

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

Навчально-науковий інститут «Інститут державного управління»

До захисту

В.о. завідувача кафедри

Публічного управління та державної служби

к.держ.упр., доц. _____ Набока Л.В.

ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УМОВАХ
ТРАНСФОРМАЦІЙНИХ ПЕРЕТВОРЕНЬ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
УКРАЇНИ

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»

281 «Публічне управління та адміністрування»

28 «Публічне управління та адміністрування»

Виконавець:

здобувач 2 курсу, групи ЗПУА-2-23

Ю.Ю. Мірошніченко

Науковий керівник

к.мед.н., доц.

О.Є. Вашев

Харків – 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ РЕГУЛЮВАННЯ РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	5
1.1. Економічна сутність і зміст медичної послуги	5
1.2. Характеристика ринку медичних послуг.....	14
1.3. Принципи державного регулювання ринку медичних послуг	21
РОЗДІЛ 2. СУЧАСНИЙ СТАН ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НАСЕЛЕННЮ В УКРАЇНІ.....	32
2.1. Аналіз ринку медичних послуг в Україні	32
2.2. Аналіз державного регулювання ринку медичних послуг в Україні	39
2.3. Інституційний механізм надання медичних послуг в Україні	46
РОЗДІЛ 3. ДЕРЖАВНІ ТА ГАЛУЗЕВІ МЕХАНІЗМИ УПРАВЛІННЯ РИНКОМ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ.....	54
3.1. Інструментарій державного регулювання сфери охорони здоров'я в Україні	54
3.2. Перспективи розвитку медичного страхування в Україні з урахуванням іноземного досвіду	60
3.3. Можливі шляхи вдосконалення механізмів управління ринком медичних послуг в Україні.....	70
ВИСНОВКИ.....	81
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ.....	84

ВСТУП

Актуальність теми. Ситуація, яка склалася в сучасній охороні здоров'я України, потребує зміни державної політики і стратегії щодо неї, проведення реорганізації управління в галузі. Трансформації у соціальній, політичній, економічній і екологічній сферах життя українського суспільства зумовлюють відповідні зміни у національній системі охорони здоров'я. Державна влада й суспільство несуть взаємну відповідальність за стан здоров'я нації, а отже і за її безпеку.

Стратегічний розвиток галузі охорони здоров'я ускладнюється асиметрією ринкових відносин у ній. Неспроможність ринку забезпечити збереження здоров'я населення вимагає соціальної активності держави щодо розвитку цивілізованої системи медичної допомоги. Найгостріше проблеми проявляються в гуманітарній сфері, зокрема в галузі охорони здоров'я. Потребує вдосконалення підприємницький потенціал системи охорони здоров'я, що вимагає визначення напрямів державного управління у його формуванні та сприянні розвитку ринку медичних послуг.

Загальні питання теорії формування ринкових відносин у контексті державного управління охороною здоров'я були предметом наукових досліджень таких українських учених: О.Є.Вашева, Б.О.Волоса, Ю.В.Вороненка, О.В.Галацана, З.С.Гладуна, Л.І.Жаліло, В.В.Загородного, Д.В.Карамишева, Б.П.Криштопи, В.М.Лехан, В.Ф.Москаленка, Л.А.Пирога, В.М.Пономаренка, Я.Ф.Радиша, І.М.Солоненка, А.В.Степаненко, О.І.Черниш, А.Р.Уваренка, С.В.Шевчука та ін.

Метою дослідження є аналіз теоретико-методологічних засад функціонування механізмів державного регулювання у сфері охорони здоров'я та обґрунтування напрямів подальшого розвитку практики державного регулювання ринку медичних послуг в Україні.

Відповідно до мети визначено завдання дослідження:

- визначити економічну сутність і зміст медичної послуги;

- визначити характеристики ринку медичних послуг;
- здійснити системний аналіз принципів державного регулювання ринку медичних послуг;
- здійснити аналіз ринку медичних послуг в Україні;
- провести аналіз державного регулювання ринку медичних послуг в Україні;
- визначити інституційний механізм надання медичних послуг в Україні;
- розкрити інструментарій державного регулювання сфери охорони здоров'я в Україні;
- визначити перспективи розвитку медичного страхування в Україні з урахуванням іноземного досвіду;
- запропонувати можливі шляхи вдосконалення механізмів управління ринком медичних послуг в Україні.

Об'єкт дослідження – процеси державного регулювання ринку медичних послуг в Україні.

Предмет дослідження – механізми державного регулювання ринку медичних послуг в умовах інноваційного соціально-економічного розвитку України.

Методи дослідження. Для реалізації поставлених мети й завдань використовувався комплекс взаємопов'язаних та взаємодоповнюючих загальнонаукових і спеціальних методів дослідження, спрямованих на отримання об'єктивних та достовірних результатів. В основу дослідження покладено системний підхід, який дав змогу розглянути систему регулювання ринку медичних послуг як цілісний комплекс із взаємопов'язаними і взаємозалежними елементами.

Для аналізу документальних та літературних джерел, вивчення рівня розробки проблеми у вітчизняній та зарубіжній літературі, еволюції політики держави щодо регулювання ринку медичних послуг застосовувалися історичний і логічний методи, методи наукової абстракції, експертних оцінок та описового моделювання й узагальнення, а також прогностичний метод застосовувалися для формулювання висновків, рекомендацій і пропозицій щодо обґрунтування шляхів

удосконалення існуючих та впровадження нових механізмів державного регулювання ринку медичних послуг та визначення напрямів державної політики України у цій сфері. У роботі також використано методи аналізу та синтезу, медико-статистичний – для характеристики суб'єктів ринку медичних послуг в Україні.

РОЗДІЛ 1.

НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ РЕГУЛЮВАННЯ РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

1.1. Економічна сутність і зміст медичної послуги

Система охорони здоров'я є найважливішим елементом системи соціального захисту населення держави. Має розгалужену мережу медичних закладів, але вже з відтінком сучасності – приватний ринок медичних послуг починає займати значне місце в медичній системі України. Водночас більшість закладів охорони здоров'я фінансується переважно за рахунок державних коштів, що тісно залежить від соціально-економічного стану держави. Хронічний брак фінансових ресурсів не дозволяє надавати якісну медичну допомогу населенню. Водночас у країнах зі змішаною системою охорони здоров'я не викликає сумніву можливість надання якісних медичних послуг, оскільки достатнє фінансування дозволяє їх повноцінно розвивати відповідно до потреб споживачів.

Однією з причин спотвореного розвитку ринку медичних послуг в Україні є те, що навіть на теоретичному рівні термін «медична послуга» не має остаточного визначення. Натомість у більшості законодавчих актів, пов'язаних із реформуванням галузі, використовується термін «охорона здоров'я».

В економічній літературі послуга визначається як «специфічний продукт праці, який не набуває матеріальної форми і споживча вартість якого, на відміну від матеріального продукту праці, полягає в корисному ефекті праці» [56]. Слід зазначити, що економічного визначення медичної послуги наразі немає. У медичних енциклопедіях це поняття визначається як комплекс лікувально-профілактичних заходів, які проводяться при захворюваннях, травмах, вагітності та пологах, а також для профілактики захворювань і травм. Відомий англійський медичний словник «Dornald's Illustrated Medical

Dictionary» визначає медичну допомогу («care») та послуги («service»), що надаються медичними працівниками на користь пацієнта [57].

Господарською діяльністю можна вважати процес, у якому поєднується ряд видів діяльності, які призводять до придбання відповідного набору продуктів або послуг. Діяльність має місце, коли ресурси (обладнання, робоча сила, технологічні пристрої, сировина та матеріали) використовуються для виробництва певної продукції та надання послуг. Таким чином, усі види діяльності характеризуються використанням ресурсів, виробничим процесом, виробництвом продукції чи наданням послуг.

Окремий вид діяльності може складатися з одного простого процесу (наприклад, масаж) або включати кілька процесів, кожен з яких відноситься до відповідної класифікаційної ознаки. Наприклад, оперативне втручання вважається окремим видом діяльності і враховується при складанні статистичної звітності про роботу лікаря. Водночас це складний технологічний процес, що включає передопераційну підготовку, анестезію та безпосереднє оперативне втручання. Однак у статистичних звітах усі ці процеси розглядаються разом як одна одиниця діяльності.

Вперше медичні послуги задокументовано як окремий вид економічної діяльності у сфері охорони здоров'я у відповідному розділі КВЕД «Охорона здоров'я та соціальна допомога» [18]. На думку деяких вчених, медична практика включає:

- консультативно-лікувальні послуги лікарів усіх спеціальностей в закладах охорони здоров'я (амбулаторно-поліклінічних закладах) та приватної практики;
- діагностичні послуги,
- проведення аналізів;
- приватні консультаційні послуги;
- швидка та невідкладна медична допомога;
- послуги санаторно-курортних організацій;

- послуги інших закладів охорони здоров'я з відновлення здоров'я людини [30, 51, 47].

Також слід зазначити, що медичні послуги можуть бути короткостроковими та довгостроковими.

Виходячи з викладеного медичні послуги можна класифікувати за наступними класифікаційними ознаками, які наведені у таблиці 1.1

Таблиця 1. 1 Класифікаційні ознаки медичної послуги

За видами медичної практики:	- консультації; - діагностика; - лікувальна справа.
За місцем надання послуги:	- стаціонар; - поліклініка; - швидка та невідкладна допомога; - санаторії, профілакторії та ін.
За складністю:	- прості послуги; - складні послуги.
За часом виконання:	- короткострокові; - довгострокові.
За кількістю учасників, зайнятих у наданні послуги:	- одноосібні; - групові
За характером економічних відносин:	- послуги державних установ; - послуги комунальних установ; - послуги установ приватного сектору.

Короткий аналіз джерел показує, що медичні працівники більш схильні вживати термін «охорона здоров'я», а економісти – «медична послуга». Проте за змістом робочих операцій і лікувальним ефектом вони однакові і виконують одну функцію: задовольняють потреби хворого. Проте організація процесу звернення включає встановлення різноманітних економічних взаємовідносин між суб'єктами надання послуг. Тому медичний термін не підходить для повного економічного аналізу сутності виробництва медичних послуг як продукту.

Деякі автори також рекомендують класифікувати медичні послуги залежно від класифікації джерела медичних послуг (низький, середній,

високий); за технологією та інвазивні (рутинні, високотехнологічні, інвазивні та неінвазивні); щодо дотримання стандарту; до досягнення кінцевого результату.

Систематизовані властивості медичних послуг можна представити так:

- загальні властивості: нематеріальність (нечуйність характеру) заволодіти; нерозривність виробництва та споживання послуг; неоднорідність або мінливість якості, нездатність послуги підтримувати резерв;

- економічні складові: собівартість, рентабельність, ефективність, ціна послуги, метод ціноутворення;

- санітарно-соціальні властивості: своєчасність, доступність, якість.

Розглянемо кілька загальних і основних характеристик медичних послуг, важливих з точки зору ринку медичних послуг.

Невідчутність - послугу неможливо побачити, спробувати, почути або понюхати до моменту покупки. Наприклад, жінка, яка йде до пластичного хірурга, не побачить результатів, поки не придбає його послуги, тобто не погодиться на операцію. Пацієнт, який приходить до лікаря, не може заздалегідь знати результат свого візиту. Покупець (пацієнт) змушений вірити продавцю (лікарю) на слово. Це ключовий момент в економіці охорони здоров'я та аналізі виробництва та споживання медичних послуг. Для розширення можливостей вивчення властивостей медичних послуг перед їх отриманням рекомендовано такі заходи:

- підвищення прозорості послуги (перед наданням послуги надати фото або креслення аналогів);

- акцентування уваги пацієнта на перевагах медичної послуги;

- присвоювати марку медичної послуги, призначеної для реалізації на ринку;

- залучіть будь-яку компетентну людину для просування вашого сервісу.

Невіддільність від джерела. Послуга не буде такою, якщо лікування проводить інший лікар, а не очікуваний спеціаліст, відомий пацієнту. Лікар і його служба нероздільні. Подолати це обмеження можна таким способом:

- надавач послуг (лікар) може навчитися працювати з кількома аудиторіями (наприклад, психотерапевт формує групу);
- надавач послуг (лікар) може навчитися працювати швидше (підвищується інтенсивність обслуговування);
- навчання багатьох надавачів послуг - лікарів ЛПУ.

Мінливість якості. Якість послуг значно відрізняється залежно від різних характеристик постачальників (лікарів), а також від того, коли та де надається допомога. Наприклад, досвідчений хірург працює набагато краще, ніж той, хто щойно закінчив університет. Однак один і той самий лікар лікує вас по-різному залежно від вашого фізичного стану, наявних ліків та обладнання. Щоб зменшити «мінливість» обслуговування та забезпечити контроль якості:

- встановлення стандарту якості медичної допомоги;
- виділити ресурси для залучення та підготовки дійсно хороших спеціалістів (медична підготовка);
- використання опитувань та анкет для постійного моніторингу ступеня задоволеності пацієнтів з подальшою розробкою маркетингової інформаційної системи якості медичної допомоги.

Нерозривність виробництва послуг і споживання. Послугу неможливо зберегти або зберегти. У зв'язку з цим багато лікарів у країнах Західної Європи стягують плату навіть з пацієнтів, які не з'явилися на прийом, оскільки вартість послуги вже існує, навіть якщо пацієнт не з'являється. Нездатність надавати медичні послуги вимагає розробки стратегій, які забезпечують більш тісний зв'язок між попитом пацієнтів і пропозицією LPU, наприклад:

- створення знижок та інших стимулів, особливо з урахуванням перенесення частини попиту з періоду пікового попиту на період зниженого попиту;
- впровадження системи попереднього замовлення на медичні послуги (запис до лікаря);
- обслуговувати додатковий потік пацієнтів у пікові періоди, навчати персонал суміщенню функцій та наймати тимчасових працівників.

Г. К. Максимова та ін. (1996), виробництво та споживання медичних послуг є цілісним процесом. Концепція життєвого циклу медичної послуги включає такі етапи реалізації:

- обстеження та діагностика стану хворого;
- планування медичної послуги: уточнення завдання (кінцевого результату), прийняття рішення щодо виконання послуги, планування (вибір) технології надання послуги;
- надання медичних послуг;
- користування послугами охорони здоров'я;
- самоліквідація послуги або відновлення повторного попиту на неї.

Як ринковий продукт медична послуга різко відрізняється від будь-якого іншого продукту чи послуги та характеризується такими характеристиками:

- не існує до початку виробництва;
- займає багато часу і не має чіткої вартості до завершення;
- нематеріальний;
- важко обчислювати;
- персоналізовані;
- інтелектуально залежить від виробника послуги;
- якість послуги різна, навіть якщо її виконує один і той же лікар;
- базується на тому, що послуга є суб'єктивною і залежить від особливостей споживача та ін.

Поширений стереотип думок про безоплатність медичної допомоги та вартість медичних послуг пов'язаний із соціальним характером медичних відносин, оскільки їх об'єктом є людина. Високий ступінь соціальності медичної діяльності пояснюється високим попитом населення на справедливість і доступність медичної допомоги, а часто і її безоплатність. У цьому полягає суперечність між справедливістю та економічною ефективністю.

У результаті діяльності медична послуга визначається більшістю авторів як продуктивна діяльність. Тоді постає питання: хто, з якого джерела, як і наскільки раціонально буде компенсувати витрачену на лікування суму. Проте

завжди існують різні форми фінансування та руху коштів від платника до бенефіціара.

Світова практика показує, що, крім прямої оплати пацієнтам медичних послуг (direct payment), формами фінансування можуть бути компенсація виплат страхових компаній роботодавцям і працівникам (payroll taxation) або перерозподіл бюджету. податки на користь медицини (general taxation) [56].

У будь-якому разі процес надання медичної допомоги вимагає як мінімум економічного обґрунтування витрат (незалежно від форм компенсації) та регулювання фінансових потоків. До речі, в європейських країнах збереження та стримування зростання витрат на медицину з метою підвищення віддачі від інвестицій, які реалізуються у вигляді здоров'я населення (оздоровчий ефект інвестицій), розглядається як важливе завдання. . як ремонт. якість медичного обслуговування населення. Ці дві задачі (медична та економічна) вирішуються одночасно і взаємопов'язані [25].

Відокремлення медичних послуг (виключно платних) від медичної допомоги (яка згідно з Конституцією України є безкоштовною) вносить непорозуміння в діяльність приватного сектора. Виявляється, вони взагалі не надають медичної допомоги. У зв'язку з цим постає питання про законність виконання медичної роботи працівниками приватних медичних закладів. Існує загроза недооцінки природного змісту медичної допомоги [28].

Варто зупинитися ще на одному аспекті проблеми, що розглядається. Якщо виходити з критерію оплати, то не можна не враховувати, що медична допомога в державних і комунальних закладах охорони здоров'я має надаватися безкоштовно. Хоча на практиці обов'язковість закупівлі ліків із власної кишені в Україні вже виключає національний принцип безоплатності медичного обслуговування. Тобто говорити про безоплатну медичну допомогу поки що проблематично. Протиріччя між правовою базою та реальністю є сприятливим середовищем для тіньових відносин.

Плата за послугу – це визначена ринком сума, яку споживачі платять на ринку за медичні послуги. Дохід, отриманий від оплати медичних послуг,

медичний заклад спрямовує на повне або часткове покриття витрат за надану послугу, а також на покриття інших поточних витрат лікарні з метою підвищення якості роботи. Таким чином вони підтримують державну систему охорони здоров'я та зменшують залежність закладів охорони здоров'я від недостатніх бюджетних асигнувань.

Розуміння сутності медичних послуг є дуже важливим для реформування та подальшого розвитку ринку медичних послуг в Україні. Медична послуга як специфічний продукт праці (або діяльність з її створення) характеризується подвійністю, що також має бути відображено в законодавстві. Як медична, так і економічна його сторони вимагають чіткого визначення лімітів оплати та гарантій інвестицій у здоров'я.

Окрім цілей ефективності та справедливості, це було б значним кроком до органічної єдності та окремої структури ринку громадського здоров'я – ринку медичних послуг – створення платного та безкоштовного секторів охорони здоров'я на основі взаємної та внутрішньої конкуренції.

Розвиток охорони здоров'я як соціально-економічної структури має відбуватися відповідно до економічного та соціального розвитку держави. Цей принцип тісно пов'язаний з питанням адаптації служб і підрозділів системи охорони здоров'я до національних реформ.

Така адаптація забезпечується відповідними технологіями прийняття управлінських рішень. У зв'язку з постійною рухливістю внутрішніх і зовнішніх протиріч організація охорони здоров'я з високим ступенем свободи підпадає під стратегію класичного планування, яка є основою для розвитку таких систем. Управління цими системами має здійснюватися на науковій основі; на основі вивчення закономірностей розвитку явищ і процесів, що характеризують системи та визначають їх сутність; на основі знань науки управління.

Комплексна структура дослідження утворює єдине ціле завдяки цілеспрямованому впливу на основні зв'язки та процеси. Це досягається

управлінською діяльністю, яка є поєднанням різноманітних функцій, спрямованих на вирішення складних завдань взаємодії в промисловості.

Тому однією зі стратегій сучасної охорони здоров'я має стати стратегія соціально-етичного маркетингу, що включає здійснення лікувально-профілактичних заходів, продаж товарів і послуг окремим особливим групам населення (пенсіонерам, ветеранам). війна і робота, самотність, незабезпечені, багатодітні, із соціально значущими захворюваннями тощо). Комерційна діяльність повинна мати програму спонсорства, винагороди, знижок, доброї волі, чесності та етичної спрямованості. Сприятливий імідж медичної організації створює психологічну довіру і, зрештою, медико-економічний ефект.

Ринкові умови виражають певний економічний розрив між виробниками та споживачами продукції та послуг. За змістом вони містять різні елементи. Ступінь охоплення певних сторін суспільного життя ринковими умовами не є постійною величиною. Ринковий механізм — це процес взаємодії продавців і покупців з метою визначення ціни та кількості виробленого товару, тому його елементами є попит, пропозиція та ціна.

Підсумовуючи вищевикладене, можна зробити висновок: Будучи ринковим продуктом, медична послуга різко відрізняється від усіх інших продуктів і послуг. Поширений стереотип думок про безоплатність медичної допомоги та вартість медичних послуг пов'язаний із соціальним характером медичних відносин, оскільки їх об'єктом є людина.

1.2. Характеристика ринку медичних послуг

Ринок як економічна категорія характеризує сукупність економічних відносин, що виникають внаслідок купівлі-продажу товарів (послуг). Ринок також можна визначити як просторове розміщення відносин між попитом і пропозицією на продукт (або послугу).

Ринок медичних послуг - це розвинена система товарних і нетоварних обмінних відносин, сукупність окремих, взаємопов'язаних субринків, до складу яких входять:

- ринок медичних послуг;
- ринок медикаментів, матеріалів та засобів гігієни;
- ринок медичного обладнання та інструментів;
- ринок праці медичних працівників;
- ринок науково-технічних розробок та інтелектуальної праці;
- ринок цінних паперів у сфері охорони здоров'я.

У структурі ринку охорони здоров'я важливе місце займає ринок медичних послуг, який можна визначити як сукупність усіх медичних технологій, виробів медичного обладнання, методів організації медичної діяльності, фармакологічних засобів, які реалізуються в конкурентне економічне середовище, а з іншого боку, існуючі та потенційні виробники (ЛПУ) та споживачі медичних послуг (пацієнти) загалом.

Спочатку виникнувши як доручення пацієнта, медична допомога з плином часу знайшла правове становище послуги. Отже, медичні послуги, що надаються пацієнтам у різних установах, також стали невід'ємною частиною ринкових відносин, що і призвело до виникнення і розвитку ринку медичних послуг.

Специфіка ринку медичних послуг полягає в специфіці роботи медичних працівників, коли порятунок життя пацієнта гуманна місія охорони здоров'я та етичний бік медичної діяльності значно переважають над економічною доцільністю та прибутковістю медичної діяльності. . .

З іншого боку, медичні послуги, спрямовані на підвищення «якості життя» в сучасному цивілізованому суспільстві, характеризуються високим ступенем прибутковості. Структура плати за такі медичні послуги в основному включає економічні витрати на надання медичних послуг у двох інших сегментах ринку медичних послуг: «сегмент маркетингу життя» та «сегмент маркетингу захворювань». Повне задоволення потреб споживачів у цьому

сегменті ринку медичних послуг значною мірою не пов'язане з медичною діяльністю, а залежить від інших індивідуальних, природних та соціально-економічних факторів. Крім перерахованого, ринок медичних послуг має такі характеристики:

- кваліфікаційні вимоги, що призводять до обмеження кількості практикуючих лікарів;
- спеціальні вимоги, що обмежують кількість лікарень, які можуть запровадити певну цінову політику;
- недосконалість і специфічність конкуренції, що унеможлиблює залучення клієнтів шляхом зниження ціни;
- медичні послуги неоднорідні, їх важко порівнювати;
- немає прямого зв'язку між ціною та витратами споживача, значну частину яких оплачує третя сторона (родичі, роботодавці на додаток до добровільного медичного страхування чи соціальних виплат);
- наявність зовнішніх ефектів (екстерналій), надання медичних послуг дієво впливає не тільки на замовників цих послуг, а й на інших осіб.

Наприклад, у зв'язку з розвитком санаторно-курортного лікування, розвивається доступ до цілющих джерел, розвивається інфраструктура села (дороги, служби тощо), якими користуються не лише відпочиваючі. Проведення профілактичних щеплень покращує загальну епідемічну ситуацію.

В Україні та інших країнах Східної та Центральної Європи ринок медичних послуг характеризується олігополією, яка має такі ознаки:

- невелика кількість конкурентів зі значними бар'єрами для входу в нові лікувально-профілактичні заклади;
- медична послуга може бути як стандартизованою, так і диференційованою за економічними ознаками;
- ефективність охорони здоров'я вимагає, щоб виробничі потужності окремих лікувально-профілактичних закладів займали значну частку всього ринку медичних послуг. У зв'язку з цим в області досить висока концентрація

закладів охорони здоров'я, в якій на частку чотирьох-восьми закладів охорони здоров'я припадає не менше 60% загальної потреби в медичній допомозі;

- вигідне розширення матеріально-технічної бази лікувально-профілактичного закладу до великих розмірів через слабкість або відсутність привабливої та помірної конкуренції території;

- абсолютна вертикальна взаємозалежність лікувально-профілактичних закладів, що нівелює ефективні механізми конкурентоспроможності;

- передусім нецінова конкуренція у виробництві та споживанні медичних послуг у системі комунальної форми охорони здоров'я.

Виділяють три основні напрями надання медичних послуг і конкретні форми задоволення медичних потреб:

I. Медичні пропозиції життєво рятувальних медичних послуг (особливо в перинатальному періоді, у вкрай невідкладних випадках, що загрожують життю пацієнта, у літньому віці, паліативна медична допомога при невиліковних захворюваннях тощо). Традиційно цей сегмент ринку охорони здоров'я називають «сегментом маркетингу життя».

II. Лікарські пропозиції медичних послуг з метою повернення здоров'я, відновлення і збереження певного рівня працездатності при її тимчасовій втраті. Цей сегмент ринку охорони здоров'я традиційно називають «сегментом маркетингу захворювань». У цьому сегменті види медичних послуг поділяються на такі напрями:

- медичні послуги з лікування гострих захворювань та профілактики загострень хронічних захворювань;

- медичні послуги, спрямовані на запобігання переходу тимчасової втрати працездатності в стійку (інвалідність);

- медичні послуги для збереження та підтримки певного ступеня хронічних станів та інвалідності.

III. Медичні послуги, що зберігають і підтримують стан здорового організму.

До цих сегментів відносяться імунопрофілактика, кабінет лікаря, косметологічні послуги тощо. Цей сегмент характеризують як «сегмент маркетингу здоров'я».

У системі ринкових відносин виділяють 4 групи ринкових партнерів, серед яких реалізуються основні види економічних зв'язків і господарських відносин. З розвитком стихії ринкової кон'юнктури з'явилося поняття організації охорони здоров'я як постачальника медичних послуг.

Суб'єкт охорони здоров'я - суб'єкт надання медичних послуг - будь-який зареєстрований і ліцензований лікувально-профілактичний заклад організаційно-правової форми та форми власності, що надає медичні послуги.

Еквівалентами ринку медичних послуг є:

інші заклади охорони здоров'я, які беруть участь у здійсненні комплексного лікувально-діагностичного процесу (постачальники лікарських засобів і виробів медичного призначення, підприємства, що реалізують та обслуговують медичні вироби, організації охорони здоров'я, до яких у разі потреби звертаються за консультацією спеціаліста, тощо);

фінансово-кредитні установи, які надають банківські послуги, такі як лізинг і факторинг, видають позики та є посередниками у добровільному медичному страхуванні;

держава залучає заклади охорони здоров'я до реалізації державних програм у сфері охорони здоров'я, надає податкові пільги;

Громадяни утворюють неоднорідну за складом і функціями групу в реалізації економічних відносин в умовах ринку.

Позитивні риси ринку медичних послуг:

- підвищення якості медичної допомоги, особливо медичного;
- вільний доступ до методів і форм лікування;
- можливість і можливість вибору будь-якого постачальника медичних послуг;
- можливість правового та економічного впливу при незадоволенні або неякісному задоволенні медичних потреб;

- претензія медичного працівника щодо результатів роботи та задоволеності пацієнтів;

- правовий та економічний захист як споживача, так і медичного працівника.

Негативні характеристики ринку медичних послуг:

- ослаблення профілактичних заходів,
- відмова від медичних послуг, які представляють значну частину гуманітарної місії охорони здоров'я та низький ступінь прямої економічної вигоди;

- дискримінація хворих та соціально незахищених верств населення, які потребують медичної допомоги.

Деякі негативні риси ринку медичних послуг можна усунути за допомогою методологічного підходу, який розглядає різні групи пацієнтів, їхні медичні потреби та запити як унікальний і специфічний сегмент ринку, визначає їх правомірне місце в системі маркетингу охорони здоров'я та знаходить конкретні форми або методи задоволення потреб цих сегментів і потреб клієнтів.

Сегментація ринку медичних послуг здійснюється за можливостями попиту на медичні послуги за економічними групами, що характеризуються видом медичної послуги, лікувально-діагностичною групою, вартістю процедури, платоспроможністю та індивідуальністю пацієнта.

Єдиного методу сегментації ринку медичних послуг не існує. Тому, керуючи маркетинговою діяльністю, заклади охорони здоров'я пробують один або кілька варіантів сегментації одночасно на основі різних змінних параметрів, щоб знайти найбільш корисний підхід до розгляду структури такого ринку.

Сегменти ринку медичних послуг класифікуються за такими параметрами:

- вікові та статеві особливості (чоловіки, жінки, діти, підлітки, дорослі, люди похилого віку);

- за видами медичної допомоги (амбулаторно-поліклінічна, лікарняна, пологова, стоматологічна, лікарська та ін.);
- за групами, зазначеними в постанові (здорові, хворі, працівники зі шкідливими умовами праці, військовослужбовці, студенти та ін.);
- за нозологічними групами (в окремому випадку - за групами диспепсії);
- лікувально-діагностичні групи;
- групи рівного стану здоров'я;
- економічні групи (рівень добробуту та платоспроможності);
- за видами медичних послуг.

Неможливо охопити всіх споживачів медичних послуг одночасно, тому що їхні потреби у збереженні та відновленні здоров'я різні, стиль користування послугами та доходи різні. Це визначає спрямованість окремих сегментів ринку охорони здоров'я.

З іншого боку, деякі субринки можуть мати хороших конкурентів. Тому лікувально-профілактичні заклади (медичні практики) повинні бути зацікавлені у визначенні субринків, які є для них найбільш привабливими та сумісними з цілями та ресурсами. Для одних і тих же потреб охорони здоров'я потреби, ресурси, географічне положення, рівень культури здоров'я, купівельна спроможність і звички можуть відрізнятися. Будь-яку з цих змінних можна використовувати для сегментації ринку.

В ідеалі лікувально-профілактичний заклад (з урахуванням медичної практики) має бути єдиним у своїй ніші, чим вужча ця ніша, тим менше конкурентів. Водночас звужується ймовірність великих і масштабних продажів медичних послуг. Ніша в сегменті ринку медичних послуг тим привабливіша, чим більше вона відповідає таким характеристикам:

- клієнти (пацієнти) медичних послуг мають комплексні та специфічні потреби в задоволенні медичних потреб;
- пацієнти готові платити високу ціну за отримання абсолютно якісної медичної допомоги, тобто коли медичні процедури абсолютно адаптовані до їхніх очевидних і прихованих потреб;

– виробник медичних послуг має високу професійну та соціальну компетентність, яка постійно розвивається. Оскільки галузь охорони здоров'я є наукоємною, пріоритетом є постійне підвищення професійної кваліфікації медичних працівників та орієнтація керівників лікувально-профілактичних закладів на впровадження інноваційних технологій у діагностичні та лікувальні процеси.

Таким чином, сегментація ринку медичних послуг дозволяє надавати медичну допомогу (задоволення специфічних потреб) з урахуванням як індивідуальності пацієнта, так і масового споживання медичних послуг.

1.3. Принципи державного регулювання ринку медичних послуг

Особливе значення в механізмі державного регулювання організації надання медичної допомоги населенню відіграють принципи державного регулювання.

Принципи державного регулювання – це фундаментальні, науково обґрунтовані, а в певних випадках і законодавчо закріплені положення, відповідно до яких будується і функціонує система державного регулювання [37].

Формуванню принципів системи державного регулювання організації надання медичної допомоги населенню, як елементу сфери охорони здоров'я, передують визначення та окреслення принципів системного підходу. До основних належать:

- цілісність, яка дає змогу розглядати систему державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню як єдине ціле;
- ієрархічність і багаторівневість побудови, наявність великої кількості елементів та взаємодії керуючої та керованої підсистем, кожна з яких має свої локальні напрямки прямого і зворотнього зв'язку;
- послідовне вертикальне розташування підсистем, що складають дану

систему: організація надання доступної і якісної медичної допомоги населенню на рівні держави; на рівні області; на рівні району; на рівні окремого населеного пункту (міста, селища, села) так звана вертикальна декомпозиція, або право втручання підсистеми верхнього рівня; залежність дій підсистеми верхнього рівня від фактичного виконання нижчими рівнями своїх функцій;

- значний вплив горизонтальних зв'язків на успішну діяльність системи організації надання медичної допомоги населенню як між іншими системами, так і між підсистемами самої системи організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню;

- структуризація, за допомогою якої можна аналізувати елементи досліджуваної системи та їх взаємозв'язків у форматі конкретної організаційної структури.

Н. Фойгт стверджує, що за існуючої домовленості між політиками і суспільством про рівність усіх людей у доступі до охорони здоров'я необхідно визначати, яка система медичного та пов'язаного з ним обслуговування є оптимальною для підтримки суспільно бажаного статусу здоров'я населення [5].

Т. Попченко звертає увагу, що сьогодні більшість країн світу стоять перед серйозними проблемами в галузі охорони здоров'я, які пов'язані з демографічними та епідеміологічними зрушеннями, посиленням соціально-економічних нерівностей, дефіцитом ресурсів, розвитком технологій і запитами населення, які постійно зростають [20].

З огляду на зазначене, одним із підходів до вирішення проблем державного регулювання забезпечення доступної і якісної медичної допомоги населенню є достатність і збалансованість ресурсів.

Аналіз наукових джерел свідчить про такі принципи використання та відтворення різноманітних груп ресурсів: достатність ресурсів, оптимізація їх структури, наявність перспективи використання, багатоманітність варіантів використання тощо [3].

Систематизувавши різні наукові погляди, пропонуємо власне бачення

принципів державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню:

- принцип законності означає, що державне регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню має ґрунтуватися на законі та відповідати нормам міжнародного права;

- принцип правової упорядкованості полягає у створенні правових гарантій видів та обсягів надання медичної допомоги (наприклад державні гарантії безоплатної охорони здоров'я населення), передбачає стабільність правового регулювання, виключає можливість неоднозначної трактовки норм права, а також усвідомлення наявних прав та обов'язків;

- принцип системності означає що державне забезпечення доступної і якісної медичної допомоги населенню має носити системний та комплексний характер з використанням усього арсеналу наявних методів, важелів та інструментів державного регулювання;

- принцип пріоритетності означає, що забезпечення всіх верств населення доступною і якісною медичною допомогою є пріоритетом реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я;

- принцип рівності забезпечує кожному громадянину рівні можливості в отриманні медичної допомоги безвідносно до будь-яких його статусних характеристик – доходу, місця проживання, релігійної або етнічної приналежності. Рівність досягається через урахування особливостей цільової групи, методів забезпечення організаційного та територіального доступу;

- принцип наукової обґрунтованості базується на дослідженні тих чи інших закономірностей та тенденцій щодо забезпечення населення доступною і якісною медичною допомогою, необхідних структурних зрушень, тенденцій до трансформації, виявлення початкових потреб, їх масштабу та наявного розв'язання;

- принцип публічності забезпечує доступ до достовірної інформації всім учасникам системи державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги;

- принцип проблемно-цільової орієнтації регулювання, який передбачає вирішення проблем із доступом до якісних медичних послуг конкретних соціальних груп і категорій населення з урахуванням можливостей держави. Проблемно-цільова орієнтація дозволяє посилити соціальну значущість вирішення питання щодо отримання необхідної медичної допомоги, як серед населення так і представників органів влади. Проблемна орієнтація політики організації надання доступної і якісної медичної допомоги активізує участь населення по відношенню до свого здоров'я за рахунок певної синхронізації інтересів соціальних груп (прагнення людей вирішити свої проблеми) і органів державної влади та органів місцевого самоврядування (створити умови для вирішення цих проблем).

З точки зору використання ресурсів системи державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги необхідно виділити:

- принцип єдності галузевого і територіального управління забезпечить комплексний підхід до розподілу ресурсів системи державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню на засадах збалансованості;

- принцип обґрунтування необхідності державного втручання при реалізації регіональних інтересів передбачає втручання держави для розв'язання проблеми на рівні області, наприклад з питання оснащення санітарним автотранспортом, придбаним за кошти державного бюджету системи надання екстреної медичної допомоги тощо;

- принцип оптимального розміщення ресурсів системи державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню дозволить розподілити ресурси пропорційно на кожному організаційному рівні управління, відповідно до потреб населення;

- принцип оптимізації структури ресурсів системи державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню дозволяє запровадити такі організаційні форми медичної допомоги, у яких є найбільша потреба (наприклад реорганізація дільничних лікарень в

амбулаторії ЗП/СМ з розташуванням на їх базі пунктів тимчасового базування бригад ЕМД; створення на базі дільничних лікарень відділень сестринського догляду за особами похилого віку; першочерговий ремонт доріг, які мають пріоритетне значення для функціонування системи екстреної медичної допомоги);

- принцип продуктивності концентрується на максимізації ступеня задоволеності рівнем отриманої медичної допомоги на певну кількість використаних ресурсів, тобто максимізація результатів надання послуг за мінімізації витрат.

В умовах становлення ринкової економіки, спрямованої на продовження курсу підвищення рівня добробуту наших громадян перед наукою державного управління постають нові завдання, найбільш гострими з яких є підвищення соціальних стандартів для громадян, під час реалізації функцій, що покладені на державу. Так у соціальній сфері успішно реалізуються функції держави щодо створення у кожному місті, районі сучасних центрів надання адміністративних послуг, у яких протягом мінімального терміну надається гарантований перелік найбільш запитуваних громадянами та бізнесом послуг.

Сучасні процеси реформування системи надання медичної допомоги та сфери охорони громадського здоров'я в цілому мають бути орієнтованими на забезпечення громадянам України справедливого доступу до якісних медичних послуг. Крім того, держава повинна не тільки гарантувати кожній людині обсяг медичної допомоги, але й контролювати, в першу чергу, щоб його отримали малозабезпечені прошарки суспільства – діти, пенсіонери, інваліди.

Фундаментальною функцією системи державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню є збереження та поліпшення громадського здоров'я, яку держава реалізує за допомогою наступних інструментальних функцій: аналізу медико-демографічної ситуації на конкретній адміністративній території; організації системи забезпечення доступної і якісної медичної допомоги населенню; планування на відповідній адміністративній території необхідних ресурсів, а

саме: мережі закладів охорони здоров'я та транспортних комунікацій, необхідних видів медичної допомоги, фінансування, медичних кадрів; регулювання відносин у системі організації надання доступної і якісної медичної допомоги; контролю та координації за ефективним та раціональним забезпеченням населення доступною і якісною медичною допомогою тощо.

Під функціями державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню розуміють основні напрямлення діяльності органів державної влади та органів місцевого самоврядування щодо оптимального використання наявних ресурсів системи надання медичної допомоги, відповідно до потреб громадян.

Розвиток сфери охорони громадського здоров'я в Україні відбувається з урахуванням положень Європейської політики в охороні здоров'я “Здоров'я - 2020”, схваленої восени 2012 року і зверненої до всіх структур державного управління та всього суспільства на міжнародному, національному та місцевому рівнях [37].

У сучасних умовах завдання зі зміцнення профілактичних служб, ПМСД, зміцнення кадрового забезпечення, скорочення нерівності та забезпечення справедливості в охороні здоров'я потребує створення нової керуючої та керованої систем, формування нових зв'язків і відносин адаптованих до потреб населення у наданні медичної допомоги. За традиційним розподілом функцій у системі “суб'єкт-об'єктної” взаємодії держави та системи організації надання доступної і якісної медичної допомоги держава зберігає за собою статус регулювального впливу, а система організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню – відповідно, статус об'єкта такого впливу. Такої думки дотримується і О. Рогова у розподілі функцій у системі “суб'єкт-об'єктної” взаємодії держави та системи охорони здоров'я [40].

Аналізуючи функції районної (міської) ради, слід зазначити, що традиційно для неї як суб'єкта управління у сфері охорони здоров'я є функція соціальна, яка реалізується шляхом розробки, затвердження та виконання програм соціально- економічного розвитку району (міста), окремим напрямом

яких є програми розвитку галузі охорони здоров'я, наприклад – програма модернізації мережі ЗОЗ району (міста).

Як наголошує А. Шипко головним завданням органів державної влади та органів місцевого самоврядування в реалізації реформи системи медичного обслуговування населення на базовому рівні з однієї сторони є забезпечення ретельного регулювання та контролю за ринковими перетвореннями в системі, що сприяє розвитку координаційної та контрольної функцій, з іншої – є забезпечення рівноваги між необхідністю розвитку ринкових відносин та збереження соціальних принципів, таких як рівність, соціальна справедливість, суспільна згода, гарантії здоров'я та соціальної безпеки. [52].

Прийняття рішень щодо оптимізації, створення, реорганізації, перепрофілювання комунальних ЗОЗ на адміністративній території належить до компетенції районних (міських) рад.

Функціональні та організаційні зміни в системі управління мережею ЗОЗ на можуть реалізовувати через механізми диверсифікації. Прикладом диверсифікації є рішення місцевих органів управління охороною здоров'я та праці і соціального захисту щодо створення на базі дільничної лікарні відділення з догляду за хворими на хронічні захворювання чи людьми похилого віку, щоб задовольнити нові потреби територіальної громади у паліативній допомозі [52].

Для організації доступного і якісного медичного обслуговування населення, що проживає на відповідній території органами державної влади та органами місцевого самоврядування передбачається виконання низки функцій. Це стосується діяльності багатьох суб'єктів системи державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню щодо прийняття ряду відповідних рішень, а саме: для ліквідації диспропорції у розвитку амбулаторно-поліклінічної допомоги та стаціонарної медичної допомоги запроваджено маловитратні стаціонарозамінюючі форми медичної допомоги (денні стаціонари та стаціонари вдома); для розмежування первинного і вторинного рівнів надання медичної допомоги в Україні створено

ЦПМСД, на які покладено в першу чергу виконання функцій профілактики захворювань, надання первинної медичної допомоги, надання невідкладної медичної допомоги. Для забезпечення доступності екстреної медичної допомоги в кожній області організовано систему ЕМД та затверджено план заходів щодо її ресурсної підтримки. У межах реалізації національного проекту “Нове життя” відкриваються перинатальні центри другого та третього рівнів.

Історично планування системи державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню характеризується рухом від ресурсорозподільчого процесу до процесу прогнозування та оцінки результатів діяльності галузі охорони здоров'я. Як зазначає Н. Фойгт такий історичний поступ відображає декілька важливих тенденцій. По-перше, зміни в політиці забезпечення доступності і якості медичної допомоги населенню від екстенсивного збільшення стаціонарних закладів до усвідомлення потребив раціоналізації існуючих ресурсів з урахуванням обсягу відновленого здоров'я на домінуючими професійними інтересами та інтересами суспільства. По-третє, перехід від розуміння планування як технічної аналітичної функції до перетворення його на інтегральну складову регулювання, на підхід до регулювання в цілому [48].

Планування потреби у необхідній медичній допомозі здійснюється шляхом розробки і реалізації планових заходів та документів, якими є державні та регіональні програми розвитку медичної допомоги, з врахуванням чисельності проживаючого на адміністративній території населення, співвідношення міського до сільського населення, щільності населення, дані про захворюваність та поширеність хвороб, показники смертності, очікувані зміни у структурі захворюваності та поширеності хвороб, перелік об'єктів, які можуть стати причинами техногенних катастроф. Обов'язковою умовою для планування заходів щодо забезпечення доступності якісної медичної допомоги населенню є розроблення програм міжгалузевої співпраці з виконання таких завдань: ремонт доріг, забезпечення безперешкодного руху бригад ЕМД вмістах.

Планування потреби у фінансових ресурсах для забезпечення доступності якісної медичної допомоги на базовому рівні здійснюється на підставі договорів між замовником та акредитованим постачальником медичних послуг, виходячи з потреб населення у певних видах медичної допомоги [39]:

- на первинному рівні шляхом запровадження поєднання подушної оплати і стимулюючих надбавок за пріоритетні види діяльності (наприклад, охоплення вакцинацією, охоплення скринінговими програмами тощо);
- на вторинному рівні шляхом запровадження для стаціонарів “глобального бюджету” залежно від структури та обсягів наданої допомоги, для поліклінік – сплати за обсяг наданих послуг;
- на третинному рівні шляхом запровадження “глобального бюджету” залежно від структури та обсягів наданої допомоги. При цьому для лікарень третинного рівня при визначенні “глобального бюджету” враховується як потреба у конкретних видах медичної допомоги, так і ресурсні можливості відповідних потреби у цих видах допомоги є нереальним для будь-якої країни, в Україні встановлюється плановість її надання, у т.ч. із визначенням черговості отримання планової високотехнологічної медичної допомоги.

Отже планування системи державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню в сучасних умовах політичного, соціально-економічного і гуманітарного розвитку України набуває особливого значення, головним політичним завданням якого є формування такого розподілу коштів і ресурсів, який би забезпечував як доступ кожного громадянина до високоякісного медичного обслуговування, так і найбільш сприятливий для здоров'я результат медичного втручання.

Здоров'я є найбільшою суспільною і індивідуальною цінністю, значною мірою впливає на процеси і результати соціально-економічного розвитку країни, демографічну ситуацію і стан національної безпеки. Тому організацію надання доступної і якісної медичної допомоги населенню можна вважати однією із найважливіших внутрішніх функцій держави. Проте, як зазначає О. Поживілова, державний бюджет не може задовольнити елементарні потреби

населення в охороні здоров'я, не кажучи про високоспеціалізовану допомогу, тому гарантованим має бути лише мінімальний соціальний пакет надання медичної допомоги і вибір громадянина, де і як лікуватися [33]. Науковець пропонує для раціонального використання наявних ресурсів системи організації надання доступної та якісної медичної допомоги застосування функції державного регулювання шляхом: визначення та закріплення на законодавчому рівні обсягу гарантованих державних зобов'язань щодо безоплатної медичної допомоги (державні гарантії безоплатної охорони здоров'я населення); створення умов для діяльності приватного сектору щодо надання населенню доступних і якісних медичних послуг тощо. Схоже, що таку думку поділяють і А. Шипко та Т. Попченко, які пропонують перехід від командно-адміністративної моделі управління закладами охорони здоров'я до контрактної моделі в умовах конкурентного середовища (у частині забезпечення доступності медичної допомоги населенню на основі контрактів між державою (уповноваженими нею органами) та постачальниками вказаних послуг [39, 52].

Саме держава через органи виконавчої влади, місцеве самоврядування чи інші уповноважені нею органи (наприклад, фонди обов'язкового медичного страхування) має здійснювати функції державного регулювання організації медичного обслуговування та фінансового відшкодування вартості медичних послуг, забезпечуючи при цьому реалізацію очікувань, прав та законних інтересів всіх груп учасників системи охорони здоров'я та баланс між ними. При цьому вона має дбати також про забезпечення контролю за витратами та раціональне використання публічних фінансових ресурсів, що спрямовуються в сектор медичного обслуговування [29]. Для реалізації цієї функції МОЗ України розроблено методичні рекомендації щодо розрахунків потреби населення у медичній допомозі, прогнозування потреби закладів охорони здоров'я у медичних кадрах та запроваджено нову систему фінансової звітності, стандарти надання медичних послуг згідно з рівнями організації надання медичної допомоги, нові методи оплати праці постачальника медичних

послуг на основі механізмів кореляції між оплатою за забезпеченням якості послуг.

Важливою функцією органів державної влади є контроль за дотриманням ліцензійних умов господарської діяльності щодо виробництва та оптової і роздрібної торгівлі лікарськими засобами (забезпечення доступності та якості). Основними інструментами державного регулювання цього напрямку діяльності є здійснення перевірок щодо дотримання ліцензійних умов суб'єктами господарювання, які здійснюють оптову та роздрібну торгівлю лікарськими засобами; запровадження до лікарської продукції, яка ввозиться на територію України вимог виробництва в умовах Належної виробничої практики (GMP). За цими правилами з 15 лютого 2013 р. на український ринок розпочато ввезення ліків, які виготовлені в таких же жорстких умовах, як і лікарські засоби, які споживають жителі інших країн – членів PIC/S і країн ЄС. У відношенні іноземних виробників визначено порядок сертифікації, що передбачає як проведення інспектування підприємств, так і визнання результатів інспекцій регуляторних органів членів PIC/S [53].

Отже, державне регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги в системі охорони здоров'я є процес, який поєднує такі функції державного управління: соціальну, планування, контролю, координації, інтегральну та організаційну.

РОЗДІЛ 2.

СУЧАСНИЙ СТАН ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НАСЕЛЕННЮ В УКРАЇНІ

2.1. Аналіз ринку медичних послуг в Україні

Основною проблемою системи охорони здоров'я України є низька ефективність використання ресурсів. При цьому рівень сукупних національних витрат на охорону здоров'я становить 7,8% ВВП[11], що повністю відповідає національним витратам країн, системи охорони здоров'я яких визнані сучасними та якісними.

Незважаючи на закріплене в Конституції право населення на безкоштовну медицину, всі державні витрати на охорону здоров'я складаються не тільки з державних коштів. За підрахунками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), в Україні у 2014 році на охорону здоров'я було витрачено лише 50,8% державних витрат. Серед усіх країн Європи та Центральної Азії цей показник нижчий лише в Азербайджані, Грузії, Таджикистані, Вірменії, Кіпрі та Албанії. Для порівняння: у Норвегії частка державних витрат у фінансуванні системи охорони здоров'я у 2014 році становила 87%, Великобританії – 83,1%, Хорватії – 81,9%, Румунії – 80,4%, Естонії – 78,8%[2] .

Частка приватних коштів в Україні є не лише значною, але й у межах щорічного тренду зростання. Порушення в приватних і державних механізмах створюють багато корупційних загроз. Прямі платежі за користування медичними послугами не дозволяють споживачеві впливати на їх якість та не сприяють реалізації принципу соціальної солідарності у розвитку національної системи охорони здоров'я. ВООЗ визначає залежність населення від прямих виплат як одну з основних перешкод для загального забезпечення медичною допомогою населення країни, яке потребує медичної допомоги[7].

Незважаючи на задекларовану в українському законодавстві безкоштовність допомоги в державних медичних установах, ринок медичних

послуг у нашій країні має досить велику місткість і ще більшу базу для розвитку. За даними Держстату, витрати на охорону здоров'я складають 4% бюджету українських сімей. Структура цих витрат визначається закупівлею медичних виробів, таких як ліки, витратні матеріали та індивідуальні медичні вироби. Нерідко ліки купують без попереднього візиту до лікаря, а за попередніми записами лікаря або з власної ініціативи.

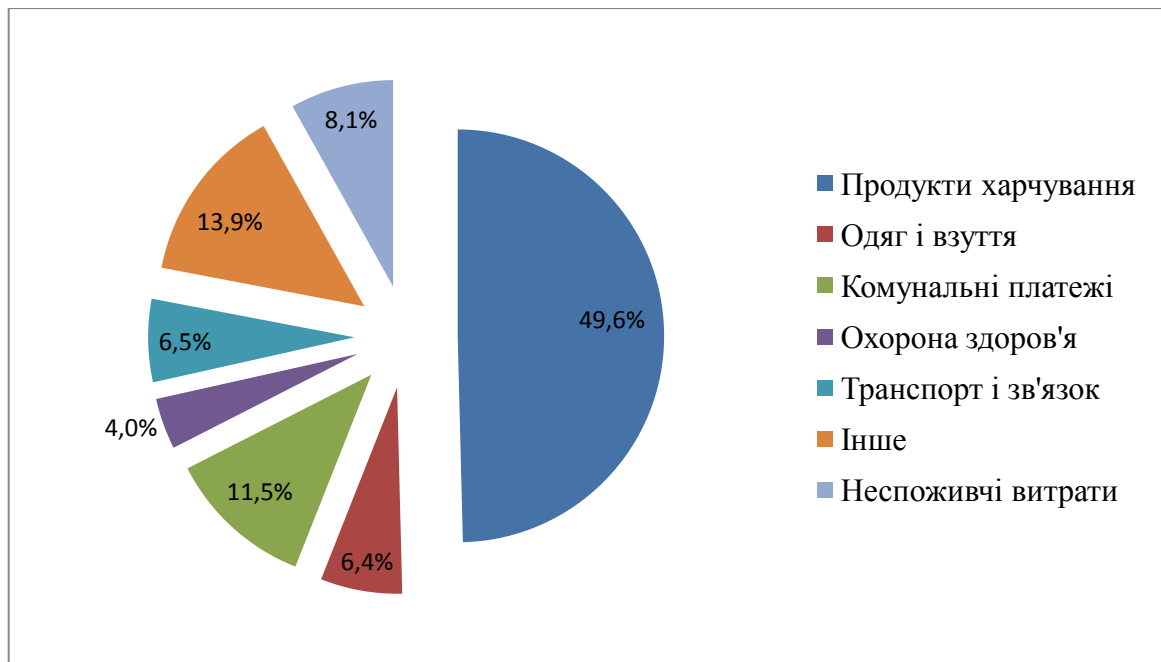


Рисунок 2.1. Витрати бюджету українських домогосподарств

Дефіцит коштів, які держава виділяє на охорону здоров'я, викликає тривожні тенденції в цій сфері. Зокрема, знижується вік, у якому вперше виявляються деякі групи захворювань, зростає захворюваність на рак, високий рівень дитячої смертності, відносно низька тривалість життя при народженні.

Якщо не брати до уваги його показники в Києві, статистика якого скорочується наявністю медичних центрів, що приймають пацієнтів з усієї України, то найвищі показники захворювання відзначаються в Івано-Франківській та Дніпропетровській областях, де проживає 100 тис.

передбачив кожен. Має 85-86 тисяч. жителів. випадків захворювань. Найнижча захворюваність у Сумській області.

Найбільше українці хворіють на хвороби системи кровообігу та органів дихання. Тому в нову програму відшкодування вартості ліків (реімбурсації) включені кошти на лікування бронхіальної астми та серцево-судинних захворювань.

Окрему групу складають люди, які страждають хронічними захворюваннями внутрішніх органів, які не піддаються адекватному лікуванню. Метою медичної допомоги в цьому випадку є досягнення ремісії, тобто відсутність загострень. Медичні витрати для таких людей постійні.

Середня тривалість життя українців залишається низькою для європейської країни (66 років для чоловіків і 76 років для жінок), але все одно зростає. Цей показник вищий у західних регіонах країни та столиці, а найменша тривалість життя – у Житомирській, Дніпропетровській та Херсонській областях. У містах люди традиційно живуть довше, ніж у сільській місцевості, що пов'язано насамперед із доступністю медичної допомоги та обсягом медичних послуг.

Попри низький рівень доходів населення України, у 2020 році понад 9 із 10 домогосподарств беруть участь в «утриманні» системи охорони здоров'я. 94% з них мали. При цьому ліки купували 92,7% домогосподарств; крім того, майже половина (49,2%) користувалися медичними послугами. У цей період витрати домогосподарств на охорону здоров'я становили в середньому на місяць 5,1% загальних споживчих витрат.

Про це свідчать дані дослідження доходів і витрат домогосподарств. витрати домогосподарств на охорону здоров'я зросли на 27,4% [10]. Аналіз грошових витрат домогосподарств показує, що витрати на охорону здоров'я сімей у сільській місцевості були вищими, ніж у міських поселеннях. Так, у середньому за цей період міське домогосподарство витрачало на медичні товари та послуги 223,86 грн на місяць, а сільське – 245,85 грн. Ця різниця зумовлена в основному дорожчими товарами в сільській місцевості (в

середньому 148,43 грн. на місяць проти 129,07 грн. у місті)[9-11]. Таким чином, ускладнений доступ до якісних амбулаторних та стаціонарних послуг у сільській місцевості відображається у високій вартості медичної допомоги.

Водночас у країні, де право кожного на медичну допомогу є одним із основних соціальних прав, існує надзвичайно висока частка домогосподарств, у яких хоча б один член сім'ї не міг отримати медичну допомогу, придбати ліки чи медичне обладнання у разі з необхідності. - 23,1% у 2020 році. Головним чином доступність медичної допомоги знижує надмірно високу вартість товарів і послуг. Так, через це 96,7% домогосподарств не змогли придбати необхідні ліки, 97,3% – медичні товари, 77,9% – не змогли звернутися до лікаря, 95,7% – до стоматолога, 98,2% – для протезування зубів, 92,6% – для диспансеризації. , 95,7% - на медичні процедури, 94,7% - на стаціонарне лікування.

Попри незначне збільшення тривалості життя, Україна має один із найвищих показників смертності в Європі – 14 900 жителів у 2016 році. Серцево-судинні захворювання є причиною 65% смертей. Інші фактори ризику, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я: куріння, вживання алкоголю, неправильне харчування та малорухливий спосіб життя.

Тому надання медичних послуг у нашій країні має значний потенціал для розвитку. Із зростанням платоспроможності населення, окрім занепаду державної системи охорони здоров'я, витрати домогосподарств на охорону здоров'я зростатимуть як у відносному, так і в абсолютному вираженні.

Новітні тенденції організації систем охорони здоров'я в розвинених країнах, передумови реформування системи охорони здоров'я України

У 2005 році Всесвітня асамблея охорони здоров'я прийняла резолюцію, в якій закликала всі країни створити систему фінансування, яка б забезпечувала загальний доступ до всіх послуг охорони здоров'я (включаючи лікування, реабілітацію, профілактику та заходи здорового способу життя) для всього населення і могла б гарантувати всім громадянам, що користування

медичними послугами не загрожує економічному становищу їхньої родини[11].

Сучасні системи охорони здоров'я розвинутих країн пройшли довгий шлях від моделей охорони здоров'я без державного регулювання до моделі загального охоплення з урахуванням особливостей країни, що історично склалася, організаційної та фінансової системи охорони здоров'я. У процесі еволюції спочатку різні системи здоров'я набували ознак одна одної і запозичували одна в одної найдосконаліші елементи організму. З метою повноцінного забезпечення населення медичними послугами та підвищення доступності бідних верств населення більшість систем охорони здоров'я розвинутих країн набули гібридного характеру, а акцент зроблено на посиленні ролі держави в їх розвитку. управління.

Тому в розвитку медичної галузі в останнє десятиліття помітною є тенденція соціалізації медичних послуг, тобто забезпечення державою соціальних гарантій і підвищення доступності медичної допомоги для широких верств населення. . . активна державна діяльність щодо формування страхових пулів, перерозподілу ризиків між ними, управління фінансами, формування державних контрактів, вплив на цінову політику медичних закладів та фармацевтичних компаній.

В усіх системах охорони здоров'я з обмеженими ресурсами особливо гостро стоїть питання фінансування лікування хронічних захворювань, дороговартісного лікування та діагностики.

У таких випадках гарантом надання медичних послуг має бути держава, головним завданням якої є забезпечення доступності. Тому при подібних методах лікування та діагностики необхідно чітко визначити джерела фінансування та рівні для всіх громадян умови доступу. Так, наприклад, економічна діагностика методом МРТ має бути доступна в екстрених випадках для невідкладної допомоги, а фінансування лікування онкологічних захворювань може здійснюватися в рамках окремої державної програми або кількох програм. видатки, на які є захищені статті кошторису. Серед умов

страхової медицини фінансування дорогих лікувально-діагностичних методів має здійснюватися за рахунок вирівнювання ризиків між страхувальниками, забезпечення загального, обов'язкового медичного страхування населення.

Навіть у країнах, де провідну роль відіграють ринкові механізми регулювання охорони здоров'я, дорогі методи чи випадки лікування фінансуються з бюджету. Так, наприклад, уряди Нідерландів і Швейцарії покривають надто складні для системи страхування витрати з державних коштів у порядку, встановленому для розподілу державного фінансування між усіма установами, які беруть участь у безоплатній медичній допомозі [63]. Після використання ринкових механізмів у розвитку системи охорони здоров'я Китаю в 2000 році частка прямих виплат зросла до 60% витрат на охорону здоров'я, уряд країни оголосив про реформування галузі. кінцевою метою якого є ефективне та доступне медичне обслуговування всіх громадян незалежно від місця їх проживання[61].

Однак у звіті ВООЗ наголошується, що навіть країни з високим рівнем доходу не можуть забезпечити охоплення всього населення повним спектром безкоштовних медичних послуг. Якщо говорити про бюджетне фінансування без передплатних коштів, то завжди потрібно знаходити баланс між часткою населення, яке отримує таке фінансування, спектром послуг, які в ньому надаються, і часткою цих державних витрат. у всіх ресурсах, спрямованих на підтримку системи охорони здоров'я [60].

Багато країн з перехідною економікою при реформуванні системи охорони здоров'я дотримувались визначення обсягу державних обов'язків у цій сфері. Так, у Білорусі всі види медичних послуг, що безкоштовно надаються державою громадянам, та їх обсяг визначаються «Територіальними програмами державних гарантій надання громадянам безкоштовної медичної допомоги»[10]. Також Програма державних гарантій встановлює види, форми та умови безкоштовного медичного обслуговування громадян, а також перелік захворювань і станів, при яких медична допомога надається безоплатно. обсяг медичної допомоги та фінансові витрати, пов'язані з її наданням, а також

структура та порядок оплати медичної допомоги [38]. Таким чином, у цих країнах було законодавчо закріплено механізм співоплати, який існує (у різних формах) у всіх розвинених країнах.

Крім того, більшість пострадянських країн ставили за мету підвищення фінансової автономії закладів охорони здоров'я. Основна ідея здійснення фінансово-організаційної діяльності, спрямованої на досягнення цієї мети, полягає в тому, щоб надати своїм керівникам можливість діяти в інтересах пацієнтів, відповідно до стратегічних цілей розвитку підзвітної організації. При цьому для коштів, закріплених за медичним закладом, це має бути так само просто, як і для діючих благодійних фондів.

У розвитку систем охорони здоров'я західних країн найбільш перспективним напрямком є розвиток реактивності, тобто гнучкості організації праці, яка б дозволяла мінімізувати внутрішні соціально-демографічні небезпеки, пов'язані зі старінням населення. (збільшення частки людей похилого віку, збільшення тривалості життя в старості, зменшення можливості поповнення страхових фондів), а також зовнішні ризики для здоров'я населення, зумовлені збільшенням інтенсивності міграційних потоків – поширенням екзотичні хвороби, епідемії. та пандемії.

Якщо система охорони здоров'я не зможе на високому рівні адаптуватися до соціальних умов, що постійно змінюються, зі швидким настанням внутрішніх і зовнішніх загроз, вона не задовольнить потреби населення в медичних товарах і послугах і буде найслабшою ланкою охорони здоров'я. сектор догляду. забезпечення національної безпеки. Навіть у країнах, які займають гідне місце в рейтингу Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) [38], більшість населення визнає необхідність вдосконалення системи медичного обслуговування. Так, більше половини жителів Канади (55%), Нової Зеландії (52%), Швеції (51%) і США (52%) заявили, що в системі охорони здоров'я їх країни необхідні кардинальні зміни. Крім того, 23% жителів США заявили, що їхня система охорони здоров'я повинна бути повністю переглянута [55]. Цей факт яскраво свідчить про усвідомлення

населенням країни економічних, організаційних та фінансових проблем існуючої системи охорони здоров'я.

2.2. Аналіз державного регулювання ринку медичних послуг в Україні

Крім розглянутих раніше економічних відносин цивільно-правового характеру, на ринку медичних послуг існують відносини, засновані на державному регулюванні надання медичних послуг. Ці господарські відносини є адміністративно-правовими і заслуговують окремого детального дослідження. Український ринок медичних послуг, який перебуває у стані розвитку, потребує жорсткого правового регулювання. У зв'язку з цим безперечно актуальним є обговорення питань її меж та організаційно-контрольних функцій держави в регулюванні господарських відносин з надання медичних послуг. Це не означає відхилення від приватноправового регулювання, на якому базується вся підприємницька діяльність, лише пошук «золотої середини» між публічно-правовим регулюванням — перехід до ринку за активної підтримки держави. а також шляхом регулювання тих сфер, які загалом схильні до цього в країнах з розвинутою ринковою економікою.

У роботі вже враховано такі складові ринку медичних послуг, як суб'єкти, їх ділові відносини, об'єкти, заради яких вони вступають у ці відносини. Але треба сказати, що цей ринок має свої межі, які визначені чинним законодавством. Держава бере участь у державному регулюванні надання медичних послуг шляхом видання нормативно-правових актів, що регулюють цю сферу, а також контролю за дотриманням вимог цих законів. Поєднання цих двох функцій формує межі регулювання ринку медичних послуг, надаючи свободу у всьому іншому цивільно-правовому регулюванні, заснованому на диспозитивності норм.

У різних країнах підхід до державного регулювання ринку медичних послуг різний. Таким чином США практично відходять від державного

втручання в підприємницьку діяльність медицини і надають приватним лікарям право на самостійний, практично нерегульований розвиток. Такий стан речей видається не зовсім правильним. Як уже зазначалося, охорона здоров'я – це сфера, яка приносить неоціненну користь державі, зміцнює кадровий потенціал, який згодом створює всі матеріальні цінності та зміцнює національну економіку. Тому держава має бути зацікавлена у правовому забезпеченні та регулюванні приватної медицини. Бернард Шоу також писав, що «нерегульоване становище приватного лікаря подібне до положення приватного торговця.

Вона намагається зірвати попит за допомогою переконань і реклами, не дбаючи про реальний прибуток і керуючись досягненнями науки. Існують протилежні моделі ринку, де першочергова роль належить державі. Вони дозволяють діяльність приватних лікарів, які працюють лише на державній стороні. Це модель лорда Беверіджа - засновника Національної служби охорони здоров'я Великої Британії. Ці моделі також не можна вважати оптимальними, оскільки відсутність конкуренції та наявність виключно державної охорони здоров'я не може задовольнити потреби населення в охороні здоров'я з низки економічних причин. Швеція та Італія мають подібні ринки. Але є більш оптимальні в сучасних умовах види медичних ринків – з приватним і державним регулюванням надання медичних послуг. Це система Бісмарка - вона була названа на честь засновника німецької системи обов'язкового страхування, її варіанти були створені в Японії, Канаді, Франції, Нідерландах. Наявність цієї системи є найбільш прийнятною для українського ринку медичних послуг.

Безперечно, в Україні (певною мірою) необхідне співіснування приватної та державної медицини, але в умовах становлення ринку реалізується перша функція державного регулювання охорони здоров'я. важливі послуги – через налагодження комплексного правового забезпечення ділових відносин. Як приклад країни, де приватна медицина детально регламентована, можна назвати Південно-Африканську Республіку (ПАР).

Його законодавча база ретельно розроблена (фонди медичного страхування (1967 р.), охорона здоров'я (1977 р.), закони про небезпечні речовини (1973 р.), численні нормативні акти виключно для охорони здоров'я тощо), що робить непотрібним створення державної медицини в тій мірі, де і в якому не буде потрібно, якщо СП реагує на звернення громадян. У цьому відношенні приватна медицина задовольняє потребу, а державна медицина задовольняє потребу. Загалом можна сказати, що держава контролює діяльність лікарів майже виключно через правове регулювання відповідних умов. Можна припустити, що для такої сфери публічно-правового регулювання, як дозвільна, законодавча база має бути ретельно розроблена.

Ліцензування є одним із найважливіших напрямів державного регулювання надання медичних послуг. Метою ліцензійної системи є надання дозволу на здійснення певного виду діяльності. Держава надає таке право підприємцю на підставі дозволу (перепустки).

У сфері охорони здоров'я правовий інститут ліцензування з'явився як необхідна умова існування ринкових умов у нових умовах господарювання з прийняттям у жовтні Закону України «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та забезпечення ліками». 19/2017 №6327.

Охорона здоров'я була частиною ринкових умов, де лише рівні умови та чесна конкуренція для всіх суб'єктів системи можуть дати їм право на існування. Пізніше, у 1993 році, в основі законодавства про охорону здоров'я громадян було деталізовано дозвільний порядок, і ці постулати були включені у 2003 році до статті 435-15 Цивільного кодексу України. Разом з тим, на відміну від раніше чинних цивільно-правових актів, для господарських товариств і товариств, а також виробничих кооперативів була встановлена норма, згідно з якою такі юридичні особи можуть мати цивільні права і зобов'язані здійснювати будь-які не - заборонена діяльність. відповідно до закону. Незважаючи на те, що це нововведення дозволило змінити профіль діяльності більшості комерційних організацій (не питаючи ні в кого дозволу і

не змінюючи правовстановлюючі документи), в той же час деякі види діяльності вимагають спеціального дозволу - дозволу. .

Це остаточно розвіяло сумніви суб'єктів господарювання, які здійснювали свою діяльність без відповідної ліцензії. Сьогодні набув чинності новий закон з такою ж назвою. На жаль, досі практика регулювання процесу ліцензування медичної діяльності базується на нормативно-правових актах різних державних органів (від державних до органів місцевого самоврядування). Проте безліч законів, що регулюють ліцензування, не зупиняється. З прийняттям нового закону вони застосовуються в частині, що не суперечить.

Процедура ліцензування передбачає єдині процедурні та технологічні механізми з урахуванням специфіки кожного виду діяльності. Введено поняття дозвільних умов та визначено необхідність їх неухильного виконання.

Окрім ліцензування, до організаційно-контрольних обов'язків держави входять такі правові інститути, як стандартизація та сертифікація, які мають особливе значення на ринку медичних послуг, для життя самої медичної діяльності чи здоров'я споживачів.

Так, українці можуть самі обирати сімейного лікаря чи педіатра. Якщо якість наданих послуг не задовольняє, лікар може бути змінений. Також лікарі загальної практики видають звичайні довідки для дитсадка, школи та спорту.

Прив'язка до місця проживання припиняється. Мета реформи – мати лікаря в кожній родині. Сімейний лікар має стати агентом сім'ї в системі охорони здоров'я, направляти, перевіряти здоров'я та проводити всю первинну діагностику. Сім'я має довіряти, а для цього лікар має бути мотивований передусім матеріально.

Відповідно до постанови МОЗ України від 14 серпня 1998 р. № 251 про затвердження постанови про ліцензійну систему комплексного огляду спеціалістів з вищою освітою в такому порядку складається сертифікат спеціаліста. однієї моделі. документ, що підтверджує відповідність підготовки спеціаліста державним стандартам освіти. Медична довідка спеціаліста

засвідчує наявність у її власника достатніх теоретичних знань, практичних умінь і навичок для самостійної професійної (медичної та фармацевтичної) діяльності. Такий документ видається кожні п'ять років. Тому сьогодні важливо врегулювати порядок кваліфікації спеціалістів. Ймовірно, труднощі пов'язані з відсутністю обов'язкової сертифікації такого типу. Незважаючи на необхідність законодавчого встановлення вимог до суб'єкта, що надає медичні послуги, безсумнівно, найважливішим у розвитку приватної медицини в Україні є врегулювання умов якості самої медичної послуги, тому йому слід надати пріоритет у регламенті.

Незрозумілим є ставлення авторів різноманітних публікацій до розробки та використання стандартів медичних послуг. Деякі вважають, що використання стандартів догляду за пацієнтами є методологічно неправильним. Інші видання дотримуються протилежної позиції і підкреслюють, що стандарт – це єдино можливий спосіб визначення гарантованого пацієнту рівня медичної допомоги, який неможливо виразити в іншій формі, наприклад, описовій. Наприклад, у методичних рекомендаціях щодо оцінки якості медичної допомоги в системі загальнообов'язкового медичного страхування зазначено: «Само по собі не розуміється відповідність або порушення норм лікувально-діагностичного процесу. По-різному він може оцінюватися у випадку сприятливого результату лікування, коли не так важливо, як він був досягнутий, і коли він несприятливий, коли оцінка змісту дій лікаря стає запорукою позитивних результатів.

Проте не викликає сумніву необхідність і актуальність встановлення стандартів якості медичної допомоги. Цей комплексний процес повинен включати найважливіші форми, методи, прийоми лікування та розробляти базові стандарти для кожної медичної служби. Відмінність стандартів на ліки полягає в тому, що медичний працівник обирає варіант лікування для кожного споживача в індивідуальному підході, але можливі форми стандартів повинні бути визначені.

У медицині якість розглядається з трьох позицій (тріада Донабедіа): оцінка ресурсів, оцінка технологій системи охорони здоров'я (з використанням або без) і оцінка їх наслідків (результатів). Всі три зазначені компоненти якості оцінюються стандартом. Таким чином, можна виділити три основні групи об'єктів донабедівської тріади: 1) ресурси (медичні та фармацевтичні заклади, інформаційні заклади, персонал та його підготовка, матеріально-технічне обладнання); 2) процеси (лікувально-діагностичні, профілактичні, реабілітаційні, організаційно-терапевтичні технології); 3) наслідки медичних втручань (результати, ефективність того чи іншого виду лікування захворювання, соціально-економічні показники можливих профілактичних заходів тощо). Ліцензування та акредитація проводяться для оцінки ресурсів, а процеси та результати медичних втручань порівнюються з медичними стандартами для діагностики та лікування пацієнтів.

Лише ті технології, які довели свою ефективність, безпечність і економічність, можуть використовуватися як стандарти в системі охорони здоров'я, а стандартизація є реальним способом впровадження доказової медицини в практику охорони здоров'я.

Через особливості української медицини (неспеціалізовані медичні заклади у віддалених населених пунктах) використовувати зарубіжний досвід при розробці стандартів неможливо. Як це не парадоксально на перший погляд, але найближчою до України є система охорони здоров'я США, де значну частину екстреної амбулаторної допомоги надають не лікарі і навіть не медсестри, а фельдшери. Це стосується не лише травм, а й виклику служби дому, яку в Україні називають «швидка та невідкладна допомога».

Визначення терміну дії санітарних правил є актуальним у сфері надання медичних послуг. А. В. Аксюк, П. А. Воробйов, У. І. Наволодський вважає, що стандарт можна запровадити протягом певного часу, а організація, яка розробляє стандарт, змушена постійно стежити за змінами, щоб підготувати новий нормативний документ зі стандартизації. Позиція щодо терміну дії стандарту цілком вірна. Медицина, яка постійно впроваджує нові технології та

методики лікування з використанням сучасних досягнень, потребує не лише розробки стандартів, а й їх постійного вдосконалення.

Сертифікація охорони здоров'я також має подвійне значення. Як у вищевказаних нормах, так і в Основах законодавства України про охорону здоров'я громадян зазначено як про можливість отримання путівки, так і про те, що платна медична допомога населенню може надаватись лише за наявності довідки, відповідати встановленим стандартам. Проте в Законі про стандартизацію України, де перераховано види послуг, що підлягають обов'язковій сертифікації, немає вказівки ні на медичні послуги, ні на самі так звані «стандарти», яких немає донині. , і не відповідає на це питання. Проте медицина, як один із суспільно значущих видів діяльності, обов'язково повинна мати державні стандарти надання медичної допомоги, які не розпорошені в окремих нормативно-правових актах, а зібрані та класифіковані в інтересах користувачів медичних послуг. Крім того, медичні послуги слід віднести до послуг, що підлягають обов'язковій сертифікації, як з метою дотримання вимог законодавства, так і у зв'язку з важливістю медичних послуг для життя. Це забезпечує встановлення стандартів у галузі медицини та організацію більш жорсткої системи контролю за їх виконанням.

Отже, можна зробити висновок, що атестації на ринку медичних послуг підлягають різні категорії: спеціалісти з вищою та середньою спеціальною освітою, медичні послуги, а також юридичні особи та фізичні особи-підприємці, які бажають займатися медичною діяльністю на цьому ринку. . У зв'язку з цим зазначені об'єкти сертифікації (медичні послуги в обов'язковому порядку) мають бути включені Урядом України до переліку робіт і послуг, які підлягають обов'язковій сертифікації. Це підвищує ефективність моніторингу якості медичної допомоги під час здійснення господарської діяльності організацій охорони здоров'я будь-якої форми власності. Поки що жодна з конкретних форм сертифікації не була належним чином врегульована.

Усі види медичних послуг повинні мати мінімальні вимоги (обов'язкові та рекомендовані) щодо їх виконання, оформлення у прийнятих стандартах на

певний період. Подальші заходи лікаря можуть ґрунтуватися на професійних знаннях і положеннях галузі медицини і не суперечити один одному.

2.3. Інституційний механізм надання медичних послуг в Україні

Розгляд соціально-економічних процесів, що виникають в економічній системі, неможливо уявити без розгляду конкурентних відносин соціально-економічної сфери, які активно впливають на розробку стратегії сталого розвитку країни. Економіка могла розвиватися на основі двох паралельних напрямів - загальної економічної теорії та інституціоналізму - оцінки економічних подій, що відбувалися історично. Аналіз сучасних соціально-економічних процесів необхідно починати з характеристики соціально-економічної системи. У реальній практиці управління соціально-економічними системами бувають випадки, коли динамічна система має декілька суб'єктів управління, здатних здійснювати управлінський вплив на систему.

Стабільність та динаміка розвитку ринку державного регулювання медичних послуг залежить від розвитку комунікаційних інструментів та посилення інтеграції між страховими компаніями, лікувальними центрами та їх клієнтами. Страховий ринок України характеризується низькою якістю та ефективністю участі в процесах трансформації та модернізації системи охорони здоров'я.

При цьому сучасна страхова медицина має будуватися та реалізовуватися через систему регуляторних заходів, спрямованих на пошук «резонуючих» сфер споживчого попиту на медичні послуги, що надаються в ринкових умовах. Страхові компанії повинні визначити гнучкі канали в системі фінансування та організації охорони здоров'я, придатні для інституційного розвитку та модернізації.

Конкурентне поле поділяється на певні рівні. Логічно виділити наступні умовні рівні конкурентного середовища у сфері надання медичних послуг (рис. 2.2).



Рисунок 2.2. Рівні сфери конкуренції на ринку медичних послуг.

Створення умов для створення конкурентного середовища в медицині, становлення та розвитку конкурентоспроможності медичних послуг та лікувальної праці є ефективним інструментом на шляху до якісної зміни трудових відносин у сфері охорони здоров'я. Сама по собі, а головне, є абсолютно необхідною умовою для розвитку сучасних маркетингових відносин між пацієнтом і лікарем.

Поле привабливої та поміркованої конкуренції на ринку медичних послуг може бути створене за умови виконання низки обов'язкових умов, серед яких є наступні. в табл. 2.1

Таблиця 2.1. Системні умови і основні напрямки формування конкурентного середовища на ринку надання медичних послуг

Види і рівні управління	Системні умови і можливі заходи
рівень пацієнта	- право на вільний вибір лікаря; - забезпечення вільного доступу пацієнтів до закладів охорони здоров'я та амбулаторій; - захист прав пацієнтів; - система добровільного та обов'язкового медичного страхування.
лікарський рівень	- ліцензування лікарів; - стандартизація медичної діяльності; - право на отримання прибутку закладами охорони здоров'я; - система фіксованих договірних платежів з попередньою оплатою; - кваліфікація та підбір медичних працівників; - прийняття професійно-етичних стандартів.
рівень медичного закладу	- акредитація закладів охорони здоров'я; - підвищення якості стратегічних управлінських рішень; - свобода адаптації функцій та організаційної структури недержавних закладів охорони здоров'я до динамічних ринків медичних послуг; - організація ключових бізнес-процесів (скорочення термінів перебування в стаціонарі за рахунок інтенсифікації діагностики, прийому та виписки пацієнтів); - створення інтерактивної системи безперервного навчання персоналу
наукові, економічні та інформаційно-мережеві завдання	- наукове забезпечення моделей конкуренції на ринку медичних послуг; - розробка інформаційно-мережевих засобів та економічних методів управління закладами охорони здоров'я; - система інвестицій у недержавний сектор охорони здоров'я; - інформаційна відкритість недержавної системи охорони здоров'я
адміністративно-управлінські та організаційні заходи	- припинення адміністративного поділу та вертикальної інтеграції закладів та служб охорони здоров'я; - інтеграція первинної медико-санітарної допомоги; - впровадження оптимальних та функціональних рішень щодо реструктуризації закладів та служб первинної медико-санітарної допомоги; - організація взаємодії із зовнішніми стейкхолдерами, фінансовий менеджмент (впровадження бюджетної системи тощо), підбір персоналу, навчання та політика оплати праці, запровадження внутрішнього трудового розпорядку
державне регулювання	- регулювання конкурентного середовища на ринку медичних послуг; - впровадження визначених елементів «найкращих практик» менеджменту, а також створення системи мотивації закладів охорони здоров'я та їх керівників до впровадження організаційних змін; - система адресних соціальних гарантій в охороні здоров'я окремих категорій населення

За допомогою маркетингових технологій на ринку охорони здоров'я оператори можуть визначати ринкові ніші та сфери діяльності застрахованих. Найважливішим засобом впливу медичних компаній на споживчий попит застрахованих є розвиток прозорості бізнесу.

Наразі трендом в Україні є поява комплексних гравців на ринку медичних послуг – лікувально-діагностичних центрів, що належать страховим компаніям. Найбільш значну частину ринку медичних і страхових послуг займають компанії, які формують таку модель взаємодії з медичною базою. Застосування принципів економічної синергії до аналізу розвитку страхового ринку України, визначення нових організаційних форм страхового капіталу є дуже перспективним з точки зору виявлення специфіки розвитку ринку медичних послуг. в умовах українського страхового ринку. модернізація національної системи охорони здоров'я.

Системний підхід до вивчення страхових відносин передбачає виділення об'єкта дослідження та подання його як системи. Застосування методів системного аналізу в роботі спрямоване не лише на бачення страхового ринку як розвитку фінансової системи, а й на розробку концепції його розвитку, яка передбачає стратегію консолідованого зростання фінансових ресурсів. установ і інтегрованих фінанс. оператори.

Необхідною умовою системного аналізу є відносна стабільність системи в цілому. Стабільність передбачає наявність у системі страхових відносин інтегрованих суб'єктів з іманентною силою внутрішніх відносин, є вектором інтегративного тяжіння. Виявлення особливостей розвитку такого суб'єкта зумовило дослідження стану та тенденцій розвитку фінансового капіталу на страховому ринку.

Ключовим поняттям системного аналізу є система. Поняття системи визначається як сукупність об'єктів, взаємодія яких зумовлює появу нових інтегративних властивостей, не притаманних окремо створеному елементу системи. Більш того, поява таких інтегративних властивостей характеризує нормальний розвиток системи. Система, що самоорганізується – це тип

адаптивної системи, яка в процесі свого функціонування модернізує свої внутрішні зв'язки, порядок і організацію залежно від факторів, що на неї впливають, якщо вони не перевищують певних критичних меж.

Стійкість – це одна з основних динамічних характеристик економічної системи, яка полягає в здатності повертатися до вихідного або близького до стабільного режиму за певного впливу. Гнучкість - здатність діяти в умовах дратівливих зовнішніх і внутрішніх впливів. В економічній системі зазвичай виділяють два режими: тимчасовий і стабільний.

Стабільність і динамізм розвитку ринку медичних послуг значною мірою залежить від розвитку засобів зв'язку, все більшої лібералізації надання медичних послуг, розвитку їх якості та інформаційного забезпечення.

Громадська організація охорони здоров'я є саморегульованою системою. Цей стан незмінності (стабільності) і мінливості (нестабільності) виникає і припиняється під впливом самокоригувальних внутрішніх і зовнішніх факторів. Внаслідок тривалої незмінності операційної системи медичної організації в ній накопичується багато стримуючих факторів (сповільнювачів), які при досягненні певної критичної маси призводять організацію до стану колапсу (стиснення), нестабільності. Нестійкий стан організму, навпаки, різко підвищує рухливість його елементів (структурних одиниць), спонукаючи їх до активних змін (боротьба за виживання).

Така мінливість внутрішнього середовища містить у собі мінливість форми функціонування, тому система шукає шляхи стабілізації, які б спонукали до обмеження та припинення змін, перехід організації до стабільного (рівноважного) функціонування в новому якісному стані. .
Параметри, що характеризують адаптивність системи, включають:

- саморегуляція (самостійна зміна параметрів системи),
- властивість самоорганізації (самостійне перетворення системи зі збереженням притаманних їй якісних характеристик),
- функція самонавчання (тестування, за яких умов система відповідає критеріям якості продуктивності).

Основним параметром стійкості системи ринку медичних послуг є область стабільності – структурована група показників, за межами яких система стає нестійкою. При цьому перехід від зони стабільності до нестабільної ситуації визначається не лінією кордону, а складовою, яку можна назвати перехідною зоною.

«Постійна нерівновага» — це типові відносини між високоорганізованою системою та її середовищем у разі невизначеності, тобто зовнішньої нерівноваги. Постійний зовнішній дисбаланс забезпечується високим рівнем внутрішньої різноманітності та динамічним балансом внутрішніх факторів («рівновагою»).

Державне регулювання охорони здоров'я – це складний набір ринків, який включає страхові компанії, приватні та державні установи, заклади охорони здоров'я та профілактики. У страховому бізнесі термін «ринок» використовується для позначення групи споживачів, об'єднаних якимись причинами. Ринок охорони здоров'я – це сукупність існуючих і потенційних споживачів, які мають спільні потреби або запити, які спеціалізовані постачальники можуть задовольнити, надаючи послуги високого рівня. Розмір ринку залежить від кількості потенційних клієнтів, які відчують потребу в певній кількості та якості медичних послуг.

Категоріальна характеристика ринку медичних послуг дозволяє визначити маркетинг медичних послуг як систему управління ринком з метою здійснення обміну для задоволення потреб і потреб людей у підтримці здоров'я. Маркетинг можна визначити як процес, «під час якого індивіди та групи людей отримують те, що їм потрібно і чого вони хочуть, шляхом створення та обміну товарів і споживчих цінностей». Обмінні процеси не відбуваються самі по собі. Ринок продавця передбачає, що продавець має більшу владу, а покупець є більш активним учасником ринку. На ринку покупців покупець має більшу владу, а продавець повинен бути більш активним гравцем на ринку.

Керувати попитом на ринку охорони здоров'я означає керувати споживачами. Попит на медичні послуги поділяється на дві групи: юридичні та фізичні особи. На сучасному ринку медичних послуг акценти змістилися.

Окрім стратегій залучення нових клієнтів і ведення бізнесу з ними, державні та приватні медичні центри роблять усе можливе, щоб утримати існуючих клієнтів і підтримувати з ними постійні відносини.

Однією з головних причин успішної діяльності медичних компаній є, звичайно, широке застосування принципів маркетингу. У другому європейському виданні «Основ маркетингу» Ф. Котлер; Г. Армстронг, Дж. Сондерс, В. Вонг дає таке визначення: «Маркетинг відноситься до управління ринком з метою здійснення обміну для задоволення потреб і запитів споживачів». У нормальній ситуації маркетинг повинен обслуговувати ринок кінцевого споживача в конкурентному середовищі. Маркетинг передбачає існування ринку у всьому його структурному діапазоні, служить його розвитку і невіддільний від комплексу проблем попиту, пропозиції та ціни. Ми розглядаємо маркетинг як багатогранне явище.

Маркетингова технологія — це процес визначення основних конкурентів, оцінка їхніх цілей, стратегій, сильних і слабких сторін, діапазону ймовірних реакцій і вибір конкурентів, яких атакувати або уникати. Конкурентні стратегії можна визначити як стратегії, які дозволяють компаніям зайняти лідируючі позиції в порівнянні з конкурентами.

Для ефективного планування конкурентних маркетингових стратегій, на думку експертів, компанія повинна «постійно порівнювати свою продукцію, ціни, канали збуту та стимулювання збуту з тими, якими користуються її найближчі конкуренти». Таким чином компанія може перевірити сфери потенційних конкурентних переваг і можливих втрат.

Замість визначення галузевих конкурентів компанії можуть підійти до проблеми з точки зору ринку. При цьому підході їх конкуренти в області спільних завдань визначаються як компанії, які прагнуть задовольнити ті ж потреби споживачів або надавати послуги тим же споживачам, що і ця компанія. Вони можуть використовувати більш ефективні маркетингові методи проти своїх конкурентів і підготувати сильніший захист у відповідь на дії конкурентів. Ринкова концепція конкуренції дозволяє визначити більш загальне коло ваших реальних і потенційних конкурентів. Це сприяє кращому довгостроковому плануванню ринку.

Останнім часом на ринку охорони здоров'я зростає кількість медичних компаній, які використовують фундаментальний аналіз. За допомогою базового аналізу медичні центри, як компанії-конкуренти, прагнуть вдосконалювати технології надання медичних послуг, контролювати їх якість і вартість. Вони порівнюють свої медичні послуги та маркетингові технології з послугами та бізнес-процесами конкурентів, щоб знайти шляхи покращення якості та ефективності.

Основні правила успіху міжнародного маркетингу дуже схожі в різних країнах і можуть бути легко перенесені на інші національні ринки. Суворе державне регулювання медичних послуг із маркетинговим планом, який передбачає інтенсивну й агресивну рекламу та тісну співпрацю з оптовими та роздрібними посередниками та продавцями, важливе не лише з точки зору ідентифікації та залучення клієнтів.

Особливості соціально-економічного розвитку України в новому тисячолітті та нові умови розвитку медичних компаній продиктовані зміною бізнес-моделі, зміною соціальної ролі держави, а також переглядом позицій медичних установ. процес охорони здоров'я населення.

РОЗДІЛ 3.

ДЕРЖАВНІ ТА ГАЛУЗЕВІ МЕХАНІЗМИ УПРАВЛІННЯ РИНКОМ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ

3.1. Інструментарій державного регулювання сфери охорони здоров'я в Україні

Реалізація завдань державного регулювання економіки на практиці забезпечується за допомогою різноманітних методів. Методи державного регулювання економіки – це способи впливу держави на сферу підприємництва, інфраструктуру ринку, некомерційний сектор економіки з метою створення умов їхнього ефективного функціонування відповідно до напрямів державної економічної політики [44]. Кожний метод ґрунтується на використанні сукупності інструментів державного регулювання. Методи державного регулювання економіки класифікуються за двома ознаками: за формами та засобами впливу.

Залежно від засобів впливу розрізняють адміністративні й економічні методи. Адміністративні методи, котрі базуються на силі державної влади, поділяють на заходи заборони, заходи дозволу і заходи примусу. Економічні методи являють собою заходи державного впливу, за допомогою яких створюються відповідні умови, що направляють розвиток соціально-економічних відносин у потрібне державі русло [44].

Таке розмежування методів державного регулювання досить умовне. Будь-який економічний регулятор містить елемент адміністрування, а адміністративно-правові та організаційні методи – економічну складову.

За формами впливу методи державного регулювання економіки поділяють на дві групи: методи прямого та непрямого впливу. Методи прямого впливу безпосередньо діють на функціонування суб'єктів ринку за допомогою інструментів адміністративно-правового характеру та економічних інструментів прямого впливу [44].

Методи непрямого регулювання – це методи, які регламентують поведінку суб'єктів ринку не прямо, а опосередковано, через створення певного економічного середовища, котре змушує їх діяти в потрібному державі напрямі. Опосередковане регулювання – це вплив на економічні інтереси. Держава втілює в життя свої рішення на підставі мотивації. У цьому контексті мотивація – це процес спонукання суб'єктів ринку до діяльності в напрямі державних пріоритетів [44].

Сфера охорони здоров'я включає декілька взаємопов'язаних ринків: послуг з охорони здоров'я, медичних технологій, медичного обладнання, медичного страхування, праці медичних кадрів, освітніх послуг у сфері охорони здоров'я та фармацевтичного [23]. Отже, потрібно звертати увагу на широке коло соціально-економічних відносин, що стосуються охорони здоров'я, тобто на всю сферу охорони здоров'я.

Отже, при дослідженні державного регулювання сфери охорони здоров'я в Україні необхідно враховувати можливі його напрями (рис. 3.1.)

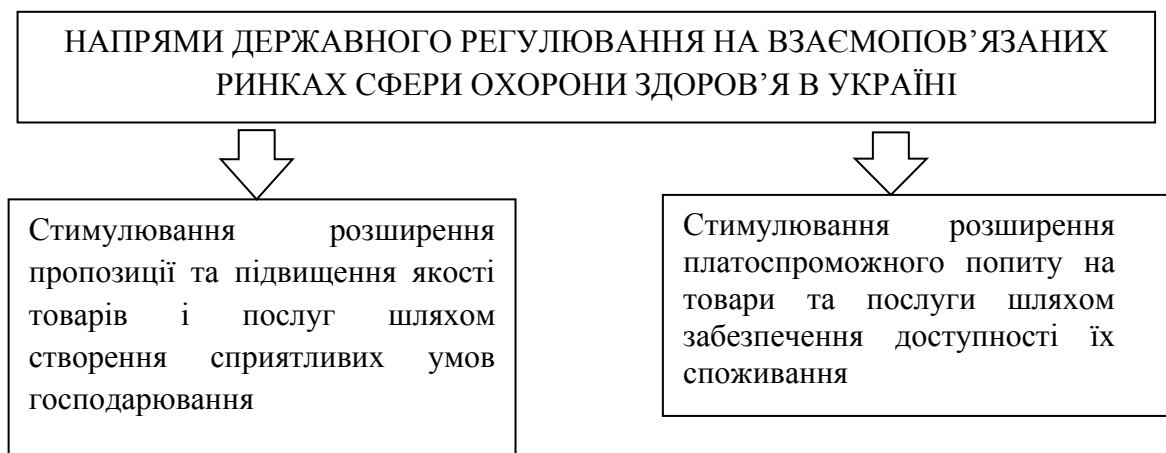


Рисунок 3.1. Напрями державного регулювання на взаємопов'язаних ринках сфери охорони здоров'я в Україні

Таким чином, інструменти державного регулювання сфери охорони здоров'я в Україні можна класифікувати за такими ознаками:

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

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

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

інструменти, що застосовуються в рамках прямих методів; інструменти, котрі застосовуються в рамках непрямих методів;

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

- інструменти, що застосовуються для регулювання відносин на ринку послуг з охорони здоров'я;

- інструменти, котрі застосовуються для регулювання відносин на ринку медичних технологій;

- інструменти, що застосовуються для регулювання відносин на ринку медичного обладнання;

- інструменти, які застосовуються для регулювання відносин на фармацевтичному ринку; інструменти, що застосовуються для регулювання відносин на ринку медичного страхування;

- інструменти, які застосовуються для регулювання відносин на ринках праці медичних кадрів та освітніх послуг у сфері охорони здоров'я;

4) за напрямом застосування інструменту на ринках сфери охорони здоров'я: інструменти, що застосовуються для стимулювання розширення пропозиції та підвищення якості товарів і послуг;

інструменти, які застосовуються для стимулювання розширення платоспроможного попиту на товари та послуги.

Стосовно державного регулювання ринку послуг з охорони здоров'я в Україні варто зазначити, що прямі економічні методи полягають у використанні механізмів бюджетного фінансування закладів охорони здоров'я. Адміністративне регулювання ринку послуг з охорони здоров'я в Україні полягає у використанні механізмів стандартизації якості послуг з охорони здоров'я та ліцензуванні діяльності у сфері надання послуг з охорони здоров'я.

Стосовно непрямого економічного регулювання ринку послуг з охорони здоров'я в Україні слід зауважити, що широко застосовуються інструменти державного регулювання, передбачені податковим законодавством.

В табл. 3. 1 наведено класифікацію інструментів державного регулювання ринку послуг з охорони здоров'я в Україні.

Таблиця 3.1. Класифікація інструментів державного регулювання ринку послуг з охорони здоров'я в Україні

Інструменти в рамках адміністративних (прямих методів)	Інструменти в рамках економічних методів		
	Інструменти в рамках прямих економічних методів	Інструменти в рамках непрямих економічних методів, що направлені на стимулювання:	
		розширення пропозиції та підвищення якості товарів і послуг на ринку	розширення платоспроможного попиту на товари та послуги на ринку
1) ліцензування діяльності у сфері надання послуг з охорони здоров'я; 2) акредитація та реєстрація закладів охорони здоров'я; 3) стандартизація якості послуг з охорони здоров'я.	Здійснення державних видатків на фінансування діяльності закладів охорони здоров'я.	1) звільнення від оподаткування ППП окремих державних підприємств; 2) звільнення від сплати земельного податку закладів сфери охорони здоров'я.	1) звільнення від оподаткування ПДВ операцій з постачання послуг з охорони здоров'я; 2) включення до складу витрат платника ППП відповідних витрат, пов'язаних з охороною здоров'я; 3) виключення з розрахунку загального місячного оподаткованого доходу платника ПДФО вартості товарів та послуг, що пов'язані з охороною здоров'я; 4) включення до податкової знижки з ПДФО вартості товарів і послуг, пов'язаних з охороною здоров'я;

Державне регулювання ринків медичних технологій та медичного обладнання в Україні здійснюється за допомогою використання прямих економічних методів, тобто з використанням механізмів бюджетного фінансування наукових досліджень у сфері охорони здоров'я.

В табл. 3. 2 подано класифікацію інструментів державного регулювання ринків медичних технологій і медичного обладнання в Україні.

Таблиця 3. 2. Класифікація інструментів державного регулювання ринків медичних технологій і медичного обладнання в Україні

Вид ринку, на регулювання відносин якого спрямовано застосування інструменту	Інструменти в рамках адміністративних (прямих методів)	Інструменти в рамках економічних методів		
		Інструменти в рамках прямих економічних методів	Інструменти в рамках непрямих економічних методів, що направлені на стимулювання:	
			Розширення пропозиції та підвищення якості товарів і послуг на ринку	Розширення платоспроможного попиту на товари та послуги на ринку
Ринок медичних технологій	Захист прав інтелектуальної власності шляхом Патентування об'єктів інтелектуальної власності.	Здійснення державних видатків на фінансування наукових досліджень у сфері охорони здоров'я.	Відсутні.	Відсутні.
Ринок медичного обладнання	Реєстрація та сертифікація медичного обладнання.	Здійснення державних видатків на закупівлю медичного обладнання.	Відсутні.	1) звільнення від оподаткування акцизним податком операцій з реалізації легкових автомобілів для інвалідів; 2) застосування зниженої ставки ПДВ в розмірі 7% до операцій з постачання та імпорту виробів медичного призначення; 3) застосування зниженої ставки ПДВ в розмірі 7% до операцій з постачання та Імпорту медичних виробів та/або медичного обладнання для клінічних випробувань.

Непрямі методи державного регулювання ринків медичних технологій та медичного обладнання в Україні майже не використовуються. Адміністративне регулювання ринку медичних технологій в Україні полягає у використанні механізмів захисту прав інтелектуальної власності шляхом патентування об'єктів інтелектуальної власності. Адміністративне регулювання ринку медичного обладнання в Україні полягає у використанні механізмів реєстрації та сертифікації медичного обладнання.

У табл. 3.3 наведено класифікацію інструментів державного регулювання фармацевтичного ринку в Україні.

Серед непрямих методів державного регулювання фармацевтичного ринку України вагоме місце займає використання інструментів державного регулювання, передбачених податковим законодавством.

Таблиця 3. 3. Класифікація інструментів державного регулювання фармацевтичного ринку в Україні

Інструменти в рамках адміністративних (прямих методів)	Інструменти в рамках прямих економічних методів	Інструменти в рамках непрямих економічних методів, направлених на стимулювання:	
		Розширення пропозиції та підвищення якості товарів і послуг на ринку	Розширення платоспроможного попиту на товари та послуги на ринку
1) реєстрація та стандартизація якості лікарських засобів і виробів медичного призначення; 2) ліцензування діяльності з виробництва, оптової, роздрібної торгівлі лікарськими засобами та виробами медичного призначення; 3) державне регулювання цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення.	Здійснення державних видатків на закупівлю лікарських засобів і виробів медичного призначення.	1) Виключення з переліку платників збору за провадження деяких видів підприємницької діяльності аптек, впровадження діяльності щодо постачання лікарських засобів з придбанням пільгового торгового патенту.	Застосування зниженої ставки ПДВ у розмірі 7% до операцій з постачання та імпорту лікарських засобів; звільнення від оподаткування митом фармацевтичної продукції; застосування зниженої ставки ПДВ у розмірі 7% до операцій з постачання та імпорту лікарських засобів для клінічних випробувань.

Адміністративне регулювання фармацевтичного ринку в Україні полягає у використанні механізмів реєстрації та стандартизації якості лікарських

засобів і виробів медичного призначення, ліцензуванні діяльності з виробництва, оптової, роздрібно торгівлі лікарськими засобами та державному регулюванні цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення. Прямі економічні методи державного регулювання фармацевтичного ринку полягають у використанні механізмів бюджетного фінансування, тобто здійсненні видатків з державного та місцевих бюджетів на закупівлю лікарських засобів і виробів медичного призначення.

Таким чином, запропоновано класифікацію інструментів державного регулювання сфери охорони здоров'я в Україні, особливістю якої є використання нової класифікаційної ознаки «за видом ринку сфери охорони здоров'я, на регулювання відносин якого спрямоване застосування інструменту», що дозволило виокремити інструментарій державного регулювання кожного із взаємопов'язаних ринків сфери охорони здоров'я в Україні.

Результати аналізу інструментарію державного регулювання сфери охорони здоров'я в Україні свідчать про його фрагментарний характер, чим обумовлена потреба у його вдосконаленні, адже не забезпечується комплексне державне регулювання всіх взаємопов'язаних ринків сфери охорони здоров'я, що значно ускладнює процес формування ринкових відносин та знижує ефективність реформ у сфері охорони здоров'я.

3.2. Перспективи розвитку медичного страхування в Україні з урахуванням іноземного досвіду

Населення України з кожним роком зменшується, погіршується здоров'я людей працездатного віку, зменшується чисельність економічно активного населення. Ця тенденція може призвести до значного бюджетного тиску на вітчизняний сектор охорони здоров'я в майбутньому. Тому реформування галузі охорони здоров'я шляхом запровадження медичного страхування та

встановлення його як основи фінансування охорони здоров'я є шляхом, який може вирішити більшість проблем громадського сектору охорони здоров'я.

Медичне страхування є важливим елементом соціальної інфраструктури всіх розвинених країн, а також розглядалося як альтернативна модель організації охорони здоров'я. Це дозволяє більш раціонально використовувати ресурси, призначені для охорони здоров'я, і водночас покращує якість і надання цих послуг населенню. Його основними учасниками є страхові компанії, що надають відповідні послуги, страховики (фізичні та юридичні особи), страхові брокери, допоміжні підприємства, заклади охорони здоров'я.

Світова практика підтверджує, що основою страхової медицини є обов'язкове медичне страхування. Вітчизняний ринок послуг медичного страхування, як і страховий ринок в цілому, перебуває на стадії становлення. Перспективи розвитку системи медичного страхування в Україні великі, оскільки є багато потенційних споживачів страхових послуг.

Процес запровадження медичного страхування в Україні є досить проблематичним, перш за все з точки зору фінансування, оскільки порядок сплати страхових внесків на соціальне страхування населення, яке воно обслуговує, порушує норми безкоштовного медичного обслуговування, встановлені в Конституція України. Збільшення навантаження фонду оплати праці на роботодавців може призвести до поширення тіньової структури оплати праці та стримувати її зростання. Першим кроком у цьому напрямку має стати створення та прийняття законодавчої бази, яка б затвердила обов'язкове медичне страхування. Для того, щоб розпочати ефективне функціонування системи OMS, необхідно задіяти наявні в країні адміністративні та матеріально-технічні ресурси. Самоврядування неможливе без розвиненої інфраструктури, яка потребує оптимальних і раціональних державних рішень.

Як відомо, середня зарплата громадян Угорщини є однією з найнижчих серед європейських країн. Тому Україні, як і іншим країнам, слід використовувати інший підхід при визначенні розміру внесків. Держава

повинна підтримувати соціально незахищених громадян і малооплачуваних працівників, починаючи з мінімального рівня, встановленого законом.

Для повноцінного розвитку вітчизняного медичного страхування також необхідно вжити низку організаційних та правових заходів, які б дозволили вирішити наступні важливі проблемні питання:

1. Збереження конкурентного середовища на ринку добровільного медичного страхування у разі запровадження загальнообов'язкового державного соціального страхування.

2. Забезпечення умов для повноцінного розвитку добровільного медичного страхування як доповнення до загальнообов'язкової форми, що забезпечувало б якісне медичне обслуговування населення понад гарантований державою мінімум.

3. Підвищення зацікавленості роботодавців у збереженні здоров'я своїх працівників шляхом законодавчого закріплення економічного стимулювання витрачання підприємствами коштів на медичне страхування. Важливим чинником таких стимулів є, зокрема, податкові пільги: віднесення страхових платежів на медичне страхування до валових витрат і, відповідно, зменшення оподатковуваного доходу для роботодавців, а також податковий кредит для фізичних осіб.

4. Змінити ліцензійні вимоги страховиків, які бажають працювати як у системі добровільного медичного страхування, так і в системі обов'язкового медичного страхування, з метою підвищення їх надійності.

5. Встановлення єдиної оптимальної системи ціноутворення на медичні послуги.

6. Забезпечення належного державного контролю за дотриманням усіма закладами охорони здоров'я, які працюють у системі медичного страхування, встановлених законодавством єдиних стандартів.

Незважаючи на неврегульованість питань медичного страхування, з 2012 року його частка в загальному обсязі страхових послуг стабільно зростає. Проте найпопулярнішим є медичне страхування (безперервне страхування життя), яке

займає понад 60% у структурі видів медичного страхування. Слід зазначити, що особливістю вітчизняного ринку медичного страхування є те, що добровільне значною мірою переважає над обов'язковим. Так, розглядаючи DMS, слід зазначити, що лише 5% договорів припадає на житловий сегмент, тоді як частка корпоративного страхування в загальному портфелі українських страховиків становить 95% [43].

На вітчизняному ринку добровільного медичного страхування працює понад 60 страхових компаній з різними навичками, досвідом і повноваженнями. Найбільш відомі з них ДАК «Укрінмедстрах», АТ «СК «Остра-Київ», АТ «Страхова компанія «Алькона», АТ «СК «Оранта-Донбас», ЗАТ «Страхова компанія». «Креда-Класік», ЗАТ «Страхава», ЗАТ «Надра», ЗАТ «Страхова компанія «Укрнафтатранс» та інші [21].

Кожна страхова компанія прагне привнести в страховий бізнес щось унікальне, що відрізняє її від конкурентів.

Програми страхових компаній з добровільного медичного страхування можна розділити на чотири основні категорії: поліклінічне обслуговування, в тому числі аптечне; стаціонарне обслуговування; Невідкладна медична допомога; стоматологія. Деякі страхові компанії пропонують ряд додаткових послуг: медичне обслуговування вдома, запис до довіреного лікаря, безкоштовне медичне страхування для закордонних поїздок, страхування зі знижками для членів сім'ї, спеціальні програми для дітей та вагітних. Широкий вибір програм страхування, які відрізняються ціною та набором послуг, а також їх поєднанням, дозволяє підібрати поліс, виходячи з потреб і фінансових можливостей.

Страховики медичного страхування можуть об'єднати зусилля для сприяння розвитку відкритого та рівного доступу до ринку медичного страхування, допомоги у здійсненні медичного страхування, організації та координації правового захисту прав страхувальників та страхувальників. зусилля страховиків на ринку медичних послуг [12, с. 18].

Прикладом цього є Асоціація «Українське медичне страхове агентство», членами якої є 28 страхових компаній України, що представляють 12 областей та місто Київ.

ЗАТ СК «Остра-Київ» - одна з відомих українських страхових компаній, яка займається медичним страхуванням з початку 2000 року. Вона оплачує медичні послуги, що надаються за різними програмами страхування [32].

В рамках програми «Поліклініка» ЗАТ «Остра-Київ» оплачує транспортні витрати, госпіталізацію застрахованої особи, медичні консультації, лабораторно-діагностичні дослідження, домедичну допомогу, первинний стоматологічний огляд. Він включає послуги як для дорослих, так і для дітей.

Програма «Екстрена медична допомога» передбачає оплату приїзду бригади екстреної медичної допомоги, першого огляду, транспортування та госпіталізації пацієнта, а також встановлення попереднього діагнозу. Страхова сума за програмою не обмежена.

Особливістю програми страхування «Стаціонар» є відсутність попереднього медичного огляду перед укладенням договору страхування та відшкодування витрат на лікування туберкульозу. Важливою характеристикою є те, що франшиза не фіксується в договорах [32].

ДАСК «Укрінмедстрах» посідає чільне місце на сучасному ринку страхових послуг України. Компанія здійснює медичне страхування громадян та нерезидентів України. Відповідно до програм медичного страхування надає такі медичні послуги: амбулаторне обслуговування; стаціонарне лікування; невідкладна медична допомога; комплексне медичне обслуговування; сімейна політика; медична реабілітація; невідкладна медична допомога; Програма «Лікарські ускладнення».

Програма страхує всі захворювання (гострі, хронічні, наслідки травм), крім венеричних захворювань, що передаються статевим шляхом, алкоголізму, наркоманії, безпліддя, абортів та синдрому набутого імунodefіциту [32].

Усі страхові компанії пропонують майже однакові програми медичного страхування, з однаковим спектром послуг, приналежністю до тих самих клінік

і приблизно однаковими послугами від організації охорони здоров'я. У таких умовах страховики природно обирають демпінгові ціни на послуги медичного страхування, оскільки незрозуміло, чим зумовлена різниця в ціновій політиці страховиків.

Аналіз ситуації та проблем розвитку ринку медичного страхування в Україні свідчить про необхідність продовження пошуку шляхів оптимізації витрат на послуги добровільного медичного страхування, які забезпечують баланс інтересів страхувальників і страховальників, сприяють розвиток цього соціально значущого та необхідного для нашої країни сегмента страхового ринку. Крім того, окремого вивчення потребує медичний асистанс як надійна послуга для застрахованих та зміцнення партнерства між страховиками та багатопрофільними медичними закладами.

На разі страхова медицина розвивається повільно, причиною цього є недовіра населення до вітчизняних страхових компаній. На даному етапі простежується низький рівень фінансування охорони здоров'я, дефіцит лікарських препаратів, та неналежне обслуговування клієнтів. Загалом медичне страхування не є з дешевих, а тому послуги страхових компаній стають для простого населення великою розкішшю.

Тому вивчення зарубіжного досвіду та визначення переваг медичного страхування та можливостей його впровадження в Україні сьогодні є дуже актуальним питанням.

Так, наприклад, в Англії, Ірландії, Шотландії, Італії та Данії домінує система державного фінансування. У таких країнах, як Франція, Австрія, Бельгія, Нідерланди, Швеція та Японія, домінуючою системою є обов'язкове медичне страхування, тоді як Сполучені Штати віддають перевагу змішаній формі фінансування охорони здоров'я. Однією з перших країн, яка запровадила медичне страхування, була Німеччина [49].

У Німеччині існує два види медичного страхування: обов'язкове (державне) і добровільне (приватне) медичне страхування. Витрати на охорону здоров'я в Німеччині постійно зростають і складають близько 10,6% ВВП.

Сьогодні медичне страхування в Німеччині здійснюється державними фондами охорони здоров'я. У цих фондах застраховано близько 90% населення країни. Менше 10% населення Німеччини мають приватне медичне страхування і не платять відповідні внески до державних фондів охорони здоров'я. З приватним медичним страхуванням ви маєте доступ до кращих і комплексніших медичних послуг, які не завжди дорожчі, ніж державне медичне страхування. Близько 0,3% населення країни не мають медичного страхування. Перевагами німецької моделі медичного страхування є високий рівень медичного обслуговування громадян незалежно від матеріального забезпечення; максимальне залучення населення до обов'язкового медичного страхування; адекватне фінансування охорони здоров'я в країні; здійснення профілактичних заходів з лікування за рахунок державних лікарняних коштів; сильне фінансування медичних досліджень [49].

Сьогодні страхування в США є добровільним і майже повністю оплачується роботодавцем. Існують також певні федеральні програми для окремих верств населення США. Близько 20% уряду США оплачує медичне обслуговування через Medicare і Medicaid. Близько 58% мають страхування за рахунок роботодавця, 6% — добровільне, близько 16% населення не застраховане.

Добровільне медичне страхування покриває більшу частину витрат на медичне обслуговування в США. Зараз у Сполучених Штатах триває реформа охорони здоров'я, яка вимагає поширення страхового покриття на всіх американців [49].

Японія — капіталістична країна, тому медичне обслуговування там недешево. Близько 90% витрат громадян компенсує система державного медичного страхування. Система охорони здоров'я заснована на комплексному медичному страхуванні всього населення. На відміну від більшості європейських країн, система охорони здоров'я Японії базується переважно на приватних медичних установах (понад 80%). Механізм медичного страхування в Японії поділяється на 2 групи: національна система страхування і система

професійного страхування. В Японії муніципальні, сільські та міські органи влади забезпечують національне страхування. Слід зазначити, що медичне страхування в Японії здійснюється на сімейних засадах, тобто разом із страхувальником, страхувальником і членами його сім'ї. Що стосується системи професійного страхування, то вона поділяється на: систему страхування дрібних підприємців з відносно високим прибутком; страхування осіб, які виконують оплачувану роботу. Сьогодні витрати на охорону здоров'я в Японії складають 8,1% ВВП. Країна досягла цього успіху, заборонивши прибутки страхових компаній і обмеживши зарплати лікарів, які допускають серйозні помилки в обслуговуванні пацієнтів. Саме цього не вистачає українській медичній сфері, де медичне страхування є розсадником спритних бізнесменів [49].

Загалом існує чотири шляхи запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні [21] :

- обов'язкове державне медичне страхування (за прикладом Молдови);
- загальнообов'язкове державне соціальне страхування (за прикладом Німеччини);
- комерційне самоврядування (за прикладом Чехії);
- змішана стратегія, яка поєднує державну та комерційну складові.

Кожна система базується на різному підході до управління активами OMS. Зокрема, органом управління системою державного медичного страхування може бути державна страхова компанія - Фонд загальнообов'язкового медичного страхування, управління яким здійснює уряд через МОЗ України.

В рамках загальнообов'язкового соціального страхування можливе створення окремої структури – так званого фонду «Лікарняних», який є громадською організацією, якою керують роботодавці, профспілки та представники держави (в особі Міністерства праці та соціальної політики України). політика). Україна) [50, с. 24].

Із впровадженням комерційного страхування можливе створення Бюро медичного страхування, яким керуватиме асоціація страхових компаній, що беруть участь у медичному страхуванні.

Реалізуючи четвертий – державно-приватний – варіант, стає можливим створити центр ОМС в МОЗ. Він зможе делегувати страхові функції страховим компаніям або приватним страховим фондам, але керуватиме ним Кабінет Міністрів України через МОЗ України.

При правильній організації систем медичного страхування вони не тільки покращують якість обслуговування застрахованих у цих системах, а й сприяють розвитку медичних послуг для решти населення шляхом акумулювання додаткових фінансових ресурсів у системі охорони здоров'я.

Державна політика розвитку медичного страхування, як частина загальної соціально-економічної політики України, має визначати основні принципи, напрями та форми економічного та адміністративно-правового впливу у сфері соціального захисту населення, враховуючи інтереси та пріоритети, у тому числі підтримка медичного страхування за такими основними напрямками, як: створення законодавчої бази, розвиток податкової політики, вдосконалення державного нагляду, підвищення фінансової надійності страховиків, підвищення страхової культури населення, підготовка та перепідготовка кадрів. персоналу [46].

Аналізуючи основні види фінансування охорони здоров'я в різних країнах світу, можна зробити висновок, що для більшості країн змішане фінансування є найбільш прийнятною формою фінансування. У разі змішаної бюджетно-страхової системи медичного страхування страхові внески сплачують держава, роботодавці та громадяни. Частка державних коштів не може бути меншою за 50% загального внеску. Загалом Японія є прикладом раціонального використання коштів у медицині.

Слід зазначити, що для впровадження зарубіжного досвіду змішаної системи медичного страхування та забезпечення високого рівня страхових послуг в Україні необхідно вжити таких заходів:

- удосконалення економічного механізму державного регулювання якості медичних послуг населенню;
- забезпечення державного контролю за діяльністю медичних страхових організацій;
- розширення спектру страхових медичних послуг та забезпечення їх якості;
- запровадження податкових пільг для страхувальників, які здійснюють медичне страхування;
- підготовка медичного персоналу та спеціалістів зі страхування з високим рівнем культури страхування та медичного страхування;
- удосконалення законодавчої бази, що забезпечує бюджетне фінансування охорони здоров'я;
- розвиток системи страхування та впровадження змішаних видів медичного страхування в Україні з урахуванням світового досвіду;
- створення конкурентоспроможної змішаної системи медичного страхування, яка б забезпечувала надходження іноземних інвестицій у медичну галузь та систему страхування. Медичне страхування поділяється на три рівні:
 - 1) перший рівень: виділення з бюджету коштів на надання мінімальних медичних послуг;
 - 2) другий рівень: МОЗ України визначає перелік захворювань, лікування яких здійснюється за рахунок бюджетних коштів;
 - 3) третій рівень: комерційне страхування, що включає використання медичних послуг через систему медичного страхування в страхових організаціях [22].

Тому існуюча система охорони здоров'я України потребує негайного реформування. Чітка реалізація «Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я України» дасть змогу запровадити ефективну систему соціального страхування та вивести національну систему охорони здоров'я на новий рівень. При впровадженні медичної та громадської реформ в галузі

охорони здоров'я та введення соціального медичного страхування можна звернутися до досвіду зарубіжних країн.

Отже, доцільно підтримувати ініціативи по впровадженню різних моделей медичного страхування, що дозволить накопичити необхідний досвід впровадження змішаної системи медичного страхування, за якої страхові внески сплачують держава, роботодавці та громадяни, яка повинна забезпечити рівність і доступність медичних послуг достатньо високої якості для всіх громадян.

3.3 Можливі шляхи вдосконалення механізмів управління ринком медичних послуг в Україні

У період реформування економіки України питання модернізації медичної сфери є пріоритетними і потребують всебічного аналізу та ефективного вирішення [8].

Стратегічний розвиток галузі охорони здоров'я ускладнюється асиметрією ринкових відносин в ній. Неспроможність ринку забезпечити збереження здоров'я населення вимагає соціальної активності держави щодо становлення цивілізованої системи медичної допомоги. Потребує вдосконалення підприємницький потенціал системи охорони здоров'я, що вимагає визначення напрямів державного управління у його формуванні та сприянні розвитку ринку медичної допомоги.

Необхідно здійснити низку заходів з підвищення рівню правової підготовки у сфері охорони суспільного здоров'я як для медичного персоналу, який надає медичні послуги населенню, так і для адміністрації лікувально-профілактичних закладів.

Обґрунтованою видається розробка і впровадження спеціальних тематичних курсів з правового навчання в системі підвищення кваліфікації для державних службовців та керівників лікувально-профілактичних закладів.

Для цього необхідно врегулювати взаємодію державної та комунальної систем охорони здоров'я та відомчих систем. Склалася ситуація, коли завдяки більш ефективному фінансуванню оснащення лікувально-профілактичних закладів відомств є кращим від оснащення комунальних закладів охорони здоров'я.

Встановлено, що взаємодія Держдепу та комунальної медицини можлива за такими напрямками: спільна розробка та участь у загальнодержавних, регіональних та місцевих програмах охорони здоров'я; надання високоспеціалізованої медичної допомоги певній частині населення регіону розташування відомчого закладу охорони здоров'я; організація та проведення лікувально-діагностичних процедур з використанням високотехнологічного обладнання палатного лікувального закладу; інше. Зрозуміло, що така співпраця має базуватися на взаємовигідних умовах. З боку відомчого закладу охорони здоров'я це означає закріплення лікувально-діагностичного обладнання та залучення власних спеціалістів. З боку держави це означає, наприклад, що комунальні потреби закладу покриваються за рахунок місцевого бюджету.

Рівень використання медичних послуг не можна визначати виключно на основі платоспроможності людини. Особливо це стосується випадків, коли потрібна термінова медична допомога. Навіть у Сполучених Штатах, де медичне обслуговування переважно надається на платній основі, незастраховані люди з гострими захворюваннями отримують безкоштовну лікарняну допомогу. У таких випадках цим пацієнтам надається безкоштовна допомога за рахунок тих, хто може заплатити.

Проте критерії економічної ефективності не завжди можуть бути визначальними у розвитку охорони здоров'я. У багатьох випадках доводиться діяти всупереч господарському розрахунку, прибутку. У зв'язку з цим необхідно визначити, які медичні послуги можна відносно безболісно віднести до ринкових послуг (косметологія, стоматологія тощо), а які ринки категорично протипоказані. У сучасній охороні здоров'я та через монополістичний стан держави суто ринкові умови існувати не можуть. Незважаючи на прагнення до

автономії в наданні медичних послуг, деяких заходів державного регулювання не уникнути.

Для того, щоб пошук прибуткової медичної допомоги не мав згубного впливу на систему охорони здоров'я в цілому, необхідно розробити ефективний економічний механізм, який поєднує:

- бюджетне фінансування провідних медичних та освітніх центрів країни;
- підготовчі роботи та ін. фінансування з місцевого бюджету;
- фінансування за рахунок страхових внесків іншої медичної допомоги;
- впровадження платних окремих видів медичних послуг.

Перехід охорони здоров'я на ринкові умови тягне за собою такі зміни в економічному механізмі промисловості.

1. Зміна організаційно-правового статусу закладів охорони здоров'я - перетворення їх на самостійні юридичні особи з широкими повноваженнями.

2. Форма власності численних лікувально-профілактичних закладів, формування великого сектора комерційної охорони здоров'я.

3. Зміна характеру відносин між суб'єктами охорони здоров'я, які все більше переходять від переважно соціально-управлінських відносин до цивільно-правових течій, заснованих на економічних інтересах.

4. Перехід від фінансування закладів охорони здоров'я до фінансування медичної допомоги. Мається на увазі не встановлення нормативів витрат на утримання окремих служб з урахуванням певної кількості населення, а нормативи витрат на лікування окремих видів захворювань.

5. Зміна принципу фінансового обліку - не фінансування витрат, а закупівля платником послуг закладів охорони здоров'я.

6. Зміна потоку коштів, що спрямовуються на охорону здоров'я - окрім фінансування за рахунок податків, які спільно стягуються з різних платників (до бюджету), зберігається обсяг прямого фінансування медичної допомоги платниками податків за вирахуванням зобов'язань. розширити обов'язкове

медичне страхування (у разі його запровадження), а також добровільне страхування та пряму оплату медичної допомоги.

7. Децентралізація фінансування – підвищення ролі місцевих бюджетів і зменшення ролі республіканського.

8. Збільшення кількості джерел фінансування – фактично замість одного джерела (бюджет) їх багато (страхові внески, благодійні внески тощо). Сучасне питання підвищення ефективності проявляється як на політичному, так і на практичному рівнях, і відповідне спрямування ресурсів на конкретні групи здоров'я (справедливість) стає актуальним у зв'язку з багатьма проблемами здоров'я. Економісти постійно посиляються на ці два критерії розподілу, коли оцінюють дії уряду, нові продукти та інші практичні ініціативи [14].

Реформування охорони здоров'я в умовах масштабних соціально-економічних перетворень значно відрізняється від реформування в більш стабільному середовищі. Крім того, реформи охорони здоров'я відрізняються від трансформацій в інших сферах економіки тим, що вони не можуть стояти на місці в періоди значних перетворень. Часті зміни керівництва та інфляційні процеси не сприяють сталим реформам. Щоб пов'язати свою діяльність з іншими сферами трансформації, необхідно впроваджувати заходи в галузі охорони здоров'я та соціальної політики, які, окрім підтримки більш широких цілей, пов'язаних із політичними, економічними та інституційними реформами, також спрямовані на вирішення конкретних проблем, що стоять власне перед системою медичного обслуговування населення.

Основою перетворень має слугувати намагання покращити добробут населення шляхом відновлення свободи особистості, підвищення життєвого рівня і створення надійної системи соціального захисту для тих, хто не може обійтися без додаткової допомоги. Якщо йдеться про здоров'я і охорону здоров'я, це, як і скрізь, включає стимулювання більшої самостійності людей, розвиток конкуруючих ринків з метою підвищення ефективності, і децентралізацію управління, покликану забезпечити більш оперативне реагування на місцеві потреби [41].

Незалежно від моделі її структури, головним завданням, яке стоїть сьогодні перед кожною національною системою охорони здоров'я, є підтримка належного балансу між безперервним зростанням вартості медичних послуг за рахунок стрімких інноваційних процесів та забезпеченням рівного доступу до користування медичними послугами. якісне та ефективне медичне обслуговування всіх громадян країни, незалежно від їх матеріального та соціального становища. Вирішення цієї проблеми є стрижнем подальшого розвитку системи охорони здоров'я України.

Орієнтація українського суспільства на сприйняття медицини як соціально-економічної категорії має ґрунтуватися на відповідному економічному забезпеченні кількості та якості реально наданих медичних послуг. Економічну сторону охорони здоров'я слід розуміти як елемент суспільного виробництва. Водночас у нашому суспільстві з'явилися умови для формування та розвитку ринкових умов у сфері охорони здоров'я, а саме: запровадження різноманітних форм підприємництва; комерціалізація галузі; збільшення кількості платних медичних послуг; усвідомлення суспільством цінності власного здоров'я тощо.

У сучасних умовах розвитку українського суспільства становлення ринкових умов охорони здоров'я потребує виваженої державної політики. Необхідною умовою розвитку цивілізованого ринку медичних послуг є дотримання принципу «жорсткого хребта» з урахуванням негативного впливу ринку на гуманітарну сферу в цілому та систему охорони здоров'я зокрема.

Такі заходи, як:

- впровадження багатоканальної системи фінансування охорони здоров'я з акцентом на бюджетно-страхових елементах;
- підвищення частки державного фінансування промисловості до світового рівня (10% ВВП);
- удосконалення чинної нормативно-правової бази галузі шляхом прийняття Закону України «Про загальнообов'язкове державне медичне

страхування», адаптації Концепції розвитку медичної галузі та Концепції розвитку фармацевтичної галузі;

- розробка системи авторизації та контролю;
- сприяння створенню конкурентного середовища, підвищенню рентабельності медичних послуг шляхом вдосконалення діючої системи оподаткування.

Сформульовано напрями змін в управлінні для забезпечення якості медичної допомоги:

- покращення правової освіченості населення у питаннях своїх прав (право вільного вибору лікаря, лікувально-профілактичного закладу);
- підвищення територіальної доступності медичних послуг сільському населенню шляхом реального відновлення виїзних форм надання медичної допомоги, повнішого упровадження сімейної медицини;
- підвищення кваліфікованої доступності медичних послуг шляхом залучення до надання допомоги лікарів високої кваліфікації (створення для лікарів привабливих умов праці у лікувально-профілактичних закладах сільської місцевості);
- впровадження системи матеріального стимулювання лікувально-профілактичних закладів (і персоналу) за досягнення певних показників якості та впровадження сучасних медичних технологій;
- сприяння впровадженню сучасних медичних технологій, оснований на принципах доказової медицини, у практику лікувально-профілактичних закладів та фізичних осіб;
- покращення матеріально-технічної бази лікувально-профілактичних закладів [40].

Резолюція 38-ї Всесвітньої медичної асамблеї стверджує, що, надаючи лікарям незалежність і професійну свободу у проведенні медичної діяльності, суспільство забезпечує найкращу з можливих систем охорони здоров'я для своїх громадян, що, в свою чергу, робить вагомий внесок у створення сильної та безпечної держави [59].

Майже в усіх розвинених державах світу, насамперед Європи, основне місце в організації лікарської практики традиційно посідають національні самоврядні інституції (товариства, асоціації, лікарські палати, колегіуми лікарів тощо), які несуть юридичну та моральну відповідальність перед державою і суспільством за якість медичної допомоги, професійну підготовку лікарів і дотримання ними норм медичної етики, безпеку та забезпечення прав пацієнтів, а також вирішують інші питання охорони здоров'я.

Самоврядування – це передбачена законом система управлінських взаємин між усіма представниками певної професії, покликана консолідувати зусилля представників певного фаху в стосунках з органами державної влади, із суспільством та між собою. Тобто законом надаються управлінські повноваження з метою успішного функціонування певної професії на користь усього суспільства. Таке професійне самоврядування репрезентується власною, визначеною законом представницькою організацією, побудованою на засадах децентралізації, і перебуває вона під наглядом державної влади.

Важливими передумовами створення і використання в Україні такого суспільного інституту, як лікарське самоврядування, такі [13]:

- політичні та соціально-економічні зміни, що відбулися в Україні в цілому;
- політична воля органів влади;
- зміна економічних відносин в суспільстві, що істотно вплинули на діяльність системи охорони здоров'я і призвели до серйозних трансформацій в ній;
- позитивний міжнародний досвід тривалого функціонування лікарського самоврядування у більшості зарубіжних країн;
- кардинальні зміни у свідомості медичного персоналу і пацієнтів;
- воля лікарської громадськості впливати на організаційно-управлінські процеси в професійній діяльності;
- активна правозахисна пацієнтська позиція.

У сучасних умовах створення дієвого інституту лікарського самоврядування потребує не лише ефективної структурованості власне лікарської організації, а й чіткої координації її діяльності з державними інститутами влади.

Причинами опортуністичної поведінки з боку інститутів державної влади (бюрократичної системи) є їх бажання утримати під своїм контролем такі сфери, як ліцензування та атестація медичних працівників, ліцензування та акредитація лікувально-профілактичних закладів; закупівля за державні кошти медичних препаратів і техніки для потреб галузі – тобто сфери, в яких є найвищий ризик зловживань посадовим становищем.

Однією з основних перешкод у сприйнятті ідеології лікарського самоврядування можна вважати відсутність у 70-80 % медиків мотивів до ефективної трудової діяльності – матеріальних, трудових, статусних, а також мотивів виконувати свою роботу якісно; а з іншого боку, й відсутність мотиваційного моніторингу з боку керівників системи охорони здоров'я. За таких умов пригнічується почуття професійної гордості, виникає розчарування лікарів в обраній професії [26].

Лікарське самоврядування є одним з основних компонентів суспільної складової державно-суспільного самоврядування. Утвердження громадських засад у національній системі охорони здоров'я суттєво гальмується неприйняттям відповідного закону Верховною Радою України. Треба нагадати, що вперше проект Закону України „Про лікарське самоврядування” було обговорено 2 квітня 2005 р. на спільному засіданні Великої ради Всеукраїнського лікарського товариства та ініціативної робочої групи Громадської ради при Міністерстві охорони здоров'я України. Згодом проект було також обговорено на VIII Всеукраїнському з'їзді ВУЛТ в Івано Франківську і на Парламентських слуханнях. Наразі проект Закону України “Про лікарське самоврядування” було зареєстровано у Верховній Раді України. Його прийняття спричинить перегляд функцій і повноважень суб'єктів державного управління системою охорони здоров'я в Україні.

Завданнями, які покликаний вирішити цей Закон, є такі [13]:

- запровадження інституту лікарського самоврядування у систему охорони здоров'я як рівноправного, поряд з державним, управлінського механізму;
- нормативне забезпечення створення і діяльності самоврядної лікарської організації — Українського лікарського товариства;
- законодавче закріплення перерозподілу управлінських функцій між Міністерством охорони здоров'я України та професійною самоврядною організацією лікарів — Українським лікарським товариством;
- забезпечення якості та доступності медичної допомоги, яку отримують пацієнти, і компетентності лікарів, які надають таку допомогу;
- утвердження професійної автономії лікарів та корпоративної відповідальності за діяння лікарів;
- захист професійних прав лікарів і створення дієвої системи персональної відповідальності за вчинені професійні діяння;
- упровадження системи корпоративної відповідальності за результати лікарської діяльності з боку лікарського самоврядного громадського об'єднання — Українського лікарського товариства як самостійного суб'єкта права;
- боротьба з корупцією у системі охорони здоров'я України;
- забезпечення прав людини у сфері охорони здоров'я.

Введення лікарського самоврядування приведе до формування в лікарському співтоваристві та в суспільстві в цілому таких цивільно-правових відносин, за яких лікар буде персонально юридично і фінансово відповідальним за результати своєї діяльності перед лікарським товариством, а лікарське товариство — за результати діяльності лікаря перед пацієнтами і державою. Це приведе до підвищення довіри суспільства до системи охорони здоров'я та лікарів.

Високе суспільне значення медичних послуг часто спричиняє неефективність ринкових механізмів регулювання, а отже, і потребу в пошуку, розробці та впровадженні механізмів державного регулювання ринку медичних

послуг. Аналіз сучасного стану нормативно-правового регулювання діяльності професійних медичних асоціацій в Україні виявив можливі шляхи його покращання, серед яких основним є якнайшвидше прийняття Закону України “Про лікарське самоврядування”.

Ще одним кроком на шляху к осучасненню і модернізації сфери охорони здоров’я стало введення електронної охорони здоров’я – eHealth.

eHealth – це проект, що було створено Українським Міжнародним банком реконструкції та розвитку спільно з Міністерством охорони здоров’я України та структурними підрозділами обласних державних адміністрацій, відповідальними за охорону здоров’я, починаючи з 2012 року реалізується комплекс заходів із підготовки Проекту «Поліпшення здоров’я на службі у людей», спрямованого на підтримку реформування системи охорони здоров’я.

Діяльність у рамках Проекту спрямована на досягнення трьох пріоритетних завдань в системі охорони здоров’я:

- боротьба з неінфекційними захворюваннями з приділенням особливої уваги профілактиці;
- поліпшення якості та ефективності медичної допомоги;
- оптимізація та реструктуризація лікарень і амбулаторних послуг вторинного рівня.

Проекту «Поліпшення охорони здоров’я на службі у людей» складається з трьох компонентів:

1-й компонент «Удосконалення надання послуг на місцевому рівні» (регіональний компонент) підтримує реформування охорони здоров’я.

У рамках всезагальної пріоритетної цілі удосконалення профілактики та лікування неінфекційних хвороб та пов’язаного з цим зміцнення механізмів надання послуг в областях реалізуються різні пріоритетні напрями, а саме:

- 1) поліпшення первинної медико-санітарної допомоги загалом;
- 2) зниження рівня серцево-судинних захворювань та смертності;
- 3) раннє виявлення та лікування раку;
- 4) раціоналізація системи лікарень та урядування в ній.

2-й компонент «Зміцнення урядування МОЗ у галузі охорони здоров'я» (центральный компонент), спрямований на поліпшення управління системою охорони здоров'я та впроваджується на рівні МОЗ.

Мета компоненту полягає у зміцненні стратегічного управління системою здоров'я, забезпечення належної координації діяльності галузі на регіональних рівнях з боку МОЗ.

Компонент передбачає:

- 1) розробку та впровадження нових методів фінансування закладів охорони здоров'я (із застосуванням ДСГ або КСГ);
- 2) розбудову системи громадського здоров'я;
- 3) інформаційно-комунікаційний супровід реформування системи охорони здоров'я;
- 4) підтримку інформатизації галузі охорони здоров'я;
- 5) зміцнення організаційного потенціалу Міністерства охорони здоров'я України й органів урядування областей, охоплених Проектом;

3-й компонент «Підтримка впровадження, моніторинг і оцінювання проекту» (центральный компонент), охоплює заходи з надання підтримки впровадженню Проекту, у тому числі заходи з управління Проектом; координації центральних та регіонального компонентів і міжсекторальної координації; моніторингу, оцінки та звітності Проекту [33].

Створення єдиного реєстру електронних медичних карт пацієнтів із суворим обмеження доступу до цієї інформації тільки для лікарів та відкритого реєстру лікувальних закладів та лікарів для пацієнтів значно спростило комунікацію лікар-пацієнт. Впровадження електронних медичних карток не тільки зменшило документальне перенавантаження у роботі лікаря, але й значно розширило та спростило доступ до інформації про пацієнта. Впровадження електронного реєстру лікувальних закладів та лікарів із зазначенням їх кваліфікаційного рівня, спектром медичних послуг, які вони надають та незалежною оцінкою якості надання цих послуг не тільки розширить доступ до цієї інформації для пацієнта, але й стимулюватиме

конкуренцію серед лікарів та лікарень, стимулюватиме зацікавленість лікарів та лікувальних закладів у результативності своєї роботи.

ВИСНОВКИ

Розвиток охорони здоров'я як соціально-економічної структури має відбуватися в гармонійній відповідності з економічним і соціальним розвитком держави. Цей принцип тісно пов'язаний з питанням адаптованості служб і підрозділів системи охорони здоров'я до національних реформ.

Як ринковий продукт, медична послуга кардинально відрізняється від будь-якого іншого продукту чи послуги. Поширений стереотип думок про безоплатність медичної допомоги та вартість медичних послуг пов'язаний із соціальним характером медичних відносин, оскільки їх об'єктом є людина. Розмежування платної та безкоштовної медичної допомоги вносить непорозуміння в приватний медичний сектор.

Особливості ринку медичних послуг – це особливості роботи медичних працівників, коли збереження життя пацієнта, гуманна місія охорони здоров'я та етичний бік медичної діяльності значно переважають над економічною доцільністю та прибутковістю медичної діяльності.

Повне задоволення потреб споживачів у цьому сегменті ринку медичних послуг значною мірою не пов'язане з медичною діяльністю, а залежить від інших індивідуальних, природних та соціально-економічних факторів. Таким чином, сегментація ринку медичних послуг дозволяє надавати медичну допомогу (задоволення специфічних потреб) з урахуванням як індивідуальності пацієнта, так і масового споживання медичних послуг.

Механізм державного регулювання – це складова системи державного регулювання, яка включає суб'єкти регулювання (органи державної влади та місцевого самоврядування), об'єкти регулювання (організації охорони здоров'я, суб'єкти інфраструктури охорони здоров'я).). догляд, суб'єкти надання медичних послуг, суб'єкти користування медичними послугами тощо).

Якщо система охорони здоров'я не зможе на високому рівні адаптуватися до соціальних умов, що постійно змінюються, а також швидкого настання внутрішніх і зовнішніх загроз, вона не задовольнить потреби населення в

медичних товарах і послугах і буде найслабшою ланка в галузі охорони здоров'я, забезпечення національної безпеки.

Держава бере участь у державному регулюванні надання медичних послуг шляхом прийняття законодавчих актів, що регулюють цю сферу, а також контролю за дотриманням вимог цих законів. Поєднання цих двох функцій формує межі регулювання ринку медичних послуг, надаючи свободу в усьому іншому цивільно-правовому регулюванні, заснованому на диспозитивності норми.

Особливості соціально-економічного розвитку України в новому тисячолітті та нові умови розвитку медичних компаній продиктовані зміною бізнес-моделі, зміною соціальної ролі держави, переглядом позицій медичних компаній, установи, процес охорони здоров'я населення.

Запропонована класифікація засобів державного регулювання охорони здоров'я в Україні, особливістю якої є використання нової класифікаційної ознаки «за видами ринку медичних послуг, регулювання відносин, на яких регулюються правові норми України». призначення інструменту», що дозволяє засоби державного регулювання окремих суміжних ринків медичної допомоги в Україні.

Чітка реалізація «Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я України» дозволить запровадити ефективну систему соціального страхування та підняти національну систему охорони здоров'я на новий рівень. При проведенні медичних реформ і запровадженні соціального забезпечення можна спиратися на досвід зарубіжних країн.

Тому доцільно підтримувати ініціативи, спрямовані на застосування різноманітних моделей медичного страхування, які дозволяють накопичити необхідний досвід впровадження змішаної системи медичного страхування, за яку держава, роботодавці та громадяни сплачують страхові внески, та яка має забезпечити рівність та доступність достатньо якісних медичних послуг для всіх громадян.

Створення єдиного реєстру електронних медичних карт пацієнтів із суворим обмеження доступу до цієї інформації тільки для лікарів та відкритого реєстру лікувальних закладів та лікарів для пацієнтів значно спростило комунікацію лікар-пацієнт. Впровадження лише електронних медичних карток зменшить документальне перенавантаження у роботі лікаря, а також значно розширить та спростить доступ до інформації про пацієнта. Впровадження електронного реєстру лікувальних закладів та лікарів із зазначенням їх кваліфікаційного рівня, спектром медичних послуг, які вони надають та незалежною оцінкою якості надання цих послуг не тільки розширить доступ до цієї інформації для пацієнта, але й стимулюватиме конкуренцію серед лікарів та лікарень, стимулюватиме зацікавленість лікарів та лікувальних закладів у результативності своєї роботи.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Баєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: навчальний посібник / О.В. Баєва. – К. : Центр учбової літератури, 2008. – 640 с
2. Бази даних ВООЗ. Health for all. Public-sector health expenditure as proportion of total health expenditure (WHO estimates) . – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/#31yAn2rNck>
3. Безверхнюк Т. М. Система ресурсного забезпечення регіонального управління: концептуальні засади розбудови і механізми функціонування : дис. на здобуття наукового ступеня доктора наук з держ. управління: 25.00.02 / Безверхнюк Тетяна Миколаївна. – Одеса, 2009. – 441 с
4. Бульба В. Соціальні функції держави як фундаментальна категорія державно-управлінської науки / В. Бульба //Публічне управління : теорія та практика : збірн. наук. праць Асоціації докторів наук з державного управління. – Х. : Вид-во “ДокНаукДержУпр”, 2011. - № 4 (8). – С.3-9
5. ВООЗ Доповідь про стан охорони здоров'я у світі. Фінансування систем охорони здоров'я: шлях до загального охоплення населення медико-санітарною допомогою. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.who.int/whr/>
6. Гапонова Е. О. Особливості формування ринку медичних послуг в Україні на сучасному етапі / Е. О. Гапонова // Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. – 2014. – № 1144. – С.94-96
7. Держстат, Витрати і ресурси домогосподарств України. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2017/zb/07/zb_vrdu2016pdf.zip
8. Держстат, Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2021 році: Статистичний бюлетень. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2017/bl/02/bl_nroz21.zip
9. Єрмілов В. Питання медичного страхування в сучасній Україні: пройдені шляхи і перспективи / В. Єрмілов // Соціальне страхування. – 2008. – № 1 – С. 18–21

10. Законопроект «Про лікарське самоврядування» [Електронний ресурс] / Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/308519#top>
11. Здоров'я-2020": Основи Європейської стратегії у підтримку дій всієї держави і суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя. – Копенгаген: ЄРБ ВООЗ, 2012
12. Камінська Т.М. Про розвиток квазіринкових відносин в охороні здоров'я [Електронний ресурс] /Т.М. Камінська. – Режим доступу: http://www.ief.org.ua/Arjiv_ET/Kaminska206.pdf
13. Карамишев Д.В. Стратегічне управління інноваційними процесами в системі охорони здоров'я: державні механізми: монографія / Д.В. Карамишев. – Х. : Вид-во Хар РІ НАДУ «Магістр», 2006. – 304 с.
14. Карпишин Н.І. Фінансове забезпечення охорони здоров'я в реалізації державних функцій на ринку медичних послуг: автореф. дис.... канд. екон. наук: 08.04.01 / Н.І. Карпишин. – Тернопіль, 2006. – 20 с.
15. Коломієць О.О. Система охорони здоров'я в Україні: недоліки організації та ризики реформування): Економічний вісник НТУУ «Київський політехнічний інститут» № 15 (2018) <https://ev.fmm.kpi.ua/article/view/135920>
16. Комарова І.В. Бюджетне фінансування охорони здоров'я громадян України як складової людського капіталу [Електронний ресурс] / І.В. Комарова. – Режим доступу: http://www.nbuv.gov.ua/portal/Soc_Gum/Vbumb/2010_3/19.pdf
17. Лободіна З. Доступність медичної допомоги для населення: проблеми та перспективи забезпечення / З. Лободіна // Ефективність державного управління [Текст] : зб. наук. пр. – Вип. 24. – Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2010. – С. 285-292.
18. Місце медичного страхування в системі охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу: rak-r-kovalska-k-race-of-insurance-medicine-in-security-system-of-health_14278.pdf.
19. Медична послуга як товар медичного ринку /С. Ф. Марова, С. М. Вовк Державне управління: удосконалення та розвиток № 4, 2017 URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1056#>

20. Мних М.В. Медичне страхування за кордоном та можливості його реалізації в Україні / М.В. Мних // Держава і економіка. – 2006. – № 11. – С. 39–41

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

22. Надюк З. О. Державне регулювання ціноутворення на ринку медичних послуг в Україні / З. О. Надюк // Економіка та держава – 2008. – № 5. – С. 64 – 67.

23. Надюк З. О. Механізми державного регулювання ринку медичних послуг в Україні : дис. ... д-ра наук з держ. упр. : 25.00.02 / З. О. Надюк. – Запоріжжя, 2009. – 428 с

24. Надюк З. О. Поєднання механізмів державного управління і лікарського самоврядування на ринку медичних послуг в Україні / З. О. Надюк. // Державне будівництво. №2. – 2008

25. Онишко С. В. Удосконалення фінансування системи охорони здоров'я у сферах формування людського капіталу та оздоровлення державних фінансів / С. В. Онишко // Науковий вісник Національного університету ДПС України (економіка, право) – 2011. – № 4(55). – С. 66 – 69.

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

27. Павлюк К. В. Удосконалення механізмів фінансування медичних послуг в Україні / К. В. Павлюк // Фінанси України. – 2016. – №. 2. – С. 64-82.

28. Пашков В. М. Проблеми господарсько-правового забезпечення відносин в сфері охорони здоров'я: автореф. дис.... докт. юрид. наук: 12.00.04 / В.М. Пашков. – Харків, 2010. – 20 с

29. Підсумки діяльності страхових компаній за I півріччя 2017 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://forinsurer.com/files/file00621.pdf>.

30. Поживілова О. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: стан та перспективи розвитку / О. Поживілова // Державне управління та

місцеве самоврядування : зб. наук. пр. – Д. : ДРІДУ НАДУ, 2011. – Вип. 1 (8). – С. 122-132

31. Поліпшення охорони здоров'я на службі людей [Електронний ресурс] / Режим доступу: <http://wb.moz.gov.ua/struktura-proektu.html>

32. Полоз К.Ю. Стан та перспективи медичного страхування в Україні [Електронний ресурс] / К.Ю. Полоз. – Режим доступу: <http://nauka.kushnir.mk.ua/?p=41150>

33. Проект "Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей" Дата оновлення: 09.04.2024 URL:<https://proifi.gov.ua/projects/233842068>

34. Реформування сфери охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення / [авт. тексту Т. П. Попченко]. – К., НІСД, 2011. – 41с

35. Рогова О. Г. Теоретичні засади державного управління у сфері охорони здоров'я / О. Г. Рогова // Теорія та практика державного управління : зб. наук. пр.. – Х. : Вид-во ХарПІ НАДУ "Магістр", 2012. – Вип. 2 (37). – С.50-55.

36. Рожкова І. В. Державне регулювання розвитку ринкових механізмів у системі охорони здоров'я України [Електронний ресурс] / І. В. Рожкова // Державне управління: теорія та практика.– 2005. - №2. – Режим доступу: <http://www.academy.gov.ua/ej/ej2/txts/galuz/05rivozu.pdf>

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

38. Світлична О.С. Еволюція медичного страхування в Україні / О.С. Світлична // Інноваційна економіка. – 2013. – № 5. – С. 30–34

39. Система методів державного регулювання економіки [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://fingal.com.ua/content/view/922/39/1/>

40. Слабкий Г.О. Сучасні підходи до фінансування системи охорони здоров'я / Г.О. Слабкий, М.В. Шевченко, О.О. Заглада. – К., 2011. – 345 с.

41. Стан та перспективи розвитку медичного страхування в Україні з урахуванням іноземного досвіду / Т.А. Костенко, В.В. Стоколюк, Л.О.Заволока «Young Scientist» • № 5 (57) • May, 2018 С.721-725

42. Статистика страхового ринку в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://forinsurer.com/stat>

43. Теоретичні підходи до організації нормування праці в галузі охорони здоров'я / О.Є. Вашев, О.В.Жадан *Теорія та практика державного управління*. Х. : Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр»2017. – Вип. 2 (57). – С. 54-60

44. Устинов А. В. Розширено перелік платних медичних послуг //Український медичний часопис. – 2016. – [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.umj.com.ua/article/101150/rozshireno-perelik-platnih-medichnih-poslug>

45. Фойгт Н. Роль планування в системі державного управління охороною здоров'я в Україні / Н. Фойгт // Державне управління та місцеве самоврядування : зб. наук. пр. / редкол. : С. М. Серьогін (голов. ред.) [та ін.]. – Д. : ДРІДУ НАДУ, 2011. – Вип. 3 (10). – С.96-100

46. Череп А.В. Практичний іноземний досвід медичного страхування [Електронний ресурс] / А.В. Череп // Економіка та управління національним господарством. – 2013. – Режим доступу: [sre_2013_2_5%20\(1\).pdf](#).

47. Черешнюк Г.С. Проблеми впровадження добровільного медичного страхування та шляхи їх розв'язання / Г.С. Черешнюк // Фінансові послуги. – 2006. – № 2. – С. 22–26.

48. Чехун О.В. Надання платних медичних послуг: цивільно-правові аспекти / О.В. Чехун // Часопис Київського університету права. — 2010. — № 2. — С. 213-216

49. Шипко А. Модернізація функцій суб'єктів управління охороною здоров'я на місцевому рівні в умовах реструктуризаціїгалузі / А. Шипко // Державне управління та місцеве самоврядування : збірник наук. праць. – Д. : ДРІДУ НАДУ, 2009. – Вип. 3 (3). – С. 254-261

50. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2012 рік / за заг. ред. Р. В. Богатирьової. - К., 2013. – 464с.
51. Економіка охорони здоров'я: навчальний посібник. 2004.
52. Commonwealth Fund International Health Policy Surveys. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.commonwealthfund.org/topics/current-issues/international-surveys>
53. American Diabetes Association et al. Economic costs of diabetes in the US in 2012 // *Diabetes care*. – 2013. – Т. 36. – №. 4. – С. 1033-1046
54. Glick H. A. et al. *Economic evaluation in clinical trials*. – OUP Oxford, 2014
55. *Intersectoral governance for health in all policies* / McQueen D. [et al.]. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2012
56. Jagadeesh Gokhale, “Medicaid’s Soaring Costs: Time to Step on the Brakes”, *Cato Institute Policy Analysis* no. 597, July 19, 2007
57. Meng Q, Tang S. Universal coverage of health care in China: challenges and opportunities. *World health report 2010 background paper*, no.7. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en
58. Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin S. *Funding Health Care: Options for Europe* / European Observatory series. Buckingham, UK, 2002
59. Social safety aspects in the conditions of reforming the financial providing of the health system in Ukraine. /Vashev, O., & Lytvynenko, M. *EAST JOURNAL OF SECURITY STUDIES*, 2019. 4(1), 93-104. Retrieved from <https://ejss.nuczu.edu.ua/index.php/ejss/article/view/12>
60. Tarricone R. et al. Improving the methods for the economic evaluation of medical devices // *Health Economics*. – 2017. – Т. 26. – №. S1. – С. 70-92
61. WHO, Resolution WHA58.33. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance In: Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 16–25 May 2005 (WHA58/2005/REC/1). – [Електронний ресурс]. –

Режим

доступу:

<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21475en/s21475en.pdf>

62. WHO, The World health report 2000 : health systems: improving performance. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа:

http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf