулювання та наведемо їх на рисунку 1.5. Для того, щоб детально розібратись, яким чином здійснюється регуляторний вплив на ринок медичних послуг, структуруємо ринок за цією ознакою (див. табл. 1.4.). Дотепер не створено національної регуляторної комісії з питань, пов'язаних із охороною здоров'я, зокрема в сфері медичних послуг та фармацевтики. Це допомагає слідкувати за якістю послуг, що надаються населенню та підприємствам.



Рис. 1.5. Систематизація принципів державного регулювання. Джерело: складено та систематизовано автором на основі джерел [159, 166, 168, 187, 256, 278].

Вважаємо, що державні органи влади в процесі здійснення регулювання ринку медичних послуг мають дотримуватися певних принципів, таких, як: законність, оптимальність, прогнозованість, прозорість, соціальна відповідальність, системність, ефективність (табл. 1.4).

Принципи державного регулювання ринку медичних послуг

№	Принцип	Сутність / стисла характеристика принципу
1.	Законність	Даний принцип означає, що регулювання має здійснюватися, спираючись на нормативно-правове забезпечення функціонування ринку, що становить собою сукупність законів та інших нормативно-правових актів, які встановлюють певні правила на ринку для всіх учасників та, власне, принципи регулювання їхньої діяльності
2.	Прозорість	Регуляторна діяльність повинна бути прозорою, тобто зрозумілою для всіх учасників ринку, повинні публікуватись результати важливих питань, порушень, аби інші учасники не припустились аналогічних помилок; повинні бути доступними у відкритому доступі результати діяльності Регулятора, необхідною практикою є обговорення проблемних питань громадськістю у ЗМІ та соціальних мережах
3.	Системність	Принцип означає те, що регуляторна діяльність повинна мати організований, підпорядкований та системний характер. Регуляторний вплив повинен здійснюватися на об'єкт – сукупність організацій, що складають ринок медичних послуг.
4.	Оптимальність	Рішення щодо регулювання мають бути оптимальними щодо витрат та співвідношення регуляторних дій і отриманих ефектів
5.	Прогнозованість	Рішення щодо регулювання повинні бути прораховані відповідними прогнозами відносно розвитку ринку та якості послуг на майбутнє
6.	Соціальна відповідальність	Державне регулювання ринку має бути спрямоване на максимальну соціальну задоволеність усіх учасників ринку, а особливо користувачів медичних послуг
7.	Ефективність та результативність	Регуляторна діяльність має бути ефективною, тобто задовольняти інтереси всіх учасників ринку, потреби населення в якісних та доступних медичних послугах

Джерело: розроблено автором.

Ринок медичних послуг дуже тісно пов'язаний із суміжними ринками, що мають пряме чи опосередковане відношення до медичної сфери, зокрема, з

ринком медичного обладнання, фармацевтичним, технологій, нематеріальних активів, праці та іншими. З огляду на це наслідки регуляторного впливу держави на один ринок одразу відобразяться на його діяльності та внесуть певні зміни на інших суміжних ринках. Враховуючи це, другою з головних особливостей функціонування ринку медичних послуг є його тісний взаємозв'язок із суміжними ринками передусім за ціновим фактором. Ця тенденція характерна наразі як для світового ринку медичних послуг, так й у сфері національної медичної реформи останніх років для України.

Що стосується України, відповідно до положень, викладених у Національній стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 рр. [152] та Проекту стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року [245], Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [208] та супутніх нормативно-правових актів, прийнятих у ході здійснення медичної реформи, можна говорити про те, що базисом для поліпшення ефективності функціонування та створення підґрунтя для розвитку ринку медичних послуг має стати трансформація концепції управління видатками (бюджетними коштами і коштами ОМС) до управління за результатами. Характеристика основних складових елементів ринку медичних послуг та пов'язаних суміжних сегментів, що регулює держава наведена у табл. 1.5.

Таблиця 1.5.

Характеристика основних складових елементів ринку медичних послуг та пов'язаних суміжних сегментів, що регулює держава

Складові ринку медичних послуг за регуляторною ознакою	Предмет, на який здійснюється регуляторний вплив в рамках складової (процес / результат)	Регулюючі інститути/установи
Медичні послуги як товар	Контроль забезпечення доступу до отримання послуг, умов виконання процесу, а також результату надання послуги	Міністерство охорони здоров'я України,

		Національна служба здоров'я України
Матеріально-технічне забезпечення функціонування ринку, суміжні сегменти:		
Фармацевтика (ліки)	Контроль якості та ціни (зокрема, імпортованих товарів) ліків та інших фармацевтичних препаратів, яким забезпечується населення, у тому числі тих, що продаються в аптеках та використовуються в процесі надання медичних послуг в державних та приватних медичних закладах	Міністерство охорони здоров'я України, Національна служба здоров'я України, Держлікслужба України, Державний Експертний Центр при МОЗ, Державна податкова служба України, Державна митна служба України (опосередковано – імпорт, оподаткування)
Медичне обладнання	Контроль ступеню зношеності обладнання, що використовується в процесі надання медичної послуги, його безпечності, функціональності, відповідності технологічним характеристикам, стандартам якості та ціни (імпорт) для державних та приватних медичних закладів	Міністерство охорони здоров'я України, Державна податкова служба України, Державна митна служба України (опосередковано – імпорт, оподаткування)
Нематеріальні активи	Моніторинг потреби у забезпеченні необхідним програмним забезпеченням (в тому числі	Державна податкова служба

(технології виробництва, програмне забезпечення, ліцензії, ноу-хау)	електронні черги, он-лайн записи до лікаря, перегляд аналізів, результатів досліджень тощо) – більш актуальне для державних установ; для приватних – акцент на ціноутворенні на імпорту послуг, вартість роялті при відкритті філіалів іноземних клінік; контроль процедур із ліцензування	України, Державна митна служба України (опосередковано – імпорту, оподаткування)
Інше ресурсне забезпечення функціонування ринку, суміжні сегменти:		
Ринок праці (лікарі, допоміжний персонал)	Контроль якості медичної освіти, кваліфікації лікарів та іншого медичного персоналу, оцінка ступеню задоволеності хворих від надання медичних послуг лікарем та результату; атестації, компетентнісні перевірки; моніторинг самого ринку праці, аналізування потреб в спеціалістах конкретних спеціалізацій в регіонах та країні в цілому	Міністерство охорони здоров'я України Національна служба здоров'я України Міністерство освіти та науки України
Рекламний ринок (медичні послуги, лікарські препарати)	Контроль та моніторинг законності, правомірності, відповідності закріпленим законодавством стандартів та порядку рекламування послуг, що надають медичні заклади; ліків, що може рекламувати медичний персонал та законності цих дій, розміщення рекламних оголошень тощо	Міністерство охорони здоров'я України, Державна податкова служба України, Державна митна служба України (опосередковано – імпорту, оподаткування)
Фінансовий ринок (кредитування, цінні папери, ін.)	Контроль транзакцій між філіалами міжнародних клінік та інших медичних закладів, що може впливати на ціноутворення на медичні послуги, лікарські препарати, вартість нематеріальних активів та трансфер медичного обладнання	Державна податкова служба України, Державна митна служба України, Національний банк України

Джерело: розроблено автором.

Під результатами йдеться про очікувані наслідки від втілення конкретних цілей у напрямку поліпшення ситуації на ринку та досягнення поставлених індикаторів результативності: показники здоров'я, фінансова захищеність пацієнтів, економічна ефективність та задоволеність послугами мають зумовлювати процес прийняття рішень на усіх рівнях [33]; система повинна підтримувати робочу атмосферу, коли оцінка роботи персоналу мусить базуватися на результативності наданих послуг, здійснюватися регулярно та постійно удосконалюватися [33]; системні реформи, такі, як розвиток приватного сектора, можуть та повинні бути започатковані у разі отримання підтвердження, що вони призведуть до покращення очікуваних результатів, наприклад, зменшення вартості послуг при збереженні відповідної їхньої якості.

Сьогодні потрібні принципові зміни в системі фінансування медичних установ, що може забезпечити перехід від кошторисного і бюджетно-страхового принципу фінансування до страхового з забезпеченням усіх витрат на основі тарифів відповідно до затверджених стандартів надання медичних послуг. У цьому напрямку важливу роль виконує податкове стимулювання [33]. Зазначимо, що відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 25 грудня 1996 р. № 1548 «Про встановлення повноважень органів виконавчої влади та виконавчих органів міських рад щодо регулювання цін (тарифів)» [204] та постанови Кабінету Міністрів України від 02 вересня 2022 р. № 1548 «Про внесення зміни в додаток до постанови Кабінету Міністрів України від 25 грудня 1996 р.» [203] тарифи на платні послуги, що надаються за договорами з юридичними особами (у тому числі з страховими компаніями), іноземцям та особам без громадянства, які тимчасово перебувають на території України, в тому числі залежать від політики регулювання ціноутворення на лікарські препарати та медичне обладнання, що імпортується з-за кордону (в тому числі податкові питання) [290].

Питання ціноутворення на українські та імпортовані лікарські препарати та медичне обладнання також, безперечно, впливає на якість

медичних послуг, що мають бути надані безкоштовно державними медичними закладами (забезпечення). Тому, вважаємо, що це питання також має бути розглянуто більш детально. Що стосується ліків, зазначимо, що в рамках реформи державної політики в галузі лікарських препаратів Кабінетом Міністрів України схвалено низку підзаконних актів, які являють собою перегляд нормативної бази, що регулює питання, пов'язані із ціноутворенням та компенсацією ліків.

У рамках медичної реформи Міністерство охорони здоров'я України окреслило основні кроки, які планується вжити для поліпшення середовища на ринку медичних послуг для населення:

1) Створити та запровадити національну політику в галузі лікарських препаратів, щоб забезпечити більший доступ до них населення; раціоналізувати фінансування медицини; забезпечити якість лікарських засобів на ринку та раціональне їх використання. У рамках цього плану для реалізації національної політики щодо лікарських препаратів, спрямованої на поліпшення доступності, наявності та якості лікарських засобів, уряд має намір покращити можливість придбання ліків з-за кордону. За даними Міністерства охорони здоров'я України, понад 90% витрат на фармацевтику здійснюється за власні кошти населення. Тому доступність медичної допомоги є серйозною проблемою для населення. З цієї причини багато українців прагнуть отримати достатнє лікування соціально значущих захворювань, таких, як діабет та серцево-судинні захворювання. Тобто, виявлено ще одну особливість національного ринку медичних послуг – недостатній рівень доступності ліків серед населення.

2) Створити комплексний Перелік основних лікарських засобів (містить ряд лікарських засобів для лікування найбільш соціально значущих захворювань).

3) Встановити еталонні ціни на ліки в Переліку основних лікарських засобів та вартість цих лікарських засобів за допомогою механізму референтного ціноутворення (встановлено, але є недоліки).

4) Запровадити доступне медичне страхування – поява державної програми медичних гарантій (у 2022 році ця програма передбачає первинну допомогу, зокрема, послуги сімейних лікарів, терапевтів та педіатрів, спеціалізовану, екстрену, паліативну допомогу, ведення вагітності та проведення пологів, програму «Доступні ліки») [80].

5) Сформувати здорове конкурентне середовище серед лікарень державної та приватної форми власності, що сприятиме підвищенню якості надання медичних послуг (досить масштабний напрямок, ще не розроблено план дій).

6) Утворити Національну службу здоров'я України (утворено у 2018 році).

7) Підвищити якість та доступність надання медичних послуг через можливість вільного вибору сімейного лікаря, без прив'язки до місця «прописки» (розвинено з 24 лютого 2022 року у зв'язку із актуальною необхідністю для вимушено переміщених осіб).

8) Забезпечити незалежність надання медичних послуг від політики [8].

Аналізуючи ці питання, згідно з даними Міністерства охорони здоров'я України вже у 2020 році в рамках програми «Доступні ліки» та відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» система відшкодування дозволила забезпечити більшу доступність лікарських засобів, що дасть можливість більшій частині населення отримувати необхідне лікування.

Схема відшкодування ліків передбачає державні субсидії на ліки за відповідними компенсаційними списками. Реєстр № 1 набрав чинності 11 серпня 2021 року, до нього увійшло 293 препарати, що призначені для лікування найбільш соціально значущих хвороб, на які страждає населення України, а саме: серцево-судинні захворювання, астма та діабет другого типу.

За даними Міністерства охорони здоров'я в Україні близько 65% смертності пов'язано із серцево-судинними захворюваннями, приблизно 1 млн.

осіб (більше 2% населення) страждають на діабет 2 типу та 210 000 людей – на астму.

Міністерство охорони здоров'я України буде відшкодовувати лише повну вартість найдешевшої версії кожного типу ліків у компенсаційному списку. Для будь-яких ліків, вартість яких перевищує ці витрати, решту повинен покривати пацієнт у вигляді «спільного» платежу (лікарі та фармацевти вважають за доцільне рекомендувати найдешевший аналог). Так, законодавством встановлено, що громадяни України з 2020 року мають отримувати гарантований, тобто на 100 % оплачений державою пакет медичних послуг і лікарських засобів. Згідно з законом єдиним замовником медичних послуг і платником за їх якісне надання виступає НСЗУ [143].

Загалом з початку медичної реформи були досить активними процеси з регуляторної та законодавчої точки зору у сфері охорони здоров'я, зокрема з питань, що стосуються ринку медичних послуг та фармацевтики. У 2020 році в Україні з'явилася державна програма медичних гарантій, яка покриває усі рівні медичних послуг, включно із стаціонарними.

Паралельно з 2020 року в Україні розпочався розвиток системи медичного страхування [241]. На сьогодні програма медичного страхування є добровільною та працює через систему e-Helsi.

Вплив державних органів в реформуванні механізмів надання медичних послуг може бути посилений через засоби державно-приватного партнерства. Це відносно новий підхід у розвитку медичної сфери в українській практиці, головним змістом якого є залучення коштів приватного сектора до будівництва та експлуатації нових об'єктів охорони здоров'я.

Механізм державно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я країни дозволить впровадити сучасні інноваційні медичні послуги і технології, які з'являться на ринку медичних послуг, а морально застаріле та фізично зношене обладнання замінити на нове, більш модернізоване. Застосування механізму державно-приватного партнерства в реформуванні ринку медичних

послуг дозволить знизити навантаження на бюджети всіх рівнів і дозволити, в решті-решт, реалізувати важливі інвестиційні проекти.

Підсумовуючи результати аналізу особливостей національного ринку медичних послуг, визначено регулюючі принципи та функції, які мають здійснювати та їх дотримуватись учасники ринку в процесі здійснення своєї діяльності, вважаємо, що головною метою удосконалення заходів надання медичного обслуговування громадянам країни залишається збереження і відтворення здоров'я населення, тому всі зміни в медичній сфері повинні супроводжувати державні органи, і саме державна влада має координувати ці процеси, здійснювати моніторинг та контроль за діяльністю учасників ринку медичних послуг.

1.4. Моделі державного регулювання ринку медичних послуг зарубіжних держав та умови імплементації їх досвіду в Україні

Ринок медичних послуг розвинутих держав світу та тих, що розвиваються і реформують цей ринок сьогодні, відрізняє наявність великомасштабних глобальних конкурентів у суміжних сегментах – фармацевтичному та страховому ринках, які забезпечують ринок медичних послуг необхідними ресурсами.

В той час, коли міжнародні та національні компанії, які виробляють та продають лікарські препарати, борються за кожне схвалення препаратів у локальних регуляторів, що є у значній мірі прибутковим, страховий сектор з кожним роком все активніше збільшується та в процесі реформування даних ринків виокремлюється у окремий посередницький інститут, що гарантує домінування на ринку медичних послуг конкуренції з постачання медичних послуг високого рівня. В залежності від структури власності, світовий ринок медичних послуг може бути сегментований на державні та приватні медичні заклади (клініки або лікарні).

Система охорони здоров'я населення перевантажена в кількох країнах, де універсальні медичні послуги доступні для всіх громадян. Щодо регіонального розподілу, то світовий ринок медичних послуг може бути сегментовано на Північну Америку, Європу, Азіатсько-Тихоокеанський регіон, Латинську Америку, Близький Схід та Африку. Витрати на медичні послуги в Північній Америці достатньо високі, оскільки США становлять майже 40% світових витрат на охорону здоров'я. Очікується, що Азіатсько-Тихоокеанський регіон також становитиме значну частку світового ринку медичних послуг, а витрати на охорону здоров'я в Китаї, за прогнозами, до 2023 року перетнуть 1,5 трлн дол. [347].

Основні групи приватних клінік, що працюють на світовому ринку медичних послуг, включають Ramsay Health Care, ІНН Healthcare Berhad, Apollo Hospitals Enterprise Ltd., China Resources Phoenix Healthcare Holdings Company Limited, Helios, Community Health Systems, Hospital Corporation of America, Ascension Health, і Tenet. [342; 342; 398].

Зазначимо, що ринок медичних послуг в державному, міжнародному та глобальному масштабах, як і більшість інших ринків, характеризується певним ступенем влади покупця та продавця послуг з визначеним рівнем бар'єрів вступу на ринок, обумовленими відповідними законодавчими і регуляторними нормами та рамками.

За результатами аналізу світового досвіду в регулюванні та реформуванні ринку медичних послуг, а також останніх актуальних тенденцій на ринку, в роботі було проведено SWOT-аналіз українського ринку медичних послуг, який схематизовано та подано на рисунку 1.6.

Аналізуючи останні зміни та прогнози на глобальному ринку медичних послуг в державному управлінні та регулюванні медичних послуг на період до 2023-2025 рр., виокремимо наступне:

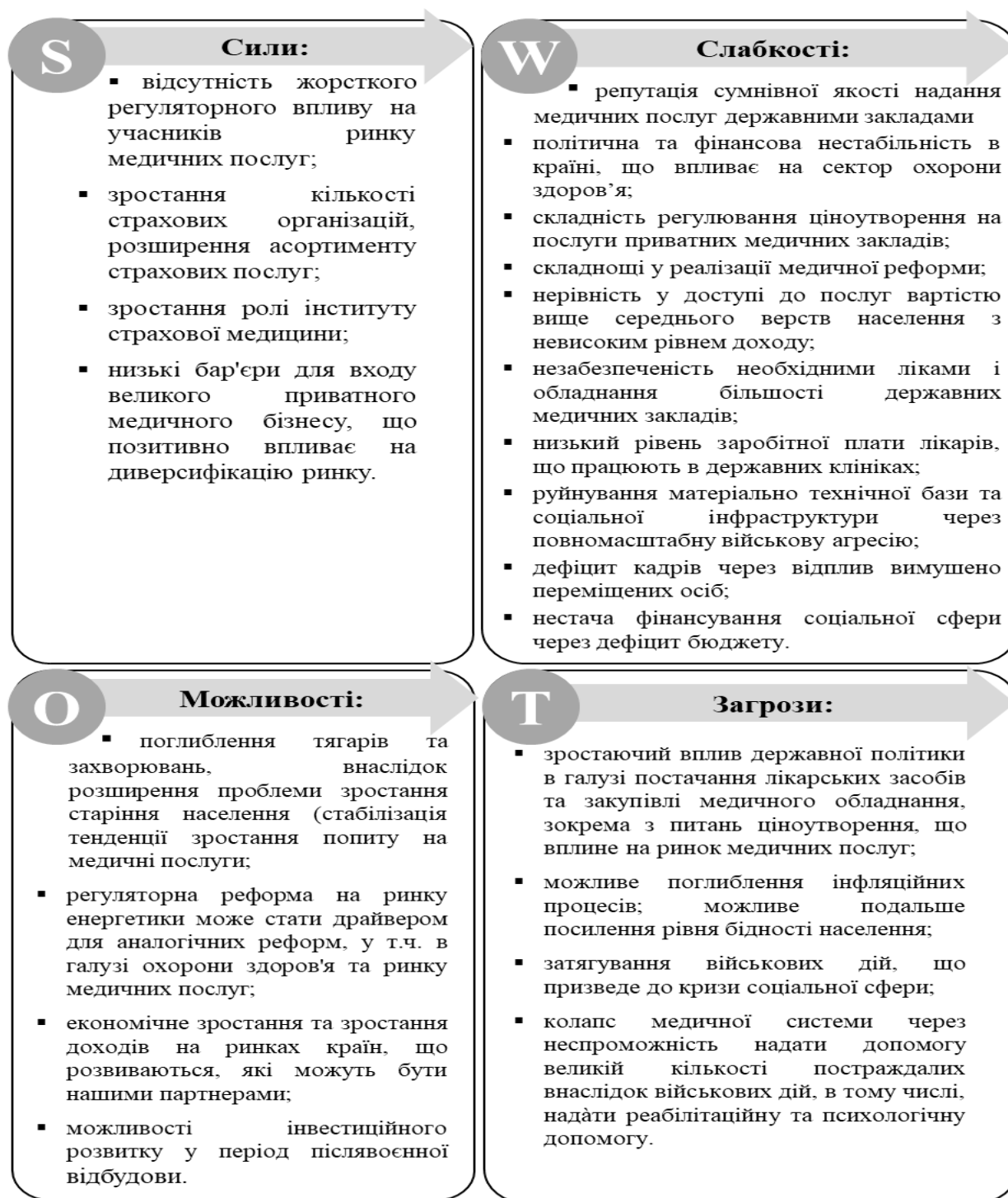


Рис. 1.6. Результати SWOT-аналізу українського ринку медичних послуг на основі світового досвіду. Джерело: складено автором на основі даних *ВМІ Global Pharmaceuticals and Healthcare Report, 2021*. [366].

– поширення практики державно-приватного партнерства з метою вдосконалення та посилення контролю державних регуляторних органів за діяльністю як дрібних приватних клінік, так і активів, що входять до складу великих міжнародних компаній;

– основними рушійними силами розвитку ринку медичних послуг продовжать бути старіння населення, зростання поширеності хронічних захворювань, збільшення наявного доходу саме в країнах, що розвиваються, і зростання проникнення медичного страхування. За прогнозами люди віком від 60 років і старше становитимуть 17 % населення планети до 2030 року, що складає 12 %. Більше того, неінфекційні захворювання становили близько 80% випадків смерті у світі в 2021 році [339; 340];

– з метою пошуку нових можливостей для зростання приватні компанії (особливо міжнародні) продовжуватимуть активізувати свої зусилля на ринках, що розвиваються, перш за все в регіонах Латинської Америки, Південно-Східної Азії, Туреччини, Індії, Китаю. Країни, які в минулому розглядалися як експортні ринки малого обсягу, зараз стають сферами значного зростання та інвестицій. Їх повна інтеграція в глобальне управління постачаннями має першочергове значення для підтримки цього зростання;

– перехід до глобального управління запасами на суміжних ринках (лікарські препарати, медичне обладнання). З поширенням ринків, на яких обслуговуються міжнародні приватні компанії, які функціонують у сфері медичного бізнесу та мають у своєму складі активи – приватні медичні клініки, що надають певний спектр медичних послуг - будуть намагатись впроваджувати глобальні системи управління запасами, що обумовлено організаційною структурою таких компаній (до якої, окрім приватних медичних клінік, зазвичай входять фармацевтичні компанії, клінічні лабораторії, компанії, що торгують обладнанням та інших), щоб забезпечити, щоб в процесі обслуговування в кожному регіоні виникало якомога менше накладних витрат. Постійна (End-to-end) видимість - це популярна тема на більшості конференцій медичної сфери, присвячених проблематиці SCM-менеджменту, і компанії протягом багатьох років інвестують у консолідацію своїх ER-систем та гармонізують те, що ще залишилось. Щоб правильно використати цю можливість, з урахуванням обсягу даних, трансформація стає обов'язковою;

– розблокування технологій штучного інтелекту, великих даних та «хмарних» технологій; створення е-систем державного контролю та регулювання діяльності учасників медичного та суміжних з ним ринків.

Далі розглянемо деякі актуальні практики, що використовують уряди в закордонних країнах та проаналізуємо їх на можливість імплементації до української системи державного регулювання ринку медичних послуг.

Так, в останні роки поширюється практика посилення фінансового тиску на уряди (в тому числі у Європі, США) з метою зменшення витрат на охорону здоров'я, що, в свою чергу, викликає поширення практики зниження цін. У світі регуляторні органи все пильніше слідкують за підвищенням цін ініційованими компаніями, зокрема увагу міжнародної спільноти привернув стрімкий стрибок цін компанії EpiPen® в США. Багатьма міжнародними фірмами було проявлено законодавчі ініціативи щодо питання стосовно підвищення цін на лікарські препарати, що, в свою чергу, викликають підвищення цін на медичні послуги. Різні країни світу розробляють та впроваджують реформи щодо удосконалення державного інструментарію з обмежень в ціноутворенні на продукцію фармацевтичних компаній, що мають на меті знизити напруженість населення щодо високих витрат на охорону здоров'я та підвищити доступність отримання медичних послуг як в державних, так і в приватних медичних закладах [339, с. 1909]. Ось декілька прикладів із світової практики останніх років:

Президент Д. Трамп наголошував на необхідності створення процедури торгів, щоб впоратися з ескалацією цін на ліки. Із приходом у Сполучених Штатах до влади демократів відновилася активна підтримка курсу Барака Обами на розвиток медичного ринку. Зокрема, Джозеф Байден підтримує «Закон про доступне медичне обслуговування», також відомий як Obamacare, який визначає доступність та масовість системи медичного страхування для населення. Фінансування програми передбачається на рівні федерального бюджету США [392];

Рада ЄС рекомендує посилити співпрацю у сфері транскордонного співробітництва в сфері ціноутворення на медичне обладнання та фармацевтичну продукцію, включаючи спільний моніторинг, активний обмін інформацією про ціноутворення та спільні переговори з питань встановлення цін в рамках «коаліцій» держав-членів [337];

Уряд Китаю стверджує, що сфера прослідковує посилення контролю за цінами на медичні послуги та лікарські препарати, позиція уряду Китаю була посилена внаслідок викликів пандемії коронавірусу. Уряд Японії з 2019 року змінює систему дворічного процесу перегляду цін щорічним переглядом цін за проміжні періоди [333].

У відповідь деякі спеціалісти в сфері медичних послуг пообіцяли обмежити підвищення цін до однозначних цифр, припинити недобросовісну практику, наприклад, заохочення лікарів рекламувати свою продукцію та забезпечити підвищену гарантію якості та безпеки. Таке нове ставлення все більше стає очікуваним стандартом. І, коли великі гравці ринку продовжують ставити рекорди, використовуючи цю практику, це здійснює тиск на їхніх суперників та змушує слідувати даному прикладу.

Є досить позитивною практика розрахунку ринкового ціноутворення та ринкового рівня рентабельності послуг для медичних закладів не тільки приватної форми власності, а й державної на основі досвіду ЄС та США. Результат - покращення як якості наданих медичних послуг, так спрощення процедури регулювання на суміжних ринках – фармацевтичному та торгівлі медичним устаткуванням. У підсумку це вплине на фінансові результати діяльності учасників ринку, державний бюджет (зокрема в оподаткуванні імпортих операцій) та поліпшить доступність послуг для населення [332; 335].

Щодо практики державно-приватного партнерства варто зазначити, що у більшості країн світу функціонування ринку медичних послуг в загальній державній системі охорони здоров'я забезпечується консолідацією державних та приватних витрат та асигнувань. Так, державні асигнування можуть

фінансуватися за рахунок загального оподаткування (наприклад, у Великій Британії) та/або нарахувань на заробітну плату, які потім спрямовуються до специфічного фонду медичного страхування. Приватні витрати можуть складатись з витрат, що фінансують страхові компанії приватного сектору за власний рахунок, а також за рахунок пацієнтів. Приватне медичне страхування може бути або добровільним, або обов'язковим; Нідерланди використовують останній підхід. Система може бути «безкоштовною в місці користування нею», як у Сполученому Королівстві, або включати повне чи часткове відшкодування витрат страховиками [375].

Відомо, що страхування здоров'я не покриває (або лише частково) придбання ліків у аптеках та отримання певних медичних послуг. Це є, наприклад, суттєвою проблемою в країнах пострадянського простору, коли витрати пацієнтів, які не мають коштів на ліки, необхідний розмір яких не надається в державних лікарнях в процесі надання медичних послуг є значною частиною приватних витрат на отримання медичних послуг та охорону здоров'я в цілому.

Купівельна спроможність покупця посилюється відповідно до статусу і впливу олігополії в країні та політикою контролю цін на медичні послуги державних та приватних медичних закладів (клінік), враховуючи деякі складнощі в контролі ціноутворення на послуги останніх, що зумовлено недосконалістю національного законодавства більшості країн світу, що розвиваються. Отримання та використання високоякісних матеріалів, лікарських препаратів високої якості та в необхідній кількості, що має покривати потребу пацієнтів, обладнання, персоналу та послуг посередницьких компаній (страхових агентств) та аутсорсингових служб, є життєво-важливим для оптимального функціонування державних медичних закладів та бізнесу з надання медичних послуг приватних компаній.

Класифікація національних моделей державного регулювання ринку медичних послуг, застосовуваних в різних регіонах світу наведена у табл. 1.6.

Таблиця 1.6.

Класифікація національних моделей державного регулювання ринку медичних послуг, застосовуваних в різних регіонах світу*

Назва моделі	Держави, що її використовують	Стисла характеристика моделі
Лібералізована	США, Австралія, Канада, Японія	Регулювання діяльності страхового інституту на ринку медичних послуг здійснюється на основі розвинених систем страхування на принципах мінімального втручання держави, яка виступає в ролі регулятора визначеного
Англійська	Сполучене Королівство (Великобританія), Ірландія	Діє універсальний підхід державних регуляторів ринку щодо уніфікації медичних послуг та забезпечення ліками населення, що виражається в однаковому розмірі обсягів медичного обслуговування та необхідних виплат, а також в релевантних умовах їх
Західноєвропейська (перерозподільча)	Німеччина, Польща, Франція	Бюджетні відрахування покриття витрат на медичне обслуговування та ліки примірно кореспондують із сумами страхових внесків працюючого населення та працедавців, загалом держава здійснює функцію перерозподілу та контролю даних коштів. Діє досить сильна система страхового захисту, що підтримується
Південно-європейська	Італія, Іспанія, Греція та інших	Соціальна захищеність громадян в даних державах досить низького рівня, характер державної політики переважно пасивний та орієнтований на компенсацію витрат в загальних структурах доходів окремих
Західноєвропейська (основана на оподаткуванні)	Швеція, Швейцарія Данія, Норвегія, Фінляндія, Нідерланди	В рамках моделі одним з головних завдань державної влади вважаються вирівнювання рівня доходів населення з метою гарантування забезпечення доступу до медичного обслуговування. Зі свого боку це підкріплено розвиненим державним сектором економіки та високим рівнем оподаткування

Латиноамериканська	Держави Латиноамерикансь кого регіону	Державний сектор відіграє дуже пасивну роль, вирішальна роль з питань допомоги та забезпечення населення необхідними ліками та медичним обслуговуванням належить церкві, сім'ї та громаді. Інститут страхування
--------------------	---	---

Джерело: систематизовано автором на основі джерел [301; 304; 305; 314; 317; 317; 323; 325; 326; 327; 328; 329; 375].

Якість медичних послуг, які надаються населенню, повинна відповідати стандартам та нормативам органів МОЗ та НСЗУ, що здійснюють регуляторну політику та контролюють їх безпечність та ефективність. Неабияку роль також відіграє рівень доступності населення до забезпечення медичними послугами та придбання лікарських препаратів.

Далі розглянемо основні моделі державного регулювання ринку медичних послуг, що застосовують різні країни світу. Систему державного регулювання ринку медичних послуг розвинутих країн світу західного регіону, таких, як США, Канада, Німеччина, Швейцарія, Швеція, Данія, Нідерланди, Польща, Франція та Фінляндія вирізняє розвинений сектор медичного страхування. Порівняємо моделі державного регулювання ринку медичних послуг: базову (без участі посередника – страхової компанії) та основу на участі посередницького (страхового) сектору.

Обидві моделі зображені схематично на рисунках 1.7. та 1.8.

Так, на рисунку 1.7. бачимо, що головним регулятором ринку медичних послуг зазвичай виступає МОЗ, далі регуляторний вплив за вертикальною ієрархією розповсюджується на регуляторів – окремі організації або підрозділи МОЗ, що здійснюють моніторинг і контроль над діяльністю учасників ринку кожен за окремо визначеним напрямком.

Зазвичай в країнах, де діє недостатньо розвинений інститут медичного страхування (який не завжди присутній на ринку), але сектор державної влади має досить високий рівень впливу на соціальні інститути та бізнес, як правило регуляторні функції на ринку медичних послуг та суміжних ринках виконує Міністерство охорони здоров'я (як, є наприклад, поки що в Україні), і, навпаки, в

державних, в яких посередником виступають страхові компанії (є постійним учасником ринку), діє розгалужена система регуляторів – державна комісія, що контролює діяльність учасників ринку медичних послуг (регулятори (комісії або організації), що регулюють діяльність учасників суміжних ринків, зокрема фармацевтичного ринку та ринку медичного обладнання та державні організації, що виконують загальну регуляторну діяльність (наприклад, з питань підприємництва приватного медичного бізнесу, така комісія вже працює в Україні).



Рис. 1.7. Модель державного регулювання типового ринку медичних послуг (на прикладі України). Джерело: систематизовано автором на основі вивчення наукових джерел інформації [301; 304; 305; 314; 317; 317; 328; 329].

Така структура відносин відповідає моделі державного регулювання ринку медичних послуг з присутністю посередника – страхової компанії (наприклад, США, Канада, країни ЄС), зображеної на рисунку 1.8. Так, наприклад, в США,

враховуючи наглядовий та регуляторний вплив Конгресу, органи охорони здоров'я США розробляють закони, спрямовані на захист громадського добробуту та, з однієї сторони, підтримку посередницького (страхувального) сектору, а з іншої – обмеження деяких дій та прав компаній, що можуть бути дискримінаційними по відношенню до громадян.



Рис. 1.8. Модель державного регулювання ринку медичних послуг з присутністю посередника – страхової компанії (наприклад, США, Канада, країни ЄС). Джерело: систематизовано автором на основі вивчення наукових джерел інформації: [301; 304; 305; 314; 317; 317; 323; 325; 326; 327; 328; 329; 375].

Отже, головна регуляторна роль належить Департаменту охорони здоров'я та соціальних служб США (HHS), що здійснює нагляд за загальними

проблемами охорони здоров'я та проблемами всіх громадян США, проявляючи ініціативи, що підвищують рівень охорони здоров'я та забезпечують проведення подальших медичних досліджень. З 2016 року місія NHS має на меті покращення здоров'я громадян та зменшення їхніх витрат на медичне обслуговування. Протягом усього часу NHS працював над досягненням цих цілей, ініціюючи та підтримуючи нові закони. Як результат, наступні акти законодавства мали значний вплив на покращення здоров'я нації в США.

Закон про поліпшення якості охорони здоров'я (Health Care Quality Improvement Act of 1986) (HCQIA), прийнятий ще у 1986 році, забезпечує імунітет медичним працівникам та установам під час проведення оцінок. Закон впровадили в дію частково через рішення Верховного Суду, що стосується зловживання процедурою експертного огляду лікаря. На сьогоднішній день HCQIA продовжує розвиватися, оскільки при судових процесах виникають посилення на даний акт, а судді виносять нові рішення, ґрунтуючись на ньому. Законодавці прийняли закон, щоб захистити медичних працівників від судових позовів, пов'язаних з експертними переглядами, та заохотити лікарів подавати офіційні скарги після того, як вони зіткнулися з непрофесійною та небезпечною поведінкою експертів [393].

Державна програма Medicare забезпечує страхове покриття майже 50 млн громадян США. У 1945 році президент Гаррі Трумен згуртував Конгрес для фінансування страхування усіх громадян США. Через двадцять років президенту Джону Ф. Кеннеді нарешті вдалося забезпечити страхове покриття для американських людей похилого віку. Сьогодні Бюджетне бюро Конгресу прогнозує, що програма є життєздатною в тому числі завдяки подальшому реформуванню та вдосконаленню державної політики в сфері витрат громадян на медичне обслуговування [393].

Законодавство президента Джонсона 1965 року також включало положення про страхування осіб з низьким рівнем доходу. Сьогодні державна програма Medicaid забезпечує страхове покриття витрат понад 70 млн американських громадян. У 2014 році програма відшкодувала лікарням майже 50

відсотків усіх медичних витрат. Medicaid охоплює громадян різних соціальних верств, таких, як незастраховані майбутні матері, тимчасово безробітні працівники та особи з інвалідністю. Нещодавно нове законодавство знизило рівень незабезпеченості в отриманні необхідного медичного обслуговування громадян країни до 9 %, що становить найвищий рівень страхового покриття в історії США [394].

Закон про звітність в сфері медичного страхування (HIPAA) почав свою дію у 1996 році. Даний закон захищає працюючих громадян США, дозволяючи їм «переносити» поліси медичного страхування з одного місця роботи на інше. Програма також дозволяє громадянам, що працюють, вибирати плани медичного страхування, отримувати компенсацію внаслідок, наприклад, втраченого покриття та коригування змін у сім'ї, таких, як шлюби, народження та усиновлення. HIPAA забороняє страховикам дискримінувати заявників полісу через проблеми зі здоров'ям. У деяких випадках, якщо страхова компанія відхиляє заявку працівника, особа може подати заявку на покриття поза звичайним терміном зарахування. Крім того, цей закон кореспондує із державними законами, які захищають права працівників на медичне страхування [393].

Закон про безпеку та поліпшення якості пацієнтів (PSQIA) від 2005 року захищає медичних працівників, які повідомляють про небезпечні умови. Закон про доступну допомогу (ACA) від 2010 року, ініційований Президентом Бараком Обамою, вимагає від більшості громадян США подавати заявки на покриття медичного страхування, стягуючи штраф із страхових компаній, що роблять винятки для кількох захищених груп, але, наприклад, не компенсують витрати на медичне обслуговування для всіх груп клієнтів. Відповідно до законодавства, підприємства, на яких працює понад 200 працівників, повинні надавати медичне страхування. Закон також встановив Американську біржу переваг для здоров'я, де громадяни можуть переглянути та порівняти страхові плани [392].

В Європейському Союзі цілі універсальної охорони здоров'я та доступу до лікування без фінансових бар'єрів були конкретизовані шляхом застосування принципу солідарності в національному масштабі [209].

Політика державного регулювання ринку медичних послуг ЄС зосереджена на захисті та поліпшенні стану здоров'я, наданні рівного доступу до сучасної та ефективної охорони здоров'я для всіх європейців, а також на координації будь-яких серйозних загроз для здоров'я, що стосуються більше ніж однієї країни ЄС. Забезпечення доступу до медичного обслуговування для всіх громадян ЄС відіграє важливу роль у зосередженні громадського здоров'я держав.

Два спеціалізовані відомства підтримують національні уряди з питань державного регулювання ринку медичних послуг та здійснюють моніторингову та регуляторну діяльність. Європейський центр профілактики та контролю захворювань (ECDC) оцінює та відстежує загрози, виникають, захворювання для координації реакцій. Тим часом Європейське агентство з лікарських засобів (EMA) здійснює наукову оцінку якості, безпеки та ефективності всіх лікарських засобів ЄС. Дані, зібрані обома агентствами, використовують національні регулятори (окремі організації або підрозділи МОЗ) для регулювання діяльності учасників ринку медичних послуг та створення умов для забезпечення якісними та вчасними медичними послугами населення держав ЄС [209].

У директивах та рекомендаціях, що стосуються ринку медичних послуг (в тому числі Рекомендація Ради Європи щодо безпеки пацієнтів та з інших питань, пов'язаних із охороною здоров'я; Рекомендації та Директиви Європейського Парламенту та Ради та інших), регламентується, що Європейський Союз (ЄС) несе відповідальність за забезпечення високого рівня здоров'я своїх громадян у всій своїй політиці та діяльності. Така діяльність спрямована на допомогу національним органам влади союзу держав, які відповідають за організацію та надання медичних послуг та медичної допомоги, координувати свої зусилля щодо охорони здоров'я населення.

Регуляторні органи ЄС з державного регулювання ринку медичних послуг, як визначено в документах, що регламентують їхню діяльність, мають [106]:

- впроваджувати вказівки, рекомендації та передовий досвід щодо безпеки пацієнтів;
- сприяти освіті та навчанню медичного персоналу щодо безпеки пацієнтів та надання доступних і якісних медичних послуг;
- заохочувати медичні організації просувати культуру доступної медицини серед пацієнтів;
- розробити заходи, що дозволяють звітувати медичним працівникам чи пацієнтам про звільнення від вин;
- заохочувати до участі та розширювати можливості пацієнтів, сімей та неформальних доглядачів;
- посилити заходи щодо запобігання і контролю захворювань та інфекцій;
- стимулювати підходи керівництва ЄС щодо участі пацієнтів та громадян (наприклад, інформація про права пацієнта, стандарти безпеки, процедури подання скарг та доступні компенсації);
- забезпечувати співробітництво в ЄС щодо безпеки пацієнтів та якості обслуговування та інших [106].

Згідно зі статтею 168 Договору про функціонування Європейського Союзу забезпечується високий рівень захисту здоров'я людини при визначенні та здійсненні політики та заходів Союзу; що дія Союзу, яка доповнює національну політику, має бути спрямована на поліпшення охорони здоров'я, Союз сприяє співпраці між державами-членами у сфері охорони здоров'я та, якщо необхідно, надає їм підтримку та повністю дотримується обов'язків держав-членів щодо організації та надання медичних послуг та медичного обслуговування [330].

Рекомендація 2009/С 151/01 та Директива 2011/24/ЄС Європейського Парламенту та Ради від 09 березня 2011 року щодо застосування прав пацієнтів у транскордонній системі охорони здоров'я вимагають, щоб пацієнти отримували медичну допомогу відповідно до стандартів та настанов щодо безпеки та якості і надають право на отримання інформації чітко та прозоро, що стосується заходів

безпеки та якості, які застосовуються, процедур подання скарг та механізмів страхового відшкодування [329].

Тепер розглянемо основі «правила», що регулюють ринок медичних послуг при функціонуванні різних моделей регулювання.

Спочатку розглянемо правила, які діють при базовій моделі – без участі посередника. На ринку є покупці (пацієнти) і громадяни та продавці (державні та приватні медичні заклади, що надають послуги). Продавець пропонує послугу за певною ціною, що склалась у визначений час при сформованій на цей час кон'юнктурі ринку. Споживач, який хоче придбати товар, має просто запропонувати потрібну суму грошей за послугу. Робиться обмін, і незабаром продавець отримує свій прибуток, а покупець покращує свій стан здоров'я внаслідок наданої йому медичної допомоги. Але зазвичай така модель працює в системі безкоштовної медицини, послуги надають державні медичні заклади. Тому в такому випадку покупцем послуг офіційно є держава, фактично – громадяни, які мають право на безоплатну медичну допомогу. Порядок та регулювання ціноутворення на даному ринку, контроль якості надання послуг, роботу зі скаргами, зверненнями населення здійснюють теж державні органи, найчастіше – відповідні підрозділи МОЗ. Тобто, самі правила регулювання на ринку встановлює держава, вона ж сама і перевіряє їх виконання.

З появою приватного медичного бізнесу ситуація змінюється. Постачальник (продавець медичних послуг) не оплачується безпосередньо пацієнтом (покупцем). Натомість пацієнт сплачує гроші провайдеру – страховику у вигляді або премії (якщо страховик – приватна компанія) або податків (якщо страховиком є уряд). Страховик використовує ці гроші для компенсації постачальнику, який у свою чергу надає медичні послуги пацієнту.

Важливість медичного страхування, незалежно від того, надається приватними компаніями чи урядом, вимагає, щоб ринок медичної допомоги працював інакше, ніж більшість інших ринків економіки. Угоди на ринку за участю посередника вимагають інших правил фінансування, доступу та оплати.

Перший набір правил визначає фінансування, тобто, хто і в якому розмірі платить за страхування.

Другий набір правил визначає доступ пацієнта до медичної допомоги. Як вже було зазначено, оскільки пацієнти, які страхуються, не оплачують граничну вартість кожної медичної послуги, яку вони споживають, існує можливість їх надмірного використання. Щоб пом'якшити цю проблему, страховик (уряд чи приватна фірма) може встановлювати певні правила обмеження доступу до отримання медичних послуг, звісно, коли це має сенс. Іншими словами, ці правила пропонують використання медичних послуг, виходячи з кошторисних витрат та вигід. Наприклад, пацієнт, який повинен проходити плановий огляд не частіше одного разу на рік, може мати доступ лише до обмеженої кількості лікарів, або йому може знадобитися направлення від лікаря загальної практики перед тим, як зустрітися з більш дорогим за вартістю обслуговування спеціалістом. Такі правила доступу необхідні, оскільки, коли люди звертаються до послуг страхування, щоб вибрати собівартість, ринкові ціни вже не дають їм правильних сигналів про те, як розподілити обмежені ресурси.

Третій набір правил визначає порядок виплат від страховиків постачальникам.

Ці правила встановлюють і те, за що і в якому розмірі платитиме страховик. Ціни на лікування впливають на те, які лікувальні засоби спрямовують пацієнтів.

Страховики можуть вважати деякі методи лікування занадто дорогими, занадто експериментальними або недостатньо цінними, щоб платити за них взагалі. У таких випадках провайдери часто не пропонують пацієнтам послуг. Однак іноді постачальники пропонують послуги лише в тому випадку, якщо пацієнт оплатить повну вартість лікування (як це часто буває при косметичних процедурах). У цьому випадку ринок медичних послуг повертається до більш типової базової моделі ринку.

Щодо імплементації урядом України позитивного досвіду зарубіжних країн, зокрема країн ЄС та США, виокремимо наступні вже реалізовані кроки.

Так, досить важливим кроком уряду у покращенні доступу населення до медичних закладів, для яких, власне, рівень доступності ліків, які вони використовують в процесі надання медичних послуг, є вкрай важливим, стало пом'якшення режиму реєстрації ліків. З початком медичної реформи існує тенденція до спрощення процесу реєстрації ліків вже затверджених за кордоном. Продукти, зареєстровані компетентними органами США, Швейцарії, Японії, Австралії, Канади та ЄС, мають можливість пройти спрощений процес реєстрації, усуваючи необхідність повної оцінки препарату українськими органами влади. Це свідчить про розвиток багатонаціональних фармацевтичних фірм, які бажають скористатися потенціалом росту на українському ринку лікарських засобів, це, як повідомляється, що суперечить Угоді про асоціацію між Україною та ЄС, за словами генерального директора компанії «Ліки для Європи», оскільки дозволяє виробникам ззовні отримати преференційний доступ ЄС на український ринок. Це вказує на розвиток українського фармацевтичного ринку, тому що, наприклад, в країнах ЦСЄ (Центральної та Східної Європи) такі оголошення зазвичай призводять до позитивних структурних змін.

До затвердження постанови Кабінету Міністрів України «Про державне регулювання цін на лікарські засоби», затвердженої в листопаді 2016 року, Україні бракувало комплексної системи контролю за цінами на ліки. Це суттєво вплинуло на здатність населення купувати ліки, зокрема це пов'язано із знеціненням гривні як валюти у 2014-2015 роках [205].

Використання в Україні референтного ціноутворення на ліки гарантуватиме, що її населення отримує вигоду від знижених цін, в тому числі це вплине на вартість медичних послуг. Хоча це може призвести до зниження цін на ліки, але стане значним плюсом для багатонаціональних приватних компаній медичного бізнесу через збільшення попиту, що сприятиме підвищенню доступності медичних послуг.

Варто зазначити, що досить тривале продовження тенденції старіння населення України викликає зменшення частки працездатних осіб в загальній структурі населення країни, кошти якої формують страхові фонди. При цьому,

громадяни, що старіють, потребують необхідного рівня пенсій та якісного лікування.

Отже, на основі проведеного аналізу та вивчення зарубіжного досвіду, встановлено, що необхідним для України в сучасних умовах є: зростання проникнення медичного страхування на ринку; активізації приватних компаній; перехід до глобального управління запасами на суміжних ринках (лікарські препарати, медичне обладнання), розблокування застосування технологій штучного інтелекту, великих даних та «хмарних» технологій; створення е-систем державного контролю та регулювання діяльності учасників медичного та суміжних з ним ринків тощо.

Висновки до розділу 1

Результати виконаного дослідження теоретичних засад державного регулювання ринку медичних послуг свідчать про наступне.

Наявність досить великої кількості наукових робіт з обраної тематики свідчить про її актуальність, але, в той же час, неповнота висвітлення впливу реформ в сфері державного регулювання функціонування ринку медичних послуг свідчить про недостатню увагу до цієї проблеми науковців, а також відсутність можливості у медичних закладів висвітлювати дану проблему у експертно-науковому середовищі. Систематизовано наукові підходи до розуміння змісту та структури державного регулювання ринку медичних послуг на: підхід до державного регулювання, в основу якого покладено основну мета регулювання – забезпечення здоров'я пацієнтів; підхід, що окреслює мету державного регулювання ринку медичних послуг для якісного надання цих послуг населенню; підхід до визначення державного регулювання ринку медичних послуг, що спрямований на висвітлення процесу регулювання як системи методів, інструментів, технологій регулювання тощо.

Державне регулювання ринку медичних послуг визначено як складну, багаторівневу систему державного впливу, що складається із суб'єктів впливу (органів влади), об'єктів впливу (установ, що надають медичні послуги населенню на ринку) та технологій впливу (нормативно-правового, організаційного, фінансового, інформаційного забезпечення; методів, інструментів впливу) задля ефективної діяльності організацій та установ, які є учасниками ринку та надають, регулюють або споживають медичні послуги при ринковій кон'юктурі з метою забезпечення надання якісних медичних послуг населенню, підвищення рівня та якості життя в державі.

Можна виділити наступні види медичних послуг: прості медичні послуги; комбіновані медичні послуги (де поєднуються різні види супутніх медичних послуг; комплексні медичні послуги (поєднання повністю різноманітних за видами послуг, які об'єднані в одну); прості медичні послуги, що поєднуються з

клінічними дослідженнями; прості медичні послуги, що поєднуються з елементами реабілітації та додаткового медичного супроводу.

Узагальнюючи вищезазначене можемо зробити наступні висновки:

1. На основі аналізу теоретико-методологічної бази предмета дослідження структуровано теоретичні підходи до формування понятійно-категоріального апарату державного регулювання ринку медичних послуг через розподіл дефініцій по відношенню до суб'єктів впливу (органів влади), об'єктів впливу (установ, що надають медичні послуги населенню на ринку) та технологій впливу (нормативно-правового, організаційного, фінансового, інформаційного забезпечення). Узагальнюючи викладені у наукових дослідженнях підходи надано авторське визначення поняття «ринок медичних послуг», яке пропонується трактувати як складну збалансовану систему, що складається із сукупності організацій та установ, що є учасниками ринку та надають, регулюють або споживають медичні послуги при ринковій кон'юнктурі, що склалась у певний момент часу, діяльність яких спрямована на якісне та доступне надання необхідних послуг з поліпшення стану і збереження здоров'я людей. При цьому «державне регулювання ринку медичних послуг» визначено як складну багаторівневу систему державного-управлінського впливу, що складається із суб'єктів, об'єктів та технологій впливу, спрямовану на забезпечення ефективної діяльності організацій та установ, які є учасниками ринку та надають, регулюють або споживають медичні послуги, задля надання якісних медичних послуг населенню, підвищення рівня та якості життя через комплексний механізм державного регулювання ринку медичних послуг. Установлено, що поняття «державне регулювання ринку медичних послуг» можна використовувати у вузькому та широкому значеннях.

2. Досліджено проблематику та систематизовано наукові підходи до розуміння змісту й структури державного регулювання ринку медичних послуг, в основу якої покладено безпосередньо медичну послугу, а саме – її якість та доступність кінцевому споживачу. Зокрема, виділено:

– підхід до державного регулювання ринку медичних послуг, в основу якого покладено кількісні показники охоплення населення медичними послугами (кількість проведених консультативних оглядів та наданих лікувальних послуг у відношенні до кількості населення);

– підхід до державного регулювання ринку медичних послуг, в основу якого покладено якісні показники надання медичних послуг населенню (відповідність наданої послуги міжнародним рекомендованим МОЗ протоколам, якісні показники здоров'я населення);

– комплексний підхід, що гармонійно поєднує умови доступності медичних послуг та відповідності їх якості заявленим міжнародним стандартам і ставить за мету забезпечення ефективного медичного обслуговування, поліпшення здоров'я населення і якості життя, що реалізується через комплексне застосування системи методів, принципів і інструментів державного управління.

3. Ретроспективний аналіз трансформації принципів державного регулювання ринку медичних послуг в Україні відповідно до визначених у науковому дослідженні теоретичних підходів дозволив дійти висновку, що радянська система охорони здоров'я розвивалася шляхом кількісної реалізації медичних гарантій. Із набуттям незалежності державне регулювання ринку медичних послуг демонструє тенденцію до запровадження якісного підходу. Однак у сучасних умовах з урахуванням суспільних викликів критичною є необхідність комплексного підходу до державного регулювання на засадах синергії якості та кількості. Доведено, що для впровадження в Україні такого підходу пріоритетними є наступні принципи державного регулювання ринку медичних послуг: законності (регулювання на основі нормативно-правового забезпечення); прозорості (регуляторна діяльність повинна бути прозорою та зрозумілою для всіх учасників ринку); системності (організований, підпорядкований та системний характер управління); оптимальності (діяльність повинна бути спрямована на оптимізацію ринку та забезпечення рівних умов «здорової» конкуренції для всіх учасників); прогнозованості (транспарентності);

соціальної відповідальності (результат регуляторного впливу має бути орієнтованим на населення); ефективності (регуляторна діяльність має задовольняти інтереси всіх учасників ринку).

4. Проаналізовано принципи державного регулювання ринку медичних послуг в країнах із розвинутою економікою. З'ясовано, що здебільшого в таких країнах пріоритетним є якісний підхід, який передбачає високий рівень медичної допомоги при певному кількісному дефіциті послуг. Здійснено класифікацію моделей державного регулювання ринку медичних послуг різних країн шляхом їх розподілу на: лібералізовану (США, Австралія, Канада, Японія); англійську (Великобританія, Ірландія); перерозподільчу (Німеччина, Польща, Франція); південноєвропейську (Італія, Іспанія, Греція); західноєвропейську (Швеція, Швейцарія, Данія, Норвегія, Фінляндія, Нідерланди); латиноамериканську моделі. На основі SWOT-аналізу доведено, що для України, з урахуванням економічної та соціокультурної специфіки, доцільними для імплементації є: розвиток медичного страхування; активізація приватних компаній; перехід до глобального управління запасами на суміжних ринках (лікарські препарати, медичне обладнання); застосування технологій штучного інтелекту, великих даних та «хмарних» сервісів; створення е-систем державного контролю та регулювання діяльності учасників медичного та суміжних ринків.

Точками росту для подальших досліджень може бути розуміння, що досвід кожної країни в державному регулюванні ринку медичних послуг є індивідуальним, але в індустріальних країнах є відмінним від країн з перехідною економікою. А також налагодженість системи охорони здоров'я, в якій функціонує ринок, залежить від тривалості її функціонування.

Активізувати ринок медичних послуг має стимулювання надання якісних медичних послуг різними учасниками ринку та стимулювання на ринку конкуренції між різними учасниками ринку; забезпечення якісного реформування системи надання медичних послуг; адаптація системи медичних послуг до військових дій та її зміна у післявоєнний період.

Основні результати дослідження цього розділу опубліковані в монографії [33], фахових виданнях [8, 11, 22, 26, 34], наукових зарубіжних виданнях [308], апробовані на конференціях [9,10], також опубліковані в інших виданнях [12].

РОЗДІЛ 2

МЕТОДОЛОГІЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УМОВАХ СУЧАСНИХ ВИКЛИКІВ

2.1. Комплексний механізм державного регулювання ринку медичних послуг в Україні

Однією з головних умов, що забезпечують ефективне функціонування ринку медичних послуг, а також сфери охорони здоров'я загалом, є розробка дієвого комплексного механізму державного регулювання ринку медичних послуг в Україні.

Загалом під поняттям «механізм державного регулювання» більшість науковців, що вивчають та аналізують даний напрямок, розуміють як сукупність нормативно-правових, організаційних, економічних методів та інструментів, за посередництвом яких державна влада виконує необхідні функції для забезпечення виконання поставлених цілей та завдань» [51; 76; 84; 97; 140].

Зі свого боку механізм державного регулювання ринку медичних послуг є складовою загального механізму системи сфери охорони здоров'я, що регулює національну економіку загалом.

Так, Пашков В. у ряді робіт, присвячених державному регулюванню діяльності сфери охорони здоров'я, зазначає, що чинне українське законодавство не містить цілісного комплексного механізму державного регулювання ринкових економічних відносин, тільки окрему сукупність нормативно-правових механізмів, що регламентують застосування державою певних регуляторних засобів, у тому числі мова йде про ліцензування, методичку, в якій описано порядок регулювання тарифо- та ціноутворення на медичні послуги, встановлення спеціальних режимів щодо здійснення господарської діяльності в даній сфері та інших. Проте потрібно звернути увагу на те, що на сьогодні детально не вивчено проблему співвідношення регуляторних функцій ліцензування та сертифікації медичних послуг та лікарських препаратів (які є одним з елементів ресурсного забезпечення процесу надання медичних послуг).

Керуючись даним висновком, припустимо, що основою державної політики в сфері розвитку та реформування національного ринку медичних послуг має стати створення перспективного законодавства та вдосконалення нормативно-правового забезпечення в даному напрямку [176; 177, с. 3-4].

Гладун З.С., Гавриченко Д. і Литовченко В. вказують на те, що механізм державного регулювання в сфері медичного обслуговування має передбачати встановлення загальних правил, граничних меж впливу держави та її органів на діяльність органів і закладів охорони здоров'я, затвердження процедури та порядку здійснення медичної діяльності, зокрема надання медичної допомоги, встановлення меж відповідальності за дотримання даних правил. За базу повинна бути обрана легітимно визначена стратегія розвитку системи медичного обслуговування в державі, розроблені працюючі медичні стандарти, механізм обов'язкового їх виконання, державний контроль та система адміністративно-правового примусу [54, с. 74; 50, с. 126].

Краснова О.І. та Плужнікова Т.В. звертають увагу на те, що в основі механізму державно-правового регулювання відносин у всіх сферах, що стосуються охорони здоров'я, процес регулювання має здійснюватися через нормативно-правові акти, державний бюджет, контроль, податкову систему, стандарти, митні тарифи тощо. Для цього держава має вірно сформувати державну податкову, бюджетну, кредитну, інвестиційну, валютно-фінансову, митну, науково-технічну політику, а також визначити головні пріоритети розвитку національної системи медицини [117].

Кларк Д. у звіті ОЕСР «Law, regulation and strategizing for health» визначає механізм державного регулювання медичних послуг як сукупність встановлених стандартів та вимог до надання медичної допомоги та інших послуг, використання санкцій, стимулів, системи важелів для реалізації цілей державної політики в сфері забезпечення споживачів (населення) якісними та доступними медичними послугами [323].

Кривуша С., Сизоненко О. стверджують, що регулювання діяльності учасників на ринку медичних послуг відіграє важливу роль у сфері охорони

здоров'я та страховій системі. Різні регуляторні органи захищають громадськість від низки ризиків, що загрожують здоров'ю людей та реалізують численні програми з охорони здоров'я та добробуту населення. Разом регуляторні установи захищають і регулюють галузі та підгалузі системи охорони здоров'я на всіх рівнях [118; 257].

Підсумовуючи теоретичні здобутки науковців, викладені вище, вважаємо, що в рамках дисертаційної роботи під комплексним механізмом державного регулювання ринку медичних послуг слід розуміти сукупність регулюючих важелів, принципів, функцій, мети, методів та методик організаційного, адміністративного, мотиваційного, економічного та нормативно-правового характеру, що реалізуються державною владою за посередництвом набору спеціальних інструментів та спрямовані на забезпечення ефективного й динамічного розвитку ринку медичних послуг. Ключовими елементами механізму державного регулювання ринку медичних послуг є: об'єктно-суб'єктна складова, головна мета його функціонування, важелі, принципи, функції, а також інструменти його реалізації.

Так, до об'єктів державного регулювання ринку медичних послуг належать учасники ринку – медичні установи державної та приватної форми власності (в тому числі лікарні, клініки, інші медичні заклади та організації, що надають медичні послуги), посередники – страхові організації, опосередковано - пов'язані учасники – фармацевтичні та дилерські компанії, що постачають лікарські препарати та обладнання для здійснення своєї діяльності медичних установ, а також всі інші організації, що здійснюють свою діяльність на даному ринку.

До суб'єктів державного регулювання ринку медичних послуг слід віднести законодавчі, відомчі, виконавчі, судові центральні та місцеві органи державної влади, а також всі інші громадські й політичні спільноти та об'єднання, які здійснюють регулюючу діяльність на ринку медичних послуг.

Головною метою механізму державного регулювання ринку медичних послуг є забезпечення доступного та якісного надання медичних послуг населенню на ринку, на якому діють принципи добросесної та вільної конкуренції.

Для того, щоб досягнути мету державного регулювання ринку медичних послуг необхідно визначити цілі регулювання та план заходів для досягнення конкретних цілей, включаючи заходи з реалізації, забезпечити виконання заходів та досягнення цілей, здійснювати постійний моніторинг та коригування оперативних завдань та моніторинг виконання цілей.

До тактичних цілей, що деталізують головну мету реалізації державного механізму регулювання медичних послуг та послідовно реалізуються протягом коротко- та середньострокових періодів часу, віднесемо [54; 88; 97]:

- реалізацію основоположних принципів державної політики в сфері регулювання діяльності ринку, а також системи охорони здоров'я загалом, головних рішень та завдань державному рівні [54; 88; 97];

- реалізацію стратегічних рішень щодо ресурсного забезпечення суб'єктів ринку, в тому числі з питань, що стосуються інфраструктури, тобто тих, що охоплюють кадри (підготовка, перевірка та ліцензування), велике капітальне будівництво, придбання медичного устаткування й діяльність у сфері досліджень та розвитку [54; 88; 97];

- виконання заходів з регулювання, які стосуються безпеки споживання медичних послуг для населення, захисту громадських інтересів. Під контролем МОЗ мають перебувати питання регулювання, що стосуються використання нових лікарських препаратів та методів лікування, а також акредитації закладів-постачальників медичних послуг [54; 88; 97];

- моніторинг, оцінка та аналіз як стану здоров'я населення, так і роботи медичних закладів державної та приватної форми власності, а також інших суб'єктів, що здійснюють підприємницьку діяльність з надання медичних послуг [54; 88; 97].

Зазначимо, що державна політика в сфері регулювання ринку медичних послуг тісно пов'язана з головними цінностями, які можуть вплинути на цілу низку аспектів суспільного життя. Тому питання стратегічного характеру повинні регулюватися за допомогою процедур, що має визначати державна політика в цій сфері.

До головних важелів, що регулюють ринок медичних послуг, можна віднести затвердження цільових програм регулювання ринку, розробка та впровадження нормативів і стандартів, розробка та впровадження ставок оподаткування відносно надання медичних послуг та реалізації лікарських препаратів, розробка та встановлення нормативів якості надання медичних послуг, встановлення вимог до підготовки медичних працівників, їх підвищення кваліфікації та підвищення кваліфікаційного рівня, встановлення нормативів до будівель та споруд медичних закладів, бюджетне фінансування та державні дотації на певні види медичних послуг.

Державне регулювання ринку медичних послуг здійснює система взаємопов'язаних між собою суб'єктів управління на центральному, регіональному та місцевому рівнях з різними повноваженнями та відповідальністю, які здійснюють опосередкований регулюючий вплив через систему методів та інструментів на діяльність суб'єктів ринку медичних послуг та регулювання надання різних типів медичних послуг якісно та без обмежень усім верствам населення, що потребують медичної допомоги, забезпечення лікарськими препаратами та необхідним сучасним обладнанням закладів охорони здоров'я. При цьому, окрім суб'єктів регулювання на ринку існують суб'єкти впливу, які не мають регулюючих функцій, проте мають функції впливу.

В Україні створено окремий регуляторний орган у сфері регулювання ринку медичних послуг – НСЗУ, проте нераціональність процесів розподілу сфер відповідальності, зокрема відсутність чітких законодавчих розмежувань між органами центральної влади (МОЗ та НСЗУ) визначають деякі пробіли у забезпеченні ефективності регулятивних механізмів розвитку медичного ринку,

особливо в сфері розподілу, освоєння та контролю за надходженням коштів бюджетів різних рівнів та створенням умов для інвестиційного фінансування із приватного сектору.

НСЗУ, МОЗ та департаменти (управління) у його складі, що спеціалізуються на контролі якості надання медичних послуг – Директорат медичних послуг, Департамент контролю якості надання медичної допомоги, та інших займаються розробкою інструментарію для регулювання діяльності в системі охорони здоров'я.

Серед головних завдань державного регулювання ринку медичних послуг, які, в свою чергу, віднесемо до складових механізму, виокремимо наступні [102, с. 55]: визначення потреб населення у медичних послугах; забезпечення рівного доступу до якісних медичних послуг різних верств населення у необхідний час та в потрібному обсязі, зокрема забезпечення отримання населенням гарантованої державою безкоштовної допомоги; постійний моніторинг ринку з метою його безперервного вдосконалення; контроль над ціноутворенням на ринку – за потреби встановлення нижньої та верхньої граничних меж на послуги; складання методик та рекомендацій з розрахунку цін на послуги для державних та приватних медичних установ; контроль якості надання послуг на основі аналізу зворотного зв'язку від пацієнтів, статистичних даних, розгляду скарг та звернень, планових та позапланових перевірок, атестацій тощо; планування роботи медичних закладів, зокрема державної форми власності; забезпечення збору та аналізу необхідної інформації для ресурсного планування; надання послуг із профілактики та діагностики хвороб; технологічне оновлення, модернізація роботи учасників ринку; впровадження новітніх технологій; опосередковане регулювання діяльності учасників пов'язаних ринків, наприклад, контроль якості ліків, що використовуються в процесі надання медичних послуг, встановлення обмежень чи заборона нелегітимних препаратів; контроль кваліфікації та заходи з підвищення кваліфікації кадрів, що працюють у сфері надання медичних послуг.

Загалом до основних заходів із регулювання ціноутворення на ринку медичних послуг можна віднести: встановлення граничного діапазону цін (верхня та нижня межа) державними регуляторними органами; заходи, які вживаються органами державної влади, що спрямовані на розвиток конкуренції на ринку; антимонопольне законодавство та нагляд; податкова політика та інших. Відносини, які виникають у результаті взаємодії між суб'єктами ринку медичних послуг, що стосуються процесів встановлення та регулювання цін на послуги державними регуляторними органами, схематично зображені та систематизовані на рисунку 2.1.

Як бачимо, важливу роль у даних процесах виконує держава, зокрема в формуванні відносин між державними медичними закладами, а також національними та іноземними приватними підприємницькими організаціями та зовнішньоекономічній діяльності даних організацій. Органи державної влади при здійсненні державного регулювання ринку медичних послуг повинні дотримуватись таких принципів: законність, системність, обґрунтованість, прозорість, оптимальність, ефективність, прогнозованість, пріоритетність, соціальна відповідальність [109 с. 57; 110, с. 35].

Далі розглянемо основні функції механізму державного регулювання ринку медичних послуг. Зокрема, це: планування та прогнозування роботи медичних установ та інших організацій, що надають медичні послуги; допомога в організації роботи ринку; встановлення пріоритетів у роботі учасників ринку; фінансування діяльності з надання медичних послуг (зокрема мова йде про державний сектор у класичній моделі регулювання ринку, а також діяльності посередників – страхових організацій у випадку, коли держава виступає гарантом для застрахованих пацієнтів); допомога в організації діяльності учасників ринку; цілісність та комплексність роботи системи; нагляд та контроль; забезпечення виконання та розуміння повноважень, встановлених для державних органів та інституцій для здійснення діяльності з регулювання ринку медичних послуг тощо.



Рис. 2.1. Основні заходи державних регуляторних органів у сфері регулювання ціноутворення та пов'язаних із цим відносин між суб'єктами ринку медичних послуг. Джерело: розроблено автором.

Серед методів державного регулювання ринку медичних послуг, які пропонується включити до складу моделі механізму державного регулювання ринку медичних послуг (запропонованого в роботі) виокремимо наступні: загальнонаукові - аналізу та синтезу – для вивчення змін, реформ та інших подій на ринку медичних послуг з метою реалізації завдання постійного вдосконалення роботи ринку; систематизації, консолідації та групування – для виокремлення інструментарію державного регулювання ринку медичних послуг.

Під методами державного регулювання ринку медичних послуг розуміємо способи впливу держави на компанії та організації, що займаються діяльністю з надання медичних послуг; загальну інфраструктуру ринку, з метою контролю та регулювання ефективного функціонування даних систем згідно з напрямками державної політики у сфері охорони здоров'я. Зі свого боку вся сукупність методів ґрунтується на основі використання відповідних інструментів державного регулювання ринку. Окрім розподілення методів на спеціальні та загальні, їх також можна класифікувати за такими ознаками, як форми та засоби впливу. Так, в залежності від засобів впливу зазвичай розрізняють методи адміністративного та економічного характеру.

Під адміністративними методами слід розуміти способи та прийоми організаційно-розпорядчої дії, що ґрунтуються на силі державної влади, реалізуються з метою організації та координації дій учасників ринку та інших об'єктів, на які спрямована регуляторна дія держави, та включають в себе такі інструменти реалізації, як обмеження, заборона, дозвіл та примус [113].

Економічні методи являють собою систему засобів та інструментів державного впливу, за допомогою яких на ринку створюються необхідні умови для розвитку підприємницької діяльності, та які направлені на розвиток ринково-економічних відносин у необхідному для держави напрямку [111, с. 163].

Економічні методи регулювання ринку медичних послуг передбачає використання прогнозування (моделювання) стану здоров'я населення та рівня захворюваності у населення, потреб та ринкового попиту на медичні товари й послуги, цінової кон'юнктури, науково-технічних досягнень у сфері засобів та методів лікування, ресурсне забезпечення, а також рівня та ступеню реалізації запланованих державних проєктів і програм, спрямованих на вдосконалення системи медичного обслуговування і вдосконалення роботи окремих елементів ринку [110], див. табл. 2.1.

Таблиця 2.1.

Результати аналізу реалізації державних програм та проєктів з підготовки регуляторних актів в сфері охорони здоров'я
щодо вдосконалення системи надання медичних послуг у 2022 році

№	Вид та назва регуляторного акта	Обґрунтування необхідності прийняття регуляторного акта	Орган регулювання	Статус
1.	Постанова Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до переліку лікарських засобів, медичних виробів та допоміжних засобів до них, що закупаються на виконання відповідних угод (договорів), укладених особою, уповноваженою на здійснення закупівель у сфері охорони здоров'я для виконання програм та здійснення централізованих заходів з охорони здоров'я»	Регулювання процесів закупівлі медичних препаратів та регламентування ринку медичних препаратів під час дії воєнного стану	КМУ	Чинна, від 7 вересня 2022 р. № 995
2.	Розпорядження КМУ «Про внесення змін до переліку опорних закладів охорони здоров'я у госпітальних округах на період до 2023 року»	Рационалізація мережі опорних закладів у зв'язку із введенням воєнного стану та руйнуваннями соціальної інфраструктури внаслідок військових дій	КМУ	Чинне, від 7 вересня 2022 р. № 789-р
3.	Наказ Міністерства охорони здоров'я «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 04 серпня	Регламентує регуляторні процеси на ринку надання медичних послуг в нових реаліях та викликах	МОЗ	Чинний, 24.08.2022 № 1526

	2022 року № 1392 «Порядку проведення сертифікації підприємств, які здійснюють оптову реалізацію (дистрибуцію) лікарських засобів»			
4.	Розпорядження КМУ «Про перерозподіл деяких видатків державного бюджету, передбачених Міністерству охорони здоров'я на 2022 рік»	Рационалізація процесів фінансування медичної системи із бюджетів різних рівнів в умовах дефіциту державного бюджету у зв'язку із введенням воєнного стану та повномасштабною військовою агресією	КМУ	Чинний, від 8 листопада 2022 р. № 1000-р

Джерело: систематизовано автором за результатами аналізу реалізації підготовки регуляторних актів у 2022 році [191].

Взагалі, державне програмування та проектування являє собою вищу форму державного регулювання. Так, використання програмно-цільового методу в охороні здоров'я, здійснення проєктів, програм у сфері підтримки та розвитку ринку медичних послуг, недержавне підприємницьке бізнес-планування закупівель необхідних ліків та медичного обладнання за кордоном, початок роботи нових суб'єктів системи охорони здоров'я сприяють реалізації визначених завдань та цілей механізму державного регулювання медичних послуг [89, с. 113].

У таблиці 2.1 подано результати аналізу реалізації ключових регуляторних документів в сфері вдосконалення медичного обслуговування в Україні за останні декілька років. Такий спосіб розмежування методів державного регулювання ринку медичних послуг носить дещо умовний характер. Це пояснюється тим, що будь-який економічний регулятор має в своїй структурі елемент адміністрування, а також адміністративно-правові й організаційні методи – економічну складову [191]. За формами впливу методи державного регулювання ринку медичних послуг можна розподілити на дві групи - методи прямого та непрямого впливу. Так, методи прямої форми впливу безпосередньо діють на суб'єкти ринку за допомогою адміністративно-правових та економічних інструментів прямого регуляторного впливу. Водночас до методів непрямого регулювання слід віднести сукупність методів, що опосередковано регламентують поведінку суб'єктів ринку, зокрема керуючись інструментами створення сприятливого економічного середовища, що буде змушувати їх діяти в потрібних державі напрямках.

Ефективним інструментом опосередкованого (непрямого) регулювання може бути мотивація, за допомогою якої регуляторні державні органи можуть реалізувати певні рішення, не користуючись примусовими інструментами.

У даному контексті мотивацію слід розуміти як певний процес спонукання суб'єктів ринку медичних послуг до діяльності в знову ж таки потрібних державі напрямах та пріоритетах.

Серед інструментів державного регулювання ринку медичних послуг слід виділити наступні [73, с. 108]:

- ліцензування діяльності закладів, установ та інших організацій, що надають медичні послуги;
- акредитація та реєстрація закладів охорони здоров'я, що займаються наданням медичного обслуговування;
- стандартизація якості медичних послуг.;
- фінансування діяльності закладів охорони здоров'я, що надають медичні послуги;
- повне або часткове звільнення від оподаткування окремих організацій державної форми власності, інші податкові пільги, в тому числі що стосуються сплати земельного податку, ПДВ та інших;
- можливе повне або часткове включення або виключення зі складу витрат ліцензованого платника податків, що надає медичні послуги, вартості товарів та послуг, які пов'язані з даною діяльністю в індивідуальних випадках;
- додання до податкової знижки з ПДФО сукупної вартості товарів і послуг, пов'язаних з діяльністю надання медичних послуг.

Більш детально дані інструменти розглянемо у пункті 2.2. дисертаційної роботи. Зазначимо, що комплексний механізм державного регулювання ринку медичних послуг, зі свого боку, складається з декількох механізмів, що є ключовими елементами його структури та забезпечують виконання основних завдань, цілей та функцій. Зокрема, це нормативно-правовий механізм, основними формами реалізації впливу якого є постанови, накази, розпорядження та інші нормативно-правові акти (нові або розроблені з метою внесення певних змін до діючих документів), що визначають та регламентують їх діяльність. Тобто, даний механізм долучає до своєї структури законодавчі акти регуляторного характеру; нормативно-правове забезпечення в сфері регулювання ринку медичних послуг, зокрема закони, постанови та розпорядження Верховної Ради та Кабінету Міністрів України, укази та розпорядження Президента України, нормативні акти МОЗ, а також інших

органів центральної та місцевої виконавчої влади, органів місцевого самоврядування. Механізм має містити [288, с. 85]: систему регуляторних нормативно-правових актів, що є правовою основою функціонування медичних закладів, клінік та інших суб'єктів підприємницької діяльності в сфері надання медичних послуг, які є одночасно об'єктами регулювання на ринку; комплексну систему забезпечення роботи учасників ринку та всіх інфраструктурних елементів системи надання медичного обслуговування в цілому; організаційно-правові способи регулювання діяльності учасників ринку; принципи, важелі, функції, об'єктно-суб'єктну складову; теоретико-методологічний інструментарій, що складається з основних методів, методик та інструментів управління та регулювання діяльності з надання медичних послуг.

Підсумовуючи описані вище структурні елементи механізму державного регулювання медичних послуг, зобразимо модель комплексного механізму державного регулювання ринку медичних послуг (рисунок 2.2.). Комплексний механізм державного регулювання ринку медичних послуг визначається через завдання, цілі, функції, важелі та методи такого регулювання. Ключовими елементами механізму державного регулювання ринку медичних послуг є: об'єктно-суб'єктна складова, принципи, функції, методи, важелі, а також інструменти його реалізації. Модель комплексного механізму державного регулювання ринку медичних послуг включає: нормативно-правовий, інституційний, організаційно-адміністративний, економічний, фінансовий, ресурсний, інформаційно-комунікаційний підмеханізми та описує структуру, взаємозв'язки та систему відносин між елементами структури та учасниками ринку, що підпадають під регуляторний вплив держави. На відміну від існуючих у даній моделі серед учасників ринку медичних послуг, які в той же час є суб'єктами регулювання, виокремлено окрему групу посередників – страхові організації (рисунок 2.3.).

Нормативно-правовий механізм державного регулювання ринку медичних послуг містить увесь масив законодавства щодо регулювання ринку від Конституції України, законів України, постанов Кабінету Міністрів України,

наказів МОЗ, спеціальних стратегій та програм. Законодавчий механізм регулювання може стосуватись регулювання усіх секторів та напрямків і видів медичних послуг.

Інституційний механізм державного регулювання ринку медичних послуг включає регулювання держави, громадське регулювання, суспільне регулювання (вплив) а також правовий інститут регулювання. Залучення до інституційного механізму громадської та політичної складових створює умови задля ефективного впливу поза регулюванням на ринок медичних послуг. Створення умов взаємодії різних інститутів для реалізації цілей регулювання.

Організаційно-адміністративний механізм державного регулювання ринку медичних послуг включає структуризацію та розподіл повноважень між органами влади різних рівнів у впровадженні регулівної діяльності а також розробка та реалізація ними управлінських рішень (правила та нормативи), взаємодія між органами влади відносно реалізації функцій регулювання, здійснення оптимізація та реструктуризація діяльності медичних установ державної та комунальної власності.

Економічний та фінансовий механізм державного регулювання ринку медичних послуг включає економіко-фінансові методи та важелі регулювання та може здійснюватись прямим державним фінансуванням та датуванням, субсидуванням та фінансовим регулюванням через ставки оподаткування та об'єкти оподаткування, їх зміни залежно від цілей регулювання в конкретних часових умовах.

Ресурсний, механізм державного регулювання ринку медичних послуг стосується параметрів та умов технічного, технологічного забезпечення функціонування ринку медичних послуг, створення умов для впровадження інновацій та забезпечення технічного оновлення, матеріально-технічне забезпечення, кадрове забезпечення.

Інформаційно-комунікаційний механізм державного регулювання ринку медичних послуг забезпечується інформаційним регулюванням, пропагандиські, соціальні інформаційні кампанії щодо регулювання ринку.



Рис. 2.2. Комплексний механізм державного регулювання ринку медичних

послуг. Джерело: розроблено автором.

До елементів внутрішньої будови (структури) комплексного механізму можна віднести: основні завдання та функції даного механізму та його підмеханізмів, методика реалізації (сукупність методів), цілі, важелі та інструменти, принципи реалізації даного регулювання та функціонування механізму в цілому.

До системи інститутів, які здійснюють прямий та опосередкований вплив на розвиток ринку медичних послуг належать: посередницький інститут страхової медицини, інститут державної медицини, регуляторний інститут, приватна практика, суспільно-громадський інститут (населення).

До основних важелів, що регулюють ринок медичних послуг, можна віднести податкове законодавство, нормативи та стандарти, ліцензії, принципи регуляції підприємницької діяльності, технології та стандарти надання медичних послуг, програми підтримки окремих медичних закладів щодо нових технологій та закупівлі препаратів, встановлення стандартів приміщень медичних закладів, технології надання медичних послуг, професійно-кваліфікаційного рівня медичних працівників та мотивації їх діяльності. Відзначено відсутність окремої регуляторної організації на ринку медичних послуг, зокрема встановлено функціонування двох центральних органів виконавчої влади: орган, що реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я (Міністерство охорони здоров'я України) та орган, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення (Національна служба здоров'я України).

Як бачимо, модель комплексного механізму описує структуру, взаємозв'язки та систему відносин між елементами структури та учасниками ринку, що підпадають під регуляторний вплив держави. На відміну від існуючих в даній моделі серед учасників ринку медичних послуг, які в той же час є суб'єктами регулювання, виокремлено окрему групу посередників – страхові організації та сформовано в окремий інститут, що входить до складу національного інституту охорони здоров'я. Враховуючи недосконалість та слабкий розвиток страхового інституту, українському ринку потрібна

концентрація регуляторної уваги на даний сегмент з метою захисту клієнтів страхових компаній – населення України (з одного боку), а з іншого – заходи з впровадження та створення інфраструктурної бази для функціонування страхового бізнесу як повноцінного елемента в національній системі охорони здоров'я.

Зупинимось окремо на аналізі ступеню розвитку страхового інституту в аспекті регулювання діяльності страхових організацій на національному ринку як відносно нового елемента, що потребує осмислення місця та ролі в структурі комплексного механізму державного регулювання ринку медичних послуг.

Так, зростання чисельності населення в світовому вимірі останнім часом викликає зростання напруження державних ресурсів для задоволення потреб населення в охороні здоров'я. Як свідчить світова практика розвинутих країн світу, багато урядів звернулися до програм медичного страхування, щоб полегшити тиск на державні бюджети [384, с. 1508].

В Україні станом на сьогодні держава не часто виступає гарантом покриття витрат на страхування людей, переважно цим займається підприємства приватного сектору, страхуючи здоров'я своїх працівників. Водночас навпаки, в більш розвинутих країнах світу, де домінує страхова модель медицини – медичне страхування може надавати держава, особливо для соціально незахищених верств населення. Як свідчить практика західних країн, це позитивно впливає на процес державного регулювання ринку медичних послуг, бо страховий сектор досить непросто регулювати. Проте введення страхового інституту більшість розвинутих країн відносить до позитивних змін та вважає засобом усунення труднощів, пов'язаних виключно з державним фінансуванням національної медицини та наданням безкоштовної державної медичної допомоги. Так, за результатами аналізу ряду звітів міжнародних організацій, що вивчають глобальний ринок медицини, головною метою лібералізації ринку медичного страхування стало поліпшення доступу до медичної допомоги та зменшення при цьому прямого державного фінансування при наданні медичної допомоги [123, с. 20]. Зокрема, важливим фактором розвитку страхової

медицини стає в умовах післявоєнної відбудови, що допоможе підтримати медичну систему, вивести її на якісно новий рівень фінансування та попередити кризу медичної системи через наслідки військової агресії.

Проте враховуючи дані позитивні факти, як свідчить та ж сама світова практика, занадто сильна лібералізація страхового ринку у загальній системі надання медичних послуг призводить до значних складнощів в регулюванні їхньої діяльності. Переважно це пояснюється тим, що медична система, що фінансується страховим шляхом, означає відмову від нерегульованого вільного ринку медичної допомоги. Страхова модель ринку створює ринок, який керується трьома сторонами (страховий сектор, держава та суб'єкт господарювання, наприклад, підприємство, що наймає та страхує працівника). Так, за цією моделлю пацієнти віддають свою купівельну спроможність суб'єкту господарювання, інтереси якого не завжди узгоджуються з їхніми власними. Зі свого боку страхові компанії мають певні власні потреби та інтереси, які ніколи не узгоджуватимуть прямо зі своїми клієнтами. Так, наприклад, пацієнту може бути досить важко відстояти власні потреби в конфлікті зі страховою компанією, коли він може серйозно захворіти, бо він перебуває у підпорядкуванні суб'єкта господарювання, у якого може виникнути конфлікт інтересів працівника з його власними.

Щодо української практики, статистика свідчить, що ринок добровільного медичного страхування (далі - ДМС) нарощує оберти, але українська система медичних послуг та й самі українці ще не пристосувались до розуміння необхідності та культури медичного страхування. Поліси ДМС досі залишаються інструментом соціальної відповідальності для корпоративних клієнтів або ж сервісом для заможних верств населення.

Розглянемо більш детально ринок ДМС як структурний елемент та об'єкт механізму державного регулювання ринку медичних послуг, на який в тому числі має бути спрямований регуляторний вплив держави.

Тривалий час збільшення обсягу валових премій пояснювалось здебільшого підвищенням вартості полісів ДМС. Це був об'єктивний процес,

адже дорожчали послуги медичних закладів та медикаменти, що призводило до збільшення виплат за страховими випадками, а зрештою, і ціни полісів. Однак варто зазначити, що минулого року ринок зафіксував збільшення кількості укладених договорів страхування здоров'я на випадок хвороби на 125,2 тис. одиниць. Станом на кінець 2021 року в Україні поліси медичного страхування мали 4,147 млн осіб.

На рисунку нижче наведені результати аналізу динаміки основних показників ринку медичного страхування за 2020-2021 роки (рисунк 2.3.).

Як бачимо, темпи приросту страхових премій в розрізі медичного страхування в 2021 році зросли у порівнянні з минулим 2020 роком на 27 %, страхові виплати – на 27,9 %. Водночас, що стосується страхування медичних витрат, темп приросту страхових премій зріс до 35,2%, страхових виплат – на 15,1 % відповідно.

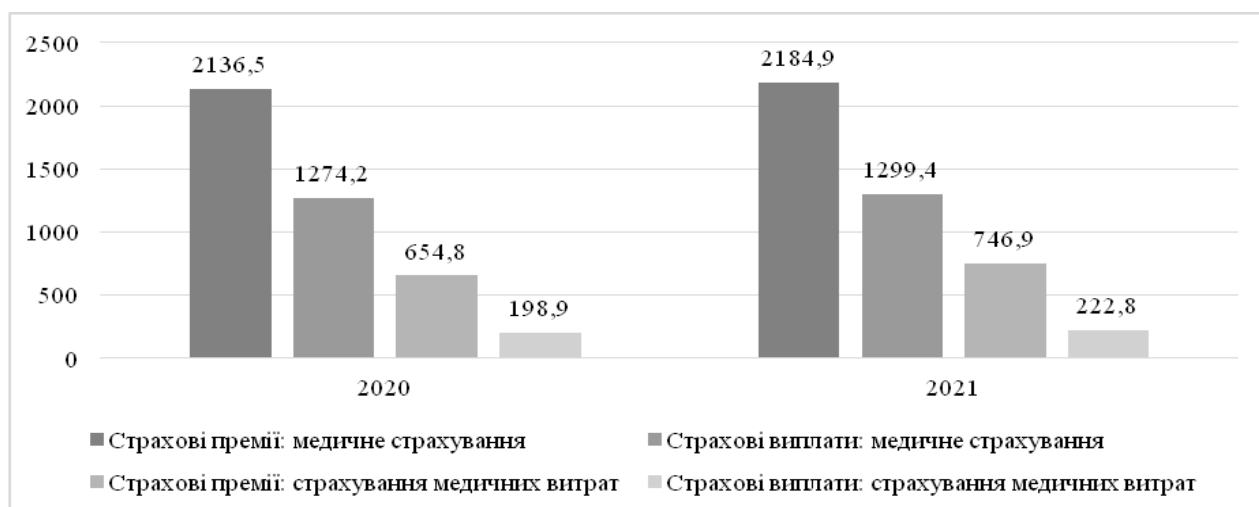


Рис. 2.3. Показники ринку медичного страхування в Україні, 2020-2021 рр.
Джерело: систематизовано автором на підставі даних Фонду соціального страхування (ФСС) [285].

Керуючись даними МОЗ, зазначимо, що серед інших важливих трендів ринку медичного страхування варто виділити постійне зростання вартості медикаментів та медичних послуг. При цьому спостерігається підвищення споживчої активності клієнтів, що навчилися максимально використовувати

пакети медичного страхування та збільшили частоту їх використання. Все це призводить до зростання обсягів страхових виплат і змушує страхові компанії підвищувати вартість страхування на наступний період в середньому на 30-35%. За прогнозами дана ситуація неодмінно позначиться на подальшому розвитку страхового ринку, адже страхові компанії можуть скористатися нею задля збільшення своєї частки. Важливо зазначити, що критичним є функціонування страхових компаній в умовах воєнного стану та післявоєнної відбудови, що потребує окремого дослідження процесів нормативно-правового забезпечення та управління фінансовими ризиками самих компаній, які можуть заходити на ринок надання медичних послуг.

З іншого боку, за оцінками та дослідженнями страхових організацій, поліси ДМС станом на кінець 2021 року мають лише приблизно 5-6% українців. Причому, як свідчить практика, більшість офіційно працюючого населення страхує в межах соціального пакета роботодавець, тобто у більшості населення нашої країні ще немає розуміння необхідності убезпечення можливих ризиків.

Тобто, на сьогодні ринок страхової медицини переважно сконцентрований навколо корпоративних клієнтів. Знову ж таки практика свідчить про те, що через недостатній розвиток культури страхування громадяни зазвичай звертаються за страховкою вже після того, як у них виявили захворювання. Також перевага страхових організацій у роботі з корпораціями, корпоративний сегмент є стабільнішим та більш прогнозованим. Наразі страхові компанії вважають за краще розвивати саме цей вид страхування, оскільки роздрібне страхування невеликих обсягів часто дає негативну вибірку заздалегідь збиткових клієнтів [147].

Отже, встановлено, що комплексний механізм державного регулювання ринку медичних послуг містить такі складові: нормативно-правовий, інституційний, організаційно-адміністративний, економічний, фінансовий, ресурсний, інформаційно-комунікаційний підмеханізми.

2.2. Методологічний інструментарій державного регулювання ринку медичних послуг в сучасних умовах: класифікація та застосування

Реалізація завдань державного регулювання ринку медичних послуг на практиці потребує чітко визначеного законодавством та досить розгалуженого методологічного інструментарію, що має в основі наукову обґрунтованість. В рамках даної діяльності будемо розуміти методологічний інструментарій державного регулювання ринку медичних послуг як сукупність методів та інструментів їхньої реалізації, за допомогою яких здійснюється процес державного регулювання та провадиться вплив державних регуляторних органів на суб'єктів господарської діяльності, що займаються наданням медичних послуг – учасників ринку.

Для того, аби регулюючі методи працювали ефективно, потрібна наявність дієвого інструментарію регулювання процесів, що відбуваються в сфері медичного обслуговування. Це є однією з найважливіших умов, що забезпечують ефективне функціонування сфери охорони здоров'я загалом. Ще одним завданням інструментарію є забезпечення таких умов, що запобігатимуть негативним наслідкам та факторам, які заважатимуть роботі ринку.

Розглянемо більш детально регулюючі методи та інструменти, про які йде мова вище. Методи державного регулювання ринку медичних послуг – це способи впливу держави на сектор медичного обслуговування, інфраструктуру даного ринку, в тому числі некомерційний сектор з метою створення умов їхнього ефективного функціонування, що відповідатимуть визначеним у законодавчому порядку напрямкам державної політики в сфері охорони здоров'я та медичного обслуговування [247].

Кожен метод повинен ґрунтуватись на використанні певної сукупності інструментів державного регулювання ринку медичних послуг.

Зі свого боку дані методи доцільно класифікувати за такими ознаками, як форми та засоби реалізації регуляторного впливу. Відповідно до загальної класифікації залежно від засобів впливу розрізняють організаційно-

адміністративні й економічні методи. Відзначимо, що деякі науковці виділяють окремо від адміністративних також соціальні, правові (або нормативно-правові) та мотиваційні методи. Організаційно-адміністративні методи, що базуються на силі державної влади, можна розподілити на заходи заборони, дозволу та примусу. Дозвіл передбачає згоду на здійснення медичної діяльності. Заборона та примус проявляються в необхідності фахівцям мати відповідні сертифікати, регулярно проходити курси з підвищення кваліфікації, дотримуватися визначених стандартів у лікуванні пацієнтів [59; 144; 146]. Щодо сфери надання медичних послуг основними інструментами в рамках адміністративних методів є [59; 144; 146]:

- розробка та контроль виконання державних програм із надання українським громадянам безкоштовної медичної допомоги;
- контроль діяльності медичних закладів, що займаються медичним обслуговуванням усіх форм власності;
- акредитація, ліцензування, стандартизація діяльності лікарняних установ;
- регулювання ціноутворення на медичні послуги;
- застосування штрафів, санкцій у разі виявлення порушень;
- підготовка та планування необхідної кількості медичних кадрів, що братимуть участь в процесі надання медичних послуг;
- атестація лікарів та інших медичних співробітників;
- ведення системи статистичної та фінансової звітності;
- сертифікація деяких груп послуг;
- видача дозволів на застосування деяких технологій, що застосовуються у процесі надання послуг;
- організація забезпечення ведення державного санітарно-епідеміологічного нагляду за медичними установами;
- квотування тощо.

Більшість науковців наголошують на тому, що використання адміністративних методів у державному регулюванні ринку медичних послуг

має бути спрямованим на збереження соціальної справедливості та підтримку доступності благ, а також регулювання інформаційної асиметрії, що може виникнути на ринку медичних послуг.

Економічні методи регулювання ринку медичних послуг представляють заходи державного впливу, за допомогою яких створюються умови, необхідні для розвитку соціально-економічних відносин на ринку, що відповідатимуть політиці держави у даному напрямку.

Слід відзначити, що економічні методи займають досить важливе місце в механізмі державного регулювання ринку медичних послуг, що обумовлено перевагою державного медичного сектору над приватним у нинішній структурі національної медицини. Щодо цього одним з основних інструментів державного регулювання сфери медичного обслуговування є бюджет. Фінансове забезпечення медичних установ є головним чинником, що сприяє ефективному їх сучасному розвитку.

Методи даної групи дають можливість створювати такі умови, що змусять суб'єктів ринку діяти в необхідному для суспільства та держави руслі, вирішуючи важливі для здоров'я населення завдання. До економічних методів віднесемо наступні [43; 134]:

- забезпечення фінансування суб'єктів, що здійснюють діяльність із надання медичних послуг державної форми власності за рахунок бюджетних коштів, виділення коштів на підтримку інфраструктури ринку;
- централізовані торги на поставку медичного устаткування та матеріалів;
- фінансування цільових програм охорони здоров'я, пов'язаних з розвитком ринку медичних послуг;
- встановлення зваженої податкової, амортизаційної політики та податкових пільг;
- регулювання попиту та пропозицій на ринку, ціноутворення на послуги;

– регулювання фінансових потоків діяльності медичних установ державного медичного сектора.

Слід зазначити, що такий підхід до класифікації методів державного регулювання ринку медичних послуг є дещо умовним. Пояснюється це, по-перше, наявністю організаційних, адміністративних та економічних складових елементів у складі кожної з груп методів, а, по-друге, різницею у формі реалізації регуляторного впливу – чи здійснюється вплив прямо або опосередковано.

Окрема група науковців вирізняє групу соціально-мотиваційних методів, у деяких інтерпретаціях – соціальних методів регулювання ринку. Обґрунтовується це тим, що зважаючи недостатню кількість нормативно-правових актів, що стосуються регулювання загалом сфери охорони здоров'я, й досі існує багато проблемних питань в даній сфері [125, с. 49].

Зокрема, стосується це сфери впливу таких законів, як Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [208], Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» [229]. Так, керуючись цими законами, доцільним є використання соціально-мотиваційних (або соціальних) методів, що за допомогою інструментів підвищення зацікавленості громадян у підтримці, зміцненні, збереженні свого здоров'я та збільшення відповідальності за своє здоров'я створять передумови для зменшення навантаження на державний бюджет. Зокрема, мова йде про наступні інструменти:

- соціальна адаптація населення, розуміння порядку та процедур надання медичних послуг, медичної допомоги; реабілітація;
- роз'яснення державної політики щодо заходів, які стосуються змін в медичному обслуговуванні та системі охорони здоров'я;
- розробка державних соціальних програм та надання гарантій, соціальне страхування;

- інформаційна доступність – розміщення в мережі «Інтернет» інформації про діяльність медичних закладів, стан здоров'я населення, зміни та реформи на ринку медичних послуг, розвиток даної сфери;
- прозорість інформації – дані у вільному доступі щодо оцінки ефективності державного регулювання ринку медичних послуг;
- проведення зустрічей, семінарів та консультацій;
- залучення громадян України до участі в управлінні ринком, встановлення взаємних зобов'язань між установами, що надають послуги, споживачами медичних послуг та третім інститутом – страховим сектором;
- активний розвиток телемедицини;
- застосування методів морального стимулювання й переконання тощо [258, с. 176].

Останні методи спираються на моральні та етичні норми суспільства, взаєморозуміння, повагу один до одного, співробітництво. Потрібно, аби громадяни стали зацікавленими в підтримці, зміцненні та збереженні свого здоров'я, кожен громадянин повинен приділяти цьому особливу увагу та створювати навколо себе здорове середовище та оточення [113].

Далі розглянемо інший підхід до класифікації методів та інструментів державного регулювання ринку медичних послуг.

Як зазначено вище, за формами впливу методи державного регулювання ринку медичних послуг можна розподілити на методи прямого та непрямого регуляторного впливу. Прямі методи безпосередньо впливають на сферу функціонування суб'єктів ринку медичних послуг за допомогою адміністративних, організаційних, економічних та нормативно-правових інструментів.

Регулюючі методи непрямої форми впливу є методами, що регламентують поведінку суб'єктів ринку не прямо, а опосередковано, за допомогою створення певного економічного середовища, що має змушувати їх діяти в необхідних державі напрямках.

Можна казати про те, що опосередковане регулювання є певною мірою впливом на економічні інтереси учасників, що здійснюють свою діяльність на ринку медичних послуг. У той же час держава може оперувати мотиваційними методами, про які було згадано вище, знову ж таки для досягнення своїх певних інтересів. У даному контексті мотивацію слід розглядати як процес спонукання суб'єктів ринку до діяльності в рамках визначених політикою МОЗ державних пріоритетів. У даному випадку бачимо приклад, як взаємодіють економічні та соціально-мотиваційні (соціальні) методи між собою.

Окрему увагу слід звернути на застосування методів та інструментів, що регулюватимуть складові структури будь-якого ринку, що є актуальним й для ринку медичних послуг – мова йде про регулювання ринкової кон'юнктури (співвідношення попиту до пропозиції), управління попитом населення на певні групи медичних послуг та інших

Так, пам'ятаємо, що на ринку будь-якого товару або послуги взаємодіють два вихідних параметри – попит та пропозиція.

Попит – кількість товару, яку бажають і можуть придбати споживачі (в даному випадку – пацієнти) за деякий період часу за певною ціною, а також платоспроможна потреба в товарах (послугах). Пропозиція – це кількість товару (послуг), яку продавці можуть надати у визначений період часу за певною ціною, що склалась на ринку [254, с. 167].

Отже, інструменти державного регулювання ринку медичних послуг в Україні можна класифікувати за такими ознаками [16, с. 328]:

1) у залежності від методу державного регулювання за засобами впливу, в рамках якого застосовується інструмент:

- інструменти, що застосовуються в рамках адміністративних методів;
- інструменти, що застосовуються в рамках економічних методів;

2) у залежності від методу державного регулювання за формою впливу, в рамках якого застосовується інструмент:

- інструменти, що застосовуються в рамках прямих методів;

- інструменти, що застосовуються в рамках непрямих методів;

3) за видом ринку системи охорони здоров'я, на регулювання відносин якого спрямоване застосування інструменту:

- інструменти, що застосовуються для регулювання відносин на ринку медичних послуг;

- інструменти, які застосовуються для регулювання відносин на пов'язаних з ринком медичних послуг ринках – на ринку медичного обладнання; фармацевтичному ринку; ринку медичного страхування; ринках праці медичних кадрів та освітніх послуг у сфері охорони здоров'я;

4) за напрямом застосування інструменту на ринку медичних послуг та регулювання ринкової кон'юнктури:

- інструменти, що застосовуються для стимулювання розширення пропозиції та підвищення якості товарів і послуг;

- інструменти, що застосовуються для регулювання ціноутворення на ті чи інші послуги з метою управління ринковою кон'юнктурою в потрібний час для досягнення поставлених завдань та цілей;

- інструменти, що застосовуються для стимулювання розширення платоспроможного попиту на медичні послуги [16, с. 328].

Узагальнюючи обидва вже розглянутих підходи до класифікації методів державного регулювання ринку медичних послуг та інструментів їх реалізації, на рисунку 2.4 наведено підхід до класифікації інструментів державного регулювання ринку послуг з охорони здоров'я в Україні.

На відміну від вже існуючих даних підхід інтегрує декілька видів класифікації методів та інструментів державного регулювання ринку медичних послуг в одне ціле, встановлюючи систему взаємозв'язків між ними. Окремо виділено ринкову регулюючу складову у складі групи інструментів непрямого (опосередкованого) впливу – з метою дотримання принципів ринкової саморегуляції та вільної конкуренції [258, с. 173].

Щодо державного регулювання ринку медичних послуг в Україні варто зазначити, що економічні методи прямої форми впливу полягають у

використанні механізмів бюджетного фінансування медичних закладів, що займаються медичним обслуговуванням. У той же час організаційно-адміністративне регулювання ринку медичних послуг переважно полягає у використанні механізмів стандартизації якості послуг та ліцензуванні діяльності медичних закладів.

Щодо непрямого економічного регулювання ринку медичних послуг в Україні зауважимо, що доцільним є застосування інструментів державного регулювання, передбачених податковим законодавством.

Далі розглянемо більш детально решту груп методів та інструментів їхньої реалізації, представлених на рисунку 2.4. Так, інструменти в рамках непрямих економічних методів спрямовані на [167]:

- стимулювання: розширення пропозиції та підвищення якості послуг на ринку медичних послуг шляхом розширення платоспроможного попиту на медичні послуги на ринку;
- ліцензування діяльності з надання медичних послуг;
- акредитацію та реєстрацію медичних закладів, що займаються медичним обслуговуванням;
- стандартизацію якості медичних послуг;
- здійснення державної фінансової підтримки діяльності медичних закладів;
- можливе повне або часткове звільнення від оподаткування податком на прибуток підприємств, ПДВ, земельного податку та інших податків окремих державних підприємств;
- можливе включення або виключення з розрахунку загального місячного оподаткованого доходу платника податків вартості товарів та послуг, що пов'язані з діяльністю надання медичних послуг;
- застосування інших пільг, податкових знижок.

Слід зазначити, що процес регулювання ринку медичних послуг досить тісно пов'язаний із регулюванням суміжних ринків, зокрема, ринку медичного обладнання та медичних технологій, медичного страхування, фармацевтичного

ринку, ринку праці (лікарі, інший медичний персонал), ринку освітніх послуг у сфері медицини, тощо. Розроблено класифікацію методів та інструментів реалізації державного регулювання ринку медичних послуг за різними ознаками, а також дано характеристику основних інструментів регулювання.



Рис. 2.4. Підхід до класифікації методичного інструментарію державного регулювання ринку медичних послуг. Джерело: розроблено автором.

Це говорить про те, що вплив регуляторних інструментів та методів, що використовуються в процесі державного регулювання даних суміжних ринків також потрібно враховувати при формуванні методичного інструментарію для регулювання ринку медичних послуг, зважаючи на широке коло соціально-економічних відносин, які стосуються загальної системи охорони здоров'я.

Далі розглянемо та стисло охарактеризуємо методичний інструментарій регулювання пов'язаних ринків, елементи якого здійснюють вплив на діяльність учасників ринку медичних послуг.

Так, регулювання ринку медичних технологій та обладнання здійснюється на основі використання економічних методів прямої форми впливу, за допомогою використання механізмів бюджетного фінансування, проведення наукових досліджень у сфері розвитку медичного обслуговування та системи охорони здоров'я.

Методи державного регулювання ринку медичних технологій та медичного обладнання непрямой форми впливу в Україні майже не актуальні. Організаційно-адміністративне регулювання ринку медичних технологій та обладнання в Україні полягає у використанні механізмів захисту прав інтелектуальної власності за допомогою патентування об'єктів інтелектуальної власності та використання механізмів реєстрації й сертифікації обладнання [199; 274].

Серед інструментів регулювання даного ринку слід виокремити наступні:

- управління ринковою кон'юнктурою (попитом та пропозицією) на ринку;
- патентування об'єктів інтелектуальної власності з метою захисту прав інтелектуальної власності на медичні технології;
- управління державним бюджетом в аспекті фінансування наукових досліджень у сфері розвитку медичного обслуговування;

- реєстрація та сертифікація медичного обладнання;
- застосування податкових знижок, зменшених ставок для імпортних операцій медичного обладнання.

Далі розглянемо класифікацію інструментарію державного регулювання українського фармацевтичного ринку в рамках методів прямої та непрямой форми впливу:

- застосування зниженої ставки ПДВ (7%) до операцій з імпорту медичних препаратів та виробів для лікування людей;
- управління ринковою кон'юнктурою на фармацевтичному ринку;
- реєстрація та стандартизація якості лікарських засобів і виробів медичного призначення;
- отримання ліцензій на здійснення діяльності з виробництва, торгівлі лікарськими препаратами та іншими виробами медичного призначення;
- державне регулювання ціноутворення на лікарські препарати та інші вироби медичного призначення;
- застосування податкових знижок, спеціального митного режиму та інших

Щодо організаційно-адміністративного регулювання фармацевтичного ринку в Україні, основними методами є реєстрація та стандартизація якості лікарських препаратів та інших виробів медичного призначення, інструменти державного регулювання, передбачені податковим законодавством.

Вагоме місце також займають інструменти державного регулювання ринків медичного страхування, праці медичних кадрів та освітніх послуг у сфері медичного обслуговування в Україні.

Слід зазначити, що досі не створено методичного інструментарію регулювання діяльності компаній страхового сектору, що суперечить активному розвитку даної сфери сьогодні. Такі методи та інструменти потрібні для того, щоб, з одного боку, створювати умови для розвитку страхової медицини в державі, розширюючи джерела фінансування медичних послуг, а з іншого –

захищати права клієнта страхових організацій, який сплачує страхові внески та розраховує на своєчасне в потрібному обсязі та якості отримання медичної допомоги [177, с. 2].

У рамках запропонованого підходу до класифікації методів та інструментів державного регулювання медичних послуг в Україні окремо виділено групу соціальних (або соціально-мотиваційних) методів та інструментів регулювання ринку. Розглянемо дану групу більш детально.

Так, соціальні (або соціально-мотиваційні) методи управління орієнтовані на створення і ефективне використання соціального потенціалу суспільства, це встановлення і розвиток соціальних норм поведінки, мотивація праці, підтримання сприятливого соціально-психологічного клімату в суспільстві, соціальне планування. В аспекті державного регулювання ринку медичних послуг соціальні методи слід розуміти як підвищення довіри населення до національної медицини, послуг страхових організацій, розуміння сутності їхніх послуг, доведення та роз'яснення заходів у рамках державної політики, програм з реформування та розвитку сектору медичного обслуговування та системи охорони здоров'я загалом.

Важливим інструментом реалізації соціальних методів є інструменти надання соціальної допомоги, матеріальні виплати, повна та неповна компенсація вартості медичних послуг населенню. Це підвищує доступність медичного обслуговування для всіх верств населення країни. Слід звернути увагу на те, що доступність медичних послуг є важливим критерієм задоволеності населення системою охорони здоров'я. Розглянуті країни практикують різні підходи до надання медичних послуг. У деяких країнах пріоритет віддається універсальному покриттю населення повним спектром медичних послуг, за такої умови час очікування значно збільшується. В інших країнах тільки певним категоріям громадян гарантовано універсальний доступ до планових медичних послуг, тому система активно використовує інструмент соціальних платежів або неповної компенсації вартості послуг для працюючого

населення. Цей досвід можна рекомендувати для розгляду можливості імплементації його в Україні.

Важливе місце в системі методів та інструментів державного регулювання ринку медичних послуг займають нормативно-правові методи та інструменти.

Окремо в таблиці нижче представлені нормативно-правові інструменти регулювання ринку медичних послуг. На даному етапі розвитку ринку та законодавства в сфері медицини та охорони здоров'я оперують даними інструментами відповідальні за медичне обслуговування підрозділи МОЗ, що виконує основні функції регулятора охорони здоров'я. [85].

У таблиці навпроти кожного з інструментів вказано спосіб регулювання та тип встановлення відносин, що регулює акт (інструмент). З усієї сукупності нормативно-правових актів регуляторного характеру обрано основні, що стосуються регулювання діяльності учасників ринку, його інфраструктури й забезпечення (ресурсного, фінансового).

Як демонструють дані таблиці 2.2. інструменти примусу, дозволу та ліцензування використовуються в процесі регулювання діяльності учасників ринку медичних послуг Регулятором, у ролі якого станом дотепер виступає МОЗ, що обумовлено тим, що досі не створено окремої регуляторної організації, яка б взяла на себе дані функції.

Для того, аби зрозуміти, яким чином буде найбільш ефективно вдосконалити систему нормативно-правових методів та інструментів державного регулювання ринку медичних послуг, розглянемо досвід нормативно-правового регулювання західних країн.

Таблиця 2.2.

Нормативно-правові інструменти, що використовують підрозділи МОЗ в процесі регулювання діяльності з надання медичних послуг в Україні

№	Назва	Нормативно-правовий акт	Спосіб регулювання	Тип
1.	Спеціальний дозвіл на зайняття народною медициною (цілительством)	Про затвердження Порядку перевірки заяви та документів, поданих для отримання спеціального дозволу на зайняття народною медициною (цілительством), Про Порядок видачі атестаційно-експертного висновку, що підтверджує наявність в особі цілительських здібностей	Отримання документів дозвільного характеру (ДДХ)	Встановлює особливості
2.	Ліцензія на провадження господарської діяльності з медичної практики, зокрема (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована), третинна (високоспеціалізована), паліативна медична допомога, медична реабілітація)	Про запровадження надання адміністративних послуг Міністерством охорони здоров'я України за принципом "Єдиного вікна", Про порядок направлення на стажування лікарів і їх наступного допуску до лікарської діяльності, Про організацію паліативної допомоги в Україні	Ліцензування	Встановлює особливості, адмініструє процедури
3.	Підтвердження про державну реєстрацію медичної техніки та виробів медичного призначення	Про затвердження Порядку зберігання Державного реєстру медичної техніки та виробів медичного призначення	Державна реєстрація об'єктів	Встановлює особливості
4.	Отримання документу	Про затвердження уніфікованих	Отримання	Встановлює

	про відповідність приміщення та матеріально-технічної бази санітарним нормам	форм актів, які складаються за результатами перевірок суб'єктів господарювання у частині дотримання вимог санітарного законодавства, Про затвердження Тимчасового порядку проведення державної санітарно-гігієнічної експертизи	документів дозвільного характеру (ДДХ)	особливості
5.	Посвідчення щодо підтвердження кваліфікаційної категорії з конкретної лікарської спеціальності	Про подальше удосконалення атестації лікарів	Отримання документів дозвільного характеру (ДДХ)	Встановлює особливості

Джерело: систематизовано автором на основі вивчення наукових джерел інформації: [146].

За результатами вивчення ряду систем медичного обслуговування країн Західної Європи та США можна зробити висновок про те, що в країнах з більш розвинутою системою охорони здоров'я та медичного обслуговування існують інструменти регулювання ціноутворення на медичні послуги та оплати праці державних, приватних медичних закладів, страхових організацій з прив'язкою до таких показників їхньої діяльності, як якість, швидкість і обсяг надання послуг. Так, можна виділити наступні інструменти фінансової взаємодії між споживачами (пацієнтами, що споживають медичні послуги) і постачальниками медичних послуг (медичними закладами та клініками, що надають медичні послуги безпосередньо або в якості постачальника медичних послуг; частіше за все в західних країнах виступає посередник, тоді регуляторний вплив держави на медичні заклади і клініки здійснюється опосередковано) [147, с. 121]: фінансове стимулювання - перенесення деякої частини фінансової відповідальності за лікування пацієнта на самого постачальника медичних послуг і застосовується для регулювання витрат або забезпечення необхідного рівня якості послуг (Великобританія, США, Німеччина); включення послуг не швидкої спеціалізованої медичної допомоги в пакет гарантованих послуг тільки в тому

випадку, якщо пацієнта направляє лікар первинної ланки (дільничний, терапевт, сімейний лікар) Франція, Великобританія); регульований відбір - проведення попереднього відбору постачальників первинних медичних послуг у групу, з якою споживачі можуть вибирати постачальника. (США, Великобританія).

Висновок: платником контрактів на надання медичного обслуговування (платником контракту може виступати як пацієнт, так і держава, як, наприклад, в США для покриття соціальних гарантій) та медичних послуг тільки з певними постачальниками медичних послуг (може бути застосовано до ринків з розвиненою конкуренцією між постачальниками медичних послуг, як, наприклад, в США). Відповідно до контрактів постачальники виконують певний обсяг медичних послуг за нижчою ціною, але при цьому вони забезпечені значним попитом; ведення профілів окремих постачальників медичних послуг з метою моніторингу роботи і забезпечення зворотного зв'язку їхньої діяльності в багатьох сферах надання медичних послуг, наприклад, в консультуванні, лікуванні, виписуванні медикаментів та інших (Франція, Канада); право постачальника медичних послуг (медичні заклади або посередники) втручатися в клінічний процес прийняття рішень з метою зниження кількості необґрунтованих послуг та якісного поліпшення результатів лікування за допомогою різних форм контрольно-ревізійної діяльності та проведення контролю якості (Франція, Німеччина); впровадження практики застосування стандартів лікування та клінічних рекомендацій (протоколів ведення) лікування хворих з метою зіставлення діяльності постачальника медичних послуг з певними клінічними стандартами такими як, наприклад, виписка препаратів відповідно до національного переліку найважливіших ліків (США, Швейцарія) [157, с. 107-108]. Під впливом вищеописаних регуляторних інструментів учасники ринків медичних послуг починають ефективно використовувати ресурси і можливості ринку, тим самим збільшуючи свій виробничий і торгово-збутовий потенціал. У відповідності до рівня розвитку системи медичного обслуговування значна частина коштів від реалізації медичних послуг направляється на науково-технічні розробки, оновлення технологій в процесі

надання медичного обслуговування, підвищення кваліфікації медичних кадрів, переоснащення сучасним медичним обладнанням, вдосконалення культури взаємодії з пацієнтами тощо.

Результати науково-технічних розробок в свою чергу впроваджуються з метою вдосконалення методів діагностики та лікування захворювань, безперервну медичну освіту забезпечує ефективне використання нового медичного обладнання, а корпоративна культура дозволяє підвищувати організаційну ефективність і забезпечувати багатofункціональний сервіс, який часто передбачає очікування пацієнтів і обумовлює їхню лояльність та довіру до національної медичної системи. Також серед інструментів державної підтримки слід виділити забезпечення учасників ринку медичних послуг необхідною інформацією про кон'юнктуру зовнішніх ринків, рекламу національного ринку медичних послуг за кордоном і укладання контрактів між урядом країни і іноземними компаніями для розвитку національного медичного ринку (ОАЕ, Саудівська Аравія, Південна Корея) [193].

Як бачимо, для того, щоб мати змогу імплементувати та адаптувати дані інструменти в українській системі державного регулювання ринку медичних послуг, потрібен більший рівень розвитку страхового сектору, а також більш досконалі, узгоджені та закріплені у законодавчому порядку відносини між державним, громадським (населення держави-споживачі медичних послуг) та посередницьким страховими інститутами. Реалізація медичної реформи в аспекті поступового перетворення більшості медичних організацій з простих споживачів бюджетних коштів в самостійні господарюючі суб'єкти підприємницької діяльності вимагає подальшого реформування господарської діяльності. Назріла необхідність упорядкування інформаційно-аналітичної взаємодії між державними органами управління і структурами приватного медичного сектору для узгодження прогнозу, планування розвитку медичних послуг і оцінки громадського здоров'я, моніторингу тенденцій. У даний час державне регулювання цін на платні послуги в приватних медичних організаціях, що надають послуги на платній основі, є недостатньо дієвим, система контролю

повинна бути розширена, особливо в переліку видів діяльності, де лікування здійснюється за новими технологіями, додатково надаються стоматологічні послуги, послуги підвищеної комфортності та лікарів нетрадиційної медицини. З іншого боку також потребують удосконалення організаційно-адміністративні та правові регуляторні методи й інструменти, зокрема в питанні надання медичним організаціям більше свободи у використанні переданого їм майна та взяття відповідальності за прийнятими на себе зобов'язаннями. Це має бути спрямовано на поліпшення якості надаваних ними послуг і підвищення ефективності використання як бюджетних, так і приватних коштів.

Для вдосконалення конкурентних відносин на ринку його учасникам слід зосередити увагу на орієнтування на потреби і попит споживачів (пацієнтів). Виробництво медичних послуг - складний процес, який вимагає застосування сучасних методів і механізмів реалізації пропонованих послуг, і платна медична діяльність має перспективи розвитку в організаціях охорони здоров'я.

Як вже було зазначено вище, потрібен розвиток сектору медичного страхування. Водночас упровадження системи обов'язкового медичного страхування має ґрунтуватися на нових соціальних пріоритетах, зростаючих можливостях держави, господарюючих суб'єктів і забезпечуватися економічними механізмами і фінансовими інструментами, спрямованими на підвищення ефективності охорони і рівня здоров'я населення. Окремо доцільно визначити можливості розвитку медичної системи в умовах післявоєнної відбудови. Отже, розвиток доступної, соціально орієнтованої медичної допомоги максимально враховує інтереси більшості населення України, має стати основним пріоритетом реформування сфери охорони здоров'я.

Роль держави і стратегія діяльності медичних структур повинні дотримуватися напрямків технологічних проривів і модернізації медичного обслуговування для того, щоб не відставати від загальносвітового рівня [255; 273].

Підводячи підсумки, бачимо, що результати аналізу методологічного інструментарію державного регулювання ринку медичних послуг в Україні

дозволяють зробити висновки про його дещо фрагментарний характер, чим, власне, обумовлена потреба в його вдосконаленні, адже не відбувається повне забезпечення комплексного процесу державного регулювання всієї сукупності взаємопов'язаних інститутів та елементів ринку, що значно ускладнює процес формування ринкових відносин та знижує ефективність реформ у сфері медичного обслуговування і національної системи охорони здоров'я загалом. Головними напрямками державної політики в регулюванні ринку медичних послуг мають стати вдосконалення наявної системи забезпечення фінансовими ресурсами, на що має позитивно вплинути розвиток нормативно-правового та організаційного забезпечення функціонування сектору страхових організацій, а також робота над подоланням післявоєнних викликів.

2.3. Інституційні передумови державного регулювання ринку медичних послуг

Кроком для створення дієвої системи державного регулювання ринку медичних послуг є часткова реструктуризація національного інституту системи охорони здоров'я, яка має бути спрямована на побудову інфраструктури та забезпечення ресурсних і законодавчої основи.

Для побудови результативної та оптимальної системи державного регулювання ринку медичних послуг необхідним є і оптимальне використання ресурсного забезпечення та матеріально-технічного забезпечення. У розвинутих країнах західної Європи та США використовується практика забезпечення функціонування учасників ринку медичних послуг потужною та стабільною науково-дослідною базою, що складається як із сукупності державних органів та агенцій, що здійснюють контроль та регулювання медичного обслуговування в країні, так й науково-дослідних інститутів та центрів, що займаються дослідженням захворювань, розробкою нових препаратів та методів лікування пацієнтів, спостереженням за медичним та фармацевтичним ринками та вдосконаленням біомедичної інженерії.

На наш погляд, найбільш оптимальною є структура регулювання системи медичного обслуговування (в тому числі роботи інфраструктури ринку медичних послуг, що базується на ній) США, що складається із структурних підрозділів Департаменту охорони здоров'я та соціального забезпечення (Department of Health and Human Services), відповідальних за регуляторні процеси на ринку медичних послуг та в системі охорони здоров'я загалом [392; 393]:

- центрів з контролю і профілактики захворювань (Centers for Disease Control and Prevention);
- центрів із медичних сервісів Medicare та Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services);
- національних інститутів охорони здоров'я (National Institutes of Health);
- управління ресурсів та служб охорони здоров'я (Health Resources and Services Administration);
- агентства досліджень та оцінки якості медичного обслуговування (Agency for Healthcare Research and Quality).

На рисунку 2.5. представлено запропоновану модель базової інституційної (суб'єктної) структури системи забезпечення медичного обслуговування в Україні на основі західного досвіду, що включатиме: державні органи та агенції, урядові та неурядові організації різних рівнів і типів, спеціалізовані інститути і центри, санітарно-епідемічну службу тощо.

Модель на відміну від вже існуючих інтегрує досвід західних розвинених країн у побудові комплексної регуляторної структури державної системи медичного обслуговування на основі поєднання державної інституціональної (сукупність організацій, норм, правил, регламентів, порядків та процедур з регулювання системи медичного обслуговування і функціонування медичних ринків) та науково-дослідної (сукупності науково-дослідних інститутів та центрів, що займаються вивченням захворювань, розробкою нових методів лікування та вдосконалення інформаційних і біомедичних технологій) складових. Модель адаптовано у відповідності до базису поточної структури елементів національної системи охорони здоров'я.

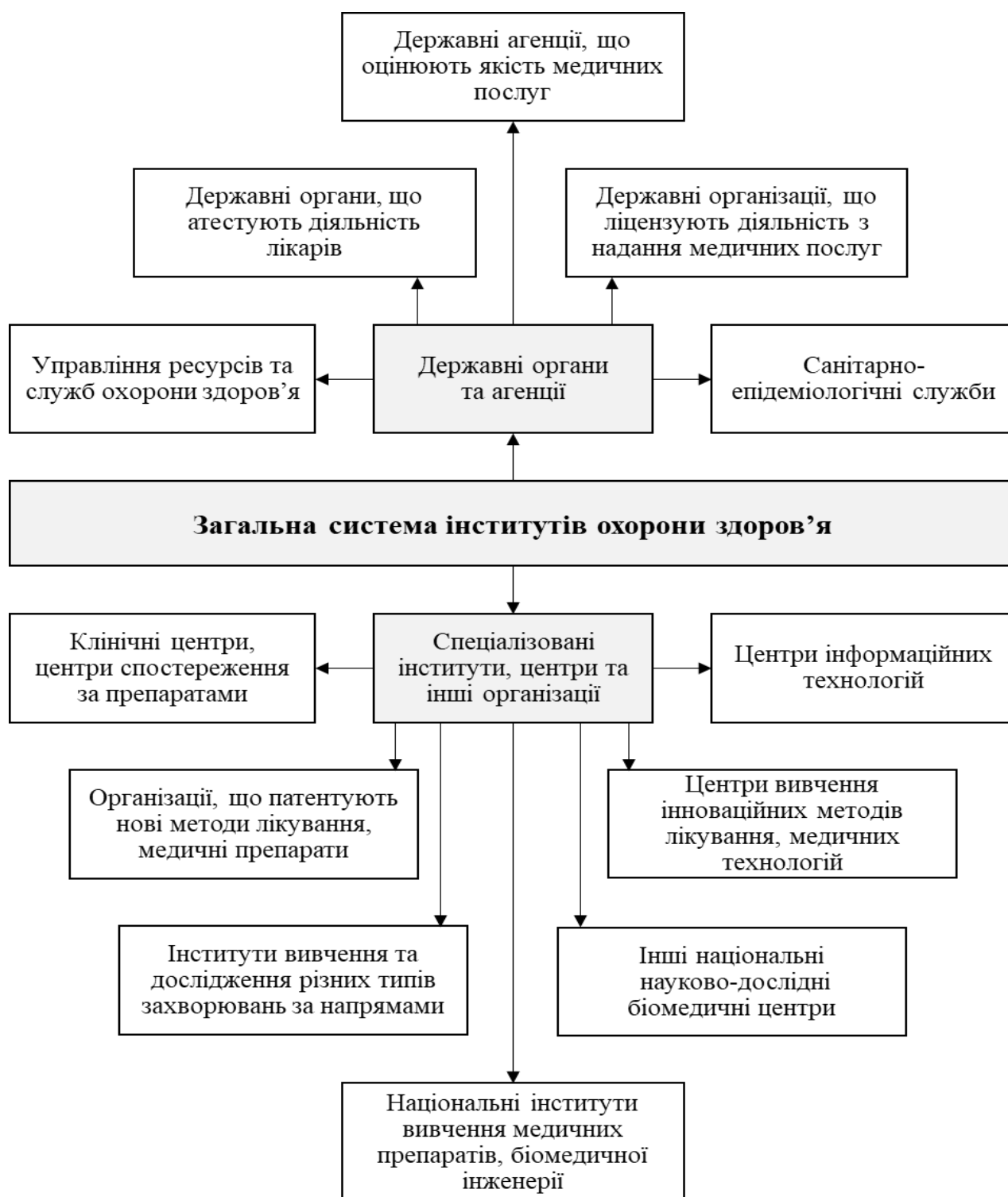


Рис. 2.5. Пропонована модель базової інституційної структури системи забезпечення медичного обслуговування в Україні на основі досвіду країн Західної Європи. Джерело: розроблено автором.

Слід зазначити, що на сьогодні українська медична система знаходиться в процесі трансформаційних та інституціональних перетворень, враховуючи тривалу медичну реформу. На думку багатьох експертів 2022-2023 роки мали

бути визначальними для медичної системи за рахунок здійснення наступних заходів [110, с. 58; 175]:

- раціоналізація інструменту гарантованого пакету медичних послуг;
- підвищення мотивації та сегментування заробітної плати для лікарів вторинної і третинної ланки;
- створення умов для розвитку приватного сектору на ринку надання медичних послуг,
- створення інвестиційно-привабливого клімату для залучення інвестицій у соціально важливі галузі;
- формування пріоритетів та розробка програм післявоєнного відновлення медичної інфраструктури;
- створення програм реабілітації, в тому числі психологічної;
- участь держави у програмах протезування особам, що постраждали внаслідок військового конфлікту.

Так, можна виокремити наступні етапи, через які варто розпочати масштабні зміни у напрямку якісного надання медичних послуг.

Етап 1. Вдосконалення системи фінансування ринку медичних послуг.

Зазначимо, що трансформаційні зміни в системі медичних послуг розпочались з первинної ланки медицини та вже продемонстрували свою ефективність: відбулось зростання заробітної плати сімейних лікарів та внаслідок цього (за оцінками пацієнтів), дещо зросла якість медичних послуг, що надають фахівці даної категорії. Так, за даними соціопитувань, близько 60-70% українців, які підписали угоду зі своїм лікарем, загалом задоволені якістю медичних послуг, які вони отримують від сімейних лікарів, проте дотепер є недовіра населення до медичної реформи, що спричиняє високий рівень соціальної незахищеності та бідності в країні, а також недосконала робота організацій та компаній страхового сектору, що досить часто не враховують інтереси пацієнтів, концентруючись на власному прибутку та користуючись недосконалістю законодавства щодо регулювання їхньої діяльності. Далі потрібно сконцентрувати увагу на вторинній (з поступовим переходом до

третинної) ланці медичної допомоги (спеціалізована та високоспеціалізована допомога). Для цього необхідно в повній мірі реалізувати програму медичних гарантій.

У Державному бюджеті України на 2023 рік передбачається скорочення обсягів фінансування медичних послуг та забезпечення лікарськими препаратами у зв'язку із дефіцитом бюджету через повномасштабну військову агресію та зростанням витрат на потреби армії. Наразі до початку повномасштабного військового вторгнення органами державної влади обговорювалася необхідність збільшення фінансування програм, спрямованих на покращення якості медичної допомоги та медичного ресурсного забезпечення на наступні роки до 5% від ВВП.

Етап 2. Вдосконалення механізмів закупівель лікарських препаратів з метою забезпечення медичних закладів якісними ресурсами в потрібних обсягах.

Слід зазначити, що від рівня прозорих та ефективних закупівель лікарських препаратів будуть залежати трансформаційні зміни всієї сукупності учасників ринку медичних послуг та системи охорони здоров'я загалом. Сьогодні є пропозиції щодо впровадження процедури та порядку закупівлі лікарських препаратів через інструмент міжнародних організацій. Так, за думкою деяких спеціалістів це позитивно вплине на конкурентне середовище постачальників ліків та дозволить отримувати тяжкохворим громадянам необхідні медикаменти за цінами, в декілька разів нижчими, ніж за попередньою моделлю постачання.

Наводяться приклади закупівлі таких препаратів, як трастузумаб, деякі категорії вакцин (що наразі безкоштовно пропонуються населенню у всіх регіонах медичними закладами) та інших

Інша група фахівців справедливо виражає деякі сумніви щодо застосування даного інструменту – є питання щодо якості препаратів, що закупуються, залежності України від діяльності міжнародних організацій на ринку та конкурентного притиснення національних постачальників.

Безумовно, державі потрібно навчитись ефективним та прозорим процедурам закупівель лікарських та інших медичних препаратів, проте за для цього повинні бути створені відповідні механізми регулювання та контролю. Для вдосконалення та підвищення якості закупівельних процедур було створено національну агенцію ДП «Медичні закупівлі України». Ключове його завдання - сформулювати прозору, ефективну, конкурентну та економну для платників податків систему публічних закупівель товарів медичного призначення. Наразі тривають процеси імплементації досвіду міжнародних організацій його співробітниками [136].

Проте не слід забувати, що для правомірного та належного функціонування закупівельних процесів та процедур парламент має ухвалити відповідні зміни до національного законодавства, що нададуть можливості компетентним підрозділам даної державної агенції працювати так само ефективно, як працюють міжнародні організації. Також потрібно враховувати той факт, що система міжнародних закупівель має співіснувати паралельно з процесами розвитку спроможності національних організацій-закупівельників. Так, одними з головних функцій та завдань ДП «Медичні закупівлі України» є забезпечення прямої участі компаній-нерезидентів в закупівлях лікарських препаратів, що призведе, як вже було вище зазначено, до зростання конкуренції на національному ринку, впровадження стратегій довгострокового планування закупівель, розширення доступу пацієнтів до нових методів лікування тощо [44].

Етап 3. Зниження доступу до використання лікарських препаратів медичними закладами в процесі надання медичних послуг, в тому числі зміни щодо патентного законодавства.

На сьогодні є досить критична необхідність створення законодавчого підґрунтя для зниження цін на лікарські препарати з метою ресурсного забезпечення ринку медичних послуг та усунення монополії на лікарські препарати, яка тримає досить високі ціни внаслідок можливості отримання патенту на одні та самі препарати по декілька разів. За прогнозами експертів це

допоможе суттєво підвищити забезпечення лікуванням іноді навіть без збільшення обсягів дофінансування за відповідним напрямком.

Також слід звернути увагу на те, що на ринок виходять нові високоякісні продукти, які можуть суттєво вплинути на рівень забезпечення медичних закладів препаратами, що допоможе підвищити ефективність надання медичних послуг. У таких випадках ефективним інструментом є так звані «переговорні процедури», що можуть бути ініційовані Урядом, самими виробниками препаратів та медичними закладами, що їх потребують. Дані процедури, перш за все, повинні мати на меті зниження вартості медичних препаратів. Варто зазначити, що такі інструменти є одними з провідних в західних країнах (передусім, Європа і США) та мають назву Managed Entry Agreements. Експерти зазначають, що в Україні на сьогодні дані процедури не застосовуються, що, перш за все, обумовлено відсутністю чіткого законодавчого державного регулювання в даній сфері [389].

Серед міжнародних організацій, з якими співпрацює МОЗ України для організації закупівель, можна виокремити ПРООН [242], UNICEF [295], Crown Agents [301]. Проте варто враховувати, що, наприклад, організація UNICEF не публікує результати торгів, тому досить складно зрозуміти процес ціноутворення та наявність потрібних пропозицій. Загалом міжнародні організації (наразі МОЗ України) розглядають як певну тимчасову альтернативу тому закупівельнику, що має бути створений (на основі агенції «Медичні закупівлі»). За процедурами міжнародних закупівель, враховуючи постійні зміни та коригування в угодах, в роботі між міжнародними організаціями (закупівельниками медичних препаратів, що використовуються в процесі надання медичних послуг), має бути тісна комунікація та взаємодія.

Також варто зазначити, що на сьогодні відсутній регуляторний механізм, закріплений у законодавчому порядку, робота із міжнародними організаціями в даному напрямку здійснюється на договірних умовах на ринкових засадах «вільної регуляції» (в тому числі із врахуванням досвіду національної агенції «Медичні закупівлі»).

Постійно потребують урегулювання питання, пов'язані з імпортом лікарських препаратів з інших країн. З одного боку, це створює підґрунтя для зниження вартості медичних послуг за рахунок можливо менших цін на препарати. З іншого боку, знову ж таки виникають питання контролю якості та сертифікації імпортованих ліків та загострення конкуренції для національних фармацевтичних виробників [177].

Необхідним кроком в умовах політики МОЗ України з розширення реімбурсації з метою зниження доступу до медичної допомоги є створення необхідних законодавчих регуляторних підґрунть. В умовах досить жорсткого недофінансування ресурсного забезпечення медичних закладів важливим є законодавче забезпечення процедур контракування медичних послуг у відповідності до процесу визначення їхньої вартості Національною службою здоров'я України. Справедливо зазначити, що навіть з урахування регуляторних змін, що будуть затверджені у законодавчому порядку на наступний рік у даному напрямку, зміни будуть стосуватись переважно лише питань, що підпадають під зону впливу НСЗУ, проте МОЗ врівні з Урядом вбачає в цьому початок впровадження процедури контактування медичних послуг в практику медичного обслуговування по всій Україні [181].

Етап 4. Пошук потрібної моделі регулювання ринку медичних послуг та системи медичного обслуговування в Україні загалом. Створення регуляторних процедур для організацій страхового інституту.

Варто зазначити, що на сьогодні існують різні моделі фінансового забезпечення системи медичного обслуговування. В моделях одного типу фінансовим гарантом є страховий фонд – приватна особа, держава (соціальний гарант) або комбінування цих двох елементів. Фінансовим гарантом іншого типу (переважно малозабезпечених країн) виступає сім'я, громада або окрема приватна особа; в країнах, що розвиваються з трохи вищим рівнем доходу громадян (приклад – пострадянські країни, в яких ще не здійснився перехід до капіталізму, в тому числі Україна) – соціальним та фінансовим гарантом виступає держава.

Щодо можливостей переходу національної системи охорони здоров'я на модель медичного страхування, дійсно, за більшістю прогнозів, та, ґрунтуючись на позитивному досвіді провадження даної моделі розвиненими країнами світу, це допоможе максимізувати ефективність використання державних та приватних ресурсів. На сьогодні в Україні поки що діє досить слабо розвинутий приватний сектор медичного страхування. Знову ж таки, з одного боку, є проблема незадоволеності страхових компаній кількістю та рівнем платоспроможності їхніх клієнтів, але, з іншого боку, є також проблема відсутності регулюючої бази, через що страхові компанії часто не покривають потреби в медичному обслуговуванні своїх клієнтів, надаючи мінімальний пакет послуг та найдешевші медичні препарати низької якості, що не виправдовує внески клієнтів, акумулюючи тим самим свої прибутки.

Варто зазначити, що, незважаючи на поки що неузгоджені інтереси, система охорони здоров'я на базі страхових послуг може працювати досить ефективно в нашій країні. Приватне страхування – це метод, який більшість країн світу використовує для надання універсальної медичної допомоги. Але система, орієнтована на страхування, навіть із приватними страховиками постачальниками медичних послуг, не може вижити за нерегульованих, вільних ринкових умов.

Досить складно підтримувати систему охорони здоров'я на базі страхових ситуацій, якщо не буде певної сили правового характеру, узгодженої зі споживачем, що має вищий авторитет та фінансову підтримку для утримання страховиків до кінця дії угоди. За відсутності ефективно працюючої регуляторної схеми, пацієнти в той момент, коли вони здійснюють купівлю страхування, не можуть бути впевнені у гарантованому виконанні постачальником страхових послуг своїх обов'язків. Тому, допомога в повному обсязі та в потрібний час в екстрених ситуаціях із загрозою для життя людини, що є клієнтом страхових організацій, не може бути повністю гарантована.

За офіційною позицією МОЗ, програми медичних гарантій – наразі це акумуляція державних коштів. Грошові кошти з державного бюджету

виводяться окремим розпорядникам у відповідності до укладених контрактів. Створення ще додаткових пулів коштів й якихось механізмів – це питання парламенту, наскільки вони будуть готові прийняти закон. Щодо спроможності системи є потреба акумулювати кошти в якості певного страхового внеску за медикаментозне забезпечення на випадок захворювань [242]. Тому, відповідно до типу моделі фінансового забезпечення мають формуватися й моделі регулювання та контролю якості медичних послуг, що надаються населенню країни.

Окрім того, важливим фактором є кореляція реструктуризації системи забезпечення медичного обслуговування, про що мова йшла вище, та змін у фінансових моделях з іншими реформами державної влади, що реалізуються паралельно. Наприклад, за реформою децентралізації влади об'єднані територіальні громади мають значний рівень відповідальності у забезпеченні виконання заходів з вдосконалення системи медичного обслуговування (в рамках медичної реформи) на місцях. Проте потрібний чіткий механізм координації та контролю між місцевими та центральними (м. Київ) органами влади у даних процесах.

Дане питання є актуальним і для регіонів. Якщо обласна рада прийматиме інші орієнтири, аніж перевага втіленню заходів в рамках медичних реформ та вдосконаленню контролю та регулювання процесів, пов'язаних з медичним обслуговуванням, необхідним є формування центральними органами державної влади (в тому числі МОЗ, НСЗУ) ефективного регуляторного механізму, тобто написанням та законодавчим затвердженням процедур, регламентів, інструкцій для органів місцевої влади з метою контролю якості надання медичних послуг медичними закладами регіонів та міст.

Тобто на сьогодні держава переходить у вибір тієї моделі фінансування, що буде спрямована на максимально ефективне використання наявних коштів, залучення додаткового фінансування законними методами, оминаючи неформальні платежі. З іншого боку, державні агенції охорони здоров'я мають

інтенсивно працювати з органами місцевої влади з метою розуміння рівня відповідальності в регіоні, зокрема за систему медичного обслуговування [44].

Етап 5. Зважена фармацевтична політика для вдосконалення системи забезпечення медичного обслуговування.

Необхідно зазначити, що державна влада сьогодні є скоріше користувачем послуг фармацевтичного ринку, аніж конкурентоспроможним учасником на медичних ринках, між якими повинна бути створена система ефективної взаємодії. Адже головна мета – це забезпечення громадян безпечними, якісними, ефективними лікарськими та іншими медичними препаратами в максимально доступній кількості та ціні. Власне, можна сказати про те, що це і інструментом взаємодії ринку медичних послуг з фармацевтичним ринком.

Розглянемо більш детально напрями реструктуризації національної моделі охорони здоров'я у напрямку інтеграції елемента (учасника ринку медичних послуг) – посередницького інституту страхових організацій (сукупності страхових організацій, базової та допоміжної інфраструктури, на основі якої працюють організації даного типу), норм, правил, принципів, процедур, що стосуються діяльності страховиків.

Наразі ефективним підходом, що використовують країни західного світу для вдосконалення системи державного регулювання страхового інституту є регуляторна схема, що була запропонована у 2005 році і дістала подальшого розвитку у роботах багатьох авторів, вона полягає у вирішенні п'яти першорядних питань взаємодії між ключовими суб'єктами ринку медичного страхування: страховиками, споживачами та постачальниками послуг [314; 317].

Дана схема передбачає реалізацію двох головних інструментів [314; 317]:

– побудова окремого регуляторного сектору (середовища), до якого можуть бути залучені тільки ті учасники ринку медичних послуг (в тому числі медичні клініки та страхові організації), що мають пройти певну перевірку відповідальними за це державними агенціями на якість послуг, які вони пропонують споживачам, перевірку ліцензій та рівень кваліфікації лікарів, правомірність та законність їхньої діяльності та відповідність актуальним

потребам в певних послугах медичних ринків для їхніх споживачів - населення країни;

– ефективну реалізацію втручань регуляторного характеру, спрямованих на виконання цілей держави у напрямку загального реформування системи охорони здоров'я держави, повинні розробити ряд інструментів нагляду та правозастосування.

Ключове місце в схемі займає пошук відповіді на питання, хто з учасників ринку медичних послуг може бути продавцем страхових послуг. Так, у відповідності до даного інструменту, уряди держав мають забезпечити залучення лише відповідні установи до регуляторного сектору, про який йде мова вище. Ці установи повинні мати достатні фінансові кошти і належні людські та технічні ресурси для надання оптимальних послуг споживачам (населенню держави). Політика цих установ має приносити користь як пацієнтам, так і компаніям, оскільки вони пропонують захист та підтримку в межах соціального пакету своїм працівникам і забезпечують життєздатний страховий ринок.

Стосовно кола охоплення регуляторним сектором учасників медичних ринків, в тому числі ринку медичних послуг, варто зазначити, що регулювання об'єктів, тобто тих, хто має бути охоплений, дозволяє розробникам державної регуляторної політики орієнтуватися на такі показники, як «ширина спектру медичного покриття», «глибина медичного покриття» та «розрахунок плати за ризик».

Так, показник «ширина спектру медичного покриття» означає визначення частки всього населення держави, яке охоплюється медичним страхуванням; «глибина медичного покриття» означає склад пакету виплат за медичне страхування – логіка є наступною; «чим більш комплексний пакет медичного страхування, тим більша глибина покриття медичних витрат» [315].

Регулювання того, кого слід покривати, передбачає використання сценарного аналізу для вибору варіантів складу учасників регуляторного

середовища (з урахуванням логіки відповідності показників «ширина» та «глибина» медичного покриття) та вибір рівня ризику.

Вибір рівня ризику означає ймовірність того, що людина, яка має високий ризик виникнення захворювання та більшу потребу у частому медичному обслуговуванні, буде більш схильна до участі у схемі медичного страхування, аніж людина із низьким ризиком виникнення захворювання та меншою потребою у частому використанні медичного покриття в рамках страхових пакетів [282, с. 23]. Якщо частка застрахованих осіб високого ризику зависока, це призведе до великих видатків для компаній, що надають послуги зі страхування своїх співробітників в межах соціальних пакетів, та створить складнощі для роботи медичних ринків на основі принципів вільної конкуренції. Коли страховики мають обмежену інформацію про стан здоров'я фізичної особи, вони намагаються захистити себе від цього невідомого ризику, встановлюючи вищі страхові внески. Таким чином, регуляторна політика повинна вирішувати ці проблеми.

Розрахунок плати за ризик – це практика, згідно з якою страхова компанія дораховує непропорційний відсоток осіб (наприклад, молодих людей), які становлять менший за середній рівень ризику долучення до клієнтської бази людей з поганим здоров'ям. Це відбувається, коли страховики намагаються протидіяти несприятливому вибору або максимізувати прибуток, відволікаючи хворих від придбання страхування або шукаючи способи страхувати лише осіб нижчого ризику [283, с. 27; 284, с. 34]. Що, власне, зараз і відбувається в Україні. Таким чином, зважена регуляторна політика повинна гарантувати, що розмір страхових внесків має бути складений за принципом справедливого розрахунку незалежно від ризику погіршення їхнього здоров'я. Один із способів, яким уряди можуть зменшити вибір ризику, є це впровадження механізму коригування ризику. Коригування ризику чи вирівнювання ризику дозволяє зарахувати осіб із високим ризиком та низьким рівнем ризику до страхових схем, що нараховують однакову середню премію. Це робиться шляхом створення фонду для сплати страхових схем з метою встановлення розмірів страхових внесків для клієнтів,

виходячи із запропонованих пілг, а не за станом здоров'я особи [379, с. 512; 290, с. 166].

В умовах, коли здоров'я вважається заслугою, особливо враховуючи рівень бідності людей в Україні внаслідок затяжних політичної та економічної криз, надання медичної допомоги повинно базуватися на потребах людей, а не на їхній платоспроможності. У результаті учасники ринку медичних послуг, як безпосередньо медичні заклади, клініки, так і посередники (страхові організації) повинні охоплювати мінімальний пакет обов'язкових медичних послуг.

Щодо регулювання ціноутворення на медичні послуги та послуги страхових організацій варто зазначити, що регулювання того, як організації недержавної форми власності можуть оцінювати свої послуги, є значним урядовим втручанням, яке може призвести до непередбачуваних наслідків через такі конкурентні цілі, як доступність, справедливість, життєздатність та уникнення несприятливого вибору, вибір ризику та моральна небезпека. Під моральною небезпекою розуміємо тенденцію до права на переваги медичного страхування, що виступає як сильний стимул для людей споживати більше і «кращу» охорону здоров'я, і як слабкий стимул для ведення здорового способу життя [364, с. 1332]. Це може збільшити як належне та неналежне використання послуг, так і вартість покриття.

Загалом регулювання способів оплати послуг постачальника медичних послуг може вирішити проблеми попиту, активізованого постачальником (коли використовуються платежі за послуги). За умови нерегульованої плати за послуги споживачам, як правило, потрібно вимагати збільшення медичних послуг, а постачальники послуг можуть викликати неналежне використання медичних послуг.

Наразі найбільш ефективними інструментами державної регуляторної політики, які можна об'єднати в три загальні категорії, є: законодавство, ліцензування, моніторинг та аудит [11, с. 12].

Отже, запропоновано етапи модель базової інституційної структури системи забезпечення медичного обслуговування в Україні на основі досвіду

країн Західної Європи. Наведено етапи через які варто розпочати масштабні зміни у напрямку якісного надання медичних послуг: вдосконалення системи фінансування ринку медичних послуг; вдосконалення механізмів закупівель лікарських препаратів з метою забезпечення медичних закладів якісними ресурсами в потрібних обсягах; зниження доступу до використання лікарських препаратів медичними закладами в процесі надання медичних послуг; пошук потрібної моделі регулювання ринку медичних послуг та системи медичного обслуговування в Україні загалом; зважена фармацевтична політика для вдосконалення системи забезпечення медичного обслуговування.

Висновки до розділу 2

Результати виконаного дослідження щодо методологічних засад державного регулювання ринку медичних послуг в умовах сучасних викликів свідчать про наступне:

1. Обґрунтовано теоретико-методологічні засади комплексного механізму державного регулювання ринку медичних послуг, який включає: нормативно-правовий, інституційний, організаційно-адміністративний, економічний, фінансовий, ресурсний, інформаційно-комунікаційний підмеханізми та описує структуру, взаємозв'язки і систему відносин між елементами структури та учасниками ринку, що підпадають під регуляторний вплив держави. Під механізмом державного регулювання ринку медичних послуг розуміємо сукупність регулюючих важелів, принципів, функцій, мети, методів та методик організаційного, адміністративного, мотиваційного, економічного та нормативно-правового характеру, що реалізуються державною владою через набір спеціальних інструментів, спрямованих на забезпечення ефективного й динамічного розвитку ринку медичних послуг. Виділено основні регуляторні функції такого механізму: планування і прогнозування роботи медичних установ та інших організацій, що надають медичні послуги; допомога в організації роботи ринку; встановлення пріоритетів у їх роботі; фінансування діяльності з надання медичних послуг; цілісність та комплексність роботи системи; нагляд та контроль; забезпечення виконання та розуміння повноважень, встановлених для державних органів та інституцій при здійсненні діяльності з регулювання ринку медичних послуг.

2. Виокремлено та систематизовано методологічний інструментарій державного регулювання ринку медичних послуг в сучасних умовах. Під методами державного регулювання ринку медичних послуг розуміємо способи впливу держави на компанії та організації, що займаються діяльністю з надання медичних послуг та на загальну інфраструктуру ринку з метою контролю і регулювання ефективного функціонування даних систем згідно з напрямками державної політики у сфері охорони здоров'я з розподілом на економічні,

адміністративні та соціально-психологічні. Серед інструментів виділено: ліцензування діяльності, а також медичних препаратів; акредитація та реєстрація медичних закладів; стандартизація якості медичних послуг; фінансування діяльності закладів охорони здоров'я, що надають медичні послуги; податкові пільги та субсидії; податкові знижки; регулювання ціноутворення; заходи, які вживаються органами державної влади, що спрямовані на розвиток конкуренції на ринку; антимонопольне законодавство та нагляд тощо.

Залишається відкритим питання щодо необхідності цінового регулювання (процесу розрахунку вартості медичного обслуговування, цінового регулювання на ринку шляхом встановлення певних допустимих граничних діапазонів тощо) на медичних ринках.

Також, враховуючи недосконалість та слабкий розвиток інституту медичного страхування на українському ринку, відзначаємо необхідність концентрації уваги на регулюванні цього інструменту з метою захисту клієнтів страхових компаній – населення України (з одного боку), а з іншого – заходи з впровадження та створення інфраструктурної бази для функціонування страхового бізнесу як повноцінного елементу в національній системі охорони здоров'я.

Основні результати дослідження цього розділу опубліковані в монографії [33], фахових виданнях [11,13, 18, 19, 26, 35], наукових зарубіжних виданнях [309, 310], апробовані на конференціях [9, 10, 27, 29], також опубліковані в інших виданнях [12].

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

3.1. Нормативно-правовий механізм державного регулювання ринку медичних послуг: міждержавний, державний та регіональний рівні

У сучасній науці державного управління поняття «механізм управління» та «механізм регулювання» можуть трактуватися у різних значеннях, залежно від їх природи та використовуватись у різних науках для аналізу взаємозв'язку різних складових багаторівневого процесу управління. Поняття «механізм» визначається як система, пристрій, що характеризує порядок якого-небудь виду діяльності [184].

Наявність механізмів є структурою, яка відображає роботу будь-якого підприємства, тому науково-теоретичні дослідження встановили, що вони властиві організаційним системам [251].

Аналізуючи сутність механізму державного регулювання ринку медичних послуг, розглянемо точки зору вчених на це складне та багатоаспектне поняття. В енциклопедії державного управління механізми державного управління у сфері охорони здоров'я трактуються як сукупність форм, методів, засобів, важелів та інструментів, за допомогою яких реалізуються державно-управлінські та регуляторні впливи у сфері охорони здоров'я [252, с. 90]. Білинська М., Радиш Я. та інші автори у монографічному дослідженні «Державна політика у сфері охорони здоров'я» визначають цю категорію як комплекс прийнятих загальнодержавних рішень чи взятих зобов'язань щодо збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я і соціального благополуччя населення, як найважливішу складову [40, с. 122-127]. Вчені Карамішев Д. [97], Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В. [127] та інших наводять визначення державного управління охороною здоров'я як сукупності цілеспрямованих впливів органів державної влади, які діють у рамках відповідних компетенцій соціально-економічної системи, а також впливають на

увесь соціальний організм держави з метою його упорядкування, збереження або перетворення.

Механізм регулювання є найважливішим інструментом ефективного управління у сфері охорони здоров'я, він зумовлений унікальним характером системи охорони здоров'я як соціальним благом для людини. На думку Рожкова І.В. і Солоненко І.М. основною метою державного регулювання є створення такої системи охорони здоров'я, яка б орієнтувала на вибір найефективніших варіантів використання ресурсів і забезпечення потреб населення в послугах охорони здоров'я та медичній допомозі [252, с. 123].

На сучасному етапі механізм державного регулювання має два напрями дії: розвиток та функціонування системи державного регулювання; створення умов для надання доцільної та кваліфікованої медичної допомоги населенню, об'єднаному соціальними, економічними та політичними інтересами країни, незважаючи на економічні, географічні, соціальні, культурні та мовні відмінності.

Відповідно до мети існують наступні завдання досліджуваного механізму [19, с. 87]:

- сприяння реалізації соціальних ідеалів у сфері охорони здоров'я (рівність, справедливість);
- зменшення проявів нерівності щодо охорони здоров'я різних соціальних груп населення;
- підвищення доступності медичних послуг для найбільш соціально уразливих та незахищених осіб;
- встановлення вимог до умов, процесу і результатів надання медичної допомоги (стандартизація, сертифікація, ліцензування, акредитація тощо).

Досліджуючи діяльність сучасних механізмів державного управління, доцільно звернутись до робіт Глущенко Н.В., який розмежував підходи до їх визначення. Він виділяє структурно-функціональний підхід, як організаційно-динамічну та реально існуючу систему та структурно-організаційний підхід як сукупність певних складових, явищ, за допомогою яких здійснюється «державне

керівництво суспільством» [57, с. 35]. У практиці державного управління сферою охорони здоров'я виділяють певні перешкоди, які можна узагальнити у наступні проблемні елементи:

- адміністративно-командне управління, в центрі якого стоїть держава;
- відсутність розвитку сучасних моделей співробітництва, де стратегічне керівництво є продуктом спільної діяльності на рівні самоуправління;
- брак міжсекторальної співпраці і об'єднання всіх учасників для досягнення спільної мети – збереження та поліпшення здоров'я людей;
- недосконалість пошуку сучасних соціально-економічних форм та інтеграцій медичних організацій, механізмів державно-управлінського впливу з одночасним контролем доцільності втручання держави у сферу охорони здоров'я [59, с. 115-116].

Механізми державного управління залежать від стійкості та зрівноваженості соціально-економічної системи, її постійного розвитку та пошуку інновацій для забезпечення якості, ефективності та справедливості процесу надання медичних послуг.

У сучасних умовах актуальними змінами ринку медичних послуг є:

- зміна механізмів організаційного впливу, професійних настанов, компетенцій суб'єктів управління [54, с. 37];
- удосконалення управлінських знань і практик у випереджальному режимі стосовно внутрішнього й зовнішнього середовища [57, с. 34];
- опанування механізмами державного управління, одержання кінцевого результату з найменшими суспільними витратами й втратами [57, с. 34];
- соціальна відповідальність за здоров'я населення [74, с. 28];
- збільшення долі аналітичних, інформаційних, прогностичних методів управління [74, с. 28].

Ринок медичних послуг регулюється чотирма ключовими суб'єктами: Міністерством охорони здоров'я України, Національною службою здоров'я України, інститутами соціального забезпечення (Фондом соціального

страхування України, Пенсійним фондом України та Управлінням праці і соціального захисту населення України, Федерацією профспілок України) і приватним сектором. Вони знаходяться у відповідній вертикальній ієрархії та розраховані на певні верстви населення, а механізми державного управління у сфері охорони здоров'я повинні виступати у ролі акумульованої дії між цими суб'єктами.

Відносини у сфері охорони і захисту прав людини, а також у сфері організації та діяльності державної системи охорони здоров'я, медичних закладів, особливості ліцензування, акредитації та контролю за діяльністю медичних установ регулюються нормами адміністративного, конституційного, фінансового та цивільного права. У статті 3 Конституції України визначено, що «людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканість і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю» [108]. Стаття 49 визначає, що «держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності здоров'я» [109].

У своїй монографії «Державне управління регіональним розвитком України» Коротич О., розглядаючи механізми управління, поділяє їх за рівнями впливу на вищій (вищі органи держави), територіальній (обласні державні адміністрації), районі і місцеві (районі державні адміністрації, міські і сільські ради) [111, с. 112].

Харченко Т.О., Нагорна А.О. доповнюють його класифікацію за масштабністю впливу та функціональним призначенням та виділяють комплекси наддержавного, державного, регіонального, місцевого рівня, загальні і специфічні механізми окремих галузей, локальних організацій, підприємств, установ як певний мікрорівень [284, с. 33-34].

Сьогодні на ринку медичних послуг спостерігається розбалансованість нормативно-правових, фінансово-економічних, науково-методичних, соціально-

політичних, інформативно-комунікативних, організаційно-мотиваційних та освітніх механізмів державного регулювання сфери охорони здоров'я. На думку вчених механізми державного регулювання поділяються на два основні блоки: інструменти (tools) та стратегії (strategies). Головним інструментом державного регулювання є законодавство (прийняті законодавчим органом закони, органами виконавчої влади – підзаконні нормативні акти та рішення органів судової влади), застосовуючи яке держава вимагає від суб'єктів суспільних відносин виконання своїх рішень. У процесі розробки нормативно-правових механізмів та стратегії у сфері охорони здоров'я важливу роль грає саме законодавча база [56, с. 74].

Діон Н., Еванс Х., Фаррелл П. до можливих загальних стратегій державного регулювання відносять: примус і контроль; саморегулювання та обов'язкове саморегулювання; режими, що спираються на стимулювання (податки, субсидії); використання ринкових механізмів (з застосуванням необхідних законів); прозорість та публічність діяльності; діяльність органів виконавчої влади; норми, стандарти та обов'язки; державні стратегії та плани дій на майбутнє [327].

У Національній стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні 2015-2020 рр. [152] та проєкту Національної стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року [246] зазначено, що соціально-політичний механізм державного управління з метою стабілізації треба запроваджувати через нормативно-правові механізми управління (закони, постанови, укази, накази, розпорядження, статuti, стандарти, договори, ліцензування, сертифікація, інструменти регулювання), які знайдуть своє застосування в медичній сфері. Кожний нормативно-правовий механізм треба спрямувати на якість сфери охорони здоров'я, зокрема медичної допомоги, доступність та безпеку медичної послуги для населення. Сфера охорони здоров'я є ефективною тоді, коли відносини між її суб'єктами мають чітко визначену взаємодію і відповідальність. Зокрема, проєкт Національної стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року передбачає [246]: збільшення тривалості життя чоловіків та жінок на 3 роки (до 70 та 80 років відповідно); зниження

материнської та дитячої смертності до середнього по ЄС рівня; зменшення передчасної смертності від неінфекційних захворювань на третину; зниження рівня інвалідності через захворювання, яким можна запобігти; скорочення захворюваності та інвалідності від туберкульозу, ВІЛ та гепатиту С; зниження смертності від дорожньо-транспортного травматизму на третину; зменшення споживання тютюну, алкоголю та солі. Згідно з статтею 4 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» встановлено основні принципи державного управління в сфері охорони здоров'я України, що гарантують якість та доступність медичної допомоги населенню. До основних принципів належать: пріоритетність охорони здоров'я; дотримання прав і свобод людини і громадянина, домінування загальнолюдських цінностей над індивідуальними, груповими та національними інтересами; правова рівність громадян; покращення соціально-медичного захисту осіб, які потребують особливої допомоги та уваги; застосування механізмів дотримання соціальної відповідальності державних структур у сфері охорони здоров'я, сприяння розвитку соціального партнерства, гарантування фінансової стабільності медичних установ; підвищення рівня компетентності медичного персоналу; реалізація стратегії розвитку системи охорони здоров'я; орієнтація на новітні механізми та стандарти охорони здоров'я та медичної допомоги; поєднання вітчизняних досягнень у сфері охорони здоров'я із закордонним досвідом; прозорість та ефективність фінансування медичної сфери; децентралізація державного управління [161; 162].

У сучасних умовах проект Національної стратегії розвитку системи охорони здоров'я в Україні до 2030 року [246], Концепція розвитку системи громадського здоров'я [239] та Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України [240] є базовими документами, що визначають стратегію системи охорони здоров'я та наголошують, що в майбутньому медична сфера України має перейти на новий шлях управління та самостійність управління лікувальних установ, беручи до уваги європейський вектор розвитку. Важливим документом також є Концепція розвитку системи громадського

здоров'я, метою якої є формування та реалізація ефективної державної політики для збереження та зміцнення здоров'я населення, збільшення тривалості та покращення якості життя, попередження захворювань, продовження активного, працездатного віку та заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднання зусиль усього суспільства [239]. Положення Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» в свою чергу окреслює особливості нормативних, фінансових та інформаційних механізмів державного управління сферою та містить розробки певної частини програми медичних гарантій на тлі галузевих стандартів охорони здоров'я [207].

Стратегічними напрямками розвитку сфери охорони здоров'я України згідно з Концепцією розвитку охорони здоров'я населення № 1313/2000, що була прийнята у 2000 році для удосконалення нормативно-правового регулювання реформи медичного обслуговування у відповідності до положень Конституції та законів України є [210]: розвиток ПМСД на засадах сімейної медицини; запровадження ефективної системи багатоканального фінансування; формування керованого ринку платних медичних послуг, сприяння діяльності закладів охорони здоров'я всіх форм власності, створення умов для задоволення потреб населення в медичних послугах; ефективне використання наявних кадрових, фінансових і матеріальних ресурсів; розвиток медичної і фармацевтичної промисловості, виробництва лікарських засобів і виробів медичного призначення, здешевлення їхньої вартості та інших. Аналізуючи цей документ, варто зазначити, що питання вирішення проблем забезпечення сфери охорони здоров'я фінансовими ресурсами, їхнього прозорого та раціонального використання медичними закладами, а також соціальний характер фінансування охорони здоров'я залишаються актуальними і в сучасних умовах, бо не мають відображення у відповідному законодавстві [194, с. 139]. З 1 січня 2020 року Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» регулює усі взаємовідносини в сфері медичної допомоги населенню [207]. Інформаційні, нормативні та фінансові механізми державного управління в медичній сфері регулюються законом України Про державні фінансові гарантії

медичного обслуговування населення». Так, згідно статті 1 Розділу 4 надаються гарантії повної оплати медичних послуг та лікарських засобів за рахунок коштів Державного бюджету України усім громадянам, іноземцям та особам без громадянства, які постійно проживають на території України, та особам, яких визнано біженцями або особами, які потребують додаткового захисту [207; 208]. Крім того, згідно пункту 5 Статті 4 встановлено обсяг коштів Державного бюджету України, які спрямовуються на гарантування реалізації медичних програм. Згідно пункту 6 вказано, що не допускається звуження програми медичних гарантій, крім випадків, установлених законом [207]. Крім того, у статті 7 вказано регулювання роботи Уповноваженого органу та Ради громадського контролю. Стаття 8 регулює особливості договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій. Стаття 9 зазначеного закону визначає процедуру гарантованого отримання лікарських засобів та медичних послуг. Стаття 10 вказує на особливості оплати лікарських засобів та медичних послуг згідно з програмою медичних гарантій. Стаття 11 визначає роботу електронної системи в сфері охорони здоров'я [207]. Механізм державного регулювання ринку медичних послуг в Україні сьогодні не має досконалого та системного законодавства, він складається з окремих нормативно-правових та регуляторних механізмів (ліцензування, порядку встановлення тарифів або спеціального режиму господарювання), що використовує держава. Сьогодні першочерговим завданням, що стоїть перед нашою державою, є створення ефективної правової бази в рамках функціонування механізму регулювання системи охорони здоров'я. Правовий механізм має складатись з організованих і взаємопов'язаних елементів та мати за конкретну мету забезпечення законної реалізації суб'єктами їхніх інтересів. Гайдаш Д.С. стверджує, що в умовах демократичного розвитку української держави та формування її правового простору на засадах верховенства права особливого значення набувають законодавчі повноваження органів державної влади. Серед нормативно-правових актів закон виступає головним регулятором суспільних відносин та займає провідне місце у системі державного управління [51]. Законодавче регулювання сфери охорони здоров'я в розвинутій

державі передбачає створення необхідної нормативно-правової бази та механізму реалізації юридичних норм для регулювання діяльності медичної сфери. Регулювання ринку медичних послуг в Україні здійснюється за допомогою системи медичного законодавства, тобто зовнішнього закріплення норм медичного права (рисунок 3.1).

Пропонуємо здійснити систематизацію законодавства у сфері охорони здоров'я з розподілом на загальні нормативно-правові акти що регулюють ринок медичних послуг: 1) основи здійснення діяльності з надання медичної допомоги та медичних послуг; 2) питання взаємовідносин лікувальних закладів і пацієнтів (відносини, що лежать у площині забезпечення прав пацієнтів); 3) регулювання відносин у сфері надання медичних послуг (законодавство у різних сферах надання медичної допомоги); 4) відповідальність за порушення, вчинені у сфері медичних послуг. Аналіз чинного законодавства свідчить, що незважаючи на існуючі проблеми, сучасне нормативно-правове забезпечення сфери охорони здоров'я загалом та діяльності ринку медичних послуг зокрема формується у відповідності з принципами державної політики в сфері охорони здоров'я, що визначені Конституцією України, законодавством про охорону здоров'я та іншими законодавчими актами, які регулюють відносини у сфері надання медичних послуг. Досліджуючи основні програмні документи і законодавчі акти у сфері охорони здоров'я населення, можна виділити першочергові завдання державного регулювання ринку медичних послуг [193, с. 119-120; 272; 293]: проведення активної демографічної політики, яка направляє на стимулювання народжуваності і зниження рівня смертності; забезпечення доступності отримання медичної допомоги всьому населенню; забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення; використання ефективної системи багатоканального фінансування в сфері охорони здоров'я, яка передбачає поетапне збільшення державного асигнування; створення умов, спрямованих на формування та зміцнення здорового способу життя населення; здійснення заходів, що спрямовані на інтенсивний розвиток медичної та фармацевтичної промисловості, виробництво лікарських засобів високого рівня.

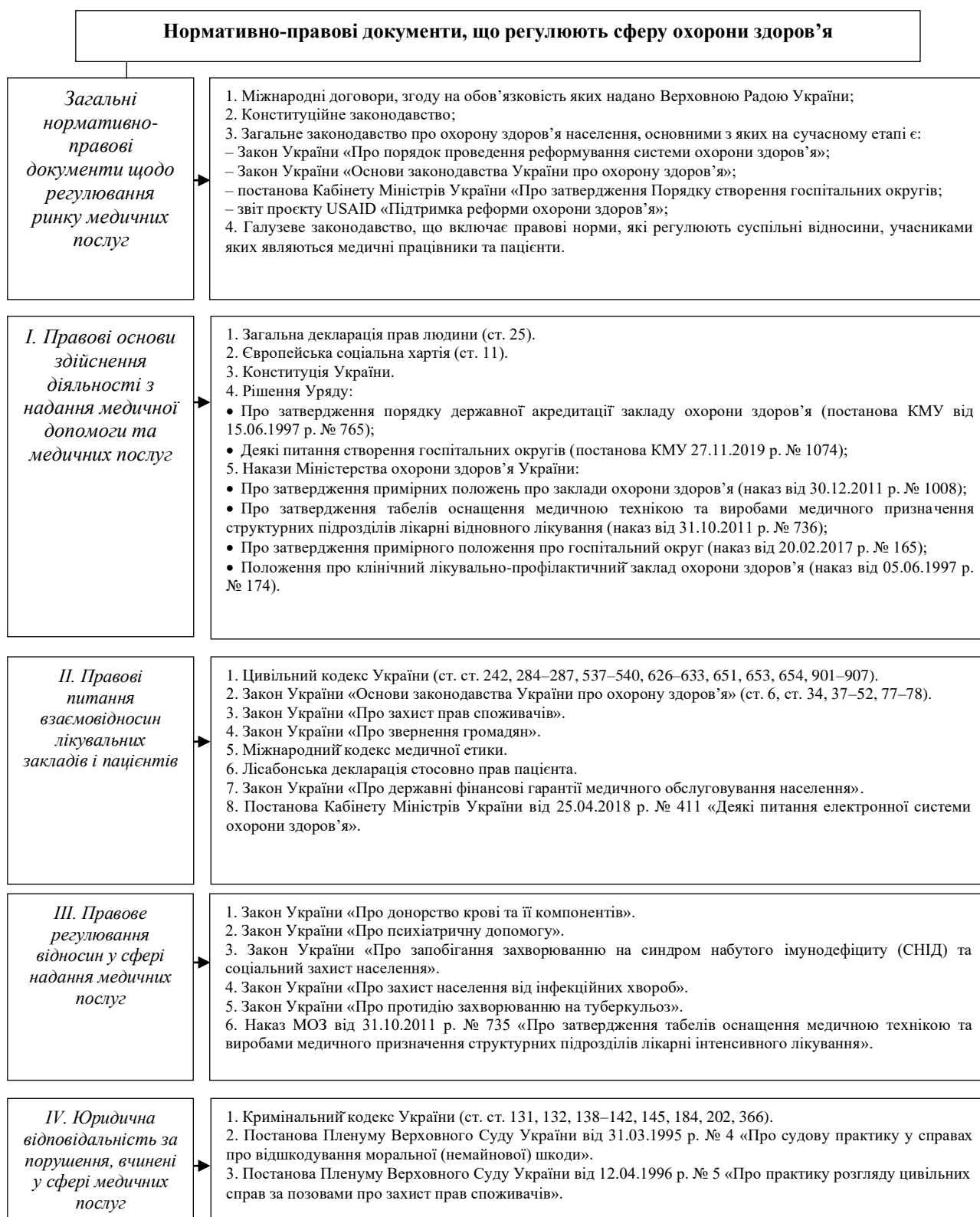


Рис. 3.1. Систематизація нормативно-правових документів, що регулюють сферу охорони здоров'я. Джерело: розроблено на основі [44; 82; 83; 108; 109; 120; 130; 143; 161; 165; 209; 212; 218; 219; 221; 222; 223; 225; 226; 230; 233; 235; 236; 288; 395; 396].

Доцільно виділити загальні і спеціальні функції державного регулювання ринку медичних послуг. До загальних функцій можна віднести: розробку стратегії та механізмів фінансування розвитку медичної сфери, впровадження державних галузевих програм та кадрових змін, контроль за реалізацією прийнятих рішень, моніторинг ефективності медичних закладів. Зі свого боку механізм державного регулювання сфери охорони здоров'я має наступні функції: визначення правил поведінки і дій посадових осіб та персоналу у відповідності до законодавства; встановлення конкретних процедур надання медичних послуг; здійснення контрольної та координаційної діяльності різних внутрішніх і зовнішніх структур, реалізація відомчих повноважень; розробка стратегії, постановка завдань та визначення етапів управлінської діяльності тощо [308, с.5].

На сьогодні всі рівні державного регулювання ринку медичних послуг (міждержавний, державний та регіональний) потребують формування нових та удосконалення існуючих механізмів регулювання. Так, регіональна модель регулювання повинна формуватися як система зі здатністю до саморегуляції і має бути спрямована на досягнення рівноваги між потребами і попитом, можливістю виробництва якісних медичних послуг і достатнього їхнього ресурсного забезпечення [284, с. 33].

На думку Надюка З. необхідно поєднувати державне управління та інститути лікарського самоврядування шляхом передачі частини державних функцій, що регулюють професійну діяльність, всеукраїнському громадському медичному об'єднанню – Всеукраїнському лікарському товариству [147, с. 57]. Курділь Н. також вважає, що нехтування принципом забезпечення самоврядування представників медичної професії у сучасних умовах є однією з головних причин низької, майже нульової ролі медичної громадськості в процесі управління системою охорони здоров'я [123, с. 23]. До кола учасників регулювання процесу надання медичних послуг, окрім органів державної влади, необхідно долучити недержавні установи та агенції.

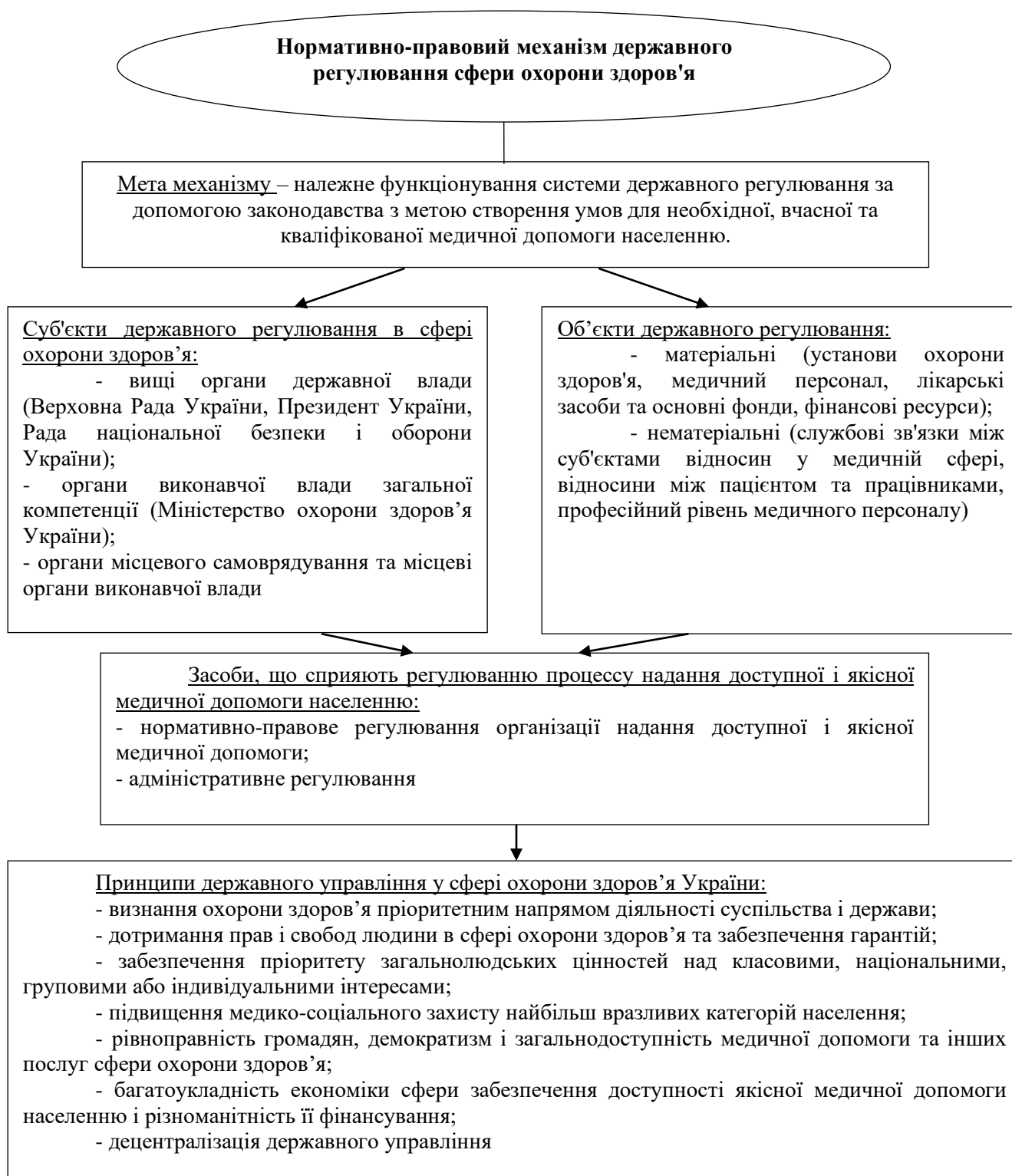


Рис. 3.2. Нормативно-правовий механізм державного регулювання сфери охорони здоров'я. Джерело: розроблено автором.

У деяких країнах держава передає свої повноваження регіональним чи муніципальним органам влади, а саморегулювання здійснюють організації приватного сектору (медичні асоціації, асоціації фондів медичного страхування

тощо). На регіональному рівні для визначення необхідності у медичній допомозі здійснюється розробка і реалізація регіональних програм розвитку медичної допомоги у відповідності до державних програм, в яких враховується чисельність міського та сільського населення, їх співвідношення, щільність населення, дані про кількість хворих, показники смертності, перелік небезпечних об'єктів.

Попов С., Вошко І. вказують на необхідність участі населення у державному регулюванні процесів надання доступної та вчасної медичної допомоги, впроваджуючи громадський контроль – інструмент громадської оцінки ступеня виконання органами влади та іншими підконтрольними об'єктами їхніх соціальних завдань. Вчені виділяють наступні його форми [187, с. 147]:

- 1) звернення громадян;
- 2) громадську експертизу;
- 3) громадські слухання та моніторинг;
- 4) контрольні перевірки на об'єктах громадського контролю.

Але тільки на державу можна покласти повноваження здійснення контролю за організацією медичного обслуговування та відшкодування вартості медичних послуг для забезпечення законних прав учасників системи охорони здоров'я. В Україні держава також дбає про забезпечення контролю за витратами та раціональне використання публічних фінансових ресурсів, що спрямовуються в сектор медичного обслуговування [48]. Для виконання зазначеної функції державою МОЗ розробило методичні рекомендації, в яких наведені розрахунки щодо потреби населення у медичних послугах, прогнозів потреби закладів охорони здоров'я у медичних кадрах, системи оплати їхньої праці, а також зазначені нові вимоги до фінансової звітності та стандартів надання медичної допомоги в умовах нових викликів щодо якості наданих медичних послуг. Причини, показники та принципи ефективності державного регулювання в сфері надання медичних послуг в Україні та їх зміст наведемо у табл. 3.1.

Таблиця 3.1.

Причини, показники та принципи ефективності державного регулювання в сфері надання медичних послуг в Україні

Показник	Зміст
Причини	<ul style="list-style-type: none"> - розвиток інновацій в охороні здоров'я; - підтримка основних показників здоров'я населення на належному рівні; - збереження доступності та підвищення якості медичної допомоги для уразливих верств населення; - наявність тенденцій до монополізації ринку медичних послуг; - створення справедливої системи фінансового забезпечення територіальних програм державних гарантій щодо надання населенню безкоштовних медичних послуг; - підвищення відповідальності суб'єктів системи охорони здоров'я за якість наданих послуг.
Показники	<ul style="list-style-type: none"> - зниження смертності дорослого та дитячого населення від хвороб та дорожньо-транспортних пригод; - забезпечення достатнього обсягу виробництва вітчизняних лікарських засобів і життєво необхідних та найважливіших лікарських препаратів; - збільшення частки державних витрат на системи охорони здоров'я в валовому внутрішньому продукті
Принципи	<ul style="list-style-type: none"> - стандартизація медичної допомоги та соціальна відповідальність держави за проведену політику в сфері охорони здоров'я, забезпечення гарантованого обсягу безкоштовної медичної допомоги, її доступність і якість; - досягнення компромісу між інтересами державних органів та медичних організацій, що надають медичні послуги; - узгодження фінансових можливостей медичних установ з завданнями системи охорони здоров'я; - вирівнювання умов реалізації територіальних програм державних гарантій на мезо-рівні; - створення конкурентного середовища на ринку медичних послуг; - інноваційність в методах управління медичними установами та способах надання медичної допомоги населенню

Джерело: складено та систематизовано автором на основі джерел [71; 249].

На сучасному етапі у механізмі державного регулювання сфери охорони здоров'я є один головний недолік – брак системності у діях держави та узгоджених планів при формуванні законодавчої бази. Саме тому для вдосконалення державно-правового регулювання сфери охорони здоров'я сьогодні необхідно розробити загальну довгострокову державну програму реформування медичної сфери, яка значно покращить дієвість вже запровадженої реформи та передбачить: впровадження різноманітних способів (управлінських, правових, економічних) щодо гарантування та реалізації конституційних прав усіх громадян України на медичне страхування, охорону здоров'я та медичну допомогу; гарантування високоякісної та безкоштовної медичної допомоги у обсязі, встановленому законодавством; створення регульованого ринку медичних послуг, який сприятиме розвитку діяльності медичних закладів та забезпечення доступу населення до необхідних медичних послуг; стимулювання соціально-економічного розвитку шляхом заохочення здорового способу життя, запобігання реклами шкідливих речовин, тютюну та алкоголю. [7, с. 5]. Отже, здійснено систематизацію законодавства у сфері охорони здоров'я з розподілом на загальні нормативно-правові акти, що регулюють ринок медичних послуг:

- 1) основи здійснення діяльності з надання медичної допомоги та медичних послуг;
- 2) питання взаємовідносин лікувальних закладів і пацієнтів;
- 3) регулювання відносин у сфері надання медичних послуг;
- 4) відповідальність за порушення, вчинені у сфері медичних послуг.

Метою наявних в країні реформ сфери охорони здоров'я на сучасному етапі є ефективне законодавче забезпечення сфери для досягнення головної складової державної політики – збереження та покращення здоров'я населення. Необхідно прагнути, щоб вітчизняна система охорони здоров'я була побудована на прогресивній законодавчій базі та передовому досвіді розвинутих європейських країн в сфері охорони здоров'я, враховуючи соціально-економічні умови, особливості правового поля та політичної системи України.

3.2. Можливості адаптації медичного законодавства України до законодавства Європейського Союзу

У 1947 році було створено Всесвітню медичну асоціацію (далі – ВМА), що сформувалась з громадських організацій лікарів 64 держав світу. Вона прийняла велику кількість документів: Міжнародний кодекс медичної етики (1983 р.), Декларацію з прав людини і особистої свободи медичних працівників (1985 р.), Декларацію стосовно незалежності та професійної свободи лікаря (1986 р.), Декларацію стосовно еутаназії (1987 р.), Декларацію стосовно трансплантації людських органів (1987 р.), Заяву про торгівлю людськими органами (1985 р.), Рекомендації з надання медичної допомоги у сільській місцевості (1983 р.), Дванадцять принципів надання медичної допомоги у будь – якій системі охорони здоров'я (1983 р.), Заяву про використання психотропних засобів та зловживання ними (1983 р.), Заяву про політику в СОЗ дітей (1987 р.), Заяву про доступність медичної допомоги (1988 р.), Декларацію про жорстоке ставлення до людей похилого віку та старих (1990 р.), Заяву про політику в сфері лікування смертельно хворих пацієнтів (1990 р.) [43]. Важливими є документи, які визначають етичні норми і правила поведінки лікаря: заява про свободу контактів між лікарями (1984 р.), декларація про незалежність та професійну роботу лікаря (1986 р.), заява про підготовку медичних кадрів (1986 р.), заява про професійну відповідальність за якість медичного обслуговування (1996 р.) [186, с. 75]. Документ ВМА – Лісабонська декларація про права пацієнта, прийнята 1981 році із урахуванням змін та доповнень, зроблених у вересні 1995 р. Як передбачено у Преамбулі зазначеної декларації, відносини між лікарями, пацієнтами та громадськістю зазнали змін [129].

У 1967 році створено Всесвітню асоціацію медичного права (далі – ВАМП). Вона об'єднала медиків, юристів, організаторів охорони здоров'я, спеціалістів з біоетики та інших зацікавлених осіб майже з усіх держав світу, крім СРСР [132]. ВАМП займається розвитком права в СОЗ. Створюються нові міжнародні об'єднання лікарів, відбуваються форуми, нерідко присвячені питанням медичного права, що охоплює найгостріші аспекти життя та здоров'я

людини та суспільства. Конвенції Міжнародної організації праці теж містять стандарти, які певною мірою також стосуються охорони здоров'я.

Міжнародно-правові акти з прав людини, які визначають міжнародні стандарти у СОЗ, є дуже важливою основою для захисту одного з головних прав людини і громадянина. З метою реального здійснення прав людини, зокрема права на охорону здоров'я, потрібно на національному рівні створити відповідну законодавчу базу, хоча прийняття самих законів не можна розцінювати, як достатній захід.

Права людини в СОЗ закріплюються також і в регіональних міжнародно-правових актах з прав людини, що містять міжнародні стандарти у СОЗ. До таких актів належить Європейська соціальна хартія, прийнята 18 жовтня 1961 року. Ця хартія – єдиний документ, що гарантує певною мірою основні соціальні й економічні права. Для того, щоб гарантувати в Україні право на медичні послуги кожній людині та громадянину, необхідно поряд із створенням незалежної нормативно-правової бази в СОЗ вжити заходів в адміністративній, політичній, економічній, судовій, соціальній, освітній та інших сферах державного та суспільного життя. Зауважуючи еволюцію у сфері соціальних прав за останні роки, цей документ став європейським договором про захист людини, що відповідає реаліям XXI століття [82]. Європейська соціальна хартія закріплює низку положень, які прямо чи опосередковано вимагають на ринок медичних послуг. Держави з метою забезпечення ефективної реалізації права на охорону здоров'я повинні вжити заходів, спрямованих відповідно до тексту ст. 11 хартії на усунення причин захворювань, створення консультативних та освітніх закладів, що мають на меті сприяти зміцненню здоров'я населення і схваленню особистої відповідальності людей за своє здоров'я, запобіганню епідеміям, а також нещасним випадкам [82; 83]. Важливим чинником адаптації законодавства України у сфері медичних послуг стало набуття Україною членства у Раді Європи у 1995 р. Визнання юрисдикції Європейського Суду з прав людини, виконання його рішень щодо України, вивчення та впровадження прецедентної практики, напрацьованої цим судом, збагатило вітчизняні

механізми правотворення та правозастосування за рахунок засвоєння європейських правових цінностей та принципів права. І хоча діяльність Ради Європи та її інституцій безпосередньо не пов'язана з функціонуванням ЄС, ці обидві регіональні європейські організації керуються спільними принципами верховенства права, демократії, захисту та поваги прав і свобод людини [87].

Згідно з Законом України «Про Загальнодержавну програму адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу» від 18 березня 2004 року №1629-IV затверджено загальнодержавна програма адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу (ЄС). Ця програма вказує, що адаптація українського законодавства є пріоритетним напрямком зовнішньої політики України. Крім того, така адаптація є важливим компонентом європейських інтеграційних процесів України [209]. Угодою про партнерство і співробітництво між Україною і Європейськими співтовариствами та їхніми державами-членами від 14 червня 1994 року визначено основні сфери адаптації законодавства, серед яких охорона здоров'я є першочерговою сферою на першому етапі виконання Програми [172]. Постановою Кабінету Міністрів України від 16 серпня 1999 р. № 1496 «Про Концепцію адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу» (надалі – Концепція) адаптацію законодавства України до законодавства ЄС визначено як процес зближення та поступового приведення законодавства України у відповідність із законодавством ЄС [209].

Впровадження та дотримання Рішення Генеральної ради СОТ від 30 серпня 2003 року до пункту 6 Дохійської декларації. Україна зобов'язується привести своє законодавство стосовно захисту даних лікарських засобів у відповідність із законодавством ЄС в дату, яку визначить Комітет з питань торгівлі [49]. Ураховуючи інтеграційні процеси, що відбуваються в Європі та світі, участь України у них, вважаємо, що можна запропонувати таку класифікацію законодавства у сфері охорони здоров'я: законодавство, що базується на міжнародно-правових нормах; норми національного законодавства.

У межах міжнародно-правових норм, що стосуються тих чи інших питань у сфері охорони здоров'я, виділяємо [325]:

1) групу міжнародно-правових стандартів прав людини у сфері охорони здоров'я. До даної групи відносимо: Загальну декларацію прав людини 1948 р. (її роль та значення для міжнародно-правової регламентації прав людини неодноразово підкреслюються в юридичній літературі); Міжнародний пакт про громадські та політичні права 1966 р.; Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права 1966 р. Окремо відзначаємо положення Міжнародної конвенції про ліквідацію всіх форм расової дискримінації 1966 р., Конвенції про ліквідацію всіх форм расової дискримінації щодо жінок 1979 р., Конвенції про права дитини 1989 р., Конвенції про права осіб з інвалідністю 2006 р. [325];

2) групу міжнародних договорів у сфері громадського здоров'я, до яких відносимо: положення Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі – ВООЗ), Міжнародні медико-санітарні правила 2005 р., Рамкову конвенцію ВООЗ із боротьби проти тютюну 2006 р. Зазначимо також міжнародно-правові документи, ухвалені в межах Ради Європи: Європейську конвенцію про захист прав людини і основних свобод 1950 р.; Європейську соціальну хартію 1996 р., Конвенцію Ради Європи про підроблення медичної продукції та подібні злочини, що загрожують охороні здоров'я, 2011 р. та документи Всесвітньої медичної асоціації, Організації всесвітнього співробітництва та розвитку [49; 157; 403].

Окремою складовою законодавчого врегулювання питань, що пов'язані із наданням медичних послуг та ринком медичних послуг, є врегулювання питань фінансування галузі та її фінансово-економічного забезпечення. Організація Економічного Співробітництва та Розвитку (ОЕСР) встановила, що різке зростання витрат на ОЗ зумовлено зростанням цін та збільшенням використання медичних послуг. Структура витрат на ОЗ відображає, що вони фокусуються на досить незначній частині населення. В деяких країнах 5% населення сплачує 50% витрат на ОЗ. В середньому ті, кому за 65 років, складають 1/4 населення працездатного віку. Якби витрати на ОЗ для груп ризику не були розподілені на

все суспільство, ці люди були б не в змозі заплатити за лікування, якого вони потребують, і, вірогідно, їхнє здоров'я, яке в будь-якому разі є поганим, ще більше погіршилось би. Соціалізоване фінансування витрат на ОЗ передбачає застосування принципу солідарності, що означає розподіл ризиків на все населення, і сприяє фінансуванню системи в залежності від доходу, через оподаткування чи соціальні внески. Це єдина форма доступу до лікування, яка є в основному міжвіковою. В середньому громадсько-державні витрати на ОЗ, що в основному складаються з витрат на соціальний захист, становлять від 70 до 85% всіх витрат на ОЗ в ЄС. Країни з низьким ВВП мають найнижчі рівні соціального фінансування. Варіювання складає від 91.8% для Люксембургу до 57.7% для Греції [330]. У світі існує чотири моделі фінансування медичного страхування. Вибір однієї з них залежить від вибору джерела фінансування з-поміж податкових коштів, коштів з фонду обов'язкового страхування та прямих платежів пацієнтів, а також визначення місця держави у цьому процесі. Розглянемо моделі фінансування детальніше та проаналізуємо, яку з них найкраще адаптувати в Україні [16] (рисунок 3.3.):

1. Модель Бісмарка передбачає, що всі заклади охорони здоров'я є приватними, а оплата медичних послуг проводиться з фонду страхування працівників. Даний фонд акумулює кошти від роботодавців та працівників шляхом здійснення відрахувань із заробітної плати. Така модель діє у Франції, Нідерландах, Німеччині, Бельгії, Японії, Швейцарії.

2. Модель Беверіджа ґрунтується на тому, що медичні установи переважно знаходяться у державній власності, при цьому використовують податки для надання та фінансування урядом медичного обслуговування. Відповідно до даної моделі пацієнт самостійно не платить за медичні послуги. Дана модель переважно діє у Великобританії, Іспанії, Скандинавії та Новій Зеландії.

3. Третя модель є сукупністю першої та другої. Вона переважно застосовується у Канаді. Згідно з цією моделлю медичні послуги надаються приватними постачальниками, але оплачуються вони за рахунок коштів державної програми страхування. Паралельно відбувається контроль витрат на

медичні послуги шляхом обмеження відшкодування вартості деяких послуг, а також формуванням листків очікувань на певний вид послуг.

4. Модель прямої оплати, згідно з якою медична допомога оплачується напряму медичним установам. Дана модель застосовується у розвинутих країнах для окремої категорії послуг, більшістю країн - при купівлі лікарських засобів, що відпускаються без рецепта.

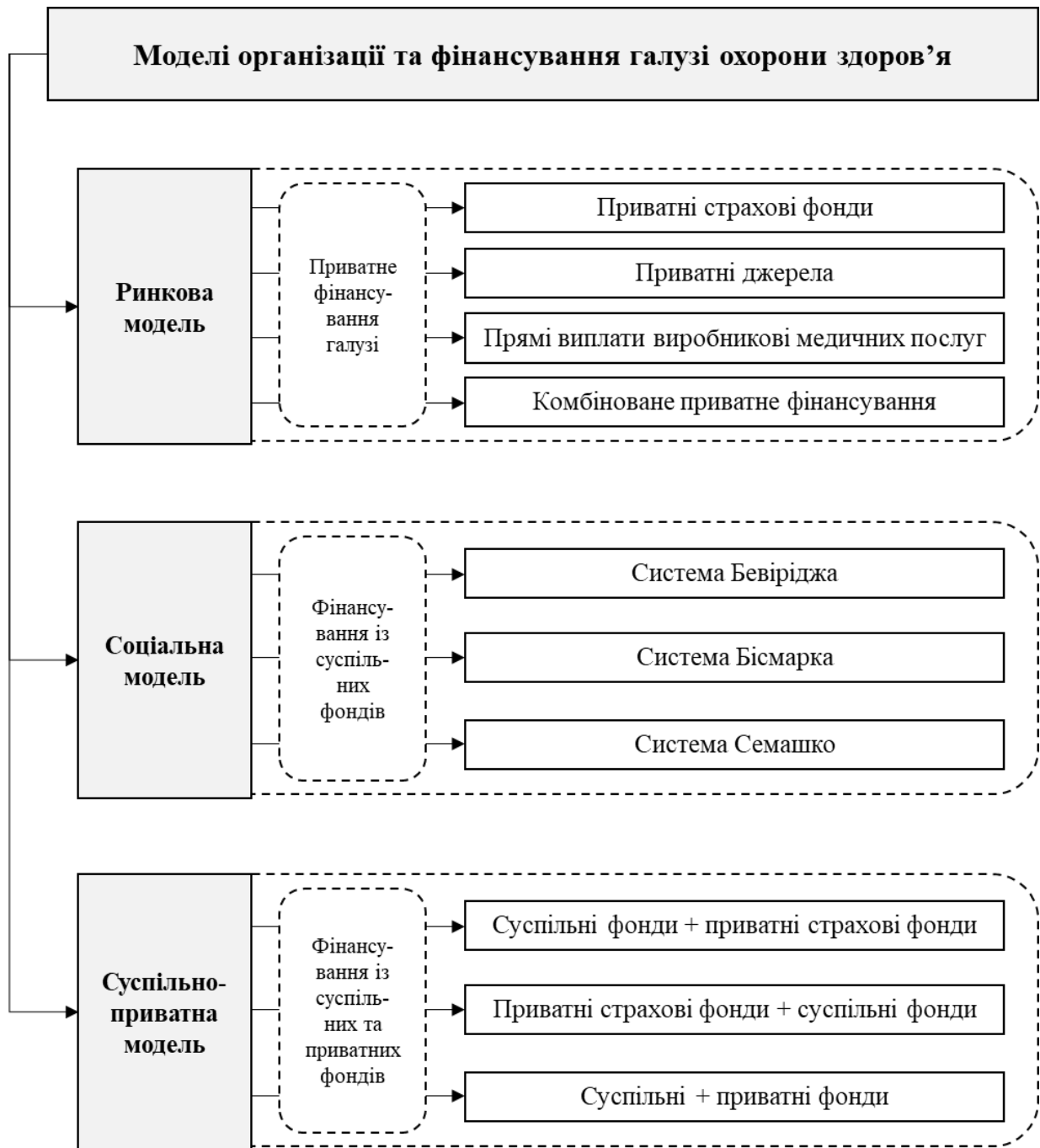


Рис. 3.3. Моделі організації та фінансування сфери охорони здоров'я. Джерело: складено та систематизовано автором на основі джерел [309; 397; 339].

Проте, варто зазначити, що ідеальної моделі не існує за визначенням. На сьогодні можна виділити три основні системи охорони здоров'я у світі: державна система (Великобританія); страхова система (представлена в таких європейських країнах, як Франція, Австрія, Бельгія, Швейцарія, Японія; деяких країнах Латинської Америки); приватна система (Сполучені Штати Америки).

Проте у вище вказаних країнах зазначені системи не представлені в чистому вигляді. Навіть у країнах з державною системою охорони здоров'я є організації, що здійснюють приватне медичне страхування [328; 383]. Державна система регулювання ринку медичних послуг розвивається як напрям соціальної політики. У результаті держава посилює свій вплив і контроль над діяльністю медичних і страхових організацій. Наприклад, у Великобританії основна частина коштів надходить з державного бюджету і розподіляється зверху вниз по управлінській вертикалі.

Централізоване фінансування також дозволяє стримувати зростання вартості лікування. Проте існують недоліки державної системи охорони здоров'я, наприклад, схильність до монополізму, відсутність у пацієнта можливості вибору лікаря чи лікувального закладу. страхова система заснована на принципах солідарності. Страхові організації та застраховані особи мають можливість здійснювати контроль над використанням страхових коштів. Застраховані особи також можуть вибрати лікаря та лікувально-профілактичний заклад. Фінансування подібних систем здійснюється з трьох джерел: страхові внески підприємців (відрахування із доходів); страхові внески осіб, які працюють (відрахування із заробітної плати); кошти з Державного бюджету. Наприклад, у Німеччині діє одна з найбільш розвинених систем соціального медичного страхування, якою охоплено понад 90% населення. Система обов'язкового медичного страхування реалізує свою діяльність через страхові організації — лікарняні каси.

Республіка Австрія. Система охорони здоров'я Австрії рухається в напрямку профілактичної медицини. Основним кроком стало створення Федерального медичного управління та Регіональних медичних

комітетів. Соціальне страхування Австрії передбачає послуги у випадках: захворювання, інвалідності, вагітності і народження дитини, безробіття, похилого віку, смерті годувальника. Фінансування соціального страхування здійснюється через внески, які платять самі застраховані або їхні роботодавці.

Австрійці мають медичне соціальне страхування. Застрахований має право на лікування в стаціонарних умовах без обмежень перебування в клініці. Деякі медичні та сестринські послуги надаються вдома. До переліку послуг вдома, які покриває страховка, входять ін'єкції, перев'язування післяопераційних ран, догляд за важкохворим. Варто зазначити, що страховка покриває лише психологічні діагностичні процедури. Психотерапія ж оплачується самим пацієнтом [387].

Естонська Республіка. В Естонії була реалізовано одну з найбільш вдалих медичних реформ серед пострадянських країн [387].

У відносно короткі терміни було змінено принципи медичного фінансування та надано автономію клінікам. За десять років в країні було створено нову систему охорони здоров'я, яка за показниками не поступається іншим європейським країнам.

Реформа і реорганізація системи охорони здоров'я Естонії почалися з 1990 року і відбувалися в кілька етапів. У 1992 році було створено 22 державні фонди медичного страхування в кожному регіоні. Для управління їхньою діяльністю було створено Асоціацію фондів медичного страхування, яка в 1994 році була реорганізована в Центральний фонд медичного страхування (ЦФМС). Це незалежна публічно-правова організація, відповідальна за соціальне медичне страхування [387].

У 2001 році функції ЦФМС і 22-х регіональних фондів перейшли до семи філій Фонду медичного страхування, утворених шляхом злиття регіональних фондів. Об'єднання представництв в кожному регіоні дозволило раціонально використовувати працю кваліфікованих фахівців і знизити управлінські витрати. Система охорони здоров'я в Естонії фінансується в основному за рахунок податків [387]. З 1992 року головним джерелом фінансування є цільовий

податок із заробітної плати. На його частку припадає понад 60% всіх витрат на охорону здоров'я. З державного бюджету покривається трохи більше 8% загальних витрат на охорону здоров'я, з муніципальних — близько 2% [387].

Великобританія. Великобританія є однією з небагатьох європейських країн, де переважна частина (95%) медичних установ належить державі. У цій країні домінує державна система охорони здоров'я. Департамент охорони здоров'я створює і контролює впровадження законів, нормативних актів в медичній сфері. Рішення на локальному рівні приймають місцеві підрозділи NHS. Медичні послуги у Великобританії поділяють на первинні (первинна медична допомога) та вторинні (спеціалізовані послуги). Стратегічним управлінням охорони здоров'я. Залежно від сфери діяльності трасти поділяються на кілька груп, основною з яких є трасти первинної ланки: невідкладної допомоги; забезпечення, психічного здоров'я [387].

Республіка Словенія. У країні введено обов'язкове медичне страхування, яке покриває всі верстви населення, в тому числі безробітних. На сьогодні реформа зосереджена на підвищенні якості медичних послуг та їхній доступності. У 2004 році «Закон про медичне страхування» було приведено у відповідність до директив ЄС, що стало показником його прогресивності та ефективності [387].

Федеративна Республіка Німеччина. Охорона здоров'я Німеччини ґрунтується на структурованій системі медичного страхування, що складається з державного медичного страхування і страхування приватних фондів. Державне страхування має приблизно 89% населення; приватну страховку — 9% німців; 2% населення отримують медичне обслуговування із спеціальних державних програм (військовослужбовці, поліцейські) [310; 398].

Приватна система медичного страхування найбільш широко представлена у США. Вона характеризується децентралізованістю, високим розвитком інфраструктури страхових організацій та відсутністю державного регулювання. Приватною формою медичного страхування охоплено понад 80% населення. У США діє приблизно 1500 приватних страхових компаній [343].

Державна модель (у Західній Європі її називають моделлю Беверіджа, а в країнах колишнього Радянського Союзу — моделлю Семашко) здійснює переважно (до 90 %) фінансування системи охорони здоров'я за рахунок державного та місцевого бюджетів. Населення країни отримує медичну допомогу безкоштовно (за винятком невеликого набору медичних послуг). Отже, держава є головним покупцем і постачальником медичної допомоги. Ринку медичних послуг тут відведена другорядна роль. Ця модель з 1948 р. існує у Великобританії, вона характерна також для Ірландії (1971 р.), Данії (1973 р.), Португалії (1979 р.), Італії (1980 р.) та Іспанії (1986 р.) [352; 355].

Бюджетно-страхова (концепція Бісмарка) модель фінансування системи охорони здоров'я базується на принципах змішаної економіки, поєднуючи в собі ринок медичних послуг з розвиненою системою державного регулювання, соціальних гарантій та забезпечення доступності медичної допомоги для усіх верств населення. Вона характеризується, у першу чергу, наявністю обов'язкового медичного страхування (далі - ОМС) всього або майже всього населення країни за певної участі держави у фінансуванні страхових фондів. Держава тут відіграє роль гаранта в задоволенні суспільно необхідних потреб усіх або більшості громадян у медичній допомозі незалежно від рівня доходів, не порушуючи при цьому ринкових принципів оплати медичних послуг. Роль ринку медичних послуг зводиться до задоволення потреб населення понад гарантований рівень, забезпечуючи свободу вибору і суверенітет споживачів [319; 354].

Отже, з вищенаведеного можна зробити такі висновки : в Україні ратифіковано більшість нормативно-правових актів міжнародного рівня щодо системи державного регулювання ринку медичних послуг. Разом із тим, система надання медичних послуг перебуває на стадії реформування та змін, ефективність яких варто буде визначити після повного завершення реформи, ключовими аспектами якої є: підвищення загального рівня якості та доступності надання медичних послуг, забезпечення пацієнтів необхідними лікарськими препаратами; максимального задоволення потреб пацієнтів

висококваліфікованими кадрами в закладах охорони здоров'я, оптимізація та перерозподіл фінансування системи надання медичних послуг.

3.3. Взаємодія суб'єктів ринку в рамках організаційно-управлінського механізму державного регулювання ринку медичних послуг

До останнього часу в Україні функціонувала система надання медичних послуг, організована за принципом ліжко-місць та адміністративного регулювання. Необхідність зміни та оптимізації цієї системи в умовах підвищення якості, доступності та оптимізації фінансових витрат на систему медичних послуг зумовили початок впровадження медичної реформи, яка передбачала зміни законодавства, організаційно-управлінського та фінансового механізмів державного регулювання ринку медичних послуг.

Усі етапи по реформуванню системи охорони здоров'я на шляху до запровадження обов'язкової страхової медицини зображено на рисунку 3.4.

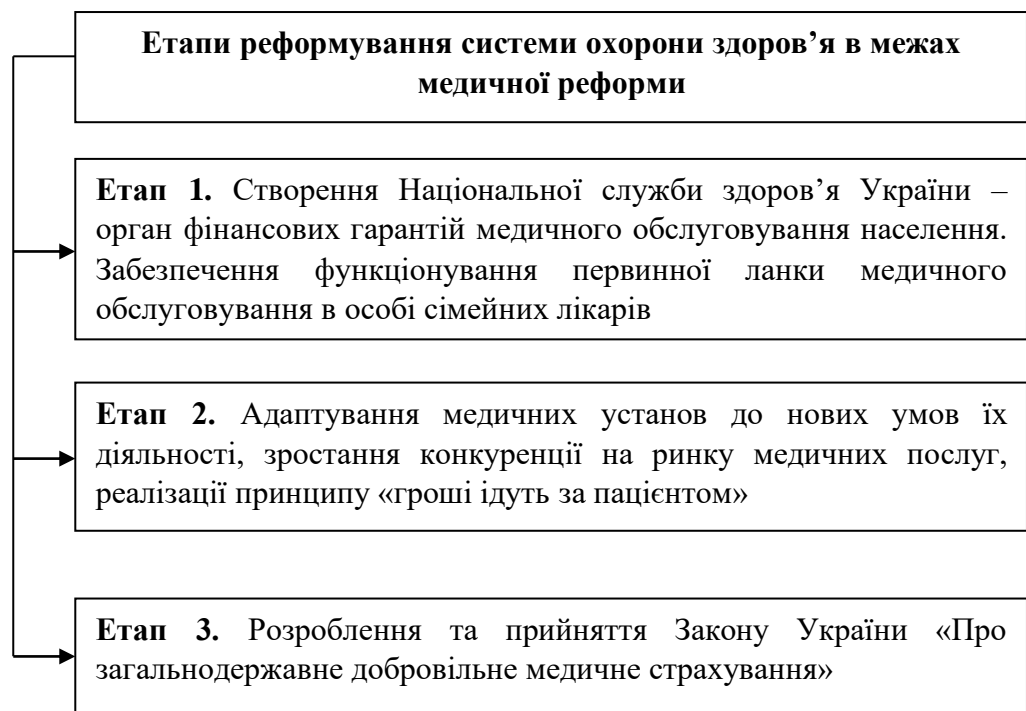


Рис. 3.4. Етапи реформування системи охорони здоров'я в Україні.
Джерело: систематизовано та складено автором на основі джерел [341].

Впродовж тривалого часу в Україні не було чітко визначеного обсягу державних гарантій, тобто сум, що виділяються на лікування одного пацієнта. Система фінансування медичних послуг не могла захистити населення від катастрофічних витрат у випадку хвороби. Це довело неефективність системи охорони здоров'я загалом, у результаті чого заклади медицини відчують гостру нестачу не тільки в обладнанні, але і в оплаті праці медичного персоналу. За таких умов ця система охорони здоров'я вимагала докорінної модернізації. Активну модернізацію було розпочато у 2018 році, однак, в умовах недостатнього фінансування та настання медичної кризи внаслідок пандемії коронавірусу 2020 року питання державного регулювання ринку медичних послуг стало ще більш актуальним.

Президентом України 11 грудня 2020 року було підписано фінансовий документ, відповідно до якого доходи і витрати Державного бюджету збільшуються на 8%, однак витрати на охорону здоров'я, навпаки, зменшуються. На 2020 рік було виділено 116 мільярдів гривень, що становить 2,6 % ВВП країни (Закон України «Про Державний бюджет України на 2020 рік»). Порівнюючи з 2020 роком, витрати на охорону здоров'я у 2017 році становили близько 8% ВВП, і навіть у той час відчувалася нестача коштів. Робота закладів охорони здоров'я в умовах катастрофічної нехватки коштів та пандемії вимагає нових підходів у регулюванні. У 2021 році обсяги витрат на охорону здоров'я дещо зросли у порівнянні із попереднім періодом [44; 207; 229]. Внаслідок повномасштабного військового вторгнення та збільшенням видатків на армію у 2022 році разом із паралельним скороченням обсягів видатків на інші галузі та надходжень до Державного бюджету, доцільно визначити, що система охорони здоров'я фінансується за принципом військових потреб та оперативної медицини, що є логічним в умовах військового стану.

На наступному етапі відбувається адаптація всіх медичних установ до умов діяльності з поступовим формуванням вторинної та третинної ланки надання медичних послуг. Третім етапом, який на даний момент ще не впроваджено є формування на законодавчому рівні відповідних засад для

створення системи добровільного медичного страхування як передумови для формування засад розвитку обов'язкового медичного страхування. На даному етапі пропонується здійснювати тісну взаємодію із страховими компаніями щодо створення переліку медичних послуг та лікарських засобів, вартість яких має покриватись за рахунок страхових коштів та формування консолідованого пакету оцінювання ризиків.

У 2020 році планувалось розпочати практичне введення страхової медицини в нашій країні [311, с. 165].

Проте, у 2020 році, як зазначав міністр охорони здоров'я, в уряді розраховували надати українцям на обговорення законопроект про модель страхового медичного забезпечення. Також, Міністерство охорони здоров'я України зазначало, що поки немає єдиної думки, яким чином має виглядати реформа, відсутня також робоча група з обговорення особливостей її проведення. У межах спільних обговорень між міністерством та робочою групою планувалося визначити, яким чином мусять акумулюватись кошти та на що їх спрямовувати. Окрім того, на початковому етапі дискусії мають обмежуватись особливостями запровадження добровільного страхування та включення держави до цього процесу [167].

Дані факти ще раз підтверджують неможливість введення обов'язкового медичного страхування в нашій країні, що спричинено в першу чергу відсутністю фундаментальних передумов для його проведення. Всі описані вище кроки якраз і формують базу для подальшого введення даного виду страхування в нашій державі.

На сьогодні ринок медичних послуг за своїм характером є складною організаційно-управлінською системою. Насамперед, він вирізняється тим, що має велику кількість формуючих елементів, які відповідають за різні функції.

Зокрема, заклади, що безпосередньо надають послуги населенню, та пацієнти є основним елементом системи, які безпосередньо пов'язані та взаємодіють одне з одним (рисунок 3.5). До складу цієї системи також входять

органи державної влади, що здійснюють діяльність по ліцензуванню та сертифікації закладів медицини, різні громадські організації, що займаються моніторингом ринку медичних послуг, та організації, що надають посередницькі послуги. Усі ці учасники ринку або суб'єкти медичного ринку формують організаційну та управлінську структуру. Взаємодію суб'єктів медичного ринку наведено на рисунку 3.5.

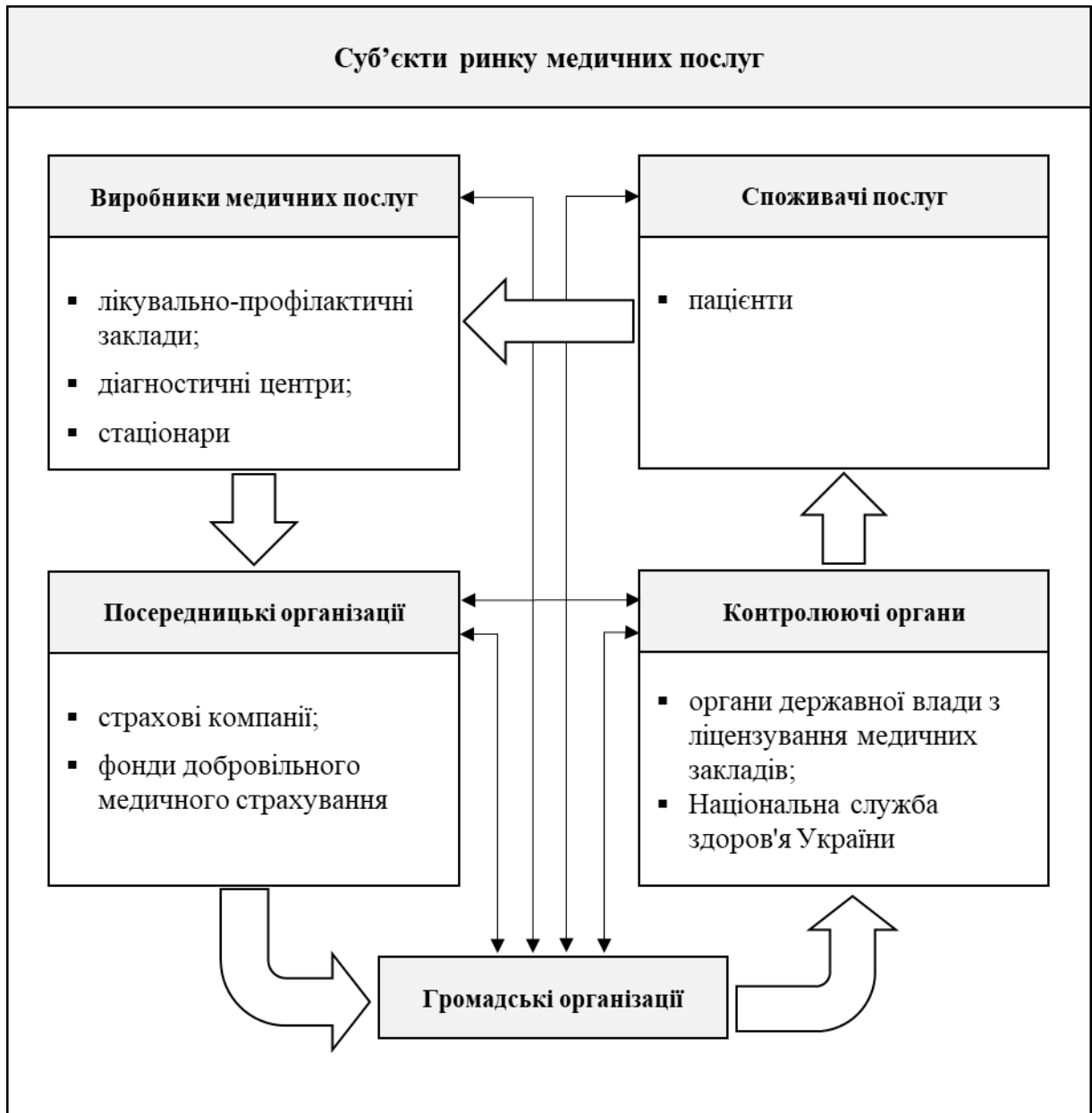


Рис. 3.5. Взаємодія суб'єктів ринку медичних послуг. Джерело: розроблено автором.

Всі учасники процесу надання медичних послуг є взаємопов'язаними між собою. Зокрема, пацієнти звертаються безпосередньо до виробників медичних

послуг для того, щоб отримати консультації чи лікування. Однак за умови використання посередницьких організацій, якими є страхові компанії, саме вони стають безпосередніми замовниками медичних послуг і в подальшому передаватимуть право користуватися послугою пацієнтові. Оскільки в Україні є недостатньо розвиненими ні добровільне, ні обов'язкове медичне страхування, то більш поширеними є прямі звернення пацієнтів до закладів діагностики та лікування. Разом з цим, пацієнти мають прямі зв'язки з громадськими організаціями, що виконують функцію фінансування лікування. Ці громадські організації, підпорядковуючись контролюючим органам, можуть активно взаємодіяти і з клініками, і з посередницькими організаціями. Дана система є нерозривною й не може існувати без якогось із елементів. Саме тому взаємодія всіх учасників медичного ринку відбувається на основі семи концептуальних правил:

1) Цілісність. Всі елементи даної системи є одним цілим, оскільки всі вони об'єднані заради однієї мети - підтримки та зміцнення здоров'я населення. Система суб'єктів медичного ринку характеризується цілісністю територіального розміщення, тобто ця система обмежена певними територіями, якими можуть виступати сільські, селищні, міські, обласні медичні установи.

2) Взаємозалежність елементів системи. Елементи медичного ринку побудовані таким чином, що функціонування одних залежить від функціонування інших. Таким чином, якщо виключити певний елемент із системи, наприклад, пацієнтів, то робота всієї системи буде неповноцінною, а функціонування медичної системи припиниться.

3) Багатофункціональність системи, яка проявляється тому, що кожен елемент системи має свої функції. Зокрема, пацієнти виконують функцію споживачів, заклади лікування - виконавця послуг, страхові організації виконують посередницькі функції, а органи державної влади - контролюючі.

4) Адаптивність, тобто здатність системи пристосовуватися до змін навколишнього середовища та потреб ринку. Це бачимо на прикладі останніх подій, що пов'язані із пандемією, коли одні медичні заклади перепрофільовуються на такі, яких не вистачає на ринку.

5) Стохастичність або ймовірнісний характер функціонування, що обумовлено появою непередбачуваних ситуацій або змінами зовнішнього середовища здоров'я [44].

6) Динамізм, залежність параметрів функціонування від часу. Оскільки зміни як всередині ринку медичних послуг, так і в зовнішньому середовищі відбуваються постійно, то даний ринок реагує на всі втручання шляхом внесення змін у систему.

7) Здатність до розвитку. Наявність потенціалу розвитку системи, що дозволяє покращувати її структуру, змінювати потрібним чином функції, удосконалювати систему загалом. Це правило застосовується повною мірою, так як галузь, що активно розвивається, заставляє ринок медичних послуг реагувати на виклики шляхом зміни системи управління та організаційної структури [11, с. 12].

Українська система надання медичних послуг створена за принципом вертикального підпорядкування. Зі свого боку державні організаційно-управлінські відносини між суб'єктами системи охорони здоров'я формуються у ієрархічному порядку (рисунок 3.6).

Найвищим законодавчим органом влади є Верховна Рада України, вона приймає закони із питань охорони здоров'я та фінансування, за яким функціонує система. Комітет з питань охорони здоров'я Верховної Ради України формує політику в даній сфері та розробляє цільові комплексні програми, що мають загальнодержавне значення.

Основними повноваженнями Верховної Ради України щодо регулювання ринку медичних послуг є:

– визначення цілей, завдань та напрямів державного регулювання у сфері охорони здоров'я;

- встановлення нормативів й обсягів бюджетного фінансування;
- створення системи відповідних кредитно–фінансових, митних та інших регуляторів;
- затвердження переліку комплексних та цільових загальнодержавних програм охорони здоров'я [22, с. 72].

Гарантом права громадян України та отримання медичних послуг є Президент України. Регулювання ринку медичних послуг Президентом України проводиться за допомогою підписання відповідних правових актів з питань охорони здоров'я [35, с. 35]. Водночас функцією Президента України у регулюванні питань охорони здоров'я є: несення особистої відповідальності за реалізацію національної політики в сфері охорони здоров'я; забезпечення виконання законодавства за допомогою системи органів влади при реалізації державної політики; укладення міжнародних договорів, зокрема тих, які відносяться до питань міжнародного співробітництва в сфері охорони здоров'я, що відповідають певним нормам Конституції; регулювання окремих питань охорони здоров'я громадян; організація державного регулювання за допомогою затвердження програм з охорони здоров'я населення [35, с. 35].

Мережа закладів охорони здоров'я – сукупність закладів охорони здоров'я, що забезпечують потреби населення у медичному обслуговуванні на відповідній території [220].

Заклади охорони здоров'я є виконавцями, постачальниками медичних послуг населенню. У межах закладу охорони здоров'я суб'єктів можна класифікувати за такими принципами:

- 1) адміністрація медичного закладу;
- 2) працівники закладу охорони здоров'я (лікарі);
- 3) особи, які організують забезпечення медичного закладу різноманітними ресурсами;
- 4) пацієнти.

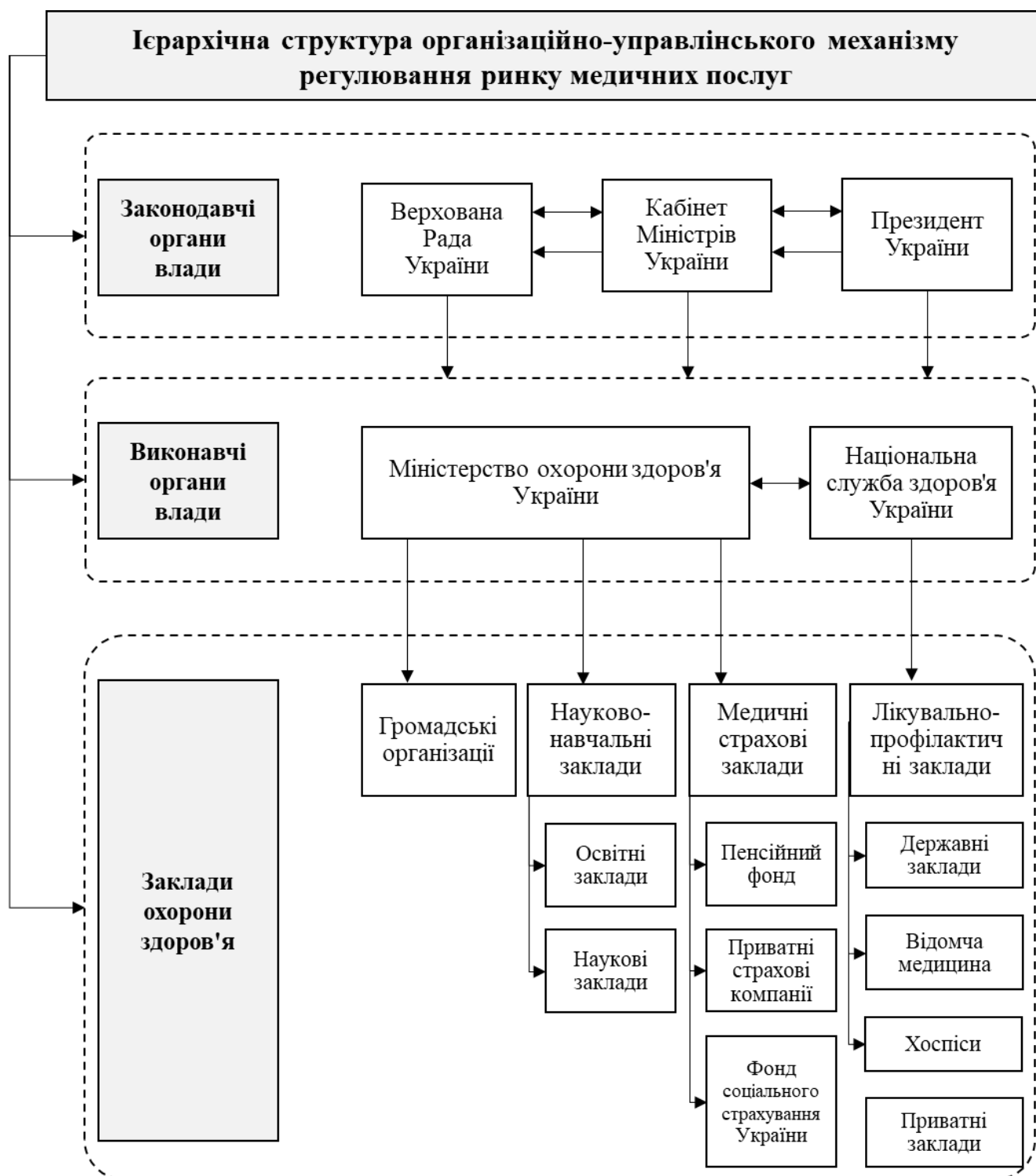


Рис.3.6. Ієрархічна структура організаційно-управлінського механізму регулювання ринку медичних послуг. Джерело: розроблено автором.

В Україні платником медичних послуг є НСЗУ – центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Діяльність НСЗУ спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через міністра охорони здоров'я [149; 150].

Про ефективність діяльності суб'єктів свідчить також упровадження електронної системи охорони здоров'я, що здійснюється спільно МОЗ (регулювання) та НСЗУ (укладання договорів з постачальниками послуг, аналіз даних та потреб населення, розроблення програми медичних гарантій, оплата за медичні послуги) [79; 80]. Отже, формування електронної системи охорони здоров'я забезпечить прозорість фінансування, поступовий перехід на електронний облік, формування нового бізнес-середовища з якісними послугами, створить передумови запровадження інновацій, у тому числі телемедицини, сприятиме розвитку медичного ІТ-ринку. У зв'язку з розвитком електронної системи охорони здоров'я ключові ролі виконують такі суб'єкти [79]:

1) Міністерство охорони здоров'я України: забезпечує формування та реалізацію політики у сфері охорони здоров'я, відповідає за реалізацію реформ [79];

2) Національна служба здоров'я України: аналізує та використовує дані для прогнозування потреб населення в медичних послугах, забезпечення розроблення програми медичних гарантій, здійснення оплати закладам за медичні послуги [79];

3) ДП «Електронна система охорони здоров'я в Україні» (eZdorovya) адмініструє Центральну базу даних eHealth та контролює розроблення електронної системи охорони здоров'я в Україні [79];

4) Бізнес упроваджує електронні медичні інформаційні системи (МІС), що дає можливість автоматизувати роботу медзакладів із централізованої бази даних [79].

Формування електронної системи надання медичних послуг призводить до утворення ринкових механізмів взаємозв'язку та відносин в медичній сфері таких основних суб'єктів: приватних медичних закладів; суб'єктів телемедицини; страхових агентів та компаній; аптечних закладів; лабораторій із діагностики; приватних лікарень; академічних медичних центрів.

Усі зазначені суб'єкти матимуть доступ до центральної бази даних медичних інформаційних систем, що значно спростить доступність до медичних

послуг пацієнтів. На сьогодні до електронної системи охорони здоров'я приєдналися 1854 медичних заклади, 28,41 млн пацієнтів, 25 244 лікарів, 1230 аптек, 12014 фармацевтів. Це забезпечує формування єдиного медичного екосистеми України [155]. Важливу роль для сфери охорони здоров'я відіграють суб'єкти господарювання, що створюють товари і вироби медичного призначення, інноваційні медичні технології тощо. До них можна віднести фармацевтичні компанії, технопарки, інноваційні кластери, малі високотехнологічні підприємства, приватні наукові медичні підприємства, медико-технічні центри та інститути, інші суб'єкти інноваційної інфраструктури [50]. У табл. 3.2 відображено повноваження основних суб'єктів національного ринку медичних послуг України станом на 2021-2022 роки.

Таблиця 3.2.

Функції та повноваження основних суб'єктів національного ринку медичних послуг України станом на 2021-2022 роки

Суб'єкт ринку	Функції, повноваження
Верховна Рада України	Формує основу державної політики охорони здоров'я
Кабінет Міністрів України	Спрямовує і координує роботу МОЗ, організовує розроблення та здійснення державних цільових програм, створює економічні, правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність у сфері охорони здоров'я, забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я, укладає міжурядові угоди і координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, а також у межах компетенції здійснює інші повноваження, покладені на органи виконавчої влади в сфері охорони здоров'я [163]
Міністерство охорони здоров'я України	Управління, координація мережі закладів охорони здоров'я, регуляторний нагляд за всіма видами діяльності на ринку, забезпечення інформації, прозорості та підзвітності [219]
Структурні підрозділи МОЗ	
ДП «Державний експертний центр МОЗ України»	Спеціалізована експертна організація у сфері доклінічного вивчення, клінічних випробувань та державної реєстрації лікарських засобів; здійснення фармаконагляду, стандартизації

	медичної допомоги та медичного, в тому числі фармацевтичного, обслуговування [219]
ДП «Український медичний центр сертифікації»	Надає послуги з оцінювання відповідності медичних виробів, сертифікації систем управління якістю [275]
Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками	Надання суб'єктам господарювання ліцензії на провадження господарської діяльності; на ввезення (вивезення), транзит через територію України наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів [65; 66]
ДП «Український науковий фармацевтичний центр якості лікарських засобів»	Підпорядковується Держлікслужбі України, здійснює функції провідної установи у сфері стандартизації та контролю якості лікарських засобів [361]
ДП «Центральна лабораторія з аналізу якості лікарських засобів і медичної продукції»	Незалежний контроль якості та безпеки лікарських засобів в Україні, надає послуги з дослідження й експериментальних розробок у сфері інших природничих і технічних наук [373]
ДП «Український фармацевтичний інститут якості»	Підтвердження відповідності умов виробництва лікарських засобів вимогам GMP; експертиза для видачі експертних висновків на право ввезення на територію України лікарських засобів; питання фармацевтичної якості медичних виробів; експертиза проєктів будівництва та реконструкції виробничих ділянок тощо [276]
Національна служба здоров'я України	
НСЗУ	Центральний орган виконавчої влади, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення [149; 150]
Територіальні підрозділи НСЗУ	Реалізують дану політику на місцях
Громадські організації, приватні структури	
Недержавні суб'єкти	Оцінка відповідності продукції вимогам технічних регламентів; публічні послуги із самодекларування медичних виробів вимогам технічних регламентів; оцінка відповідності медичних виробів вимогам технічних регламентів [15]

Джерело: систематизовано та складено автором на основі джерел [15; 65; 66; 149; 150; 163; 219; 275; 276; 361; 373].

Крім зазначених основних суб'єктів необхідно виділити суб'єкти контролю та управління на місцевому рівні [184]:

- суб'єкти контролю за діяльністю медичного закладу: спостережні та наглядові ради, до яких входять представники медичного закладу, органи місцевого самоврядування, місцеві депутати та представники громади;

- благодійні фонди та організації, страхові компанії, міжнародні компанії та організації, що працюють у сфері надання медичних послуг та модернізації систем управління медициною. Зазначені суб'єкти забезпечують фінансування медичних закладів, а в подальшому можна спостерігати зростання їх ролі на національному ринку медичних послуг України.

Підсумовуючи вище вказане, можна зробити висновок, що ефективність державного регулювання в сфері охорони здоров'я та якості медичних послуг залежить від належного інституційного забезпечення. Як показує аналіз стану розвитку інститутів, що формують суб'єкти ринку, в Україні чітко відокремлені функції, повноваження кожного суб'єкта ринку медичних послуг. Стратегічні рішення, програми розвитку та реформи активно впроваджуються державними регуляторними органами (Кабінет Міністрів України, Верховна Рада України, Міністерство охорони здоров'я України, Національна служба здоров'я України), а це свідчить про ефективність діяльності суб'єктів на національному рівні. Водночас на місцевому рівні відбувається реорганізація закладів у комунальні некомерційні підприємства, що наділені автономними повноваженнями в фінансово-господарському управлінні. В цілому відбувається становлення та розвиток нової групи суб'єктів ринку медичних послуг, який формується у взаємозв'язку з реформуванням системи охорони здоров'я.

Головним урядовим органом, який відповідальний за реалізацію політики у сфері охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я України. Саме Міністерство забезпечує епідеміологічне і санітарне благополуччя населення,

контролює створення, виробництво якості та реалізацію виробів медичного призначення і медичних засобів. Завдання Міністерство охорони здоров'я України представлені на рисунку 3.7 [219].

Наприкінці 2017 року було створено Національну службу здоров'я України — центральний орган виконавчої влади, який в інтересах пацієнта оплачуватиме надані медичні послуги (коштом Державного бюджету в межах програми медичних гарантій). Тобто послугу отримуватиме пацієнт, а платитиме медичному закладу за неї держава. Вартість послуг визначатиметься на основі єдиних національних базових тарифів та вимог до якості [20, с. 126].

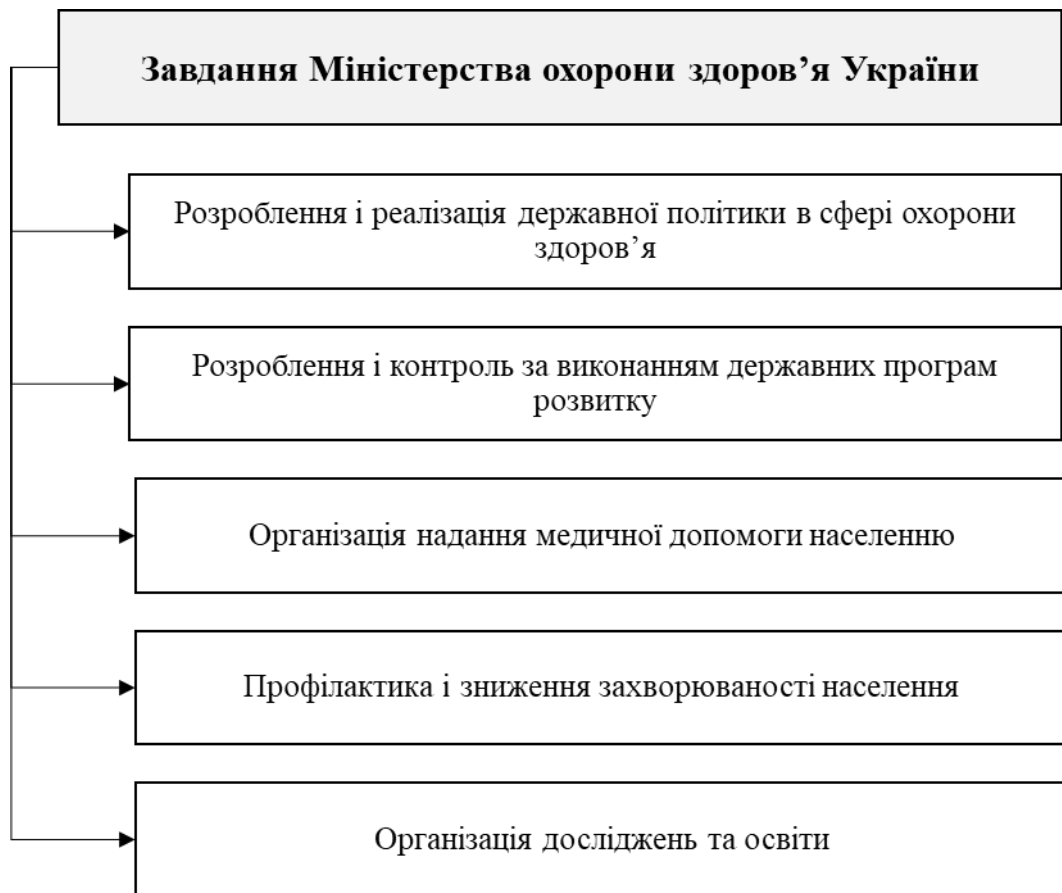


Рис. 3.7. Основні завдання Міністерства охорони здоров'я. Джерело: систематизовано та складено автором на основі джерел [219].

Відповідно до концепції Міністерства охорони здоров'я України про реформування системи, одним із важливих нових методів було запровадження оплати діяльності постачальників медичних послуг на основі

результатів їх діяльності. Для вирішення цього завдання необхідно було змінити взаємовідносини між медичними установами та розпорядником бюджетних коштів. На заміну командно-адміністративній моделі взаємних відносин між цими суб'єктами прийшла контрактна модель, за вимогами якої взаємні відносини регулюються договорами. Відповідно до цих договорів розпорядником бюджетних коштів є платник, а заклад охорони здоров'я або лікар – підприємцем, який одержав ліцензію на здійснення господарської діяльності з медичної практики. Така модель потребує надання державним та комунальним закладам охорони здоров'я фінансової автономії. Шляхом реорганізації і перетворення таких закладів охорони здоров'я у повноцінні суб'єкти господарської діяльності можна досягти виконання планових завдань та підвищити ефективність використання бюджетних коштів, а також впровадити справедливую систему оплати праці медичного персоналу.

У 2019 році внаслідок реорганізації структури НСЗУ з'явилися окремі департаменти, серед них [17, с. 100]:

- Департамент договірної роботи: відповідає за організацію роботи з укладання медичних договорів про обслуговування населення та договорів про забезпечення програми медичних гарантій.

- Департамент моніторингу: здійснює заходи що спрямовуються на забезпечення цільового використання коштів фонду, використовуючи методи фактичного, клінічного та автоматичного моніторингів.

- Департамент розвитку електронної системи охорони здоров'я: забезпечує ефективне функціонування та розвиток електронної системи охорони здоров'я, управління даними в системі, а також захист персональних даних.

- Департамент інформаційних технологій: відповідає за забезпечення внутрішніх мереж національної служби здоров'я України, за підтримку роботи баз даних аналітичних систем та впровадження автоматизації зі збереження даних.

- Департамент замовлення медичних послуг та лікарських засобів: забезпечує проведення аналізу та прогнозування потреби населення у медичних послугах та лікарських засобах з метою виконання проєкту програми медичних гарантій.

Також було створено окремий департамент, що має назву «Академія НЗСУ», який займається розробленням навчальних курсів та матеріалів для керівників медичних установ [17, с. 100].

Окремо функціонують підпорядковані безпосередньо МОЗ численні наукові установи з різних питань охорони громадського здоров'я, високоспеціалізованої медичної допомоги. Паралельною гілкою у ієрархічній системі охорони здоров'я є заклади навчання з підготовки медичних працівників. Особливістю системи охорони здоров'я є наявність 12 медичних вищих навчальних закладів переддипломної підготовки та 3 медичних академій післядипломної освіти [54, с. 38].

Ще однією особливістю є наявність потужної «відомчої» медицини, що також фінансується фактично за кошти Державного бюджету України, обслуговує дуже вузьку групу за професійною ознакою чи за ознакою приналежності до певних організацій (медичне відділення Державного управління справами). Крім того, функціонують потужні державні організації, які за суттю є страховими та проводять різні види соціальних виплат: Пенсійний Фонд України, Державна служба зайнятості України (виконавча дирекція Фонду загальнообов'язкового державного соціального страхування України на випадок безробіття), Фонд соціального страхування з тимчасової втрати працездатності (фінансування санаторно-курортного лікування та оздоровлення застрахованих осіб та членів їх сімей), Фонд соціального захисту інвалідів [149, 150].

Також існують медичні профспілки та лікарські асоціації з потенційно значною роллю в управлінні чи встановленні медичних стандартів, захисті прав медичних робітників [298, с. 117]. Розглянемо більш детально організаційно-управлінську структуру надання медичної допомоги (рисунок 3.8). Медичну

допомогу в Україні розподілено на три рівні: первинну, вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану).

Перші два рівні формують базовий рівень системи охорони здоров'я. Базовий рівень представлено Управлінням охорони здоров'я на чолі із начальником. Основу управління складають головні фахівці, що надають медичні послуги населенню. Управління спирається на управлінські структури міських лікарень. Державні адміністрації виконують функцію управління та прогнозування розвитку закладів охорони здоров'я.

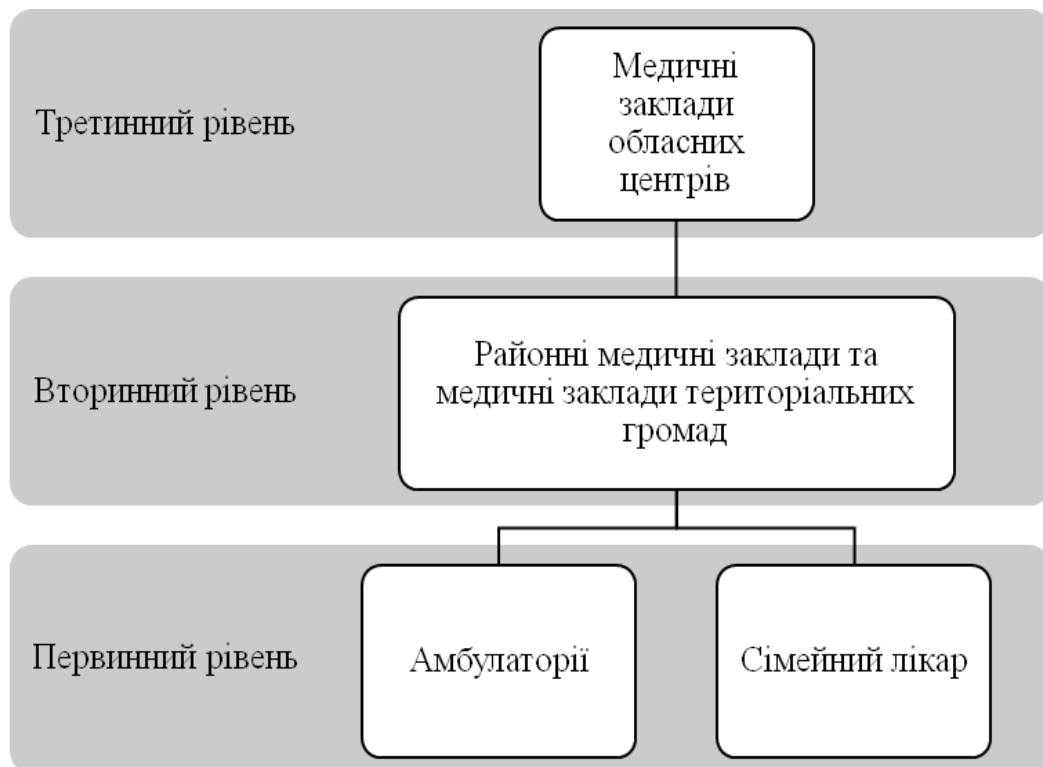


Рис. 3.8. Трирівнева структура надання медичних послуг населенню. Джерело: систематизовано та складено автором на основі джерел [35, 341].

Також основною функцією базового рівня управління охорони здоров'я є організація медичної допомоги, контроль за санітарним станом, здійснення заходів із запобігання інфекційних захворювань, контроль за наданням пільг матерям та дітям та за дотриманням правил охорони праці.

На місцевому рівні існують 27 обласних департаментів організації надання медичної допомоги. Вони здійснюють планування роботи та поточне керівництво всіма підпорядкованими, тобто державними чи муніципальними закладами охорони здоров'я на певній території. Також на місцях функціонують

приватні медичні заклади, які надають допомогу первинного та вторинного рівня.

Базовий рівень є основним у системі медичної допомоги. У ньому зосереджені первинна та вторинна ланки, які формують 80% амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги. Ці ланки є структурно об'єднаними та від них залежать результати діяльності всієї системи охорони здоров'я.

Управлінська діяльність на базовому рівні спрямовується на розвиток первинної медико-санітарної допомоги та надання спеціальної медичної допомоги. За кожен із видів медичної допомоги відповідає фахівець: або штатний, або позаштатний.

На сьогодні державне регулювання ринку медичних послуг на базовому рівні має певні недоліки:

- управління не займається соціальними проблемами здоров'я, бо не має достатнього інформаційного забезпечення з цих питань;
- на цьому рівні спеціалісти не займаються економічними проблемами медичної допомоги через брак відповідних фахівців та застосовується адміністративно-командна модель управління.

Проблема відсутності інформаційного забезпечення є очевидною. Медичні центри досить часто скаржаться на те, що отримують малу кількість відвідувань через недосконалу комунікаційну компанію. Для того, щоб усвідомлювати потребу клієнтів, потрібен двосторонній зв'язок. Дуже важливо організувати таку систему інформаційного забезпечення, за допомогою якої клієнти б мали можливість висловлювати власну думку, і що найбільше важливіше - ця думка повинна бути почутою. Це і є повною взаємодією між пацієнтами та провайдерами або виробниками медичних послуг.

Аналітичні дослідження такого роду у своїй діяльності здійснюють різні компанії по цілому світу. Національна служба охорони здоров'я Британії здійснила багато досліджень, які дозволяють заощадити кошти і визначити найефективніші шляхи надання послуг пацієнтам. Такі дослідження є корисними для розуміння соціального та економічного контексту у довгостроковій

перспективі. Їх можна проводити різними методами: одні використовують наявні дані аналізу, а інші збирають дані самостійно [360].

Соціологічне опитування є найяскравішим прикладом використання первинних даних. Окрім цього, воно є найдешевшим і найбільш об'єктивним. Однак не тільки соціологічне опитування можна використовувати для дослідження запитів населення. Також дієвими будуть експертні оцінки, аналіз документів тощо.

Третинний рівень формують обласні департаменти, що регулюють діяльність 490 районних адміністрацій охорони здоров'я, які відповідно здійснюють управління районними госпіталями та первинною ланкою допомоги. Безпосередньо послуги з охорони здоров'я надаються санітарно-профілактичними, фізкультурно-оздоровчими, санаторно-курортними, науковими та іншими закладами охорони здоров'я.

Регіональний або обласний рівень управління охорони здоров'я за своєю суттю мало чим відрізняється від попереднього, базового рівня. Тут також головні фахівці виступають провідними фігурами обласних управлінь охорони здоров'я. Обласні управління охорони здоров'я спираються на управлінські підсистеми медичних закладів, які забезпечують третинну медичну допомогу. Головним лікарям медичних закладів надається статус головних позаштатних фахівців, вони займаються прямим та безпосереднім контролем за розвитком в області окремих спеціалізованих служб через міських та районних фахівців [190, с. 33].

Основними завданнями, які на сьогодні потрібно виконати на регіональному рівні системи державного регулювання ринку медичних послуг, є розроблення стратегії розвитку охорони здоров'я в області, вирішення соціально-медичних та економічних проблем, дотримання законодавства у сфері охорони здоров'я. Також основними завданнями спеціалістів на даному рівні є формування, розробка та реалізація цільових комплексних програм, які спрямовані на покращення здоров'я населення та збільшення середнього віку життя. На цьому рівні головними повинні бути фахівці з державного управління,

соціальної медицини, менеджери, економісти, фахівці сфери інформаційного забезпечення. Розглянувши ієрархію системи охорони здоров'я, можна визначити взаємозв'язки між ключовими суб'єктами ринку медичних послуг (рисунок 3.9).

З впровадженням реформи пацієнт хоча й може звертатися до посередницьких організацій та страхових компаній, однак, держава взяла на себе функцію страховика та застрахувала кожного пацієнта на можливість безкоштовного лікування шляхом зміни в організаційній структурі. Отже, пацієнт може використати своє надане державою безкоштовне право пролікуватися або скористатися послугами приватних клінік, чи, якщо є можливість, звертатися до відомчих організацій.

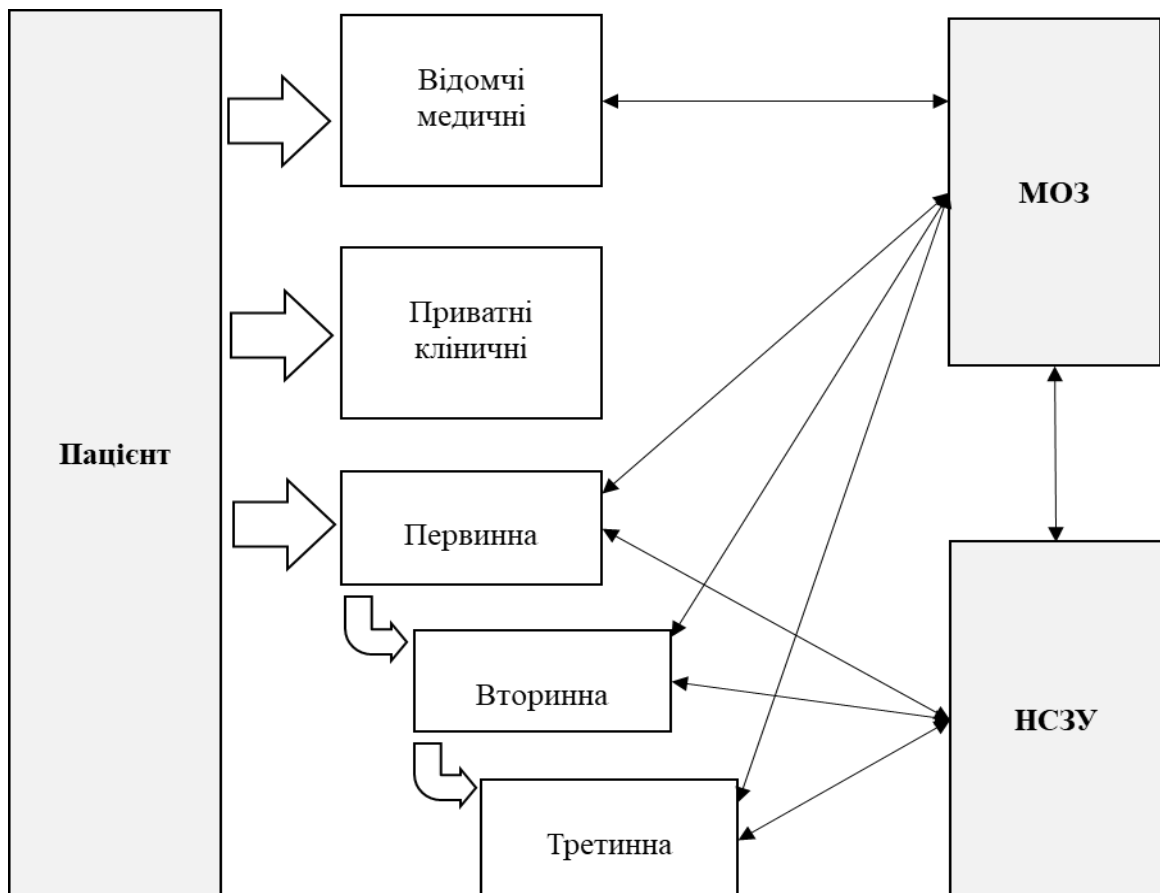


Рис. 3.9. Взаємодія суб'єктів ринку в рамках організаційно-управлінського механізму державного регулювання ринку медичних послуг. Джерело: розроблено автором.

Звертаючись за медичною допомогою, пацієнт повинен починати з первинної ланки, за результатами діагностування можливе направлення до

вторинної чи відразу до третинної ланки медичних послуг. Національна служба здоров'я України забезпечує взаємодію тільки між пацієнтом та державними медичними закладами, в той час як інші варіанти взаємодії регулюються Міністерством охорони здоров'я України.

Міністерство охорони здоров'я України, місцеві органи виконавчої влади проводять моніторинг діяльності підпорядкованих медичних установ і відповідають за якісне надання медичної допомоги. Це реалізується за допомогою протоколів лікування, ліцензування діяльності госпіталів та сертифікації лікарів, які в них працюють, акредитації лікувальних установ. При цьому слід зазначити, що вимоги однакові для приватних і дорадчих органів, кваліфікаційних, наукових та науково-кваліфікаційних комісій [272, с. 134].

У новій системі організації та управління охорони здоров'я важливе місце посіло фінансування. Реорганізація системи фінансування змінила систему взаємозв'язків між пацієнтом та закладом медицини, що дозволило вирішити ряд невідкладних проблем.

Загалом договори з Національною службою здоров'я України у 2019 році уклали 1 466 надавачів медичних послуг, з яких 1 050 – комунальні, 168 – приватні (без ФОП), 248 – лікарі-ФОП (Національна служба здоров'я України, 2019 р.) [185].

Пацієнти отримали можливість вільно обирати свого лікаря, якому довіряють. Понад 70% населення країни обрали своїх лікарів – в електронній системі охорони здоров'я зареєстровано понад 29 мільйонів декларацій. Людина обирає лікаря, подає декларацію, а Національна служба здоров'я України платить за її медичне обслуговування закладу, в якому працює цей лікар. Держава гарантує безоплатну медичну допомогу лікарю первинної ланки та чітко визначений перелік послуг, який, зокрема, включає необмежену кількість консультацій лікаря, базові дослідження та аналізи, вакцинацію дітей та дорослих згідно з календарем щеплень.

Завдяки новій моделі фінансування за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» та збільшенню в півтора рази обсягу бюджетних коштів на первинну

медичну допомогу успішні медичні заклади отримали значно більше коштів від НСЗУ, ніж отримували раніше. Це дало можливість підвищити в 2–3 рази рівень оплати праці лікарів та інших медичних працівників, покращити умови прийому пацієнтів, запровадити додаткові сервіси [240; 266].

Отже, у результаті реформування системи надання медичних послуг відбулися відчутні зміни, а саме в процесі взаємодії між кінцевим споживачем медичного продукту та його виробником. Нова система дозволяє пацієнту отримати державне страхування, що покриває усі потреби у лікуванні за умови укладення договору про надання медичних послуг із сімейним лікарем, що значно змінює ситуацію на ринку медичних послуг. Також система дозволяє отримати лікареві справедливу винагороду, що відповідає затраченим зусиллям та часу на обслуговування пацієнтів, а в свою чергу пацієнт дозволяє покрити свої витрати на лікування за рахунок державного фінансування.

3.4. Фінансово-економічний механізм державного регулювання ринку медичних послуг

Система медичних послуг є однією із базових сфер діяльності, що регулюється на рівні держави. Державне регулювання ринку медичних послуг, разом із питаннями менеджменту та ціноутворення, її фінансування за рахунок коштів Державного бюджету зумовили доволі повільне та недостатнє впровадження сучасних методів і способів управління даною системою. Причина неналежного рівня її фінансового забезпечення – у першу чергу недостатність коштів, нераціональний їх розподіл, недосконалість наявних механізмів управління бюджетними коштами.

Перехід системи державного управління до ринкових відносин зумовлює збалансоване поєднання у системі фінансування установ ринку медичних послуг України з різних джерел – державного фонду та спеціальних надходжень. Проте, сьогодні важко визначити сумарний обсяг фінансових ресурсів для розвитку ринку медичних послуг через відсутність достовірних даних або багатовекторність джерел фінансування.

Доволі актуальним на сьогодні є питання вдосконалення організації процесу фінансування та забезпечення державних установ ринку медичних послуг України. Даний напрямок розглядається, як пріоритетний у зв'язку із обмеженими можливостями фінансування установ виключно з Державного бюджету. Основний акцент – це реформування наявної та побудова нової системи охорони здоров'я в державі, коригування принципів фінансування системи, створення оптимальних умов для розвитку здорової конкуренції на ринку медичних послуг, а також стимулювання розвитку приватної медичної практики.

Незважаючи на наявні дослідження науковців, питання з визначення джерел фінансового забезпечення установ ринку медичних послуг, включаючи обсяги надходжень за кожним із таких джерел, залишається недостатньо вивченим і потребує більш глибокого дослідження та аналізу.

До тактичних цілей, що деталізують головну мету реалізації державного механізму регулювання медичних послуг та послідовно реалізуються протягом коротко- та середньострокових періодів часу, віднесемо [25, с. 7]:

- реалізацію основоположних принципів державної політики в сфері регулювання діяльності ринку, а також системи охорони здоров'я загалом, головних рішень та завдань на державному рівні [25, с. 7];
- втілення стратегічних рішень щодо ресурсного забезпечення суб'єктів ринку, в тому числі в частині інфраструктури, зокрема: кадри (підготовка, перевірка, ліцензування), будівництво закладів охорони здоров'я, придбання медичного устаткування, дослідження та розвиток сфери [25, с. 7];
- виконання заходів із регулювання, що стосуються безпеки надання медичних послуг для населення, захисту громадських інтересів; під контролем МОЗ мають перебувати питання регулювання, що стосуються використання нових лікарських препаратів та методів лікування, а також акредитації закладів-постачальників медичних послуг [25, с. 7];
- моніторинг, оцінка та аналіз як стану здоров'я населення, так і роботи медичних закладів державної та комунальної форм власності, а також суб'єктів,

що здійснюють підприємницьку діяльність із надання медичних послуг тощо [25, с. 7].

В Україні на сьогодні держава недостатньою мірою виступає гарантом покриття витрат на страхування громадян, переважно цим займаються підприємства приватного сектору, що страхують здоров'я своїх працівників. Водночас навпаки, у більш розвинутих країнах світу, де домінує страхова модель медицини, медичне страхування може надавати держава, особливо для соціально незахищених верств населення. Як свідчить практика західних країн, це позитивно впливає на процес державного регулювання ринку медичних послуг, оскільки страховий сектор є досить складним у регулюванні. Проте, більшість розвинутих країн вважає введення страхового інституту позитивним аспектом, що є інструментом усунення труднощів, пов'язаних із виключно державним фінансуванням національної медицини та наданням безкоштовної державної медичної допомоги. Так, за результатами аналізу звітів міжнародних організацій, що вивчають глобальний ринок медицини, головною метою лібералізації ринку медичного страхування стало поліпшення доступу до медичної допомоги та зменшення при цьому прямого державного фінансування при наданні медичної допомоги [167-171].

Щодо української практики, статистика свідчить, що ринок добровільного медичного страхування нарощує оберти, але українська система медичних послуг та й самі українці ще не розуміють необхідність та культуру медичного страхування. Поліси добровільного медичного страхування досі залишаються інструментом соціальної відповідальності для корпоративних клієнтів або ж сервісом для заможних верств населення.

Серед головних завдань державного регулювання ринку медичних послуг, які, в свою чергу, віднесемо до складових фінансово-економічного механізму, виокремимо наступні:

- 1) Визначення загальних і базових потреб населення у медичних послугах для того, щоб спланувати фінансове забезпечення.

- 2) Диференціація потреб населення у медичних послугах різних видів, пошук вразливих верств населення та формування спеціальних програм.
- 3) Зміни та адаптація ринку медичних послуг до функціонування в умовах війни та в повоєнний періоди
- 4) Трансформація системи інституцій задля підвищення ефективності та розвитку ринку медичних послуг.
- 5) Постійний моніторинг ринку з метою його безперервного вдосконалення та коригування відносно змін середовища
- 6) Аналіз дотримання норм та стандартів визначених державою.
- 7) Орієнтація ринку медичних послуг на розширення кількості суб'єктів ринку та максимального застосування інновацій.
- 8) Контроль якості надання послуг на основі збору зворотного зв'язку від пацієнтів, статистичних даних, розгляду скарг та звернень, планових та позапланових перевірок, атестацій тощо.
- 9) Планування роботи медичних закладів, зокрема державної форми власності.
- 10) Надання послуг із профілактики та діагностики хвороб.
- 11) Діджиталізація системи регулювання та системи надання медичних послуг населенню
- 12) Поширення інформації та інформаційно-комунікаційні зміни на ринку.
- 13) Регулювання ринку лікарських препаратів для забезпечення вільного і безперервного доступу населення до ліків.
- 14) Впровадження програм забезпечення ліками вразливих верств населення
- 15) Впровадження та розширення і популяризація страхової медицини, що дозволить залучати приватні ресурси до надання медичних послуг.
- 16) Впровадження новітніх технологій у процеси надання медичних послуг для підвищення їх якості та зменшення затратності.

17) Стимулювання підвищення кваліфікації медичних працівників в сучасних умовах.

Конституцією України закріплено право кожного громадянина України на охорону здоров'я та визначено, що медична допомога, яка надається населенню у державних і комунальних закладах, є безкоштовною та фінансується з бюджету держави [107].

Реформа фінансування системи надання медичних послуг в Україні передбачає перехід від фінансування медичних закладів відповідно до кошторису до оплати державою фактично наданої медичної допомоги конкретній людині. Принцип «гроші йдуть за пацієнтом» на практиці означає, що хворий звертається до конкретного лікаря за допомогою, а держава перераховує кошти в медичний заклад, в якому працює лікар, або безпосередньо лікарю, якщо він має власну практику. Отже, якщо раніше держава утримувала медичні заклади, тепер вона оплачує конкретний пакет медичних послуг, наданий пацієнтам [115].

У 2018 році нову модель фінансування охорони здоров'я запроваджено на первинній ланці медичної допомоги, де працюють сімейні лікарі, терапевти, педіатри. На вищих рівнях – вторинному (спеціалізованому) та третинному (високоспеціалізованому) вона має запроваджуватися поступово до 2020 року [49; 266]. ВООЗ та Світовий банк підтримують базову модель фінансування системи охорони здоров'я, запроваджену в Україні. Сутність цієї моделі полягає у створенні єдиного закупівельного агентства, НСЗУ, яка виступає державним страховиком в межах чітко визначеного гарантованого пакету медичних послуг, що фінансується із загальної системи оподаткування, та яка укладає договори про медичне обслуговування населення з державними та приватними надавачами медичних послуг.

Для досягнення максимального ефекту від розподілу наявних ресурсів (з огляду на показники здоров'я, фінансового захисту, доступу, якості), НСЗУ використовує низку механізмів, таких, як стратегічні закупівлі медичних послуг, контракування та стимулювання для здійснення впливу на поведінку надавачів

медичних послуг. Цей підхід є радикально протилежним до колишнього пасивного кошторисно-постатейного бюджетного планування, яке засновувалося на історичних даних та зосереджувалося на фінансуванні ресурсів, таких, як будівлі і штатний розпис, він фокусується на потребах населення в медичних послугах. Очікується, що цей новий підхід послужить поштовхом до реконфігурації мережі надання та пропозиції послуг. Як і у випадку з будь-якою реформою, стикатися із труднощами під час впровадження є нормальною практикою. І такі труднощі не треба плутати з недоліками дизайну реформи [266].

Джерелами, з яких можна отримати додаткові фінансові ресурси у медичній сфері є:

1) Страхові компанії, які надають послуги обов'язкового медичного страхування та мають ліцензію на здійснення медичного страхування. Для забезпечення ефективного медичного страхування необхідно створити страхові фонди, які зможуть розподілити ризик витрат на лікування між широким колом застрахованих осіб. Такі витрати складно передбачити, тому більша кількість внесків забезпечує більш стійку систему і забезпечує можливість покриття будь-яких несподіваних витрат на лікування. Обов'язкове медичне страхування є надійною гарантією покриття додаткових витрат на лікування в разі потреби, що не передбачені державним фінансуванням.

2) Кошти, які знаходяться у фондах добровільного медичного страхування. Таке фінансування забезпечить виплату грошей Добровільне медичне страхування дозволяє виплачувати повні або часткові витрати на медичні та профілактичні послуги застрахованим особам відповідно до умов договору, укладеного зі страховою компанією. На жаль, така форма страхування не доступна для працівників із низькими доходами і малозабезпечених верств населення. Зазвичай, добровільне медичне страхування отримують працівники окремих компаній як бонусну складову своєї роботи, і всі працівники організації або підприємства є застрахованими [196].

3) Кошти населення, які залучаються у тих випадках, коли окремі види

медичних послуг надаються на умовах співплатежів. Це означає часткове фінансування з бюджету та оплати домогосподарств. Така система може використовуватися у тих випадках, коли пацієнт з власної ініціативи хоче отримувати медичні послуги, позачергово або ж у комфортніших умовах [196].

4) Новітні та інноваційні джерела фінансування (державно-приватне партнерство у формі фасиліті-менеджменту). Фасиліті-менеджмент може допомогти підвищити якість обслуговування та зменшити витрати щодо утримання нерухомості. Це забезпечується додатковим залученням персоналу, оптових закупівель продуктів харчування, витратних та будівельних матеріалів [196].

Накопичення та резервування коштів (страхові та резервні фонди) територіальних громад. Також благодійні внески та фонди, різні пожертвування (юридичних і фізичних осіб) та кошти з інших надходжень від платних медичних установ, послуги, що не суперечать чинному законодавству. Однак розміри таких внесків досить не значні. Тому їх розглядають здебільшого як додаткові, незаплановані надходження і використовуються епізодично [196]. Відповідно для ефективної реалізації регулювання ринку медичних послуг в умовах реформування слід продовжити процес змін в частині фінансування охорони здоров'я, оплати праці медичних працівників, забезпечити автономну діяльність медичних закладів, урегулювати питання загальнообов'язкового медичного страхування в Україні, провести аналіз впровадження Програми медичних гарантій з 2020 року та впровадити електронний обіг медичної документації.

Головною метою механізму державного регулювання ринку медичних послуг є забезпечення доступного та якісного надання медичних послуг населенню на ринку, на якому діють принципи доброчесної та вільної конкуренції. Напрями реалізації медичної реформи в Україні наведено на рисунку 3.10.

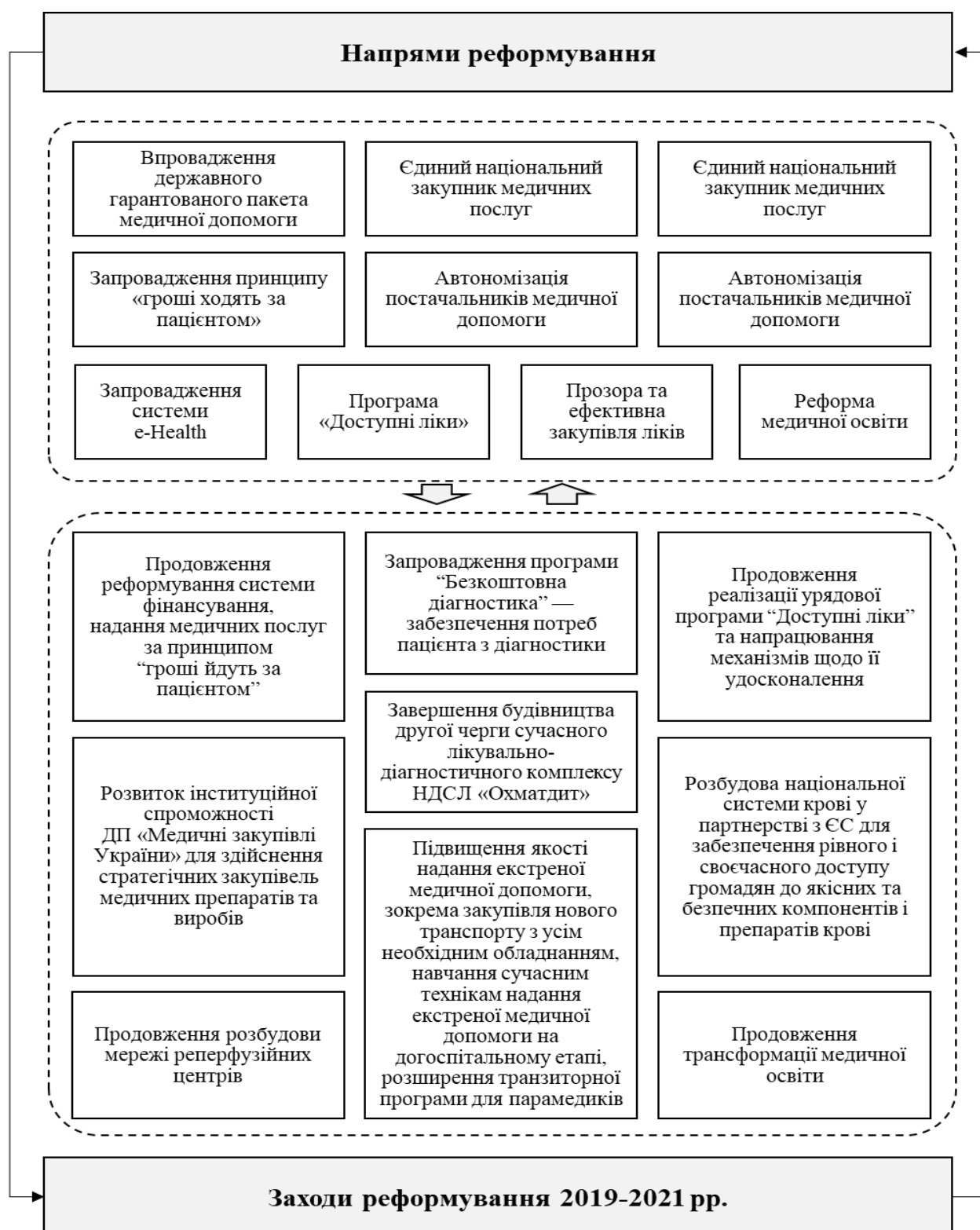


Рис. 3.10. Напрями реалізації медичної реформи в Україні. Джерело: систематизовано та складено автором на основі джерел [35].

З нашої точки зору, для лікарів України, як приватних так і державних медичних закладів, є надзвичайно корисною інформація, яку зображено на рисунку 3.11.



Рис. 3.11. Тенденції у системі надання медичних послуг у ХХІ ст.
 Джерело: систематизовано та складено автором на основі [392-394].

Зважаючи на те, що основне джерело утримання установ охорони здоров’я України, як і системи охорони здоров’я загалом, – це фінансування з Державного бюджету України, слід проаналізувати видатки на охорону здоров’я у структурі

видатків зведеного бюджету України за період 2019-2021 рр. [207; 229].

Законом України «Про Державний бюджет України на 2017 рік», було змінено Порядок надання з Державного бюджету місцевим бюджетам медичних субвенцій та формулу розподілу такої субвенції. Отже, з 2017 року медична субвенція була спрямована на витрати місцевих бюджетів із метою оплати поточних витрат серед установ охорони здоров'я. Проте, серед видатків були відсутні витрати на оплату енергопостачання та комунальних платежів, для цього у бюджеті було передбачено додаткову дотацію. Водночас слід зауважити, що заборонено спрямовувати кошти медичних субвенцій на капітальні витрати медичних установ або з метою здійснення заходів із їхньої оптимізації.

Постановою Кабінету Міністрів України від 20.0.2019 № 242 «Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України з питань реалізації пілотного проєкту щодо зміни механізму фінансового забезпечення надання медичної допомоги» було внесено зміни до формули розподілу обсягу медичної субвенції з Державного бюджету України місцевим бюджетам, при цьому, заборонено зменшення обсягу цільових коштів під час їхнього планування, формування і подальшого затвердження. Урядом було урегульовано передачу коштів медичних субвенцій в межах об'єднаних територіальних громад. Зокрема, з 1 січня 2017 року Радами територіальних громад до місцевих бюджетів передаються кошти медичних субвенцій з метою забезпечення витрат для надання вторинної медичної допомоги у таких обсягах [230]:

- не менше 60% від сукупного обсягу медичної субвенції, яка передбачається для об'єднаних територіальних громад на базі районів;

- не менше 70% від сукупного обсягу медичної субвенції, що передбачається для об'єднаних територіальних громад на основі міст обласного значення.

Залишок від сукупного значення медичної субвенції (30-40%) спрямовується на забезпечення надання первинної меддопомоги.

На забезпечення функціонування програми «Безкоштовна діагностика» було здійснено покриття 85% потреб пацієнта з діагностики у сімейних лікарів

(рентген, УЗД, ЕКГ серця), а також лабораторні дослідження біологічного матеріалу та консультації спеціалістів вузького профілю у 2020 році. Зазначений перелік послуг надається пацієнтам безкоштовно виключно за направленням сімейного лікаря.

Для забезпечення фінансування спеціалізованої амбулаторної, стаціонарної, а також екстреної медичної допомоги місцевим бюджетам було надано субвенцій на 55,5 млрд грн.

Слід зазначити, що за кошти Державного бюджету вдалося запускати пілотні проекти з розвитку екстреної медичної допомоги. Комплексна програма увібрала в себе:

- покриття на 70% потреби у спеціалізованому санітарному автомобільному транспорті для екстреної меддопомоги;
- підготовка (інструктаж) спеціалістів із метою підвищення їхньої кваліфікації до рівня світових стандартів здійснення екстреної медицини;
- витрати цільових коштів, розраховані на підвищення рівня оплати праці спеціалістів після проходження ними курсів із підвищення кваліфікації;
- манекени та спеціальне обладнання для забезпечення якісного проведення навчально-симуляційних тренінгів;
- єдині регіональні оперативно-диспетчерські групи;
- уніфіковані галузеві стандарти сучасної диспетчеризації.

Забезпечення закупівлі виробів медичного призначення та медикаментів від важких захворювань, лікування яких є тривалим та високовартісним (дитяча та доросла онкологія, туберкульоз, гепатити, СНІД тощо); рідкісних хвороб (бульозний епідермоліз, легенева артеріальна гіпертензія, ювенільний ревматоїдний артрит, хвороба Віллебранда, імунодефіцити тощо) було реалізовано на 80% [228].

У новій моделі фінансування закладів охорони здоров'я передбачається, що адміністративний механізм програми «Доступні ліки» є централізованим та автоматизованим. Таким чином, за допомогою електронного рецепта, впровадженого в установах охорони здоров'я України, «доступні ліки» відпускають

за номером рецепта на лікарські препарати (на мобільний телефон пацієнта надходить смс-повідомлення, що значно полегшує комунікацію лікаря-пацієнта-провізора). У 2021 році для реалізації зазначеної програми було виділено понад 1 млрд грн. Крім того, за кошти держави було відшкодовано вартість інсуліновмісних препаратів для пацієнтів, які страждають на діабет.

Установи охорони здоров'я отримали фінансування на розбудову мережі кардіологічних центрів, що дало змогу придбати 39 ангиографів протягом 3 років. Отже, своєчасна діагностика коронарних захворювань за останніх 5 років дала змогу зменшити рівень смертності від гострого інфаркту міокарда на 20 % [80]. Схему фінансування системи охорони здоров'я наведено у таблиці 3.3.

У 2020 році на установи охорони здоров'я з видатків Державного бюджету виділено 319 276,83 грн, що порівняно з 2019 роком більше на 9,8 млрд грн. З метою забезпечення проведення реформ закладено 14,6 млрд грн субвенцій та 72,1 млрд грн на закупівлю лікарських препаратів, гарантій для первинної, спеціалізованої та екстреної медицини [229].

Однак, єдиного фінансування з центрального та місцевих бюджетів для забезпечення оптимального функціонування медицини в Україні недостатньо. Тому, варто залучати кошти з обсягів лікарняних кас, а також медичного страхування громадян, добровільних внесків. На сьогодні неможливо визначити реальну частку витрат громадян України на медицину. Тож, чимало авторів вважають доцільним використовувати статистичні дані щодо кількості домогосподарств та їхніх середніх витрат на охорону здоров'я [229].

Також слід дотримуватися положень проєкту Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період до 2030 року. У ній зазначено, що збільшення державних витрат без проведення змін в інфраструктурі не зможе забезпечити вирішення нагальних проблем. Слід докладати зусилля задля перерозподілу наявних коштів і підвищення ефективності системи охорони здоров'я. Аби вийти у короткі строки з економічної кризи, Уряду України необхідно проводити комплекс жорстких заходів. Це дасть змогу вплинути на доступність медичної допомоги [246].

Таблиця 3.3.

Схеми фінансування системи охорони здоров'я у 2020 році

Схеми фінансування		Поточні витрати на охорону здоров'я	Питома вага, у %
Функції охорони здоров'я			
НС.1.1; НС.2.1	Стационарна лікувальна та реабілітаційна допомога	109 161,67	34,19
НС.1.2; НС.2.2	Денний лікувальний та реабілітаційний догляд	4 629,91	1,45
НС.1.3; НС.2.3	Лікувальна та реабілітаційна допомога амбулаторно	63 033,19	19,74
НС.1.4; НС.2.4	Лікувальна та реабілітаційна допомога на дому	491,65	0,15
НС.1.nec + НС.2.nec	Інша лікувальна та реабілітаційна допомога	13 508,77	4,23
НС.3	Послуги тривалого сестринського догляду	10 126,09	3,17
НС.4	Додаткові послуги (не визначені функцією)	11 940,13	3,74
НС.5	Медичні вироби (не визначені функцією)	90 734,98	28,42
НС.5.1	Фармацевтичні та інші медичні товари нетривалого користування	84 366,83	26,42
НС.5.2	Терапевтичні прилади та інші медичні товари тривалого використання	6 351,67	1,99
НС.5.nec	Неуточнені медичні вироби	16,48	0,01
НС.6	Профілактична допомога	2 020,05	0,63
НС.7	Керівництво системою охорони здоров'я та фінансове управління	3 630,13	1,14
НС.9	Інші медичні послуги, не класифіковані в інших рубриках	10 000,26	3,13
НС.1-НС.9	Поточні витрати на охорону здоров'я	319 276,83	100,00

Джерело: систематизовано та складено автором на основі [80; 114; 241].

Закупівля фармацевтичних товарів становить значну частину від усіх закупівель, що мають відбуватися у державі. Саме тому було запропоновано створити Національне агентство з питань фінансування охорони здоров'я. Ця установа повинна бути недержавною та напів автономною структурою, яку буде очолювати правління, до складу якого будуть входити представники Уряду та ряду інших компетентних структур. До повноважень агентства віднесено закупівлю медичних послуг та проведення переговорів із потенційними та реальними постачальниками. Такий підхід дасть змогу забезпечити централізовані платежі за отримані послуги. Крім того, агентство відповідатиме за закупівлю пакета державних послуг у сфері громадського здоров'я.

З метою підвищення ефективності функціонування системи охорони здоров'я слід відмовитися від постатейного фінансування. У зв'язку з цим заплановано та ефективно проводиться впровадження механізмів оплати, які зможуть забезпечити стимули для медичного персоналу негайно реагувати на потреби пацієнтів, забезпечуючи кожного відповідною допомогою, при цьому буде досягнуто ефективну та економну витрату коштів. Оптимальним варіантом для оплати праці на первинному рівні прийнято вважати подушні платежі, що коригуються за послуги і продуктивність (тобто, подушна оплата, яка враховує статево-вікові коефіцієнти – це подушна змішана оплата, що охоплює також плату за послуги та оплату за результат).

У межах спеціалізованої та стаціонарної медичної допомоги основним принципом вважається принцип «гроші йдуть за пацієнтом». Першим кроком у реформуванні системи фінансування з набуттям чинності Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» стало запровадження глобального бюджету для всіх лікарень із подальшим їхнім плавним переходом до системи оплати пацієнтом за пролікований випадок. Значною перевагою введення глобального бюджету є в тому числі отримання достовірної інформації про видатки в медицині [197].

Лікарні можуть самостійно використовувати свої заощаджені кошти,

перепрофільовуючи їх на інші цілі, а також матимуть змогу перенести їх на наступний рік, залишаючи на рахунку установи. Запроваджена система оплати за кожен випадок ставить метою стимулювання лікарні до підвищення рівня надання медичних послуг при лікуванні станів і хвороб, так як установа охорони здоров'я зможе отримати відшкодування при розрахунку за кожен пролікований випадок. Це дає змогу унеможливити надання пацієнтам зайвих послуг чи заохочування їх до тривалого стаціонарного лікування. Використовуючи такий інструмент як діагностично-споріднена група (ДСГ), в державі з'явилася можливість порівняти ефективність діючих лікарень та удосконалити саму систему контролю якості. Отже, на сьогодні установи охорони здоров'я у процесі проведення реформ фінансово мотивованими на використання доказових (ефективних) методів лікування, щоб можна було позбутися недієвих (недоцільних) процедур, що в кінцевому рахунку дасть змогу вирішити проблему лікарень з надмірною кількістю ліжкомісць та/або кількістю лікарняних відділень.

Також слід зазначити, що з метою надання методичної допомоги органам місцевого самоврядування та регіональним департаментам Міністерства охорони здоров'я України Міністерством розроблено Методичні рекомендації з питань реорганізації установ, що містять рекомендації, яким чином слід переводити бюджетні установи в комунальні некомерційні заклади [50].

Враховуючи, що державне фінансування установ охорони здоров'я здійснюється в основному за рахунок джерел загального оподаткування, то початкове зібрання коштів буде здійснюватися на центральному рівні. З метою підвищення ефективності щодо принципів децентралізації, необхідно здійснити передачу до агент фінансування охорони здоров'я на регіональному рівні значний відсоток центрального бюджету. Тому доцільно забезпечити баланс між Отже, слід знайти баланс між розширенням відповідальності на місцевому рівні та об'єднанням коштів на центральному рівні з метою реалізації державних медичних програм. Відповідно пакети медичних послуг необхідно закуповувати за бюджетні кошти згідно регулюючих правил, перш за все, на регіональному

рівні. Крім того, саме автономія установ охорони здоров'я допомагає збільшити господарську і фінансову незалежність, сформувати стимулювання в покращенні якості надання медичних послуг, підвищити ефективність використання лікарняних ресурсів та забезпечити гнучкість в управлінні медичними закладами.

Висновки до розділу 3

Результатами проведеного дослідження стало наступне.

1. Здійснено систематизацію законодавства у сфері охорони здоров'я з розподілом на загальні нормативно-правові акти, що регулюють ринок медичних послуг: 1) основи здійснення діяльності з надання медичної допомоги та медичних послуг; 2) питання взаємовідносин лікувальних закладів і пацієнтів; 3) регулювання відносин у сфері надання медичних послуг; 4) відповідальність за порушення, вчинені у сфері медичних послуг.

2. Виявлено чотири моделі фінансування медичного страхування в країні залежно від вибору джерела фінансування (податки, платежі пацієнта, кошти фонду соціального страхування, особисте медичне страхування тощо): Бісмарка, Беверіджа, канадська та прямої оплати. Вибір моделі обумовлено сукупністю критеріїв відповідності певної моделі соціокультурній специфіці країни її можливого застосовування. Встановлено, що система реформування медичної сфери в Україні розпочалась шляхом створення у 2017 році відокремленої установи – Національної служби здоров'я України, на яку було покладено функції розподільника коштів для фінансування медичної сфери.

Додаткове фінансування медичної сфери з 2019 року було спрямовано на забезпечення необхідних змін у сфері охорони здоров'я в Україні, зокрема на реформування закладів первинної допомоги – 15,3 млрд грн. Установи, що спеціалізуються на наданні первинної медичної допомоги, отримують кошти за надані медичні послуги, тобто працює принцип «гроші йдуть за пацієнтом». До нової моделі фінансування вже залучено понад 60 % медичних установ, що спеціалізуються на наданні первинної медичної допомоги. Вдалося забезпечити фінансове покриття 80 % потреб пацієнта з діагностики у сімейних лікарів (рентген, УЗД, ЕКГ серця), а також лабораторні дослідження біологічного матеріалу та консультації спеціалістів вузького профілю. Для забезпечення фінансування спеціалізованої амбулаторної, стаціонарної, а також екстреної медичної допомоги місцевим бюджетам було надано субвенції. Новою моделлю фінансування закладів охорони здоров'я передбачено, що адміністративний

механізм програми «Доступні ліки» є централізованим та автоматизованим: «доступні ліки» відпускають за допомогою електронного рецепта, що значно полегшує комунікацію «лікар-пацієнт-провізор».

3. Досліджено нормативно-правовий механізм державного регулювання ринку медичних послуг в Україні. Здійснено систематизацію спеціального законодавства за предметом регулювання з розподілом на нормативно-правові акти, що визначають: 1) загальні основи діяльності з надання медичної допомоги та медичних послуг; 2) питання взаємовідносин лікувальних закладів і пацієнтів; 3) регулювання відносин у сфері надання медичних послуг; 4) відповідальність за порушення, вчинені у сфері медичних послуг. Доведено, що державне регулювання ринку медичних послуг в Україні недостатньо законодавчо забезпечено, галузеве законодавство складається з фрагментарних регуляторних механізмів. На сьогодні вирішеними та якісно врегульованими є фінансово-економічні та, певною мірою, організаційно-адміністративні питання шляхом ліцензування, встановлення тарифів та спеціального режиму господарювання медичних закладів. Потребують подальшої оптимізації та чіткого законодавчого забезпечення інституційний та інформаційно-комунікаційний аспекти. З огляду на це: а) обґрунтовано актуальність створення ефективної правової бази державного регулювання ринку медичних послуг, яка має складатися з удосконалених і взаємопов'язаних елементів, спрямованих на забезпечення реалізації законних прав та інтересів громадян у сфері охорони здоров'я; 2) підтверджено можливості адаптації медичного законодавства України до законодавства Європейського Союзу; розроблено пропозиції щодо внесення змін до нормативно-правових актів.

Водночас існує потреба у подальшому розвитку джерел фінансування охорони здоров'я з врахуванням положень Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період до 2030 року. Розвиток нових джерел фінансування закладів охорони здоров'я можливий шляхом: надання установам сфери охорони здоров'я господарської автономії, що дасть змогу значно розширити повноваження керівників та вирішувати питання щодо

самофінансування установ за рахунок коштів спеціального фонду; впровадження державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я, яке буде спрямовано на залучення приватних інвестицій у державний (комунальний) сектор охорони здоров'я.

Основні результати дослідження цього розділу опубліковані в монографії [33], фахових виданнях [13, 15, 16, 18, 19, 32], наукових зарубіжних виданнях [311, 312], апробовані на конференціях [5, 14, 24], також опубліковані в інших виданнях [12].

РОЗДІЛ 4

ЕФЕКТИВНІСТЬ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УМОВАХ СИСТЕМНИХ РЕФОРМ

4.1. Трансформація ринку медичних послуг в Україні в сучасних умовах

Ринок медичних послуг є індикатором соціально-економічного розвитку країни та найбільш соціально важливим аспектом суспільного життя населення, адже охорона здоров'я має значний вплив на якість та тривалість життя людини. Соціально-економічний рівень розвитку країни в свою чергу впливає на стан ринку медичних послуг та їхню якість. У сучасних умовах особливий інтерес вчених і практиків медичної сфери викликають суб'єкти, що надають медичні послуги, та суб'єкти, що їх отримують на безоплатній та платній основі. Саме тому доцільним є дослідження реального стану ринку медичних послуг, кількості лікарень та їх стану, ступеня забезпеченості населення медичними послугами на достатньому рівні та співвідношення лікарів та медичних сестер, що надають медичну допомогу у медичних закладах всіх рівнів. В Україні прослідковується стійка тенденція до зменшення кількості лікарняних закладів, а також зміни їхнього статусу та форм діяльності, активізація сімейної медицини та первинного рівня медичної допомоги а також активізація профілактичних заходів для населення.

Розвиток ринку медичних послуг є однією із складових рівня та якості життя населення, що має важливе значення для соціально-економічного розвитку країни. Забезпечення відтворення та якості трудових ресурсів створює основу для соціально-економічного зростання. Тому одна з найважливіших функцій держави - підтримка здоров'я свого населення.

Відзначимо, що охорона здоров'я – це різнопланові заходи, направлені на підтримку здоров'я людини через його фізичну та психічну складову з метою забезпечення її довголіття та надання медичної допомоги в разі погіршення здоров'я. При цьому характер таких заходів визначається рядом чинників, а саме

політичними, правовими, економічними, соціальними та культурними. Крім того, значний вплив забезпечує і рівень санітарно-гігієнічного, протиепідемічного характеру. [214]. Враховуючи дослідження вітчизняних вчених та аналіз нормативно-правових документів, варто визначити основні проблемні питання ринку медичних послуг України. Серед них такі:

1) Нерозуміння всіх медичних реформувань як населенням, так і переважною більшістю лікарів, а відтак і їх не сприйняття. Загалом населення не розуміє того, що відбувається в медицині та подальшу перспективу. Позитивне сприйняття реформування не можливе без інформаційного її наповнення та незначних можливостей соціально незахищених категорій населення [188, с. 12].

2) Проблема економічних розрахунків медичного страхування. У сучасних умовах відсутні чітка державна й регіональна цінова політики медичних послуг. Страхова медицина не відповідає реальним викликам сучасної медицини через утримання цін на медичні послуги та медикаменти, що понижує якість надання медичної допомоги. При цьому фундаментальна база підірвана, адже темпи зростання доходів населення не відповідають рівню зростання цін медичних послуг, що спричиняє втрати рівня здоров'я української нації [316].

3) Висока вартість ліків, неконтрольована система ціноутворення на лікарські засоби та недостатнє державне забезпечення ліками [191]. Як наслідок частина населення України не в змозі придбати необхідні ліки через їхню високу вартість. Необхідність придбання населенням ліків за власні кошти обумовила появу агресивної реклами, що у поєднанні з недосконалістю механізмів регулювання та контролю відпуску лікарських засобів (рецептурна форма) сприяє самолікуванню та необґрунтованому й неконтрольованому використанню лікарських засобів. Так, за даними статистики, на першому місці в Україні - хвороби серцево-судинної системи, а за обсягом реалізації лікарських засобів на першому місці знаходяться найбільш розрекламовані препарати, що використовуються при патології шлунково-кишкового тракту [293, с. 12].

4) Низька доступність якісних послуг із охорони здоров'я. Зокрема, диспропорція в забезпеченні якісними медичними послугами сільського і

міського населення України. Варто зазначити, що перші кроки реформування, а саме оптимізація закладів охорони здоров'я, лише загострили дану проблему. Якщо раніше в сільській місцевості працювали фельдшерсько-акушерські пункти, то на сьогодні більшість з них ліквідовано, а територіальна віддаленість деяких населених пунктів у поєднанні з відсутністю доріг і транспортного зв'язку взагалі залишає певну частину населення України без медичної допомоги [299, с. 227].

5) Оптимізація мережі медичних закладів і ліжкового фонду. Україна має в кілька разів більші лікарняні потужності, ніж країни, близькі за територією та кількістю населення (в Україні 2 156 лікарень, в Іспанії – 764, Польщі – 1 072). Однак, попри невідповідність мережі закладів охорони здоров'я світовим стандартам, її очевидну нераціональність і хронічну нестачу фінансування, слід звернути увагу на те, що її реорганізація не може бути здійснена без додаткового аналізу потреб конкретних територій, урахування факторів територіального розташування закладів системи охорони здоров'я, їхнього технічного, кадрового забезпечення, рівня кваліфікації персоналу, розвитку інфраструктури, матеріально-технічного оснащення тощо. Також слід звернути увагу на те, що, необґрунтоване скорочення закладів охорони здоров'я, лікарняних ліжок і медичного персоналу може призвести до зниження соціального ефекту діяльності загалом [51].

б) Проблема ефективного використання бюджетних коштів в умовах обмежених бюджетних ресурсів. Це зумовлено важким соціально-економічним станом, військовими діями на сході нашої країни. Тобто ключовою проблемою сфери є значна деформована структура її фінансування за економічною класифікацією видатків. Більша частка державного фінансування системи охорони здоров'я в Україні спрямовується на утримання персоналу медичних закладів. Зокрема, в Україні на заробітну плату з нарахуваннями відводилося 53,6% усього фінансового ресурсу. Водночас не можна оминути увагою той факт, що заробітна плата працівників охорони здоров'я залишається однією з найнижчих серед працівників інших галузей. З огляду на це першочерговим

завданням є реформування існуючої системи державного фінансового контролю як засобу підвищення ефективності державного управління [56, с. 74].

7) Недосконалість нормативно-правового забезпечення. В Україні суттєво змінилися політичні й соціально-економічні умови функціонування сфери охорони здоров'я, а деякі нормативно-правові механізми не переглядалися з радянських часів і діють дотепер. Це призвело до суперечностей у нормативно-правовій базі, що регламентує діяльність сфери охорони здоров'я, декларативності й неузгодженості норм з іншими правовими актами, що ускладнює їхнє виконання. Відсутнє законодавче забезпечення захищеності прав пацієнтів та медичних працівників в Україні. За такої умови слід зазначити, що аналіз поточних заходів уряду України, Міністерства охорони здоров'я України щодо забезпечення реформування вітчизняної системи охорони здоров'я свідчать про наявність низки позитивних змін. Водночас основною проблемою в Україні є неналежне виконання законодавства органами виконавчої влади та іншими суб'єктами правовідносин [88, с. 110].

8) Військові дії, в результаті яких була зруйнована частина деяких медичних закладів на постраждалих територіях, які потребують відбудови. Складним питанням є і організація забезпечення лікування військових, які постраждали в ході бойових дій.

9) Зміна потреб надання щодо медичних послуг в умовах військового стану та повоєнного періодів. Зокрема, необхідності розширення послуг реабілітаційної медицини, психологічної та психіатричної допомоги тощо.

Отже, ринок медичних послуг України характеризується фінансовою та ресурсною розпорошеністю та деформованістю структури, негативно на його функціонування позначаються військові дії. За такої умови важливими складовими запровадження системних змін є партнерство між закладами охорони здоров'я, освіти, фінансовими посередниками в усіх аспектах реформування, у тому числі: фінансово-економічного, організаційного, нормативно-правового, встановлення чітких пріоритетів, забезпечення профілактичного вектора розвитку, впровадження моніторингу зрушень,

індикаторів оцінки та контролю, а також широка поінформованість суспільства щодо напрямів і шляхів реформування та забезпечення відкритості системи охорони здоров'я [173].

На наш погляд необхідним є застосування цільових бюджетних програм у системі охорони здоров'я, як інструменту для ефективного використання бюджетних коштів із покращенням результату при менших витратах, що відповідає пріоритетам державної політики у сфері охорони здоров'я. За таких умов основна увага зосереджується не на розвитку мережі та збільшенні штатів установ, а на результатах виконання програм і, зрештою, на підвищенні якості надання медичної допомоги.

Ринок медичних послуг є складною системою, до складу якої входять державний, муніципальний і приватний сектори, метою діяльності яких є підвищення доступності та якості надання медичних послуг населенню. Держава є основним замовником медичних послуг, вона відповідає за зміцнення здоров'я людей, поліпшення якості життя та сприяння національній безпеці країни, здійснює регулювання ринку за допомогою адміністративних, економічних і соціально-психологічних важелів. Суб'єктами даного ринку є надавачі медичних послуг (лікарні, амбулаторно-поліклінічні заклади, діагностичні та реабілітаційні центри, санаторії, індивідуальні лікарі), споживачі (індивідуальні й групові) та посередники (страхові компанії та благодійні організації), а об'єктом виступають медичні послуги на платній та безоплатній основі.

У сучасних умовах вітчизняна сфера медичних послуг має такі особливості:

- суттєве відставання за показниками тривалості життя та смертності від європейських країн;
- низький рівень ВВП на душу населення, який є недостатнім для необхідного рівня видатків на медичну сферу;
- застарілість та неефективність ринку медичних послуг, високий рівень корупції на всіх ланках, відсутність прозорого гарантованого державою пакету медичних послуг;

- недостатня адаптованість ринку до змін та мінливого середовища;
- недостатність розвитку страхової медицини та незавершене реформування;
- динамічні зміни в умовах воєнного стану, що потребують корегування усього ринку медичних послуг.

Рівень економічного зростання визначає розвиток медицини та якості послуг, спроможність держави до ефективного державного регулювання, розвитку конкуренції медичних послуг, а також спроможність населення до фінансового самозабезпечення якісними медичними послугами. Тенденції розвитку ринку приватних медичних послуг за останнє десятиріччя впливає на якість медичних послуг, особливо діагностичних. За даними Світового банку (табл. 4.1), поточні витрати на охорону здоров'я в Україні, порівняно з країнами ЄС, особливо в Східній Європі, досягають приблизно однакового рівня від ВВП (7,83% - у Чехії та 8,52% - у Словенії, 7,1% - в Україні, 9,92% - в ЄС, 6,45% та 6,96% - відповідно у Польщі та Словачії у 2019 році). Поточні витрати на охорону здоров'я на душу населення в Україні залишаються невисокими саме через низькі темпи економічного росту та низький рівень якості життя. Тому, за 2000-2019 роки в Україні поточні витрати на 1 особу зросли на 45,79 дол., тоді як у Чехії – на 470,29 дол., в ЄС – на 211,08 дол., у Польщі – на 204,84 дол., у Словачії – на 45,53 дол., у Словенії – на 201,95 дол. За 2010-2019 роки цей показник в Україні зріс на 45,79 дол., тоді як в інших країнах Східної Європи залишався практично на тому ж рівні. Дещо вищим є значення поточних витрат на охорону здоров'я на душу населення за ПКС (паритетом купівельної спроможності) в Україні, які зросли за 2010-2019 роки на 344,5 дол., тоді як в країнах ЄС на 1398,87 дол., в Чехії – на 1556,33 дол., у Польщі – на 853,58 дол., у Словачії – на 317,74 дол., у Словенії – на 1241,94 дол. Це означає, що громадяни країн Східної Європи мають більше фінансових ресурсів для оплати медичних послуг через вищий рівень якості життя. Окрім того, це створює складнощі для функціонування системи в умовах військових дій.

Отже, поточні витрати в Україні складають суттєву частку ВВП, тоді як загальні сукупні витрати є значно меншими (табл. 4.2). Це означає відсутність довгострокового планування та вкладень, зокрема капітальних вкладень в інфраструктуру та розвиток ринку медичних послуг.

Таблиця 4.1.

Динаміка поточних витрат на охорону здоров'я в Україні та країнах ЄС у 2000-2019 роках

Країни	2000	2010	2015	2016	2017	2018	2019	Відхилення, 2010- 2019 (+/-)
Поточні витрати на охорону здоров'я, % від ВВП								
Чехія	5,72	6,88	7,24	7,15	7,23	7,52	7,83	0,96
ЄС	8,44	9,88	9,94	9,93	9,87	9,87	9,92	0,03
Польща	5,3	6,41	6,4	6,54	6,54	6,33	6,45	0,03
Словакія	5,31	7,73	6,85	7,1	6,74	6,71	6,96	-0,77
Словенія	7,78	8,57	8,5	8,48	8,19	8,28	8,52	-0,04
Україна	5,31	6,81	6,95	6,76	7	7,52	7,10	0,29
Поточні витрати на охорону здоров'я на душу населення, дол.								
Чехія	342,92	1373,93	1284,05	1321,62	1475,92	1765,59	1844,22	470,29
ЄС	1441,02	3265,35	3038,9	3105,38	3261,43	3531,32	3476,43	211,08
Польща	238	809,20	803,96	813,47	906,82	978,74	1014,04	204,84
Словакія	203,51	1296,54	1108,43	1174,8	1186,14	1299,91	1342,07	45,53
Словенія	796,65	2017,15	1775,15	1834,16	1920,28	2169,58	2219,10	201,95
Україна	35,13	202,34	141,57	141,94	177,41	222,48	248,13	45,79
Поточні витрати на охорону здоров'я на душу населення за ПКС, дол.								
Чехія	923,64	1920,69	2441,99	2521,82	2753,38	3198,92	3477,03	1556,33
ЄС	1822,29	3180,63	3699,95	3850,29	4054,27	4370,93	4579,49	1398,87
Польща	564,34	1352,96	1717,36	1814,88	1958,17	2023,38	2206,54	853,58
Словакія	602,22	1949,35	2033,77	2193,91	2184,2	2113,84	2267,09	317,74
Словенія	1405,85	2387,07	2689,42	2815,52	2960,59	3334,94	3629,01	1241,94
Україна	210,08	562,66	531,24	537,82	584,59	907,95	907,16	344,50

Джерело: систематизовано та складено автором на основі даних Світового банку [167-171].

Внутрішні сукупні державні витрати на медичні послуги – це внутрішні державні джерела фінансування галузі у вигляді внутрішніх доходів, трансфертів

і грантів, субсидій бенефіціарам добровільного медичного страхування, некомерційним організаціям, що обслуговують домашні господарства, або схеми фінансування підприємств, а також обов'язкові передоплати і внески на соціальне медичне страхування. Вони не включають зовнішні ресурси, витрачені урядами на охорону здоров'я.

За двадцять років внутрішні сукупні державні витрати на охорону здоров'я зросли на 0,57% від ВВП при тому, що у 2008 році відбувалося економічне зростання. За 2010-2019 роки показник скоротився на 0,51%, тоді як в країнах ЄС зріс на 0,9% (у Чехії - на 0,67%, у Польщі - на 0,03%, у Словачії не змінився, у Словенії скоротився на 0,03%).

Таблиця 4.2.

Динаміка внутрішніх сукупних державних витрат на охорону здоров'я в Україні та країнах ЄС у 2000-2019 роках

Країни	2000	2010	2015	2016	2017	2018	2019	Відхилення, 2010-2019 (+/-)
Внутрішні сукупні державні витрати на охорону здоров'я, % від ВВП								
Чехія	5,07	5,72	5,96	5,85	5,91	6,22	6,39	0,67
ЄС	6,44	7,34	7,45	7,46	7,42	7,40	7,43	0,09
Польща	3,61	4,58	4,44	4,5	4,51	4,50	4,60	0,03
Словакія	4,7	5,49	5,4	5,66	5,33	5,31	5,48	0,00
Словенія	5,56	6,20	6,06	6,13	5,88	6,00	6,17	-0,03
Україна	2,51	3,69	2,86	2,85	3,08	3,49	3,18	-0,51
Внутрішні сукупні державні витрати на охорону здоров'я, % від поточних витрат								
Чехія	88,7	83,13	82,2	81,9	81,8	82,70	81,50	-1,63
ЄС	76,3	74,28	75	75,1	75,2	74,96	74,90	0,62
Польща	68,2	71,35	69,3	68,8	69	71,09	71,38	0,03
Словакія	88,5	71,00	78,9	79,8	79,1	79,21	78,82	7,82
Словенія	71,4	72,36	71,4	72,3	71,8	72,41	72,37	0,01
Україна	47,3	54,12	41,1	42,2	44	46,42	44,79	-9,33

Джерело: систематизовано та складено автором на основі даних Світового банку [167-171].

Варто звернути увагу на те, що частка сукупних державних витрат у поточних витратах на галузь становить 44,79% в Україні, тоді як в Чехії – 81,50%, у ЄС – 74,90%, у Польщі - 71,38%, у Словачії – 78,82%, у Словенії – 72,37%. Отже, в Україні через суттєві поточні витрати не відбувається фінансування медичних послуг та галузі у вигляді внутрішніх трансфертів і грантів, субсидій бенефіціарам добровільного медичного страхування, некомерційним організаціям, що обслуговують домашні господарства, відсутні схеми фінансування підприємств, а також обов'язкові передоплати і внески на соціальне медичне страхування. При низькому рівні поточних витрат на охорону здоров'я на душу населення в Україні також спостерігається низький рівень приватних витрат на медичні послуги на душу населення (табл. 4.3).

Таблиця 4.3.

Динаміка внутрішніх приватних витрат на медичні послуги в Україні та країнах ЄС у 2000-2019 роках

Країни	2000	2010	2015	2016	2017	2018	2019	Відхилення, 2010-2019 (+/-)
Внутрішні приватні витрати на медичні послуги на душу населення, дол.								
Чехія	38,74	231,81	228,14	239,5	269,37	305,38	341,21	2,04
ЄС	341,57	840,17	759,22	773,25	809,86	884,39	872,34	0,12
Польща	75,65	231,84	246,24	253,57	281,24	282,42	289,61	0,7
Словачія	23,51	376,05	234,44	237,57	247,84	270,20	284,29	-10,66
Словенія	227,91	557,44	508,5	508,29	541,66	598,61	613,13	-1,55
Україна	18,46	91,35	80,72	80,14	96,33	116,94	135,31	14,17
Внутрішні приватні витрати на медичні послуги, % від поточних витрат								
Чехія	11,3	16,87	17,77	17,30	18,50	17,30	18,50	2,04
ЄС	23,69	25,72	24,98	25,03	25,09	25,03	25,09	0,12
Польща	31,79	28,65	30,63	28,86	28,56	28,86	28,56	0,7
Словачія	11,55	29,00	21,15	20,79	21,18	20,79	21,18	-10,66
Словенія	28,61	27,64	28,65	27,59	27,63	27,59	27,63	-1,55
Україна	52,54	45,15	57,02	52,56	54,53	52,56	54,53	14,17

Джерело: систематизовано та складено автором на основі даних Світового банку [167-171].

У порівнянні з Україною в країнах Східної Європи приватні витрати на душу населення на медичні послуги у довоєнному періоді суттєво нижчі за державні витрати, та разом з цим перевищують приватні витрати в Україні. Це може бути зумовлено як вартістю медичних послуг, так і їхньою якістю, купівельною спроможністю та добробутом життя населення. Внутрішні приватні витрати на медичні послуги в Україні займають вагому частку у поточних витратах на відміну від країн Європи, вони становили у 2019 році 54,53% (у Чехії -18,50%, у Польщі - 28,56%, у Словачії - 21,18%, у Словенії - 27,63%, в ЄС - 25,09%). Фактично громадяни України самі фінансують медичні послуги, при цьому практично вся сума оплати медичних послуг відбувається неофіційно (табл. 4.4), що унеможлиблює контроль за якістю медичних послуг.

Таблиця 4.4.

Динаміка готівкових витрат населення на медичні послуги в Україні та країнах ЄС у 2000-2019 роках

	2000	2010	2015	2016	2017	2018	2019	Відхилення, 2010-2019 (+/-)
Готівкові витрати населення на медичні послуги, % від поточних витрат								
Чехія	10,2	15,25	14,83	15,02	14,81	14,19	14,15	-1,10
ЄС	15,41	15,85	16,02	15,93	15,82	15,66	15,50	-0,35
Польща	31,33	23,87	23,31	23,08	23,05	20,79	20,44	-3,42
Словакія	10,84	22,80	18,44	17,89	18,71	18,91	19,16	-3,64
Словенія	13,27	12,64	12,5	12	12,33	11,98	11,66	-0,98
Україна	48,39	41,85	54,06	54,05	52,32	50,66	51,12	9,27
Готівкові витрати населення на медичні послуги на душу населення, дол.								
Чехія	34,97	209,54	190,40	198,56	218,57	250,55	260,96	51,42
ЄС	222,09	517,69	485,59	490,86	518,81	553,28	539,00	21,31
Польща	74,56	193,12	187,43	187,75	209,72	203,52	207,32	14,20
Словакія	22,06	295,62	204,52	210,29	222,51	245,78	257,13	-38,49
Словенія	105,74	254,97	221,96	220,29	237,32	259,95	258,78	3,81
Україна	17	84,68	76,09	76,25	92,26	112,70	126,84	42,16

Джерело: систематизовано та складено автором на основі даних Світового банку [167-171].

У порівнянні з країнами ЄС готівкові витрати населення на медичні послуги в Україні становлять 51,12%, тоді як у Чехії - 14,15%, у Польщі - 20,44%, у Словачії - 19,16%, у Словенії - 11,66%, в ЄС - 15,50%). За такої умови готівкові витрати на медичні послуги майже рівні внутрішнім приватним витратам в Україні. Аналізуючи видатки із Зведеного бюджету України на фінансування охорони здоров'я у довоєнному періоді, відмітимо їхнє стійке зниження по відношенню до ВВП і зниження абсолютного обсягу видатків в період 2014-2016 років (рисунок 4.1). Починаючи з 2014 року видатки Зведеного бюджету України на охорону здоров'я різко зменшилися, що, безумовно, пов'язано із економічною кризою в країні. Однак зауважимо, що абсолютний обсяг видатків на охорону здоров'я із Зведеного бюджету України в докризовий період також є невисоким, адже за показником співвідношення видатків до ВВП (3,7-4,2%) наша держава значно поступається Німеччині, де такі видатки становлять 10,6% ВВП, Франції (9,6%), Нідерландам (8,6%), США (14%), Великій Британії (6,7%). Низький загальний рівень видатків Зведеного бюджету України на охорону здоров'я у довоєнному періоді не дозволяє утримувати на належному рівні велику кількість лікувальних закладів, особливо це стосується невеликих населених пунктів, місцевий бюджет яких є обмеженим.

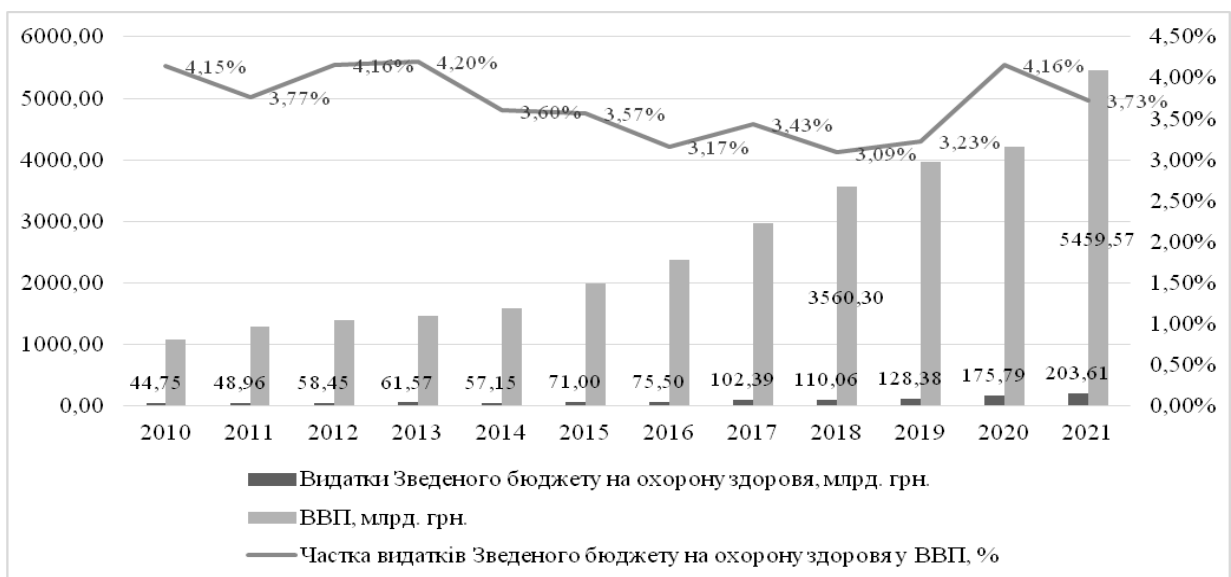


Рис. 4.1. Динаміка видатків Зведеного бюджету України на охорону здоров'я у 2010-2021 роках. Джерело: систематизовано та складено автором на основі даних Державної казначейської служби України.

Отже, рівень фінансування розвитку ринку медичних послуг залишається низьким в Україні і зараз. Розвиток ринку медичних послуг в Україні залежить від багатьох факторів, головними серед яких, на наш погляд, є: ринкова інфраструктура; фінансування розвитку охорони здоров'я; купівельна спроможність населення; воєнний стан, що негативно впливає на ринок.

Система охорони здоров'я України згідно з Глобальним індексом безпеки здоров'я у довоєнному періоді 2021 році знаходилась на 83 місці з 195 держав, водночас: система запобігання захворювань на 77 місці; раннє виявлення епідемій та звітність на 86 місці; швидке реагування на епідемії та пом'якшення їх поширення і надзвичайні ситуації на 164 місці; система охорони здоров'я на 44 місці; дотримання міжнародних норм на 92 місці; запобігання ризиків на 141 місці (рисунок 4.2.).

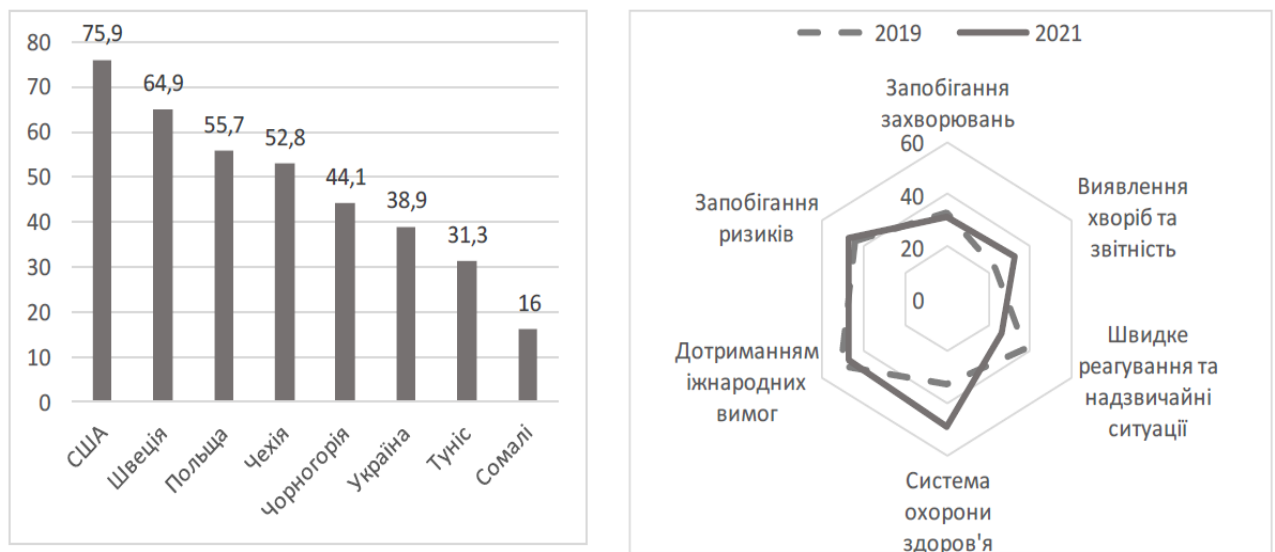


Рис. 4.2. Глобальний індекс безпеки здоров'я (Global Health Security Index) в 2021 році у різних країнах, од. Джерело: систематизовано та складено автором на основі даних звіту *Global Health Security Index, 2021*.

Зупинимось коротко на розгляді кожного із факторів розвитку ринку медичних послуг України. Так, інфраструктурний фактор розвитку медичних послуг в Україні свідчить про поступове стійке скорочення основних інфраструктурних об'єктів охорони здоров'я (табл. 4.5). Як свідчать дані таблиці 4.5, за останні десять років загальна кількість державних лікувальних закладів в

Таблиця 4.5.

Динаміка показників розвитку державної інфраструктури ринку медичних
послуг України у 2010-2021 роках

Заклади	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Темп зростання 2010-2021 рр., %	Відхилення 2010-2021, од.
Міські лікарні	516	327	308	303	292	282	284	417	-19,2%	-99
Обласні лікарні	27	24	25	25	25	25	25	25	-7,4%	-2
Дитячі міські лікарні	94	60	60	57	54	49	47	43	-54,3%	-51
Центральні районні лікарні	471	446	448	448	442	436	424	260	-44,8%	-211
Дільничні лікарні	521	53	41	30	13	9	9	4	-99,2%	-517
Пологові будинки	87	74	76	75	77	71	69	68	-21,8%	-19
Інші лікувальні заклади (спец.лікарні, медичні центри)	460	362	361	354	344	348	7	16	-96,5%	-444
Всього лікувальних закладів	2 176	1 346	1 319	1 292	1 247	1 220	1 186	1 135	-47,8%	-1 041
Загальна кількість ліжок-місць	354 606	278 753	263 673	258 395	251 030	246 260	232 393	228 120	-35,7%	-126 486

Джерело: систематизовано та складено автором на основі даних Центру медичної статистики МОЗ [285].

Україні зменшилася на 47,8% або на 1041 одиницю. Причин такого зменшення є декілька: зменшення державних видатків на фінансування охорони здоров'я; наслідки анексії Автономної Республіки Крим та війни на Донбасі; реформи децентралізації та медичної реформи 2016 року, які спрямовано на скорочення ліжко-місць, їхнього фінансування та впровадження підходу «гроші йдуть за пацієнтом».

Ринок медичних послуг України переживає період трансформації, спричиненої реформуванням системи охорони здоров'я. У новій системі медичного обслуговування населення є місце як державним, так і приватним медичним закладам. При оптимізації та скороченні державної мережі лікарняних закладів зростає кількість приватних підприємств в сфері охорони здоров'я з 2016 року. Кількість суб'єктів господарювання в сфері охорони здоров'я та надання соціальної допомоги України зросла з 3891 до 7428 одиниць (рисунок 4.3).

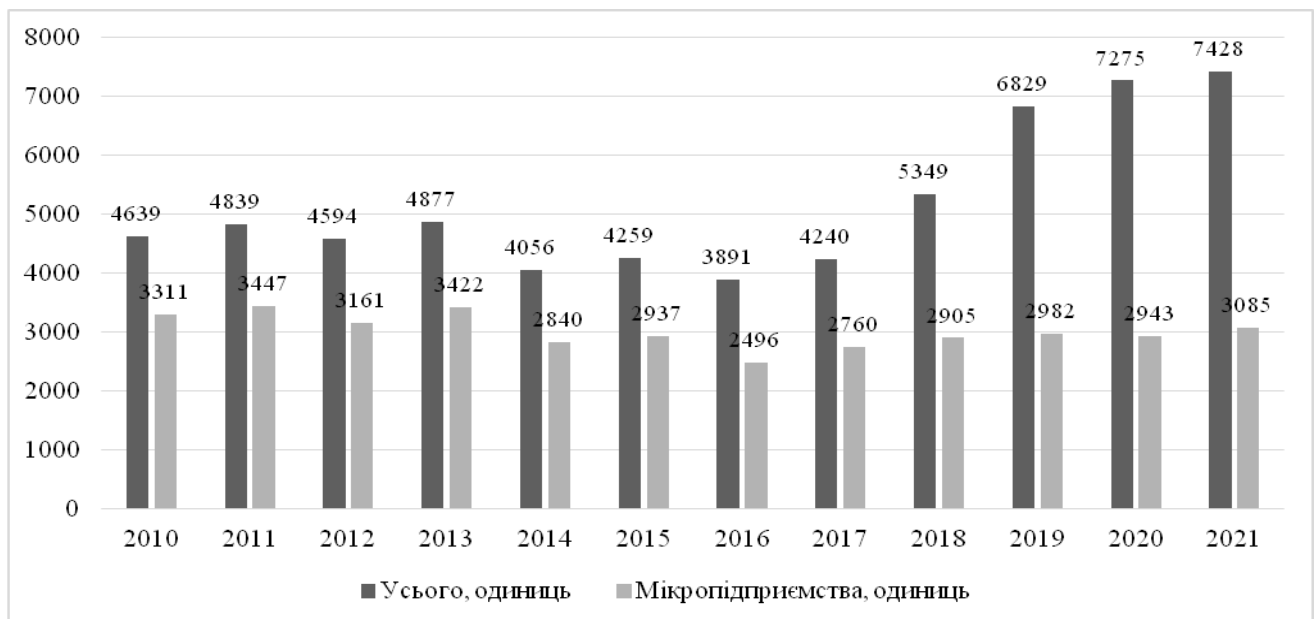


Рис. 4.3. Динаміка кількості суб'єктів господарювання (підприємств) в сфері охорони здоров'я та надання соціальної допомоги України у 2010-2021 роках, одиниць. Джерело: систематизовано та складено автором на основі даних Державної служби статистики України [100-101].

Вітчизняна приватна медицина, яка налічує 4668 підприємств у 2021 році сфері медичної та стоматологічної практики, все більше адаптується до нововведень на ринку медичних послуг України. В її галузевій структурі поступово збільшується частка приватних лікарень і діагностичних центрів, кількість суб'єктів господарювання в приватній медичній та стоматологічній практиці (рисунок 4.4.).



Рис. 4.4. Динаміка кількості суб'єктів господарювання (підприємств) в медичній та стоматологічній практиці України у 2010-2021 роках (за КВЕД 86.2), одиниць. Джерело: систематизовано та складено автором на основі даних Державної служби статистики України [100-101].

У 2021 році в Україні поступово зростає кількість підприємств загальної медичної практики - 2484 одиниць, спеціалізованої медичної практики - 717 одиниць, стоматологічної практики - 1467 одиниць (рисунок 4.5.). За такої умови відбувається зміна структури підприємств медичної та стоматологічної практики з переважанням мікропідприємств.

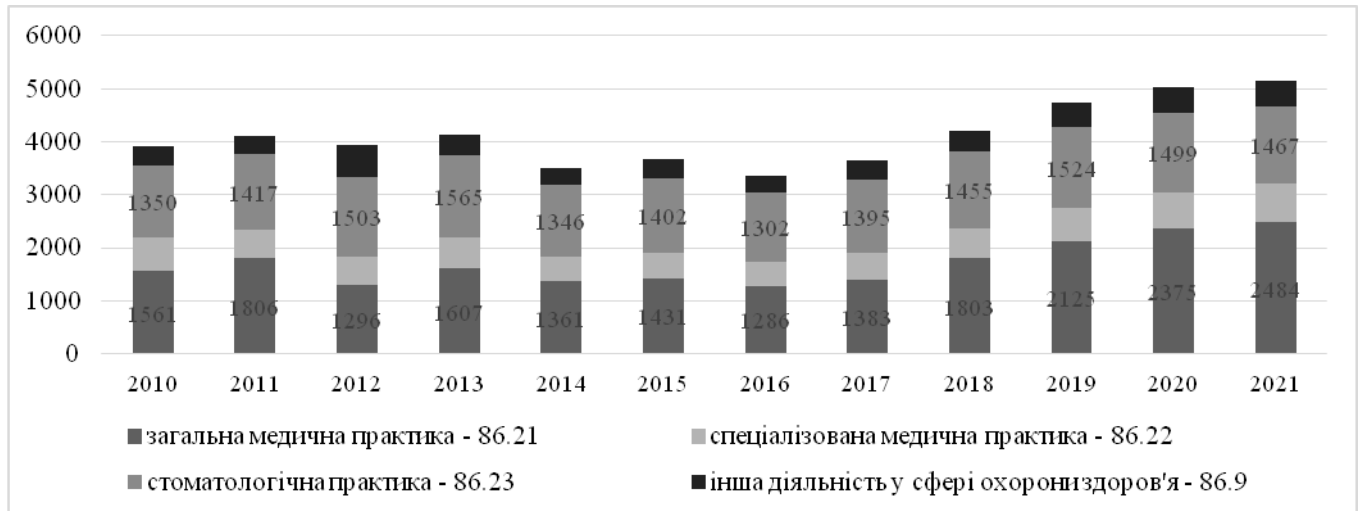


Рис. 4.5. Динаміка кількості суб'єктів господарювання в сфері приватної медицини України у 2010-2019 роках, одиниць. Джерело: систематизовано та складено автором на основі даних Державної служби статистики України [100-101].

У 2010 році частка малих підприємств у загальній медичній практиці становила 76,2%, у спеціалізованій – 74,8%, у стоматологічній – 73,0%, у іншій діяльності охорони здоров'я – 80,2%. У 2021 році показники в розрізі видів медичної практики становили 41,5%, 60,6%, 65,3% відповідно. Це означає формування конкурентного ринку медичних послуг завдяки реформуванню механізмів регулювання охорони здоров'я, що забезпечує розвиток малих підприємств та масштабування їхньої діяльності.

Відповідно у 2021 році частка середніх підприємств загальної медичної практики становила 28,6%, спеціалізованої медичної – 10,0%, стоматологічної – 8,9%. Водночас із скороченням мережі державних лікарняних закладів зростає обсяг реалізації продукції в сфері охорони здоров'я та ринок медичних послуг за рахунок росту приватного сектору (рисунки 4.6.).

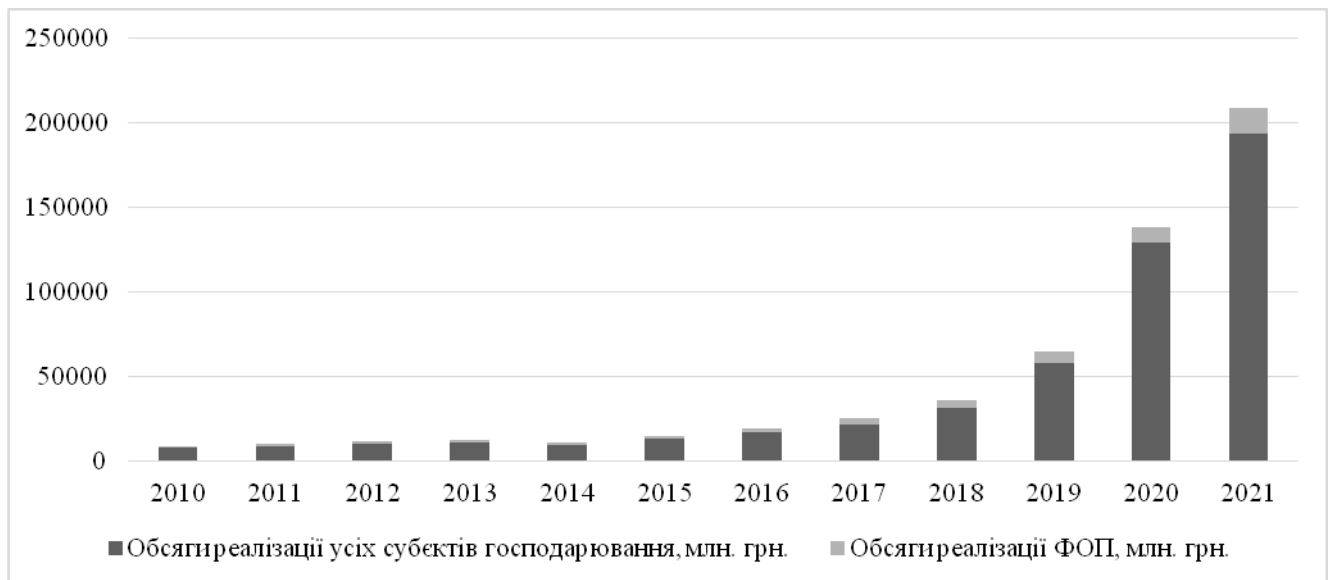


Рис. 4.6. Динаміка обсягів реалізованої продукції (товарів, послуг) підприємств в сфері охорони здоров'я України у 2010-2021 роках, млн грн. Джерело: систематизовано та складено автором на основі даних [285].

Незважаючи на перевагу у структурі кількості суб'єктів господарювання фізичних-осіб підприємців, серед обсягів реалізації в сфері охорони здоров'я обсяги реалізації ФОП становлять лише незначну частку: у 2010 році – 14,9%, у 2021 році – 7,8%. Середній річний темп росту обсягу реалізації в сфері охорони здоров'я в цілому склав 39% за 2010-2021 роки, зокрема реалізованих ФОП – 28%. Найбільший ріст відбувся починаючи з 2015 року: 39% - у 2015 році, 30% - у 2016 році, 28% - у 2017 році, 46% - у 2018 році та 86% - у 2019 році, у 2020 році – 124%, у 2021 році – 50%.

За десять років функціонування державні заклади в Україні забезпечили надходження від реалізації медичних послуг у розмірі 4,18 млрд грн у 2010 році, 105,49 млрд грн у 2021 році з темпом росту у 2423,6%. За такої умови медична та стоматологічна практики забезпечили ріст на 2288,95% з часткою обсягу реалізації у структурі обсягу реалізованої продукції всієї галузі 70% у 2021 році. Питома вага обсягів реалізації загальної медичної практики склала у 2021 році 49%, спеціалізованої – 9%, стоматологічної – 120%. Отже, ринок державної та приватної медицини суттєво зростає, розвивається ринок лабораторних медичних послуг, спеціалізованої допомоги (табл.4.6.).

Таблиця 4.6.

Динаміка обсягів реалізованих послуг суб'єктів господарювання в сфері охорони здоров'я України у 2010-2021 роках, млрд. грн.

Обсяг реалізованих послуг, млрд. грн.	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Темп росту, %
діяльність лікарняних закладів (86.1)	4,18	3,59	4,46	5,85	9,46	23,09	71,63	105,49	2423,60%
медична та стоматологічна практика (86.2)	3,11	8,16	10,86	13,61	19,14	31,34	45,35	74,30	2288,95%
загальна медична практика (86.21)	1,34	4,7	6,42	7,86	12,03	21,06	30,25	52,17	3793,05%
спеціалізована медична практика (86.22)	0,66	1,42	1,8	2,24	2,8	4,27	6,83	9,72	1373,24%
стоматологічна практика (86.23)	1,12	2,04	2,64	3,51	4,31	6,01	8,26	12,41	1007,68%
інша діяльність у сфері охорони здоров'я (86.9)	0,35	1,02	1,28	1,76	2,46	3,4	12,39	14,21	3958,71%

Джерело: систематизовано та складено автором на основі даних [100-101].

По завершенню реформи в 2020 році ті лікарняні заклади, які уклали договір з Національною службою здоров'я, почали отримувати фінансування з бюджету залежно від кількості пацієнтів, яких вони обслуговують. Водночас на законодавчому рівні визначено пакет безкоштовних для громадян послуг. Їхнє надання оплачує держава за єдиними для всієї країни цінами. Медичні послуги, що не входять до державного пакету, оплачуються або самими пацієнтами, або страховими компаніями при наявності відповідного поліса [179].

Така система стане каталізатором розвитку ринку приватних медичних послуг, так як недержавні клініки зможуть брати участь в наданні первинної медичної допомоги на рівні з державними і комунальними. До того ж за рахунок більш високої якості обслуговування, вони зможуть залучити більше пацієнтів для надання послуг, що не входять в безкоштовний перелік [179]. Внаслідок реформування та розвитку конкурентного ринку медичних послуг в Україні в довоєнний період спостерігався ріст задоволення медичними послугами (рисунок 4.7.).

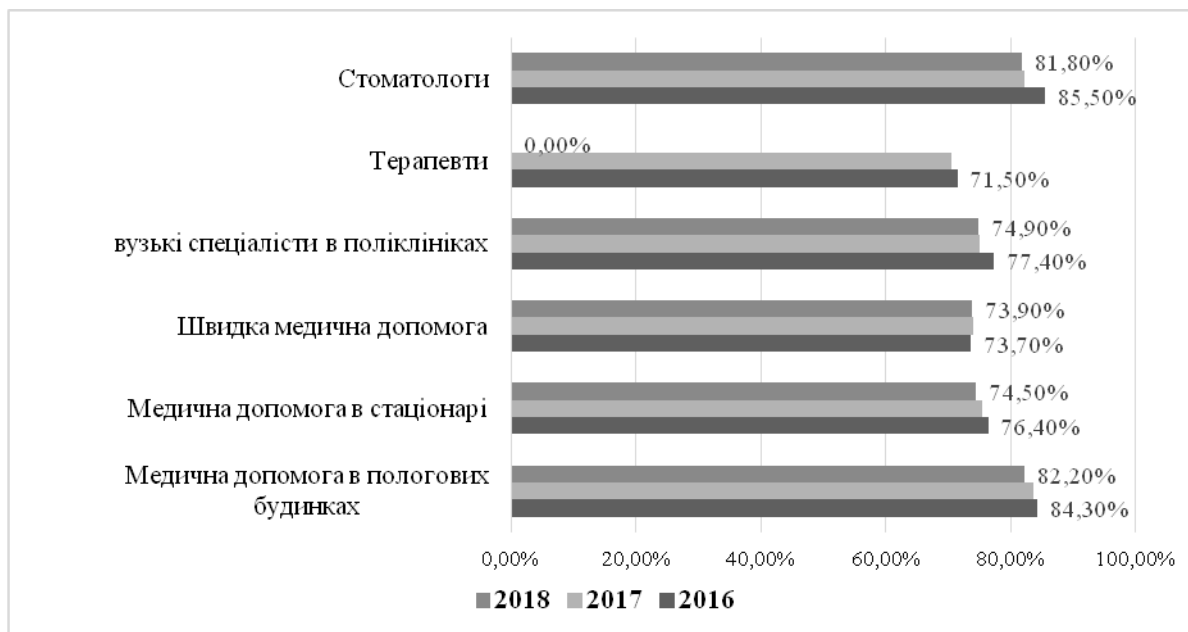


Рис. 4.7. Рівень задоволення медичними послугами населення України в державних та приватних медичних закладах у 2016-2018 роках. Джерело: систематизовано та складено автором на основі даних [285].

Ринок приватних медичних послуг в Україні тільки почав розвиватися та зростати його частка у 2018-2019 роках за деякими експертними оцінками досягла 14,3% у 2018 році (12,4% - у 2015 році) [285]. Зародження ринку приватної медицини в Україні розпочалося в 1990-х роках. Перші комерційні клініки в країні розвивалися переважно в сегментах зі слабозвиненою державною медициною та одночасно стійким попитом у стоматології, гінекології та косметології. Наприклад, стоматологія відносилася до сегменту платних послуг в радянські часи, саме тому приватні дантисти стали першопрохідцями цього ринку. На початку 1990-х років почали формуватися перші великі

багатопрофільні центри, Медіком та Борис, що розпочали надавати послуги швидкої допомоги та з часом комплексні поліклінічні послуги.

Станом на 2020 рік в Україні налічувалось понад 30 тис. приватних медичних установ, при цьому близько 40% в загальній структурі доходів приватних клінік займають медичні установи міста Києва (частка населених пунктів з населенням до 100 тис. становить 10%).

Значна частина суб'єктів ринку – це вузькопрофільні клініки локального масштабу з переважанням стоматологічних клінік, частка яких перевищує 75% від загального обсягу приватного ринку медичних послуг. У той же час для таких спеціальностей, як хірургія, педіатрія, анестезіологія частка лікарів, що працюють в приватних установах, коливається на рівні 2-3% від загального числа, а в офтальмології вона досягає 20% [7].

Стримуючими факторами розвитку приватної медицини є висока вартість інвестицій у розвиток бізнесу для вітчизняних інвесторів: від 50 тисяч доларів становлять інвестиційні витрати для відкриття стоматологічної клініки, 16-17 млн. євро становлять інвестиції у відкриття приватного медичного центру [88]. Додатковий стримуючий фактор – висока вартість оплати праці, сукупне навантаження на фонд оплати праці становить 55-60% витрат медичного центру. Водночас для іноземних інвесторів приватний медичний ринок України в повоєнний період може бути інвестиційно привабливим через невисокий рівень конкуренції, потенціал росту та окупності інвестицій за 4-6 років з рентабельністю приватних клінік 5-30%. Зростання інвестиційної привабливості приватної медицини України обмежене відсутністю обов'язкового медичного страхування, а також слабким розвитком добровільного медичного страхування.

Стримуючими факторами розвитку приватної медицини також є низька частка висококваліфікованих медичних кадрів, які не володіють новими технологіями, високі витрати на інтеграцію технологій та обслуговування обладнання. Медичні працівники в Україні працюють за старими підходами, що не відповідають ринковим умовам господарювання. Тому медична реформа в Україні спрямована на розвиток конкуренції між медичними працівниками з

точки зору зростання якості медичних послуг за рахунок оплати наданих послуг медичному працівнику за кожного окремого пацієнта.

На показник використання приватних медичних послуг впливають два основні фактори: рівень реальних доходів громадян та кількість приватних медичних закладів. За такої умови ринок приватних медичних послуг щорічно зростає. Це проявляється через кількість наданих приватних послуг, появи нових гравців на ринку, росту довіри до приватної медицини на фоні зростання недовіри до державних медичних послуг. Безперечно якість надання медичних послуг в різних медзакладах різна, але відзначим, що заможні українці більш прихильні до приватної медицини через вищий рівень ефективності лікування та якість медичних послуг й обслуговування.

Аналіз структури ринку медичних послуг в Україні в довоєнному періоду (рисунки 4.8. та 4.9.) засвідчує, що після лікарень по кількості закладів домінує стоматологія та репродуктивна медицина. Щодо стоматології, то послуги реалізуються домінуючими приватними стоматологічними кабінетами. Розвиток репродуктивної медицини відбувається за рахунок зарубіжних клієнтів. Найменшу частину ринку займають приватні онкологічні клініки. В Україні онкологія налічує лише три повноцінні центри [101].

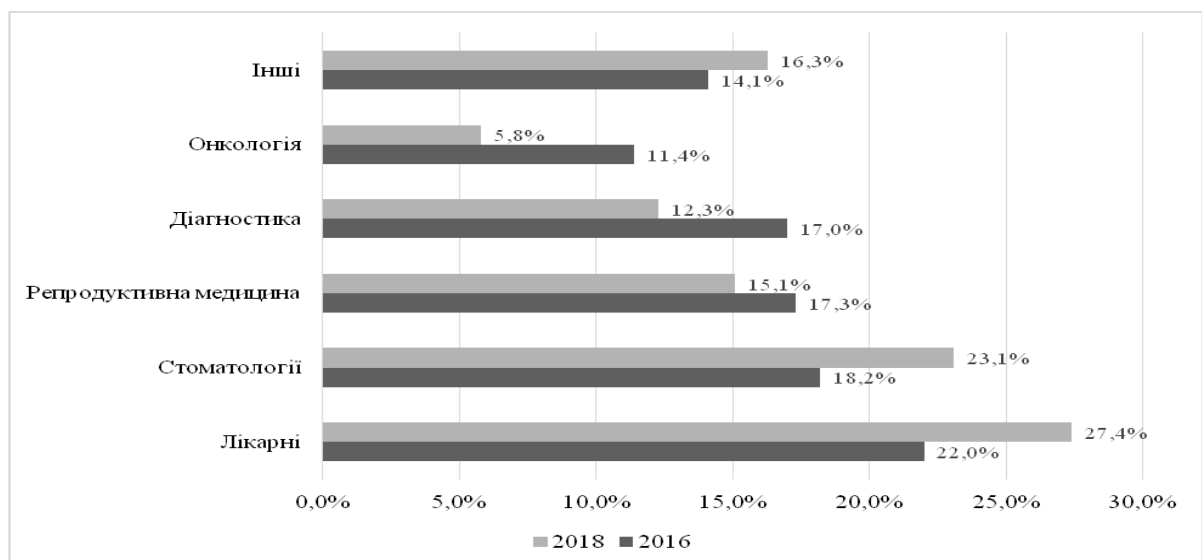


Рис. 4.8. Галузева структура ринку приватних медичних послуг України у 2016 та 2018 році, %. Джерело: систематизовано та складено автором на основі даних [100-101].

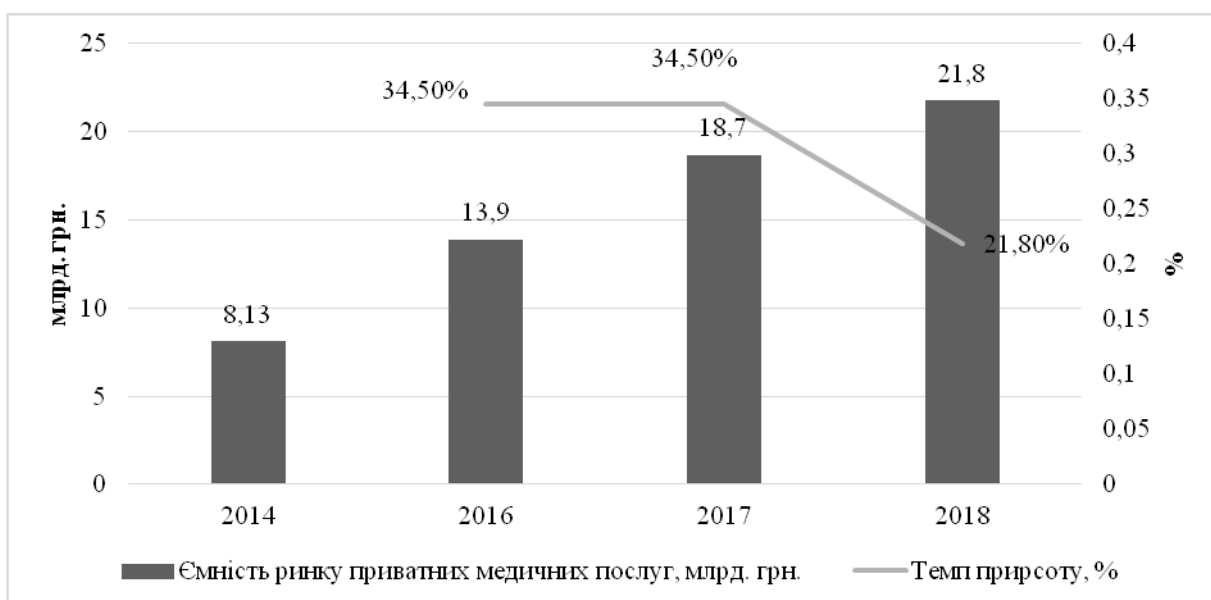


Рис. 4.9. Динаміка ємності ринку приватних медичних послуг України у 2014-2018 роках, млрд грн. Джерело: систематизовано та складено автором на основі даних [100-101].

Аналіз ринку медичних послуг відзначає домінуючу тенденцію – динаміка його розвитку прямо залежить від рівня наявних доходів українського населення. При цьому обласні міста та міста-мільйонери стають центрами активного розвитку приватної медицини. Потенційним каталізатором подальшого розвитку медичного ринку стане впровадження повноцінного обов'язкового медичного страхування [44].

Ще одним сегментом приватної медицини є ринок лабораторно-діагностичних послуг, який активно розвивається в Україні. Ринок лабораторної діагностики в Україні можна вважати досить новим напрямком серед приватних лабораторій. Починаючи з 2010 року гравці ринку приватної лабораторії активно розвивають власні мережі, в результаті на ринку України з'явилося безліч дрібних та середніх гравців, однак, один великий гравець займає значну частку цього ринку. Становленню ринку приватних лабораторних послуг сприяв низький рівень якості діагностичних послуг в державних лабораторіях, з іншого боку на ринок негативно вплинула девальвація національної валюти, через повну залежність імпорту реагентів і обладнання.

Такі тенденції за умови якісного надання медичних послуг були б невідчутними для населення, однак, насправді, матеріально-технічний стан лікувальних закладів перебуває в незадовільному стані і утримання багатьох лікарень дійсно є невиправданим. Про незадовільний стан медичного обслуговування в Україні загалом та матеріально-технічного оснащення лікувальних закладів зокрема свідчить компонент індексу розвитку (Legatum Institute) щодо процвітання в сфері охорони здоров'я, згідно з яким Україна посідає 115 місце в рейтингу із 167 країн поряд з такими державами, як Сирія, Непал та Лаос [333].

Водночас із зменшенням кількості лікувальних закладів та державних видатків на охорону здоров'я суттєво знизилася абсолютна чисельність лікарів із 193,2 тис. осіб у 2010 році до 147,7 тис. осіб у 2019 році, разом з цим зменшилася кількість лікарів на 10 тис. населення (рисунок 4.10.).

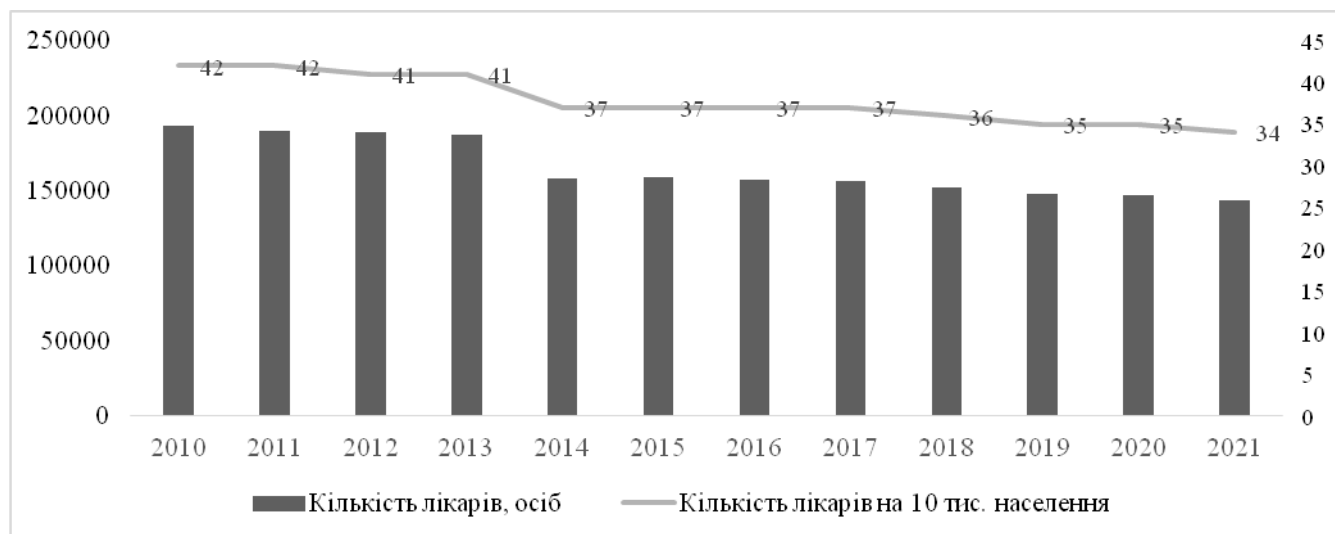


Рис. 4.10. Динаміка кількості лікарів в Україні з розрахунку на 10 тис. населення у 2010-2021 роках. Джерело: систематизовано та складено автором на основі даних [285].

Не зважаючи на зменшення кількості лікарів на 10 тис. населення в Україні, за цим показником наша держава випереджає такі розвинуті країни, як Німеччину (34 лікарі на 10 тис. населення), Францію (29), Нідерланди (29), США (23), Великобританію (16). Однак в цих країнах значно вища середня тривалість життя ніж в Україні (72 р.), в Німеччині – 81 рік, а в США – 78,5 років, що

свідчить про ефективніший розподіл фінансування та якісніше надання медичних послуг.

Важливим елементом розвитку інфраструктури ринку медичних послуг є структура видатків Зведеного бюджету України на охорону здоров'я, де найбільшу частину складають видатки на виплату заробітних плат працівників та на забезпечення поточного функціонування медичного закладу (комунальні платежі).

Розвиток ринку медичних послуг в довоєнний період в Україні гальмується також й недостатнім рівнем купівельної спроможності та матеріальної забезпеченості населення, адже видатки на медичні послуги складають лише 4,5-5,6% у його сукупних видатках (табл. 4.7).

Через низький рівень видатків домашніх господарств на охорону здоров'я знижується частка видатків на охорону здоров'я сектору загальнодержавного управління з 20,9% у 2020 році до 15,9% у 2019 році.

Таблиця 4.7.

Динаміка витрат на охорону здоров'я в Україні у 2010-2021 роках

Витрати	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Відхилення 2021-2010, +/-
Кінцеві споживчі витрати домашніх господарств													
Загальні , млрд. грн.	680,2	858,9	950,2	1047,1	1120,9	1331,5	1569,7	1977,6	2438,8	2954,2	3054,0	3736,5	3056,3
На ОЗ, млрд. грн.	30,8	41	43,9	49	55	74,7	87,1	109,2	135,6	167,5	152,8	191,8	161,0
Частка витрат на ОЗ в загальних витратах, %	4,5	4,8	4,6	4,7	4,9	5,6	5,6	5,5	5,6	5,7	5,0	5,1	0,6

Кінцеві споживчі витрати сектору загального державного управління													
Загальні , млрд. грн.	209,3	225,7	262	272,3	296,2	376,3	443,7	616,6	739,5	791,5	814,6	985,4	776,1
На ОЗ, млрд. грн.	43,7	46,4	56,2	59,9	59,7	69,2	70	95,2	112	126,2	159,7	192,5	148,8
Частка витрат на ОЗ в загальни х витрата х, %	20,9	20,5	21,4	22	20,2	18,4	15,8	15,4	15,1	15,9	19,6	19,5	-1,4

Джерело: систематизовано та складено автором на основі даних [285].

Такі тенденції не сприяють зростанню попиту на медичні послуги, що гальмує інвестування у медичне обладнання та медичні препарати, а це в свою чергу позначається на їхній якості.

Одним із негативних факторів розвитку ринку медичних послуг є високий рівень імпортозалежності медичної галузі, що призводить до підвищення рівня цін не лише на медикаменти, але й на медичне обладнання та його складники в Україні у випадку девальвації національної валюти (табл. 4.8).

Таблиця 4.8.

Динаміка деяких показників фармацевтичного ринку України у 2010-2021 роках

	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Відхилення 2021-2010, +/-
Експорт фармацевтични х товарів, млн. дол. США	198,5	155,4	184,2	192,1	216,2	250,8	72,7	315,4	116,9
Імпорт фармацевтични х товарів, млн.	2445, 8	1367	1607	1767, 5	1947	2143, 1	140,1	3056, 6	610,8

дол. США									
Відношення експорту до імпорту фармацевтичних товарів, %	8,1	11,4	11,5	10,9	11,1	11,7	51,9	10,3	2,2
Виробництво основних фармацевтичних продуктів і фармацевтичних препаратів в Україні, млн. дол. США	932,1	929,1	1019,9	1134,6	1273,3	1447,8	-	-	515,7
Відношення вироблених фармацевтичних товарів до обсягу імпорту, %	38,1	68	63,5	64,2	65,4	67,6	-	-	29,5
Ємність ринку фармацевтичної продукції в Україні	3377,9	2296,1	2626,9	2902	3220,3	3590,9	-	-	213

Джерело: систематизовано та складено автором на основі даних [165].

Дані таблиці 4.8 свідчать, що починаючи з 2014 року по 2020 рік включно імпорт фармацевтичних товарів в Україну зменшився на 111%, що співпадає з початком девальваційних тенденцій. У 2021 році спостерігається ріст імпорту фармацевтичної продукції, що зокрема пов'язано зі спалахом пандемії коронавірусу. Подібні тенденції спостерігаються з експортом фармацевтичної продукції, обсяг якої зріс загалом на 51% за 2016-2019 роки, 2020 році скоротився на 71% у та у 2021 році зріс на 334%. Окрім цього, використання імпортованих складників для виробництва фармацевтичних товарів українськими

підприємствами призвело до зниження обсягу такого виробництва та ємності фармацевтичного ринку загалом. Зростання цін на медикаменти, які реалізуються в аптечній мережі та в мережі державних медичних закладів, негативно позначається на розвитку ринку медичних послуг в Україні, адже суттєво знижує їхню доступність для осіб пенсійного віку, дохід яких не дозволяє придбати хоча б мінімально необхідний набір, адже більше 8 млн українських пенсіонерів (за даними Пенсійного фонду України кількість пенсіонерів, які отримують середню за розміром і меншу пенсію складає 8,2 млн осіб) перебувають поза межею бідності (табл. 4.9).

Таблиця 4.9.

Динаміка показників бідності, розрахованих для пенсіонерів, які отримують мінімальну і середню пенсію у 2012-2021 роках

Показник	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Середня пенсія, дол. США	156,7	183,2	96,2	64,8	64,5	65,7	94,0	116,8	113,8	143,5
Середня мінімальна пенсія, дол. США	102,8	111,8	60,0	39,1	45,4	48,8	52,8	65,8	70,1	95,3
Курс гривні до дол. США	8,0	8,0	15,8	24,3	26,2	27,5	27,2	25,9	29,96	27,29
Показник бідності (для середньої пенсії) з розрахунку доходу на 1 день, дол. США	5,2	6,1	3,2	2,2	2,2	2,2	3,1	3,9	3,03	3,3
Показник бідності (для мінімальної пенсії), з розрахунку доходу на 1 день, дол. США	3,4	3,7	2,0	1,3	1,5	1,6	1,8	2,2	4,9	5,0
Показник межі бідності (ООН) з розрахунку доходу на 1 день, дол. США	5,05	5,05	5,05	5,05	5,05	5,05	5,05	5,05	5,05	5,05

Джерело: систематизовано та складено автором на основі даних [165].

Такий низький рівень доходів українських пенсіонерів свідчить, що для придбання мінімального набору ліків і медичних виробів аналізованій групі населення необхідно витратити від 400 до 600 грн, не враховуючи вартість медичних послуг в офіційному чи неофіційному прояві. Відтак частка мінімального аптечного кошику у доходах пенсіонерів, які отримують мінімальний обсяг пенсії станом на початок 2020 року, становить 35%, а для пенсіонерів, що отримують середній розмір пенсії – 20%, це при тому, що мінімальний споживчий кошик українця у 2020 році складає 1800 грн. Такі співвідношення вартості мінімального набору ліків та продуктів харчування фактично змушують 20% населення України обирати між здоров'ям і голодом.

З метою створення базових умов для отримання людьми похилого віку медичних послуг та медикаментів Уряд реалізує програму «Доступні ліки», відповідно до якої медикаменти реалізуються за соціальними цінами.

Однак низький рівень життя більшості українців, відсутність загальнообов'язкового медичного страхування (страхування життя) та офіційного визнання платної медицини в Україні значно звужують ринок медичних послуг, адже досить вагома частка фінансових потоків перебуває в межах тіньової або так званої «сірої» економіки. Адже з неофіційної плати за медичні послуги не сплачуються податки до Державного бюджету України, а комунальні та державні лікарні не мають змоги накопичити необхідний фінансовий ресурс для інвестицій в розвиток медичного обладнання, закупівлю високоякісних препаратів та дотримання медичних стандартів.

Отже, державний сектор медичних послуг поступово трансформується в приватний шляхом відкриття невеликих медичних центрів та клінік групами лікарів, де реалізується якісніший підхід до пацієнтів, використовується високоякісне медичне обладнання та надається кваліфікована медична допомога. В цьому напрямі реформування української медицини проходить достатньо активно. Подальше його реформування повинно орієнтуватись на формування інвестиційної привабливості. Відповідно відзначимо його стан застосувавши SWOT-аналіз (табл. 4.10) [44], див. додаток Б.

SWOT- аналіз ринку медичних послуг України

Сильні сторони	Слабкі сторони
<p>1. Політичний курс на зміну радянської системи охорони здоров'я і виведення її до рівня розвинених країн;</p> <p>2. Реформування системи охорони здоров'я носить незворотний напрямок та впроваджується незважаючи на громадські думки;</p> <p>3. Імплантація стандартів ЄС як надання мед послуг так і до медичних виробів;</p> <p>4. Фінансування охорони здоров'я Міжнародним валютним фондом;</p> <p>5. Розширення кола медичних послуг і встановлення договірних відносин.</p> <p>3. Різноманіття малих приватних діагностичних клінік та центрів;</p> <p>5 Достатньо висока кваліфікація медичного персоналу.</p> <p>6. 6. Відкритість та доступність ринку охорони здоров'я</p>	<p>1. Бюрократичність та корупційна складова в управлінні охороною здоров'я;</p> <p>2. Недостатня наповненість інфраструктурного забезпечення та технологічна відсталість охороною здоров'я;</p> <p>3. Недостатня система підвищення кваліфікації мед працівників та низький рівень системи навчання медичним спеціальностям;</p> <p>4. Висока диверсифікація лікування за вартістю включаючи і державні мед заклади;</p> <p>5. Практично повна втрата сільської інфраструктури, а відтак обмежене коло надання медичних послуг.</p>
Можливості	Загрози
<p>1. Висока потенційна можливість та інвестиційна привабливість вторинної медичної допомоги;</p> <p>2. Налагодження ефективних логістичних потоків у постачанні обладнання та ліків;</p> <p>3. Значна автономія медичних закладів та організацій, що розшифрує договірні та конкретні відносини в тому числі приватного внутрішнього фінансування;</p> <p>4. Формування Національної служби</p>	<p>1. Слабка ділова активність;</p> <p>2. Державні видатки на сферу охорони здоров'я не відповідають сучасним потребам за обсягами навіть у коротстрочковий період;</p> <p>3. Високий рівень відтоку мозгів та середнього медперсоналу за кордон;</p> <p>4. Відсутність надійного та дієвого механізму державно-приватного партнерства в тому числі в охороні</p>

<p>охорони здоров'я (2018 рік) як контрактної агенції для гарантування прозорості ринку медичних послуг;</p> <p>5. Впровадження моделі державно-приватного партнерства для покращення надання послуг та стимулювання інвестицій у цей сектор;</p> <p>6. Інформаційна насиченість мед сфери <i>через</i> запуск електронної платформи E-Health.</p>	<p>здоров'я;</p> <p>5. Повна залежність від зовнішнього фінансування</p> <p>6. Відсутність повної законодавчої бази для сучасної медицини.</p>
--	--

Джерело: розроблено автором.

З інституційного підходу український ринок медичних послуг є взаємодію різних соціально-політичних інституційних груп. Пріоритет належить нормативно-правовій інституції через законодавчий орган та Міністерство охорони здоров'я України та його підрозділи. Саме Міністерство охорони здоров'я впроваджує систему реформування української медицини, визначену законодавчими нормами. Реалізація надання медичних послуг здійснюється як приватними, так і державними інституціями, при цьому таке реформування посилює комерціалізацію державних структур та розширює приватні інституції. Населення України та громадські організації виступають як суспільно-громадський інститут. Це три головні інституції, але завдяки реформуванню медичної сфери розвивається і інститут фінансового забезпечення – страхова медицина[162].

Проведений SWOT-аналіз ринку медичних послуг відзначає, що у сфері охорони здоров'я критично не вистачає коштів, які виділяє держава. Таким чином, інвестиційна привабливість системи охорони здоров'я залишається досить не вирішеною. Якщо розвинені країни сформували механізм залучення капіталу через систему державно-приватного партнерства, то для України такі механізми знаходяться тільки в початковій стадії.

Вважаємо необхідним здійснення наступних заходів для підвищення якості медичної допомоги:

- розробити законодавчу базу стандартизації медичної допомоги в Україні (зокрема законодавчі документи, які б нормували створення, оцінювання, впровадження та дотримання стандартів у лікувально-профілактичних закладах) та адаптувати її до міжнародних правових норм [69];
- сприяти проведенню стандартизації всіх форм медичної допомоги та здійснювати постійний моніторинг і вдосконалення затверджених стандартів відповідно до новітніх вимог національної та світової медичної науки;
- впровадити інноваційну систему інформаційного забезпечення процесу підвищення якості медичних послуг;
- вдосконалити державні механізми (сприяння мотивації працівників лікувально-профілактичних закладів для надання високоякісної медичної допомоги, оновлення матеріально-технічної бази медичних установ та постійне підвищення якості наданих послуг);
- сприяти професійній підготовці та перепідготовці спеціалістів, яка буде сприяти одержанню необхідних медичних знань на всіх рівнях.

Можемо зробити висновок, що за останні роки збільшилось фінансування ринку медичних послуг, проте не суттєво, про що свідчить частка витрат на медичні послуги до ВВП. Також разом із зменшенням кількості медичних установ та збільшенням закладів, орієнтованих на догоспітальну допомогу, зростає захворюваність населення. Спостерігається при зменшенні загальної кількості ліжокмісць активний розвиток приватної медицини.

Приватна медицина поступово зміцнює свої позиції на ринку, особливо у сегментах, де недостатньо розвинена державна медицина: стоматологія, гінекологія, косметологія тощо. Варто зазначити, що військові дії спричинили ряд негативних наслідків на ринку надання медичних послуг, його зміни будуть стосуватись і довоєнного періоду.

4.2. Зміни ринку медичних послуг в умовах пандемії COVID-19 та військових дій

В умовах кризи медичні заклади стикаються з проблемами недостатньої забезпеченості кадровими ресурсами, інфраструктурою, матеріалами та обладнанням. Система медичних послуг залежить від дій уряду на національному та регіональному рівнях, а саме від стратегії усунення проблем та планів дій. Кризові явища, зумовлені поширенням SARS-CoV-2, є загрозою перевантаження системи охорони здоров'я через збої у ланцюгу постачання матеріалів та ліків [305], нестачі ресурсів, відсутності стратегій та планів дій. В період кризи ресурси потребують ефективного перерозподілу на основі прийняття клінічно обґрунтованих рішень. Це включає також розробку стратегії підготовки та збереження, адаптації і заміни, перерозподілу ресурсів та повторне їх використання ресурсів [397]. Криза зумовлює потребу у перезавантаженні системи та функціонування медичних закладів, розробки політики управління кризовою ситуацією [339].

Поширення SARS-CoV-2 (COVID-19, коронавірус) спричинило кризу управління медичними закладами в глобальному масштабі в різних підсистемах менеджменту: постачання обладнання, матеріалів, ліків; забезпечення кадровими ресурсами; управління процесами навчання медичного персоналу; стратегічне управління та інші. Пандемія спричинила кризу усіх видів медичних ресурсів, перевантаження закладів охорони здоров'я. В результаті системи охорони здоров'я в усьому світі не в змозі забезпечити подолання негативних наслідків впливу вірусу на здоров'я та життя людей, управління виявилось неефективним та потребує реорганізації, спостерігається дефіцит ресурсів [82].

У кризовій ситуації медичні заклади не в змозі справитися з проблемами подолання захворювань різних видів, зумовлених різноманітними факторами. До факторів, які посилюють кризову ситуацію, можна віднести расизм, бідність, неадекватне управління системою охорони здоров'я в умовах поширення захворювань, нестачу ресурсів (матеріально-технічних, кадрових, фінансових, інформаційних, технологічних, інституційних), недостатній рівень доступу

населення до медичних послуг, неефективність державного менеджменту та відсутність стратегій, механізми соціального забезпечення та інші [247].

У країнах, що розвиваються, та перехідних економіках подібні фактори є найбільш поширеними, що зумовлює більший рівень захворюваності порівняно з розвиненими країнами в умовах недостатньої ефективності системи охорони здоров'я. Суттєво впливає на стан медицини країни також соціально-економічна ситуація. Економічні проблеми роблять систему охорони здоров'я вразливою в контексті управління, фінансування та операційній діяльності медичних закладів. Економічна криза зумовлює також наростання паніки та страху серед населення, призводячи до «економічного стресу». Уряди приймають режими жорсткої економії, що посилює «економічний стрес» та паніку, незадоволення подібною політикою серед населення загрожує якості надання послуг, зростанню нерівності серед населення [42, с. 60].

Медичні кадри стають одним з джерел економії, зокрема в межах ЄС. З іншого боку, захворюваність населення призводить до скорочення продуктивності праці населення, зростання витрат системи охорони здоров'я на лікування, зменшення економічної вигоди роботодавців від працівників [17, с. 99].

Розробка стратегій управління медичними закладами та інтеграція стратегічного підходу, чіткий продуманий план реформування відповідно до потреб населення та ефективність розподілу ресурсів є важливими передумовами ефективного механізму управління медичними закладами в умовах кризи. Моніторинг, введення інновацій та оцінка наслідків кризи є важливими елементами політики реагування на кризові явища в сфері охорони здоров'я. Медичні заклади повинні розробити багаторівневі стратегії в довгостроковій перспективі на основі клінічної інформації та плани збільшення пропускної спроможності. Це забезпечить оптимізацію використання наявних обмежених ресурсів [17, с. 99].

В Україні стратегічне управління ринком медичних послуг розпочалося з розробки правових актів регулювання галузі в умовах кризи відповідно до

рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я, у базі даних якої міститься розроблена платформа Моніторингу реагування систем охорони здоров'я (HSRM) для збору та систематизації інформації щодо політики країн у протидії пандемії. Стратегією управління медичними закладами України передбачено розробку Програми стимулювання економіки для подолання наслідків пандемії [243] з метою реалізації ініціатив в напрямках фінансування, виходу, дерегуляції, розвитку та модернізації, внесення поправок до закону щодо лікування пацієнтів з коронавірусом. Посилювалась адміністративна відповідальність власників організацій та громадських установ через введення штрафних санкцій для фізичних та юридичних осіб.

Підвищено соціальні гарантії прийняттям законів України «Про внесення поправок в деякі законодавчі акти, спрямовані на попередження поширення коронавірусної хвороби» [250] та «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України, спрямованих на забезпечення додаткових соціальних та економічних гарантій у зв'язку з поширенням коронавірусної хвороби (COVID-19)» [297].

Інституційне забезпечення для підтримки медичних закладів передбачає здійснення офісом ВОЗ та Міністерством охорони здоров'я України моніторингу, координації центральних та регіональних органів влади. В Україні відбулося розширення мережі медичних закладів, які лікують інфекційні захворювання, створено оперативний антикризовий штаб для надання технічних рекомендацій, функціонує міжсекторальна робоча група для координації та реагування, повноцінного аналізу ситуації. Спеціально створений оперативний штаб для координації дій перенесено на рівень Кабінету Міністрів України, який очолює прем'єр-міністр України. За такої умови стратегічне планування було відсутнє до жовтня 2020 року, обмеження щодо дій економічних агентів здійснювалися хаотично та безсистемно, стратегічний план до початку поширення вірусу був відсутній. При цьому затверджено план запобігання занесенню і поширенню на території України нового коронавірусу з Китаю [333].

В Україні правове регулювання та інституційне забезпечення перебували на недостатньому рівні через відсутність стратегічних нормативно-правових актів реагування на поширення вірусу. На початку 2020 року було створено оперативний антикризовий штаб для формування технічних рекомендацій Міністерству охорони здоров'я України, затверджено «Національний план запобігання поширенню COVID-19 в Україні» для організації роботи цього штабу. Для координації, аналізу звітності щодо ситуації створено міжсекторальну робочу групу на чолі з МОЗ, до якої входять Міністерство фінансів України, Міністерство внутрішніх справ України, Міністерство цифрової трансформації України, Державна прикордонна служба України, Офіс Президента України, Рада національної безпеки і оборони України, Служба безпеки України та Державна служба виконання покарань України. План дій передбачає залучення різних державних структур та регіональних органів влади до протидії поширенню інфекції, створення регіональних планів реагування, визначення мережі медичних закладів для лікування хворих, рекомендації для нагляду, лікування тощо. Правове регулювання України також передбачає використання не зареєстрованих препаратів для лікування, інших медичних засобів в разі їхньої ефективності в лікуванні, швидке проведення клінічних досліджень виробів медичного призначення та їхньої реєстрації. Законодавчо затверджено підвищення рівня оплати праці медичним працівникам від 50% до 100% медичного окладу, обов'язкове тестування потенційних хворих, розробку інструкцій та протоколів лікування, інші заходи.

Фактично правове регулювання в умовах пандемії в Україні стосується загалом обмежувальних заходів для фізичних та юридичних осіб, зокрема через введення штрафів за порушення заходів безпеки. Штрафи за порушення досить високі: для фізичних осіб від 17 тис. грн до 34 тис. грн, а для юридичних осіб від 34 тис. грн до 170 тис. грн. Водночас введено податкові послаблення для зняття фінансового навантаження на організації. Стратегічні документи фокусуються на координації, моніторингу ситуації та аналізі поточного стану. Механізм управління не включає прогнозування, планування сценаріїв розвитку ситуації

та виходу з кризи. Подібний правовий механізм неефективний через відсутність перспективних планів заходів протидії інфекції. Фактично державні органи управління переклали відповідальність на приватний сектор та фізичних осіб, що не відповідає жодному прикладу міжнародної практики протидії поширенню епідемії.

В Україні правовий механізм засновано в першу чергу на рекомендаціях ВОЗ, він характеризується відсутністю або низьким рівнем стратегічного законодавчого планування та реагування на кризу, що призвело до централізації системи управління на вищому рівні. Разом із тим, у Німеччині та Італії менеджмент децентралізований, узгоджується з регіональними особливостями поширення коронавірусу. Відповідно управління більш ефективне, враховує більшу кількість можливих ризиків та загроз, залучає приватний сектор, наукові організації та інститути громадянського суспільства. Вирішити проблему централізації можливо за рахунок інтеграції технологій в управління медичними закладами. За таких умов в Україні сформований оперативний антикризовий штаб, діяльність якого може виявитися цілком неефективною, адже технології повністю забезпечать технічну підтримку та будуть виконувати функції аналізу даних ситуації.

Інституційне забезпечення України покладається на ВОЗ, як координуючий орган, що надає рекомендації в управлінні; приватний сектор та громадянське суспільство залучені через благодійність та власні ініціативи у допомозі медичним закладам. Фактично це зумовлює більший рівень централізації та відводить вирішальну роль уряду у протидії негативним наслідкам пандемії. В Україні фактично державні органи управління переклали відповідальність на приватний сектор та фізичних осіб через ряд обмежувальних правових заходів. За такої умови Кабінет Міністрів України забезпечив участь різних міністерств та відомств в заходах з попередження впливу негативних наслідків поширення вірусу на різні сектори економіки. Україна здійснила стратегічне планування в умовах кризи відповідно до рекомендацій ВОЗ.

Таблиця 4.11.

Показники щодо забезпеченості лікарняних закладів матеріальними засобами в умовах кризи (1-2 хвиля)

Область	Всього ліжок виділених під COVID-19	Зайняті хворими на COVID-19	кисню (централізовано та кисневими концентраторами), кількість ліжок	% ліжок, забезпечених подачею кисню від кількості ліжок,	Всього ліжок інтенсивної/реанімаційної терапії	Зайнятих хворими на COVID-19	Всього ШВЛ	Зайнятих хворими на COVID-19
Всього	64 526	17 888	45 277	70,17%	4 456	1752	5876	810
Вінницька	2 544	372	2 142	84,20%	196	39	260	32
Волинська	1 540	343	1 173	76,17%	135	39	158	5
Дніпропетровська	4 813	1 196	3 565	74,07%	231	97	485	31
Донецька	3 667	773	2 639	71,97%	211	51	305	22
Житомирська	2 686	625	1 923	71,59%	220	61	186	23
Закарпатська	1 885	474	1 256	66,63%	138	47	208	15
Запорізька	2 827	807	1 876	66,36%	232	144	453	59
Івано-Франківська	2 872	695	2 062	71,80%	197	75	211	52
Київська	2 704	876	2 371	87,68%	204	99	206	33
Кіровоградська	1 050	264	735	70,00%	63	45	55	20
Луганська	1 432	451	802	56,01%	49	34	156	14
Львівська	3 745	1 027	2 913	77,78%	248	113	242	46
м. Київ	4 773	1 785	2 470	51,75%	349	178	463	171
Миколаївська	1 992	747	1 414	70,98%	161	52	171	16
Одеська	3 385	1 093	2 025	59,82%	256	76	332	30
Полтавська	2 215	458	1 730	78,10%	188	56	302	27
Рівненська	1 904	533	1 053	55,30%	110	47	118	19
Сумська	1 624	518	1 282	78,94%	81	40	148	16
Тернопільська	1 951	447	1 669	85,55%	231	67	200	6
Харківська	4 766	1 345	2 613	54,83%	239	116	328	69
Херсонська	2 284	556	1 621	70,97%	140	40	194	26
Хмельницька	2 379	750	1 976	83,06%	150	60	185	20
Черкаська	2 223	705	1 704	76,65%	143	71	172	24
Чернівецька	1 633	474	1 265	77,46%	141	51	169	15
Чернігівська	1 632	574	998	61,15%	143	54	169	19

Джерело: складено на основі наукових джерел [197-199].

Медична допомога надана 504 медичними закладами [297], які були визначені для надання стаціонарної допомоги пацієнтам з COVID-19 за договором з НСЗУ, при цьому загальна кількість ліжок - 129,1 тис. одиниць, інфекційних ліжок – 54,6 тис. одиниць, медичних команд – 2988, апаратів ШВЛ – 4370 одиниць, всього залучено 55 тисяч лікарів, молодшого медичного персоналу – 82,3 тисячі осіб, кількість анестезіологів становить 5288 осіб, інфекціоністів, терапевтів та педіатрів – 7436 осіб. Дані про кількість медичного персоналу, медичні команди сформовано на основі інформації з електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) та звітів надавачів медичних послуг. Це означає, що завдяки технологіям відбувається оперативний моніторинг ситуації та стану надання медичних послуг. Структура витрат наведена у Додатках В і Г.

На сайті НСЗУ розміщено інформацію про залишки лікарських засобів, необхідних для виконання заходів, спрямованих на запобігання виникненню і поширенню COVID-19 [93], зокрема в аптечних закладах. В умовах поширення коронавірусу медичні заклади звітують щодо наявності лікарських засобів, зокрема 628 закладів, які надають медичну допомогу хворим, з яких у 616 наявні залишки препаратів. Оперативне управління медичними послугами забезпечує своєчасний моніторинг та наявність необхідних матеріалів та ліків. У розрізі областей спостерігається різна ситуація щодо наявності залишків лікарських засобів. Наприклад, у Донецькій області в 1 медичному закладі залишки відсутні, у Кіровоградській та Чернівецькій – у 10 та 12 закладів відповідно [283]. Серед 2187 аптечних закладів, що звітували про наявність залишків, з них у 2052 закладах залишки наявні на суму 1893 млн грн.

Система охорони здоров'я України максимально мобілізована для протистояння захворюванню COVID-19. Маємо понад 12000 місць в інфекційних стаціонарах, а також інфекційні бокси в лікарнях та діагностичні тест-системи на виявлення коронавірусу. Понад 3500 лікарів-інфекціоністів, педіатрів, терапевтів та 2000 медичних працівників готові надати кваліфіковану допомогу пацієнтам.

Серед заходів підтримки медичних кадрів – підвищення рівня оплати праці. Медичні працівники отримуватимуть доплати до заробітної плати з 1 вересня 2020 року [89]:

- 70% доплати від посадового окладу, визначеним за 14 тарифним розрядом, отримуватимуть лікарі;
- 50% доплати від мінімальної заробітної плати отримуватимуть фахівці з базовою вищою та неповною вищою медичною освітою усіх спеціальностей
- 25% доплати від мінімальної заробітної плати отримуватимуть молодші медичні сестри.

Соціальна підтримка населення передбачає бюджетне фінансування : з 1 квітня 2020 року щомісячна виплата в розмірі до 500 грн пенсіонерам старше 80 років і розмір пенсії яких не перевищує 9 205 грн; проведення індексації пенсій з травня 2020 року на 11%; встановлено, що середній розмір підвищення становив 260 грн; встановлення мінімальної пенсійної виплати на рівні 2100 грн особам, які мають тривалий страховий стаж (30 років для жінок та 35 років для чоловіків). Крім того, буде здійснено одноразову виплату грошової допомоги у сумі 1000 гривень окремим категоріям населення, зокрема пенсіонерам, розмір пенсії яких не перевищує 5000 гривень. Одноразову грошову допомогу в сумі 1000 гривень отримують понад 10 млн пенсіонерів, розмір пенсій яких менше 5 тис грн. та 600 тисяч громадян, які одержують державну соціальну допомогу у зв'язку з інвалідністю та за віком замість пенсії [229].

Громадяни України також мають право на допомогу Державної служби зайнятості України, зокрема фінансову, відповідно до законодавства про зайнятість населення та загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття. Кабінет Міністрів України виділив кошти для надання фінансової допомоги Фонду загальнообов'язкового державного соціального страхування України на випадок безробіття [196] на суму 6 млрд. грн та затверджено порядок використання зазначених коштів. Виділені кошти були спрямовані на виплату:

– допомоги по безробіттю для підвищення мінімального розміру допомоги по безробіттю з 650 грн до 1000 грн. на загальну суму 1,277 млрд. грн., при цьому порядок виплат змінився. Так, виплата допомоги звільненим за власним бажанням скоротилась з 91 дні до 1, а виплати всім безробітним скорочено з 7 до 1 дня [196].

– допомоги по частковому безробіттю склали 4,723 млрд. грн, які призначені для покриття витрат зарплати робітникам, яким було скорочено робочий час в малому та середньому бізнесі [196].

Кабінет Міністрів України налавав компенсацію на оплату комунальних послуг тим, хто отримував житлову субсидію на період карантину, яка в середньому склала 300 грн. для кожної родини. Для цих верст населення на 50% збільшено соціальні нормативи на користування електричною енергією, холодною та гарячою водою, водовідведенням та природним газом для приготування їжі і підігріву води, на які розраховано субсидію. Адже зараз люди більше перебувають вдома, тому і зростає споживання цих послуг. Додаткову компенсацію надано понад 3 мільйонам домогосподарств [196].

Також було спрощено процедуру призначення (в тому числі на наступний період) субсидій та виплати у грошовій формі громадянам на оплату житлово-комунальних послуг, придбання палива, в тому числі скрапленого газу. Також спростився порядок надання субсидій для тих, хто втратив роботу та став на облік у центрах зайнятості. Це призначення переведено в автоматизований режим [111].

Кабінетом Міністрів України запровадив систему підтримки бізнесу у період карантинних обмежень через :

1. Кредитні канікули. Так, було введено пільговий період обслуговування кредитів. Комерційні банки вимушені проводити реструктуризацію кредитів (повне або часткове звільнення від сплати тіла кредиту на час карантину). Також покладена заборона на підвищення відсотку на споживчі кредити з 1 березня по 30 листопада. Для фізичних осіб впроваджено планову зміну плаваючої відсоткової ставки за договором.

Заборонено введення штрафних санкцій, пені за прострочення виконання зобов'язань за договором [166].

2. Податкові преференції.
3. Підтримка малого і середнього бізнесу.
4. Підтримка агробізнесу.
5. Інформаційна підтримка бізнесу.

Станом на 1 листопада 2022 року зафіксовано 16368 випадків захворювання на COVID-19, 3900 осіб шпиталізовано. Україна одержує гуманітарну медичну допомогу для боротьби з епідемією в умовах повномасштабної військової агресії, щоб мати можливість зупинити розповсюдження інфекції та мінімізувати навантаження на медичну систему.

За час повномасштабного російського військового вторгнення в Україну медична служба України зіткнулась зі значними втратами та практичним виконанням заходів лікувального забезпечення. Робота містить огляд основних проблем охорони здоров'я у воєнний час: медична допомога, фінансування, лікування ВПО, міграція лікарів та кадрові проблеми. Питання охорони здоров'я у воєнний час та зміни в медичній сфері, що відбуваються є надзвичайно актуальними. Сьогодні ми зможемо сказати, що охорона здоров'я зробила великий крок до підвищення медичної компетентності в сучасних умовах.

Охорона здоров'я у воєнний час – це наша нова реальність; надання медичної допомоги Збройним Силам України та цивільному населенню. Одним із завдань медичної сфери під час війни є забезпечення функціонування системи охорони здоров'я. Щодня в напружених умовах воєнного стану медичні працівники демонструють справжній героїзм.

За даними Міністерства охорони здоров'я України, за час повномасштабного російського вторгнення в Україну, окупанти пошкодили 884 медичних заклади, з яких 123 - повністю зруйновано, а 450 аптек пошкоджено. Збитки об'єктів охорони здоров'я станом на 8 серпня 2022 року становили \$1,6 млрд, а загальні втрати – \$2,7 млрд [166]. З особливим викликом зіткнулась охорона здоров'я на території, яка була або й досі залишається тимчасово

окупованою. Лікарям доводиться працювати в польових умовах, змінивши стерильні операційні на підвали або сховища.

Окуповуючи деякі території, окупанти не можуть забезпечити населення базовими потребами в промисловій та медичній сфері. Тому в умовах окупації більшість комунальних аптек, приватних підприємств були змушені припинити свою діяльність, тому що логістика до війни була налагоджена таким чином, що підвіз медикаментів чи інших матеріалів відбувався 1 раз на тиждень. Всі медичні заклади отримують 1/12 від свого запланованого річного бюджету. Це зроблено для того, щоб зберегти лікарні, які не можуть повноцінно працювати під час війни через окупацію або через те, що знаходяться на лінії вогню.

Бойові дії вплинули безпосередньо на доступність лікарських засобів. Через ускладнення перетину кордону для вантажів в пунктах пропуску деякі фармацевтичні компанії затримуються під час перетину кордону. З цією проблемою нам допомогли впоратися гуманітарні та громадські організації, іноземні партнери та українці, які перебувають за кордоном. За 6 місяців війни прибуло близько 8500 тонн гуманітарної медичної допомоги. Також іноземні партнери раді вітати українців у своїй державі та допомагати українцям у своїй державі. Так, більше 1000 поранених евакуювали на лікування в інші країни. На сьогодні проблема із доставкою медичних препаратів, приладів в Україну стабілізувалася [166].

З початком дії воєнного стану постало питання де і як лікуватися внутрішньо переміщеним особам. За останніми підрахунками Міністерства з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України, в Україні кількість внутрішньо переміщених осіб становить близько 7 млн. Одне із завдань охорони здоров'я – забезпечення громадян, які покинули постійне місце проживання, повноцінним медичним обслуговуванням. Так, внутрішньо переміщені особи можуть бути прийняті в будь-якій лікарні, яка може забезпечити дане лікування, без укладення декларації. Направлення до медичного закладу також не прив'язані до спеціалістів. Їх можна використовувати в будь-якому місті

України. Спрощеною є й процедура встановлення та продовження інвалідності – не потрібно проходити повторний огляд для підтвердження інвалідності [48].

Медичні заклади, які працюють за програмою медичних гарантій, обов'язково мають надавати медичну допомогу безкоштовно. Програма медичних послуг включає в себе 38 пакетів послуг, серед яких: хірургія одного дня, медична допомога породіллям, діагностика та лікування від туберкульозу, лікування хворих на онкологію тощо. Програма «Доступні ліки» продовжує діяти й під час воєнного стану з метою запобігання неправильному та нераціональному застосуванню ліків. З початком війни всі препарати інсуліну українцям надавалися безкоштовно. На сьогодні залишаються безкоштовними 47 препаратів інсуліну.

Співпраця Міністерств оборони охорони здоров'я України за участі органів виконавчої влади сформували необхідну нормативно-правову базу щодо залучення цивільної системи охорони здоров'я держави до медичного забезпечення у воєнний час поранених військовослужбовців. Зокрема, Урядом було прийнято постанову КМУ від 31 жовтня 2018 р. № 910 «Про затвердження воєнно-медичної доктрини України» [212], яка визначає мету, принципи, організаційні основи системи військової охорони здоров'я, повноваження та відповідальність за її реалізацію, фінансове та ресурсне забезпечення, наукове супроводження військової охорони здоров'я, вирішення проблем військової медицини, а головне — відповідальність держави та органів виконавчої влади за розвиток системи військової охорони здоров'я і забезпечення її спроможностей у воєнний час.

На час дії воєнного стану ключовими завданнями закладів охорони здоров'я, державних установ, Національної академії медичних наук України, що залучаються для надання вторинної і третинної медичної допомоги пораненим (хворим) військовослужбовцям ЗСУ, є:

— формування резерву ліжок для прийому поранених та хворих військових;

- забезпечення, кількістю не менше 10-15 осіб поранених та хворих військових;

- накопичення запасів, медичних виробів, лікарських засобів, крові та її препаратів;

- з метою надання медичної допомоги військовослужбовцям передбачено залучити біля 21 тис. госпітальних ліжок у 280 цивільних закладах охорони здоров'я [143].

Уряд та органи виконавчої влади України повністю взяли відповідальність за систему охорони здоров'я українських військовослужбовців. У воєнний час функціонування охорони здоров'я полягає у наступному:

- Міністерство охорони здоров'я України забезпечує готовність визначених закладів охорони здоров'я для надання медичної допомоги військовослужбовцям та створення інших необхідних сил та засобів;

- обласні державні адміністрації за участю органів місцевого самоврядування визначають за пропозицією Міністерства оборони України заклади охорони здоров'я комунальної власності, які можуть бути залучені для надання вторинної і третинної медичної допомоги;

- Національна академія медичних наук України забезпечує консультативну та методичну допомогу закладам охорони здоров'я, що надають медичну допомогу під час воєнного стану [143].

Управління системою медичного забезпечення військ у воєнний час та під час надзвичайних ситуацій здійснюється в єдиній системі управління військами відповідно до законодавства України. Держава забезпечує орієнтування та залучення вітчизняної промисловості на покриття потреб військової медицини в частині проектування та виробництва вітчизняного наземного, водного та авіаційного транспорту, який легко адаптується до потреб евакуації поранених та хворих. Програми підготовки медичних фахівців усіх освітньо-кваліфікаційних рівнів у вищих медичних закладах освіти мають передбачати вивчення відповідних розділів щодо медичного забезпечення військ і цивільного населення у воєнний час та під час надзвичайних ситуацій. Медичний персонал

береться на військовий облік за профілем підготовки та включається до мобілізаційного резерву.

На даний момент в результаті ракетних ударів по закладах охорони здоров'я спостерігається адаптація вітчизняної системи охорони здоров'я до таких змін. Міністерство охорони здоров'я України в цілодобовому режимі робить все можливе, щоб надання медичних послуг відбувалось якісно та вчасно. Статистика та ведення обліку від первинної ланки допомагає ретельно зрозуміти потреби системи охорони здоров'я та має на меті покращення надання медичних послуг цивільному населенню. Реформа медичної галузі, яка триває й досі, має обов'язково продовжуватись, зокрема мають розвиватися інвестиції в інфраструктуру системи охорони здоров'я, адаптуватись підходи та забезпечення надання медичних послуг.

Через повномасштабне вторгнення відбувся відтік кадрів серед медичних працівників. Однак їхні місця зайняли внутрішньо переміщені особи в містах та селищах. Нове місце роботи з 24 лютого 2022 року й по сьогодні знайшли понад 3600 внутрішньо переміщених медиків. Також, на даний час більшість українців повертаються додому й на свої робочі місця. Тому ми не спостерігаємо фізичного та емоційного перенавантаження медичного персоналу [166].

Однією з головних проблем стала відсутність повноцінних сховищ при медичних закладах (нестача в них автоматичної системи вентиляції, водопостачання, опалення та інших). Якщо говорити про тривале перебування в них важкохворих пацієнтів, то такі сховища непридатні для перебування. На сьогодні в багатьох містах вже облаштовано відповідно до гігієнічно-санітарних норм сховища, в яких можна забезпечити навіть проведення операцій. Також Міністерство охорони здоров'я України має на меті зайнятися в майбутньому створенням резерву ліків і інших необхідних речей, яких в критичний момент у лікарнях не виявилось.

Наступна проблема, яку можемо зазначити – суттєве зниження вакцинації населення та збільшення спалахів інфекційних захворювань. Скупчення людей, антисанітарія, пошкодження інфраструктури охорони здоров'я - все це

спричинило перешкоди у доступі до вакцинації у плановому режимі. Населення має високий ризик захворіти на правець, поліомієліт, туберкульоз, COVID-19 та інших, по-перше, через велике скупчення людей в сховищах, а по-друге, внаслідок частих осколкових поранень. Тому дуже важливо продовжувати проводити обов'язкові щеплення згідно з Національним календарем вакцинації. Слід надолужити пропущені дози якомога швидше незалежно від того, скільки минуло часу.

Необхідно враховувати, що військова служба супроводжується значними психічними та фізичними навантаженнями. Система охорони здоров'я має забезпечити безперешкодний доступ до психолога, сімейного лікаря та вести пропаганду та популяризацію візитів до психолога. За статистикою, мінімум 15 млн. українського населення матимуть потребу в лікуванні ментального здоров'я. Через стрімке зростання психологічного стресу в українців, спеціалісти почали проводити тренінги для них з управління стресом [48].

Під час війни настрій людини постійно змінюється – від оптимізму до страху та паніки. Тому СОЗ має як ніколи працювати з людьми, які постраждали від війни, заохочувати їх до життя і відбудови нашої незалежної України. Найкраще, що можуть зробити українці – вірити в перемогу, працювати і жити далі.

Враховуючи складність ситуації в країні, а також збільшення кількості пацієнтів у закладах охорони здоров'я, постає питання медичного сортування постраждалих при масовому надходженні до лікарень. З метою правильного розподілу сил медичного персоналу та своєчасності надання медичної допомоги Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 24 лютого 2022 р. № 374 було затверджено Стандарт екстреної медичної допомоги «Медичне сортування при масовому надходженні постраждалих на ранньому госпітальному етапі» [266]. Згідно з даним Стандартом медичне сортування постраждалих надає змогу швидко та якісно здійснити початкову оцінку стану постраждалих, що госпіталізуються або самостійно звертаються у відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги, максимально коректно розподілити їх за

спорідненими клініко-нозологічними групами та визначити подальший маршрут постраждалого у заклад охорони здоров'я [266].

Водночас у Стандарті чітко вказано, що варто розрізняти масовий випадок при надзвичайній ситуації та численний випадок. У першому випадку мова йде про наявність великої кількості постраждалих, при якому неможливим є повноцінне надання необхідної медичної допомоги кожному постраждалому, враховуючи сили та засоби лікувального закладу. А численний випадок, у свою чергу, визначається як така кількість постраждалих, коли виникає можливість одночасно надати відповідну медичну допомогу, враховуючи сили та засоби лікувального закладу. Також варто відмітити, що при медичному сортуванні постраждалих проводиться попереднє обстеження щодо виявлення травм або невідкладних станів у постраждалого та прогнозу по збереженню життя. Один стан дуже швидко може змінювати інший, тому пропонується безперервно оцінювати ситуацію на всіх етапах надання медичної допомоги задля швидкої реакції та своєчасності медичного реагування.

Алгоритм медичного сортування надає змогу покращити якість надання медичної допомоги у ситуаціях масового надходження постраждалих до закладів охорони здоров'я та при відповідному дефіциті сил медичного персоналу та засобів.

Згідно Стандарту медичного огляду постраждалих у відділенні екстреної (невідкладної) медичної допомоги вимагає їх сортування за групами. Перша група - це в постраждалі, що мають важкі пошкодження, а прогноз у лікування досить сумнівний, за умови дефіциту сил та засобів для надання медичної допомоги в повному обсязі. Друга група - постраждалі, що потребують негайного виконання заходів/маніпуляцій у рятуванні життя (знаходяться в критичному стані). Третя група – постраждалі, для яких пошкодження такі вимагають медичної допомоги через декілька годин без загроз життя. Четверта група - це постраждалі зі стабільним станом, а медична допомога може надаватися через тривалий час без загрози для життя [266].

На період воєнного стану, з метою збільшення одночасного надання медичної допомоги населенню, яке постраждало внаслідок воєнних дій в Україні, дозволено залучати до роботи іноземних медиків. За даними Міністерства охорони здоров'я України в Україні на сьогодні працюють 230 іноземних медичних працівників, ще понад 2 тисячі іноземних фахівців подали заявки на приїзд до України з метою допомоги українським медичним працівникам рятувати пацієнтів (здебільшого, це представники Литви, Ізраїлю та Німеччини).

Також Міністерство охорони здоров'я України знизило вимоги до фахівців лікарських професій. Так, дозволено працювати з постраждалими військовослужбовцями лікарям-інтернам, молодшим спеціалістам та лікарям-спеціалістів без вимог щодо атестації на присвоєння чи підтвердження кваліфікаційної категорії та здобувачів медичних закладів вищої освіти.

Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26 лютого 2022 року передбачено, що керівники закладів охорони здоров'я у період дії воєнного стану мають допускати у добровільній формі до надання своєчасної, безперервної допомоги постраждалим медичних працівників-іноземців та осіб без громадянства, які перебувають в країні на законних підставах, за умов наявності у них документів, що підтверджують відповідну освіту та професійну кваліфікацію. Цим документом також визначено:

- 1) забезпечення належних умов для ефективно організації залучення лікарів та інших медичних працівників до надання допомоги постраждалим;
- 2) надання інформації про залучення до роботи з постраждалими лікарями-іноземцями та осіб без громадянства до Міністерства охорони здоров'я України;
- 3) забезпечення надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини та залученням іноземних медичних працівників, що відповідають вимогам до професійної освіти та кваліфікації тієї країни, в якій працює відповідний медичний працівник, при цьому дотримання вимог захисту персональних даних [211].

Початок повномасштабної війни з РФ призвело до руйнуванням об'єктів та закладів охорони здоров'я. Крім того, всі медичні послуги стали надзвичайно затребувані та усугубились через суттєву міграцією населення та й медичних працівників [222].

Пріоритетними завданнями відбудови зруйнованої інфраструктури охорони здоров'я повинні стати заходи трансформації системи охорони здоров'я. Проте така трансформація повинна відповідати потребам громадян і орієнтуватись першочергово на наявні державні ресурси. В той же час майбутня система охорони здоров'я перш за все повинна в будь-який час реагувати на надзвичайні ситуації. І не слід нехтувати тим, що сама по собі система охорони здоров'я є ланкою механізму зрощення та відновлення українського людського капіталу [222].

Нинішня система охорони здоров'я вкрай потребує серйозних змін та зрушень у механізмі фінансування та системі організації. Необхідна політична воля для реалізації реформ у медичній сфері з метою не лише кількісних, а й якісних змін в організації медичної допомоги, спрямованих у кінцевому рахунку на вирішення проблеми доступності та якості медичних послуг, орієнтацію системи не на постачальників медичних послуг, а на їхніх споживачів, на стимулювання конкурентної боротьби між медичними закладами. Окрім цього збільшення інвестицій в охорону здоров'я має розглядатись у контексті вирішення таких питань, як: модернізація податково-трансферної політики, створення умов для продуктивної зайнятості та зменшення бідності, підвищення ефективності соціального захисту населення, техніко-технологічна реорганізація виробництва, створення безпечних робочих місць і забезпечення ефективної охорони праці.

З огляду на масштаби руйнувань закладів охорони здоров'я відбудова української медичної системи повинна відбуватися не лише на рівні відновлення шпиталів та кабінетів лікарів, а й реорганізації структури та способу надання медичних послуг. Експерти ВООЗ оголосили три основних пріоритети повоєнної відбудови медичної системи України [257]:

- відновлення надання основних послуг;
- повоєнні потреби коригування фізичного і психічного здоров'я населення;
- забезпечення зручного середовища для проведення будь-яких медичних маніпуляцій.

Спочатку пропонують розробити систему комунікації та моніторингу гуманітарних надходжень в Україну. Це необхідно для того, щоб поточна гуманітарна допомога заклала основу для коротко- та середньострокового відновлення медичної системи. Наступним пріоритетним завданням буде розширення мережі надання первинної медичної допомоги (збільшення кількості кабінетів сімейних лікарів), покращення доступу до ліків та створення органів нагляду за громадським здоров'ям. Потім планують реформувати багатопрофільні лікарні та амбулаторії таким чином, щоб зменшити витрати на їхнє утримання, включаючи екологічний підхід до проектування, аби зробити будівлі максимально енергоефективними.

Відповідно вищевказаної мети реформування української системи охорони здоров'я, формується План її відновлення:

1. Удосконалення системи врядування та державного регулювання сфери охорони здоров'я через гарантування професійної автономії і сталості та міжнародної конкурентоздатності національних медичних інституцій. В той же час, необхідність впровадження системи ефективного управління закладами системи охорони здоров'я через громадський нагляд та підзвітність [109].
2. Вирішення фінансової стабільності системи охорони здоров'я за рахунок впровадження гнучких методів фінансування та повноцінного формування ринку медичного страхування [109].
3. Формування мережі закладів охорони здоров'я для гарантованого забезпечення базових медичних послуг малозабезпечених верств населення.
4. Розширення первинної медичної допомоги через впровадження роботи мультидисциплінарних медичних команд [202].

5. Посилення пріоритету сфери охорони здоров'я на задоволення потреб людей з особливими вимогами (ветерани війни, діти з інвалідністю, внутрішньо переміщені особи та постраждалі від воєнних дій), що передбачає розвиток реабілітаційної допомоги, послуг із психічної реабілітації [117].

6. Вирішення кадрового забезпечення системи охорони здоров'я через інтеграцію медичної освіти та наукової медичної діяльності з врахуванням провідної міжнародної практики. При цьому пріоритетом повинно стати створення умов щодо професійного зростання медичних працівників [118].

7. Створення умов для розбудови громадського здоров'я, а саме: попередження хвороб, своєчасне реагування на інфекційні та гострі захворювання, створення національної системи запасу крові і можливість своєчасного доступу пацієнтів до неї [109].

8. Забезпечення пріоритету розвитку електронної системи охорони здоров'я та гарантування кібербезпеки через створення єдиного медичного інформаційного простору з можливістю взаємодії з подібними міжнародними системами. Розширення інфраструктурного забезпечення отримання медичних послуг через інформаційно-комунікаційні системи та формування прозорого механізму доступу користувачів до даних про стан свого здоров'я [109].

9. Впровадження систем якості надання медичних послуг на всіх рівнях, від національного, до рівня окремого закладу [202].

10. Розвиток фармацевтичного сектору за рахунок належного використання препаратів та медичних виробів. Впровадження новітніх технологій у вітчизняних медичних виробів та лікарських засобів. При цьому дотримання принципу Болар (реєстрація лікарських засобів до закінчення дії патенту). Впровадження регулятивної системи, яка б гарантувала доступ населення до якісних, безпечних та ефективних лікарських засобів [118].

Експерти зазначили, що Всесвітня організація охорони здоров'я готова постійно підтримувати реформування системи охорони здоров'я, враховуючи той факт, що це займе не один рік. Адже війна досі триває і не можна прорахувати ризики і збитки, яких ще зазнає українська медична система.

Отже, в Україні трансформовано ринок медичних послуг в умовах поширення коронавірусу через формування мережі лікарняних закладів, які надають допомогу хворим, інтеграцію технологій в оперативне управління ринком та станом надання медичної допомоги, забезпеченістю матеріалами та лікарськими засобами. Додатковими непрямыми заходами трансформації ринку медичних послуг є надання підтримки медичним кадрам, пенсіонерам, громадянам України, що втратили роботу, бізнесу. Фінансова соціальна підтримка є заходом допомоги у випадку захворювання, що забезпечує отримання медичних послуг в сформованій мережі лікарняних закладів. В умовах військових дій необхідним є забезпечення екстреної медичної допомоги та лікування військовим, забезпечення лікування їх посттравматичних розладів та протезування. У повоєнний період необхідним є відбудова зруйнованих медичних закладів, структуризація системи надання медичної допомоги з орієнтацією на нові потреби населення, продовження та завершення запланованої урядом реформи системи надання медичних послуг.

4.3. Вплив інструментів державного регулювання на розвиток ринку медичних послуг в Україні

У сучасних ринкових умовах система регулювання охорони здоров'я обумовлює вирішення соціальних, медичних, адміністративних і організаційних питань, проте, тенденція розвитку підприємницької діяльності в сфері охорони здоров'я вимагає забезпечення відповідності конкретних цілей державної охорони здоров'я сучасним умовам ринку медичних послуг. Необхідне формування гнучкої моделі регулювання, об'єднання всіх учасників ринку медичних послуг для вирішення певного проміжного завдання галузі, кінцева мета якого – поліпшення здоров'я населення, у тому числі укладення договору між державою і суб'єктом, який буде надавати медичні послуги. Співпраця з комерційними суб'єктами, надання їм рівних з державними медичними організаціями прав і визнання їх автономії дозволить задовольнити попит на

медичну послугу, скоротити потребу в ній і поліпшити головні показники здоров'я населення.

Ринок медичних послуг є складним механізмом до якого входять взаємопов'язані системи (державна, муніципальна, приватна), що потребує ефективного державного регулювання для підвищення рівня доступності і якості надання медичних послуг. При цьому держава повинна виступати гарантом в отриманні цих послуг, піклуючись про поліпшення якості життя населення та національної безпеки. Проблема оплати медичних послуг повинна орієнтуватись на соціальну значимість та доступність цих послуг для споживачів з врахуванням їх диференціації доходів [191, с. 215].

Тому однією з найважливіших умов, яка забезпечує ефективне функціонування ринку медичних послуг, є розроблення дієвого механізму державного регулювання ринку медичних послуг, що є складовою регулювання економіки загалом. Під механізмом державного регулювання ринку медичних послуг розуміють сукупність цілей, принципів, методів адміністративного, економічного, правового та соціально-мотиваційного характеру, що здійснюються державою через інструменти ефективного та динамічного його розвитку [154, с. 57].

Основними елементами механізму державного регулювання ринку медичних послуг є: суб'єкт, об'єкт, мета, цілі та принципи, інструменти реалізації. До суб'єктів державного регулювання відносять державу, органи законодавчої, виконавчої та судової влади, політичні та громадські об'єднання, а також місцеві органи самоврядування. При цьому держава регламентує мету, завдання, напрями, принципи державної політики, встановлює обсяги бюджетного фінансування. Об'єктами ринку медичних послуг, що регулюються державою, відносяться установи охорони здоров'я. Міністерство охорони здоров'я України є головним органом, який розробляє та забезпечує виконання національної політики у сфері охорони здоров'я [154, с. 373].

Органи влади при здійсненні державного регулювання ринку медичних послуг діють на основі принципів: системності, прогнозованості, прозорості,

законності, пріоритетності, ефективності, соціальної відповідальності. Дотримання цих принципів сприятиме підвищенню дієвості та ефективності механізму державного регулювання ринку медичних послуг в умовах реформування [145, с. 116].

Зазначимо, що в умовах реформування провідним аспектом функціонування ефективного механізму державного регулювання ринку медичних послуг є створення нормативно-правової бази, яка б визначала взаємозв'язок мети реформування з конкретною ситуацією в державі. При цьому правовий механізм повинен мати зв'язки із конкретною метою, що передбачає організовану і взаємопов'язану сукупність вимог, спроможну забезпечити досягнення поставленої мети шляхом законної реалізації суб'єктами наявних інтересів [288, с. 85].

Здійснювати регулювання потрібно у межах, регламентованих Конституцією України та нормативно-правовими актами, що координують питання охорони здоров'я та відносин на ринку медичних послуг (Бюджетний та Цивільний кодекси України) [44; 107; 288].

На даний час значна кількість діючих нормативно-правових актів сфери охорони здоров'я спричиняє виникнення непорозуміння та загострення проблеми в сфері охорони здоров'я. Зокрема закони «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» та «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» не реалізуються в повній мірі. Реформування ринку медичних послуг та запровадження медичного страхування слід здійснювати одночасно з удосконаленням нормативно-правової бази та доопрацюванням нових правових документів [229].

Основними інструментами соціально-мотиваційних методів державного регулювання ринку медичних послуг є соціальна адаптація та реабілітація; соціальне страхування; державні соціальні програми та гарантії; інформаційна наповненість діяльності закладів медицини та загального стану здоров'я населення; оцінка ефективності державного регулювання ринку медичних

послуг; надання інформації щодо проведення семінарів та консультацій; взаємні зобов'язання між виробниками та споживачами медичних послуг тощо [94].

З нашої точки зору головними напрямками держави в ефективному регулюванні ринку медичних послуг мають бути вдосконалення діючої системи фінансування галузі і розширення джерел її фінансування: добровільного медичного страхування та лікарняних кас. Залучення додаткових джерел фінансування медичної сфери сприятиме розвитку системи медичного страхування.

Отже, необхідно, щоб при розробленні та прийнятті рішень, спрямованих на забезпечення ефективного державного регулювання, максимально враховувалися об'єктивні економічні критерії, особливості охорони здоров'я, специфіка медичних послуг. Заходи державного регулювання мають враховувати поточну економічну ситуацію в країні (регіоні) та бути спрямовані, в першу чергу, на стимулювання медичних організацій до надання сучасної високотехнологічної допомоги. Головними завданнями державного регулювання сфери охорони здоров'я є:

- вивчення та прогнозування попиту на медичні послуги;
- відслідковування та моніторинг ринку з перспективами на майбутнє;
- забезпечення рівного доступу до системи медичної допомоги різних верств населення, особливо соціально незабезпечених;
- створення спеціальних програм лікувальної підтримки для окремих груп громадян;
- робота над адаптацією нормативно-правового забезпечення до норм Європейського Союзу;
- продовження реформування організаційних структур та інституцій регулювання ринку медичних послуг;
- максимальне залучення інституцій публічного сектору для впливу на ринок;
- створення та активізація ефективної та розгалуженої інфраструктури ринку;

- впровадження страхової медицини як моделі фінансування ринку;
- удосконалення системи контролю задля дотримання норм та стандартів надання медичних послуг;
- здійснення контролю за якістю та обігом медичних препаратів;
- підготовка системи надання медичних послуг до повоєнної відбудови та нових викликів.

Більшість науковців звертають увагу на те, що залишається основною проблемою встановлення цін на медичні послуги. Чинниками такого ціноутворення виступають інфляційний тиск, пониження купівельної спроможності населення та розширення конкуренції [42, с. 60].

Аналіз статистичних даних свідчить, що ринок добровільного медичного страхування нарощує оберти, але українська система медичних послуг, та й самі громадяни ще не мають достатнього розуміння необхідності та культури медичного страхування. Поліси добровільного медичного страхування досі залишаються інструментом соціальної відповідальності корпоративних клієнтів або ж сервісом для заможних верств населення.

Впродовж 2020 року ринок добровільного медичного страхування виріс на 27%, страхові премії за договорами медичного страхування збільшилися порівняно з 2019 роком. У 2021 році спостерігалася тенденція до зниження цих показників.

Необхідно створити міцну та водночас гнучку систему нормативно-правового забезпечення діяльності суб'єктів та об'єктів регулювання. Дана система має бути інтегрована як складова комплексного механізму. Такий механізм повинен включати:

- обґрунтований теоретично-методологічний інструментарій щодо управління та регулювання в наданні медичних послуг;
- нормативно-правові акти, які є регламентують діяльність медичних закладів та організацій;
- організаційно-правові способи регулювання діяльності учасників медичного ринку;

- комплексне забезпечення функціонування інфраструктурних елементів ринку медичних послуг;
- принципи, інструменти та функції щодо об'єктно-суб'єктної взаємодії ринку медичних послуг [88].

Окрім нормативно-правового, комплексний механізм державного регулювання ринку медичних послуг також включає ресурсний, організаційний, інформаційно- комунікаційний, економічний, інституційний, адміністративний, ресурсний, та фінансовий механізми [88].

Механізму державного регулювання ринку медичних послуг у процесі дослідження розглядається як сукупність ринкового, соціального та політичного інститутів, а також окремого посередницького інституту (страхового) за умови дії на ринку моделі страхової медицини. Це - певна сукупність взаємозв'язків, відносин та є метою вдосконалення розвитку медичного обслуговування у державі. Наразі однією з ключових задач є створення інституційного підґрунтя для роботи страхового бізнесу та перетворення його в повноцінний працюючий страховий інститут.

Відповіддю на питання про те, чи в Україні можливо створити (адаптувати) західну модель страхової медицини, є розуміння того, що в країні недостатньо розвивається приватний сектор сфери медичного страхування. Ефективно працююча модель ринку медичних послуг за присутністю посередника має максимально ефективно використовувати державні ресурси, а також кошти громадян. Страховий випадок настає, коли здійснюється не тільки грошова оплата за якусь послугу, а й акумулювання в фондах і виплата з них.

Приватний сектор охорони здоров'я здійснює самостійне фінансування медичної сфери. Він самостійно реалізовує медикаменти, товари та вироби медичного призначення в достатній кількості. За рахунок цього розвантаження державного бюджету з охорони здоров'я України складає близько 2 млрд грн. щорічно, що є особливо актуальним в умовах воєнного стану та післявоєнної відбудови. Незважаючи на значну чисельність закладів державної медицини, з кожним роком спостерігається тенденція збільшення поточної кількості

пацієнтів, які хочуть обслуговуватися у приватних медичних кабінетах або центрах та готові оплачувати надані медичні послуги. До даної групи належать платоспроможні клієнти, які користуються попитом на високотехнологічне, ефективне, якісне медичне лікування та оперативність, а кількість даних пацієнтів становить понад 10% населення України (за даними на 2021 рік). Структура наданих медичних послуг і приватна охорона здоров'я розширює систему державного сектору надання медичних послуг, однак вона в основному заміщує його або виступає в якості альтернативи [7, с. 110].

Обмежені ресурси бюджетів України різного рівня, які виділяються в останні роки не дозволяють забезпечити поліпшення якості медичної допомоги населенню, збільшувати до необхідного обсягу проведення профілактичних заходів. Незважаючи на деяке поліпшення фінансування охорони здоров'я в останні роки, обсяг виділених коштів залишається недостатнім для нормального функціонування галузі [393].

Однак процес створення сучасної нормативно-правової бази сфери охорони здоров'я, на наш погляд, існують такі труднощі, які необхідно враховувати для досягнення ефективного державного регулювання на ринку медичних послуг:

- недостатній рівень вираженості державної політики в сфері охорони здоров'я, враховуючи її законодавче забезпечення;
- відсутність науково теоретичного обґрунтування щодо послідовної законотворчої діяльності цієї сфери;
- недостатній рівень законотворчої активності у прийнятті законопроектів про охорону здоров'я у Верховній Раді України;
- невелике число фахівців, які мають достатній рівень знань в області юриспруденції та медицини;
- відсутність консолідації діяльності представників правової та медичної науки;

- недостатній рівень обліку міжнародно–правових стандартів у сфері охорони здоров'я, що призводить до неефективного використання зарубіжного досвіду в регулюванні системою охорони здоров'я населення;
- нечіткість правової бази, наявність законодавчих колізій, які виникають на практиці, при протиріччі різних актів, які здійснюють регламентацію тієї чи іншої сфері охорони здоров'я;
- розпорошеність у законодавстві норм, що регулюють питання охорони здоров'я.

Агреговані дані про результати системи охорони здоров'я також показують недостатній прогрес за останні тридцять років. При цьому погіршуються результати у порівнянні із показниками країн СНД. Система офіційно декларує широкий і універсальний спектр послуг, що гарантуються пацієнтам під державним фінансуванням, але на практиці неефективна структура та дуже обмежені фінансові ресурси, виділені для цієї мети, роблять його суто законним правом.

Слід відзначити і те, що приватні витрати перевищили державні загальні витрати на охорону здоров'я, де їхня значна частина поглинається фармацевтичною галуззю, яка практично повністю позбавлена державного фінансування, і в той же час не забезпечена рішеннями для раціоналізації витрат. Як наслідок навантаження на пацієнтів за цим рахунком надзвичайно велике. У 1996 році зусиллями уряду України було нормалізовано ситуацію з питань оплати медичних послуг пацієнтами, неохоплених державними гарантіями. Однак практичне застосування цієї схеми не відповідало реальній ситуації [1, с. 33]. Отже, основним обмеженням задля ефективної реалізації державного регулювання ринку медичних послуг є відсутність відповідного фінансового забезпечення даної сфери.

Відзначемо, що головними завданнями державного регулювання ринку медичних послуг є:

- оцінка реальних потреб населенням у отриманні медичних послугах;

- організація надання послуг щодо профілактики та діагностики хвороб;
- гарантування урядом отримання безкоштовної медичної допомоги для малозабезпечених верств населення;
- контроль за реалізацією медичних послуг через різні джерела (статистику, скарги та звернення, результатів перевірок та атестацій тощо);
- інноваційні впровадження систем лікування та оздоровлення;
- технологічні оновлення та впровадження медичних виробів та обладнання і апаратури;
- дотримання стандартів виробництва лікарських засобів та матеріалів;
- посилення відповідальності за розповсюдження нелегальних препаратів та ліків;
- впровадження жорсткого контролю за ціноутворенням медичних послуг;
- спрощення нормативно-правового забезпечення у сфері охорони здоров'я;
- запуск повноцінного ринку добровільного медичного страхування;
- удосконалення медичної освіти та її поєднання з практичними здобутками [280].

Закінчення процесу реформування сфери охорони здоров'я та регулювання діяльності ринку медичних послуг повинно забезпечуватися за допомогою наступних підходів: імплементовані реформи не повинні погіршити доступ до всього спектру наданих медичних послуг ні одній із верств населення; у відповідності до реалізованих реформ повинно бути гарантовано покращення здоров'я населення, забезпечено зменшення диференціації у доступі до надаваних медичних послуг та покращення їхньої якості; гарантовано фінансову та інституційну дисципліну сучасної системи охорони здоров'я, яка сконцентрована на людину. Тому необхідно здійснити ряд кроків задля забезпечення ефективної діяльності даної системи:

1. Імплементувати Закон України «Про громадське здоров'я» та гарантувати належне фінансування даного структурного елемента сфери охорони здоров'я на 2021 рік, реалізація якого санкціонує покращення перспектив в медичній сфері [239].

2. Скоригувати законопроект № 6327 «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» для усунення юридичних колізій та двозначних норм у відповідності до чинного законодавства та Конституції України [239].

3. На законодавчому рівні зміцнити захист прав осіб, у яких наявні хронічні захворювання, та осіб, яким необхідно щотижневого відвідувати медичного працівника [239].

4. Сформуванню самостійну незалежну, яка б забезпечила контроль за якістю та результативністю їхньої діяльності.

5. Внести корективи до проекту закону, положення, що провадять ініціативу Президента України щодо надання медичної допомоги у відповідності до якісно нових правил у сільській місцевості із застосуванням новітніх технологій, а також потрібно забезпечити дані заклади мережею «Інтернет», та всім необхідним обладнанням задля проведення лабораторних досліджень та одержання швидкісної консультації щодо обрання відповідного способу лікування [239].

6. Імплементувати законопроект у разі нецільового використання фінансових ресурсів у сфері охорони здоров'я; застосовувати суворе покарання за недотримання фінансової дисципліни, а також викоринити корупцію та зловживання у даній сфері, закріпити індивідуальну відповідальність керівних осіб медичних установ у разі порушення чинного законодавства та прав пацієнтів [239].

7. Підвищити профілактичну складову національної сфери охорони здоров'я за рахунок поновлення системи обов'язкових медичних оглядів з метою ранньої діагностики захворювань та формування єдиного простору загальнодоступної для всього населення країни медичної допомоги [239].

8. Внести корективи до законодавчо-нормативних актів, які забезпечують доступність для всього населення країни якісної медичної допомоги на рівні вторинної та третинної ланки системи охорони здоров'я; загальну чисельність медичних установ необхідно визначити, враховуючи економічно обґрунтовані потреби відповідних територіальних громад [239].

9. Створити та реалізувати державну Концепцію політики щодо кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я [239].

10. Внести правки до проєкту розпорядження Кабінету Міністрів України «Про затвердження Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку». Реалізація проєкту наближає до імплементації Концепції розвитку системи громадського здоров'я для досягнення визначених цілей сталого розвитку, котрі визначені ООН до 2030 р., та імплементації засад європейської політики визначеної програмою «Здоров'я – 2020» [239].

Очікуваними результатами реалізації державної політики у сфері надання медичних послуг повинні стати:

- реальне забезпечення відповідними медичними послугами та лікарськими засобами [201];
- реалізація стратегічного управління закупівлею лікарських препаратів та засобів [201];
- відновлення первинної ланки охорони здоров'я [201];
- гарантування екстреної медичної допомоги [201];
- розширення видів медичної допомоги згідно сучасних викликів в Україні [201].

Отже, для реформування ринку медичних послуг доцільно застосовувати інструменти стратегічного планування, прогнозування та програмно-цільового управління, здійснювати корегування ринку прямими фінансуваннями, податковими важелями. Необхідним є запровадження норм та стандартів надання медичних послуг та ціново-тарифного регулювання ринку.

4.4. Моніторинг ефективності, можливостей та обмежень розвитку державного регулювання ринку та якості медичних послуг в Україні

Український ринок медичних послуг зазнає постійної трансформації. Медичні заклади та установи державної та комунальної власності переважно знаходяться у критичному стані. Велика кількість медичних установ сьогодні існує за рахунок публічних коштів (державного та місцевого бюджетів). Міністерство охорони здоров'я України згідно покладених на нього завдань здійснює управління медичною сферою. При цьому таке управління має проблеми щодо кадрового та фінансового забезпечення. Це є наслідком планової радянської системи медичного забезпечення, коли її фінансування здійснювалося за принципами «утримання», а не шляхом оплати за фактично надану пацієнтам гарантовану державою безкоштовну медичну допомогу [88].

Сьогодні відбувається реформування системи охорони здоров'я нашої країни, що передбачає досягнення високої якості медичної допомоги як одного з пріоритетних напрямів розвитку України. Незважаючи на проведені дослідження, залишаються невирішеними питання забезпечення якості медичних послуг, а також визначення пріоритетів розвитку ринку медичних послуг в Україні [88].

Згідно законодавчих норм медична допомога в Україні визначається як безкоштовна (стаття 49 Конституції України) [108]. Бюджетне асигнування медицини України здійснюється у розмірі не менше 10% національного доходу (Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я») [162]. Однак таких асигнувань недостатньо для функціонування ефективної української медицини, зорієнтованої на реальні потреби та високу якість медичних послуг.

Реалізація повноцінного ринку медичних послуг зумовлює створення сприятливих умов життєдіяльності нації та зростання стандартів здоров'я населення. Соціальні потреби суспільства без ринку медичних послуг є односторонніми та не гарантують нарощення людського капіталу відновлення робочого населення та зростання національного доходу. Тому Україна почала

проводити реформування медичної сфери. Однак таке реформування зазнає уповільнення. Це зумовлено специфічністю вітчизняної медичної сфери [162].

Ринок медичних послуг – це комплекс медичних знань, які втілені в сучасні медичні технології, виробач медичної техніки, методиці організації медичної діяльності, їх ресурсна база - фармакологія, які реалізуються в умовах конкурентної економіки [172].

Аналіз моніторингу ринку медичних послуг відзначає як позитивні так і негативні його риси.

Позитивні риси ринку [212]:

- підвищення якості медичного обслуговування, зокрема медичного сервісу;
- вільний доступ до методів і форм лікування;
- вільний вибір будь-якого постачальника медичних послуг;
- задіяння юридичних та економічних інструментів в разі надання не якісних і своєчасних медичних потреб;
- зарібок медичного працівника, пов'язаний з результатами праці і задоволеністю пацієнта;
- правова та економічна захищеність споживача та надавача медичних послуг.

Негативні риси ринку медичних послуг:

- зменшення ролі профілактичних заходів;
- не зацікавленість медичних працівників у наданні таких медичних послуг що мають низьку економічну вигоду та високу їх гуманізацію;
- не достатня увага хворим із соціально уразливих груп, які потребують особливо складної медичної допомоги [333, с. 1618].

Окремі негативні риси ринку медичних послуг можуть мінімізуватись при за впровадженні методологічного підходу, що розглядає різні групи пацієнтів. А це пріоритет маркетингового підходу коли частина послуг може покриватись за рахунок інших високорентабельних послуг чи задіяння благодійного механізму.

Об'єктом ринку медичних послуг виступають медичні послуги у платній та безоплатній формі. Відповідно суб'єктами цього ринку є як виробники (реабілітаційні центри, амбулаторно-поліклінічні заклади, лікарні, індивідуально практикуючі лікарі санаторії), так і споживачі (групові та індивідуальні), а також посередники (благодійні організації та страхові організації) [331].

Суб'єктами державного регулювання ринку медичних послуг є Верховна Рада України, Президент України як глава держави, Рада національної безпеки і оборони України як координаційний орган, спрямований на вирішення питань національної безпеки та оборони при Президентові України, центральні органи виконавчої влади, зокрема, Міністерство охорони здоров'я України, місцеві органи виконавчої влади разом з органами місцевого самоврядування, Національна служба охорони здоров'я України. Зазначені суб'єкти поділяються на чотири групи, а саме [44, с.68]:

- вищі органи державної влади;
- органи виконавчої влади загальної компетенції;
- органи виконавчої влади галузевої компетенції;
- органи місцевого самоврядування.

Ринок медичних послуг є складним механізмом, до якого входять державна, муніципальна і приватна системи, він потребує державного регулювання, яке підвищувало б доступність і якість надання медичних послуг. Держава виступає основним замовником медичних послуг, що сприяє зміцненню здоров'я пацієнта, поліпшенню якості життя й національної безпеки країни. Платність медичної послуги визначається ступенем її соціальної значущості та доступності споживачеві, з урахуванням ранжування доходів населення [331].

На основі нормативно-правових актів державою здійснюється регулювання медичних послуг. При цьому згідно цих актів визначається структура органів державного регулювання та процедури надання послуг, порядок виконання господарських договорів і система захисту прав споживачів. Ринок медичних послуг включає в себе взаємодію різних інституцій, зокрема

державної власності, муніципальної та приватної. Держава виступає як замовником, так і гарантом надання якісних медичних послуг [44].

З 2016 році в Україні було ініційовано трансформаційне реформування системи охорони здоров'я. Його мета покращення здоров'я населення і створення фінансового захисту від надмірних виплат та витрат на надання медичних послуг. Головна ціль – підвищення ефективності медичних послуг і забезпечення широкого доступу населення до якісного медичного обслуговування [44]. Комплексною стратегією передбачалось першочергове здійснення реформи фінансування системи охорони здоров'я, щоб прискорити перетворення у сфері надання медичних послуг. Стратегію фінансування системи охорони здоров'я було сформульовано в концептуальному документі, затвердженому Урядом [271]. У 2017 році вступив у силу Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [209], покликаний регулювати фінансові відносини у системі охорони здоров'я. Реалізація реформ передбачає у два етапи. На першому етапі передбачається реформування первинної медичної допомоги. На другому етапі передбачається концентрація зусиль на вторинній та третинній медичній допомозі. Другий етап планувався реалізовуватися з 2022 року, однак через війну ця трансформація загальмувалася [331]. Стан ринку медичних послуг та його розвиток залежить від низки інтегративних факторів. Для забезпечення ефективної роботи медичних закладів необхідний достатній об'єм державного фінансування сфери охорони здоров'я [144, с. 56]. Питання дослідження якості медичних послуг є основними для підвищення ефективності функціонування медичних закладів, зміни структури послуг та задоволення потреб пацієнтів. Для оцінки якості необхідна інформація, що свідчить про адекватність медичної допомоги з точки зору відповідності технологій, які застосовуються для діагностики та лікування, відповідають потребам і очікуванням населення [216].

Сьогодні не існує єдиного узагальненого визначення якості медичних послуг. Дослідницькою групою ВООЗ запропоновано системний підхід до оцінювання рівня якості, яким оцінено якість медичних послуг на підставі таких

аспектів [49]: адекватності, що характеризується відповідністю застосовуваних медичних технологій потребам і очікуванням населення; економічної ефективності; науково-технічного рівня, що свідчить про сучасність застосовуваних методів профілактики, діагностики та лікування.

Згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 20 липня 2011 року № 427 «Про затвердження Єдиного термінологічного словника з питань управління якості медичної допомоги»: «якість медичної допомоги – це надання медичної допомоги та проведення інших заходів щодо організації надання закладами охорони здоров'я медичної допомоги відповідно до стандартів у сфері охорони здоров'я» [214].

У більшості досліджень розглядаються три аспекти якості медичної послуги: якість структури; якість процесу; якість кінцевого результату (рисунок 4.11.). Аналіз структурних показників якості медичних послуг повинен проводитися на підставі обстежень постачальників медичних послуг: як дослідження ресурсів медичних установ, так і опитувань медичного персоналу [241].



Рис. 4.11. Основні аспекти якості медичної послуги. Джерело: розроблено автором.

Оцінювання якості медичних послуг в методологічному аспекті може спиратись на такі ключові підходи:

- 1) безпосередньо медичний аспект якості (отриманий пацієнтом клінічний результат);
- 2) якість обслуговування (умови перебування в установах та медичних закладах, оперативність доступу, поведінка медичного персоналу);
- 3) соціальний вимір, що відображає ступінь, в якому система відповідає схвалюваній суспільством соціальній етиці охорони здоров'я.

Інформацію про якість процесу може бути зібрано трьома основними способами: спостереженням за прийомом лікаря, на основі аналізу звітної інформації медичних установ і з медичних карт. Якість результату в наданні медичних послуг може бути оцінено на підставі індексів результативності. Необхідні для цього медичні та економічні індикатори результативності можуть бути отримані із звітної інформації медичних установ і з даних обстежень амбулаторно-поліклінічних та стаціонарних закладів. Критерієм соціальної ефективності медичних послуг є задоволеність пацієнтів, яка оцінюється шляхом опитування населення [244]. Одним із показників якості може бути доступність для населення медичних послуг. Доступність характеризується такими чинниками, як територіальне розташування, фінансовий і культурний аспекти. Одним із основних показників доступності медичних послуг для населення фахівці вважають частку населення, що охоплюється системою охорони здоров'я, перелік послуг, що надаються, наявність так званого поділу витрат, географічні, організаційні бар'єри і рівень використання доступних послуг [241].

На нашу думку, забезпечення доступу варто пов'язувати з можливістю вибору лікаря або медичного закладу. Позитивний вплив вибору на доступність медичних послуг для більшості населення проявляється при високому загальному рівні якості роботи лікарів і медичних установ загалом, а також їхньому адекватному територіальному розподілі.

Загалом процес оцінювання якості медичних послуг може складатись із кількох етапів: вибору показників для оцінювання та вибору методів

оцінювання; власного оцінювання; вироблення рекомендацій про підвищення якості медичних послуг на основі результатів оцінювання; прийняття рішень (рисунок 4.12). Варто зазначити, що досягнення якості надання медичних послуг передбачає постійний моніторинг і оцінювання заходів, що вживаються для аналізу отриманої інформації керівниками медичних закладів.

Призначення моніторингу – регулярний збір даних (контроль індикаторів) і послідовне відстеження ситуації порівняно з поточним періодом відповідно до заявлених завдань. Оцінювання передбачає систематичний збір інформації із заздалегідь визначеними цілями. Вона може бути формуючою, тобто дозволяє за її результатами вплинути на хід виконання, і підсумковою, що фіксує кінцевий результат [20, с. 124].



Рис. 4.12. Механізм оцінювання рівня якості надання медичних послуг.
Джерело : розроблено автором.

Результати моніторингу якості надання медичних послуг необхідні для прийняття управлінських рішень у сфері охорони здоров'я. Заходи, що показали

свою результативність, можуть відтворюватися в рамках нових медичних програм, а дії, які не призвели до позитивних результатів, можуть бути переглянуті.

Виділяють три важливі компоненти, які визначають рамки і предмет моніторингу якості надання медичних послуг:

Компонент 1. Логічна схема, що містить формулювання цілей і завдань програм та пов'язує між собою основні компоненти програми.

Компонент 2. Індикатори, що вичерпно визначають вимірювані показники.

Компонент 3. Методологія збору і аналізу даних.

Враховуючи вищезазначене, може бути запропоновано таку послідовність етапів моніторингу якості надання медичних послуг: визначення проблеми та мети; збір даних; введення, обробка та інтерпретація даних; повідомлення результатів (приватний сектор, інші суспільні організації, міжнародні організації, департамент охорони здоров'я, інші заінтересовані особи); використання результатів з метою планування лікування/профілактики; оцінка моніторингу якості надання медичних послуг.

Отже, досягнення заданого рівня якості надання медичних послуг та його моніторинг має стати одним із пріоритетних напрямів політики держави в сфері охорони здоров'я. Без виявлення проблемних питань у структурі якості медичної послуги неможливим є підвищення якості цієї послуги та доступності її для основних категорій громадян.

Важливим аспектом, що впливає на розвиток ринку медичних послуг і медичної сфери загалом, є ефективна податкова політика, тобто перенесення накопичених державою коштів у вигляді податків із сфери економіки у соціальну сферу (охорону здоров'я, освіту, соціальне забезпечення, науку, культуру).

Важливими елементами фінансування охорони здоров'я є збір податків та пулінг ресурсів. Для забезпечення фіскальної стійкості реформи фінансування охорони здоров'я важливо ефективно та законно збирати достатні та стабільні податки, щоб охопити населення базовою програмою медичних гарантій та

забезпечити фінансовий захист. Інвестиції в охорону здоров'я важливі з економічної точки зору для розвитку людського капіталу, підвищення індивідуальної та національної продуктивності, а також для запобігання більшому/глибшому збіднінню, що виникає внаслідок витрат «з кишені» пацієнта на послуги охорони здоров'я [34, с. 48].

В Україні з 2015 року кошти на охорону здоров'я для адміністративних одиниць виділялись через механізм субвенції. Ці субвенції охоплювали профілактику захворювань, первинну медичну допомогу, амбулаторні та стаціонарні медичні послуги. Розмір медичної субвенції розраховувався, як частка від державного бюджету та розподілявся на кожну адміністративну одиницю на основі капітаційної формули, використовуючи чисельність населення та різницю в забезпеченні послугами (коефіцієнт для гірських районів був вищим). Приблизно третина субвенції перераховувалася до обласних бюджетів, а решта виділялася на громади, райони чи міста. Уряд фінансував основну частину медичних послуг шляхом медичних субвенцій. Впродовж 2015-2019 років на субвенції припадало 77% усіх державних видатків на охорону здоров'я [286].

Впровадження нової політики пулінгу ресурсів та закупівель розпочалося з успішної реалізації на рівні первинної медичної допомоги, наразі ведеться робота над планами щодо запровадження таких підходів на госпітальному рівні. На першому етапі проведення реформи у липні 2018 року Міністерство фінансів України передало частину медичних субвенцій для первинної медичної допомоги до НСЗУ, яка уклала договори з державними та приватними надавачами послуг на основі капітаційної ставки. Починаючи з 2020 року той самий принцип має застосовуватися для всіх послуг, що охоплюються програмою медичних гарантій, включаючи госпітальні послуги, які оплачуватимуться через діагностично-споріднені групи та глобальні бюджети, таким чином направляючи колишню медичну субвенцію через НСЗУ [180].

Реформа фінансування охорони здоров'я передбачала системи управління державними фінансами. При цьому Верховна Рада України повинна

скоординувати зусилля для управління державними фінансами. Такі підходи включено до запровадження середньострокового бюджетного планування у 2020-2022 роках з метою посилення фіскальної дисципліни та забезпечення передбачуваності в плануванні та виконанні бюджету. Формування бюджету та витрат на медицину в умовах воєнного стану буде завданням подальшого аналізу. Крім того, Уряд має запровадити обов'язкові граничні обсяги бюджету для основних розпорядників коштів у річну бюджетну декларацію як частину середньострокового бюджетного планування. Оскільки медичні заклади перетворилися на автономні юридичні особи, вони більше не повинні дотримуватися тарифної сітки оплати праці працівників бюджетної сфери [232].

У спільним звітом Всесвітньої організації охорони здоров'я та Світового банку зазначено те, що проведені реформування в продовж 2016–2019 років [362] вперше забезпечили громадяни України юридично реалізувати право вибору лікаря первинної медичної допомоги, а державні та приватні надавачі первинної медичної допомоги отримали рівні можливості для надання послуг у рамках програми медичних гарантій. Державне фінансування первинної медичної допомоги стало пріоритетним.

Було застосовано принцип «гроші йдуть за пацієнтом». Ключових досягнень було кілька: квітень 2018-травень 2019 років підписано 27,6 мільйона (понад 65%) декларацій з лікарями первинної ланки; червень 2018-травень 2019 років - НСЗУ укладено 1 276 договорів з закладами охорони здоров'я первинної ланки, включаючи 1 024 державних, 131 приватний заклад та 121 індивідуальну практику (сімейних лікарів) для надання гарантованого пакету послуг первинної медичної допомоги населенню, за умови підписання декларації; більше 1 тис. надавачів первинної медичної допомоги (державних установ) стали незалежними юридичними особами з управлінською та фінансовою автономією, що становило 97% від усіх муніципальних медичних закладів первинної медичної допомоги у країні; було чітко визначено пакет послуг первинної медичної допомоги та формула оплати, встановлено на належному рівні уніфіковані ставки/тарифи,

через капітаційний метод оплати запроваджено нові стимули для надавачів первинної медичної допомоги;.

У 2019 році Національною службою здоров'я України розпочато адміністрування урядової програми «Доступні ліки», укладено контракти більш ніж з 1 тис. аптек, включаючи приватні аптеки; розпочато розбудову необхідного потенціалу, зокрема системи цифрової обробки (електронне укладання договорів, електронна реєстрація пацієнтів/декларацій, електронний рецепт, інформаційні панелі).

Принцип «гроші йдуть за пацієнтом», чітка та проста капітаційна формула забезпечили більшу прозорість та справедливість розподілу бюджету серед надавачів первинної медичної допомоги, і створили потужний стимул для швидкого перетворення державних закладів первинної медичної допомоги на автономні установи [237].

У 2020-2021 рр. первинна медична допомога в Україні набула ще більш важливого значення. Громадяни звертаються до свого лікаря при раптових чи хронічних захворюваннях, підозрі на коронавірус та тримають з ним зв'язок під час домашнього лікування з підтвердженням COVID-19; при необхідності можуть отримати консультацію, щеплення, електронний рецепт на «Доступні ліки» чи електронне направлення [70].

На сьогодні сімейного лікаря, терапевта або педіатра обрали більше 30 млн. українців. За час пандемії, починаючи з березня 2020 року по кінець жовтня 2020 року, до роботи на первинній ланці долучилися 1 411 нових лікарів. За даними електронної системи охорони здоров'я зареєстровано майже 24 тис. лікарів, які надають первинну медичну допомогу.

Національна служба здоров'я України законтрактувала 1697 надавачів первинної меддопомоги і цей показник постійно збільшується. Серед закладів, що вперше уклали договори з Національною службою здоров'я України, 75% - приватні установи та лікарі, що здійснюють свою діяльність як фізичні особи-підприємці [150].

Державне фінансування медичних послуг для малозабезпечених верств населення стало пріоритетною ціллю у реформуванні. При цьому забезпечені групи населення повинні орієнтуватись на медичні послуги приватних суб'єктів ринку. Однак передбачається співпраця між державним та приватним секторами на основі розуміння мотивації, що визначає єдиний соціально-економічний розвиток загальнодержавної системи охорони здоров'я [144].

Державно-приватне співробітництво передбачає укладання договорів між державними органами охорони здоров'я та приватними постачальниками медичних послуг. Уряд України здійснює ліцензування та акредитування мед закладів, розробку та реалізацію програми соціального маркетингу, створення системи безперервного навчання медичних працівників та підвищення їх кваліфікації[191; 292].

Серед основних проблем за результатами моніторингу ефективності ринку медичних послуг України можна відмітити: фінансування медичних закладів базується на показнику «ліжко–день», а державні виплати лікарням та заробітна плата мед працівників залежать від кваліфікації та наукової діяльності і не пов'язані з результатами лікування; застаріла інфраструктура та відстале устаткування і не відповідає сучасним викликам; законодавче регулювання не відповідає до сучасним потреб і запитам суспільства; обмежені стандарти медичних процедур, що уже не підкріплені фундаментальними дослідженнями; низькі зарплати лікарів і відтік фахівців за кордон; обмежений доступ до та досить часто відсутність медичної допомоги у сільській місцевості [44].

Для ефективності та покращення механізмів державного регулювання ринку медичних послуг доцільно аналізувати закордонний досвід, а результати використати при реформуванні національної медицини. Також слід приділити особливу увагу навчанню та підвищенню кваліфікації медичного персоналу, оновленню медичного устаткування та впровадженню нових технологій обробки даних. Це дозволить спростити роботу медичному персоналу і підвищить надання медичних послуг. Для залучення та пошуку альтернативних джерел фінансування сфери охорони здоров'я, необхідно посилити роль бюджетно-

страхової медицини. Засади державно-приватного партнерства дозволяють формувати оптимальну модель добровільного медичного страхування, що забезпечує підвищення рівня фінансування медичної сфери [44]. Отже, необхідним є реалізація прогнозування та моніторингу ринку медичних послуг. В умовах військових дій здійснювати такий моніторинг є значно складніше ніж в мирний час. Натомість ефективна система моніторингу повинна включати аналіз ринку, оцінювання дотримання закладами на ринку умов і стандартів надання медичних послуг і адаптація цих стандартів до вимог ЄС.

Висновки до розділу 4

Підсумовуючи проведені в даному розділі дослідження слід зазначити наступні тенденції:

1. Встановлено, що одним із негативних факторів розвитку ринку медичних послуг є високий рівень імпортозалежності медичної сфери, що призводить до підвищення рівня цін не лише на лікарські засоби, а й на медичне обладнання та його складники в Україні у випадку девальвації національної валюти.

Серед проблем, що впливають на ефективне функціонування ринку медичних послуг, виділено: недостатність фінансування та розвитку страхового ринку в цій сфері; незавершеність повного циклу реформи у медичній сфері; недостатність державного фінансування галузі; високий рівень бюрократизації в питаннях ліцензій та дотриманні стандартів; військовий стан; пошкодження значної кількості медичних закладів через умови військово стану; недостатня наявність технологій в медичних закладах; обмеження в доступі до лікарських препаратів; обмеження доступу до медичних послуг на окремих віддалених територіях та уразливими верствами населення. Крім того інфраструктура галузі не відповідає сучасним викликам та сповільнює впровадження інновацій і технологій. Гострою проблемою залишається і медицина сільської місцевості де надання медичних послуг досить часто просто відсутнє

2. Виявлено, що загрозовими можуть стати наступні тенденції: відсутність політичної стабільності; пошкодження медичних закладів через військові дії; обмеженість фінансових ресурсів у країні; залежність інвестування від доступу до зовнішнього фінансування, у тому числі від агентств-донорів та міжнародних фінансових інституцій; міграція кваліфікованих медичних працівників та повільна модернізація системи надання медичних послуг; несформовані умови для ефективного державно-приватного партнерства в цьому секторі. Питання, що потребують вирішення: прийняття стратегії або концепції розвитку ринку медичних послуг; продовження адаптації законодавства до стандартів ЄС; забезпечення доступу до лікарських препаратів (питання

поставок, ліцензування, безкоштовних ліків) населенню та забезпечення біологічної безпеки; підвищення якості медичної послуги.

Можна зазначити те, що державне фінансування не забезпечує нагальних потреб медичного ринку, що визначає проблеми низької якості надання послуг, відсутність елементів інноваційного розвитку, мотивації лікарів та забезпечення ефективного функціонування медичної системи загалом.

3. Основним висновком проведеного аналізу стала систематизація трансформацій державного регулювання ринку медичних послуг у сучасних умовах.

Серед проблем, що впливають на ефективне функціонування цього ринку, виділено: недостатність фінансування та розвитку страхування; високий рівень бюрократизації; воєнні ризики та збитки; незадовільний стан інфраструктури, обмежене використання сучасних технологій; недосконалу систему підготовки й підвищення кваліфікації працівників, відтік і втрати кваліфікованих медичних кадрів; нерівність доступу до медичних послуг для різних груп та на різних територіях.

Водночас, слід звернути увагу на наступні позитивні зрушення:

– запуск схеми тарифікування та фінансування по факту виконаних медичних послуг та маніпуляцій на тлі децентралізації та зростаючої автономії управління медичними закладами сприяли формуванню конкурентного середовища, що обумовило зростання якості послуг в державних закладах та обмеження цінового коридору у медичних закладах приватної форми власності;

– введення в обіг єдиної державної обов'язкової до використання усіма медичними закладами системи реєстрації пацієнта та медичного документообігу підвищило ефективність контролю та можливості статистичної обробки інформації як підґрунтя для збалансованого фінансування.

4. На основі дослідження функціонально-змістовних характеристик проблем та динаміки позитивних зрушень на ринку медичних послуг сформульовано першочергові завдання трансформації державного регулювання цього ринку в сучасних умовах.

Як перспективні напрямки для подальших досліджень можуть бути визначені такі, що, спрямовані на підвищення ефективності та розвиток медичної системи: сприяти проведенню стандартизації всіх форм медичної допомоги та постійний моніторинг і вдосконалення затверджених стандартів відповідно до новітніх вимог національної та світової медичної науки; впровадити інноваційну систему інформаційного забезпечення процесу підвищення якості медичних послуг; вдосконалити державні механізми: сприяти мотивації працівників лікувально-профілактичних закладів для надання високоякісної медичної допомоги, оновленню матеріально-технічної бази медичних установ та постійне підвищення якості наданих послуг.

Основні результати дослідження цього розділу опубліковані в монографії [33], фахових виданнях [20, 30, 31, 35], наукових зарубіжних виданнях [305], апробовані на конференціях [3, 4, 5, 21, 23, 24, 27, 36], також опубліковані в інших виданнях [12].

РОЗДІЛ 5

УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ

5.1. Розробка та реалізація концепції державного регулювання ринку медичних послуг в сучасних умовах

Успішне виконання стратегії соціально-економічного розвитку України можливе за умови удосконалення системи охорони здоров'я. Головною метою цієї стратегії є збереження стану здоров'я населення. Реформування системи охорони здоров'я повинне бути головним чином спрямоване на забезпечення доступної та якісної медичної допомоги для всіх верств населення.

Головними причинами погіршення економічних показників в країні, що зумовлюють необхідність реформування сфери охорони здоров'я, є: високий рівень смертності, зменшення чисельності лікарів, незадовільний рівень кваліфікації медичного персоналу, значні витрати на утримання сфери охорони здоров'я, низький рівень матеріального забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я. Всі ці фактори впливають на отримання максимального результату від використання потенціалу галузі.

Загалом масштабне всеосяжне реформування сфери охорони здоров'я розпочалося ще в 2010 році і було спрямоване головним чином на удосконалення системи її фінансування [404]. До цього реформи було спрямовано на збереження існуючої системи охорони здоров'я та удосконалення нормативно-правових актів з метою наближення до міжнародних стандартів. На рисунку 5.1. представлено характеристику історичних етапів реформування сфери охорони здоров'я з виділенням напрямків державного регулювання цього процесу. Так, період 1991 року по 2001 рр. характеризувався збереженням існуючої системи охорони здоров'я та наданням соціальних гарантій на мінімальному рівні. Державне регулювання полягало в основному в наслідуванні досвіду реформування близьких пострадянських країн, запровадженні страхової

медицини та розширенні переліку платних послуг як одного із напрямків подолання фінансової кризи.

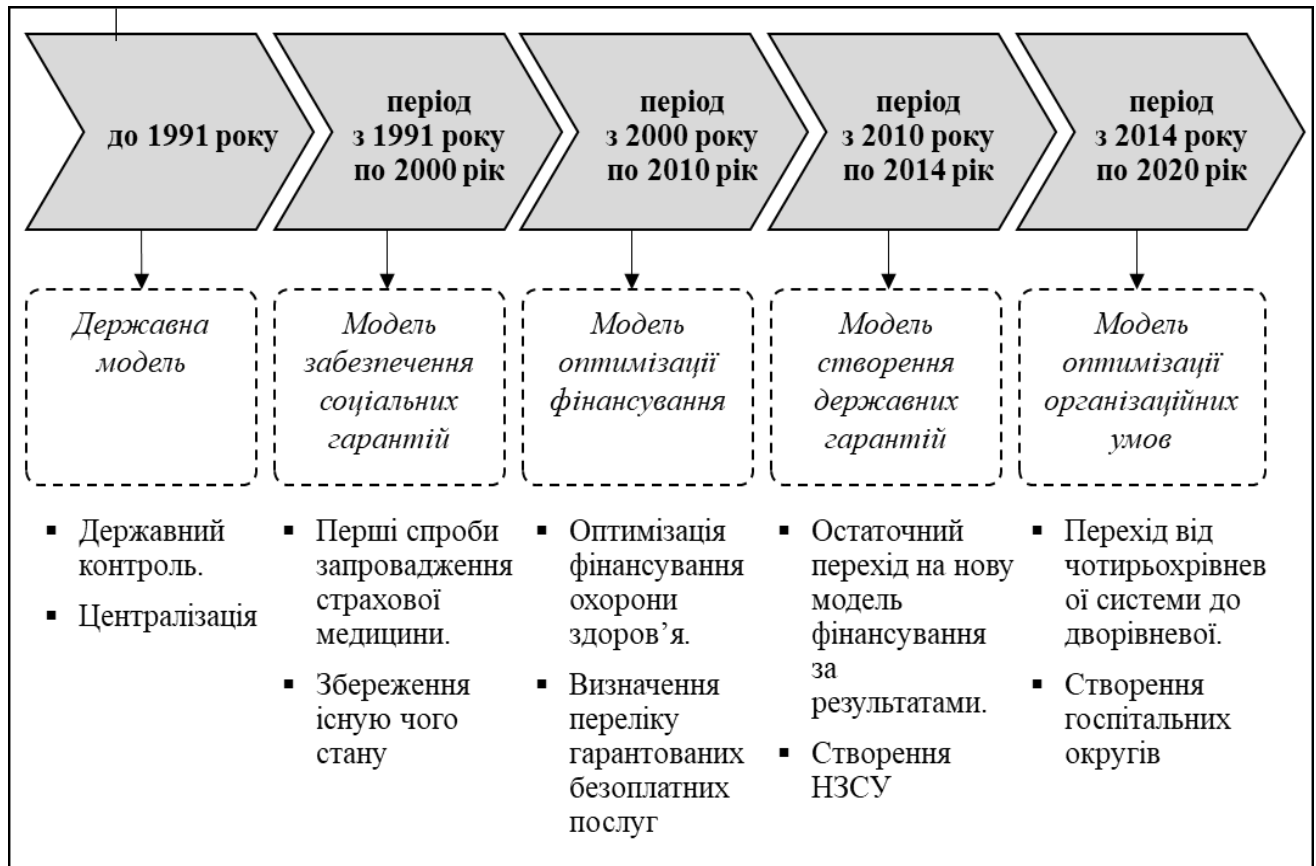


Рис. 5.1. Історичні аспекти державного регулювання ринку медичних послуг. Джерело: розроблено автором.

В результаті неефективних перших спроб реформування сфери охорони здоров'я незалежної України в період з 2000 року по 2010 рік було зроблено другу спробу внесення змін у систему її функціонування. Так, було прийнято ряд нормативно-правових актів, спрямованих на удосконалення механізму надання медичної допомоги та покращення стану здоров'я пацієнтів:

- рішення Конституційного суду України щодо роз'яснення положень статті 49 Конституції України в частині надання безоплатної медичної допомоги державними та комунальними закладами охорони здоров'я; перелік платних послуг має встановлюватися законами України;
- Бюджетний кодекс України визначив напрямки фінансування закладів охорони здоров'я;

- постанова Кабінету Міністрів України від 11 липня 2002 року №955 «Про затвердження Програми надання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги», яка визначила перелік напрямів обов'язкової безоплатної медичної допомоги.

Результатом запровадження даних положень стало проведення низки експериментів щодо створення комунального підприємства, запровадження благодійних фондів у лікарнях для отримання оплати за надання медичної допомоги. Наростання негативних тенденцій призвело до необхідності системного реформування сфери охорони здоров'я на державному рівні.

Першим кроком стало прийняття постанови Кабінету Міністрів України від 17 лютого 2010 року №208 «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я», яка є чинною на даний момент із змінами, внесеними постановою Кабінету Міністрів України від 6 квітня 2011 року №366№. Положення даної постанови були спрямовані на всебічне внесення змін у функціонування системи охорони здоров'я України: організаційне обґрунтування, фінансове регулювання, інформаційне забезпечення, нормативно-правовими актами. На основі даної постанови було прийнято ряд законопроектів, які було спрямовано на удосконалення системи охорони здоров'я в частині розмежування рівнів надання медичної допомоги, затвердження порядку взаємодії пацієнта із лікарем первинної ланки, розроблення положення про госпітальні округи. За допомогою експертів Світового банку проведено пілотні проекти в чотирьох регіонах України.

Водночас з 2012 року зі зміною керівництва Міністерства охорони здоров'я України процес реформ значно сповільнився. Тому після революції 2014 року знову виникло питання про запровадження реформи. Основна увага приділялася внесенню змін у положення Концепції розвитку охорони здоров'я населення України та визначення перспективних напрямів впровадження реформ. Дані системні перетворення спрямовано на послаблення адміністративного впливу та підвищення гнучкості функціонування сфери охорони здоров'я. Для цього також було розроблено

Концепцію реформи фінансування охорони здоров'я України. Головна ідея реформи – остаточний перехід від моделі фінансування інфраструктури за принципом Семашко до фінансування за результатами. Основні зміни в плані реформування включають: введення гарантованих державою медичних послуг; створення Центрального виконавчого органу – Національної служби здоров'я України в якості єдиного покупця медичних послуг і концентрація коштів національного бюджету для надання медичних послуг, гарантованих державою; розвиток мережі медичних установ для оперативної закупівлі медичних послуг за договорами; автономізація медичного обслуговування, впровадження електронної системи охорони здоров'я. Національну систему контролю цін на ліки також було вдосконалено, а перелік захворювань було розширено, щоб охопити серцево-судинні захворювання, бронхіальну астму та діабет 2 типу, які мають бути компенсовані за допомогою системи повного або часткового відшкодування.

Водночас реформування системи охорони здоров'я передбачає перехід від чотирирівневої системи фінансування до дворівневої. Дана система фінансування передбачає на першому рівні – фінансування із державного бюджету шляхом надання субвенцій суб'єктам надання медичних послуг, а на другому рівні – фінансування за рахунок коштів місцевої громади. Регулюючими документами в даному питанні є: розпорядження Кабінету Міністрів України від 01 квітня 2014 року 333-р «Про схвалення Концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні», яким визначено основні положення децентралізації, проблеми, які потребують вирішення та завдання реформи, Закон України «Про добровільне об'єднання територіальних громад» від 14 травня 2020 року №157-VIII, Закон України «Про співробітництво територіальних громад» №1508-VII від 17 червня 2014 року, Закон України «Про засади державної регіональної політики» № 156-VIII від 5 лютого 2015 року, розпорядження Кабінету Міністрів України «Про затвердження плану заходів з реалізації нового етапу реформування місцевого самоврядування та територіальної

організації влади в Україні на 2019-2021 роки» від 5 лютого 2020 року № 77-2019-р, в якому визначено план заходів щодо завершення децентралізації.

Державне регулювання передбачає опрацювання певних обмежень, тобто експлуатацію об'єктів та діяльність суб'єктів, які обмежують вільне функціонування в рамках даної системи. Воно враховує вплив факторів зовнішнього середовища на функціонування системи охорони здоров'я на додаток до адміністративних важелів. У сфері охорони здоров'я національні закони і нормативні акти описують та регулюють загальні правила і процедури для медичної діяльності, зокрема надання медичних послуг. Водночас на сьогодні існує певна невідповідність між законодавством, яке регулює діяльність з надання медичної допомоги та організаційні аспекти забезпечення регулювання даної діяльності, інституціональне забезпечення функціонування комплексної системи охорони здоров'я. Даний комплексний підхід повинен ґрунтуватися на законодавчо визначених програмах соціального розвитку, національних медичних програмах, стандартах і правозастосовній практиці, державному управлінні.

Передумовами формування даної Концепції є застарілість та невідповідність сучасним вимогам і прийнятим законодавчим актам системи функціонування ринку медичних послуг.

Вплив зовнішнього середовища, який породжує зміни в галузі та корегує потреби суспільства, не може бути врахований через надмірно бюрократичну систему управління охороною здоров'я. Основні заходи в даному випадку повинні бути спрямовані на розгалуження системи управління та спрощення надання і отримання інформації для швидкого реагування та підвищення ефективності управління.

Зміни, які відбулися у законодавчо-нормативному регулюванні спрямовані на налагодження та удосконалення положення в конкретній області, на яку спрямований документ. Водночас документи не удосконалені у відповідності до змін, що відбулися. Тому необхідне узгодження всіх законів, постанов, розпоряджень, які стосуються системи управління охороною здоров'я, між

собою та формування узгодженої роботи між основними учасниками даного процесу.

Значного удосконалення набула система фінансового забезпечення сектора охорони здоров'я та приватних установ надання медичних послуг на державному рівні та рівні госпітальних округів. Водночас зміни та удосконалення спрямовано на підтримку неефективних структур, а не на результати функціонування системи і на покращення загального добробуту громадян, що не дозволяє захистити громадян від фінансових ризиків, пов'язаних з хворобою.

Удосконалення структури охорони здоров'я спрямовано на розвиток механізмів надання медичної допомоги та реагування із запізненням, що потребує витрачання значних коштів на всіх рівнях надання медичної допомоги. Водночас запровадження механізму, спрямованого на попередження несприятливого випадку, може бути значно ефективнішим. Таким чином, варто розвивати та запроваджувати заходи, спрямовані на зміцнення і профілактику здоров'я.

Кадрове забезпечення системи охорони здоров'я не в повній мірі задовольняє потреби галузі у відновленні та збільшенні людських ресурсів з точки зору кількісного та якісного аналізу. Додатковим негативним чинником слугує значний відтік кваліфікованої робочої сили за кордон. В даному випадку необхідне розроблення на державному рівні найдієвіших програм підвищення кваліфікації, а також співробітництво з закладами вищої освіти щодо підготовки фахівців з відповідними компетенціями, знаннями, уміннями та навичками.

Розвиток інформаційного забезпечення та аналітичної підтримки нездатний здійснювати контроль та оцінювати ресурси системи охорони здоров'я у зв'язку з застарілими підходами до функціонування, заснованими на паперовій медицині, статистичному обліку та звітності. У даному випадку потрібен розвиток електронного документообігу в сфері охорони здоров'я, доведення та використання інформації в електронному вигляді, спрямуванні

зусиль на забезпечення кожного госпітального округу новітніми інформаційними технологіями, в тому числі програмами та кадрами, які навчені під ці зміни.

Нерозвиненість підходів до оцінки та моніторингу якості функціонування системи охорони здоров'я не дозволяє проводити ефективні дії щодо виявлення напрямів удосконалення системи та вжиття своєчасних заходів щодо знаходження ресурсів для здійснення змін. У даному випадку необхідно діяти на попередження та налагоджувати взаємодію між організаціями та установами не тільки в сфері охорони здоров'я, але й в суміжних галузях державного управління.

Науково-методичне та інформаційне забезпечення функціонування системи охорони здоров'я має застарілу структуру надання інформації та віддаленість від законодавчих нормативних актів, які постійно змінюються. В даному випадку неможливим виявляється розроблення не тільки стратегічних напрямів розвитку системи охорони здоров'я, але й поточних та оперативних завдань для стійкого функціонування. Отже, необхідним є підхід, спрямований на залучення фахівців для приведення у відповідність наукової та методологічної підтримки функціонування та розвитку системи управління охороною здоров'я.

Інформаційно-комунікаційна підтримка системи управління охороною здоров'я на сучасному етапі не відповідає вимогам розвитку системи. У зв'язку з цим неможливим є випереджальний характер її розвитку та створення сприятливих умов для функціонування. Погодження інформаційно-комунікаційної підтримки з вимогами зовнішнього середовища функціонування дозволить розробляти ефективну стратегію, спрямовану на досягнення цілей функціонування системи та забезпечення добробуту громадян.

Дані передумови носять системний характер, спрямовані на збереження здоров'я населення та повинні бути враховані при розробленні Концепції державного регулювання ринку медичних послуг України.

За таких умов ринок медичних послуг, як і будь-який інший, виконує наступні функції: планування, інформаційна підтримка, фінансово-економічна, організаційна, моніторинг та контроль, регулююча.

Функція планування спрямована на визначення потреби в медичних послугах на основі проведення статистично-економічного аналізу, з використанням методів групування та факторного аналізу з метою виокремлення послуг, які найбільше користуються попитом, та спрямування заходів на задоволення визначеної потреби.

Інформаційна підтримка полягає у наданні учасникам ринку медичних послуг повної, точної, об'єктивної та достовірної інформації про необхідну кількість та якість послуг, що надаються на ринку медичних послуг.

Організаційна функція передбачає створення економічно ізольованих виробників та надавачів медичних послуг, які повинні самостійно знаходити потрібну інформацію та ділитися результатами своєї діяльності, таким чином створюючи союзи та співтовариства для підвищення ефективності надання медичних послуг. В іншому разі неможливим буде визначення ступеня корисності певних технічних та економічних зав'язків між конкретними виробниками та надавачами медичних послуг.

Фінансово-економічне забезпечення передбачає ціноутворення на ринку медичних послуг на основі співвідношення цінності послуги для окремого споживача та надавача і застосування ринкових механізмів для встановлення оптимального її значення. За законами ринку встановлюються соціально необхідні витрати на виконання умов надання медичних послуг у відповідності до критеріїв їх надання потенційним споживачам.

Функція моніторингу і контролю якості надання медичних послуг передбачає проведення заходів управління, які прописано в українських законах і нормативних актах про управління якістю. Враховуючи те, що управління діяльністю в будь-якій сфері здійснюється шляхом нагляду за межами відомства, громадськості та державних органів. Тому в системі управління якістю надання медичних послуг застосовуються всі види контролю. Прокуратура України і її

органи здійснюють позавідомчий контроль і мають право приймати рішення на основі угод між державою та постачальниками медичних послуг і споживачами, а також страховими компаніями для здійснення контролю якості поза медичним сектором. Громадські організації, громадяни, залучені до відповідних органів, керівники медичних установ та професійних об'єднань лікарів впливають на якість медичних послуг. Водночас державне регулювання ринку медичних послуг носить рекомендаційний характер.

Регулюючу функцію застосовують для впорядкування конкуренції на ринку медичних послуг. Конкуренція в галузі стимулює зниження витрат на обслуговування одиниць, стимулює технологічні інновації та покращує якість обслуговування.

Ефективність функціонування ринку медичних послуг забезпечується завдяки досягненню балансу між потребами усіх учасників, інституціональному забезпеченню ринку та оптимальному співвідношенню між результативністю діяльності ринку та витратами на її забезпечення. Щоб Концепція державного регулювання ринку медичних послуг діяла ефективно, при її створенні мають бути враховані основоположні принципи системи управління медичною допомогою.

Досягнення мети Концепції забезпечується за рахунок взаємоузгодженого поєднання всіх принципів надання медичної допомоги та їх реалізації в єдиній керованій державою системі. Ефективність - це найвищий критерій цінності Концепції: ефективна концепція здатна виключити можливість порушень.

У відповідності до структури та змісту Концепції в офіційному документі, окрім загальних положень, мають бути відображені такі аспекти, як загальний стан розвитку ринку медичних послуг в Україні, розгляд підходів до удосконалення системи функціонування, обґрунтування необхідності врахування компоненту – попередження негативного випадку, визначення взаємодії суб'єктів та об'єктів забезпечення впровадження Концепції та оцінка

результату. За такої умови Концепція є основою для розробки стратегії розвитку країни та національного плану дій.

Розглянемо різні моделі систем охорони здоров'я у їхньому взаємозв'язку з державним регулюванням ринку медичних послуг: державну (споживчо-орієнтовану – Бевериджа), соціально-орієнтовану (Бісмарка, приватну) (табл. 5.1.).

Таблиця 5.1.

Державне регулювання ринку медичних послуг у моделях охорони здоров'я

Метод	Сутність	Регулювання ринком	Державне регулювання
Споживчо-орієнтована модель	Надання медичних послуг, які базуються на індивідуальному підході до кожного споживача та тісній взаємодії медичних установ, страхових компаній та споживачів в якості учасників вільного ринку. Головна задача даної моделі – забезпечити створення масштабного фандрайзингу, який тепер спрямований на досягнення стійкої модернізації медицини та підвищення її інноваційного рівня	Здійснення медичного страхування на робочому місці і реалізації національного плану медичного страхування для людей похилого віку, громадян з низькими доходами, військових та інших груп	Держава діє в основному як гарант і контролює національну систему охорони здоров'я, що впливає з об'єктивної необхідності стимулювати макроекономічне зростання та забезпечувати розширення людських ресурсів в масштабах країни
Соціально-орієнтована система	Модель вперше вводить схему державних гарантій, яка забезпечує громадянам найнижчий «соціальний режим існування» для реалізації соціального захисту в усьому світі,	Вартість обов'язкового соціального страхування безпосередньо залежить від рівня доходів громадян, а фінансування системи охорони здоров'я	Ключова роль державних органів у підтриманні соціальної стабільності і справедливості, великі цільові

	включаючи три типи соціальних послуг: національні пенсійні виплати, допомоги по інвалідності та хвороби і страхування від нещасних випадків	забезпечується роботодавцями і працівниками з цільовими внесками, модель Бісмарка заснована на принципах соціальної солідарності та субсидіарності на медичне страхування	програми медичної підтримки, що надаються їх професійними асоціаціями для співробітництва, а також широке співробітництво між державою, громадськими та благодійними організаціями
Приватна модель	Полягає у застосуванні медичного страхування як основного джерела фінансування медичних послуг та покриває 50% витрат на медичну допомогу	Відсутність єдиної національної системи медичного страхування. Основним інструментом задоволення потреб у медичних послугах є ринок медичних послуг	В основі лежить принцип децентралізації управління. Лікарняні заклади поділяються на приватні некомерційні – 50% від ліжкофонду, приватні комерційні – 15% від ліжкофонду та державні – 15% від ліжкофонду. Широко розповсюджені приватні кабінети лікарів

Джерело: розроблено автором.

Загалом можна визначити, що модель медичних послуг, заснована на принципах солідарності, надає всім громадянам широкий спектр можливостей для отримання медичних послуг і забезпечує повне дотримання базових правил –

безперервність надання медичної допомоги. Найбільші результати показує при активній самоорганізації співробітників, особливо працюючих в найбільш прибуткових галузях. Ті, хто не має медичної страховки на роботі (безробітні і ті, що працюють на неповний робочий день), можуть розраховувати тільки на мінімальний рівень медичної допомоги, що гарантовано надається державою, коли це необхідно. Ще один істотний недолік цієї моделі полягає в тому, що вона може збільшити вартість медичного обслуговування та відносно високі адміністративні витрати.

Діяльність суб'єктів надання медичних послуг спрямована на аналіз показників та напрямів розвитку системи управління охороною здоров'я, моніторинг і контроль досягнутого результату. На даний час відбувається перехід від чотирьохрівневої системи управління охороною здоров'я до дворівневої. Так, суб'єктами надання послуг є держава та її органи в особі Верховної Ради України і Кабінету Міністрів України, які здійснюють визначення стратегії розвитку галузі, її нормативне закріплення. На більш низькому рівні діє територіальний уряд, який координує діяльність територіальних систем охорони здоров'я. На нижчому рівні діє місцевий уряд, який визначає кількість лікувально-профілактичних закладів, оптимізує роботу щодо надання медичних послуг на місцевому рівні. Водночас на даний уряд покладено функцію фінансового забезпечення функціонування системи охорони здоров'я.

Об'єкт управління охороною здоров'я функціонує за принципом системи, на яку впливають зовнішні фактори, стейкхолдери, громадськість, економічний стан. У ролі вхідних ресурсів визначаються матеріальне забезпечення охорони здоров'я, кадрове забезпечення надання медичних послуг, споживачі медичних послуг, фінансово-економічне забезпечення функціонування системи охорони здоров'я. У результаті функціонування системи має бути розроблена удосконалена система охорони здоров'я. Процес перетворення вхідних ресурсів передбачає удосконалення нормативної бази за рахунок ефективного керівництва на державному, територіальному та місцевому рівнях.

Регулювання системи охорони здоров'я забезпечує умови для взаємодії всіх учасників ринку через державні установи та інструменти для моніторингу ринку медичних послуг. Цілі, завдання, інститути та інструменти кожного рівня різні, але всі вони спрямовані на вирішення спільних проблем на ринку медичних послуг відповідно до організаційних і інституційних стандартів у системі охорони здоров'я України. Їх можна розділити на наступні категорії: управління, економічний примус і соціальна психологія. Значна відмінність між урядом і адміністрацією, методи економічного примусу і психосоціальні методи не надто дієві, тому тимчасові методи управління і економічні методи мають різні характеристики. Основна роль того чи іншого методу може характеризувати сучасну економічну систему. З 2015 року на державному рівні використовується система грантів для виділення коштів на охорону здоров'я адміністративним одиницям. Уряд підтримував більшість служб охорони здоров'я медичними грантами, які в період з 2015 по 2021 рік становили в середньому 77% державних витрат на охорону здоров'я. Інша частина витрат покривається за рахунок місцевого бюджету.

Відповідно до визначених структурних складових Концепції державного регулювання ринку медичних послуг розроблено проєкт Концепції (додаток Б), на основі якого повинні формуватися усі подальші стратегічні, тактичні та оперативні документи із законодавчою імплементацією до них. Насамперед це наведення основних положень сталого розвитку, тенденцій у глобальному та українському масштабі, обґрунтування потреби (доцільності) досягнення сталого розвитку держави.

Місією Концепції державного регулювання ринку медичних послуг є створення здорового суспільства. Виходячи з місії, головна мета розроблення Концепції державного регулювання ринку медичних послуг полягає у задоволенні потреб суспільства у підходах, методах і засобах створення умов попередження негативних наслідків розвитку хвороби, наданні якісних медичних послуг та розвитку системи охорони здоров'я, спрямованої на

примноження здорового людського потенціалу в постійно мінливих умовах функціонування.

Розроблено Концепцію державного регулювання ринку медичних послуг, яка складається з таких структурних елементів, як: місія; мета; цілі та завдання; принципи; функції; структура суб'єктів та об'єктів регулювання; інституційне забезпечення; механізми оцінювання і моніторингу виконання. Метою розроблення даної Концепції є оптимізація системи державного регулювання ринку медичних послуг задля задоволення потреб суспільства у підходах, методах і засобах попередження негативних наслідків розвитку хвороб, наданні якісних та доступних медичних послуг та розвитку системи охорони здоров'я, спрямованої на підвищення якості і тривалості життя громадян у постійно змінних умовах, див. додаток Д.

Основними цілями і підцілями реалізації Концепції є:

Ціль 1. Формування державного регулювання і підтримки медичних послуг на основі ринкових ідей.

Підціль 1.1. Розробка заходів, спрямованих на забезпечення ефективності надання медичних послуг з урахуванням умов ринку.

Підціль 1.2. Розробка механізму регулювання ринку медичних послуг.

Підціль 1.3. Удосконалення нормативно-правової бази в частині оцінки якості медичних послуг.

Ціль 2. Підвищення якості надання медичної допомоги.

Підціль 2.1. Оцінка задоволеності споживачів у наданні якісних медичних послуг.

Підціль 2.2. Розвиток структури медичних послуг в частині збільшення їх кількості та підвищення якості

Підціль 2.3. Розвиток матеріально-технічної бази для ефективної діагностики та лікування.

Підціль 2.4. Формування та розвиток профілактичних напрямів в умовах удосконалення ринку медичних послуг.

Підціль 2.5. Запровадження державних програм, спрямованих на удосконалення надання якісної медичної допомоги.

Ціль 3. Удосконалення методів ціноутворення на ринку медичних послуг.

Підціль 3.1. Визначення напрямів державного контролю за формуванням цін на ринку медичних послуг.

Підціль 3.2. Розширення структури медичних послуг в частині виділення найбільш прибуткових.

Підціль 3.3. Розробка методики розрахунку вартості та нормативів на ринку медичних послуг.

Підціль 3.4. Визначення регулюючих механізмів з метою встановлення рекомендованих цін на ринку медичних послуг.

Ціль 4. Підвищення конкурентоспроможності суб'єктів на ринку медичних послуг.

Підціль 4.1. Визначення відповідальних за підвищення якості управління в системі медичних послуг.

Підціль 4.2. Формування інституційного середовища впровадження маркетингової стратегії.

Підціль 4.3. Визначення напрямів інноваційної діяльності на ринку медичних послуг.

Підціль 4.4. На основі розвитку логістичного маркетингу розроблення напрямів покращення організаційно-технічного забезпечення.

Ціль 5. Модернізація кадрової політики на ринку медичних послуг.

Підціль 5.1. Розвиток мережі закладів освіти.

Підціль 5.2. Забезпечення та контроль заходів з підвищення кваліфікації медичного персоналу.

Підціль 5.3. Формування напрямів стримування відтоку висококваліфікованих кадрів з держави.

Ціль 6. Розвиток приватного ринку і ринку громадської охорони здоров'я.

Підціль 6.1. Закріплення в нормативно-правових документах комплексних заходів із розвитку медичного страхування.

Підціль 6.2. Визначення державних програм закупівлі медичного обладнання.

Використання ринкового підходу до стимулювання розвитку та розширення медичних послуг на основі використання положень ст. 49 Конституції України щодо надання повного спектру медичних послуг, удосконалення медичної інфраструктури і рівноправного доступу всіх членів суспільства до якісних медичних послуг, які надаються установами в формі державної та приватної власності як функціонуючим організаційно-економічним господарюючим суб'єктом. В результаті установи охорони здоров'я поступово трансформуються в комерційні структури з необхідними характеристиками для здійснення підприємницької діяльності на ринку медичних послуг.

Ціль 7. Адаптація системи надання медичних послуг до умов на ринку, що пов'язані з військовими діями та у повоєнному періоді

Підціль 7.1. Адаптація системи надання медичних послуг до умов на ринку, що пов'язані з військовими діями (лікування та надання медичних послуг військовим у мобільних шпиталях)

Підціль 7.2. Адаптація системи надання медичних послуг до умов на ринку, що пов'язані з військовими діями (надання реабілітаційних послуг військовим)

Підціль 7.3. Відбудова та відновлення медичних закладів у повоєнному періоді та їх забезпечення

Підціль 7.4. Подальше реформування системи медичних послуг

Виходячи із розробленої місії та головної мети Концепції Державного регулювання ринку медичних послуг, можна виділити на макроекономічному рівні комплекс ринкових заходів, спрямованих на досягнення мети удосконалення галузі (табл. 5.2.).

Комплекс ринкових заходів в рамках реалізації Концепції державного
регулювання ринку медичних послуг

Мета в рамках Концепції	Заходи реалізації Концепції державного регулювання
Формування державного регулювання і підтримки медичних послуг на основі ринкових ідей	Виявлення факторів, які впливають на ефективність управління на ринку медичних послуг
	Розроблення моделі механізму регулювання ринку в удосконаленні системи охорони здоров'я
	Внесення пропозицій до Міністерства охорони здоров'я щодо удосконалення системи охорони здоров'я, в тому числі щодо удосконалення якості медичних послуг
Підвищення якості надання медичної допомоги	Проведення моніторингу якості надання медичних послуг на основі статистичних методів та аналітичних розрахунків
	Формування напрямків розвитку ринку медичних послуг за рахунок розширення його структури
	Удосконалення матеріально-технічної бази за рахунок покращення технологій діагностики та лікування, а також профілактики захворювань
	Реалізація державних програм модернізації медичного обладнання
Удосконалення методів ціноутворення на ринку медичних послуг	Державний контроль цін і контроль прибутку від торгівлі.
	Запровадження сучасних медичних послуг з метою встановлення кращих цін
	Розрахунок вартості та нормативів на одне відвідування лікаря, середню вартість послуг та вартість ліжка-місця
	Внесення пропозицій щодо регулювання довідкових цін з використанням зовнішніх і внутрішніх систем
Підвищення конкурентоспроможності суб'єктів на ринку медичних послуг	Запровадження рішень про конкурентні переваги на ринку медичних послуг
Модернізація кадрової політики на ринку медичних послуг	На основі використання сегменту ринку людських ресурсів, пропозиція ряду заходів щодо стимулювання попиту і пропозиції робочої сили (наприклад, залучити висококваліфікованих фахівців, які в даний час працюють за кордоном).
Розвиток приватного ринку і ринку громадської охорони здоров'я	Розроблення комплексного плану медичного страхування, який варіюється в залежності від добробуту громадян.
	Програми закупівлі якісного та дорогавартісного медичного обладнання

Джерело: розроблено автором.

Розробку моделі регулювання ринку медичних послуг на основі запропонованої Концепції можна представити у вигляді схеми (рисунок 5.2.).

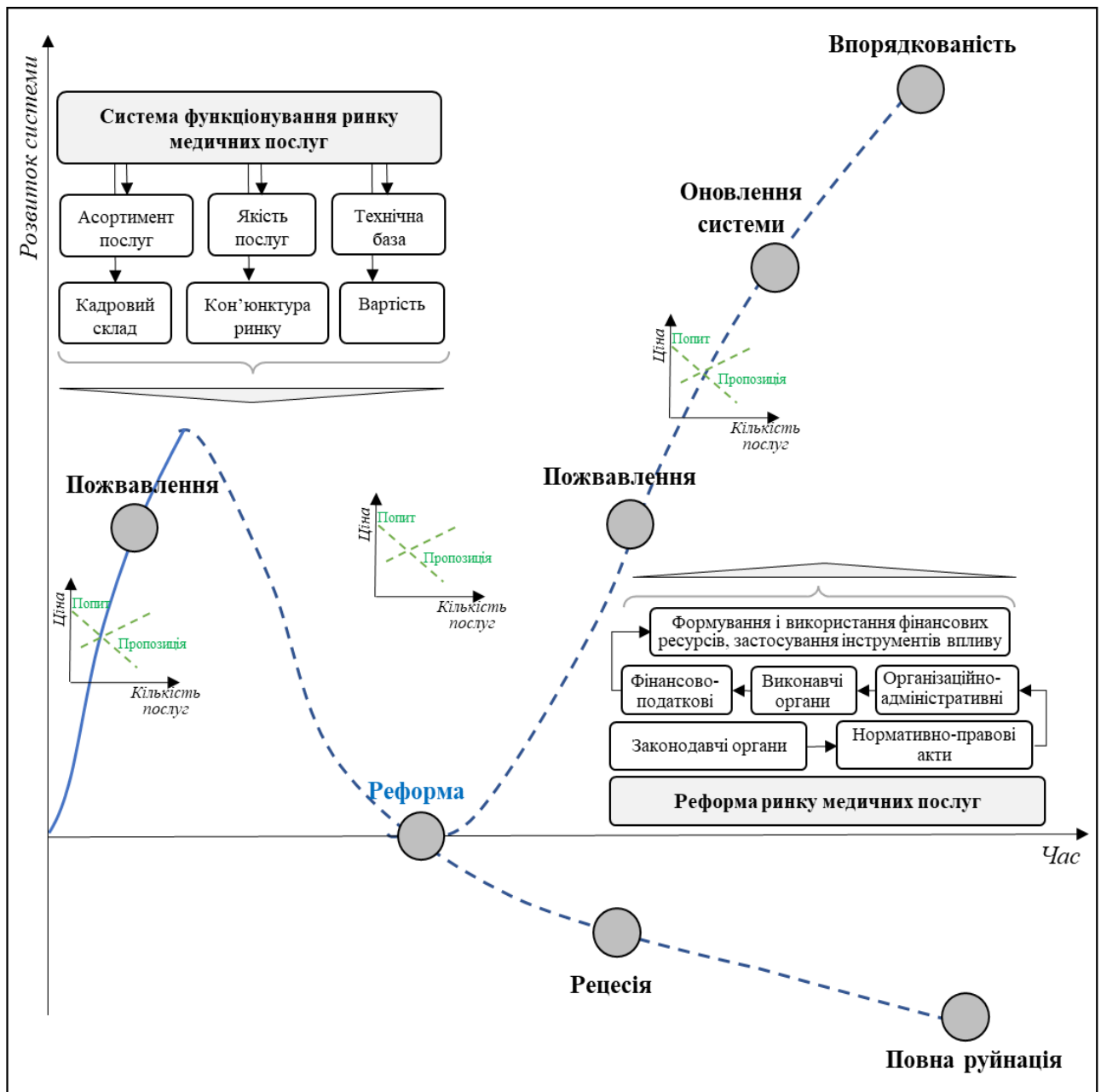


Рис. 5.2. Модель регулювання системи медичних послуг в період реформування. Джерело: розроблено автором.

Дану модель засновано на принципі розвитку системи, яка має вісім етапів. При цьому, закон розвитку системи має один екстремум, в якому відбуваються зміни, оскільки ринок вже наситився послугами і не здатний до саморозвитку. Функціонування ринку медичних послуг визначається законом попиту і пропозиції: існує певне оптимальне співвідношення попиту і пропозиції, до якого повинна прагнути система. На етапі підйому криві попиту і пропозиції можуть зміщуватися,

створюючи більш сприятливі умови для функціонування, а на етапі спаду – зміщуються в іншому напрямку, створюючи несприятливий напрямок розвитку. Тому в точці екстремуму потрібно рухатися у бік реформ задля пере налаштування системи і визначення нових напрямів розвитку. За такої умови реформи спрямовано на удосконалення нормативно-правових, фінансово-податкових та організаційно-адміністративних функцій системи. В результаті реалізації реформи можливі два варіанти розвитку: пожвавлення і рух до оптимального стану системи або рецесія та рух до повної руйнації. Загалом визначено, що модель медичних послуг, заснована на принципах солідарності, надає всім громадянам широкий спектр можливостей для отримання медичних послуг і забезпечує повне дотримання базових правил – безперервність надання медичної допомоги. Найбільші результати вона показує при активній самоорганізації співробітників, особливо працюючих в найбільш прибуткових галузях. Люди, які не мають медичної страховки на роботі (безробітні і такі, що працюють на неповний робочий день), можуть розраховувати тільки на мінімальний рівень медичної допомоги, що гарантовано надається державою, коли це необхідно. Ще один істотний недолік цієї моделі полягає в тому, що вона може збільшити вартість медичного обслуговування та відносно високі адміністративні витрати.

Суб'єктами надання послуг є держава та її органи в особі Верховної Ради України та Кабінету Міністрів України, які здійснюють визначення стратегії розвитку галузі, її нормативне закріплення. На більш низькому рівні діє територіальний уряд, який координує діяльність територіальних систем охорони здоров'я. На нижчому рівні діє місцевий уряд, який визначає кількість лікувально-профілактичних закладів, оптимізує роботу щодо надання медичних послуг на місцевому рівні. Водночас на даний уряд покладено функцію фінансового забезпечення функціонування системи охорони здоров'я. Діяльність суб'єктів надання медичних послуг спрямовано на аналіз показників та напрямів розвитку системи управління охороною здоров'я та моніторинг і контроль досягнутого результату. На даний час відбувається перехід від чотирьохрівневої системи управління охороною здоров'я до дворівневої. На основі визначених

складових Концепції державного регулювання ринку медичних послуг можна розробити композицію її побудови (рисунок 5.3).

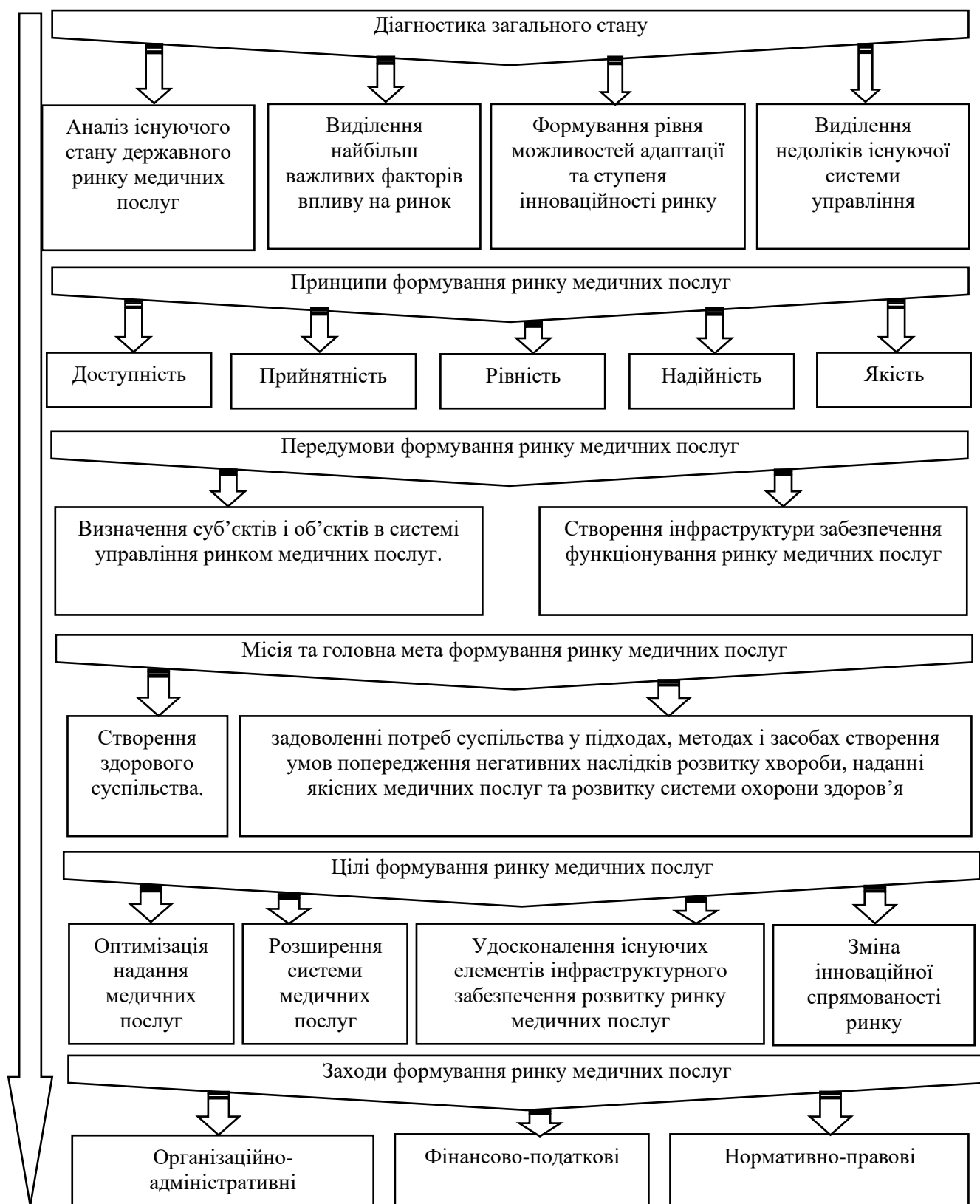


Рис. 5.3. Композиція розробки Концепції державного регулювання ринку медичних послуг. Джерело: розроблено автором.

Об'єкт державного регулювання ринком медичних послуг функціонує за принципом системи, на яку впливають зовнішні фактори, стейкхолдери, громадськість, економічний стан. У якості вхідних ресурсів визначаються матеріальне оснащення закладів охорони здоров'я, кадрове забезпечення надання медичних послуг, споживачі медичних послуг, фінансово-економічне забезпечення функціонування системи охорони здоров'я. В результаті функціонування системи має бути розроблена удосконалена система охорони здоров'я. Процес перетворення вхідних ресурсів передбачає удосконалення нормативної бази за рахунок ефективного керівництва на державному, територіальному та місцевому рівнях.

Отже, запропоновано розробити Концепцію державного регулювання ринку медичних послуг, метою розроблення якої є оптимізація системи державного регулювання ринку медичних послуг задля задоволення потреб суспільства у підходах, методах і засобах попередження негативних наслідків розвитку хвороб, наданні якісних та доступних медичних послуг та розвитку системи охорони здоров'я, спрямованої на підвищення якості і тривалості життя громадян у постійно змінних умовах. Комплекс ринкових заходів, що передбачатиме впровадження даної Концепції включатиме: формування державного регулювання і підтримки медичних послуг на основі ринкових ідей; підвищення якості надання медичної допомоги; удосконалення методів ціноутворення на ринку медичних послуг; підвищення конкурентоспроможності суб'єктів на ринку медичних послуг; модернізація кадрової політики на ринку медичних послуг; розвиток приватного ринку і ринку громадської охорони здоров'я.

5.2. Концептуальна модель функціонування комплексного механізму державного регулювання медичних послуг в умовах змін та реформування

Процес модернізації в сучасному суспільстві пов'язаний з впровадженням реформ та інновацій, спрямованих на адаптацію всіх систем до нових умов експлуатації та відповідність європейським стандартам розвитку. Модернізація

відображає об'єктивне вираження важливості спонтанного оновлення. У зв'язку з розвитком технологій, розширенням інформації, глобалізацією та поглибленням і якісними змінами індивідуальних соціальних практик трансформація соціальних процесів визначається низкою завдань. Тому одна з найважливіших послуг - це послуга, спрямована на розвиток людських ресурсів. Як і освітні послуги, спрямовані на збільшення частки людського виробництва, медичні послуги також зосереджені на забезпеченні високого рівня фізичного і психічного здоров'я, що значно впливає як на особисте, так і на економічне зростання. Отже, послуги з розвитку медицини, які надаються системою охорони здоров'я, повинні бути одним із стимулів для підвищення продуктивності і стійкого зростання сучасного суспільства.

Тому ринок медичних послуг в цій сфері слід розглядати як багатовимірну систему, яка впливає на велику кількість аспектів. Серед них виділимо наступні:

- загальний обсяг платних медичних послуг, наданих жителям району (громади);
- кількість платних медичних послуг на людину в районі (громаді);
- середня ціна вхідного квитка в приватному секторі охорони здоров'я в районі (громаді);
- кількість лікарень в районі (громаді);
- кількість лікарів в районі (громаді);
- забезпечення медперсоналу на території;
- забезпечення лікарняних ліжок для жителів району (громади);
- реальний дохід населення країни
- індикатор обсягу платних медичних послуг, наданих жителям району (громади);
- щільність населення регіону.

Медичні послуги мають соціальне значення і визначають особливу роль безперешкодного доступу та принципу недискримінації в їхньому споживанні. У цьому разі державне втручання здійснюється не з точки погляду ефективності, а

соціальної справедливості. У секторі охорони здоров'я держава фінансує і забезпечує проведення фундаментальних і прикладних досліджень, субсидує медичну освіту, надає медичні дані і встановлює загальну систему санітарно-епідеміологічного нагляду і контролю за поширенням інфекційних захворювань. Ось чому держава відіграє важливу роль у фінансуванні системи охорони здоров'я в розвинених країнах.

Оскільки функціонування ринку медичних послуг в основному базується на соціальних зв'язках, які утворюються в процесі діяльності учасників системи, державне та ринкове регулювання ринку медичних послуг мають свої переваги і недоліки. Особливу роль у цьому зв'язку відіграє питання заохочення і координації конкуренції між всіма учасниками системи (табл. 5.3.).

Таблиця 5.3.

Особливості державного та ринкового регулювання ринку медичних послуг

Засоби впливу	Механізм державного регулювання	Ринковий механізм
Головна мета	Створення здорового суспільства	Збільшення прибутку в галузі
Інструменти	Ліцензування Акредитація Стандартизація	Ціноутворення Інновації
Напрями впливу	Державні та комунальні медичні заклади, регіональні та муніципальні медичні заклади	Медичні заклади недержавної сфери, приватні медичні заклади, лікарі приватної практики
Закони функціонування	Закон саморегулювання Закон соціальної справедливості	Закон попиту і пропозиції Закон конкуренції
Ціноутворення	Оптимізація якості медичних послуг та вартості їхнього надання	Збільшення ризику призводить до підвищення вартості
Принципи взаємодії	Конкурування за кращі гарантовані державні програми	Конкурування за кращі ресурси та обсяг медичних послуг

Джерело: розроблено автором.

З введенням реформування в секторі охорони здоров'я виникає проблема в передачі повноважень різних сторін в системі: кожен постачальник послуг стикається з проблемою координації своїх дій з іншими постачальниками послуг, особливо при лікуванні хронічних захворювань або. В цьому випадку

необхідно впровадити системи для інтеграції учасників в систему охорони здоров'я, і для вирішення проблеми сформулювати успішні стратегії в області інтеграції медичних послуг. Ці програми мають бути націлені на співпрацю з тими, кому може знадобитися регулярна госпіталізація або високовартісне лікування. В результаті можна направити ресурси в області з найбільшим потенціалом для зниження витрат. Модель участі держави у процесі реформування галузі представлено на рисунку 5.4.

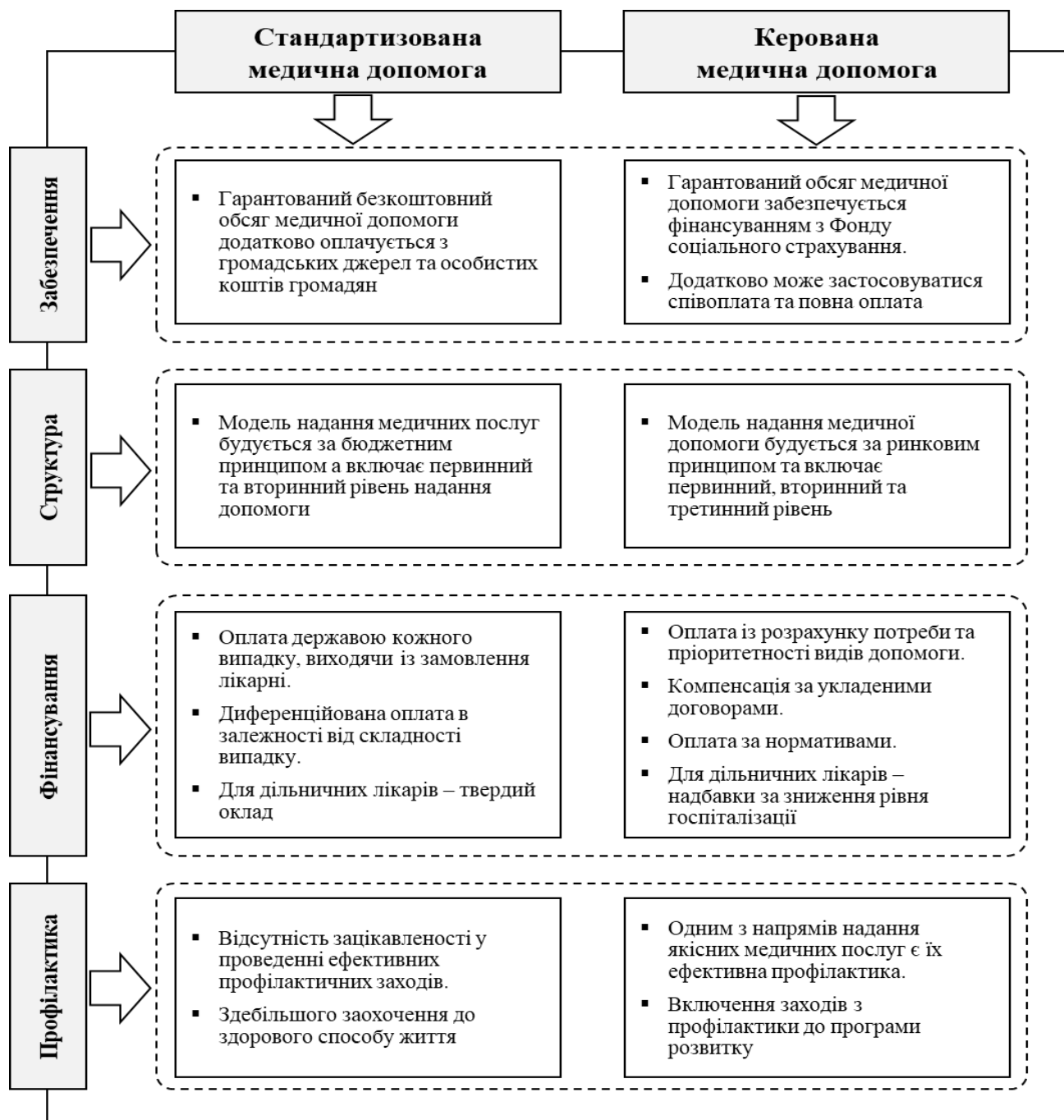


Рис. 5.4. Участь держави у процесі реформування галузі. Джерело: розроблено автором.

В Україні в основному використовується модель керованої медичної допомоги, яка враховує соціально-страхову направленість організації надання медичних послуг. Крім впровадження ринкових методів, ця модель не тільки дає можливість збільшити охоплення медичним страхуванням і розширити доступ до медичного обслуговування, але також забезпечує країні контроль над обсягом страхування і страховими сумами. В результаті ці заходи допоможуть наблизити систему фінансування до системи надання медичних послуг з державним регулюванням.

В умовах здійснення реформування застосовуються наступні механізми регулювання: стимулювання споживчого вибору, визначення ролі держави як інформованого покупця медичних послуг і нові взаємодії з постачальниками медичних послуг. Враховуючи основні завдання реформування, направлені на підвищення ефективності управління, максимізацію витрат, підвищення фінансової відповідальності та прозорості лікарень і незалежних лікарів, а також посилення взаємодії амбулаторної і стаціонарної допомоги між різними фахівцями в сфері охорони здоров'я, державне регулювання повинно в основному спрямовуватися на забезпечення стабільності функціонування системи, незважаючи на зовнішні та внутрішні впливи та оптимальне пристосування до змін.

Розроблений у розділі 2 механізм державного регулювання ринку медичних послуг дозволяє виділити основні напрямки державного регулювання ринку та інструменти, які його забезпечують. Так, метою регулювання попиту на медичні послуги необхідним є застосування інструменту «сумісних платежів пацієнтів». Але даний підхід може привести до відмови від лікування і побічних ефектів, що призведе до збільшення витрат на лікування. Таким чином, реформи, спрямовані на зниження попиту на медичні послуги, не допоможуть заощадити багато грошей і поліпшити якість медичної допомоги.

У медичній системі проведено реформи, спрямовані на обмеження надання медичних послуг: фінансування було збільшено на основі роботи діагностичної групи, і для кожної медичної послуги було встановлено плата. Факти свідчать,

що через жорстку схему оплати система діагностичних бригад, коли вона використовується як єдиний метод фінансування, може ставити під сумнів соціальну цінність, якість послуг, що надаються, безпеку пацієнтів, тривалість лікування та доступ до медичних послуг для всіх жителів.

Водночас якість державної регуляторної політики на ринку медичних послуг визначається досягненням наступних факторів: безпека, пацієнто-центрований підхід, ефективність, підзвітність, доступність, неупередженість, партнерство. Тому формування механізму державного регулювання ринку медичних послуг повинно базуватися на методі дедукції. Тобто спочатку необхідно визначити потреби споживачів, потім обґрунтовані заходи щодо їх забезпечення, далі розробити регуляторну політику.

Так, етапність розроблення механізму державного регулювання ринку медичних послуг в умовах змін включає:

1 етап. Визначення потреби споживачів на ринку медичних послуг. Зокрема, забезпечення соціальної рівності надання медичних послуг тощо.

2 етап. Аналіз послуг, які найбільше користуються попитом та для яких саме соціальних верств і груп.

3 етап. Формування заходів, спрямованих на попередження та профілактику захворювань та вчасного надання медичних послуг.

4 етап. Визначення невирішених частин регуляторної політики.

5 етап. Пропозиції щодо удосконалення регуляторної політики, особливо в умовах війни та в повоєнний період.

В основі механізму державного регулювання ринку медичних послуг повинен бути пацієнто-центрований підхід, представлений на рисунку 5.5.

Пацієнто-центрований підхід передбачає визначення потреби у медичних послугах, тобто послугах з лікування хвороб, які виникли, рівень забезпеченості надання якісних послуг та обсяг їхнього фінансового забезпечення. Незабезпечена потреба в рамках встановленого фінансування повинна бути спрямована на проведення профілактичних заходів щодо попередження виникнення хвороб.

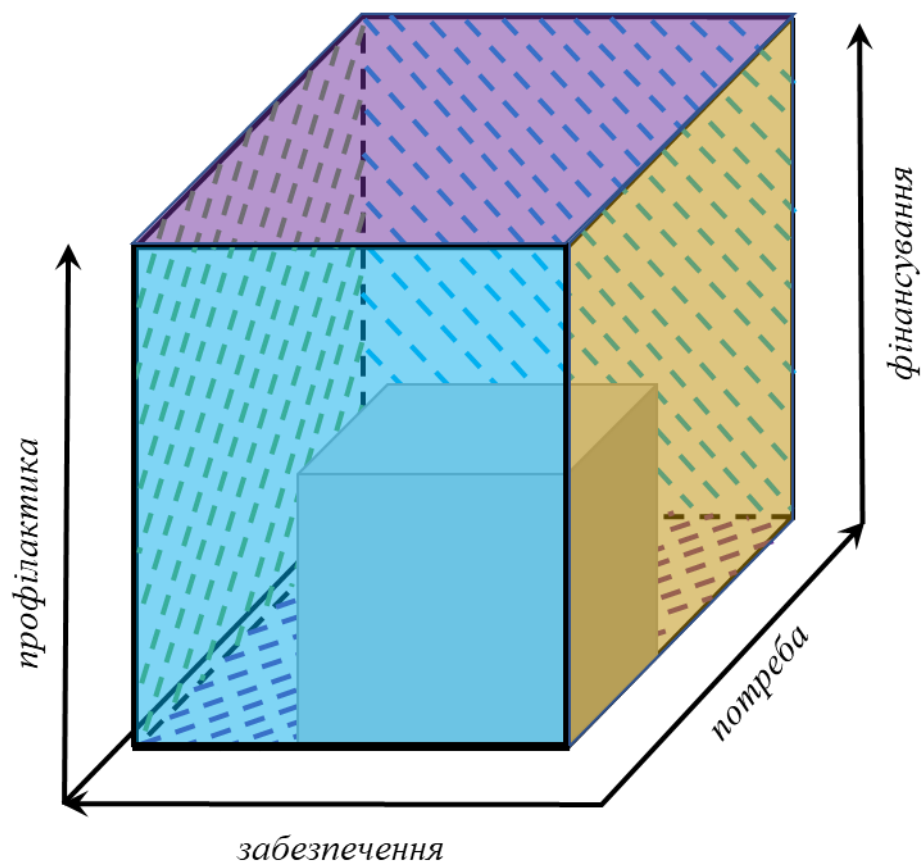


Рис. 5.5 Пацієнто-центрований підхід в основі державного регулювання ринку медичних послуг. Джерело: розроблено автором.

З метою врахування фактору часу при підвищенні вимог споживачів до обсягу та якості медичних послуг необхідно удосконалити організаційні відносини в системі «пацієнт-лікар-суспільство-держава» (рисунок 5.6). Необхідність удосконалення пов'язана головним чином з відсутністю відповідних правових засобів для регулювання комунікації на ринку медичних послуг – медичний кодекс України в порівнянні з розвиненими країнами: фінансова підтримка галузі є вкрай низькою, а рівень інформації також дуже низький. Зрозуміло, що незначна сума коштів, що виділяється громадянам України, не відображає загальну ситуацію, оскільки не враховує зайві гроші, які громадяни витрачають зі своєї кишені на надання медичних послуг. Коли в громаді було введено закон про ринкові комунікації, заможні верстви населення стали користуватися медичними послугами за плату. Однак є ще одна група

громадян з низьким доходом, і, звичайно ж, більшість з них користуються послугами державних і комунальних медичних закладів.

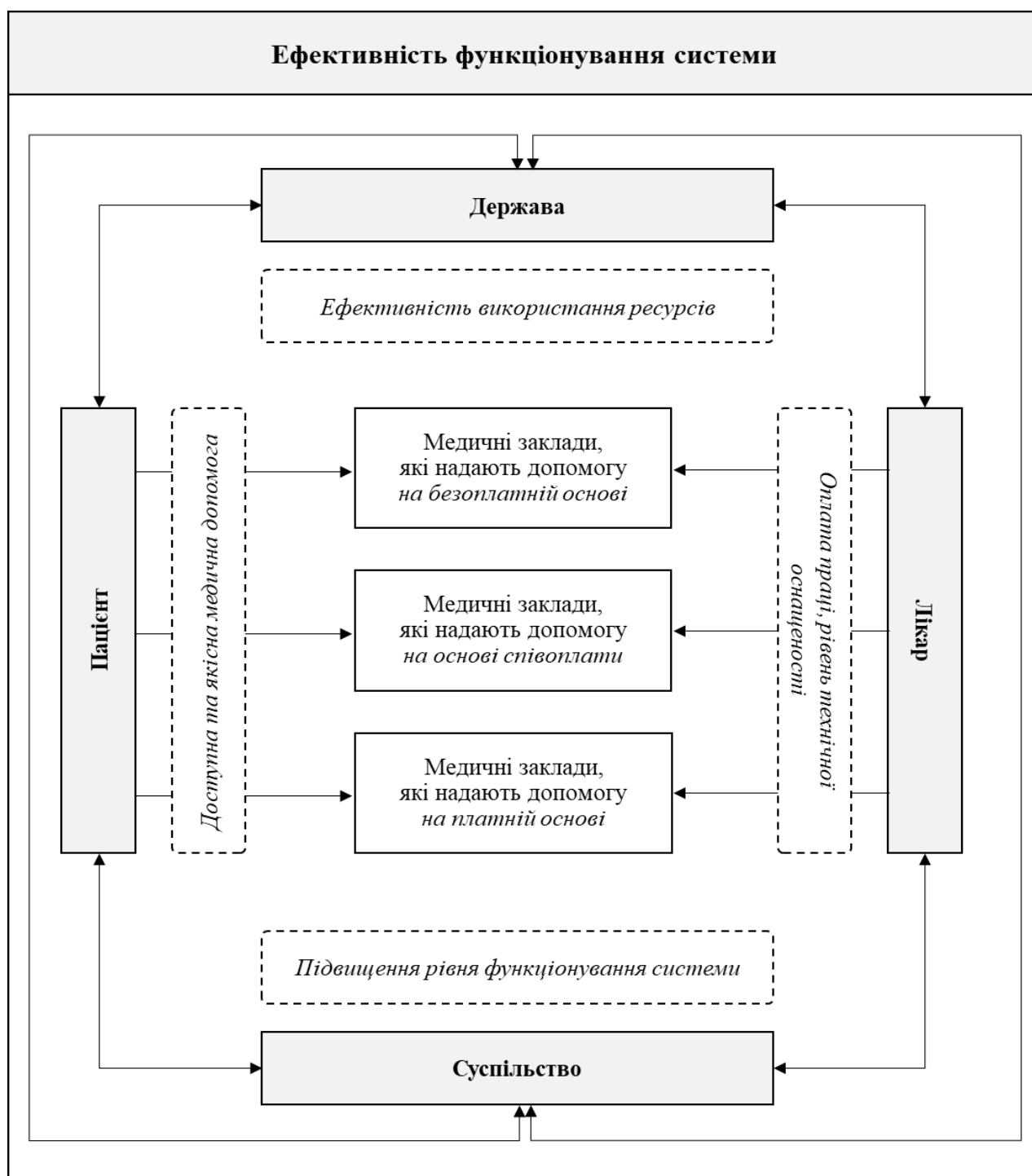


Рис. 5.6. Взаємодія в системі «пацієнт-лікар-суспільство-держава». Джерело: розроблено автором.

Згідно з Конституцією України ці установи повинні надавати медичні послуги безкоштовно. Однак реальність така, що якість медичної допомоги для кожного громадянина буде покращено за рахунок винагороди, і остання буде

виплачуватися безпосередньо фахівцям охорони здоров'я. Дії Уряду і муніципалітетів значно полегшили цю ситуацію. В період незалежності вони використовували соціально-економічну політику як привід, який фактично знецінив і знищив розрив в оплаті праці між висококваліфікованими і некваліфікованими робітниками. Виявляється, що висококваліфіковані лікарі, які повністю відповідають за здоров'я пацієнтів, повинні правильно ставити діагноз, вибирати методи лікування і проводити лікування за допомогою фахівців охорони здоров'я, але вони не можуть отримувати адекватну винагороду від інших категорій фахівців. У цьому випадку порушується один з основних принципів ринкової економіки, який свідчить, що збільшення прибутку має компенсувати передумову додаткового ризику. Рівень відповідальності за прийняття рішень означає, що рівень заробітної плати і додаткові витрати, пов'язані з ризиком прийняття рішень, забезпечать пацієнтам або родичам формально безкоштовне медичне обслуговування, а їхні методи роботи і способи оплати повинні залежати від здоров'я і життєвого досвіду співробітника.

Процеси прийняття рішень лікарями пов'язані з етичними і моральними питаннями. Вони відображають гуманний рівень лікарів і соціальну значимість людей і, отже, «прожитковий мінімум» громадян. Звичайно, в цьому випадку вищі медичні заклади не зможуть допомогти молоді морально-етичним вихованням, тому що реальні умови життя і праці сповнені корупції, незадоволеності заробітною платою, а широка громадськість зневажає дух медицини. Очевидно, що поточна ситуація веде до соціальної, правової та економічної незахищеності серед медичних працівників, але адаптація молодих лікарів до суспільного середовища набуває небезпечних форм.

Зміни у функціонуванні ринку медичних послуг спрямовані на збільшення в структурі послуг, які надаються державними на комунальними медичними закладами на безоплатній основі та за рахунок співоплати та оптимізації надання платних послуг приватними або комерційними медичними закладами. За такої умови державні та комунальні медичні заклади зберігають високий рівень

корумпованості. На цьому рівні обслуговування, якщо відносини між пацієнтами і лікарями не мають встановлених правил, це буде неприйнятно.

Водночас більшість представників медичного сектора стверджують, що вони не мають змоги впливати на зміни у функціонуванні ринку медичних послуг. Це показує, що медичні працівники абсолютно не розуміють свого становища і ролі в медицині і, отже, в області зав'язків з громадськістю. Крім того, на сьогодні не існує ефективних і рентабельних медичних систем. Це пояснюється тим, що за роки незалежності України в країні не було послідовної, централізованої, науково обґрунтованої і послідовної політики медичних реформ, спрямованої на визначення та зміцнення розвитку медичних послуг в соціальній, правовій, фінансовій, економічній та інших аспектах.

Отже, з метою удосконалення державного регулювання ринку медичних послуг повинні бути впроваджені наступні заходи. Удосконалення діяльності інституту обов'язкового медичного обслуговування в медичному секторі, коли велика частина населення надаватиме медичні послуги відповідно до заздалегідь визначених умов контракту. У той же час лікарі прийматимуть юридичну оплату і від фізичних осіб, а рівень медичного обслуговування за принципом обов'язкового медичного страхування буде вище ніж кількість безкоштовних ліків, що позначається на найбільш вразливих верствах суспільства.

Окремий напрямок повинен стосуватися зміни ідеології системи охорони здоров'я зсередини та системи реагування на зовнішні перетворення, які відбулися і продовжують відбуватися по всій країні, щоб удосконалити функціонування ринку та у світлі ринкових відносин знайти місце для медицини в макроекономічному просторі. Через це причини необхідно задовольняти потреби людей в якісних медичних послугах за доступною ціною, інтегруючи напрямки цих зв'язків з ринком, розробляти і застосовувати правові засоби і економічні методи медичних установ. Необхідно також змінити правила регулювання в правових відносинах між системою «пацієнт-лікар-суспільство-держава» і зміцнити роль держави в ній.

Рішення передбачає збалансування національного бюджету, який необхідно вивчити з точки зору соціальної та медичної ефективності і дієвості. Він повинен визначатися на основі ступеня розподілу доходів держави шляхом перегляду нормативних актів про тютюнову промисловість, а також положень українського податкового законодавства і закону про бюджет.

Основні завдання в цьому напрямку:

- розробити і затвердити стратегічний план для формулювання плану реформи охорони здоров'я на наступні 15-20 років і забезпечити збільшення фінансування галузі в ВВП;

- пошук фінансування, включаючи іноземні інвестиції, для модернізації медичного обладнання, а також сучасних комп'ютерів і відповідних програм ліцензування;

- удосконалити законодавство, яке стосується регулювання ринку медичних послуг та інші підзаконні акти управління;

- забезпечити неперервне навчання та підвищення кваліфікації фахівців на ринку медичних послуг, в тому числі за рахунок їхньої участі у міжнародних конференціях та форумах, обміні досвідом із фахівцями з інших країн, які досягли успіху у розвитку ринку медичних послуг.

Отже, функціонування механізму державного регулювання ринку медичних послуг в рамках удосконалення відносин в системі «пацієнт-лікар-суспільство-державна» представлено на рисунку 5.7. Сутність такого механізму визначається залучення різних елементів взаємодії між державою, пацієнтами, медичними працівниками та суспільством, зокрема через єдині процедури такої взаємодії, укладення договірних відносин, створення умов для ефективної роботи медичних працівників, створення елементів фінансового забезпечення системи надання медичних послуг в сучасних умовах.

Для організації взаємин між пацієнтами і лікарями мають бути визначені цивільно-правовими відносинами. Такі ж відносини встановлюються між пацієнтом і медичним закладом, а також між лікарем і медичним закладом.

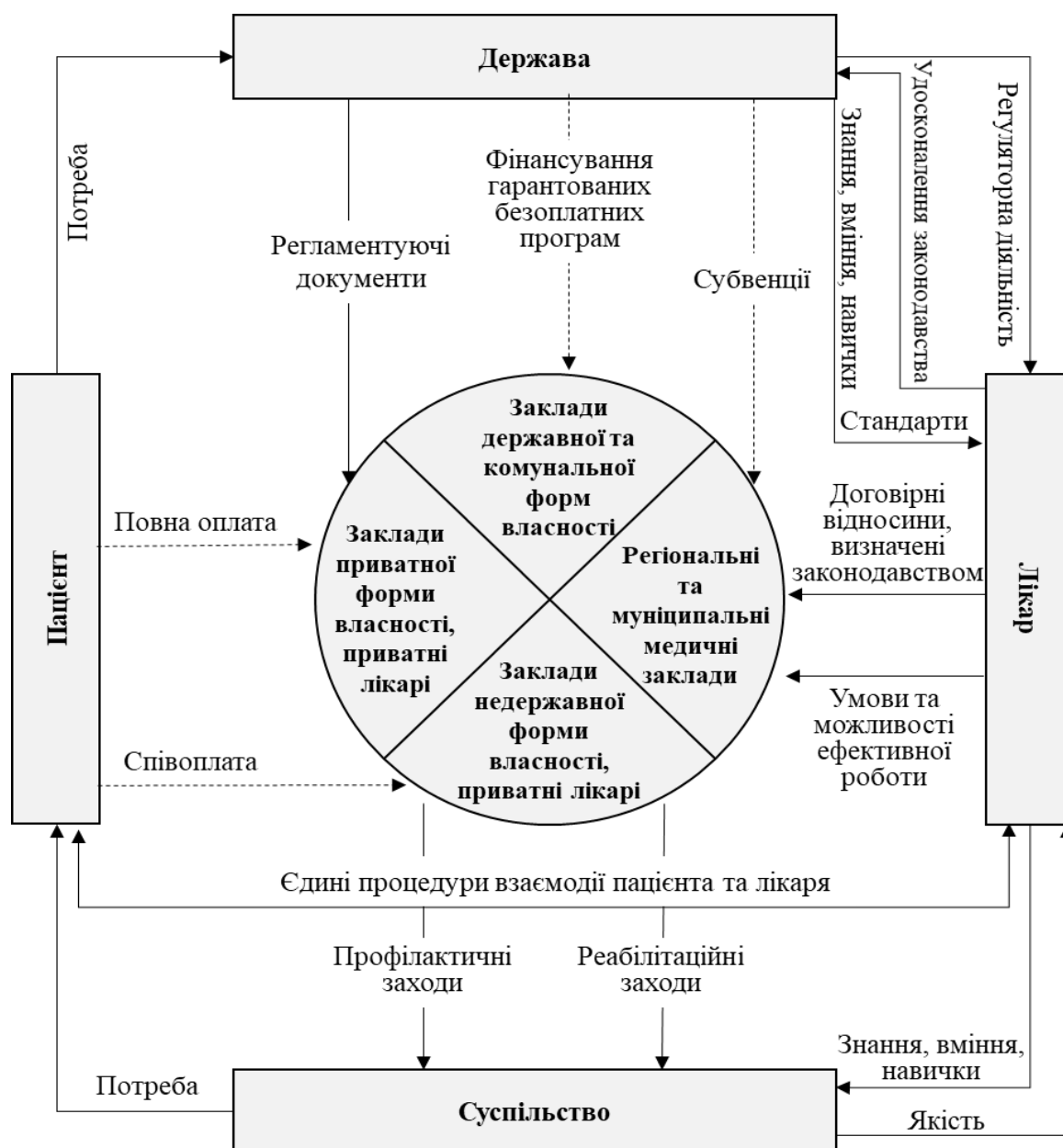


Рис. 5.7. Механізм функціонування ринку медичних послуг в умовах змін.
Джерело: розроблено автором.

Очевидно, що в цій взаємодії між пацієнтами і лікарями завдання медичних установ змінилися, лікарі стали учасниками цивільно-правових відносин, тим самим отримавши можливість страхування професійної відповідальності. Змінюються і відносини між лікарями і медичними закладами. Однак відносини між лікарями і пацієнтами можливі тільки тоді, коли наголос робиться на модернізацію медичних послуг, в тому числі і медичного обслуговування.

Важливим аспектом впливу держави на ринок медичних послуг є удосконалення організаційного механізму державного регулювання ринку медичних послуг, яке може бути забезпечено за рахунок реалізації наступних заходів:

1) збереження рівних можливостей для отримання медичних послуг кожним суб'єктом на ринку медичних послуг із дотриманням принципу взаємодії;

2) створення умов для задоволення потреб споживачів у гарантованих безоплатних медичних послугах на всіх рівнях функціонування у рамках підписаних медичних декларацій на першому рівні та виділення субвенцій для надання допомоги на другому та третьому рівнях;

3) оптимізація процесу ціноутворення на ринку медичних послуг за рахунок справедливого поєднання безоплатної медичної допомоги, послуг, які надаються на пільгових умовах, платних медичних послуг;

4) оптимізація споживання і використання всіх видів ресурсів, задіяних у наданні якісних медичних послуг за рахунок пристосування до кон'юнктури ринку, яка змінюється;

5) створення єдиної бази даних за видами медичних послуг, які надаються на основі розроблення та розповсюдження на всіх рівнях надання медичних послуг програм обліку медичних послуг;

б) забезпечення безперервного розвитку та використання сучасних медичних та організаційних технологій для забезпечення надання доступних та якісних медичних послуг.

Розглянемо дію механізму державного регулювання ринку медичних послуг на прикладі змін, які відбулися в світі в результаті пандемії COVID-19 та стали потужним двигуном розвитку телемедицини. Однак не всі медичні установи можуть користуватися необхідними системами інформаційних технологій та технічною допомогою. В результаті ізоляції лікарі і пацієнти змушені спілкуватися в мережі і багатьом людям це спілкування подобається. Широке використання телемедичних консультацій потребує змін в існуючій

структурі інформаційних технологій медичних установ. За допомогою постачальників хмарних послуг це найзручніше.

Регіональна телемедична система України почала розвиватися на початку 2000-х років. Таким чином, проєкт стартував у 2005 році в Одеській області. Через кілька років - в місті Дніпрі. У Харківській області, де багато населених пунктів, лікарі намагалися використовувати мобільну апаратуру для реєстрації електрокардіограми, щоб отримати консультацію колег в режимі онлайн прямо з квартири пацієнта. Пізніше телемедичну мережу почали використовувати ряд приватних клінік.

Звичайно, все це відбувається на пілотному рівні, зазвичай, з ініціативи різних клінік. Але на державному рівні телемедицина вперше обговорювалася тільки в 2017 році. Потім почалася підготовка законодавчої бази.

Восени 2017 року було подано до Верховної Ради України законопроект «Про підвищення доступності та ефективності медичного обслуговування в сільській місцевості» [229], в якому чітко прописано, що таке телемедицина, як і де її використовувати. Закон було прийнято через два місяці після його подачі.

Депутати стурбовані тим, що статистика України по захворюваннях невтішна. Наприклад, 45 000 українців щорічно страждають серцевим нападом, з них 15 000 - сільські жителі. З іншого боку, телемедицина може значно підвищити рівень ранньої діагностики і, таким чином, знизити рівень смертності від серцево-судинних захворювань в три рази. А в умовах пандемії коронавіруса взагалі виявляється незамінною.

Як це виглядає: фельдшер прийшов до пацієнта з маленьким портативним діагностичним приладом у віддаленому селі і зробив електрокардіографію (ЕКГ). Потім він відправив результати ЕКГ сімейному лікарю. Лікар спостерігає за ними на своєму комп'ютері. Якщо є підозри на ускладнення, він відправляє заявку на консультацію до обласного кардіолога через мережу електронного зв'язку. Кардіолог робить висновок і відправляє його терапевту.

У пульмонології, ендокринології, дерматології, педіатрії та інших областях можливе проведення подібних консультацій у формі «лікар-лікар».

Водночас час в медицині збільшується кількість консультацій між «лікарями і пацієнтами». Лікарі взаємодіяли з пацієнтами, інфікованими COVID-19, які проходили лікування вдома, а також з пацієнтами, які відмовлялися особисто відвідувати лікаря, перебуваючи в ізоляції. Багато віддалених служб також надають безкоштовні консультації чергових лікарів, терапевтів і педіатрів.

Сьогодні, після скасування обмежень, життя поступово приходить в норму. На думку експертів, накопичений досвід більше не залишиться в минулому. Лікарні та пацієнти, які раніше тільки розглядали можливість більш активного використання телемедицини, змушені переходити на цей метод зв'язку в екстремальних ситуаціях. Багатьом це подобається.

Величезне зростання попиту на онлайн-консультації показує слабкість нинішньої системи телемедицини. По-перше, не у всіх, хто потребує такої консультації, є технічна можливість користуватися віддаленими послугами. По-друге, не всі лікарі готові надавати телемедичні послуги. По-третє, для багатьох медичних установ і IT-інфраструктури телемедичних послуг стрес-тести виявилися безуспішними. Деякі з них насилу справляються з напливом віддалених пацієнтів. Крім того, спілкування з ними, особливо між людьми, що знаходяться під наглядом пацієнтів з ішемічною хворобою серця, вимагає швидкого доступу до медичних карток і результатів досліджень, а також здатності швидко домагатися госпіталізації для людей, які серйозно хворі.

Очевидно, що для надання комплексних віддалених послуг необхідним є дотримання трьох умов:

- пацієнти повинні мати можливість регулярно виходити в мережу «Інтернет» і підключатися до пристрою з високоякісної камерою (смартфон, ноутбук або комп'ютер), що має не кожний пацієнт;
- розташування лікарів приблизно таке ж, але вимоги до інтернету і якості обладнання пред'являються надто високі.
- третя умова поширюється на інформаційні системи, що використовуються для надання телемедичних послуг. За такої умови потрібні

потужні захищені ресурси, кількість яких можна змінити практично відразу, це контрольоване право доступу і дозвіл користувача на використання.

Створення і технічна підтримка цих ресурсів недоступні для більшості медичних установ. Єдиний виняток - найбільший державний медичний центр. Вихід з даного положення може бути, наприклад, в аутсорсингу, де можна використовувати послуги хмарних обчислень, які мають практично необмежені обчислювальні потужності, надійну і відмовостійку інфраструктуру, яка може швидко вирішити потенційні проблеми або надати користувачам команду експертів.

Окремим питанням залишається інформаційна безпека. Телемедицина має на увазі обробку так званої спеціальної медичної особистої інформації про пацієнтів. Для забезпечення безпеки необхідні організаційні та технічні заходи.

Створення захищеного інформаційного середовища дуже дороге і з фінансової точки зору не всі медичні установи можуть собі це дозволити. Безумовно, щоб захист був надійним, потрібні висококваліфіковані фахівці з інформаційної безпеки. Крім того, медичні карти пацієнтів вимагають максимально надійного захисту, а відповідальність за порушення закону дуже серйозна.

Також варто зазначити, що в умовах повномасштабної військової агресії актуальним є питання надання оперативної медичної допомоги. Доцільно розглянути законодавчі зміни у системі реабілітації, в тому числі психологічної, та протезування, оскільки ці проблеми будуть найбільш актуальними в умовах пост-воєнного розвитку медицини. Зокрема, Кабінетом Міністрів України та Міністерством охорони здоров'я України було додано до пакету медичних послуг у 2022 році новий пакет Програми медичних гарантій пакет «Комплексна реабілітаційна допомога дорослим та дітям у стаціонарних умовах» та пакет «Супровід і лікування дорослих та дітей з психічними розладами на первинному рівні медичної допомоги», які є безкоштовними та повністю слідуєть європейським протоколам.

У такий спосіб можна заощадити на хмарних провайдерах з відділами сертифікації, що відповідають вимогам державної безпеки. Використовуючи ефект від масштабу, вартість послуг таких провайдерів може бути значно нижче, ніж за створення необхідної інфраструктури інформаційної безпеки. Необхідно враховувати також те, що саме фахівці з інформаційної безпеки в державі готові нести відповідальність за якість обслуговування.

Отже, етапність розроблення механізму державного регулювання ринку медичних послуг в умовах змін включає: визначення потреби споживачів на ринку медичних послуг; аналіз послуг, які найбільше користуються попитом та для яких саме соціальних верств і груп; формування заходів, спрямованих на попередження та профілактику захворювань та вчасного надання медичних послуг; визначення невирішених частин регуляторної політики; пропозиції щодо удосконалення регуляторної політики, особливо в умовах війни та в повоєнний період.

5.3. Удосконалення організаційного механізму взаємодії державного регулювання ринку медичних послуг в Україні

Державне регулювання ринку медичних послуг є невід'ємною складовою політики забезпечення доступності та якості надання медичних послуг. Реалізація Концепції державного регулювання ринку медичних послуг має здійснюватися за двома напрямками. По-перше, виконання зобов'язання держави з надання населенню безоплатної медичної допомоги та організації пропаганди здорового способу життя. Другий - створення сприятливих умов для розвитку високо конкурентного ринку медичних послуг.

Перший напрямок спрямовано на удосконалення державного регулювання системою охорони здоров'я.

Другий напрямок - вихід на ринок медичних послуг медичних установ різних інститутів і організаційно-правових форм, розвиток системи державно-приватного партнерства та безкоштовного медичного страхування.

Структура ринку медичних послуг включає наступні органи та інститути:

- 1) Верховна Рада України – найвищий орган управління держави;
- 2) Кабінет Міністрів України – найвищий орган виконавчої влади;
- 3) Комітет Верховної Ради України з питань охорони здоров'я;
- 4) Міністерство охорони здоров'я України;
- 5) Національна служба здоров'я України;
- 6) Міністерство фінансів України як головний орган виконавчої влади з фінансових питань;
- 7) міжнародні організації надають підтримку та фінансову допомогу тим організаціям, яким вона дійсно необхідна (Європейський інформаційно-дослідницький інститут, Міжнародний банк реконструкції та розвитку, Світовий банк);
- 8) органи місцевого самоврядування;
- 9) місцева громада є основним джерелом управлінських рішень;
- 10) міжнародні громадські організації (Європейський союз медичних фахівців, постійний комітет європейських лікарів, постійна робоча група молодих лікарів Європи; Європейський союз лікарів загальної практики; Європейська асоціація з громадської охорони здоров'я, лікарняної допомоги, сімейної медицини та загальнолікарської практики, оцінки медичних технологій, медичної інформатики, якості медичної допомоги);
- 11) головні лікарі є менеджерами своїх закладів;
- 12) приватні заклади охорони здоров'я безпосередньо впливають на покращення діяльності державних та комунальних медичних закладів;
- 13) лікарі;
- 14) пацієнти.

Зміст організації та економічної системи, яка управляє ринком медичних послуг, визначено цілями, завданнями, діями, методами та інструментами державного регулювання, які спрямовані на забезпечення того, щоб ринок медичних послуг функціонував як важлива платформа громадськості. Державний контроль за ринком медичних послуг слід доповнити автономною

ринковою системою саморегулювання, заснованою на попиті і пропозиції, цінових системах і конкуренції на ринку медичних послуг.

Реалізація регуляторного механізму досягається за рахунок використання наступних функцій:

- моніторинг здоров'я населення і планування за його результатами обсягу життєвоважливих медичних послуг;

- використання стимулюючих заходів, в тому числі заохочення медичних установ та організацій до участі у грантових та державних програмах на отримання фінансування для модернізації матеріально-технічної бази медичних закладів, які надають високотехнологічні медичні послуги;

- надання податкових пільг для медичних закладів приватної форми власності і приватних лікарів загальної практики з метою зниження навантаження на державні та місцеві медичні установи і поліпшення якості медичних послуг;

- розроблення та впровадження нової системи оплати праці для вузькоспеціалізованих фахівців, лікарів і допоміжного медичного персоналу з урахуванням їхніх сильних сторін і особливих умов надання медичних послуг;

- функція контролю, в тому числі розробка і моніторинг дотримання стандартів і якості медичних послуг та санітарних правил медичних установ. Заходи контролю також включають внутрішній і зовнішній державний контроль шляхом оцінки якості медичних послуг і результатів роботи різних медичних установ;

- інформаційне забезпечення через формування та публікації в засобах масової інформації результатів медичних установ і фахівців, які надають медичні послуги, шляхом випуску періодичної літератури медичного спрямування і за допомогою мережі «Інтернет». Результати акредитації діяльності необхідно опублікувати на офіційному сайті медичного закладу.

Управління ринком медичних послуг направлено на створення умов для збереження і зміцнення здоров'я людей, зниження захворюваності та збільшення тривалості життя. При цьому в певній мірі мета державного регулювання і

самоврядування на ринку медичних послуг розрізняються. Метою державного регулювання ринком медичних послуг є надання споживачам медичних послуг на основі їхнього попиту та співвіднесенням із пропозицією. Метою саморегулювання на ринку медичних послуг є забезпечення платоспроможності населення, покриття його витрат і отримання прибутку від здійснення регулювання.

Державне регулювання ринку медичних послуг здійснюється на трьох рівнях: макрорівні, регіональному та місцевому рівнях.

Державне регулювання на макрорівні передбачає розробку соціальної та економічної політики, яка безпосередньо впливає на розвиток всієї медичної системи, зокрема на розвиток медичного ринку. Державні органи представлені законодавцями, адміністраціями і судами на державному рівні. Вони контролюють ринок медичних послуг, формулюючи і приймаючи закони, стандарти, директиви і правила щодо основних видів діяльності будь-якого медичного закладу та ліцензування медичних установ, взаємовідносини, фінансування цільових планів розвитку охорони здоров'я, розробку обов'язкових правил і положень по медичному страхуванню, формулювання державних гарантій, державні інвестиції в медичні послуги і обізнаність громадськості про певні захворювання і наслідки вразливих громадян для соціальної взаємодії.

На регіональному ринку медичних послуг набула поширення практика функціонування позадержавних та муніципальних медичних закладів, приватна медична практика здійснює свою діяльність за рахунок власних коштів споживачів медичних послуг та підприємств, установ і організацій, в тому числі медичних закладів страхової медицини на основі укладених договорів. Основою функціонування медичних закладів приватного сектору є медична послуга.

З метою визначення характеру взаємодії між суб'єктами на регіональному ринку медичних послуг нами проведено його сегментування. Критерієм сегментування ринку медичних послуг є джерело фінансування медичної діяльності і форма власності на медичні матеріали. Виходячи з цього, ринок

медичних послуг можна розділити на чотири сегмента: сегмент 1 (сукупність медичних закладів державної, регіональної та муніципальної форм власності, в яких сильно відрізняється дія ринкового механізму); сегмент 2 (регіональні та муніципальні медичні заклади); сегмент 3 (медичні організації переважно недержавної форми власності та приватно практикуючі лікарі, діяльність яких носить підприємницький характер); сегмент 4 (недержавні медичні організації та лікарі приватної практики) (див. табл. 5.4.).

Таблиця 5.4.

Сегментування ринку медичних послуг на основі взаємодії суб'єктів в результаті дії ринкового механізму

Сегмент	Форма власності медичних закладів	Фінансування медичних послуг	Послуги на ринку медичних послуг	Дія ринкового механізму
Сегмент 1	Сукупність медичних закладів державної, регіональної та муніципальної форм власності, в яких сильно відрізняється дія ринкового механізму	Фінансується із загальних фондів, які надають безоплатні медичні послуги за умовами програм на основі державних гарантій	Великі державні, високотехнологічні, міждисциплінарні або спеціалізовані медичні заклади. Медичні послуги, що продаються на цьому ринку, мають очевидні соціальні переваги	Дія ринкових механізмів істотно обмежена. Медичні заклади опосередковано відчують зміни кон'юнктури ринку. Майже немає конкуренції серед державних медичних закладів за виконання програм державних гарантій надання безоплатної медичної допомоги
Сегмент 2	Регіональні та муніципальні медичні заклади	Фінансуються за рахунок загальних чи ринкових грошових ресурсів охорони здоров'я. Суспільні фінансові ресурси	Надають безоплатні та платні медичні послуги одночасно. Медичні послуги надаються відповідно до плану державного медичного страхування та плану забезпечення населення	На функціонування суб'єктів суттєво впливають ринкові фактори. Суб'єкти конкурують один з одним в секторі охорони здоров'я за залучення грошових ресурсів в сферу медицини. Даний сегмент

		формується за рахунок відповідних бюджетів і фондів обов'язкового медичного страхування	безкоштовними медичними послугами	обслуговує як державний сектор, так і сектор платної медицини
Сегмент 3	Медичні організації переважно недержавної форми власності та приватно практикуючі лікарі. Можуть працювати і державні унітарні підприємства, медична діяльність яких носить підприємницький характер	Залучаються одночасно державні та ринкові грошові ресурси	Реалізація платних медичних послуг на умовах і в обсязі, не передбачених програмами державних гарантій, на основі комерційних принципів. Найважливішою умовою виживання недержавних медичних компаній є конкурентоспроможність їхніх медичних послуг і високий рівень якості їхніх асоціацій	Існує жорстка конкуренція між медичними закладами цього сегменту та медичними закладами сегменту 1 та сегменту 2 за участь в реалізації національного плану та отримання якомога більшої кількості з державних коштів і фондів обов'язкового медичного страхування
Сегмент 4	Недержавні медичні організації та лікарі приватної практики	Фінансування здійснюється за рахунок коштів споживачів медичних послуг	Надання медичних послуг на платній основі. Покриття витрат здійснюється споживачами медичних послуг в повному обсязі	Медичні установи працюють виключно на основі ринкових умов і окупність інвестицій в цю частину ринку медичних послуг повністю залежить від грошових ресурсів та надання медичних послуг, які приватні лікарі мають можливість залучати в приватний сектор охорони здоров'я

Джерело: розроблено автором.

Сегмент 1 – основним інструментом є діяльність Міністерства охорони здоров'я України, яка спрямована на координацію функціонування медичних установ в цьому сегменті ринку. Його управління засноване на пріоритеті адміністративного управління і реальній відсутності економічних методів регулювання.

Сегмент 2 – розташований ближче до центру ринку медичних послуг. Комерційна або госпрозрахункова діяльність має лише супутній вплив на результати функціонування.

Сегмент 3 – визначає умови діяльності неурядових організацій і приватних осіб, які існують в основному як індивідуальні підприємці. Ці люди використовують у своїй діяльності практично всі ресурси ринку медичних послуг. Одним з основних умов діяльності сторін в цьому сегменті є надання медичних послуг за плату відповідно до умов і рівня, зазначених в державній програмі безкоштовного медичного страхування для населення.

Сегмент 4 – знаходиться в центрі ринку медичних послуг. Основним фактором, що визначає значимість ринку медичних послуг в даній категорії, є платоспроможний попит населення та споживачів послуг і юридичних осіб. Таким чином, в даному сегменті поведінка зацікавленої особи визначається вимогами законів ринку, і механізму державного регулювання його функціонування.

Структурна будова сегментів ринку медичних послуг представлена на рисунку 5.8.

Медичні заклади сегменту 3 матеріально зацікавлені в співпраці з медичними закладами з сегменту 2 та сегменту 1, що беруть участь в національній програмі, але тільки на умовах повної компенсації, оскільки їхня робота заснована на самофінансуванні за рахунок ринкових фондів. Тому найважливішою умовою ефективності приватних медичних установ сегменту 3 є конкурентоспроможність їх медичних послуг і висока якість їх організації та надання. Уряд гарантував, щоб вони отримали стійке фінансування з бюджету

фонду обов'язкового медичного страхування для безробітних і фондів для управління економікою. Отже, вони зможуть захиститися від несприятливих змін кон'юнктури ринку. Сегмент 4 ринку медичних послуг включає в себе приватні медичні установи та приватних осіб-підприємців, які надають медичні послуги на платній основі і залучають кошти тільки за рахунок ринкової капіталізації. Цей сегмент ринку медичних послуг найбільш чутливий до ринкових факторів. Їхні приватні медичні установи працюють, повністю орієнтуючись на ринкові умови і покладаючись на власні підприємницькі навички. Добробут і ефективність компонентів цього сектора повністю залежать від фінансових ресурсів ринку медичної допомоги і реальної здатності приватних постачальників медичних послуг залучати ці кошти в сферу приватної медичної практики. Тут велике значення матиме державна маркетингова система з моніторингу маркетингових послуг лікарів. Отже, в частині ринку медичних послуг сегменту 4 умови поведінки людей регулюються вимогами ринкового законодавства і механізмами державного регулювання.

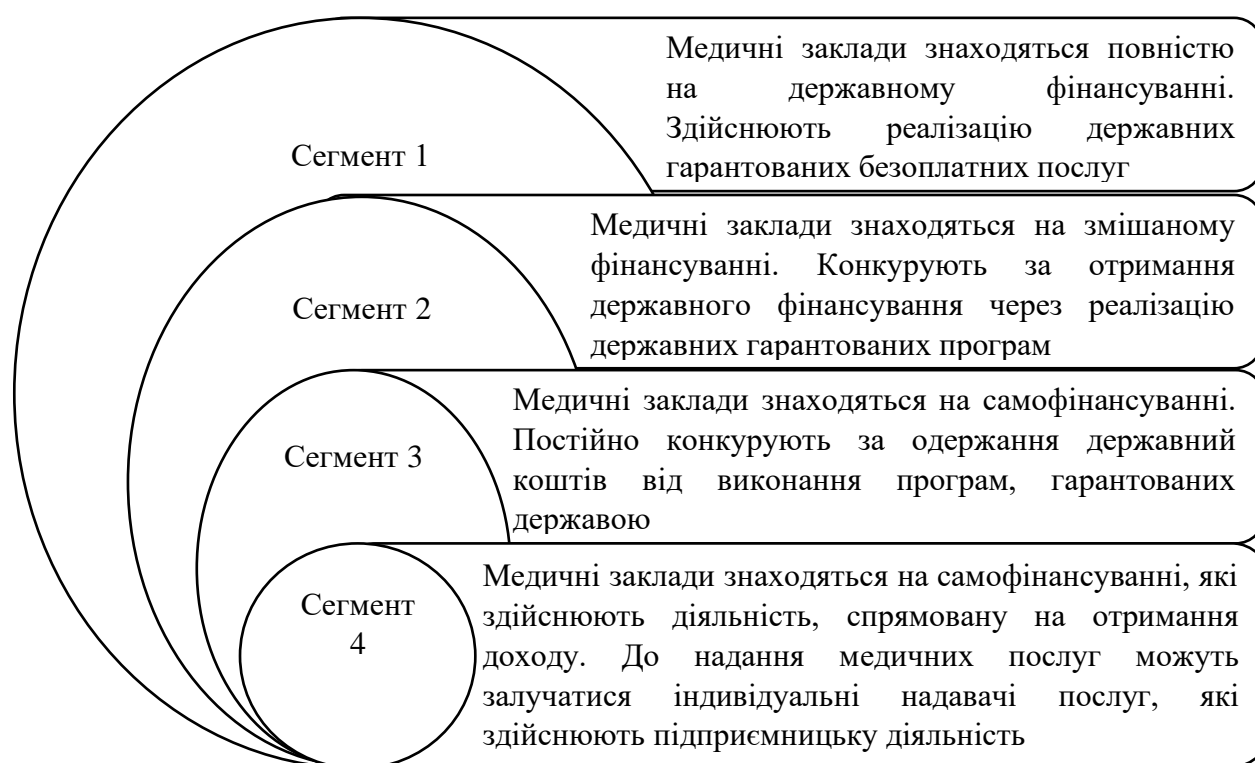


Рис. 5.8. Структурна будова ринку платних медичних послуг. Джерело: розроблено автором.

В підсумку результати сегментування показують, що суб'єкти на ринку медичних послуг конкурують за більш дешеві ресурси для функціонування – державні кошти. Кошти населення та страхові внески є додатковим джерелом фінансування. Отже, Україна повинна поліпшити нинішню модель надання медичних послуг. Важливе питання постає у визначенні умов конкуренції на ринку медичних послуг, в управлінні операціями ринку і плануванні умов роботи медичних закладів. Макропланування, стратегічне і поточне планування є основою цього питання. За таких умов комерційні надавачі послуг конкурують один з одним за залучення клієнтів (конкурентна модель покупки медичних послуг), а, з іншого боку, є покупець, який обслуговує певну групу або область. У першому випадку окремі особи або групи людей вправі вибирати страхове посередництво, а друга модель заснована на принципі захисту населення для конкретних страховиків. Важливо пам'ятати, що кількість надавачів послуг не завжди визначає характер маркетингу. Багато страхових компаній можуть брати участь в системі управління автономією на великих територіях, але вони досягли угоди про розподіл страхових підрозділів. Навпаки, деякі великі страхові компанії можуть вести запеклу конкуренцію. Обидві моделі застосовно до бюджету системи охорони здоров'я (як правило, система повинна бути реформована на основі принципу поділу фондів та медичної допомоги і розвитку договірних відносин).

Водночас лікарі загальної практики конкурують один з одним за розширення ринку і змушені вибирати напрямок, який найкращим чином відповідає потребам їхніх пацієнтів. Вони не можуть обмежувати направлення пацієнтів до лікарень або до фахівців, так як це призведе до втрати клієнтів. Конкурентна структура ринку для покупців медичних послуг має свої переваги і недоліки, конкуренція з боку споживачів змушує їх більш повно задовольняти потреби людей. Вони змушені захищати інтереси пацієнтів і контролювати якість лікування. При наявності відповідних медичних страхових організацій конкуренція змушує страхові компанії прагнути до

більш ефективного використання ресурсів, в тому числі за допомогою конкретних договірних відносин з лікарями. Недоліки конкурентної моделі пов'язані з багатьма ситуаціями. По-перше, посилюється конкуренція з боку боротьби за найздоровішу цільову групу населення. Люди похилого віку і люди з хронічними захворюваннями можуть в кінцевому підсумку придбати медичну страховку. Є кілька способів протидіяти цьому вибору, включаючи створення регіональних фондів для місцевих некомерційних організацій, які несуть відповідальність за всеосяжну систему. Крім того, для кожного резидента страхової компанії прийняті різні стандарти фінансування. Беручи до уваги очікувану різницю у вартості між різними групами, кожна людина отримує гроші на душу населення.

Теоретично це знижує зацікавленість страхових компаній у виборі ризику, тому що страхування хворих і здорових є однаково вигідним. На практиці стимул до вибору зберігається через складність створення платіжного балансу на душу населення, достатнього для відображення очікуваних витрат різних страхових груп. До того ж можна здійснити вибір ризику з більш-менш схожими пацієнтами, і ці можливості фінансуються за обмінним курсом на душу населення (наприклад, в межах певної вікової групи). Однак в Сполучених Штатах, Нідерландах, Німеччині та багатьох інших країнах докладаються зусилля по встановленню коефіцієнта фінансування на душу населення для страхових компаній, щоб мінімізувати негативний вплив конкуруючих страхових компаній на здорових пацієнтів. По-друге, конкурентна модель пов'язана з високими витратами на управління (судові витрати) страхових компаній. Ці витрати мають бути компенсовані підвищенням ефективності використання ресурсів і якості медичної допомоги. Для цього страхові компанії повинні брати участь у розробленні чіткої стратегії підвищення ефективності. До того ж сама організація і процедури фінансування органів місцевого самоврядування повинні стимулювати страхові компанії до вирішення цієї проблеми. Підвищення ефективності медичного обслуговування займе багато часу, щоб

окупити додаткові витрати на управління. По-третє, конкурентна модель зазвичай (хоча й не завжди) передбачає, що страхова компанія відносно невелика. Це негативно позначається на їхній фінансовій стабільності, оскільки малим підприємствам важче компенсувати високу вартість лікування пацієнтів груп ризику порівняно з низькими витратами на обслуговування (відносно здорові люди). В цьому випадку уряд був змушений збільшити розмір резервів, що призвело до переведення коштів з системи охорони здоров'я. Нарешті, якщо конкуренція не застрахована, то вона дасть позитивний результат з боку страхових компаній.

Загалом тільки при вільному виборі страхового брокера можна очікувати, що останній буде захищати інтереси людей. Модель єдиного покупця автоматично перетворює страхову компанію в монополію на місці, тим самим обмежуючи стимул надавати якісні послуги. Водночас ця модель виключає ризик, тобто медичне страхування покриває загальне охоплення населення, забезпечує страховим компаніям більшу фінансову стабільність і вимагає відносно низьких витрат на управління. Систему потрібного медичного страхування було закрито з метою збільшення розміру страхових внесків за трьома медичними страховками, бо в нашій країні лікарі зазвичай контактують зі страховими компаніями. Через значну нестачу коштів і звинувачення лікарів на адресу страхових компаній, цей аргумент здається трохи дивним. Так, вся система регулювання ринку медичних послуг рухається в зону неефективності: лікарі переносять свою неефективність в країну, а в кінцевому підсумку і на людей.

Велика кількість лікарів, просторі приміщення, вкрай неефективна медична інфраструктура – все це не тільки результат безгосподарності в сфері охорони здоров'я, а й наслідок постійного використання ресурсів лікарень і великих установ.

Щоб подолати цю межу, потрібен покупець медичних послуг, який може обмежити ефективність використання ресурсів. В такому випадку великі покупці в сфері охорони здоров'я можуть зробити набагато більше,

ніж просто кілька менш конкурентоспроможних покупців медичних послуг. Для розумного вибору найбільш ефективного медичного працівника потрібні усвідомлена стратегія і необхідні навички. Це особливо важливо при створенні нової економічної системи, яка висуває сучасні вимоги до роботи лікарів. Виконання цих вимог показує, що потрібен єдиний стратегічний підхід, який не тільки використовує ринок, але і застосовує методи управління.

Отже, страхові компанії продовжують конкурувати одна з одною, але на основі інтеграції з лікарями. Тому політика реформ – це гнучке поєднання ринкових та регуляторних чинників. Заразом введення медичного страхування автоматично не підвищить ефективність охорони здоров'я. Це вимагає ряду заходів державної регуляторної політики. Перший - перетворити страхові компанії в інформованих покупців медичних послуг, щоб забезпечити баланс в медичній системі і свідомо стимулювати медичне обслуговування стратегічними і оперативними планами з упором на бюджетні методи та конкуренцію.

Можна визначити такі основні умови, які зможуть позитивно вплинути на конкуренцію між ресурсами покупців медичних послуг і якістю медичних послуг:

- забезпечення чітко визначеної політики для участі в конкуруючих компаніях для підвищення ефективності лікарів;
- надання інформації та підбір персоналу відповідно необхідними навичками для вибору найбільш ефективного медичного підрозділу та варіантів;
- обґрунтування розумності управлінських витрат, особливо вартості підписання контракту з медичним закладом – формування медичних вимог, укладення контракту, вибір підрядників, підписання договорів, моніторинг та оцінка;
- забезпечення права людей обирати лікарні та лікарів;
- фінансова відповідальність страхових брокерів за ефективне використання ресурсів системи охорони здоров'я.

В системі медичних послуг ця фінансова відповідальність реалізується відповідно до плану фінансової участі між державними органами і страховою компанією. Якщо страхові компанії не несуть відповідальності за розмір і структуру медичних витрат, вони втрачають стимул спонукати лікарів тиснути з метою ефективного використання ресурсів. У плані диверсифікації ризиків основна частина відповідальності полягає у відхиленні від запланованих і фактичних державних коштів охорони здоров'я. Однак хоча б невелика частина фінансової відповідальності повинна лежати на страхових компаніях. Вплив цього фактора на відносини між страховими компаніями і лікарнями важливіше, ніж фактор конкуренції страховиків. Як висновок є необхідність поступово переходити до більш конкурентної моделі поведінки покупців медичних товарів і фіксувати явні зміни в цій моделі в багатьох західних країнах.

У країнах, де діють схеми страхування, є три основних напрямки розвитку нових моделей конкуренції:

- конкуренція серед покупців медичних послуг все більше ґрунтується на виборі окремих осіб, а не груп: люди мають можливість вибрати установу, відповідальну за фінансування охорони здоров'я;

- з'являються чинники цінової конкуренції між страховими компаніями в системі обов'язкового страхування, тобто все більше і більше факторів залучають резидентів, і можна віднести більш низькі страхові ціни до фіксованого пакету внутрішніх гарантій. Інший варіант цінової конкуренції – збільшення обсягу медичних послуг з фіксованою надбавкою.

Перетворення конкурентної моделі, заснованої на поділі дій замовника і підрядника, в конкурентну модель, засновану на інтеграції дій замовників і підрядників. Слід також підкреслити, що домінуюча модель покупців на ринку медичних послуг сама по собі не забезпечує дієву систему зв'язку з лікарнею. Можна припустити, що багато конкурентоспроможних страхових компаній однаково байдужі до успішного використання ресурсів охорони здоров'я. Вони вважають, що це

завдання повинні вирішувати органи охорони здоров'я і самі лікарі. Навпаки, коли постачальник медичних послуг встановлює договірні відносини з лікарнею, може статися зворотне і зосередитися потрібно буде на успіху і оптимізації системи охорони здоров'я. Відсутність ринкового тиску на монополію страховика можна усунути за допомогою відповідних інструментів управління. Тому будь-який аргумент, що підтримує ту чи іншу маркетингову модель, багато в чому умовний. У певних практиках можливо об'єднати неконкурентну середу для клієнтів і конкурентне середовище для виконавців. Крім того, конкуренція надавачів послуг набагато важливіша, ніж клієнтів. Тиск ринку змушує лікарів підвищувати ефективність роботи. З цього випливає, що конкуренція серед покупців медичних послуг може довести свою перевагу тільки тоді, коли вона стимулює конкуренцію серед медичних працівників і, в кінцевому підсумку, допомагає підвищити їхню ефективність.

Отже, виділено кілька сегментів ринку медичних послуг на основі взаємодії суб'єктів в результаті дії ринкового механізму: сегмент 1 сукупність медичних закладів державної, регіональної та муніципальної форм власності, в яких сильно відрізняється дія ринкового механізму; сегмент 2 регіональні та муніципальні медичні заклади; сегмент 3 медичні організації переважно недержавної форми власності та приватно практикуючі лікарі. Можуть працювати і державні унітарні підприємства, медична діяльність яких носить підприємницький характер; сегмент 4 недержавні медичні організації та лікарі приватної практики.

5.4. Інноваційні інструменти державного регулювання ринку медичних послуг

Держава впливає на економіку країни через певні регуляторні впливи, включаючи законодавство, адміністративні і економічні методи державного регулювання. Оскільки ринок медичних послуг є ринком соціальної значущості, держава повинна особливо контролювати його роботу. В цьому

сенсі держава виконує свої функції, використовуючи різні методи впливу, які слід класифікувати за різними критеріями. Прямий вплив змушує економістів приймати рішення, засновані на національних правилах, а не на незалежних економічних рішеннях. Ці методи зазвичай дуже ефективні завдяки швидкому економічному результату, але у них є і недоліки. Вони також впливають на учасників ринку, на яких безпосередньо спрямоване державне регулювання і які пов'язані ринковими відносинами.

Однак метод непрямого впливу лише створює передумови для самостійного вибору в економічних відносинах осіб, що відповідають цілям соціально-економічної політики країни. Недоліком непрямого методу є те, що між впливами на національному рівні, економічною реакцією на них і фактичною зміною економічних показників проходить певний час. Державні методи управління ринком медичних послуг класифікуються за організаційно-інституціональним критерієм. Загалом їх можна розділити на три категорії: адміністративні, економічні і соціально-психологічні. З іншого боку, адміністративні методи діляться на дві категорії: організаційні методи (планування дій) і нормативні методи регулювання ринку медичних послуг, які забезпечують правову основу для функціонування ринку. Метою застосування регулюючих заходів є створення певних «правил гри» на ринку медичних послуг.

Адміністративні методи передбачають суворий контроль за поведінкою господарюючих суб'єктів і засновані на наглядовому ефекті регулюючого органу, який діє як державний орган та здійснює регулюючу діяльність і має суворо дотримуватись правил. Ці методи в основному засновані на примусовій дії, обмеженнях і забороні.

В розділі 2 нами визначено, що державні інструменти регулювання включають ліцензування діяльності закладів, установ та інших організацій, що надають медичні послуги, акредитацію та реєстрацію, стандартизацію якості медичних послуг, фінансування, повне або часткове звільнення від оподаткування окремих організацій державної форми власності, інші податкові

пільги, в тому числі що стосуються сплати земельного податку, ПДВ та інших Нормативні методи реалізуються за допомогою таких інструментів, як бюджети, законодавство, стандарти, правила, положення і розпорядження, які регулюють відносини на ринку медичних послуг.

У таблиці 5.5. представлено характеристику інструментів прямого і непрямого державного регулювання ринку медичних послуг.

Таблиця 5.5.

Склад інструментів державного регулювання прямого і непрямого впливу

Інструменти державного регулювання ринку медичних послуг адміністративного та економічного впливу			
Прямого впливу		Непрямого впливу	
Адміністративні	Економічні	Підвищення пропозиції та якості медичних послуг	Розширення платоспроможного попиту
ліцензування діяльності закладів, установ та інших організацій, що надають медичні послуги; акредитація та реєстрація; стандартизація якості медичних послуг	фінансування медичних закладів: соціальні трансферти для споживачів медичних послуг; дотації медичним закладам; субвенції органам самоврядування	звільнення від оподаткування ППП окремих державних підприємств; звільнення від сплати земельного податку медичних закладів	звільнення від ПДВ операцій з надання медичної допомоги; включення відповідних медичних витрат, пов'язаних з витратами платника ППП; виключення вартості товарів і послуг, пов'язаних зі здоров'ям, із загального щомісячного оподаткованого доходу платника ПДФО; включення вартості товарів і послуг, пов'язаних зі здоров'ям, як знижку на прибутковий податок з населення

Умови застосування інструментів		
Забезпечення ефективного контролю за діяльністю офіційних представників влади	Забезпечення ефективності податкової системи, системи розподілу бюджету, системи контролю збору податків, виконання бюджету	Створення та забезпечення ефективної діяльності судової, наглядової і кримінальної системи правосуддя
Переваги застосування		
Розроблення правил та положень для зацікавлених сторін, терміновість дії	Справляє непрямий вплив, забезпечує сильний ефект	Вартість прийняття і ухвалення законодавства невелика; це можливість перейняти досвід інших країн; значна ширина роздачі
Недоліки застосування		
Бюрократія, великі затрати на оформлення документів, корупція	На додаток до інструментів винагороди, також використовуються інструменти стримування	Проблема підпорядкування закону; вимагає дій для забезпечення дотримання закону; необхідний нагляд, санкції

Джерело: розроблено автором.

Отже, прямий економічний метод полягає в використанні системи фінансування закладів охорони здоров'я. В адміністративних методах на ринку медичних послуг використовуються методи стандартизації якості охорони здоров'я і ліцензування діяльності в сфері охорони здоров'я. Що стосується економічного регулювання ринку медичних послуг, слід зазначити, що інструменти внутрішнього контролю, передбачені податковим законодавством, набули широкого поширення.

На макроекономічному рівні інструментами адміністративно-розпорядчого регулювання для управління ринком медичних послуг є нормативна база, включаючи закони, директиви, інструкції, розпорядчі та принципи управління тощо, різні фінансово-господарські плани і бюджет.

Інструментами державного регулювання на макроекономічному рівні є керівні принципи, правила і норми економічної поведінки, процедури і форми державних звітів і зобов'язань господарюючих суб'єктів, вимоги та обмеження, пов'язані з їхньою економічною і діловою активністю. Отже, для

адміністративного методу характерним є обов'язок керувати суб'єктами окремого господарюючого суб'єкта або установи. Економічні методи регулювання діляться на методи стимулювання, спрямовані на розвиток конкуренції на ринку медичних послуг, і залучення достатньої кількості сторін (медичні установи, приватні особи, страхові компанії і т.д.) та обмежуючі, які в основному спрямовані на контроль якості надання медичних послуг. Державні методи регулювання ринку медичних послуг на основі стимулюючих методів використовують наступні інструменти для моніторингу ринку медичних послуг: податкові пільги, державні замовлення, позики, гранти, субсидії, пільги, державні та валютні інвестиції, кредитні пільги і створення умов для державного акціонування та приватизації медичних закладів, які здаються в оренду, а також медичне страхування. За допомогою загальнодержавних санкцій, штрафів, пені, інших видів економічних санкцій, митних тарифів і цінових обмежень реалізуються обмежувальні методи державного регулювання ринку медичних послуг.

Соціально-психологічні методи управління ринком медичних послуг діляться на виховні та корегувальні. Їхня мета – створити здоровий спосіб життя одного з головних елементів ринкового механізму – пацієнта. Методи державного регулювання в цій групі засновані на соціальній психології людей, їхній соціальній етиці, психологічній схильності до певних типів поведінки і психологічних почуттів по відношенню до держави і громадянської відповідальності. Цей набір методів тісно пов'язаний з моральним ставленням до економічної діяльності і заснований на моральному і етичному впливі представників країни на психологію людини і, отже, на поведінку людей та інститутів і їхні економічні відносини. Отже, це набір етичних правил і норм, які притаманні суспільству людей і окремому індивіду, тому що група людей, а особливо кожен член суспільства окремо, здійснюють певні заходи, а не тільки керується діючими законами і керівними принципами. Вплив уряду на всіх рівнях також має ґрунтуватися на його власних ідеях і етичних принципах, які знаходять відображення в економічній поведінці людей.

Узагальнюючи вищесказане, для того, щоб зафіксувати основні змінні ринку (конкуренція, ціни на медичні послуги і інвестиції), уряду необхідно втрутитися в економіку охорони здоров'я з метою корегування економічних чинників. Водночас існує постійна затримка між розвитком правової бази і реальністю. Іншими словами, з урахуванням часу, необхідного для поновлення або введення нових правил, інституційна форма управління процесами на ринку охорони здоров'я застаріла.

Найбільш важливими елементами ідеальної моделі державного регулювання ринку медичних послуг є наступні:

- наявність різних, але рівних прав власності в охороні здоров'я;
- економічна свобода і відповідальність на ринку медичних послуг щодо профілактики захворювань;
- неприйнятна монополія в охороні здоров'я і в профілактичному лікуванні (персональна відповідальність медичних установ перед усіма громадянами);
- медичні установи несуть відповідальність за ліки та обладнання, які використовують в роботі.

Водночас ринок медичних послуг слід розглядати як багатовимірну систему. Як розвинена система ділових відносин ринок медичних послуг є незалежною та взаємопов'язаною ринковою системою частини загального ринку. До загальної системи, окрім ринку медичних послуг, також відносяться фармацевтичний ринок, ринок технологічних розробок, медичного обладнання та устаткування, праці медичного персоналу. Треба також зазначити, що охорона здоров'я – це галузь економічної діяльності та одночасно галузь народного господарства, якою спочатку було легко управляти. Це пов'язано з активною діяльністю різних громадських організацій і країн. Розглянемо більш детально інструменти державного регулювання кожного з цих ринків. У таблиці 5.6. представлено характеристику інструментів та ефективність їхнього застосування.

Таблиця 5.6.

Інструменти державного регулювання на структурних ринках

Вид ринку	Інструменти державного регулювання ринку медичних послуг			
	Прямого впливу		Непрямого впливу	
	Адміністративні	Економічні	Підвищення пропозиції та якості медичних послуг	Розширення платоспроможного попиту
Фармацевтичний ринок	Реєстрація та стандартизація якості лікарських засобів і виробів медичного призначення; ліцензії на виробництво, оптову та роздрібну торгівлю фармацевтичних препаратів і медичних виробів; державний контроль за ліками та медичним обладнанням	Здійснення державних витрат на закупівлю лікарських засобів та виробів медичного призначення	Витрати на окремі види аптечної діяльності, лікарської діяльності і пільгові патенти віднімаються зі списку платників податку	Прийняття зниженої ставки ПДВ на поставку і імпорт лікарських засобів. Звільнення від податків імпортової фармацевтичної продукції. Застосування ставки зниження ПДВ при постачанні ліків і імпорту засобів на клінічні дослідження
Ринок технологічних розробок	Захист права інтелектуальної власності при подачі заявки на патенти	Витрати на дослідження в сфері суспільної охорони здоров'я	На даному ринку не застосовуються	
Ринок медичного обладнання та устаткування	Реєстрація та сертифікація медичних виробів	Здійснення державних витрат на закупівлю медичних виробів	На даному ринку не застосовуються	Звільнення від споживчого податку при продажу товарів для інвалідів. Застосування зниженої ставки ПДВ при поставках медичних виробів та

			імпортні операції. Застосовування ставки зниження ПДВ при постачанні ліків і імпорті засобів на клінічні дослідження
Ринок праці медичного персоналу	Ліцензування та сертифікація навчальних закладів; Акредитація освітніх послуг	Здійснення державних витрат на забезпечення фінансування навчання, перепідготовки та підвищення кваліфікації і заробітної плати медичних працівників	На даному ринку не застосовуються

Джерело: розроблено автором.

З точки зору застосування міжнародного досвіду найбільший інтерес представляє використання наступних методів державного регулювання на фармацевтичному ринку:

- укладання прямої угоди між фармацевтичною компанією та державою про зниження цін або часткову компенсацію державі понад витрат в разі фінансових затрат на закупівлю ліків. У цьому випадку ціна буде визначатися, виходячи з фактичного виробництва. Якщо ліміт перевищено, ціна повинна бути знижена, в іншому випадку компанія повинна виплатити певну компенсацію страхової компанії або державі;

- укладання угоди про знижки для виробників фармацевтичної продукції, щоб робити знижки своїм партнерам (наприклад, медичним установам). У більшості випадків контракт включає генеричні ліки.

Дані про споживачів і аналіз витрат: створення спеціальної експертної комісії для порівняння ефективності нових ліків і аналогічних препаратів на ринку. Дослідження ефективності нових ліків у порівнянні з існуючими будуть більш ефективними, супроводжуватимуться пропозиціями щодо субсидій на

ціни. Використання цього методу забезпечує стабільність і однорідність цін, але зводить до мінімуму цінову конкуренцію між фармацевтичними компаніями.

Державна політика у сфері виробництва спрямовується на контроль якості та продажу ліків, імунологічних препаратів, медичних продуктів, косметики, психотропних препаратів і їхніх аналогів та прекурсорів; протидію незаконній торгівлі людьми і розроблення заходів з вирішення існуючих проблем.

У результаті державного регулювання ринку медичних послуг дозволяють конкретизувати заходи з розвитку ринку. Особливістю цього є використання головного класифікатора за видом ринку та його моніторинг, який спрямовано на використання цього інструменту, щоб можна було відстежувати діяльність кожного напрямку на пов'язаних ринках медичних послуг.

У цьому контексті держава виступає як основна системоутворююча ланка, яка забезпечує правову основу для соціально-економічної взаємодії в країні на ринку медичних послуг та профілактичної допомоги. З огляду на ринкові відносини в сфері управління необхідно зазначити, що, на вітчизняному ринку медичних відносин, з одного боку, вони в певний час вносили свій вклад в розвиток економіки, але з іншого боку, в порівнянні зі світовою практикою, вони поступово відстають від темпів розвитку економіки охорони здоров'я.

Оскільки громадянин може отримати безкоштовно лише незначну частину медичної допомоги, він більш відповідальний за своє здоров'я. У цій системі охорони здоров'я ключове значення мають профілактика і формування здорового способу життя. Тому підвищення якості та реальної пропозиції послуг охорони здоров'я є основною політикою державного регулювання в секторі охорони здоров'я населення щодо надання якісних послуг.

Для ефективної профілактики захворювань необхідно прийняти оптимальні управлінські рішення щодо процесу управління інформацією з обмеженим доступом та яку доцільно оприлюднювати, а саме:

- інформацію про стан здоров'я населення, виявлені хронічні захворювання і щорічні медичні огляди, що проводяться в рамках професійних оглядів;

- відомості про можливі варіанти відновлення здоров'я відповідно до світової практики та регіональної специфіки профілактичних заходів;
- застосування контролюючих методів і процедур в рамках прийняття регіональних рішень;
- закритих профілактичних препаратів.

До того ж спостерігається зріст комерційної діяльності в сфері охорони здоров'я та на ринку медичних послуг в різних частинах країни, що призводить до постійного розширення ринку і змін в формах обслуговування, а також впровадження нових ліків і обладнання, нових регулюючих органів, включаючи інститути.

Інші можливості пов'язані з використанням загальних правил. Один варіант – приватний сектор, інший – державна система. У першому випадку угода організована в рамках приватної компанії, а держава є непрямим гарантом відповідно до закону. У другому варіанті держава відіграє активну роль у визначенні базового розміру транзакції.

Противники сорегулювання – це, як правило, державні органи, деякі споживачі, компанії і профспілки, які працюють в регульованих галузях. Вони вважають, що, оскільки індустрія державного регулювання є олігополістичною, дерегулювання призведе до усунення дрібних конкурентів на ринку медичних послуг. У цьому випадку відсутність належного державного регулювання може призвести до зниження якості медичної допомоги. Для більш точної оцінки впливу і методів держави щодо охорони здоров'я та профілактики захворювань необхідним є розроблення відповідних заходів. Створення методології, заснованої на комбінації експертних методів та методів розрахунку, підвищить ефективність державної політики та законодавства і сформує систему управління інноваціями в охороні здоров'я.

Розглянемо, як приклад сферу, профілактики захворювань і розроблення комплексних інноваційних інструментів для узгодження економічних інтересів в секторі охорони здоров'я. Необхідно зауважити, що його рівень складності залежить від інституційних і функціональних нововведень.

За такої умови регіони мають унікальні людські ресурси, які допомагають створювати інноваційну економіку. Державне регулювання ринку медичних послуг з урахуванням інноваційного розвитку охорони здоров'я і лікування та профілактики захворювань є складною комплексною системою заходів, які можуть поєднувати закони і постанови, медичні технології, а також знання і навички фахівців в охороні здоров'я для забезпечення ефективних методів профілактики професійних захворювань на основі поліпшення фізіологічного розвитку населення і збільшення тривалості життя.

В рамках активної трансформації цієї сфери і видів діяльності необхідно знизити податки, впровадити національні системи управління товарами та послугами і надати дешеві кредити і державні інвестиції. Підвищення податкових ставок і посилення контролю над діяльністю необхідні найбільш заможним резидентам.

У процесі реалізації різних заходів по стабілізації української економіки, які активно обговорюються в науковому співтоваристві, зацентровано увагу на необхідності створення відповідної системи захисту власності, заснованої на незалежності від судової влади та поліції. Здійснення цих заходів безпосередньо пов'язано з необхідністю посилення реальної боротьби з корупцією на всіх етапах її реалізації.

З метою поліпшення державного регулювання ринком медичних послуг в різних сферах (в основному регулювання ефективності капіталовкладень), необхідно посилити контроль насамперед за ефективністю використання бюджетних коштів. Крім того, великі видатки спрямовано на виплату несплачених штрафів в основному за недотримання валютних правил. Несплата штрафів до бюджету означає, що підривається довіра до влади, яка приймає відповідні рішення, що має принципово важливе значення.

Для прискорення процесу створення малого бізнесу в медичній сфері, забезпечення відповідних умов для його розвитку, необхідним є створення комітетів в регіонах і муніципалітетах для просування і інвестування в малий бізнес, кластерів креативної економіки.

Особливої актуальності в сучасних умовах набуває розвиток медичного страхування як основи для успішного завершення реформування сфери охорони здоров'я та забезпечення надання якісних медичних послуг для пацієнтів. Страхова медицина в Україні тільки починає розвиватися. З одного боку, держава надає всім без винятку громадянам базові медичні послуги з обов'язкового страхування. При цьому страхування працюючих громадян здійснюється роботодавцем за певною відсотковою ставкою. Медичне страхування безробітних громадян та тих, хто не може працювати за віком, станом здоров'я чи з інших причин, оплачуються державою відповідно до закону. Це доводить, що держава несе велику соціальну відповідальність перед своїми громадянами.

Система медичного страхування повинна складатися з двох основних компонентів: приватного або добровільного медичного страхування і державного або обов'язкового медичного страхування. Отже, мають бути встановлені принципи страхування, методи ціноутворення на страхові послуги для кожного підсектора, категорії послуг, які отримують призначені резиденти і лікувально-профілактичні установи, вони мають бути розділені відповідно до наданої інформації (на основі специфіки основних елементів: лікування, профілактика, обстеження). Слід також розглянути ефективність, особливості та основні зобов'язання страхових асоціацій за умови медичного страхування.

Залежно від методу ціноутворення застрахованого населення основні правила і категорії системи медичного страхування мають бути чітко диференційовані. Коли попит і пропозиція на ринку визначають термін дії основного поліса медичного страхування, ціноутворення на приватне добровільне страхування має ґрунтуватися на принципах конкуренції на ринку.

З іншого боку, що стосується ціноутворення на страхові послуги, державне медичне страхування повинно ґрунтуватися на умовах фінансування на душу населення. Цей метод використовується і сьогодні та є найкращим, оскільки визначає мінімальну гарантію для країни в грошово-кредитній політиці [210].

Діяльність позабюджетних фондів має бути зосереджена тільки на організації та здійсненні діяльності обов'язкового державного страхування. Метод прямого спілкування між приватними страховими компаніями (фізичними і юридичними особами) і установами медичного страхування дієвіший, оскільки він зменшує державні витрати поза бюджетом, а також сприяє зниженню соціальної корупції в медицині.

При розробці моделі особливу увагу слід приділити страховому покриттю кожної частини системи медичного страхування. Ми вважаємо, що тут слід розглянути різні підходи до розроблення планів медичного страхування: «приватне добровільне страхування» і «обов'язкове державне страхування».

План медичного страхування, складений для кожного застрахованого, залежить від видів страхових послуг. У добровільному медичному страхуванні повинно бути відображено:

- лікування і реабілітація застрахованих проводяться за планом, що відповідає страховому захисту. Щоб уникнути непотрібних процедур, перевірок і призначень на інші медичні процедури, вартість яких буде списана за рахунок страховки, необхідно проводити регулярні подвійні перевірки. Експерти страхових медичних установ проводитимуть цей моніторинг шляхом відбору або в рамках постійного огляду;

- в рамках приватного добровільного плану медичного страхування мають бути здійснені медичні обстеження застрахованих якомога швидше і детально. Крім того, в рамках профілактики та медичних оглядів населення ранжується по здоровому населенню (це необхідно для розрахунку ризику медичній страховій установі при обчисленні вартості страховки). До того ж комплексні профілактичні професійні консультації надаються в рамках профілактики та медичного огляду добровільного медичного страхування.

Запропонована модель медичного страхування має різну мету у всіх частинах державної системи медичного страхування. Серед заходів, що використовуються в національному обов'язковому страхуванні, виділяють доступність медичних послуг, в тому числі:

- лікування і реабілітація застрахованого здійснюються відповідно до основної відповідальності держави. Щоб медичні та профілактичні установи не могли незаконно відмовляти в наданні медичних послуг громадянам за полісами обов'язкового медичного страхування, в фонді обов'язкового медичного страхування має бути створено групу негайного реагування, яка буде розглядати претензії громадян і законність звернення;

- згідно з державним планом обов'язкового страхування профілактика та періодичні медичні огляди є страховою основою і обов'язком, а пацієнти сортуються в залежності від їхнього стану здоров'я. Відмову у включенні його при медичному огляді або профілактичних заходах в обов'язкове медичне страхування слід розглядати як причину скасування страховки або накладення штрафів.

Державна система регулювання ринку медичних послуг постійно змінюється. Покращення системи управління в основному проводяться за трьома напрямками:

- зниження державного контролю (дерегулювання);
- оптимізація існуючих регуляторів (процеси, форми, методи),
- зміна існуючих регуляторів і створення нових.

Така політика характерна практично для всіх сфер контролю.

Необхідним також є оптимізація будівель та споруд різних типів медичних закладів відповідно до сучасних норм та стандартів. Нами було узагальнено світовий досвід та розроблені нормативні вимоги щодо архітектурно-планувальних, інженерно-технічних та організаційно-медичних рішень щодо запобігання розповсюдження інфекційних захворювань під час надання медичних послуг у закладах первинної медичної допомоги різного розміру, а також в умовах реконструкції існуючих закладів охорони здоров'я в Україні. Пропозиції щодо вимог будівель та споруд наведені в додатку Л.

Водночас в системі охорони здоров'я відсутня стратегічна і концептуальна база для поєднання організаційних і ринкових методів управління. З одного боку, це передумова до посилення ролі держави. З іншого боку – діюча

маркетингова система припускає, що регулятори цін і інші ринкові регулятори автоматично забезпечують ефективне використання ресурсів як на окремих рівнях організації, так і на рівні всієї системи. Саме тому важливо шукати оптимальне співвідношення державних і місцевих ринкових і неринкових регуляторів в секторі охорони здоров'я.

На засадах комплексного підходу до державного регулювання ринку медичних послуг та розробленої Концепції з метою її реалізації на практиці нами розроблено та впроваджено в практику оригінальний інструмент надання медичних послуг населенню.

За основу оригінального інструменту використано принцип «медичного коворкінгу», в якому медична послуга надається в єдиному територіальному просторі різними суб'єктами підприємництва (медичними працівниками) з індивідуальними ліцензіями на провадження господарської діяльності з медичної практики. Принцип модифіковано нами за рахунок додавання інституційних інструментів впливу, для забезпечення контролю якості медичної послуги, що надає суб'єкт підприємництва (медичний працівник) з індивідуальними ліцензіями на провадження господарської діяльності з медичної практики.

Відповідно по механізмів державного управління ринку медичних послуг оригінальний інструмент описується наступним чином.

Нормативно-правовий: оригінальний інструмент реалізовано в правовому полі відповідно до Конституції України, нормативно-правової бази, що регламентує підприємницьку діяльність та діяльність медичних закладів з надання медичної допомоги населенню.

Організаційно-виконавчий:

– складовими частинами оригінального інструменту є Неприбуткова організація або Дорадчий орган, що об'єднують суб'єктів підприємницької діяльності (медичних працівників), які працюють на території «медичного коворкінгу»;

– за умовою оригінального інструменту всі суб'єкти підприємницької діяльності (медичні працівники), які працюють на території «медичного коворкінгу», є членами Неприбуткової організації та самостійно обирають її голову та заступника;

– медичні послуги населенню надає безпосередньо суб'єкт підприємницької діяльності (медичний працівник) згідно з індивідуальною ліцензією на провадження господарської діяльності з медичної практики на територіальній базі «медичного коворкінгу», що відповідає санітарним нормам та правилам, а також умовам ліцензування відповідно до медичної спеціалізації суб'єкта підприємницької діяльності;

– графік роботи, час і тривалість прийому можуть бути рекомендовані керівництвом «медичного коворкінгу», але у будь-якому випадку залишаються на вибір суб'єкта підприємницької діяльності (медичного працівника);

Фінансово-економічний:

– суб'єкт підприємницької діяльності (медичний працівник) сплачує щомісячну орендну плату «медичному коворкінгу» відповідно до індивідуального договору оренди;

– суб'єкт підприємницької діяльності (медичний працівник) та «медичний коворкінг» сплачують щорічні членські внески до Неприбуткової організації згідно з її Статутом;

– у разі надання медичної послуги на приватних засадах кінцевий споживач сплачує за послугу безпосередньо суб'єкту підприємницької діяльності (медичному працівнику);

– у разі надання медичної послуги на основі контрастування суб'єкта підприємницької діяльності (медичного працівника) з НЦЗУ, оплата за неї надається безпосередньо суб'єкту підприємницької діяльності (медичному працівнику) від НЦЗУ за умовами контрастування та є безоплатною для кінцевого споживача;

– у разі співпраці суб'єкта підприємницької діяльності (медичного працівника) зі страховою компанією, що надає послуги медичного страхування,

оплата за послугу здійснюється безпосередньо суб'єкту підприємницької діяльності (медичному працівнику) відповідно до індивідуального договору про співпрацю;

– встановлення ціни за послугу може бути рекомендовано керівництвом «медичного коворкінгу», але залишається на вибір суб'єкта підприємницької діяльності (медичного працівника);

– вибір системи оподаткування та сплата податків здійснюється відповідно до законодавства індивідуально кожним суб'єктом підприємницької діяльності (медичним працівником).

Ресурсний:

– медичний інвентар необхідний за умовами ліцензування відповідно до медичної спеціалізації кожного суб'єкта підприємницької діяльності (медичного працівника), а також витратні матеріали медичного та немедичного призначення забезпечує «медичний коворкінг» згідно з індивідуальним договором оренди;

– адміністративно-господарчий супровід суб'єкта підприємницької діяльності (медичного працівника) забезпечує «медичний коворкінг» відповідно до індивідуального договору оренди або здійснюється самостійно суб'єктом підприємницької діяльності;

Інституційний:

– координація надання медичних послуг забезпечується Неприбутковою організацією до якої входить «медичний коворкінг» та всі суб'єкти підприємницької діяльності (медичні працівники), які в ньому працюють;

– контроль якості, як медичної послуги так і сервісного компоненту, забезпечує Неприбуткова організація відповідно до її Статуту та індивідуальних меморандумів про співпрацю (зокрема, надає рекомендовані до використання МОЗ протоколи надання медичної допомоги, а також контролює якість їх виконання);

– у разі недотримання стандартів якості надання медичних послуг суб'єкт підприємницької діяльності (медичний працівник) може бути виключений з Неприбуткової організації.

Інформаційно-комунікаційний:

- для всіх суб'єктів підприємницької діяльності (медичних працівників) обов'язковим є ведення медичної документації в медичній інформаційній системі з передачею даних до єдиної медичної бази E-health із дотриманням принципу єдиного медичного інформаційного простору;
- ефективну комунікацію з кінцевим споживачем забезпечує єдиний кол-центр «медичного коворкінгу».

Оригінальний інструмент на базі «медичного коворкінгу» впроваджено в практику ТОВ «Привітна клініка» та «Асоціації медичних співробітників «Привітна клініка». За результатами апробації оригінального інструменту засвідчено, що знаходячись в правовому полі він забезпечує детінізацію доходів, отриманих від надання медичних послуг, прозоре оподаткування та виключає корупційний компонент. Система «медичного коворкінгу» зменшує навантаження на лікаря як надавача медичної послуги, забезпечуючи адміністративні та організаційні сторони медичного процесу.

Неприбуткова організація членами якої є всі працівники «медичного коворкінгу» забезпечує необхідну медичну координацію, контроль за якістю, та, відповідно, якість наданої медичної послуги. Висока конкуренція та можливість впливати на ціноутворення сприяє постійному самовдосконаленню медичних працівників.

Взаємодія з системами обов'язкового та добровільного медичного страхування надає широкі можливості для отримання медичної послуги пацієнтами різних соціальних груп, забезпечуючи кількісний компонент комплексної моделі надання медичної послуги.

Аналізуючи можливість імплементації оригінального інструменту в медичних інституціях різних форм власності, для зручності нами було здійснено сегментування ринку медичних послуг на основі взаємодії суб'єктів. В результаті аналізу було відзначено, що медичні інституції різних сегментів також можуть бути розподілені за рівнями надання медичної допомоги населенню, що підтвердило доцільність проведеного сегментування.

Сегмент 1. Медичні інституції державної та комунальної форм власності – забезпечують переважно третинний рівень надання медичної допомоги населенню.

Сегмент 2. Медичні інституції державної та комунальної форм власності – надають переважно вторинний та, в меншій мірі, третинний рівень надання медичної допомоги населенню.

Сегмент 3. Медичні інституції державної, комунальної та приватної форм власності – надають переважно первинний та, в меншій мірі, вторинний рівень надання медичної допомоги населенню.

Сегмент 4. Медичні інституції приватної форми власності – надають переважно третинний рівень медичної допомоги населенню.

Результати сегментування свідчать, що суб'єкти на ринку медичних послуг конкурують за більш дешеві ресурси – за отримання бюджетних коштів. Кошти населення та страхові внески є додатковим джерелом фінансування. Отже, Україна повинна поліпшити нинішню модель охорони здоров'я шляхом формування таких напрямів державного регулювання: громадська охорона здоров'я та фінансування охорони здоров'я, які будуть спрямовані на покриття різних захворювань, травм і вагітності; турботи про здоров'я населення; загальнодоступні фонди і фонди обов'язкового соціального страхування.

Приведене сегментування також дозволило розкрити найбільш значимі проблеми регулювання в кожному з чотирьох сегментів та визначити напрямки удосконалення державного регулювання.

Для медичних інституцій сегменту 1, що включає і науково-дослідні медичні установи, найбільшою проблемою є відсутність сталого фінансування. Вирішенням проблеми може бути залучення державних та недержавних грантів із концентрацією на науково-дослідній діяльності в медичній сфері, що забезпечить динамічний розвиток галузі відповідно до суспільних викликів.

Оригінальний інструмент надання медичної послуги може бути рекомендований до використання у медичних інституціях цього сегменту оскільки дозволяє зменшити навантаження на зарплатний фонд та планувати

використання ресурсу відповідно до наявної потреби, що наразі є критичним для медичних інституцій сегменту 1.

Для медичних інституцій сегменту 2 найбільшою проблемою є нерівномірність розподілу коштів у системі фінансування послуги по факту її надання. Так, послуги, що потребують високої кваліфікації та спеціального медичного обладнання можуть надаватись зрідка, а відповідно є фінансово не вигідними. У той же час поточні послуги, що є більш поширеними не витримують конкуренції з закладами сегментів 3 та 4 за рахунок сервісного компоненту. На нашу думку, одним із рішень є централізація спеціалізованих послуг і розвиток логістичних схем. Щодо послуг широкого профілю – підвищення якості та сервісного компоненту в конкурентному середовищі з дотримання міжнародно визнаних стандартів якості забезпечить ефективне використання ресурсів в умовах ринкової економіки.

Оригінальний інструмент надання медичної послуги може бути рекомендований до використання у медичних інституціях сегменту 2 оскільки він забезпечує надання якісної медичної послуги в умовах ринкової конкуренції, що є визначальним при виборі медичного закладу кінцевим споживачем, що отримує послуги.

Для медичних інституцій сегменту 3 найбільшою проблемою є недосконалість нормативно-правового регулювання фінансових механізмів між отримувачем медичної послуги та медичною установою, що її надає, а також відсутність заохочень для приватних медичних закладів до участі їх у програмах державно-приватного партнерства, оскільки існуюча «тарифна сітка», як правило, не покриває витрат медичного закладу. Як рішення, пропонується розширити програми обов'язкового та добровільного страхування, розробити системи франшизування чи додаткової вартості послуги та впровадити пільгове оподаткування медичних закладів, що приймають участь у програмах державно-приватного партнерства.

Оригінальний інструмент надання медичної послуги може бути рекомендований до використання у медичних інституціях сегменту 3 оскільки

він забезпечує широке залучення кінцевого споживача медичної послуги за рахунок співпраці з державними та добровільними системами медичного страхування, що є важливим для медичних інституцій даного сегменту.

Для медичних інституцій сегменту 4 єдиною проблемою є низька рентабельність медичної послуги в умовах чинного регулювання, що призводить до низької інвестиційної привабливості на ринку. Вірогідними шляхами вирішення проблеми можуть стати розвиток державно-приватного партнерства та пільгове оподаткування закладів, що надають медичні послуги.

Оригінальний інструмент надання медичної послуги може бути рекомендований до використання у медичних інституціях цього сегменту оскільки він забезпечує раціональне використання наявного ресурсу.

Для полегшення імплементації оригінального механізму в медичних закладах усіх форм власності нами запропоновано зміни до нормативно-правового поля, що регулює взаємодію між медичними закладами різних форм власності, стандартизацію медичної послуги та відповідальність за порушення встановленого стандарту, оподаткування медичних закладів різних форм власності, принципів формування єдиного інформаційного медичного простору.

На нашу думку удосконалення нормативно-правового механізму регулювання ринку медичних послуг в Україні може бути реалізовано шляхом внесення змін, зокрема, до Податкового кодексу України, законів України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» та «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», постанов Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 р. № 285 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики», від 27.12.2017 р. № 1101 «Про утворення Національної служби здоров'я України» та від 25.04.2018 р. № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я».

Нами пропонуються наступні законодавчі зміни:

1. Податковий кодекс України - запровадження пільгового оподаткування для медичних інституцій, що співпрацюють з НЦЗУ;

2. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» - встановлення норми, що дозволяє медичним інституціям державної та комунальної форм власності виконувати функцію «медичного коворкінгу»; врегулювання питання розробки системи франшизування або встановлення додаткової вартості послуг для приватних медичних інституцій що співпрацюють з НЦЗУ;

3. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» - запровадження обов'язкової наявності в медичних інституціях всіх форм власності Дорадчого органу або набуття членства в Неприбуткової організації, що має на меті забезпечення належного контролю якості медичної послуги;

4. Постанова Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 р. № 285 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» - встановлення норми, що дозволяє медичним інституціям державної та комунальної форм власності виконувати функцію «медичного коворкінгу»;

5. Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 р. № 1101 «Про утворення Національної служби здоров'я України» - визначення участі у розробленні системи франшизування або встановлення додаткової вартості послуг для приватних медичних інституцій, що співпрацюють з НЦЗУ;

6. Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 р. № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» - встановлення стандартизованої форми медичних висновків для обов'язкової передачі інформації в єдину медичну базу електронної системи охорони здоров'я (eHealth).

Висновки до розділу 5

Підсумовуючи цей розділ, особливо зазначаємо, що ефективність функціонування ринку медичних послуг забезпечується завдяки досягненню балансу між потребами усіх учасників, інституціонального забезпечення ринку та оптимального співвідношення між результативністю діяльності ринку та витратами на її забезпечення.

Відповідно, з метою дотримання балансу та врахування потреб нами розроблено, та сформовано у висновки:

1. Розроблено Концепцію та сформовано комплексну модель і механізм державного регулювання ринку медичних послуг в період реформування та змін, визначено цілі реалізації Концепції. Концепція складається з таких структурних елементів як: місія; мета; цілі та підцілі; принципи; функції; суб'єкти; об'єкти; інституціональне забезпечення; оцінювання і моніторинг. Мета її розроблення полягає у задоволенні потреб суспільства у підходах, методах і засобах створення умов попередження негативних наслідків розвитку хвороби, наданні якісних медичних послуг та розвитку системи охорони здоров'я, спрямованої на примноження здорового людського потенціалу в постійно змінних умовах функціонування сучасного ринку медичних послуг в Україні. Основою концепції державного регулювання ринку медичних послуг є підхід до розвитку державно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я, впровадження комплексу ринкових заходів та формування підґрунтя для розвитку медичного страхування в Україні, що дозволить детінізувати ринок і зменшити корупційні ризики при наданні медичних послуг. На основі визначених складових Концепції розроблено композицію її побудови.

2. Запропоновано напрями удосконалення організаційного механізму взаємодії суб'єктів державного регулювання ринку медичних послуг в Україні через розподіл ринку на: сегмент 1 – сукупність медичних закладів державної, регіональної та муніципальної форм власності, в яких суттєво відрізняється дія ринкового механізму; сегмент 2 – регіональні та муніципальні медичні заклади; сегмент 3 – медичні організації переважно недержавної форми власності та

лікарі приватної практики, діяльність яких носить підприємницький характер; сегмент 4 – недержавні медичні організації та лікарі приватної практики.

Критеріями сегментування ринку медичних послуг обрано джерела фінансування медичної діяльності і форми власності. Результати сегментування свідчать, що суб'єкти на ринку медичних послуг конкурують за більш дешеві ресурси – за отримання бюджетних коштів. Кошти населення та страхові внески є додатковим джерелом фінансування. Отже, Україна повинна поліпшити нинішню модель охорони здоров'я шляхом формування таких напрямів державного регулювання: громадська охорона здоров'я та фінансування охорони здоров'я, які будуть спрямовані на покриття різних захворювань, травм і вагітності; турботи про здоров'я населення; загальнодоступні фонди і фонди обов'язкового соціального страхування.

3. На засадах комплексного підходу до державного регулювання ринку медичних послуг розроблено та запроваджено оригінальний інструмент організації медичного обслуговування населення – за умовами якого медичні послуги надаються в єдиному територіальному просторі «медичному коворкінгу» різними суб'єктами підприємництва (медичними працівниками) з індивідуальними ліцензіями на провадження господарської діяльності з медичної практики при обов'язковій медичній координації та контролі якості надання послуги Неприбутковою організацією або Дорадчим органом, членами якого є всі учасники «медичного коворкінгу». За результатами апробації на базі закладу ТОВ «Привітна клініка» та «Асоціації медичних співробітників «Привітна клініка» інструмент модифіковано з додаванням інституційних важелів впливу для забезпечення контролю якості послуг та засвідчено, що, знаходячись в правовому полі, він забезпечує детінізацію доходів від медичних послуг, прозоре оподаткування, зменшує навантаження на медичний персонал через оптимізацію адміністрування послуг, стимулює професійний розвиток працівників в умовах високої конкуренції та мінімізує корупційні ризики. Взаємодія з системами обов'язкового та добровільного медичного страхування створює можливості отримання послуг пацієнтами різних соціальних верств,

забезпечуючи кількісний компонент комплексної моделі надання медичних послуг.

Оригінальний інструмент організації медичного обслуговування населення може бути рекомендовано до використання у медичних інституціях всіх визначених сегментів як державної так і недержавної форм власності, оскільки в кожному з приведених сегментів вона дозволяє вирішити питання раціонального розподілу ресурсу, підвищення якості послуги та незалежного контролю, поширення контингенту споживачів послуги та детінізацію доходів, отриманих від медичної діяльності.

Для полегшення імплементації оригінального інструменту організації медичного обслуговування населення в медичних закладах усіх форм власності запропоновано зміни та доповнення до нормативно-правових актів, що регулюють взаємодію між медичними закладами різних форм власності, стандартизацію медичної послуги та відповідальність за порушення стандарту, оподаткування медичних закладів різних форм власності, принципів формування єдиного інформаційного медичного простору.

Не дивлячись на ґрунтовну роботу великої кількості дослідників наразі не існує ідеальної системи охорони здоров'я. Тож шлях розробки практичних інструментів, що враховують потреби всіх учасників ринку надання медичних послуг із подальшою їх імплементацією є перспективним, та може бути напрямком розвитку та подальшого вивчення.

Основні результати дослідження цього розділу опубліковані в монографії [33], фахових виданнях [7, 8, 15, 16, 17, 25], наукових зарубіжних виданнях [307, 354], апробовані на конференціях [5,6, 27, 28], також опубліковані в інших виданнях [12].

ВИСНОВКИ

У дисертаційному дослідженні наведено теоретичне узагальнення та нове вирішення актуальної проблеми в галузі науки «Державне управління» – здійснено наукове обґрунтування теоретико-методологічних засад та розроблено практичні рекомендації щодо вдосконалення механізмів державного регулювання ринку медичних послуг в Україні. Результати дисертаційного дослідження дозволили зробити такі висновки та пропозиції теоретичного, методологічного і науково-прикладного характеру:

1. На основі аналізу теоретико-методологічної бази предмета дослідження структуровано теоретичні підходи до формування понятійно-категоріального апарату державного регулювання ринку медичних послуг через розподіл дефініцій по відношенню до суб'єктів впливу (органів влади), об'єктів впливу (установ, що надають медичні послуги населенню на ринку) та технологій впливу (нормативно-правового, організаційного, фінансового, інформаційного забезпечення). Узагальнюючи викладені у наукових дослідженнях підходи надано авторське визначення поняття «ринок медичних послуг», яке пропонується трактувати як складну збалансовану систему, що складається із сукупності організацій та установ, що є учасниками ринку та надають, регулюють або споживають медичні послуги при ринковій кон'юктурі, що склалась у певний момент часу, діяльність яких спрямована на якісне та доступне надання необхідних послуг із поліпшення стану і збереження здоров'я людей. При цьому «державне регулювання ринку медичних послуг» визначено як складну багаторівневу систему державного-управлінського впливу, що складається із суб'єктів, об'єктів та технологій впливу, спрямовану на забезпечення ефективної діяльності організацій та установ, які є учасниками ринку та надають, регулюють або споживають медичні послуги, задля надання якісних медичних послуг населенню, підвищення рівня та якості життя через комплексний механізм державного регулювання ринку медичних послуг. Обґрунтовано використання цього поняття у вузькому та широкому значеннях.

2. Досліджено проблематику та систематизовано наукові підходи до розуміння змісту й структури державного регулювання ринку медичних послуг, в основу яких покладено безпосередньо медичну послугу, а саме – її якість та доступність кінцевому споживачу. Зокрема, виділено:

– підхід до державного регулювання ринку медичних послуг, в основу якого покладено кількісні показники охоплення населення медичними послугами (кількість проведених консультативних оглядів та наданих лікувальних послуг у співвідношенні до кількості населення);

– підхід, що базується на якісних показниках надання медичних послуг населенню (відповідність наданої послуги міжнародним рекомендованим МОЗ протоколам, якісні показники здоров'я населення);

– комплексний підхід, що гармонійно поєднує умови доступності медичних послуг та відповідності їх якості заявленим міжнародним стандартам для забезпечення ефективного медичного обслуговування, поліпшення здоров'я населення і якості життя, що реалізується через комплексне застосування системи методів, принципів і інструментів державного регулювання.

3. Ретроспективний аналіз трансформації принципів державного регулювання ринку медичних послуг в Україні відповідно до визначених у науковому дослідженні теоретичних підходів дозволив дійти висновку, що радянська система охорони здоров'я розвивалася шляхом кількісної реалізації медичних гарантій. Із набуттям незалежності державне регулювання ринку медичних послуг демонструє тенденцію до запровадження якісного підходу. Однак у сучасних умовах із урахуванням суспільних викликів критичною є необхідність комплексного підходу до державного регулювання на засадах синергії якості та кількості. Доведено, що для впровадження в Україні такого підходу пріоритетними є наступні принципи державного регулювання ринку медичних послуг: законності (регулювання на основі нормативно-правового забезпечення); прозорості (регуляторна діяльність повинна бути прозорою та зрозумілою для всіх учасників ринку); системності (організований, підпорядкований та системний характер управління); оптимальності (діяльність

повинна бути спрямована на оптимізацію ринку та забезпечення рівних умов «здорової» конкуренції для всіх учасників); прогнозованості; соціальної відповідальності (результат має бути орієнтованим на населення).

4. Проаналізовано принципи державного регулювання ринку медичних послуг у країнах із розвинутою економікою. З'ясовано, що здебільшого в таких країнах пріоритетним є якісний підхід, який передбачає високий рівень медичної допомоги при певному кількісному дефіциті послуг. Здійснено класифікацію моделей державного регулювання ринку медичних послуг різних країн шляхом їх розподілу на: лібералізовану (США, Австралія, Канада, Японія); англійську (Великобританія, Ірландія); перерозподільчу (Німеччина, Польща, Франція); південноєвропейську (Італія, Іспанія, Греція); західноєвропейську (Швеція, Швейцарія, Данія, Норвегія, Фінляндія, Нідерланди) моделі. На основі SWOT-аналізу доведено, що для України, з урахуванням економічної та соціокультурної специфіки, доцільними для імплементації є: розвиток медичного страхування; активізація приватних компаній; перехід до глобального управління запасами на суміжних ринках; застосування технологій штучного інтелекту, великих даних та «хмарних» сервісів; створення е-систем державного контролю та регулювання діяльності учасників медичного та суміжних ринків.

5. Обґрунтовано теоретико-методологічні засади комплексного механізму державного регулювання ринку медичних послуг, який включає: нормативно-правовий, інституційний, організаційний, економічний, фінансовий, ресурсний, інформаційно-комунікаційний механізми та описує структуру, взаємозв'язки і систему відносин між елементами структури та учасниками ринку, що підпадають під регуляторний вплив держави. Виділено основні регуляторні функції такого механізму, серед яких: планування і прогнозування роботи медичних установ та інших організацій, які надають медичні послуги; допомога в організації роботи ринку; встановлення пріоритетів у їх роботі; фінансування діяльності з надання медичних послуг; цілісність та комплексність роботи системи; нагляд та контроль; забезпечення виконання та розуміння повноважень,

встановлених для державних органів та інституцій при здійсненні діяльності з регулювання ринку медичних послуг.

6. Виокремлено та систематизовано методологічний інструментарій державного регулювання ринку медичних послуг у сучасних умовах, що дозволило запропонувати оптимальні способи впливу держави на компанії та організації, які займаються діяльністю з надання медичних послуг, та на загальну інфраструктуру цього ринку. Серед інструментів окреслено: ліцензування діяльності, а також медичних препаратів; акредитація та реєстрація медичних закладів; стандартизація якості медичних послуг; фінансування діяльності закладів охорони здоров'я, що надають медичні послуги; податкові пільги та субсидії; податкові знижки; регулювання ціноутворення; заходи, які вживаються органами державної влади, що спрямовані на розвиток конкуренції на ринку; антимонопольне законодавство та нагляд тощо. Окремо виділено ринкову складову у складі групи інструментів непрямого впливу, спрямованого на дотримання принципів ринкової саморегуляції та вільної конкуренції.

7. Досліджено нормативно-правовий механізм державного регулювання ринку медичних послуг в Україні. Здійснено систематизацію спеціального законодавства за предметом регулювання з розподілом на нормативно-правові акти, що визначають: 1) загальні основи діяльності з надання медичної допомоги та медичних послуг; 2) питання взаємовідносин лікувальних закладів і пацієнтів; 3) регулювання відносин у сфері надання медичних послуг; 4) відповідальність за порушення, вчинені у сфері медичних послуг. Доведено, що державне регулювання ринку медичних послуг в Україні недостатньо законодавчо забезпечене. З огляду на це: обґрунтовано актуальність створення ефективної правової бази, яка має складатися з удосконалених і взаємопов'язаних елементів, спрямованих на забезпечення реалізації законних прав та інтересів громадян у сфері охорони здоров'я; підтверджено можливості адаптації медичного законодавства України до законодавства Європейського Союзу; розроблено пропозиції щодо внесення змін до нормативно-правових актів.

8. Здійснено аналіз трансформацій державного регулювання ринку медичних послуг у сучасних умовах. Серед актуальних проблем виділено: недостатність фінансування та розвитку страхування; бюрократизація; воєнні ризики та збитки; незадовільний стан інфраструктури, обмежене використання сучасних технологій; недосконалу систему підготовки й підвищення кваліфікації працівників, відтік і втрату кваліфікованих медичних кадрів; нерівність доступу до медичних послуг для різних груп населення та на різних територіях. Виявлено такі позитивні зрушення: 1) запуск схеми тарифікування та фінансування по факту наданих послуг, на фоні проведення реформи децентралізації та зростаючої автономії управління медичними закладами, сприяли формуванню конкурентного середовища, що обумовило зростання якості послуг у державних та обмеження цінового коридору у приватних закладах; 2) введення в обіг єдиної державної системи реєстрації пацієнта та медичного документообігу підвищило ефективність контролю та можливості статистичної обробки інформації як підґрунтя для збалансованого фінансування.

На основі дослідження функціонально-змістовних характеристик проблем та динаміки позитивних зрушень на ринку медичних послуг сформульовано першочергові завдання трансформації державного регулювання цього ринку.

9. Розроблено Концепцію державного регулювання ринку медичних послуг у період реформування, що дозволило: запропонувати заходи зі створення умов попередження негативних наслідків хвороб, надання якісних медичних послуг та розвитку системи охорони здоров'я загалом, примноження здорового людського потенціалу; обґрунтувати підходи до розвитку державно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я та до розвитку медичного страхування в Україні, що дозволить детінізувати ринок і зменшити корупційні ризики при наданні медичних послуг. На основі визначених складових Концепції розроблено композицію її побудови. Концепція містить обґрунтування заснованої на принципі солідарності моделі регулювання системи медичних послуг, яка розширює можливості для отримання медичних послуг і забезпечує безперервність надання медичної допомоги.

10. Запропоновано напрями удосконалення організаційного механізму взаємодії суб'єктів ринку медичних послуг в Україні через розподіл ринку на: сегмент 1 (сукупність медичних закладів державної, регіональної та муніципальної форм власності, в яких сильно відрізняється дія ринкового механізму); сегмент 2 (регіональні та муніципальні медичні заклади); сегмент 3 (медичні організації переважно недержавної форми власності та приватно практикуючі лікарі, діяльність яких носить підприємницький характер); сегмент 4 (недержавні медичні організації та лікарі приватної практики). Критеріями сегментації обрано джерела фінансування і форми власності. Результати сегментації свідчать, що суб'єкти ринку медичних послуг конкурують за більш дешеві ресурси – державні кошти, а кошти населення та страхові внески є додатковим джерелом фінансування, що доводить необхідність поліпшення існуючої системи медичного обслуговування з урахуванням умов конкуренції, зокрема, з питань управління операціями ринку, удосконалення умов роботи медичних закладів.

11. На засадах комплексного підходу до державного регулювання ринку медичних послуг розроблено та запроваджено оригінальний інструмент організації медичного обслуговування населення – за умовами якого медичні послуги надаються в єдиному територіальному просторі «медичного коворкінгу» різними суб'єктами підприємництва з індивідуальними ліцензіями на медичну практику при обов'язковій медичній координації та контролі якості надання послуги неприбутковою організацією чи дорадчим органом, членами якого є всі учасники коворкінгу. За результатами апробації на базі закладу «Привітна клініка» та Асоціації медичних співробітників «Привітна клініка» інструмент модифіковано з додаванням інституційних важелів впливу для забезпечення контролю якості послуг та засвідчено, що, знаходячись у правовому полі, він забезпечує детінізацію доходів від медичних послуг, прозоре оподаткування, зменшує навантаження на медичний персонал через оптимізацію адміністрування послуг, стимулює професійний розвиток працівників в умовах високої конкуренції та мінімізує корупційні ризики. Взаємодія із системами

обов'язкового та добровільного медичного страхування створює можливості отримання послуг пацієнтами різних соціальних верств, забезпечуючи кількісний компонент комплексної моделі надання медичних послуг.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко Н. В. Розвиток механізмів державного управління охороною здоров'я в Україні. *Держава та регіони. Державне управління*. 2010. № 4. С. 38–43.
2. Андронов В. А., Домбровська С. М., Лермонтова Ю. О., Труш О. О. Сучасний стан організаційно-правового забезпечення державного управління пожежною безпекою в Україні: монографія. Х., 2015. 210 с.
3. Барзилович А. Д. Актуальна тенденція підготовки фахівців медичної галузі у закладах вищої освіти. *Сучасні світові тенденції розвитку науки, технологій та інновацій: Матеріали II науково-практичної конференції* (м. Одеса, 26-27 червня 2020 р.). Херсон: Видавництво «Молодий вчений», 2020. С. 80-83. URL: <http://molodyvcheny.in.ua/ua/conf/tech/archive/1218/>
4. Барзилович А. Д. Аналіз витрат на медичні послуги: світовий зріз. *Priority directions of science and technology development: Матеріали I Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Київ, 27-29 вересня 2020 р.). Київ, 2020. С. 119-124. URL: <https://sci-conf.com.ua/ii-mezhdunarodnaya-nauchno-prakticheskaya-konferentsiya-priority-directions-of-science-and-technology-development-25-27-oktyabrya-2020-goda-kiev-ukraina/>
5. Барзилович А. Д. Вплив коронавірусу COVID-19 на медичну галузь в Україні. *Проблеми та стан розвитку медичної науки та практики в Україні: Збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції* (м. Дніпро, 12–13 червня 2020 р.). Дніпро: Організація наукових медичних досліджень «Salutem», 2020. С. 7-11. URL: <http://www.salutem.dp.ua/index.php/conference>.
6. Барзилович А. Д. Впровадження електронної медичної карти в Україні *Теоретико-практичні аспекти аналізу економіки, обліку, фінансів і права: збірник тез доповідей міжнародної науково-практичної конференції* (м. Полтава, 18 червня 2020 р.): у 4 ч. Полтава: ЦФЕНД, 2020. Ч. 1. С. 48-49.
7. Барзилович А. Д. Впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 5–6. С. 109–114.

URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/5-6_2020/19.pdf DOI: 10.32702/2306-6814.2020.5-6.109.

8. Барзилович А. Д. Державне регулювання ринкових механізмів у системі охорони здоров'я України. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2020. № 5. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1676>

9. Барзилович А. Д. Державне регулювання ринку медичних послуг *Економічні проблеми сучасності та концепція сталого розвитку держави та регіонів*: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Львів, 21 грудня 2019 р.). Львів: ГО «Львівська економічна фундація», 2019. С. 73-76.

10. Барзилович А. Д. Державне регулювання у сфері медичних послуг. *Сучасні технології менеджменту*: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Луцьк, 4 листопада 2019 р.). Відп. ред. проф. Л. М. Черчик. Луцьк, 2019. С. 18-19. URL: <https://www.researchgate.net/publication/linksPDF>.

11. Барзилович А. Д. Державне регулювання у сфері охорони здоров'я: COVID – 19 для України. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2021. № 23. С. 11-16. URL: <http://www.pag-journal.iei.od.ua/archives/2021/23-2021/4.pdf>

12. Барзилович А. Д. Діяльність суб'єктів національного ринку медичних послуг. *Virtus: Scientific Journal*. 2020. № 47. Рр. 106–111. URL: <http://virtus.conference-ukraine.com.ua/Journal47.pdf>.

13. Барзилович А. Д. Економічна сутність медичного страхування та його значення для розвитку медичних послуг в Україні. *Держава та регіони. Серія: Державне управління*. 2020. № 2. С. 38–44. URL: http://pa.stateandregions.zp.ua/archive/2_2020/8.pdf

14. Барзилович А. Д. Економічні методи регулювання ринку медичних послуг в Україні. *Модернізації державної фіскальної служби України*: Матеріали Міжнар. наук. інтернет-конференції (29 вересня 2022 р.). Випуск 12. URL: <http://www.economy-confer.com.ua/full-article/3360/>

15. Барзилович А. Д. Залучення ключових громадських організацій до публічного управління ринку медичних послуг. *Наукові перспективи. Серія:*

Державне управління. 2021. № 2(8) С. 9–23. URL: <http://perspectives.pp.ua/index.php/np/article/download/140/141>

16. Барзилович А. Д. Інноваційні інструменти державного регулювання ринку медичних послуг. *Наукові перспективи.* 2020. № 5 (5) С. 327–340. URL: <http://perspectives.pp.ua/index.php/np/article/download/75/75>

17. Барзилович А. Д. Медичний сектор: орієнтованість на пацієнта, як отримувача медичних послуг. *Ефективність державного управління: збірник наукових праць Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України.* 2020. Вип. 4 (65). С. 89-100. URL: <http://edu.lvivacademy.com/issue/view/13767>

18. Барзилович А. Д. Методи державного регулювання ринку медичних послуг: прямого та непрямого впливу. *Інвестиції: практика та досвід.* 2020. Вип. 22. С. 147–153. URL: <http://www.investplan.com.ua/?op=1&z=7223&i=24>

19. Барзилович А. Д. Механізми державного регулювання надання медичних послуг в Україні. *Публічне управління у сфері державної безпеки та митної справи.* 2020. № 1 (24). С. 86–90. URL: <http://customs-admin.umsf.in.ua/archive/2020/1/17.pdf>

20. Барзилович А. Д. Моніторинг ефективності регулювання ринку медичних послуг. *Інвестиції: практика та досвід.* 2020. № 23. С. 124–130. DOI: 10.32702/2306-6814.2020.23.124. <http://www.investplan.com.ua/?op=1&z=7245&i=18>

21. Барзилович А. Д. Напрями державного регулювання ринку медичних послуг в Україні *Problèmes et perspectives d'introduction de la recherche scientifique innovante: collection de papiers scientifiques «ΛΟΓΟΣ» avec des matériaux de la conférence scientifique et pratique internationale.* Vol. 3, 29 novembre, Bruxelles, Belgique: Plateforme scientifique européenne, 2019. Pp. 102-105.

22. Барзилович А. Д. Наукові підходи до визначення понять «ринок медичних послуг», «державне регулювання ринку медичних послуг». *Держава та регіони. Серія: Державне управління.* 2019. № 4. С 70–75. URL:

http://pa.stateandregions.zp.ua/archive/4_2019/14.pdf

23. Барзилович А. Д. Оптова та роздрібна торгівля лікарськими засобами в Україні. *Осінні наукові читання: Матеріали ЛП Міжнародної інтернет-конференції* (м. Дніпро, 25 вересня 2020 р.). Ч. 2. С. 18-22. URL: <https://el-conf.com.ua/wp-content/uploads/2020/10/2%D1%87%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0%D0%94%D0%BD%D1%96%D0%BF%D1%80%D0%BE.pdf>

24. Барзилович А. Д. Основи оцінювання та моніторингу рівня якості надання медичних послуг. *Безперервний професійний розвиток лікарів та провізорів в умовах реформування системи охорони здоров'я: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю (online-формат)* (м. Київ, 9 жовтня 2020 року). МОЗ України, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Київ: НМАПО імені П. Л. Шупика, 2020. С. 405-410. URL: https://nmapo.edu.ua/zagruzka2/CPD_conference_NMAPO_2020.pdf.

25. Барзилович А. Д. Перспективи публічного управління ринку медичних послуг. *Публічне управління та митне адміністрування*. 2021. № 1 (28). С. 5–10. URL: http://customs-admin.umsf.in.ua/archive/2021/1/1_2021.pdf

26. Барзилович А. Д. Принципи та функції державного регулювання ринку медичних послуг – теоретичний аспект. *Інвестиції: практика та досвід*. 2019. № 21. С. 122–126. URL: <http://www.investplan.com.ua/?op=1&z=6885&i=18>

27. Барзилович А. Д. Проблемні питання галузі охорони здоров'я України *Світовий розвиток науки та техніки: Матеріали XXXVIII Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції* (м. Вінниця, 23 грудня 2019 р.). Ч 11. С. 15-19.

28. Барзилович А. Д. Публічні закупівлі у сфері охорони здоров'я: проблемні питання. *Перспективні напрямки наукових досліджень: Матеріали XLIX Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції* (м. Миколаїв, 15 липня 2020 р.). Ч. 2. С. 18–20. URL: <https://el-conf.com.ua/wp->

content/uploads/2020/08/%D0%9C%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%B0%D1%97%D0%B2_%D0%A7.2..pdf.

29. Барзилович А. Д. Реалізація державного механізму ринку медичних послуг в Україні *Наукова спільнота*: Матеріали міжнародної науково-практичної інтернет-конференції. Сорок четверті економіко-правові дискусії. Львів, 2020. С. 16-19. URL: http://www.spilnota.net.ua/ua/price_list/.

30. Барзилович А. Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 2. С. 134–140. URL: <http://www.investplan.com.ua/?op=1&z=7011&i=20>

31. Барзилович А. Д. Розвиток ринку медичних послуг в Україні. *Інтернаука*. 2019. № 17 (79), Т.1. С. 11–18. URL: <https://www.inter-nauka.com.ua/issues/2019/17/5480>

32. Барзилович А. Д. Суб'єкти національного ринку медичних послуг в Україні. *Наукові перспективи*. 2020. № 1. С. 17–29. URL: <http://perspectives.pp.ua/index.php/np/article/view/2>

33. Барзилович А. Д. Теоретико-методологічні засади державного регулювання ринку медичних послуг в Україні: монографія. Одеса: Олді+, 2022. 296 с.

34. Барзилович А. Д. Фармакологічний ринок України: динаміка розвитку та особливості регулювання. *Записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія: Державне управління*. 2020. Т. 31 (70), № 3. С. 47–53. URL: http://www.pubadm.vernadskyjournals.in.ua/journals/2020/3_2020/11.pdf.

35. Барзилович А. Д. Фінансовий механізм державного регулювання розвитку охорони здоров'я України. *Науковий вісник: державне управління*. 2020. Т. 3, № 5. С. 34–48. URL: <https://nvdu.undicz.org.ua/index.php/nvdu/article/view/93>

36. Барзилович А. Д. Управління медичною галуззю в умовах пандемії. *Світ під час пандемії: нові виклики та загрози*: Матеріали XLVII Міжнародної інтернет-конференції (м. Запоріжжя, 15 червня 2020 р.). Ч. 2. С. 4-7. URL:

<http://el-conf.com.ua/>.

37. Бережна Ю. В. Концепція державного регулювання сфери охорони здоров'я в Україні. *Бізнес Інформ*. 2014. № 11. С. 166–170. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/binf_2014_11_29

38. Білик О. І. Міжнародний досвід державного регулювання сфери охорони здоров'я: автореф. дип. роботи на здобуття освітнього ступеня «магістр»: спец. 281 «Публічне управління та адміністрування» / ЧНУ ім. Петра Могили. Миколаїв, 2020. 12 с. URL: <https://krs.chmnu.edu.ua/jspui/handle/123456789/1605>

39. Білинська М. М. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні: навч.-наук. вид. Київ - Львів: НАДУ, 2012. 240 с.

40. Биля-Сабадаш І. О. Нормотворча техніка як інструмент забезпечення системності законодавства. *Форум права*. 2010. № 1. С. 24–33 URL: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/FP_index.htm_2010_1_6.pdf

41. Бобришева О. В. Ефективний розвиток та функціонування ринку медичних послуг в умовах глобалізації економіки та інтеграційних процесів в охороні здоров'я. *Вісник Дніпропетровського університету*. 2014. Вип. 8 (2). С. 12–18.

42. Босак І. Л. Розвиток системи медичного страхування: досвід країн ЄС та України: робота на здобуття кваліфікаційного ступеня бакалавра: спец. 072 – фінанси, банківська справа та страхування / наук. кер. О. С. Журавка. Суми: Сумський державний університет, 2022. 60 с. URL: <https://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/89356>

43. Бураковський І., Юхименко С., Коссе І., Кравчук В. Державна підтримка активності в період пандемії КОВІД-19: регіональний вимір. Аналітична доповідь. Київ: ГО «Інститут економічних досліджень та політичних консультацій», 2021. 74 с.

44. Бюджетний Кодекс України: Закон України від 08 липня 2010 р. № 2456-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>

45. Варжанський І. В. Застосування рефлексивного управління в публічному адмініструванні: основні теоретичні підходи. *Таврійський науковий вісник. Серія: Публічне управління та адміністрування*. 2022. № 2. С. 25–33. DOI: <https://doi.org/10.32851/tnv-pub.2022.2.4>
46. Верхратський С. А., Заблудовський П. Ю. Історія медицини: навч. посіб. Київ: Вища шк., 1991. 431 с.
47. Весельський В. Вітчизняна охорона здоров'я зробить відчутний крок у своєму розвитку: доповідь на підсумковій колегії МОЗ України. *Ваше здоров'я*. 2006. № 16 (843). С. 2.
48. Височанський В., Мешко Є. Надання медичних послуг під час воєнного стану: на що слід звертати увагу на рівні громад. URL: <https://decentralization.gov.ua/news/15125>
49. Всесвітня організація охорони здоров'я: офіційний сайт. URL: <https://www.who.int/>
50. Гавриченко Д. Г., Козирєва О. В., Попова Т. О., Сергієнко Л. В. Механізм фінансування охорони здоров'я України в умовах трансформацій. *Financial and Credit Activity Problems of Theory and Practice*. 2022. № 1(42). Рр. 125–133. URL: <http://repository.hneu.edu.ua/handle/123456789/27520>
51. Гайдаш Д. С. Державно-управлінські механізми реформи системи охорони здоров'я Польської Республіки в умовах підготовки до вступу в ЄС: досвід для України: дис. ... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02. Запоріжжя, 2018. 290 с.
52. Гапонова Е. О. Інституціональне забезпечення інтеграції ринку медичних послуг. *Millennium science: Proceedings of XV International scientific conference (15 February 2018, Morrisville)*. Morrisville: Lulu Press, 2018. Р. 49–51.
53. Гапонова Е. О. Ринок медичних послуг в Україні: проблема та протиріччя. *East European Scientific Journal*. 2016. № 2. Рр. 24–27. URL: <https://repo.knmu.edu.ua/handle/123456789/15362>
54. Гбур З. В. Загальні проблеми реалізації юридичної відповідальності працівників закладів охорони здоров'я. *Реформування процесів публічного*

управління в сфері освіти та науки України у глобалізаційному та інформаційному суспільстві: матеріали II міжнар. наук.-практ. конф. (м. Переяслав, 11 червня 2021 року). Переяслав, 2021. С. 37–39.

55. Гбур З. В. Фінансування медичних послуг в системі охорони здоров'я України. *Science and Global Studies*: тези доповідей Міжнародної наукової конференції (Братислава, Словаччина, 30 грудня 2019). URL: <https://www.inter-nauka.com/issues/conf-2019/december/5549>

56. Гладун З. С. Концептуальні засади державного-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я населення. *Медичне право України: проблеми становлення та розвитку*: матеріали I Всеукраїнської наук.-практ. конф. Київ, 2007. С. 73–79.

57. Глущенко О. В. Аналіз державного регулювання охорони здоров'я та медичної діяльності як однієї з функцій держави. *Регіональний збірник наукових праць з економіки «Прометей»*. 2010. № 3 (33). С. 34–38. URL: http://www.nbuv.gov.ua/old_jrn/Soc_Gum/Prom/2010_3/Gloushenko.pdf

58. Голяченко О. М., Ганіткевич Я. В. Історія медицини. Тернопіль: Лілея, 2004. 248 с.

59. Гомон Д. О. Адміністративно-правове та організаційне забезпечення охорони здоров'я в Україні: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07. Одеса, 2018. 250 с. URL: <http://dspace.oduvs.edu.ua/handle/123456789/1482>

60. Горбатова Д. І. Діяльність органів виконавчої влади щодо реалізації права на охорону здоров'я. *Актуальні проблеми держави і права*: зб. наук. пр. 2019. Вип. 82. С. 54–58. URL: <http://www.apdp.in.ua/v82/10.pdf>

61. Горин В. П. Формування фінансових ресурсів охорони здоров'я в контексті виконання критеріїв економічної безпеки. *Наукові записки. Серія: Економіка*. 2015. № 23. С. 216–221.

62. Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні: навч. посібник / за ред. І. М. Солоненка, Л. І. Жаліло. Київ: Вид-во НАДУ, 2004. 116 с.

63. Державна політика у сфері охорони здоров'я: кол. монографія: у 2 ч. / упоряд. Я. Ф. Радиш; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша. Київ: НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.

64. Державна регуляторна служба України: офіційний сайт Платформи ефективного регулювання. URL: <https://regulation.gov.ua/catalogue/regulators/id26/functions>

65. Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками: сайт. URL: <https://www.dls.gov.ua/>

66. Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками. Ліцензування: сайт. URL: <https://www.dls.gov.ua/%D0%BF%D1%96%D0%B4%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%96-%D1%80%D0%B5%D1%87%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D0%BD%D0%B8/%D0%BB%D1%96%D1%86%D0%B5%D0%BD%D0%B7%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F/>

67. Державне управління: основи теорії, історія і практика: навч. посібник / В. Д. Бакуменко, П. І. Надолішний, М. М. Іжа, Г. І. Арабаджи. Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2009. 394 с.

68. Державний ДерМОЗ України: офіційний сайт. URL: <https://www.dec.gov.ua/>

69. Державний експертний центр МОЗ України. Галузеві стандарти медичної допомоги: сайт. URL: <https://www.dec.gov.ua/news/zatverdzheno-galuzevi-standarty-medychnoyi-dopomogy-spadkovuj-angionevrotichnyj-nabryak-czukrovuj-diabet-1-typu-u-doroslyh-hvoroba-menyera-lejomi/>

70. Детальна інформація щодо забезпеченості закладів 1-ї та 2-ї хвиль, що надають допомогу хворим на COVID-19: сайт. URL: <https://moz.gov.ua/koronavirus-2019-ncov>

71. Добровільне медичне страхування набуває певної популярності в нашій країні як серед громадян середнього достатку, так і серед соціально відповідального бізнесу: сайт. URL: <https://pravo.ua/articles/dobrovilnyi-zakhyst/>

72. Довгань В., Захаркевич Н. Аудит якості медичних послуг закладу охорони здоров'я. *Наукові перспективи*. 2022. Вип. 7 (25). С. 79-90. URL: <http://perspectives.pp.ua/index.php/np/article/download/2113/2114>

73. Долгіх М. В. Проблеми формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я: огляд дискусійного поля. *Аспекти публічного управління*. 2019. Т. 7, № 12. С. 16–27.

74. Долгіх М. В. Закордонний досвід формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я. *Право та державне управління*. 2020. Т. 2, № 1. С. 107–114.

75. Долгіх М. В. Модернізація управління системою охорони здоров'я: теоретичний аспект. *Європейський вимір реформування публічного управління в Україні*: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Київ, 22 листопада 2019 р.). За заг. ред. О. І. Пархоменко-Куцевіл. Київ: МАУП, 2019. С. 26–30.

76. Долот В. Д. Механізми державного управління ціноутворенням в системі охорони здоров'я України: автореф. дис. д-ра наук з держ. упр.: 25.00.02. Харків, 2018. 40 с.

77. Долот В. Д., Дудка Л. А., Ляховченко В. В. Державне регулювання керованої медичної допомоги (за матеріалами літературних джерел). *Економіка та держава*. 2012. № 4. С. 110–112.

78. Дудка В. В. Переваги приватної медицини та вигоди держави у підтримці розвитку приватного сектора системи охорони здоров'я (до проблеми державного регулювання здоровоохоронної сфери). *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2012. № 1. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2012_1_4

79. Електронна система охорони здоров'я в Україні: сайт. URL: <https://ehealth.gov.ua/>

80. Електронні рецепти на «Доступні ліки» та інсуліни: звіт НСЗУ: сайт. URL: <https://medplatforma.com.ua/news/57715-elektronni-retsepti-na-dostupni-liki-ta-insulini-zvit-nszu>

81. Енергетична стратегія України на період до 2035 року «Безпека,

енергоефективності, конкурентоспроможність». URL:
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/605-2017-%D1%80#Text>

82. Європейська соціальна модель і європейські перспективи України: офіційний сайт журналу «Віче». URL: <https://veche.kiev.ua/journal/1685/>

83. Європейська соціальна хартія. офіційний сайт. Страсбург, 3 травня 1996 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_062#Text

84. Євтушенко О. А. Механізми державного управління ціноутворенням в охороні здоров'я: дис. ...канд. держ. упр.: 25.00.02. Донецьк, 2006. 240 с.

85. Єдиний веб-портал органів виконавчої влади України. Уряд затвердив план запобігання занесенню і поширенню на території України нового коронавірусу з Китаю. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/uryad-zatverdiv-plan-zapobigannya-zanesennyu-i-poshirennyu-na-teritoriyi-ukrayini-novogo-koronavirusu-z-kitayu>

86. Желюк Т. Фінансові аспекти функціонування ринку медичних послуг та закупівлі ліків. *Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України*. 2019. № 23. С. 113–117.

87. Загальна декларація прав людини. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_015#Text

88. Зима І. Я. Аналіз законодавчого забезпечення державного управління трансформацією системи охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2019. № 7. С. 108–113.

89. Зима І. Я. Теоретичні основи формування механізму державного управління охороною здоров'я та співпраці з міжнародними організаціями. *Стратегія і тактика державного управління*. 2019. № 3-4. С. 25–31. URL: <http://ep3.nuwm.edu.ua/id/eprint/18312>

90. Зозуля Д. В. Впровадження стратегії фінансування системи охорони здоров'я в Україні: проблеми та перспективи. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія: Юриспруденція*. 2021. Вип. 52. С. 26–30. URL: <http://www.vestnik-pravo.mgu.od.ua/archive/juspradenc52/juspradenc52.pdf#page=26>

91. Іванов Ю. Б. Інструментарій державного регулювання сфери охорони здоров'я в Україні. Економіка та управління національним господарством. *Економіка і регіон*. 2014. № 4. С. 101–106.

92. Інформація про залишки лікарських засобів, необхідних для виконання заходів, спрямованих на запобігання виникненню і поширенню COVID19: сайт. URL: <https://nszu.gov.ua/e-data/dashboard/covid-drugs-inventory>

93. Інформація щодо порядку денного раунду переговорів СОР «Доха – Розвиток»: офіційний сайт Міністерства економіки України. URL: <https://www.me.gov.ua/Documents/Detail?lang=uk-UA&id=45f3a900-9cf1-4e10-b560-355b361b6529&title=InformatsiiaSchodoPoriadkuDennogoRaunduPeregovorivSotdoha-Rozvitok&isSpecial=true>

94. Історія медицини і медсестринства: навч. посібник (ВНЗ I—III р. а.) / Луцик Л. Ф. та інших Київ: Медицина, 2018. 376 с.

95. Історія медицини та фармації: навч. посібник для студентів вищого фармацевтичного навчального закладу та фармацевтичних факультетів ВНЗ МОЗ України / А. А. Котвіцька [та інших]; Нац. фармац. ун-т МОЗ України. Харків: Золоті сторінки; Вид-во НФАУ, 2016. 167 с.

96. Камінська Т. М. Децентралізація як умова ефективного фінансування лікувальних закладів. *Вектори розвитку фінансового потенціалу суб'єктів господарювання*: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф., (м. Харків, 1-5 лютого 2014 р.). Харків, 2014. С. 235–239.

97. Карамішев Д. В. Стратегічне управління інноваційними процесами в системі охорони здоров'я: державні механізми: монографія. Харків: Магістр, 2006. 401 с.

98. Карлаш В. В. Державне регулювання сучасним станом охорони здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 1. С. 161–164. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/1_2020/28.pdf

99. Карпелюк В. М., Івасишин В, П. Медицина (видавництво) // Енциклопедія Сучасної України: енциклопедія [електронна версія] / ред.:

І. М. Дзюба, А. І. Жуковський, М. Г. Железняк та інших; НАН України, НТШ. Київ: Ін-т енциклоп. досліджень НАН України, 2018. Т. 19. URL: <https://esu.com.ua/article-65486>

100. Кількість суб'єктів господарювання за видами економічної діяльності 2020: сайт. URL: http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/menu/menu_u/sze_20.htm

101. Кількість суб'єктів господарювання за видами економічної діяльності 2021: сайт. URL: http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/menu/menu_u/sze_21.htm

102. Книш С. В. Удосконалення публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні: аналіз реформи та євро перспективи. *Актуальні проблеми правознавства*. 2019. Вип. 1. С. 54–59. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/aprpr_2019_1_1

103. Коломоєць А. В., Гбур, З. В. Складові логістики медичного закладу: кадрова, управлінська, ресурсна та фінансова. *Наукові перспективи*. 2020. № 1 (1). С. 86-86.

104. Коломоєць А. В., Михальчук В. М., Толстанов О. К., Гбур З. В. Логістика управління в сучасному медичному закладі: основні механізми організації. *Український журнал медицини. Медичні науки*. 2020. Том 5, № 5 (27). С. 204-211.

105. Комарова І. В. Бюджетне фінансування охорони здоров'я громадян України як складової людського капіталу. *Економіка та управління національним господарством. Економіка і регіон*. 2014. № 4 (47). URL: http://www.nbuv.gov.ua/portal/Soc_Gum/Vbumb/2010_3/19.pdf.

106. Консолідовані версії Договору про Європейський Союз та Договору про функціонування Європейського Союзу (2010/С 83/01): офіційний сайт Верховної Ради України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_b06#Text

107. Конституція України: Закон України від 28 червня 1996 р. № 254к/96-ВР // Відомості Верховної Ради України. 1996. Ст. 3. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>

108. Конституція України: Закон України від 28 червня 1996 р. № 254к/96-ВР // Відомості Верховної Ради України. 1996. Ст. 49. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>

109. Коробчинська Н. В. Моніторинг системи охорони здоров'я в системі управління на місцевому рівні. *Публічне управління та митне адміністрування*. 2022. № 1 (32). С. 58–69. URL: <http://biblio.umsf.dp.ua/jspui/handle/123456789/4727>

110. Корольчук О. Л. Характеристики резильєнтності системи охорони здоров'я : міжнародний досвід для України. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. Київ, 2021. № 23. С. 35–41. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/44766>

111. Коротич О. Б. Державне управління регіональним розвитком України: монографія. Харків: Магістр, 2006. 220 с.

112. Корпусенко О. Напрямки вдосконалення державного управління закладами охорони здоров'я. *Розвиток форм і методів сучасного менеджменту в умовах глобалізації: матеріали 9-ї наук.-практ. інтернет-конф. (м. Дніпро, 20-21 листоп. 2021 р.): в 2-х т. Дніпро, 2021. Т. 1. С. 162–165. URL: <http://dspace.dsau.dp.ua/jspui/handle/123456789/5574>*

113. Костюк І. А., Пелих Ю. В. Аналіз динаміки номенклатури лікарських засобів у державній програмі «Доступні ліки». Київ: Вид-во ДП «Держаний науковий центр лікарських засобів і медичної продукції», 2022. URL: <http://ir.librarynmu.com/handle/123456789/3760>

114. Кравцова Т., Лащенко О., Кравцов О. Використання маркетингового підходу в діяльності органів публічного управління медичною сферою. *Аспекти публічного управління*. 2021. № 9(4). С. 72–84. DOI: <https://doi.org/10.15421/152139>

115. Краснова О. І. Особливості стратегічного управління персоналом на сучасному підприємстві. *Вісник ПДААУ*. 2021. С. 157-169. URL: <https://www.pdau.edu.ua/sites/default/files/nppdaa/2011/02/114.pdf>

116. Краснова О. І., Плужнікова Т. В. Особливості механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 7. С. 46–48.

117. Краснова О., Плужнікова Т. Роль держави в регулюванні сфери охорони здоров'я в ринкових умовах. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського. Економічні науки*. 2019. № 1. С. 37-43. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvmduce_2019_1_8

118. Кривуша С. Г. Складові механізму державного регулювання продуктивністю праці в секторі охорони здоров'я. *Молодий вчений*. 2018. № 12 (64). С. 277–282.

119. Кримінальний Кодекс України: Закон України // Відомості Верховної Ради України. 2001. № 25-26. Ст. 131. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14#Text>

120. Кримчак Л., Гарбузюк В., Романюк І. Удосконалення механізму безпекоорієнтованого управління діяльністю закладів охорони здоров'я в умовах децентралізації державного управління. *Innovation and Sustainability*. 2022. № 2. DOI: <https://doi.org/10.31649/ins.2022.2.55.60>

121. Крупка М., Приймак І., Вишивана Б. Роль соціального й особистого страхування у забезпеченні суспільного добробуту в Україні. *Світ фінансів*. 2020. № 3 (64). С. 51–64.

122. Крячкова Л. В. Лехан Валерія Микитівна // Енциклопедія Сучасної України: енциклопедія / ред.: І. М. Дзюба, А. І. Жуковський, М. Г. Железняк та інших; НАН України, НТШ. Київ: Ін-т енциклоп. досліджень НАН України, 2016. Т. 17. URL: <https://esu.com.ua/article-54495>

123. Курділь Н. В. Про необхідність застосування механізмів державного регулювання системи антидотного забезпечення. *Медицина неотложных состояний*. 2018. № 3. С. 20–27. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Medns_2018_3_6

124. Леган І. М., Крикун О. Д. Напрями вдосконалення державного регулювання ринку приватної медицини. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В.І. Вернадського. Державне управління*. 2020.

Т. 31 (70), № 3. С. 123–127.

125. Леган І. М., Мельничук Д. П., Войналович І. А. Соціальне страхування в системі реалізації пріоритетів сталого розвитку. *Економіка, управління та адміністрування*. 2022. № 3 (101). С. 48–54. DOI: [https://doi.org/10.26642/ema-2022-3\(101\)-48-54](https://doi.org/10.26642/ema-2022-3(101)-48-54)

126. Легкоступ І. І., Ткач В. В. Проблеми та напрями покращення фінансування медицини в Україні. *Фінансові інструменти сталого розвитку економіки*: матеріали IV Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Чернівці, 12 трав. 2022 р.). Чернівці, 2022. С. 87–91. URL: <https://drive.google.com/file/d/1GhU-due8sVRdoN0Fq2mkJfo2TzI2sRZR/view>

127. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. Україна. *Здоров'я нації*. 2010. № 1. С. 5–23.

128. Литовченко В. В. Теоретичні підходи до визначення механізмів надання адміністративних послуг у публічному управлінні. *Публічне управління та митне адміністрування*. 2021. № 4(31). С. 9–13. URL: <http://biblio.umsf.dp.ua/jspui/handle/123456789/4673>

129. Лісабонська декларація відносно прав пацієнта. URL: https://med.sumdu.edu.ua/images/content/doctors/Deontology/Lisabon_1983.pdf

130. Лютак О. М., Літовська Л. С., Терехух А. А. Види систем взаємодії у інноваційних процесах. Lviv Polytechnic National University Institutional Repository. URL: <https://ena.lpnu.ua:8443/server/api/core/bitstreams/c7bea1a0-2cd0-4e61-a4fe-25fc55b94066/content>

131. Мазурок О. М. Роль товариств «Медична громада», «Основа» та «Кружок працівників» у діяльності професійної організації українського студентства «Профорус» упродовж 1921–1926 рр. *Інтелігенція і влада*. 2014. № 31. С. 105–117.

132. Марова С. Ф. Медична послуга як товар медичного ринку. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2017. № 4. С. 8–13.

133. Матюшенко О. В. Соціальне проєктування: теоретичні підходи до

визначення. *Проблеми сучасних трансформацій. Серія: Право, публічне управління та адміністрування*. 2022. № 4. DOI: <https://doi.org/10.54929/2786-5746-2022-4-02-01>

134. Мачуга Н. З. Економічні важелі впливу на формування проякісної моделі системи охорони здоров'я України: концептуалізація та методологія: монографія. Тернопіль: Крок, 2015. 184 с.

135. Медичні закупівлі України: національна агенція: сайт. URL: <https://medzakupivli.com/uk/>

136. Методика розрахунку вартості медичних послуг, затвердженої постановою КМУ № 1075 від 27 грудня 2017 року, із змінами, внесеними згідно з Постановою КМУ № 1073 від 27.11.2019. Офіційний сайт Верховної Ради України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1075-2017-%D0%BF#Text>

137. Методичні рекомендації з питань реорганізації установ: офіційний сайт Асоціації міст України. URL: https://auc.org.ua/sites/default/files/library/metodyka_osvita_new.pdf

138. Мезенцева Н. Б. Державне регулювання суспільних відносин в галузі охорони здоров'я України: історичні та правові аспекти: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр: 25.00.01. Київ, 2010. 20 с.

139. Миколаєць І. В. Становлення та розвиток державного регулювання надання медичних послуг. *Інвестиції: практика та досвід*. 2017. № 23. С. 113–116.

140. Миколаєць І. В. Механізми державного регулювання надання медичних послуг населенню в Україні: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02. Київ, 2018. 20 с.

141. Михальчук В. М., Коломоєць А. В., Толстанов О. К., Гбур З. В. Концептуальні засади логістики нового часу в сучасній українській медицині. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2020. № 3. С. 67-73.

142. Міжнародний кодекс медичної етики. URL: <https://med.sumdu.edu.ua/images/content/doctors/Deontology/InternKodexEthics.pdf>

143. Міністерство охорони здоров'я України. офіційни сайт. URL: <https://moz.gov.ua/>
144. Москаленко В. Ф. Принципи організації оптимальної моделі системи охорони здоров'я: український контекст: монографія. Київ: Книга плюс, 2008. 320 с.
145. Набхан О. В., Моїсеєнко Р. О. Державне управління сферою охорони здоров'я як складова соціальної безпеки держави. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 5. С. 110–116. DOI: 10.32702/2306-6814.2021.5.110
146. Надута-Скринник О. К., Кризина Н. П. Особливості інноваційної фінансово-організаційної моделі надання первинної медико-санітарної допомоги сімейним лікарем – приватним підприємцем. *Здоров'я нації*. 2011. № 4 (20). С. 120–125.
147. Надюк З. О. Механізми державного регулювання ринку медичних послуг в Україні: дис. ... д-ра наук з держ. упр.: 25.00.02. Запоріжжя, 2009. 469 с.
148. Назарко С. О. Ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я. *Ефективна економіка*. 2020. № 1. URL: http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/1_2020/57.pdf
149. Національна служба здоров'я України: офіційний сайт. URL: <https://nszu.gov.ua/pro-nszu>
150. Національна служба здоров'я України офіційна сторніка у соціальній мережі Facebook: URL: https://www.facebook.com/nszu.ukr/?locale=uk_UA
151. Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2025: офіційний сайт. URL: https://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11/Proekt-Strategiyi-reformi_OZ.pdf
152. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні 2015-2020. URL: <https://uoz.cn.ua/strategiya.pdf>
153. Оболенський О. Ю. Державне управління та державна служба: словник-довідник. Київ: КНЕУ, 2005. 480 с.
154. Обсяг реалізованої продукції (товарів, послуг) суб'єктів господарювання за видами економічної діяльності (2010-2019): сайт. URL:

http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2018/fin/pssg/pssg_u/orpsg_ek_2010_2019_ue.xlsx

155. Онишко С. В., Шевчук Ю. В. Особливості функціонування моделей фінансування медичного страхування. *Економічний вісник*. 2019. № 3. С. 171–179.

156. Онопрієнко А. В., Корицька А. Є. Зарубіжний досвід фінансування системи охорони здоров'я. *Юність науки - 2021: соціально-економічні та гуманітарні аспекти розвитку суспільства*: зб. тез XI Міжнарод. наук.-практ. конф. студентів, аспірантів і молодих вчених (м. Чернігів, 25-26 берез. 2021 р.): у 2-х ч. Ч. 1. Чернігів, 2021. С. 106–108.

157. Організація Економічного Співробітництва та Розвитку. URL: <https://www.oecd.org/>

158. Організація та економіка фармації. Ч. 1. Організація фармацевтичного забезпечення населення: навч. підруч. для студ. вищ. навч. закл. / Немченко А. С. та інших Харків: НФаУ: Золоті сторінки, 2015. 345 с.

159. Орлова Н. С., Бурик З. М. Державна інформаційна політика в сфері охорони здоров'я. *Експерт: парадигми юридичних наук і державного управління*. 2021. № 2 (14). С. 233–242.

160. US: Закон України від 26 січня 1993 р. // Відомості Верховної Ради України. 1993. № 4. Ст. 19. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.

161. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Обговорення ролі і значення «медичної конституції». Львівський анціональний медичний університет імені Данила Галицького: офіційний сайт. URL: <https://new.meduniv.lviv.ua/obgovoryly-rol-i-znachennya-medychnoyi-konstytutsiyi-zakonu-ukrayiny-osnovy-zakonodavstva-ukrayiny-pro-ohoronu-zdorov-ya/>

162. Офіційний інформаційний портал Кабінету Міністрів України. COVID-19. Закладам охорони здоров'я: сайт. URL: <https://covid19.gov.ua/zakladam-okhorony-zdorovia>

163. Офіційний сайт the European Union State of Health in the EU URL: https://health.ec.europa.eu/state-health-eu/overview_en

164. Офіційний сайт Верховної Ради України. Закон Україна «Про протидію захворюванню на туберкульоз: Закон України // Відомості Верховної Ради України. 2001. № 49. Ст. 258. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2586-14#Text>

165. Офіційний сайт Державної служби статистики України. Статистичні дані. URL: <https://www.ukrstat.gov.ua/>

166. Офіційний сайт Національного інституту стратегічних досліджень. Ресурси системи охорони здоров'я в умовах війни URL: <https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/resursy-systemy-okhoronyzdorovya-v-umovakh-viyny-zhovten-2022r>

167. Офіційний звіт Світового банку. Current health expenditure (% of GDP). URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?view=chart>

168. Офіційний звіт Світового банку. Current health expenditure per capita (current US\$). URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PC.CD?view=chart>

169. Офіційний звіт Світового банку. Current health expenditure per capita, PPP (current international \$). URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PP.CD?view=chart>

170. Офіційний звіт Світового банку. Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure). URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?view=chart>

171. Офіційний звіт Світового банку. Out-of-pocket expenditure per capita (current US\$). URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.PC.CD?view=chart>

172. Павлюк К. В., Степанова О. В. Модернізація системи соціального захисту в контексті накопичення соціального капіталу в Україні. *Економіка України*. 2012. № 6. С. 15–29.

173. Пархета Л. В. Медичне страхування та його роль у фінансовому забезпеченні системи охорони здоров'я в Україні: дис. ... канд. екон. наук: 08.00.08. Київ, 2018. 330 с.

174. Пархоменко-Куцевіл О. Форсайт у системі державного управління у сфері охорони здоров'я України в умовах пандемії: теоретичні засади. *Науковий вісник. Державне управління.* 2022. № 1(11). С. 166–185. DOI: [https://doi.org/10.33269/2618-0065-2022-1\(11\)-166-186](https://doi.org/10.33269/2618-0065-2022-1(11)-166-186)

175. Пархоменко-Куцевіл О. І. Механізм формування кадрового потенціалу державної служби в Україні. *Актуальні проблеми державного управління.* 2004. Вип. 2 (16). С. 190. URL: <https://scholar.google.com.ua/scholar?oi=bibs&cluster=8321558171225450483&btnI=1&hl=ua>

176. Пашков В. М. Легалізація монопольних утворень в аптечній діяльності, або декілька слів про дешеві ліки. *Фармацевт практик.* 2019. URL: <http://fp.com.ua/articles/legalizatsiya-monopolnyh-utvoren-v-aptechnij-diyalnostiabo-dekilka-sliv-pro-deshevi-liky/>.

177. Пашков В. М. Правове забезпечення реформування сфери охорони здоров'я. *Український медичний часопис.* 2017. № 2. С. 1–6.

178. Пеньківська К. С., Хоменко І. О., Волинець Л. М., Халацька І. І. Формування системи управління ризиками в логістичній діяльності підприємств. *Вісник Нац. трансп. ун-ту. Серія: Економічні науки.* Київ, 2021. Вип. 2 (49). С. 22–31.

179. Перелік надавачів медичної допомоги, визначених для надання стаціонарної допомоги пацієнтам з COVID-19 за договором з НСЗУ: сайт. URL: <https://nszu.gov.ua/e-data/dashboard/likarni-covid>

180. Петрух О. А., Юринець З. В. Напрями державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід.* 2018. Вип. 21. С. 83–86.

181. Петрух О. А., Юринець З. В. Страхова медицина та інноваційний розвиток сфери охорони здоров'я в Україні. *Фінансовий бізнес в Україні та світі: стан, проблеми і перспективи розвитку:* матеріали І Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Львів, 26 жовт. 2018 р.). Львів, 2018. С. 67–69.

182. Піковська Т., Вернигорова К. Правове регулювання ввезення лікарських засобів на територію України. *Наукові інновації та передові технології*. URL: <http://perspectives.pp.ua/index.php/nauka/article/download/908/908>

183. Пірус Я. Р. Місцеві бюджети як джерело фінансування соціальної функції держави. *Актуальність питання фінансової теорії та практики: зб. матеріалів Восьмої заочнодистанц. наук. конф. студентів і молодих вчених* (м. Тернопіль, 20 травня 2021 р.). URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/42267/1/%D0%9F%D1%96%D1%80%D1%83%D1%81.pdf>

184. Платформа ефективного регулювання. Управління ліцензування та контролю якості надання медичної допомоги: офіційний сайт. URL: <https://regulation.gov.ua/catalogue/department/id4599>

185. Поживілова О. В. Функціонування приватних закладів у сфері охорони здоров'я. URL: [http://www.dridu.dp.ua/zbirnik/2011-01\(5\)/11povsoz.pdf](http://www.dridu.dp.ua/zbirnik/2011-01(5)/11povsoz.pdf)

186. Полушкін П. М. Посібник до вивчення курсу «Історія медицини». Дніпропетровськ: ДНУ, 2016. 242 с.

187. Попов С., Вошко І. Реформування національних систем охорони здоров'я: актуальні аспекти закордонного досвіду. *Актуальні проблеми державного управління: зб. наук. праць*. Одеса, 2021. Вип. 1(82). С. 145–148.

188. Попов С. А. Інноваційне реформування публічного управління: класифікація державно-управлінських нововведень. *Вісник Національної академії державного управління при Президентіві України*. 2015. № 3. С. 11-19. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadu_2015_3_4.

189. Попова І. А., Андрійко Л. Ю. Проблеми та основні напрями реформування системи охорони здоров'я. *Професійний менеджмент у сучасних умовах розвитку ринку: матеріали VIII наук.-практ. конф. з міжнар. участю*, м. Харків, 1 листоп. 2019 р. Харків, 2019. С. 32–34.

190. Попова Т. Реалізація публічно-приватного партнерства в галузі охорони здоров'я. *Наукові перспективи*. 2022. Випуск 10 (28). С. 61-72. URL: <http://perspectives.pp.ua/index.php/np/article/view/2771/2784>

191. Порівняльна таблиця до проєкту Закону України «Про внесення змін до деяких законів України щодо ліцензування та акредитації закладів охорони здоров'я». URL: https://www.drs.gov.ua/wp-content/uploads/2021/05/dokument-3446_0_19-21.pdf

192. Приходченко Л. Л. Забезпечення ефективності державного управління: теоретико-методологічні засади: монографія. Одеса: Оптимум, 2009. 299 с.

193. Приходченко Л. Л. Ефективність державного управління: критерії і підходи до оцінювання. *Теорія та практика державного управління*: зб. наук. праць. 2006. Вип 15, Том 3. С. 139-146. URL: <https://scholar.google.com.ua/scholar?oi=bibs&cluster=17758863858438142471&btnI=1&hl=uk>

194. Приятельчук О. А. Система охорони здоров'я як механізм реалізації моделі загального добробуту в Скандинавському регіоні. *Економіка та суспільство*. 2018. № 19. С. 910-919. URL: http://www.economyandsociety.in.ua/journal/19_ukr/137.pdf

195. Про виділення коштів для надання фінансової допомоги Фонду загальнообов'язкового державного соціального страхування України на випадок безробіття: сайт. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1040-2020-п#Text>

196. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я: Закон України від 06 квітня 2017 р. № 2002-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19#Text>

197. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України, спрямованих на запобігання виникненню і поширенню коронавірусної хвороби (COVID-19). URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T200530.html

198. Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України щодо договорів про медичне обслуговування населення: проєкт Постанови Кабінету Міністрів України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/789-2022-%D1%80#Text>

199. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 04 серпня 2022 року № 1392 «Порядку проведення сертифікації підприємств, які здійснюють оптову реалізацію (дистрибуцію) лікарських засобів»: Наказ Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0969-22#Text>

200. Про внесення змін до переліку лікарських засобів, медичних виробів та допоміжних засобів до них, що закуповуються на виконання відповідних угод (договорів), укладених особою, уповноваженою на здійснення закупівель у сфері охорони здоров'я для виконання програм та здійснення централізованих заходів з охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995-2022-%D0%BF#Text>

201. Про внесення змін до Порядку проведення експертизи реєстраційних матеріалів на лікарські засоби, що подаються на державну реєстрацію (перереєстрацію), а також експертизи матеріалів про внесення змін до реєстраційних матеріалів протягом дії реєстраційного посвідчення та затвердження Порядку перевірки матеріалів, доданих до заяви про державну реєстрацію окремих лікарських засобів, щодо їх обсягу: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23 липня 2015 р. № 460. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1210-15#Text>

202. Про внесення змін до Порядку проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23 вересня 2009 р. № 690. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1010-09#Text>

203. Про внесення зміни в додаток до постанови Кабінету Міністрів України від 25 грудня 1996 р.: Постанова Кабінету Міністрів України від 02 вересня 2022 р. № 1548. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/981-2022-%D0%BF#Text>

204. Про встановлення повноважень органів виконавчої влади та виконавчих органів міських рад щодо регулювання цін (тарифів): Постанова

Кабінету Міністрів України від 25 грудня 1996 р. № 1548. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1548-96-%D0%BF#Text>

205. Про державне регулювання цін на лікарські засоби: Постанова Кабінету Міністрів від 9 листопада 2016 р. № 862. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/862-2016-%D0%BF#Text>

206. Про Державний бюджет України на 2020 рік: Закон України // Відомості Верховної Ради. 2020. № 5. Ст. 31. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/294-20#Text>

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

208. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19 жовтня 2017 р. № 6327. URL <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2168viii>

209. Про Загальнодержавну програму адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу: Закон України // Відомості Верховної Ради України. 2004. № 29. Ст. 367. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1629-15#Text>

210. Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування: Проект Закону України від 19.03.2013 № 2597. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/JG20500A>

211. Про залучення медичних працівників-іноземців до надання допомоги постраждалим в умовах воєнного стану: Наказ МОЗ України від 26.02.2022 р. № 383. URL: <https://zakon.rada.gov.ua>

212. Про затвердження Воєнно-медичної доктрини України: Постанова Кабінету міністрів України від 31.10.2018 р. № 910 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/910-2018-%D0%-BF#Text>

213. Про затвердження Єдиного термінологічного словника з питань управління якості медичної допомоги: Наказ Міністерства охорони здоров'я

України від 20 липня 2011 р. № 427. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0427282-11#Text>

214. Про затвердження методик проведення аналізу впливу та відстеження результативності регуляторного акта: Постанова Кабінету Міністрів України від 11 березня 2004 року № 308. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/308-2004-%D0%BF#Text>

215. Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування: Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1075. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1075-2017-%D0%BF#Text>

216. Про затвердження Методичних рекомендацій «Уніфікована методика розробки індикаторів якості медичної допомоги»: Наказ Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0141282-11#Text>

217. Про затвердження Положення про клінічний лікувально-профілактичний заклад охорони здоров'я: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05 червня 1997р. № 174. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0245-97#Text>

218. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 р. № 267. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-п>

219. Про затвердження примірних положень про заклади охорони здоров'я: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 30 грудня 2011 р. № 1008. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1008282-11#Text>

220. Про затвердження Примірного положення про госпітальний округ: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 20 лютого 2017 р. № 165. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0165282-17#Text>

221. Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні відновного

лікування: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31 жовтня 2011 р. № 734. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0734282-11#Text>

222. Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні інтенсивного лікування: Наказ Міністерства освіти і науки України від 31 жовтня 2011 р. № 735. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0735282-11#Text>

223. Про захист населення від інфекційних хвороб: Закон України // Відомості Верховної Ради України. 2000. № 29. Ст. 228. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#Text>

224. Про захист прав споживачів: Закон України від 23 липня 1991 р. // Відомості Верховної Ради УРСР. 1991. № 30. Ст. 379. URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/ed_2003_11_18/T102300.html.

225. Про звернення громадян: Закон України від 19 листопада 1996 р. // Відомості Верховної Ради України. 1996. № 47. Ст. 256. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/393/96-%D0%B2%D1%80#Text>

226. Про Концепцію Енергетичної безпеки України на період до 2035 року «Безпека, енергоефективності, конкурентоспроможність». URL: https://merpr.gov.ua/files/images/news_2020/21012020/%D0%95%D0%BD%D0%B5%D1%80%D0%B3%D0%B5%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B0%20%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%B3%D1%96%D1%8F%20%D0%A3%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D0%B8%20%D0%BD%D0%B0%20%D0%BF%D0%B5%D1%80%D1%96%D0%BE%D0%B4%20%D0%B4%D0%BE%202035%20%D1%80%D0%BE%D0%BA%D1%83.pdf

227. Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України: Указ Президента України від 07 грудня 2000 р. № 1313/2000. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000#Text>

228. Про перерозподіл деяких видатків державного бюджету, передбачених Міністерству охорони здоров'я на 2022 рік: Розпорядження Кабінету Міністрів України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1000-2022-%D1%80#Text>

229. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування в сільській місцевості: Закон України від 14 листопада 2017 р. № 2206-VIII // Відомості Верховної Ради. 2018. № 5. Ст. 32. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text>

230. Про підвищення доступності та якості надання медичної офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України. Прес-центр. URL: <https://moz.gov.ua/pres-centr>

231. Про Порядок державної акредитації закладу охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 15 липня 1997 р. № 765. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/765-97-%D0%BF#Text>

232. Про порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 411. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/239/95-вр>

233. Про практику розгляду цивільних справ за позовами про захист прав споживачів: Постанова Пленуму Верховного Суду України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0005700-96#Text>

234. Про психіатричну допомогу: Закон України // Відомості Верховної Ради України. 2000. № 19. Ст. 143. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14#Text>

235. Про систему громадського здоров'я: Закон України від 06 вересня 2022 р. № 2573-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text>

236. Про судову практику у справах про відшкодування моральної (немайнової) шкоди: Постанова Пленуму Верховного Суду України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0004700-95#Text>

237. Про схвалення Концепції розвитку електронної охорони здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 28 грудня 2020 р. № 1671-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1671-2020-%D1%80#Text>

238. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1002-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80#Text>

239. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я України: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text>

240. Програма «Доступні ліки». Про укладення договорів / Національна служба охорони здоров'я. URL: <https://nszu.gov.ua/ogoloshennya-pro-ukladennya-dogovoriv/dostupni-liky>

241. Програма медичних гарантій: особливості реалізації з 1 липня 2022 року: офіційний сайт. Єдиний веб-портал органів виконавчої влади України. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/prohrama-medychnykh-harantii-osoblyvosti-realizatsii-z-1-lypnia-2022-roku/>

242. Програма ПРООН із підвищення стійкості та відновлення. Реагування на війну в Україні: сайт. URL: <https://www.undp.org/uk/ukraine>

243. Програма стимулювання економіки для подолання наслідків епідемії COVID-19: сайт. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/uryad-zatverdiv-z-doopracyuvannjam-programu-stimulyuvannya-ekonomiki-dlya-podolannya-naslidkiv-epidemiyi-covid-19>

244. Проект Закону про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо продовження терміну спрощеної процедури реорганізації державних і комунальних закладів охорони здоров'я від 09.10.2018 № 9075. URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_2?id=&pf3516=9075&skl=9

245. Проект стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 рокуЕлектронний ресурс: сайт Державної служби України з лікарських засобів та контролю за наркотиками. URL: <https://www.dls.gov.ua/news/%D0%BF%D1%80%D0%B5%D0%B4%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%B2%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%BE-%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%94%D0%BA%D1%82-%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%B3%D1%96%D1%97-%D1%80%D0%BE%D0%B7%D0%B2%D0%B8/>

246. Публічне управління: термінол. слов. / уклад.: В. С. Куйбіда, М. М. Білинська, О. М. Петроє та інших Київ: НАДУ, 2018. 224 с. URL: https://www.dut.edu.ua/uploads/1_888_37081450.pdf
247. 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. Київ, 2003. 35 с.
248. Ринок медичних послуг в Україні: сайт Інтернет-видання Inventure.com.ua. Аналітика. URL: <https://inventure.com.ua/analytics/investments/rynok-medicinskih-uslug-v-ukraine>
249. Ровенська В. В., Саржевська Є. О. Управління персоналом закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання та перспективи розвитку в Україні. *Економічний вісник Донбасу*. 2019. № 3 (57). С. 162–168. URL: [http://www.evd-journal.org/download/2019/3\(57\)/19-Rovenska.pdf](http://www.evd-journal.org/download/2019/3(57)/19-Rovenska.pdf)
250. Рогова О. Г. Адаптація законодавства України у сфері охорони здоров'я до європейських стандартів. *Актуальні проблеми державного управління*. 2018. № 1 (53). URL: <https://periodicals.karazin.ua/apdu/article/view/20037>
251. Рожков Г. С. Особливості конкуренції на ринку медичних товарів і послуг України. *Економіка та держава*. 2010. № 6. С. 90–92.
252. Рожкова І. В., Солоненко І. М. Децентралізація управління у сфері охорони здоров'я на місцевому рівні: монографія. Київ: Фенікс, 2008. 160 с.
253. Рябець Д. М. Державне регулювання сфери охорони здоров'я: принципи, механізм та інструменти. *Економічні горизонти*. 2018. № 4 (7). С. 164–174. DOI: 10.31499/2616-5236.4(7).2018.212757
254. Рябець К. Система та сутність загальних функцій державного управління у сучасний період. *Науковий вісник. Державне управління*. 2022. № 1 (11). С. 207–221. DOI: [https://doi.org/10.33269/2618-0065-2022-1\(11\)-207-221](https://doi.org/10.33269/2618-0065-2022-1(11)-207-221)
255. Сазонець І. Інноваційні методи управління діяльністю підприємств в умовах інформаційної економіки. *Економіка та держава*. 2018. № 5. С. 10–13.

256. Сазонець І. Л., Зима І. Я. Вдосконалення системи управління охороною здоров'я в рівненській області на основі впровадження проекту світового банку. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 24. С. 49–53.

257. Свєженцева І. Медицина для людей: як ВООЗ рекомендує відновлювати українську систему охорони здоров'я. URL: <https://suspilne.media/244774-medicina-dla-ludej-ak-vooz-rekomendue-vidnovluvat-ukrainsku-sistemu-ohoroni-zdorova/>

258. Сіделковський О. Л. Адміністративно-правова сутність публічної політики в контексті формування єдиного медичного простору України. *Вісник Луганського державного університету внутрішніх справ імені Е. О. Дідоренка*. 2019. № 4 (88). С. 175–182. DOI: <https://doi.org/10.33766/2524-0323.88.175-182>

259. Слабкий Г. О., Шевченко М. В., Заглада О. О. Сучасні підходи до фінансування системи охорони здоров'я. Київ, 2011. 345 с.

260. Слабкий Г., Лехан В. Уроки пілотних регіонів – орієнтир для майбутніх реформ? *Ваше здоров'я*. 2016. № 43-44. С.12–13.

261. Сміронова В. Л., Климчук Н. Я., Вакуленко Д. В. Аналіз моделей медичного страхування. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2020. № 3 (85). С. 103–105. DOI: 10.11603/1681-2786.2020.3.11630

262. Сміт А. Дослідження про природу і причини багатства народів. Москва: Ексмо, 2007. 960 с.

263. Солоненко Н. Д. Державне регулювання розвитку механізмів фінансування системи охорони здоров'я на засадах суспільної справедливості. *Сучасні питання економіки і права*. 2011. Вип. 2. С. 24–28. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Sper_2011_2_7

264. Сорока О. Я. Державне регулювання медичної діяльності в дисертаційних дослідженнях українських авторів. *Галицький лікарський вісник*. 2012. Т. 19, № 1. С. 168–170.

265. Спільний звіт ВООЗ та Світового банку. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016–2019: офіційний сайт. URL: <https://www.euro.who.int/en/home>

266. Стандарт екстреної медичної допомоги «Медичне сортування при масовому надходженні постраждалих на ранньому госпітальному етапі», затверджений Наказом МОЗ України від 24.02.2022 р. № 368. URL: <https://moz.gov.ua>

267. Стеценко В. Ю. Деякі аспекти страхової моделі організації охорони здоров'я // Правові проблеми сучасної трансформації охорони здоров'я: зб. матеріалів Міжнар. наук.-практ. конф. Запоріжжя, 2019. С. 10–14.

268. Стеченко Д. М. Державне регулювання економіки: навч. посібник. К.: МАУП, 2000. 176 с.

269. Стовбан М. П., Толстанов О. К., Гбур З. В. Основні фактори впливу на розвиток ефективної взаємодії медичних закладів в межах одного госпітального округу. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2020. Том 5., № 4 (26). С. 248-255.

270. Стратегії розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. Новини медицини та фармації. URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/20562>

271. Сучасна парадигма публічного управління: матеріали I Міжнар. наук.-практ. конф. / за наук. ред. к.е.н., доцента Стасишина А. В. (м. Львів, 17–18 жовтня 2019 р.). Львів, 2019. 629 с. URL: https://financial.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2015/10/Zbirnyk_tezy_LNU_2019_Paradyhma_PU.doc-1.pdf

272. Трощинський В. П. Тенденції розвитку організаційно-функціональної структури державного управління етнонаціональними процесами в Україні. *Аналітика і влада*. 2012. № 6. С. 132–138. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/avlad_2012_6_22

273. Угода про партнерство і співробітництво між Україною і Європейськими Співтовариствами та їх державами-членами. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/998_012#Text

274. Український медичний центр сертифікації: сайт. URL:

<https://www.umcs.org.ua/>

275. Український науковий фармацевтичний центр якості лікарських засобів: сайт. URL: <http://sphu.org/>

276. Український фармацевтичний інститут якості: сайт. URL: <http://gmpcenter.org.ua/>

277. Устінов О. Філософія медицини ХХІ сторіччя: українські реалії. *Український медичний часопис*. 2013. № 1 (93). С. 8–9.

278. Фармацевтична енциклопедія / гол. ред. ради та автор передмови В. П. Черних. Київ: Моріон, 2010. 1546 с.

279. Федорович І. М. Теоретичні та практичні засади реалізації медичного страхування в Україні. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету*. 2017. Вип. 23 (2). С. 76–80.

280. Філіпова Н. Аналіз системи фінансування охорони здоров'я в Україні. *Проблеми і перспективи економіки та управління*. 2021. № 1. DOI: [https://doi.org/10.25140/2411-5215-2021-1\(25\)-151-158](https://doi.org/10.25140/2411-5215-2021-1(25)-151-158)

281. Фонд державного страхування України: офіційний сайт. URL: <http://www.fssu.gov.ua/>

282. Франчук В. І., Шупрудько Н. В. Зарубіжний досвід фіскального регулювання зовнішньоторговельної діяльності та можливості його використання для зміцнення економічної безпеки України. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Економіка і управління*. 2018. № 6 (68). С. 6–10.

283. Фуртак І., Варава А. Правове забезпечення раціоналізації державного управління системи охорони здоров'я України. *Науковий вісник*. 2011. Вип. 6. С. 25–28.

284. Харченко Т. О., Нагорна А. О. Державне регулювання ефективності надання медичних послуг населенню. *Сучасні управлінські та соціально-економічні аспекти розвитку держави, регіонів та суб'єктів господарювання в умовах трансформації публічного управління*: матеріали IV Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Одеса, 11 листоп. 2021 р.). Одеса, 2021. С. 33–35. URL: <http://repo.snau.edu.ua:8080/xmlui/handle/123456789/10036>

285. Центр медичної статистики МОЗ. Статистичні дані: сайт. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/statdan.html>

286. Центральна лабораторія з аналізу якості лікарських засобів і медичної продукції: сайт. URL: <https://www.dls.gov.ua/держлікслужба/державні-підприємства/дп-центральна-лабораторія-з-аналізу-я/>

287. Цивільний Кодекс України: Закон України від 16.01.2003 р. № 435-IV // Відомості Верховної Ради України. 2003. № 40-44. Ст. 356. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15#Text>

288. Чала Н. Д. Зміни механізмів фінансування закладів охорони здоров'я в умовах реформування галузі. *Науковий вісник ІФНТУНГ. Серія: Економіка та управління в нафтовій і газовій промисловості*. 2016. № 1 (13). С. 84–86.

289. Червона С. П. COVID-19 в Україні: аналіз смертності та захворюваності // *Сучасна статистика: проблеми та перспективи розвитку*: матеріали XIX Міжнар. наук.-практ. конф. з нагоди Дня працівників статистики. Київ: ТОВ «НВП «Інтерсервіс», 2021. С. 166-169. URL: <http://194.44.12.92:8080/jspui/handle/123456789/6155>

290. Чехун О. В. Надання платних медичних послуг: цивільно-правові аспекти. *Часопис Київського ун-ту права*. 2010. № 2. С. 213–216.

291. Чи є майбутнє у ринку приватної медицини в Україні : Офіційний сайт Pro-capital.ua. Прес-центр. URL: https://pro-capital.ua/press_center/expert/czennye-lekari-est-li-budushhee-u-rynka-chastnoj-medicziny-ukrainy/

292. Шевченко О. С. Механізми державного регулювання закупівлі лікарських засобів та виробів за кошти державного бюджету: автореф. дип. роботи на здобуття освітнього ступеня «магістр»: спец. 281 «Публічне управління та адміністрування». Миколаїв, 2020. 12 с.

293. Шегедин М. Історія медицини та медсестринства: підручник для студ. вищ. мед. навч. закл. I–II рівнів акредитації. Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. 328 с.

294. Шутурмінський В. Г., Кусик, Н. Л., Рудинська О. В. Основи

менеджменту та маркетингу в медицині: навч. посібник. Одеса: Вид. Гельветика, 2020. 176 с. URL: <http://dspace.onu.edu.ua:8080/handle/123456789/29900>

295. ЮНІСЕФ. Україна: сайт. URL: <https://www.unicef.org/ukraine/>

296. Юхименко П. І., Леоненко П. М. Історія економічних учень: навч. посібник. Київ: Знання-Прес, 2005. 583 с.

297. Ямненко Т. Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід. *Юридичний вісник. Повітряне і космічне право*. 2018. № 2. С. 116–120. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Npnau_2018_2_18.

298. Янчак Я. Зарубіжний досвід надання медичних послуг у країнах з різними моделями фінансування охорони здоров'я. *Scientific notes of Lviv University of Business and Law*. 2018. Vol 19. URL: <https://nzlubp.org.ua/index.php/journal/article/download/67/65/>

299. Янчак Я. Ефективний розвиток та функціонування ринку медичних послуг в умовах глобалізації та інтеграційних процесів в охороні здоров'я. *Вісник Національного університету «Львівська політехніка»*. 2017. № 876. С. 227–235.

300. Ясинська Е. Ц. Сучасні погляди на конкуренцію в охороні здоров'я. *Наука. zinet. info*. 2015. URL: <http://наука.zinet.info/34/yasynska.php>.

301. Accelerating Self-Sufficiency & Property: офіційний сайт. URL: <https://www.crownagents.com/>

302. Afthanorhan A., Awang Z., Rashid N., Foziah H., & Ghazali P. Assessing the effects of service quality on customer satisfaction. *Management Science*. 2019. № 9 (1). Pp. 13–24.

303. Akhtar A. Health care regulation in low- and middle-income countries: a review of the literature. Melbourne: Nossal Institute for Public Health; 2011. (Health Policy and Health Finance Knowledge Hub, Working Paper Series № 14. URL: http://community.eldis.org/.5b0c5e57/HPHF_Hub_WP_No_14_Health_care_regulation_in_low-and_middle-income_countries.pdf.

304. Al-Jaroodi J., Mohamed N. & Abukhousa E. Health 4.0: on the way to realizing the healthcare of the future. *IEEE Access*. 2022. Vol. 8, № 1. Pp. 211189-211210. doi: 10.1109/ACCESS.2020.3038858.

305. Barzylovykh A., Oliinyk Yu., Kostitska I., Shakhman N., Buryk Z. Transformation of the Social and Medical Spheres under the Conditions of COVID-19. *Sys Rev Pharm*. 2020. № 11 (11). Pp. 1328–1337. URL: <https://www.sysrevpharm.org/abstract/transformation-of-the-social-and-medical-spheres-under-the-conditions-of-covid19-66705.html>

306. Baokang Yi. An overview of the Chinese healthcare system. *Hepatobiliary Surgery and Nutrition*. 2021. Jan, № 10 (1). Pp. 93–95. doi: 10.21037/hbsn-2021-3

307. Barzylovykh A. D. Egulatory and financial support of primary health care based on family medicine. *Virtus: Scientific Journal*. 2020. № 43. Pp. 304–310. URL: <http://virtus.conference-ukraine.com.ua/Journal43.pdf>.

308. Barzylovykh A. Features of licensing of various types of medical services in Ukraine. *Sciences of Europe (Praha, Czech Republic)*. 2020. Vol 1, № 57. Pp. 3–9. URL: <https://www.europe-science.com/wp-content/uploads/2021/11/VOL-1-No-57-2020.pdf>.

309. Barzylovykh A., Malinina O., Gnyloskurenko G., Borysiuk I., Yuriy R. Improving Public Medical and Social Services Market Management: Application of Information Technologies IJCSNS. *International Journal of Computer Science and Network Security*. July 2021. Volume 21 Issue 7 Pp. 257-266. http://paper.ijcsns.org/07_book/202107/20210730.pdf

310. Barzylovykh A., Bubalo V., Nesterenko V., Rogachevskyi O., Chornyi O. Mechanisms for Managing Medical Institutions in Times of Crisis. *Systematic Reviews in Pharmacy*. 2020. Vol. 11(9). Pp. 562-568. URL: <https://www.sysrevpharm.org/abstract/mechanisms-for-managing-medical-institutions-in-times-of-crisis-66323.html>

311. Barzylovykh A. Reforming the secondary line of medical assistance in ukrainian healthcare system. *International Journal of New Economics, Public*

Administration and Law. 2019. № 2 (4). Pp. 163–170. URL: http://ijoness.esy.es/myfiles/arhiv_journals/2019/2/2019_2_16.pdf.

312. Barzylovych A., Ursakii Yu., Nadezhdenko A., Mamatova T., Chykarenko O., Kravchenko S. The Influence of Medical Services Public Management on the Population' Life Quality. *WSEAS Transactions on Environment and Development*. 2021. Volume 17. Pp. 619-629. URL: <https://wseas.com/journals/articles.php?id=168>

313. Belitzky E., Bach C., Belitzky E. Leveraging social media for knowledge management healthcare capability. *Measuring Business Excellence*. 2021. Vol. 25, № 4. Pp. 421–433. DOI: <https://doi.org/10.1108/MBE-11-2019-0116>

314. Bohlouli M., Ahmed O. H., Ehsani A., Ghafour M. Y., Hama H. K., Hosseinzadeh M., & Ahmed A. M. A comprehensive literature review on the medical learning systems in the developing countries. *Kybernetes*. 2022. № 51(11). Pp. 3153-3171.

315. Burau V., Vrangbæk K. Institutions and non-linear change in governance: Reforming the governance of medical performance in Europe. *Journal of Health Organization and Management*. 2008. Vol. 22, №. 4. Pp. 350–367. DOI: <https://doi.org/10.1108/14777260810893953>.

316. Calnan M. Medical Professionalism and its Reconfiguration. *Health Policy, Power and Politics: Sociological Insights*, Emerald Publishing Limited, Bingley. 2020. Pp. 21–34. DOI: <https://doi.org/10.1108/978-1-83909-394-420201004>.

317. Camargo Jr. A. S. Outpatient regulation system in health management: economic benefits of technological innovations. *Innovation & Management Review*. 2021. Vol. 18, № 1. Pp. 90–106. URL: <https://doi.org/10.1108/INMR-03-2020-0035>

318. Cameron R. Political–Administrative Relationships. Public Sector Reform in South Africa 1994–2021. *Public Policy and Governance*. 2022. Vol. 36. Pp. 33–86. DOI: <https://doi.org/10.1108/S2053-769720220000036003>

319. Cassels A. & Janovsky K. Management development for primary health care: a framework for analysis. *Universal Journal of Public Health*. 2022. Vol. 10 (5). Pp. 527–538. URL: <https://www.hrpub.org/download/20221030/UJPH10->

17628356.pdf

320. Cavanagh J., Bartram T., Pariona-Cabrera P., Halvorsen B., Walker M. & Stanton P. Management practices impacting on the rostering of medical scientists in the Australian healthcare sector. *Journal of Health Organization and Management*. 2021. № 36 (2). Pp. 149-163. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10112478/>

321. Chen J., Hsu P. Y., Chang Y. W., Shiao W. L. & Lan Y. C. For free or paid? A comparison of doctors' intention to offer consulting services in eHealth. *Industrial Management & Data Systems*. 2022. Vol. 122, № 8. Pp. 1816–1852. URL: <https://doi.org/10.1108/IMDS-05-2021-0336>

322. Children's Health Insurance Program: офіційний сайт Medicaid.Gov. URL: <https://www.medicaid.gov/chip/index.html>

323. Clark D. Schmets G., Rajan D., Kadandale S. Law, Regulation and Strategizing for Health. *Strategizing National Health in the 21st Century: A Handbook*, World Health Organization, Geneva, 2016. Chapter 10. URL: <https://scirp.org/reference/referencespapers.aspx?referenceid=2831400>

324. Crawford E. *Enterprising Women The Garretts and their Circle*. Francis Boutle Publishers: Hardback. 342 p.

325. Critical Challenges For Health Care Reform In Europe (State of Health) (October 1, 1998) / by Richard B. Saltman. URL: https://www.amazon.com/gp/product/B00F53OJPY?ref_=dbs_m_mng_rwt_calw_tkin_1&storeType=ebooks&qid=1667247656&sr=1-4

326. *Digital health platform handbook: building a digital information infrastructure (infostructure) for health*. World Health Organization, 2020. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337449>.

327. Dion H., Evans M., Farrell P. Hospitals management transformative initiatives; towards energy efficiency and environmental sustainability in healthcare facilities. *Journal of Engineering, Design and Technology*. 2022. Vol. ahead-of-print, No. ahead-of-print. DOI: <https://doi.org/10.1108/JEDT-04-2022-0200>

328. Ernst Gurlt: Hufeland, Christoph Wilhelm. // *Allgemeine Deutsche Biographie (ADB)*. Band 13, Duncker & Humblot, Leipzig, 1881. Pp. 286–296.

329. European Commission / Public Health / International cooperation / Global health. United Nations – health cooperation: офіційний сайт. URL: https://health.ec.europa.eu/internationalcooperation/global-health_en

330. European Commission. Tools and methodologies to assess the efficiency of health care services in Europe. Report by the Expert Group on Health System Performance Assessment, 2019. DOI:10.2875/346480.

331. Dayan M., Al Kuwaiti I. A., Husain Z., Ng P. Y. & Dayan A. Factors influencing patient loyalty to outpatient medical services: an empirical analysis of the UAE's government healthcare system. *International Journal of Quality & Reliability Management*. 2022. Vol. 39, № 1. Pp. 176–203. URL: <https://doi.org/10.1108/IJQRM-11-2020-0373>

332. Friedman M. The Permanent Income Hypothesis. *A Theory of the Consumption Function*. Princeton University Press, 1957. 65 p.

333. Gao H., Lu S., Kou X. Research on the identification of medical service quality factors: based on a data-driven method. *Internet Research*. 2022. Vol. 32, № 5. Pp. 1617-1645. URL: <https://doi.org/10.1108/INTR-10-2020-0554>

334. George J. Stigler Essays in the History of Economics. *The Journal of Modern History*. 2021. № 37 (3). 357 p.

335. Ghorbanian Zolbin M., Huvila I., Nikou S. Health literacy, health literacy interventions and decision-making: a systematic literature review. *Journal of Documentation*. 2022. Vol. 78, № 7. Pp. 405–428. URL: <https://doi.org/10.1108/JD-01-2022-0004>

336. Gohen, S. P., Baber, Z. B., Buvanendran, A., McLean, B. C., Chen, Y., Hooten, W. M., ... & Phillips, C. R. Pain management best practices from multispecialty organizations during the COVID-19 pandemic and public health crises. *Pain Medicine*. 2020. № 21 (7). Pp. 1331–1346. URL: <https://doi.org/10.1093/pm/pnaa127>

337. Guthmuller S., Paruolo P., Verzillo S. Positive Externalities of EU Actions on Sustainability of Health Systems. *The Sustainability of Health Care Systems in Europe* (Contributions to Economic Analysis). Emerald Publishing

Limited, Bingley, 2021. Vol. 295. Pp. 1-21. DOI: <https://doi.org/10.1108/S0573-855520210000295006>

338. Harris J. European Health & Safety Legislation and British Occupational Safety Law. *International Journal of Manpower*. 1992. Vol. 13, № 5. Pp. 2–76. URL: <https://doi.org/10.1108/01437729210013695>.

339. Hartley D. M., Perencevich E. N. Public health interventions for COVID-19: emerging evidence and implications for an evolving public health crisis. *Jama*. 2020. № 323 (19). Pp. 1908–1909.

340. Hassall G. Government Systems. Government and Public Policy in the Pacific Islands. *Public Policy and Governance*. 2020. Vol. 33. Pp. 23–97. DOI: <https://doi.org/10.1108/S2053-769720200000033002>

341. Havrychenko D. Theoretical approaches to the reform of mechanisms of public governance in the field of healthcare. *Public Administration and Regional Development*. 2022. № 15. Pp. 68–86. DOI: <https://doi.org/10.34132/pard2022.15.03>

342. Health Information Privacy Patient Safety and Quality Improvement Act of 2005 Statute and Rule: офіційний сайт. URL: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/patient-safety/statute-and-rule/index.html>

343. Hick J. L., Hanfling D., Wynia M. K., Pavia A. T. Duty to plan: health care, crisis standards of care, and novel coronavirus SARS-CoV-2. NAM Perspectives. Discussion paper. National Academy of Medicine. Washington, 2020. DOI: <https://doi.org/10.31478/202003b>

344. Horsfall D. Medical tourism from the UK to Poland: how the market masks migration. *Journal of Ethnic and Migration Studies*. 2019. Vol. 29, № 4. Pp. 1–19.

345. Jackson D. N., Trivedi N., Baur C. Re-prioritizing digital health and health literacy in healthy people 2030 to affect health equity. *Health Communication*. 2020. Vol. 36, № 1. Pp. 1–8.

346. Joskow P. L., Noll R.C. Regulation in Theory and Practice: An Overview In: *Studies in Public Regulation*. Cambridge, MA.: The MIT Press, 1981. 35 p.

347. Kim W., Hantula D. A., Di Benedetto A. Organizational citizenship behaviors perceived by collectivistic 50-and-older customers and medical-care service performance: an application of stimulus-organism-response theory. *Asia Pacific Journal of Marketing and Logistics*. 2021. Vol. ahead-of-print No. ahead-of-print. DOI: <https://doi.org/10.1108/APJML-01-2021-0027>

348. Kroezen M., Van Hoegaerden M., Batenburg R. The joint action on health workforce planning and forecasting: Results of a European programme to improve health workforce policies. *Health Policy*. 2018. № 122 (2). Pp. 87–93. DOI: [doi:10.1016/j.healthpol.2017.12.002](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.12.002).

349. Lagarde M, Haines A, Palmer N. The impact of conditional cash transfers on health outcomes and use of health services in low and middle income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009. Issue 4. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19821444/>

350. Law Insider. HCQIA definition: офіційний сайт. URL: <https://www.lawinsider.com/dictionary/hcqia>

351. Leotta A., Ruggeri D. Coherence in the use of a performance measurement system and compatibility between institutional logics in public hospitals. *Qualitative Research in Accounting & Management*. 2022. Vol. 19, № 5. Pp. 604–632. DOI: <https://doi.org/10.1108/QRAM-08-2020-0123>

352. Lytvyn N. A., Berlach A. I., Kovalko N. M., Melnyk A. A. & Berlach H. V. Legal regulation of the state financial guarantees of medical services for the population: domestic and international experience. *International Journal of Health Governance*. 2022. Vol. 27, № 4. Pp. 378–390. URL: <https://doi.org/10.1108/IJHG-01-2022-0008>

353. Macinko J., Starfield B., Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998.

354. Malachynska M., Barzylovych A., Buravchenko S., Zvirych V., Votiykova M. Management of Primary Health Care Facilities in Ukraine. *Universal*

Journal of Public Health. 2022. Vol. 10 (5). Pp. 527-538. URL: <https://www.hrpub.org/download/20221030/UJPH10-17628356.pdf>

355. Marije van Essen A. New hospital payment systems: Comparing medical strategies in The Netherlands, Germany and England. *Journal of Health Organization and Management*. 2009. Vol. 23, № 3. Pp. 304–318. DOI: <https://doi.org/10.1108/14777260910966735>.

356. Medical Council of India. The Indian Medical Council Act, 1956. URL: <http://www.mciindia.org/ActsandAmendments/TheMedicalCouncilAct1956>.

357. Michael Ar. Wendt. Ethics for an Ageing World (same as above). International Conference. Internationale Konferenz Heringsdorf. Usedom, 23-26 September 2010. URL: https://www.researchgate.net/publication/259741583_Ethics_for_an_Ageing_World_same_as_above?enrichId=rgreq-891ac73ba433b324cf2d0bb914748481-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzI1OTc0MTU4MztBUzoxMDI3NDk3MzE1NTczNzlAMTQwMTUwODg1MzY3OQ%3D%3D&el=1_x_2&_esc=publicationCoverPdf

358. Motaze N. Government regulation of private health insurance. Available in Cochrane database of systematic reviews. 2015. URL: https://www.researchgate.net/publication/275039838_Government_regulation_of_private_health_insurance

359. Mulyono N. B., Pambudi N. F., Ahmad L. B., Adhiutama A. Determining response time factors of emergency medical services during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Emergency Services*. 2022. Vol. 11, № 1. Pp. 154–167. DOI: <https://doi.org/10.1108/IJES-12-2020-0071>

360. O'Meara P., Wingrove G., Nolan M. Clinical leadership in paramedic services: a narrative synthesis. *International Journal of Health Governance*. 2017. Vol. 22, № 4. Pp. 251–268. DOI: <https://doi.org/10.1108/IJHG-03-2017-0014>

361. OECD Recommendation on Health Data Governance: офіційний сайт. URL: <https://www.oecd.org/health/health-systems/health-data-governance.htm>

362. Official web-site Joint Learning Network Primary Health Care Financing and Payment Country Pairing Evaluation Report. September 2022. URL: <https://www.jointlearningnetwork.org/type/technical-initiative/>

363. Österle A., Diesenreiter C., Glinsner B., Reichel E. Inbound and outbound medical travel in Austria. *Journal of Health Organization and Management*. 2021. Vol. 35, № 9. Pp. 34–49. DOI: <https://doi.org/10.1108/JHOM-04-2020-0129>

364. Pagán R., Horsfall D. Medical tourism trends in the United Kingdom 2000-2016: global economic crisis, migration and UK expats under consideration. *Journal of Tourism Analysis: Revista de Análisis Turístico*. 2019. Vol. 27, № 1. Pp. 20–40.

365. Pant K., Bhatia M., Pant R. Integrated care with digital health innovation: pressing challenges. *Journal of Integrated Care*. 2022. Vol. 30, № 4. Pp. 324–334. DOI: <https://doi.org/10.1108/JICA-01-2022-0008>

366. Pharmaceuticals & Healthcare. BMI Global Pharmaceuticals and Healthcare Report: сайт. URL: <https://your.bmiresearch.com/pharma/>

367. Pilnick A. On Good Interactional Reasons for ‘Bad’ Healthcare Practice. *Reconsidering Patient Centred Care, Emerald Publishing Limited, Bingley*. 2022. Pp. 61–84. DOI: <https://doi.org/10.1108/978-1-80071-743-520221004>

368. Porter M. E., Kramer M. R. Strategy and Society: The Link Between Competitive Advantage and Corporate Social Responsibility. *Harvard Business Review*. 2006. December. Pp. 78–92.

369. Prasol V. Аналіз ринку недержавних медичних послуг в Україні. *Theory and Practice of Public Administration*. 2019. № 2(65). С. 183–190.

370. Public Health - European Commission. *Overview - Public Health - European Commission*. 2019. URL: https://ec.europa.eu/health/state/summary_en

371. Public Health Law Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA): офіційний сайт Public Health Professionals Gateway. URL: <https://www.cdc.gov/phlp/publications/topic/hipaa.html>

372. Radu G., Solomon M. Ethical issues in advertising and promotion of medical units. *Rom J Ophthalmol*. 2016 Oct-Dec. Vol. 60 (4). Pp. 216–218. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5711284/>

373. Radu G., Solomon M. The adaptation of health care marketing to the digital era *J Med Life*. 2017. Jan-Mar. Vol. 10 (1). Pp. 44–46. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5304370/>

374. Ramli A. H. Patient service and satisfaction systems. *Business and Entrepreneurial Review*. 2019. № 15(2). Pp. 189–200.

375. Redfern J., Coorey G., Mulley J., Scaria A., Neubeck L., Hafiz N., ... & Peiris, D. A digital health intervention for cardiovascular disease management in primary care (CONNECT) randomized controlled trial. *NPJ Digital Medication*. 2020. Vol. 3, № 117. Pp. 1–9.

376. Reibling M. Ar. Wendt Worlds of Healthcare. *A Healthcare System Typology of OECD Countries*. 2019. Vol. 123. Pp. 611–620.

377. Saltman R. B., Figueiras J. Health system reforms in Europe. Analysis of modern strategies: WHO Regional issue. WHO publisher. 2000. 432 p.

378. Saltman R. B., Figueras J. Analyzing the evidence on European health care reforms. *Health Aff (Millwood)*. 1998. Mart-Apr., № 17(2), Pp. 85–108. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9558787>

379. Siciliani L., Wild C., McKee M., Kringos D., Barry M. M., Barros P. P. ... & Ricciardi W. Strengthening vaccination programmes and health systems in the European Union: A framework for action. *Health Policy*. № 124 (5). Pp. 511-518. DOI:10.1016/j.healthpol.2020.02.015.

380. Sony M., Antony J., McDermott O. Essential ingredients for the implementation of Quality 4.0: A narrative review of literature and future directions for research. *The TQM Journal*. 2019. Vol. 15, № 02. DOI: <http://dx.doi.org/10.1108/TQM-12-2019-0275>

381. Sony M., Antony J., McDermott O. The impact of medical cyber–physical systems on healthcare service delivery. *The TQM Journal*. 2022. Vol. 34, № 7. Pp. 73–94. DOI: <https://doi.org/10.1108/TQM-01-2022-0005>

382. Srivastava M., Raina M. The impact and success of health-care-related social media usage – pre- and post-COVID analysis. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*. 2022. Vol. ahead-of-print, No. ahead-of-print. DOI: <https://doi.org/10.1108/IJPHM-10-2020-0092>

383. Stadhouders N., Kruse F., Tanke M., Koolman X. & Jeurissen P. Effective healthcare cost-containment policies: A systematic review. *Health Policy*. 2019. № 123 (1). Pp. 71–79. DOI:10.1016/j.healthpol.2018.10.015.

384. Stašys R., Virketis G., Labanauskaitė D. The importance of the partnership between the public and private healthcare institutions to improve interhospital patient transfers. *International Journal of Organizational Analysis*. 2021. Vol. 29, № 6. Pp. 1506-1525. DOI:<https://doi.org/10.1108/IJOA-07-2020-2357>

385. Subramaniam S., Kumar J., Mohanty P. COVID-19 Effects on Learning Behaviour of Tourism Students for Sustainable Education: The Malaysian Context // *The Emerald Handbook of Destination Recovery in Tourism and Hospitality*, Emerald Publishing Limited, Bingley, 2022. Pp. 195–207. URL: <https://doi.org/10.1108/978-1-80262-073-320221012>

386. Supporting public health in Europe Prasol: офіційний сайт the European Union. URL: https://european-union.europa.eu/priorities-and-actions/actions-topic/health_en

387. Genovese S., Bengoa R., Bowis J., Harney M., Hauck B., Pinget M. ... & Guldmond N. The European Health Data Space: a step towards digital and integrated care systems. *Journal of Integrated Care*. 2022. Vol. 30, № 4. Pp. 363–372. DOI: <https://doi.org/10.1108/JICA-11-2021-0059>

388. The European Health Data Space: The digitisation of healthcare is one of Europe's top priorities. Copyright Euronews // By Natalia Oelsner: 07/11/2022. URL: <https://www.euronews.com/next/2022/10/13/explainer-everything-you-need-to-know-about-the-european-health-data-space>

389. The Organisation for Economic Co-operation and Development. Performance-based managed entry agreements for new medicines in OECD countries

and EU member states: сайт. URL: <https://www.oecd.org/health/health-systems/pharma-managed-entry-agreements.htm>

390. The United States government Hospital Readmissions Reduction Program (HRRP): офіційний сайт. URL: <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/Readmissions-Reduction-Program>

391. U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services. Patient Protection and Affordable Care Act: сайт. URL: <https://www.healthcare.gov/glossary/patient-protection-and-affordable-care-act/>

392. U.S. Department of Health & Human Services. HHS Family of Agencies. URL: <https://www.hhs.gov/about/agencies/index.html>

393. U.S. Department of Health & Human Services. HHS Poverty Guidelines for 202. U.S. Federal Poverty Guidelines Used to Determine Financial Eligibility for Certain Programs. URL: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

394. United States Senate. Medicare Signed into Law: офіційний сайт. URL: https://www.senate.gov/artandhistory/history/minute/Medicare_Signed_Into_Law.htm

395. USAID Project «Health Reform Support». URL: <https://www.usaid.gov/node/71471>

396. Van den Brink-Muinen A., Maarros H., Tähepõld H. Communication style in primary health care in Europe. *Health Education*. 2008. Vol. 108, № 5. Pp. 384–396. DOI: <https://doi.org/10.1108/09654280810900008>

397. Vasylieva T. A., Liulov O. V., Pimonenko T. V., Vojtovič S. & Bilan Y. V. Financial, socio-economic, environmental and public health patterns of creating regional roadmaps to prevent the spread of the COVID-19 epidemic. *Financial and credit activity: problems of theory and practice*. 2020. № 4 (35). Pp. 295–310. URL: <https://doi.org/10.18371/fcaptp.v4i35.222136>

398. Veresniuk N., Barzylovyh A., Zabolotna A., Boiko M., Rybchych I. Healthcare facilities management in digitalization context. *International Journal of Health Sciences*. 2021. № 5 (3). Pp. 429–440. URL: <https://sciencescholar.us/journal/index.php/ijhs/article/view/1773>

399. Waring J., Dixon-Woods M., Yeung K. Modernising medical regulation: where are we now? *Journal of Health Organization and Management*. 2010. Vol. 24, № 6. Pp. 540–555. URL: <https://doi.org/10.1108/14777261011088647>

400. Wendt K. *Social Theory of International Politics*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003. 429 p. URL: <http://www.guillaumenicaise.com/wp-content/uploads/2013/10/Wendt-Social-Theory-of-International-Politics.pdf>

401. William James Mills. *Exploring polar frontiers: a historical encyclopedia*. ABC-CLIO, Inc, 2003. 499 p.

402. World Health Organization. Regional Office for Europe // *European health care reform: analysis of current strategies* / ed. by Richard B. Saltman and Josep Figueras. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1997. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107267>

403. World Medical Association (WMA): офіційний сайт. URL: <http://www.wma.net/>

404. Zhang Y., Xu L. Research on risk management of medical and health care integration projects based on fuzzy WINGS-G1 // *Kybernetes*. 2021. Vol. ahead-of-print, No. ahead-of-print. URL: <https://doi.org/10.1108/K-07-2021-0578>

405. Zimmerman M. S. Health information-seeking behaviour in the time of COVID-19: information horizons methodology to decipher source path during a global pandemic. *Journal of Documentation*. 2019. Vol. 77, № 6. Pp. 1248–1264.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Довідки про впровадження результатів дисертації



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

вул. М.Грушевського, 7, м. Київ, 01601, тел. (044) 253-61-94, E-mail: moz@moz.gov.ua,
web: http://www.moz.gov.ua, код ЄДРПОУ 00012925

від 01.09.2022 р. № 013-04/200305 На № _____ від _____

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Барзилович Анастасії Дмитрівни
на тему: "Державне регулювання ринку медичних послуг в Україні"
25.00.02 механізм державного управління

Міністерство охорони здоров'я України повідомляє, що сформовані висновки у дисертаційному дослідженні Барзилович А.Д. дозволяють розкрити особливості надання медичних послуг та послуг з реабілітації населенню, у тому числі ветеранам війни. Робота містить науково обґрунтовані розробки, які забезпечують задоволення потреб суспільства у підходах, методах і засобах створення умов попередження негативних наслідків розвитку хронічних хвороб, наданні якісних та доступних медичних послуг, та послуг з реабілітації населенню, у тому числі ветеранам війни.

Результати дослідження містять практичні рекомендації з удосконалення механізмів державного управління організацією надання медичних послуг та послуг з реабілітації населенню, у тому числі ветеранам війни. Матеріали дисертаційного дослідження Барзилович А.Д. використані у практичній діяльності Міністерства охорони здоров'я України, зокрема у роботі застосовано авторські розробки та пропозиції щодо:

удосконалення механізму державного регулювання надання медичних послуг та послуг з реабілітації населенню, у тому числі ветеранам війни, в умовах трансформації системи охорони здоров'я;

удосконалення Порядку здійснення реабілітаційних заходів.

ВИСНОВОК: результати, отримані автором, у ході дисертаційного дослідження містять практичні рекомендації, які імплементовано у відповідних нормативно-правових актах.

Державний секретар



[Handwritten signature]

Інна СОЛОДКА



**МІНІСТЕРСТВО
РОЗВИТКУ ГРОМАД ТА ТЕРИТОРІЙ УКРАЇНИ**

вул. Велика Житомирська, 9, м. Київ, 01601, тел./факс: (044) 284-06-08, тел. (044) 284-05-54,

590-47-69; e-mail: minregion@minregion.gov.ua, сайт: www.minregion.gov.ua;
код згідно з ЄДРПОУ 37471928

22.08.2022 № 7/15.2/8318-22 на № _____ від _____

ДОВІДКА

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Барзилович Анастасії Дмитрівни
на тему: "Державне регулювання ринку медичних послуг в Україні"
25.00.02 механізми державного управління**

Цією довідкою засвідчуємо, що результати наукового дослідження, викладені Барзилович А.Д., у дисертації на тему: "Державне регулювання ринку медичних послуг в Україні" впроваджуються в практичну діяльність Міністерства розвитку громад і територій України.

Заслуговує увагу здійснений у дисертаційному дослідженні економіко-статистичний аналіз діяльності суб'єктів надання медичних послуг і структури ринку медичних послуг, який дозволяє актуалізувати потребу територіальних громад у забезпеченні об'єктами соціальної інфраструктури, зокрема закладами охорони здоров'я, що має відобразитись у комплексних планах просторового розвитку території громад.

Результати дослідження доведені до рівня практичних рекомендацій з удосконалення механізмів державного управління організацією надання медичних послуг є корисний для коригування державної політики у сфері будівництва, у тому числі при удосконаленні державних будівельних норм.

Заступниця Міністра



Наталія КОЗЛОВСЬКА



МІНІСТЕРСТВО У СПРАВАХ ВЕТЕРАНІВ УКРАЇНИ
(Мінветеранів)

провулок Музейний, 12, м. Київ, 01001, тел. 0(44)281-08-50, тел./факс 0(44)281-08-57
E-mail: control@mva.gov.ua; Web: http:// www.mva.gov.ua Код ЄДРПОУ 42657144

Вр 14.08.2022 № 3071/01/078-82 На № _____ від _____

ДОВІДКА
про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Барзилович Анастасії Дмитрівни
на тему: "Державне регулювання ринку медичних послуг в Україні"
25.00.02 механізми державного управління

Міністерство у справах ветеранів України повідомляє, що сформовані висновки у дисертаційному дослідженні Барзилович А.Д. дозволяють розкрити особливості надання ветеранам медичних послуг та забезпечення їх технічними та іншими засобами реабілітації. Робота містить науково обґрунтовані розробки, які забезпечують задоволення потреб суспільства у підходах, методах і засобах створення умов попередження негативних наслідків розвитку хвороби, наданні якісних медичних послуг та розвитку системи охорони здоров'я, спрямованої на примноження здорового людського потенціалу в постійно змінних умовах функціонування сучасного ринку медичних послуг в Україні.

Результати дослідження доведені до рівня практичних рекомендацій з удосконалення механізмів державного управління організацією надання медичних послуг. Матеріали дисертаційного дослідження Барзилович А.Д. використані у практичній діяльності Міністерства у справах ветеранів України, зокрема у роботі застосовано авторські розробки та пропозиції щодо:

удосконалення системи цифровізації ветеранських послуг на основі створення електронного кабінету ветеранів, де автором запропоновано розміщувати інформацію щодо надання медичних послуг стосовно пільг та наявних програм, які вони отримують або можуть отримати відповідно до своєї пільгової категорії;

функціонування комплексного механізму державного регулювання медичних послуг в умовах змін та реформування для удосконалення відносин в системі «пацієнт – лікар – суспільство – держава», зокрема й вимоги щодо доступності медичних послуг для ветеранів.

Вищезазначене є підставою для висновку про практичну значущість результатів, отриманих автором дисертаційного дослідження.

Державний секретар



Олександр МАРТИНЕНКО



УКРАЇНА

ХАРКІВСЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ

ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

майдан Свободи, будинок 5, під'їзд 9, місто Харків, Харківська обл., 61022, тел. 341 56 65

E-mail: uprzdrav@kharkivoda.gov.ua, код ЄДРПОУ 02013194

22.08.2022 № 01-11-08/1040

на № _____ від _____

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження

Барзилович Анастасії Дмитрівни

на тему: "Державне регулювання ринку медичних послуг в Україні"

25.00.02 механізми державного управління

Департамент охорони здоров'я Харківської обласної військової адміністрації повідомляє, що сформовані висновки у дисертаційному дослідженні Барзилович А.Д. дозволяють розкрити особливості процесів формування та реалізації державного регулювання ринку медичних послуг та використано у роботі Департаменту. Зокрема, надані пропозиції та рекомендації, методичний інструментарій були використані в процесі аналізу нормативно-правового механізму державного регулювання ринку медичних послуг на рівні Харківського регіону.

Робота містить аналіз ринку медичних послуг в Україні, що дозволяє на його основі виявити основні тенденції, характерні саме для нашого регіону. Департаментом охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації були використані результати дисертаційного дослідження автора для підготовки аналітичних матеріалів при підготовці до селекторних нарад, у рамках проєкту «Кластер небайдужих», який створено відповідно до регіональної цільової програми «Здоров'я сім'ї» Харківської області на 2020–2027 роки з питань реформування медичної сфери регіону у контексті підвищення рівня доступності та якості медичного обслуговування населення, протидії поширенню випадків коронавірусної хвороби COVID-19.

Вищезазначене є підставою для висновку про практичну значущість результатів, отриманих автором дисертаційного дослідження.

Директор Департаменту



Максим ХАУСТОВ

УКРАЇНА**ЛОЗІВСЬКА МІСЬКА РАДА
ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

вул. Ярослава Мудрого, 1, адмінбудинок
м. Лозова, Харківська область, 64600
тел. (05745)2-66-71 E-mail: mr_lozova@lozovarada.gov.ua

16.08.22 № 02-13-12/1042
на № _____ від _____

ДОВІДКА

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Барзилович Анастасії Дмитрівни
на тему: "Державне регулювання ринку медичних послуг в Україні"
за спеціальністю 25.00.02 механізми державного управління**

Проведений авторкою дисертаційного дослідження аналіз державного регулювання ринку медичних послуг в сучасних умовах через призму трьох механізмів: нормативно-правового (у розрізі міждержавного, державного та регіонального рівнів), організаційно-управлінського та фінансово-економічного, особливо зацікавив Лозівську міську територіальну громаду, зважаючи на реформу місцевого самоврядування та територіальної організації влади для створення і підтримки повноцінного життєвого середовища для громадян.

Барзилович Анастасією Дмитрівною розроблено і доведено необхідність впровадження нових, що відрізняються від існуючих науково-практичних концептуальних підходів до державного регулювання ринку медичних послуг в Україні в умовах децентралізації, що знайшло своє відображення у плануванні та практичній роботі ТГ, а також відображено у програмі перспективного і поточного розвитку. Окремі висновки та методичний інструментарій дослідження буде застосовуватися у подальшому при підготовці Стратегії здоров'я Лозівської громади.

Особливо цікавою є запропонована активізація малого бізнесу у сфері охорони здоров'я та аспекти розвитку телемедичних послуг на базі державно-приватного партнерства.

Актуальність теми дисертаційного дослідження Барзилович А.Д. беззаперечна й визначається її відповідністю сучасним викликам та потребам державного та публічного управління, що постають внаслідок пандемії та відповідають вимогам, пов'язаними як з децентралізацією і євроінтеграцією так і роботою в умовах військового стану.

Лозівський міський голова

Сергій ЗЕЛЕНСЬКИЙ



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «КИЇВСЬКИЙ МІСЬКИЙ ЦЕНТР КОНТРОЛЮ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»

(ДУ «КИЇВСЬКИЙ МІСЬКИЙ ЦКПХ МОЗ»)

вул. Некрасовська, 10/8, м. Київ, 04053, тел. (44) 486-22-54, т.ф 486 40 27

E-mail: kccdc@ses.gov.ua, www.kccdc.ses.gov.ua, Код ЄДРПОУ 38518296

02.09.22 № 1198 На № _____ від _____

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження

Барзилович Анастасії Дмитрівни

на тему: "Державне регулювання ринку медичних послуг в Україні"

25.00.02 механізми державного управління

Дисертаційне дослідження Барзилович А.Д. «Державне регулювання ринку медичних послуг в Україні» обґрунтовує нові підходи до державного регулювання ринку медичних послуг на основі закордонного досвіду. Цією довідкою посвідчуємо, що окремі результати дисертанта викликали інтерес і знайшли своє застосування у практичній діяльності ДУ «Київський міський ЦКПХ МОЗ».

Вважаємо цікавим та актуальним запропоноване автором комплексне наукове дослідження механізмів державного регулювання ринку медичних послуг та розроблення практичних рекомендацій щодо їхнього вдосконалення в Україні в контексті реалізації і розробки регіональних та місцевих цільових програм забезпечення громадського здоров'я.

Запропоновані дисертанткою результати дослідження також мають практичну значущість для виконання завдань та функцій визначених у Статуті ДУ «Київський міський ЦКПХ МОЗ», зокрема, при розробці пропозицій до проектів нормативно-правових актів, стратегій, програм та концепцій у сфері забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя населення, громадського здоров'я, біологічної безпеки та біологічного захисту, епідеміологічного нагляду, захисту населення від інфекційних хвороб, попередження та профілактики неінфекційних захворювань.

Вважаємо розробки автора ефективними та маємо намір їх використовувати у подальшій практичній та методичній роботі.

Генеральний директор

Сергій ЧУМАК



КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО
**«КИЇВСЬКА МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ
 ДОПОМОГИ»**

ВИКОНАВЧИЙ ОРГАН КИЇВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
 (КИЇВСЬКА МІСЬКА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ)

02166, м. Київ-166, вул. Братиславська, 3, тел. (044) 527-69-76, факс (044) 518-04-44, код ЄДРПОУ 00184945

№ 352 від "2" листопада 2022 року

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження

Барзилович Анастасії Дмитрівни

на тему: "Державне регулювання ринку медичних послуг в Україні"

25.00.02 механізми державного управління

Дисертаційне дослідження Барзилович А.Д. «Державне регулювання ринку медичних послуг в Україні» обґрунтовує нові підходи до державного регулювання ринку медичних послуг на основі закордонного досвіду. Цією довідкою посвідчуємо, що окремі результати дисертанта викликали інтерес і знайшли своє застосування у практичній діяльності Департаменту охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації).

Вважаємо цікавим та актуальним запропоноване автором комплексне наукове дослідження механізмів державного регулювання ринку медичних послуг та розроблення практичних рекомендацій щодо їхнього вдосконалення в Україні. В контексті здійснюваного Департаментом прогнозування розвитку мережі закладів охорони здоров'я на території міста Києва та нормативне забезпечення населення медичною допомогою, було використано запропоноване авторкою сегментування ринку медичних послуг міста Київ за джерелами фінансування медичної діяльності і формою власності на медичні матеріали.

Запропоновані дисертанткою результати дослідження також використовувались при підготовці проекту міської цільової програми «Громадське здоров'я» на 2022-2025 роки», який схвалено розпорядженням виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) від 28.08.2021 № 1837.

Вважаємо розробки автора ефективними та маємо намір їх використовувати у подальшій практичній та методичній роботі.

В.о. директора



Віктор ДОРОШ

ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ
«ПРИВІТНА КЛІНІКА»
ЄДРПОУ 44257039, Україна, 02059, м. Київ, вул. Драгоманова, буд. 4а, приміщення 187, 188

Вих. № 2 від 05.01 2023р.

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Барзилович Анастасії Дмитрівни
на тему: "Державне регулювання ринку медичних послуг в Україні"
25.00.02 механізми державного управління

Довідка засвідчує, що окремі результати дисертаційного дослідження були впроваджені в діяльності Медичного центру «Привітна клініка» Товариства з обмеженою відповідальністю «Привітна клініка». Медичний центр «Привітна клініка» є приватним медичним закладом основою діяльності якого є педіатрична практика. В медичному центрі працює команда лікарів - професіоналів, що діє згідно принципів доказової медицини та нових клінічних протоколів (міжнародних клінічних протоколів), зокрема Duodecim, CDC, BMJ.

Матеріали дисертаційного дослідження були використані при розробці Стратегії розвитку закладу як суб'єкта господарської діяльності.

Вважаємо актуальним та доцільним розвиток медичного страхування в Україні, що знайшло відображення у дисертаційному дослідженні Барзилович А. Д. Це значно поживає ринок медичних послуг та дозволить залучати додаткове фінансування приватним закладам охорони здоров'я, на основі дотримання відповідності гарантованих послуг фактично наданим послугам, дослідження вартості страхової події в медичних закладах різних цінових груп, запровадження франшизи тощо.

Директор ТОВ «ПРИВІТНА КЛІНІКА»


Т.Лукаш


ОФІС ЕФЕКТИВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ

04070, Київ, вул. Григорія Сковороди, 21/16, блок В
office@brdo.com.ua, +38 (094) 832 49 12, www.brdo.com.ua



№ 637/1 від 14.09.22р.

ДОВІДКА**про впровадження результатів дисертаційного дослідження****Барзилович Анастасії Дмитрівни****на тему: "Державне регулювання ринку медичних послуг в Україні"****25.00.02 механізми державного управління**

Довідка засвідчує, що результати дисертаційного дослідження були використані в діяльності Громадської організації «Офіс ефективного регулювання» (Better Regulation Delivery Office — BRDO) при підготовці аналітичних матеріалів щодо медичної реформи для закладів вторинної медичної допомоги.

Серед основних аспектів використаних у діяльності громадської організації результатів є визначення механізмів державного регулювання ринку медичних послуг. Зокрема, вплив держави як основної системоутворюючої ланки, яка забезпечує правову основу для соціально-економічної взаємодії в країні на ринку медичних послуг та профілактичної допомоги.

Практичні розробки слугують інструментарієм для формування ефективного державного регулювання діяльності з надання медичних послуг на основі медичного страхування та створення малого бізнесу в медичній сфері і забезпечення відповідних інституційних умов.

Дисертаційне дослідження авторки удосконалює державну політику на ринку медичних послуг, що дозволить перетворити Україну на європейську демократичну державу з ефективним управлінням та розвинутою економікою.

Голова Правління**Олексій ДОРОГАНЬ**



Київський національний університет
імені Тараса Шевченка

Навчально-науковий центр
«ІНСТИТУТ БІОЛОГІЇ ТА
МЕДИЦИНИ»



Київський національний університет імені Тараса Шевченка
вул. Володимирська, 64/13, 01601 Київ, Україна
тел. +38 044 5213598; e-mail: biomed@knu.ua
<https://biomed.knu.ua/>

№ 036/128
від 07.09.2020р.

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Барзилович Анастасії Дмитрівни
на тему: "Державне регулювання ринку медичних послуг в Україні"
25.00.02 механізми державного управління

Довідка засвідчує, що результати дисертаційного дослідження були впроваджені у Навчально-науковому центрі "Інститут біології та медицини" Київського національного університету імені Тараса Шевченка.

Практичні розробки Барзилович А. Д. були використані у діяльності кафедри фундаментальної медицини під час формування навчально-методичного комплексу освітнього компоненту та проведення аудиторних занять з дисципліни «Соціальна медицина, громадське здоров'я» (освітній рівень «магістр») та підготовки магістерських робіт.

Зокрема, були використані теоретичні положення щодо формування понятійно-категоріального апарату державного регулювання ринку медичних послуг, зокрема: ринок медичних послуг як об'єкт державного регулювання; особливості, напрями, функції та принципи державного регулювання ринку медичних послуг в сучасних умовах; моделі державного регулювання ринку медичних послуг зарубіжних держав та умови імплементації їх досвіду в Україні. Дані положення є підґрунтям для формування інструментарію державного управління на ринку медичних послуг.

Також були використані наукові публікації авторки у розробці робочих програм, силабусів освітньо-наукових програм Інституту:

1. Барзилович А. Д. Суб'єкти національного ринку медичних послуг в Україні *Наукові перспективи* 2020, 1 (1) 17 [https://doi.org/10.32689/2708-7530-2020-1\(1\)-17-29](https://doi.org/10.32689/2708-7530-2020-1(1)-17-29)

2. Барзилович А. Д. Фінансовий механізм державного регулювання розвитку охорони здоров'я України. *Науковий вісник: Державне управління* 3, №. 3(5) (Вересень 14, 2020): 34–48. <https://nvdu.undicz.org.ua/index.php/nvdu/article/view/93>.

3. Барзилович А. Д. Економічні методи регулювання ринку медичних послуг в Україні "Світ економічної науки. Випуск 20": матеріали міжнародної науково-практичної інтернет-конференції економічного спрямування. - Тернопіль, 2020. 74 с. С.51-54 http://www.economy-confer.com.ua/download.php?file=file_1592857483.pdf

4. Барзилович А. Д. Моніторинг ефективності регулювання ринку медичних послуг. *Інвестиції: практика та досвід* № 23, 2020 DOI: 10.32702/2306-6814.2020.23.124

5. Барзилович А. Д. Наукові підходи до визначення понять «ринок медичних послуг», «державне регулювання ринку медичних послуг» *Держава та регіони. Серія: Державне управління*, 2019, № 4 (68) DOI <https://doi.org/10.32840/1813-3401-2019-4-12>

6. Барзилович А. Д., Перспективи публічного управління ринку медичних послуг. *Публічне управління та митне адміністрування*, 2021. № 1 (28), DOI <https://doi.org/10.32836/2310-9653-2021-1.1>

Завідувач

кафедри фундаментальної медицини

Вікторія ХОПЕРІЯ

Заступник директора

ННЦ «Інститут біології та медицини»



Ольга ХАРЧЕНКО

ДОДАТОК Б

Вихідні дані для розробки SWOT-аналізу українського ринку медичних послуг на основі світового досвіду на основі BMI Global Pharmaceuticals and Healthcare Report, 2021



Europe Pharmaceuticals Report

The European region will continue to attract significant investment from multinational pharmaceutical firms, although drugmakers will find different opportunities in the Western and Emerging Europe sub-regions due to region-specific trends. The more developed Western markets will continue to be favoured by innovative drugmakers due to stronger regulatory oversight and greater purchasing power, although growth in these markets will be suppressed by aggressive cost containment. Revenue growth potential is significant in Emerging Europe due to the expansion of healthcare access; however, the majority of growth will be driven by generic drug sales. Across the region, we expect growth rates to have rebalanced in 2022 following significant spending on Covid-19 vaccines in 2021. Over the long

term, the impact of higher public debt, spurred by emergency pandemic spending, and high levels of inflation will serve to reduce limited growth, particularly in markets with a more fragile macroeconomic position.

Providing expert analysis, independent forecasts and competitive intelligence on the pharmaceuticals and healthcare industry.

Report includes: Industry View, Industry SWOT Analysis, Industry Forecasts, Pharmaceuticals and Healthcare Risk Reward Index, Market Summary, Economic Forecasts, Company Profiles and Competitive Landscape.

Benefit from the latest market opportunities

- Understand the threats to your operations and investments and protect your company against future risks
- Gain insight on emerging trends that could support, strengthen or disrupt your activities in the market
- Get a full view of the competitive landscape to assess your market position
- The Europe Pharmaceuticals Report features Fitch Solutions' forecasts for drugs and healthcare expenditure and imports and exports, focusing on the growth outlook for the prescription, OTC, patented drugs and generics market segments.

Fitch Solutions' Europe Pharmaceuticals Report provides industry professionals, strategists, company executives, investors, analysts and sales/marketing heads with independent forecasts and competitive intelligence on the Algeria pharmaceutical and healthcare industry.

Key Benefits

- Benchmark Fitch Solutions' pharmaceutical and healthcare market forecasts, to test other views - a key input for successful budgeting and strategic business planning in the pharmaceutical and healthcare market
- Target business opportunities and risks in the pharmaceutical and healthcare sector through our reviews of latest industry trends, regulatory changes and major deals, projects and investments

- Assess the activities, strategy and market position of your competitors using our company profiles (including SWOTs, KPIs and latest activity) and competitive landscape tables



Ukraine Pharmaceuticals Report

Shortages of electricity have exacerbated issues Ukraine has been facing since the start of the armed conflict with Russia. Disruptions to logistical networks and infrastructure will continue to negatively impact medicine availability and supply. This will be further compounded by high inflation rates, leading us to expect a negative annual real growth rate for the country's pharmaceutical market in 2023. As we do not expect the war to finish in Ha23 at least, short-term risks to our forecasts remain skewed to the downside.

Providing expert analysis, independent forecasts and competitive intelligence on the pharmaceuticals and healthcare industry.

Report includes: Industry View, Industry SWOT Analysis, Industry Forecasts, Pharmaceuticals and Healthcare Risk Reward Index, Market Summary, Economic Forecasts, Company Profiles and Competitive Landscape.

Benefit from the latest market opportunities

Understand the threats to your operations and investments and protect your company against future risks

Gain insight on emerging trends that could support, strengthen or disrupt your activities in the market

The Ukraine Pharmaceuticals Report features Fitch Solutions' forecasts for drugs and healthcare expenditure and imports and exports, focusing on the growth outlook for the prescription, OTC, patented drugs and generics market segments.

Fitch Solutions' Ukraine Pharmaceuticals Report provides industry professionals, strategists, company executives, investors, analysts and sales/marketing heads with independent forecasts and competitive intelligence on the Algeria pharmaceutical and healthcare industry.

Key Benefits

- Benchmark Fitch Solutions' pharmaceutical and healthcare market forecasts, to test other views - a key input for successful budgeting and strategic business planning in the pharmaceutical and healthcare market
- Target business opportunities and risks in the pharmaceutical and healthcare sector through our reviews of latest industry trends, regulatory changes and major deals, projects and investments
- Assess the activities, strategy and market position of your competitors using our company profiles (including SWOTs, KPIs and latest activity) and competitive landscape tables

ДОДАТОК В

Структура видатків державного бюджету України, 2021 р.

Таблиця В.1.

Видатки державного бюджету України в 2021 р. (млн. грн.)

2021	Видатки		
на 01.02.2021	71570,4	за січень	71570,4
на 01.03.2021	164335,7	за лютий	92765,3
на 01.04.2021	276058,3	за березень	111722,6
на 01.05.2021	385252,7	за квітень	109194,4
на 01.06.2021	509428,2	за травень	124175,5
на 01.07.2021	633631,0	за червень	124202,8
на 01.08.2021	732441,3	за липень	98810,3
на 01.09.2021	828410,3	за серпень	95969,0
на 01.10.2021	960865,6	за вересень	132455,3
на 01.11.2021	1070497,0	за жовтень	109631,4
на 01.12.2021	1221218,5	за листопад	150721,6
на 31.12.2021	1490258,9	за грудень	269040,4
план на 2021 •	1320152,6	виконання	112,9%

Видатки державного бюджету України (функціональна класифікація)
в 2021 р. (млн. грн.)

на 31.12.2021 (за 2021 р.)	Код бюджетної класифікації	Видатки	
Усього		1490258,9	100.00%
Загальнодержавні функції	0100	206643,1	13.87%
у т.ч. Обслуговування держборгу	0170	155651,8	10.44%
Оборона	0200	127527,3	8.56%
Громадський порядок, безпека, судова влада	0300	174409,6	11.70%
Економічна діяльність	0400	180989,9	12.14%
Охорона навколишнього середовища	0500	8200,2	0.55%
Житлово-комунальне господарство	0600	164,1	0.01%
Охорона здоров'я	0700	170505,2	11.44%
Духовний та фізичний розвиток	0800	15970,3	1.07%
Освіта	0900	63837,1	4.28%
Соціальний захист та соціальне забезпечення	1000	339278,9	22.77%
у т.ч. Соціальний захист пенсіонерів	1020	201161,8	13.50%
Міжбюджетні трансферти	0180	202733,3	13.60%

Видатки державного бюджету України
(економічна класифікація) в 2021 р. (млн. грн.)

на 31.12.2021 (за 2021 р.)	Код бюджетної класифікації	Видатки	
Усього		1490258,9	100.00%
Поточні видатки	2000	1356168,4	91.00%
Оплата праці і нарахування на заробітну плату	2100	262777,3	17.63%
Використання товарів та послуг	2200	382503,2	25.67%
Обслуговування боргових зобов'язань	2400	153051,8	10.27%
у т.ч. Обслуговування внутрішніх боргових зобов'язань	2410	102116,6	6.85%
у т.ч. Обслуговування зовнішніх боргових зобов'язань	2420	50935,2	3.42%
Поточні трансферти	2600	195338,4	13.11%
Соціальне забезпечення	2700	343498,1	23.05%
у т.ч. Виплата пенсій та допомоги	2710	202329,4	13.58%
Інші поточні видатки	2800	18999,6	1.27%
Капітальні видатки	3000	134090,5	9.00%
Придбання основного капіталу	3100	32018,6	2.15%
Капітальні трансферти	3200	102071,9	6.85%

Видатки державного бюджету України
(програмна класифікація) в 2021 р. (млн. грн.)

на 31.12.2021 (за 2021 р.)	Код бюджетної класифікації	Видатки	
Усього		1490258, 9	100.00%
Верховна Рада України	0110000	2406,0	0,16%
Державне управління справами	0300000	3320,4	0,22%
Госфін. департамент Секретаріату КМУ	0410000	2491,1	0,17%
Державна судова адміністрація	0500000	17341,2	1,16%
Верховний, Конституційний та інші вищі суди України	0600000- 0800000	279,3	0,02%
Генеральна прокуратура України	0900000	10622,0	0,71%
Міністерство внутрішніх справ	1000000	105536,2	7,08%
Міністерство економічного розвитку і торгівлі	1200000	18587,0	1,25%
Міністерство економічного розвитку (загальнодержавні витрати)	1210000	90,3	0,01%
Міністерство закордонних справ	1400000	4576,4	0,31%
Міністерство оборони	2100000	125956,5	8,45%
Міністерство освіти і науки	2200000	49724,7	3,34%
Міністерство освіти і науки (загальнодержавні витрати)	2210000	103749,5	6,96%
Міністерство охорони здоров'я	2300000	170470,2	11,44%
Міністерство охорони здоров'я (загальнодержавні витрати)	2310000	5726,9	0,38%
Міністерство екології та природних	2400000	6672,0	0,45%

ресурсів			
Міністерство соціальної політики	2500000	327413,8	21,97%
у т.ч. Пенсійний фонд	2506000	201161,8	13,50%
Міністерство соціальної політики (загальнодержавні витрати)	2510000	1055,7	0,07%
Міністерство промислової політики	2600000	2593,5	0,17%
Міністерство регіонального розвитку та ЖКГ	2750000	1128,1	0,08%
Міністерство регіонального розвитку та ЖКГ (загальнодержавні витрати)	2760000	28203,7	1,89%
Міністерство аграрної політики	2800000	6908,5	0,46%
Міністерство інфраструктури	3100000	6836,3	0,46%
Держагентство автомобільних доріг	3110000	129947,5	8,72%
Держагентство автомобільних доріг (загальнодержавні витрати)	3130000	25751,3	1,73%
Міністерство молоді та спорту	3400000	5018,4	0,34%
Міністерство фінансів	3500000	25518,7	1,71%
Міністерство фінансів (загальнодержавні витрати)	3510000	193792,0	13,00%
Міністерство юстиції	3600000	16468,7	1,11%
Міністерство інформаційної політики	3800000	10786,2	0,72%
Національне антикорупційне бюро	6320000	1029,1	0,07%
Національне агентство з питань запобігання корупції	6330000	1109,7	0,07%
Державне космічне агентство	6380000	1301,1	0,09%
СБУ	6520000	15420,0	1,03%
Національні академії	6540000- 6590000	14461,7	0,97%
ЦВК	6730000	321,7	0,02%

ЦВК (загальнодержавні витрати)	6740000	34,7	0,00%
Інші державні агентства, комітети, комісії та служби	5000000- 6800000	20531,7	1,38%
Облдержадміністрації та КМ АР Крим	7710000- 7970000	7654,5	0,51%

ДОДАТОК Г

Обсяги реалізованих послуг у сфері охорони здоров'я в Україні

Види діяльності	Код за КВЕД	Обсяги реалізованих послуг, тис. грн.	В тому числі надано населенню послуг, тис. Грн.
Охорона здоров'я та надання соціальної допомоги	Q	21790213,9	17106077,2
Охорона здоров'я	86,0	21756288,2	17087596,3
Діяльність лікарняних закладів	86,1	9714606,2	7468717,4
Медична та стоматологічна практика	86,2	10396503,8	8621508,1
Інша діяльність у сфері охорони здоров'я	86,9	1645178,2	997370,8
Надання послуг догляду із забезпеченням проживання	87,0	27607,9	13634,2
Діяльність із догляду за хворими із забезпеченням проживання	87,1	к/с	к/с
Надання послуг догляду із забезпеченням проживання для осіб з розумовими вадами та хворих на наркоманію	87,2	4855,1	4853,1
Надання послуг догляду із забезпеченням проживання для осіб похилого віку та інвалідів	87,3	9615,0	8103,4
Надання інших послуг догляду із забезпеченням проживання	87,9	к/с	к/с

Надання соціальної допомоги без забезпечення проживання	88	6317,8	4846,7
Надання соціальної допомоги без забезпечення проживання для осіб похилого віку та інвалідів	88,1	2015,2	1033,2
Надання іншої соціальної допомоги без забезпечення проживання	88,9	4302,6	3813,5

ДОДАТОК Д

КОНЦЕПЦІЯ

державного регулювання ринку медичних послуг

Місія. Місією Концепції державного регулювання ринку медичних послуг є створення здорового суспільства.

Передумови. Головною причиною погіршення економічних показників в країні, що зумовлює необхідність реформування сфери охорони здоров'я, можна назвати наступні: високий рівень смертності, зменшення чисельності лікарів, незадовільний рівень кваліфікації медичного персоналу, значні витрати на утримання сфери охорони здоров'я, низький рівень матеріального забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я.

Державне регулювання передбачає опрацювання певних обмежень, тобто експлуатацію об'єктів та діяльність суб'єктів, які обмежують вільне функціонування в рамках даної системи. На сьогодні існує певна невідповідність між законодавством, яке регулює діяльність з надання медичної допомоги та організаційними аспектами забезпечення регулювання даної діяльності; інституціональне забезпечення функціонування комплексної системи охорони здоров'я.

Мета. Головна мета розроблення Концепції державного регулювання ринку медичних послуг полягає у задоволенні потреб суспільства у підходах, методах і засобах створення умов попередження негативних наслідків розвитку хвороби, наданні якісних медичних послуг та розвитку системи охорони здоров'я, спрямованої на примноження здорового людського потенціалу умовах функціонування, які постійно змінюються.

Цілі і підцілі.

Ціль 1. Формування державного регулювання і підтримки медичних послуг на основі ринкових ідей.

Підціль 1.1. Розробка заходів, спрямованих на забезпечення ефективності надання медичних послуг з урахуванням умов ринку.

Підціль 1.2. Розробка механізму регулювання ринку медичних послуг.

Підціль 1.3. Удосконалення нормативно-правової бази в частині оцінки якості медичних послуг.

Ціль 2. Підвищення якості надання медичної допомоги.

Підціль 2.1. Оцінка задоволеності споживачів у наданні якісних медичних послуг.

Підціль 2.2. Розвиток структури медичних послуг в частині збільшення їхньої кількості та підвищення якості.

Підціль 2.3. Розвиток матеріально-технічної бази для ефективної діагностики та лікування.

Підціль 2.4. Формування та розвиток профілактичних напрямів в умовах удосконалення ринку медичних послуг.

Підціль 2.5. Запровадження державних програм, спрямованих на удосконалення надання якісної медичної допомоги.

Ціль 3. Удосконалення методів ціноутворення на ринку медичних послуг.

Підціль 3.1. Визначення напрямів державного контролю за формуванням цін на ринку медичних послуг.

Підціль 3.2. Розширення структури медичних послуг в частині виділення найбільш прибуткових.

Підціль 3.3. Розробка методики розрахунку вартості та нормативів на ринку медичних послуг.

Підціль 3.4. Визначення регулюючих механізмів з метою встановлення рекомендованих цін на ринку медичних послуг.

Ціль 4. Підвищення конкурентоспроможності суб'єктів на ринку медичних послуг.

Підціль 4.1. Визначення відповідальних за підвищення якості управління в системі медичних послуг.

Підціль 4.2. Формування інституційного середовища впровадження маркетингової стратегії.

Підціль 4.3. Визначення напрямів інноваційної діяльності на ринку медичних послуг.

Підціль 4.4. На основі розвитку логістичного маркетингу розроблення напрямів покращення організаційно-технічного забезпечення.

Ціль 5. Модернізація кадрової політики на ринку медичних послуг.

Підціль 5.1. Розвиток мережі закладів освіти.

Підціль 5.2. Забезпечення та контроль заходів з підвищення кваліфікації медичного персоналу.

Підціль 5.3. Формування напрямів стримування відтоку висококваліфікованих кадрів з держави.

Ціль 6. Розвиток приватного ринку і ринку громадської охорони здоров'я.

Підціль 6.1. Закріплення в нормативно-правових документах комплексних заходів із розвитку медичного страхування.

Підціль 6.2. Визначення державних програм закупівлі медичного обладнання.

Ціль 7. Адаптація системи надання медичних послуг до умов на ринку, що пов'язані з військовими діями та у повоєнному періоді

Підціль 7.1. Адаптація системи надання медичних послуг до умов на ринку, що пов'язані з військовими діями (лікування та надання медичних послуг військовим у мобільних шпиталях)

Підціль 7.2. Адаптація системи надання медичних послуг до умов на ринку, що пов'язані з військовими діями (надання реабілітаційних послуг військовим)

Підціль 7.3. Відбудова та відновлення медичних закладів у повоєнному періоді та їх забезпечення

Підціль 7.4. Подальше реформування системи медичних послуг

Принципи. Особливість формування принципів надання медичної допомоги полягає в тому, що вони з одного боку повинні відповідати

максимально повному задоволенню потреб споживачів медичних послуг, а з іншого – забезпечувати досягнення ефективності функціонування системи управління ринком медичних послуг. До принципів з боку споживачів можна віднести такі принципи, як доступність, прийнятність, рівність, наявність та якість.

Функції. Планування, інформаційна підтримка, фінансово-економічна, організаційна, моніторинг та контроль, регулююча.

Суб'єкти та об'єкти. Діяльність суб'єктів надання медичних послуг спрямована на аналіз показників та напрямів розвитку системи управління охороною здоров'я та моніторинг і контроль досягнутого результату. Суб'єктами надання послуг є держава та її органи в особі Верховної Ради України та Кабінету Міністрів України, які здійснюють визначення стратегії розвитку галузі, її нормативне закріплення. На більш низькому рівні діє територіальний уряд, який координує діяльність територіальних систем охорони здоров'я. На нижчому рівні діє місцевий уряд, який визначає кількість лікувально-профілактичних закладів, оптимізує роботу щодо надання медичних послуг на місцевому рівні.

Об'єкт управління охороною здоров'я функціонує за принципом системи, на яку впливають зовнішні фактори, стейкхолдери, громадськість, економічний стан. В якості вхідних ресурсів визначаються матеріальне забезпечення охорони здоров'я, кадрове забезпечення надання медичних послуг, споживачі медичних послуг, фінансово-економічне забезпечення функціонування системи охорони здоров'я. В результаті функціонування системи має бути розроблено удосконалену систему охорони здоров'я. Процес перетворення вхідних ресурсів передбачає удосконалення нормативної бази за рахунок ефективного керівництва на державному, територіальному та місцевому рівнях.

Інституціональне забезпечення. Регулювання системи охорони здоров'я забезпечує умови для взаємодії всіх учасників ринку через державні установи та інструменти для моніторингу ринку медичних послуг. Цілі, завдання, інститути та інструменти кожного рівня різні, але всі вони спрямовані на вирішення

спільних проблем на ринку медичних послуг відповідно до організаційних і інституційних стандартів в системі охорони здоров'я України. Їх можна розділити на наступні категорії: управління, економічний примус і соціальна психологія. Суворі відмінності між урядом і адміністрацією, методи економічного примусу і психосоціальні методи не надто дієві, тому тимчасові методи управління і економічні методи мають різні характеристики.

Оцінювання і моніторинг. Ефективність функціонування ринку медичних послуг забезпечується завдяки досягненню балансу між потребами усіх учасників, інституціонального забезпечення ринку та оптимального співвідношення між результативністю діяльності ринку та витратами на її забезпечення.

ДОДАТОК Л

ПРОПОЗИЦІЇ ЩОДО ВИМОГ ДО БУДВЕЛЬ І СПОРУД

Позитивний ефект, завдяки розвитку механізмів управління закладами первинної медико-санітарної допомоги, може бути досягнутий шляхом вдосконалення комплексу організаційно-планувальних заходів на відповідному рівні управління. Деталізація та застосування комплексного підходу сприятиме позитивним змінам та можливостям залучення додаткових джерел фінансування.

Так, доцільним є застосування функціонально відокремлених від коридорів і прилеглих до реєстратури конкретного відділення. Ця схема передбачає можливість організації медичних кабінетів зі штучним або верхнім природним освітленням. Цю схему можна трансформувати у схему з розподілом потоків інфікованих та умовно здорових первинних пацієнтів.

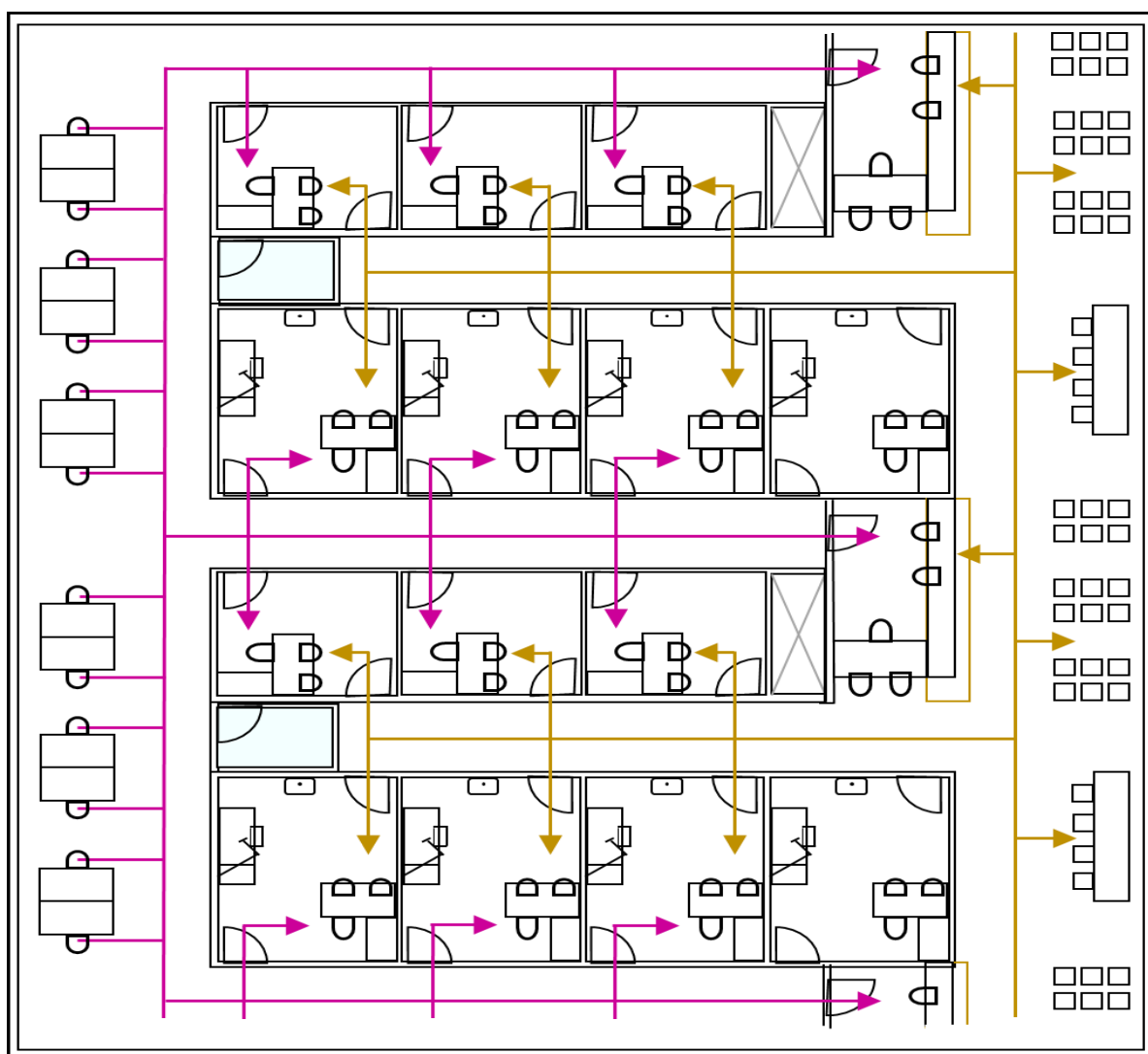


Рис. Л.1. Приклади окремих коридорів для амбулаторного персоналу та пацієнтів.

Щодо управління закладами первинної медико-санітарної допомоги важливу роль відіграє транспортна доступність, яка враховує наявність громадського транспорту та відповідних маршрутів транспортування пацієнтів до місць надання первинної медичної допомоги.

Для розміщення пунктів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) передбачено наступне:

1. Надавачі ПМСД повинні формувати групові практики ПМСД для координації надання ПМСД, забезпечення безперервності надання ПМСД, раціонального та ефективного використання ресурсів для надання медичних послуг ПМСД. Оптимальний обсяг практики ПМСД становить: тисяча вісімсот осіб на одного лікаря загальної практики — сімейного лікаря; дві тисячі осіб на одного терапевта; дев'ятсот осіб на одного педіатра. Цей показник визначено оновленими наказами МОЗ. Маючи нормативні навантаження та чисельність населення в громадах, районах, мікрорайонах, ПМСД можна параметрично нормувати.

2. Базовим параметром нормування буде концентрація населення в системі розселення. Його поточна та прогнозована (на найближчий період) демографічна структура. При цьому зберігаються радіуси обслуговування, нормовані чинними державними будівельними нормами ДБН В 2.2-12:2019 «Планування і забудова територій».

На даний час у селі з 2000 жителями є амбулаторія (кабінет), в якій працює 1 сімейний лікар та 1 педіатр. Чотирьохтисячний квартал має розраховувати на амбулаторію з двома сімейними лікарями загальної практики та одним педіатром. Мікрорайон на 8 тис. мешканців — відповідно на 4 сімейних лікарів та 2 педіатрів. Відповідно мікрорайон на 12 тисяч жителів — відповідно 8 сімейних лікарів та 4 педіатри — така кількість лікарів може об'єднати центр ПМСД у поліклініці, або 60 окремо.

3. Відповідно до наказу МОЗ України та Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України від 06.02.2018 № 178/24 критеріями спроможності мережі для надання ПМСД є: задоволеність запитів населення на послуги ПМСД, що визначається на основі соціально-демографічної ситуації, поточних і прогнозних показників природного та міграційного руху, показників захворюваності та інших статистичних даних щодо населення відповідної території планування; максимальна потужність спроможної мережі надання ПМСД, яка становить у середньому чотири відвідування місця надання ПМСД на рік на одного мешканця відповідної території планування. Орієнтовне навантаження на одну робочу зміну – двадцять чотири відвідування. Біля третини візитів не потребують залучення лікаря, а ПМД може надати пацієнту середній медичний персонал;

Для розвитку спроможної мережі ПМСД пропонуються типи будівель:

Центр ПМСД (Тип «Ц») — штатне місце надання ПМД не менше семи лікарів, розташоване в межах центрального ТД;

амбулаторія групової практики (Тип «АГ») — постійне місце надання ПМД не менше двох лікарів, розташоване в межах центральної ТД та периферійної ТД першої черги;

амбулаторія монопрактики (Тип "АМ") — штатне місце надання ПМСД одним лікарем, розташоване в межах периферійного ТД другого ДПЗ (тип «ПЗ») — нерегулярне місце надання ПМСД, розташоване на території периферійного ТД першого або другого порядку. як додаткова інфраструктура.

4. Радіус медичної допомоги, що знаходиться у сільськогосподарській зони, слід приймати: для амбулаторно-поліклінічних заходів - не більше 1000 м; для аптек та аптечних пунктів - 500 м.

5. Цей радіус (1000 м) розрахований на пішохідну доступність протягом 1/5-1/6 години - тобто 10-12 хвилин. Дозволено вибір об'єкта з урахуванням стабільної роботи громадського транспорту – із середньою швидкістю 20 км/год

– відстань збільшиться до 4-5 км, а також використання власного пасажирського транспорту із середньою швидкістю 40 км. за годину - радіус обслуговування - 10 км. Щодо параметризації та нормування станцій екстреної медичної допомоги (ШМД). Радіуси готовності, регламентовані в часі готовності від виклику до прибуття автомобіля ШМД, специфічні для станцій екстреної допомоги, при забезпеченні 10 хвилин доступності (не враховуючи додаткових 5 хвилин часу на прийняття рішення та вхід до будинку бригади) буде еквівалентно 10 кілометрам безперешкодного руху автомобіля аварійної (швидкої) наявності переважно швидкісних трас може збільшити цей радіус до 15 м, а з урахуванням завантаженість міських вулиць (без виділених смуг для автомобілів швидкої допомоги), зробити цей радіус вдвічі меншим – а саме 5 км. Організація вертолітної мережі дозволяє покривати окремі віддалені території з радіусами обслуговування (доступності) з радіусами до

50 км — якщо швидкість транспортного засобу до 200 км/год, і відповідно 25 км — якщо швидкість 100 км/год. Звичайно, радіуси можуть бути зменшені з урахуванням доступності від посадкового вертодрому до місця події. Відповідно до використання EMS літак може, враховуючи можливості *Hot oru* до пацієнта з місця посадки, збільшити радіус доступності до 100 км. Ці радіуси зменшуються на відстань до доступності шляхом розрахунку місця розташування ймовірного пацієнта.

ДОДАТОК Н

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Праці, які відображають основні наукові результати дисертації

Монографія:

1. Барзилович А. Д. Теоретико-методологічні засади державного регулювання ринку медичних послуг в Україні: монографія. Одеса: Олді +, 2022. 296 с.

*Статті у наукових періодичних виданнях, проіндексованих у базах даних**Web of Science Core Collection та/або Scopus*

2. Mechanisms for Managing Medical Institutions in Times of Crisis / A. Barzylovych et al. *Sys Rev Pharm.* 2020. № 11 (9). P. 562–568. URL: <https://www.sysrevpharm.org/abstract/mechanisms-for-managing-medical-institutions-in-times-of-crisis-66323.html> (Scopus). *Особистий внесок автора: проаналізовано досвід кризового управління у період COVID-19 на прикладі Німеччини та Чехії.*

3. Transformation of the Social and Medical Spheres under the Conditions of COVID-19 / A. Barzylovych et al. *Sys Rev Pharm.* 2020. № 11 (11). P. 1328–1337. URL: <https://www.sysrevpharm.org/abstract/transformation-of-the-social-and-medical-spheres-under-the-conditions-of-covid19-66705.html> (Scopus). *Особистий внесок автора: сформовано концептуальну моделі та принципи трансформації медичної сфери на основі нових підходів; оцінка ролі держави у формуванні інтегрованої інноваційної моделі системи охорони здоров'я.*

4. Healthcare facilities management in digitalization context / A. Barzylovych et al. *International Journal of Health Sciences.* 2021. № 5 (3). P. 429–440. URL: <https://sciencescholar.us/journal/index.php/ijhs/article/view/1773> (Scopus). *Особистий внесок автора: досліджено на прикладі Німеччини, Італії та Франції вплив пандемії COVID-19 на прискорення технологічних змін.*

5. The Influence of Medical Services Public Management on the Population' Life Quality / A. Barzylovych et al. *WSEAS Transactions on Environment and Development*. 2021. Vol. 17. P. 619–629. URL: <https://wseas.com/journals/articles.php?id=168> (Scopus).

Особистий внесок автора: досліджено фактори впливу державного управління на показники якості життя населення на основі статистичних показників європейських країн.

6. Improving Public Medical and Social Services Market Management: Application of Information Technologies / A. Barzylovych et al. *IJCSNS International Journal of Computer Science and Network Security*. 2021. Vol. 21, № 7. P. 257–266. URL: http://paper.ijcsns.org/07_book/202107/20210730.pdf (Web of science).

Особистий внесок автора: проаналізовано особливості вдосконалення державного управління ринком медико-соціальних послуг із використанням інформаційних технологій; сформовано рекомендації щодо вдосконалення державного управління шляхом впровадження інформаційних технологій.

7. Management of Primary Health Care Facilities in Ukraine / A. Barzylovych et al. *Universal Journal of Public Health*. 2022. № 10 (5). P. 527–538. URL: <https://www.hrpub.org/download/20221030/UJPH10-17628356.pdf> (Scopus).

Особистий внесок автора: обґрунтовано засади управління закладами первинної медичної допомоги у контексті перспектив євроінтеграції; досліджено вплив децентралізації на ефективність закладів первинної медичної допомоги.

Статті у наукових періодичних виданнях, включених до переліку наукових фахових видань України

8. Барзилович А. Д. Наукові підходи до визначення понять «ринок медичних послуг», «державне регулювання ринку медичних послуг». *Держава та регіони*. Серія: Державне управління. 2019. № 4. С. 70–75. URL: http://pa.stateandregions.zp.ua/archive/4_2019/14.pdf.

9. Барзилович А. Д. Принципи та функції державного регулювання ринку медичних послуг – теоретичний аспект. *Інвестиції: практика та досвід*. 2019. № 21. С. 122–126. URL: <http://www.investplan.com.ua/?op=1&z=6885&i=18>.

10. Барзилович А. Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 2. С. 134–140. URL: <http://www.investplan.com.ua/?op=1&z=7011&i=20>.
11. Барзилович А. Д. Суб'єкти національного ринку медичних послуг в Україні. *Наукові перспективи*. 2020. № 1 (1). С. 17–29. URL: <http://perspectives.pp.ua/index.php/np/article/view/2>.
12. Барзилович А. Д. Механізми державного регулювання надання медичних послуг в Україні. *Публічне управління у сфері державної безпеки та митної справи*. 2020. № 1 (24). С. 86–90. URL: <http://customs-admin.umsf.in.ua/archive/2020/1/17.pdf>.
13. Барзилович А. Д. Державне регулювання ринкових механізмів у системі охорони здоров'я України. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2020. № 5. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1676>.
14. Барзилович А. Д. Економічна сутність медичного страхування та його значення для розвитку медичних послуг в Україні. *Держава та регіони*. Серія: Державне управління. 2020. № 2. С. 38–44. URL: http://pa.stateandregions.zp.ua/archive/2_2020/8.pdf.
15. Барзилович А. Д. Впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 5–6. С. 109–114. DOI: 10.32702/2306-6814.2020.5-6.109. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/5-6_2020/19.pdf.
16. Барзилович А. Д. Фармакологічний ринок України: динаміка розвитку та особливості регулювання. *Записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського*. Серія: «Державне управління». 2020. Том 31 (70), № 3. С. 47–53. URL: http://www.pubadm.vernadskeyjournals.in.ua/journals/2020/3_2020/11.pdf.
17. Барзилович А. Д. Медичний сектор: орієнтованість на пацієнта, як отримувача медичних послуг. *Ефективність державного управління: збірник наукових праць Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентіві України*. 2020. Випуск 4 (65). С. 89–100. URL: <https://ir.vtei.edu.ua/g.php?fname=27122.pdf>.

18. Барзилович А. Д. Методи державного регулювання ринку медичних послуг: прямого та непрямого впливу. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 22. С. 147–153. URL: <http://www.investplan.com.ua/?op=1&z=7223&i=24>.

19. Барзилович А. Д. Інноваційні інструменти державного регулювання ринку медичних послуг. *Наукові перспективи*. 2020. № 5 (5). С. 327–340. URL: <http://perspectives.pp.ua/index.php/np/article/download/75/75>.

20. Барзилович А. Д. Фінансовий механізм державного регулювання розвитку охорони здоров'я України. *Науковий вісник: державне управління*. 2020. Том 3, № 5. С. 34–48. URL: <https://nvdu.undicz.org.ua/index.php/nvdu/article/view/93>.

21. Барзилович А. Д. Моніторинг ефективності регулювання ринку медичних послуг. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 23. С. 124–130. DOI: 10.32702/2306-6814.2020.23.124. URL: <http://www.investplan.com.ua/?op=1&z=7245&i=18>.

22. Барзилович А. Д. Державне регулювання у сфері охорони здоров'я: COVID-19 для України. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2021. № 23. С. 11–16. URL: <http://www.pag-journal.iei.od.ua/archives/2021/23-2021/4.pdf>.

23. Барзилович А. Д. Залучення ключових громадських організацій до публічного управління ринку медичних послуг. *Наукові перспективи (Серія «Державне управління»)*. 2021. № 2 (8). С. 9–23. URL: <http://perspectives.pp.ua/index.php/np/article/download/140/141>.

24. Барзилович А. Д. Перспективи публічного управління ринку медичних послуг. *Публічне управління та митне адміністрування*. 2021. № 1 (28). С. 5–10. URL: http://customs-admin.umsf.in.ua/archive/2021/1/1_2021.pdf.

Праці, які додатково відображають наукові результати дисертації

Статті, опубліковані в зарубіжних країнах ОЕСР

25. Barzylovych A. Reforming the secondary line of medical assistance in Ukrainian healthcare system. *International Journal of New Economics, Public Administration and Law*. 2019. № 2 (4). P. 16-17. URL: http://ijoness.esy.es/myfiles/arhiv_journals/2019/2/2019_2__16.pdf.

26. Барзилович А. Д. Розвиток ринку медичних послуг в Україні. *Міжнародний науковий журнал «Інтернаука»*. 2019. № 17 (79). Т. 1. С. 11–18. URL: <https://www.inter-nauka.com/ua/issues/2019/17/5480>.

27. Barzylovych A. Features of licensing of various types of medical services in Ukraine. *Sciences of Europe*. 2020. Vol. 1, № 57. P. 3–9. URL: <https://www.europe-science.com/wp-content/uploads/2021/11/VOL-1-No-57-2020.pdf>.

28. Barzylovych A. D. Egulatory and financial support of primary health care based on family medicine. *Virtus: Scientific Journal*. 2020. № 43. P. 304–310. URL: <http://virtus.conference-ukraine.com.ua/Journal43.pdf>.

29. Барзилович А. Д. Діяльність суб'єктів національного ринку медичних послуг. *Virtus: Scientific Journal*. 2020. № 47. P. 106–111. URL: <http://virtus.conference-ukraine.com.ua/Journal47.pdf>.

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

30. Барзилович А. Д. Державне регулювання у сфері медичних послуг. *Сучасні технології менеджменту: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., м. Луцьк, 4 листоп. 2019 р. / відп. ред. проф. Л. М. Черчик. Луцьк, 2019. С. 18–19. URL: https://www.researchgate.net/profile/Kostiantyn-Pavlov/publication/342701891-REALIZACIA_PROCESIV_ABEZPECENNA_ENERGOZBEREZENNA/links/5f01ffee92851c52d619c799/REALIZACIA-PROCESIV-ABEZPECENNA-ENERGOZBEREZENNA.pdf.*

31. Барзилович А. Д. Напрями державного регулювання ринку медичних послуг в Україні. *Problèmes et perspectives d'introduction de la recherche scientifique innovante: collection de papiers scientifiques «ΛΟΓΟΣ» avec des matériaux de la conférence scientifique et pratique internationale, Bruxelles, Belgique, 29 novembre, 2019. Bruxelles: Plateforme scientifique européenne, 2019. Vol. 3. P. 102–105.*

32. Барзилович А. Д. Державне регулювання ринку медичних послуг. *Економічні проблеми сучасності та концепція сталого розвитку держави та регіонів: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., м. Львів, 21 груд. 2019 р. Львів, 2019. С. 73–76.*

33. Барзилович А. Д. Проблемні питання галузі охорони здоров'я України. *Світовий розвиток науки та техніки: матеріали XXXVIII Міжнар. наук.-практ. Інтернет-конф., м. Вінниця, 23 груд. 2019 р. Вінниця, 2019. Ч. 11. С. 15–19.*

34. Барзилович А. Д. Вплив коронавірусу COVID-19 на медичну галузь в Україні. *Проблеми та стан розвитку медичної науки та практики в Україні: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., м. Дніпро, 12–13 черв. 2020 р. Дніпро: Організація наукових медичних досліджень «Salutem», 2020. С. 7–11. URL: <http://www.salutem.dp.ua/index.php/conference>.*

35. Барзилович А. Д. Управління медичною галуззю в умовах пандемії. *Світ під час пандемії: нові виклики та загрози: матеріали XLVII Міжнар. Інтернет-конф., м. Запоріжжя, 15 черв. 2020 р. Запоріжжя, 2020. Ч. 2. С. 4–7. URL: <http://el-conf.com.ua/>.*

36. Барзилович А. Д. Впровадження електронної медичної карти в Україні. *Теоретико-практичні аспекти аналізу економіки, обліку, фінансів і права: збірник тез доповідей Міжнар. наук.-практ. конф., м. Полтава, 18 черв. 2020 р. Полтава: ЦФЕНД, 2020. Ч. 1. С. 48–49.*

37. Барзилович А. Д. Актуальна тенденція підготовки фахівців медичної галузі у закладах вищої освіти. *Сучасні світові тенденції розвитку науки, технологій та інновацій: матеріали II наук.-практ. конф., м. Одеса, 26–27 черв. 2020 р. Херсон: Видавництво «Молодий вчений», 2020. С. 80–83. URL: <http://molodyvcheny.in.ua/ua/conf/tech/archive/1218/>.*

38. Барзилович А. Д. Публічні закупівлі у сфері охорони здоров'я: проблемні питання. *Перспективні напрямки наукових досліджень: матеріали XLIX Міжнар. наук.-практ. Інтернет-конф., м. Миколаїв, 15 лип. 2020 р. Миколаїв, 2020. Ч. 2. С. 18–20. URL: https://el-conf.com.ua/wp-content/uploads/2020/08/%D0%9C%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%B0%D1%97%D0%B2_%D0%A7.2..pdf.*

39. Барзилович А. Д. Оптова та роздрібна торгівля лікарськими засобами в Україні. *Осінні наукові читання: матеріали LII Міжнар. Інтернет-конф., м. Дніпро, 25 верес. 2020 р. Дніпро, 2020. Ч. 2. С. 18–22. URL: <https://el-conf.com.ua/wp->*

content/uploads/2020/10/2%D1%87%D0%B0%D1%81%D1%82%

D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%94%D0%BD%D1%96%D0%BF%D1%80%D0%B
E.pdf.

40. Барзилович А. Д. Аналіз витрат на медичні послуги: світовий зріз. *Priority directions of science and technology development*: матеріали I Міжнар. наук.-практ. конф., м. Київ, 27–29 верес. 2020 р. Київ, 2022. С. 119–124. URL: <https://sci-conf.com.ua/ii-mezhdunarodnaya-nauchno-prakticheskaya-konferentsiya-priority-directions-of-science-and-technology-development-25-27-oktyabrya-2020-goda-kiev-ukraina/>.

41. Барзилович А. Д. Основи оцінювання та моніторингу рівня якості надання медичних послуг. *Безперервний професійний розвиток лікарів та провізорів в умовах реформування системи охорони здоров'я*: матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю (online-формат), м. Київ, 9 жовт. 2020 р. / МОЗ України, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Київ: НМАПО ім. П. Л. Шупика, 2020. С. 405–410. URL: <https://www.onmedu.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/8340/Ordu.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

42. Барзилович А. Д. Реалізація державного механізму ринку медичних послуг в Україні. *Наукова спільнота*: матеріали Міжнар. наук.-практ. Інтернет-конф. Сорок четверті економіко-правові дискусії. Львів, 18 лют. 2020 р. Львів, 2020. С. 16–19. URL: http://www.spilnota.net.ua/ua/price_list/.

43. Барзилович А. Д. Економічні методи регулювання ринку медичних послуг в Україні. *Модернізації державної фіскальної служби України*: матеріали Міжнар. наук. Інтернет-конф., м. Тернопіль, 29 верес. 2022 р. Тернопіль, 2022. Випуск 12. URL: <http://www.economy-confer.com.ua/full-article/3360/>.