

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

КЕРТИС СІЛЬВІЯ АНТОНІВНА

**ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УМОВАХ
ВОЄННОГО СТАНУ**

спеціальність 073 «Менеджмент»
освітньо-професійна програма – Менеджмент в закладі охорони здоров'я

Кваліфікаційна робота

Виконала студентка групи
МЗОЗмсв-21
Кертис С.А.
підпис

Науковий керівник:
д.е.н, проф.,
Микитюк П.П.
підпис

Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту
«___» _____ 20__р.

Завідувач кафедри
_____ **М. М. Шкільняк**
підпис

ТЕРНОПІЛЬ – 2023

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ.....	7
1.1. Поняття, сутність та особливості медичних послуг.....	7
1.2. Методичні засади формування та розвитку ринку медичних послуг ...	14
Висновки до першого розділу	22
РОЗДІЛ 2	23
ОЦІНЮВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ.....	23
2.1. Сучасні тенденції розвитку ринку медичних послуг	23
2.2. Аналіз чинників впливу на розвиток медичних послуг.....	30
2.3. Використання моделей організаційно-економічного механізму надання медичних послуг	38
Висновки до другого розділу.....	46
РОЗДІЛ 3	47
УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ.....	47
3.1. Регулювання ринку медичних послуг	47
3.2. Пріоритетні напрямки організації надання медичних послуг	53
Висновки до третього розділу	61
ВИСНОВКИ	62
СПИСОК ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ.....	64

ВСТУП

Актуальність проблеми. Ринок медичних послуг, що є частиною сфери охорони здоров'я, виступає однією з важливих та найбільш значущих соціальних структур, що впливають на стабільний розвиток держави та потребують підтримки та підвищення загального рівня здоров'я населення.

Ситуація, що склалася, викликала необхідність інтегрування інноваційних форм і методів розвитку організаційно-економічного механізму на сучасному ринку медичних послуг, де функціонують державні медичні організації, що надають безкоштовну медичну допомогу, і приватні структури, що працюють на принципах вільної конкуренції і надають платні медичні послуги. Проблема недофінансування сфери охорони здоров'я висувається на перший план, громадянами висловлюються справедливі претензії щодо недостатньої якості медичних послуг, нестачі квот на високотехнологічну медичну допомогу, високу вартість новітніх сучасних ліків тощо.

Стає очевидним, що стара система охорони здоров'я себе зжила, а нововведення, розроблені в ході реформування галузі охорони здоров'я, мають великі прогалини, що вимагають додаткових доробок на законодавчому рівні. Історично сформована державна система охорони здоров'я в Україні на початку нового століття була наступницею, так званої, благодійної медицини, коли церква і держава займалися пошуками джерел фінансування медичної допомоги незаможним громадянам. Основними джерелами фінансування охорони здоров'я у такій системі виступали державні податки, а акумулювали фінансові ресурси охорони здоров'я бюджети різного рівня. Механізм фінансування медичної допомоги функціонував, головним чином, спираючись на структурні принципи: відшкодування витрат здійснювалося установам загалом, а чи не оплачувались окремі медичні послуги. До того ж, медичні установи, як правило, мали державний некомерційний статус, і вони мали виконувати соціальне замовлення, безпосередньо підкоряючись фінансовим правилам, встановленим державою. Процес планування та управління державною системою відбувався

централізовано (унітарно), передбачаючи адміністративний контроль над якістю надання медичної допомоги.

Сьогодні процес реформування системи охорони здоров'я не завершено, українській сфері охорони здоров'я все ще потрібна модернізація, здатна підвищити якість та ефективність медичного обслуговування.

Основні напрями реформування полягають у модернізації інфраструктури системи охорони здоров'я та інформаційного забезпечення, розвитку державно-приватного партнерства, переході на одноканальне фінансування через механізм обов'язкового медичного страхування, запровадження нових стандартів якості при наданні медичної допомоги, створенні для пацієнтів можливості вільно обирати медичну організацію та страхову компанію.

Завдяки цим змінам має докорінно змінити роботу організацій, які надають медичні послуги, та страхових медичних компаній, з'являться нові можливості для комерційних структур і, зрештою, підвищиться якість та доступність медичної допомоги для співвітчизників. Крім цього, вони значною мірою сприятимуть зростанню конкуренції та розробці стратегій підкорення ринку з боку основних учасників медичного ринку: фармацевтичних компаній, медичних організацій, виробників медичних виробів та розробників нових технологій у медицині.

Незважаючи на те, що частина проблем вже була частково вирішена урядом, сучасній структурі охорони здоров'я слід запровадити ще достатньо змін, тільки після яких після закінчення часу можна буде об'єктивно судити про їх ефективність.

Мета та завдання дослідження. Мета роботи – розробка та обґрунтування пріоритетних напрямів удосконалення організаційно-економічного механізму розвитку ринку медичних послуг на основі державно-приватного партнерства із використанням системи обов'язкового медичного страхування.

Відповідно до поставленої мети у цій роботі визначено і вирішуються такі **завдання:**

- уточнити поняття, сутності та особливостей медичної послуги;

- розглянути методичні засади формування та розвитку ринку медичних послуг;
- дослідити закордонні моделі організаційно-економічного механізму функціонування ринку медичних послуг;
- розробити механізм взаємодії учасників ринку медичних послуг

Об'єктом дослідження є ринок медичних послуг Закарпатської області України.

Предметом дослідження виступають організаційно-економічні відносини, що виникають у процесі розробки та реалізації науково-обґрунтованого механізму розвитку ринку медичних послуг у нових умовах господарювання

Теоретичною та методологічною основою кваліфікаційної роботи послужили роботи вітчизняних та зарубіжних авторів у галузі дослідження питань формування та розвитку систем охорони здоров'я, загалом, та ринку медичних послуг, зокрема. Ключові положення роботи спираються на засади інституційного підходу до вивчення організаційно-економічних відносин у сфері послуг. У ході дослідження автором застосовувався діалектичний метод дослідження та аналізу основних показників, що характеризують функціонування ринку медичних послуг. Як інструментарний апарат роботи застосовувалися загальнонаукові методи кластерного, системного, порівняльного, структурно-функціонального та економічного аналізу.

Наукова новизна полягає у розробці та обґрунтуванні механізму вдосконалення організаційно-економічних засад розвитку ринку медичних послуг із використанням державно-приватного партнерства на основі системи обов'язкового медичного страхування.

Теоретична значимість роботи полягає у розробці та розвитку методичних підходів щодо забезпечення ефективного функціонування та подальшого розвитку ринку медичних послуг шляхом удосконалення державно-приватного партнерства з використанням обов'язкового медичного страхування та особистих накопичувальних медичних рахунків. Разом з тим, основні ідеї

кваліфікаційної роботи можуть бути використані для подальшого дослідження напрямків модернізації системи охорони здоров'я, торкаючись як регіонального та муніципального, так і національного рівнів.

Практичну значимість результатів цього дослідження визначає можливість їхнього подальшого використання для розробки концепцій та програм розвитку та фінансування системи охорони здоров'я на регіональних та муніципальних рівнях, а також у діяльності приватних та державних структур медичної сфери.

Апробація результатів дослідження.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

1.1. Поняття, сутність та особливості медичних послуг

Даючи характеристику діяльності лікаря при лікуванні пацієнта, у сфері сучасної охорони здоров'я використовуються два поняття: «медична допомога» та «медична послуга». Проте, на думку відомого дослідника у галузі охорони здоров'я Ю.П. Лісіцина, термінам «медична допомога» та «медична послуга» властиво різний понятійний зміст. Дійсно, на відміну від поняття «медична послуга», яка несе в собі, насамперед, соціально-економічний зміст, термін «медична допомога» спирається переважно на індивідуальний підхід до хворого, включаючи співчуття до нього, позначаючи соціально-психологічний, соціально-етичний та медичний напрямок, не обтяжений міркуваннями про вартість наданої допомоги.

На нашу думку, поняття «медична послуга» необхідно розглядати в соціально-економічній площині, у тісному взаємозв'язку з такою економічною категорією, як «послуга», що є одним із фундаментальних понять економічної науки.

У розвитку економічної науки поняття «медична послуга» формувалося у межах цілісної сутності цього терміна. Медичні послуги розглядали як корисну дію для суспільства, що має на меті збереження життя і підтримання здоров'я людини. Розвиток мануфактур та становлення ринкових відносин зумовило погляд капіталістів на діяльність з надання медичних послуг робітникам у вигляді необхідних витрат на відтворення робочої сили. Медичні послуги, що надаються певним категоріям населення в деяких країнах Європи та в Україні, характеризуються такою ознакою, як безплатність по відношенню до споживача, не змінюючи при цьому своєї економічної суті.

У середині XIX століття оригінальним економістом Ф. Бастіа, не прийнятим вченими XX століття, було надано першу класифікацію послуг зі своєрідним поясненням природи платності та безплатності (для споживача) послуг. У своїй роботі «Економічні гармонії» Ф. Бастіа класифікує послуги на «приватні» та «публічні»

Виникнення громадських послуг, на думку Ф. Бастіа, пояснюється існуванням у суспільстві особливого виду потреб, об'єднаних загальним та одноманітним характером, що й кваліфікує їх як «публічні». Задоволення потреб у отриманні громадських послуг державою регламентується у вигляді затвердження у спеціальному законі порядку надання їх населенню, призначення чиновників та службовців, в обов'язки яких за певну винагороду надавати і розподіляти у суспільстві послуги відповідного виду. Отже, суспільством нав'язуються державі потреби у вигляді отримання громадських послуг, а державою, своєю чергою, нав'язуються суспільству регулюються на законодавчому рівні, громадські послуги, сутність надання у економічній науці всіх країн підлягає оподаткуванню.

З погляду Ф. Бастіа, існує легковірність громадян щодо безкоштовності публічних послуг, адже безкоштовність полягає у відсутності вартості для всіх. Проте за отримання публічних послуг сплачують усі й до того ж заздалегідь, тому вони не мають вартості лише для того, хто їх безпосередньо отримує. Тобто громадянин, який уже вніс свою частку у вартість публічних послуг у вигляді загального податку, утримається звертатися за отриманням платної послуги до якогось приватного підприємця.

Першу спробу охарактеризувати економічну сутність медичних послуг зробив К. Маркс, у своїй роботі «Теорії про продуктивну та непродуктивну працю» розділивши всі товари на дві значні категорії: товар у вигляді «робочої сили» та інші товари, що відрізняються від товару «робоча сила». Придбання ж послуг із навчання робочої сили, збереження та підтримки у здоровому стані робочої сили є покупкою послуг, що дають замість себе якісну робочу силу. Такі послуги включаються у витрати виробництва чи відтворення, т. е. послуги лікаря

ставляться до витрат за «ремонт» робочої сили в. Медичні послуги К. Маркс зараховує до «неекономічних послуг».

Подальший розвиток науково-технічного прогресу сприяє зміні напряму суджень в економічній науці на процес виробництва послуг, що характеризується як непродуктивна праця. Позиція А. Маршалла в роботі «Принципи економічної науки» з приводу продуктивної праці полягає в тому, що він вважає будь-яку працю, крім того, яка не служить для досягнення поставленої мети, тому не відтворює корисності.

У 60-ті роки ХХ століття відбувається зростання значення соціалізації у сфері суспільного виробництва та орієнтування на споживача та бажання задовольнити індивідуальні потреби людини. Для розвинутих країн того періоду часу економістами введено поняття «сервісної економіки», а у вітчизняній економічній науці радянського періоду заговорили про становлення «сфери обслуговування».

Система охорони здоров'я є однією із галузей сфери послуг. Увага до збереження життя громадян, підтримки здоров'я трудящих та профілактика хвороб мають велику значущість для виробництва, адже завдяки впливу цих факторів відбувається збільшення активного періоду діяльності людини та зниження втрат робочого часу.

На початку 80-х років ХХ століття відбулося осмислення послуги як економічної категорії, сформувавши безліч визначень поняття «послуга» та дозволивши їх науково обґрунтувати та класифікувати.

Тоді медична послуга розглядалася окремо з інших видів послуг, з погляду медицини, як науки, не наділяючи послугу вартісними характеристиками. За поширеним у той час уявленням, медична послуга уособлювала працю, реалізований у формі діяльності, яка не носила матеріального вираження і існувала тільки в момент надання медичної допомоги.

Діяльністю в медицині виступає виробництво та споживання медичної послуги лікарем у процесі лікування. У ході виробництва медичної послуги роль персоналу вкрай важлива, адже пацієнта не можна лікувати заочно, отже,

надання медичних послуг передбачає використання живої праці у дії, як споживання послуги у вигляді корисного ефекту, який впливає безпосередньо у процесі самої діяльності. Завдяки самій діяльності медичних працівників – лікаря, фельдшера, медичної сестри відбувається задоволення особистих (отримання медичних послуг) та громадських (проведення санітарно-епідеміологічних та профілактичних заходів) потреб громадян, завдяки цьому така діяльність і є послугою. Інтерпретація медичних послуг у цьому напрямі спричинила труднощі щодо вимірювання, як результатів певних лікувально-профілактичних заходів у вартісному вираженні, так і щодо визначення ефективності всієї системи охорони здоров'я.

Сучасна наукова література, як економічна, і медична, оперують великою кількістю визначень поняття «медична послуга», однаково чітко відбивають її сутність. Наша думка збігається з думкою низки економістів, які зазначають, що медичну послугу характеризують самостійне закінчене значення та певна вартість.

Так, Лісіцин Ю.П., даючи характеристику медичної послуги як діяльності, необхідної споживачеві, що представляє для нього певну цінність, вважає, що послугу необхідно оплачувати за цінами, що відповідають її ресурсному забезпеченню, якості та витрат праці.

Медична послуга, згідно з українським законодавством, - це «медичне втручання або комплекс медичних втручань, спрямованих на профілактику, діагностику та лікування захворювань, медичну реабілітацію і мають самостійне закінчене значення».

Проведене дослідження визначень поняття «медична послуга», що зустрічаються в сучасній науковій літературі, дозволяє нам укласти, що на рубежі XX-XXI століть медичної послуги, нарешті, надали теоретичне відображення її економічної природи, наділивши її вартісною компонентою.

Проте, у практиці охорони здоров'я медична послуга нині поділяється такі види: «проста», «складна» і «комплексна». Така класифікація медичних послуг розглядається у формалізованих нормативних документах, що визначають

необхідний та достатній обсяг діагностичних та лікувальних процедур. Розгляд наданих у лікувальній організації медичних послуг класифікується виходячи з вимог медико-статистичних показників, не оцінюючи медичну послугу з економічної позиції. Але, через те, що медична послуга має індивідуальний характер, а її функцію можна розглядати з різних боків: або щодо задоволення потреб пацієнта (споживача), або щодо платника за надану медичну допомогу пацієнтові, то є сенс, аналізуючи економічну ефективність медичних послуг, застосовувати критерії функціонального підходу, які полягають у наступному:

- складання характеристики споживача медичної послуги (пацієнта), завдяки якій можна визначити статус пацієнта: громадянин України, іноземець, біженець тощо;
- наявність на момент звернення за медичною послугою у пацієнта чинного полісу в системі обов'язкового медичного страхування (ОМС) або поліса, що визначає перелік послуг із добровільного медичного страхування (ДМС);
- джерела фінансових ресурсів за надану медичну допомогу: бюджетні кошти (для державних службовців), страхові компанії ЗМС (для працюючих та непрацюючих громадян України), страхові компанії ДМС (для застрахованих у системі добровільного медичного страхування), безпосередньо сам пацієнт;
- вартість наданої медичної послуги (з урахуванням усіх витрат медичних організацій).

Українські громадяни, які вирішили скористатися платними медичними послугами, мають право вибору медичної організації, яка надає медичну допомогу на платній основі, згідно з українським законодавством, платні медичні послуги можуть надавати:

- 1) державні та муніципальні установи;
- 2) приватні українські клініки медичного профілю;
- 3) представництва зарубіжних медичних структур;
- 4) приватні лікарі – індивідуальні підприємці.

Вимоги до процесу надання платних медичних послуг та умови їх надання закріплені у «Правилах надання медичними організаціями платних медичних послуг». Медичні послуги на платній основі можуть надаватись на додаток до безкоштовної медичної допомоги за програмами гарантованого обсягу в рамках обов'язкового медичного страхування на договірній основі.

Поняття «платні медичні послуги» характеризує медичну допомогу, що надається за умов відплати, оплачувану власними коштами пацієнтів, коштами організацій та іншими фінансовими ресурсами, передбаченими договорами, зокрема договорами, укладеними за програмами добровільного медичного страхування.

Медична організація може надавати платні медичні послуги, якщо пацієнт (або його законний представник) підписав:

- поінформована добровільна згода на проведення медичного втручання;
- згоду на обробку персональних даних;
- договір із організацією, що надає платні медичні послуги.

При цьому під час укладання договору пацієнту або законному представнику пацієнта має бути надана у доступній формі інформація про можливість отримання відповідних видів та обсягів

медичної допомоги у межах державних гарантій з обов'язкового медичного страхування на безоплатній основі.

У сфері медичної діяльності з надання платних медичних послуг державою пред'являються додаткові вимоги та умови до самих виконавців медичних послуг на платній основі, до якості платних медичних послуг, що надаються, обумовлених важливістю галузі охорони здоров'я та медичної діяльності для збереження життя та здоров'я співвітчизників.

Насамперед слід зазначити обов'язкове ліцензування медичної діяльності. Другою істотною умовою здійснення медичної діяльності та надання медичних послуг є наявність у медичної організації, яка надає платну медичну допомогу, відповідних сертифікатів у фахівців, які працюють у медичній організації, а для

державних та муніципальних установ у медичній сфері, які надають платні медичні послуги населенню, – ще й одержання спеціального дозволу органу управління охороною здоров'я.

Розглядаючи існуючі погляди на медичні послуги, на нашу думку, можна їх класифікувати за такими ознаками:

- 1) характер надання медичних послуг: лікувальні, профілактичні, діагностичні, експертні, реабілітаційні, комбіновані, статистичні, організаційні;
 - 2) сегменти структури системи охорони здоров'я: поліклінічні, санітарно-гігієнічні, стаціонарні, амбулаторні, епідеміологічні;
 - 3) рівень медичної допомоги: лікарські, долікарські, спеціалізовані, кваліфіковані;
 - 4) Інтенсивність у часі: планові, швидкі, невідкладні.
 - 5) кваліфікація джерела медичних послуг: висока, середня, низька.
 - 6) технологія: рутинні, спеціалізовані (високотехнологічні);
 - 7) інвазивність процедур: неінвазивні, інвазивні (ін'єкції, хірургічні операції, діагностичні процедури);
 - 8) дотримання стандартів: відповідність стандарту, відхилення від стандарту (помилкове, обґрунтоване, необґрунтоване).
 - 9) час досягнення кінцевого результату: відповідні терміни, що відхиляються від строків;
 - 10) кінцевий результат лікування: адекватні, неадекватні, частково адекватні;
 - 11) дотримання правових норм: відповідні функцій виконавця, помилкові (що спричинили шкоду здоров'ю чи смерть споживача).
- З точки зору статистичної методології, до діяльності з надання медичних послуг належать:
- лікарняні організації, крім санаторно-курортних підприємств (курортних поліклінік, грязелікарень, бальнеологічних лікарень, санаторіїв, санаторіїв-профілакторіїв);
 - стаціонари та лікувально-профілактичні організації;

- поліклініки (поліклінічні відділення);
- стоматологічні поліклініки;
- організації санітарно-епідеміологічної служби;
- організації судово-медичної експертизи;
- медичні лабораторії;
- масажні салони;
- інші організації у галузі медичної допомоги та охорони здоров'я.

Таким чином, медичні послуги є різновидом професійних послуг. На нашу думку, медична послуга є суспільно-соціальним благом, виробництво та споживання якого відбувається в результаті взаємодії всіх учасників ринку медичних послуг – організацій, які надають медичні послуги, пацієнтів, страхових медичних організацій та держави з метою відновлення та підтримки здоров'я громадян. Виробництво та споживання медичних послуг регулюється законодавством, пред'являючи спеціальні вимоги до суб'єкта господарювання, що здійснює медичну діяльність і до рівня кваліфікації виконавця .

1.2. Методичні засади формування та розвитку ринку медичних послуг

У загальному випадку, сутність ринку як економічної категорії полягає в сукупності економічних відносин, які виникають у процесі продажу та купівлі товару (або послуги). Ринок також характеризується наявністю просторової локалізації поєднання попиту та пропозиції товару (або послуги).

Ринок охорони здоров'я представляє розвинену систему відносин товарного та нетоварного обміну, що є взаємозв'язком окремих, скоординованих субринків, що складаються, на наш погляд, з наступних сегментів:

- ринку медичних послуг;
- ринку лікарських матеріалів, препаратів та гігієнічних засобів;
- ринку медичного обладнання та інструментарію;

- ринку праці медичних працівників;
 - ринку науково-технічних розробок та інтелектуальних досягнень;
- ринку цінних паперів у сфері охорони здоров'я.

Пріоритетне місце у структурі ринку охорони здоров'я займає ринок медичних послуг, який можна визначити, з одного боку, у вигляді сукупності існуючих медичних технологій, медичних виробів, практики організації медичної діяльності, різноманітності фармакологічних препаратів, що відтворюються та затребувані в умовах конкуренції в економіці, а з іншого - Сукупністю існуючих і ймовірних виробників (медичних організацій) і цільової аудиторії у сфері медичних послуг (пацієнтів).

Медична допомога, виникнувши як доручення пацієнта лікаря, з часом отримала правове становище послуги. Таким чином, медичні послуги, що надаються пацієнтам у різних медичних структурах, також стали невід'ємною частиною ринкових відносин, що сприяло формуванню та розвитку ринку медичних послуг.

Розглядаючи сферу української медицини, нам доцільно виділити такі сегменти ринку медичних послуг (рисунок 1):

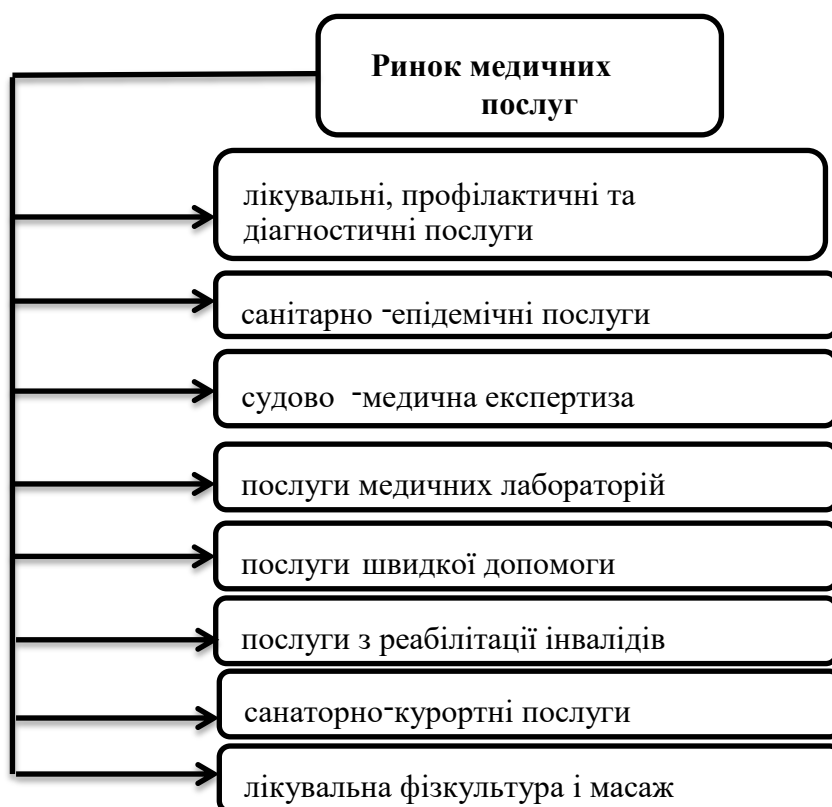


Рисунок 1. Сегменти ринку медичних послуг

Джерело: складено автором на основі [32].

Сучасний етап розвитку сфери охорони здоров'я в Україні передбачає класифікацію ринку медичних послуг за формами власності медичних організацій на: ринок безкоштовних медичних послуг гарантованого обсягу, де функціонують державні та муніципальні медичні організації та ринок платних медичних послуг, джерелами фінансування якого в основному є кошти громадян. Тема розвитку ринку приватних медичних послуг представляє особливий інтерес при розгляді питань ефективного функціонування української охорони здоров'я. Останніми роками політику держави спрямовано значне скорочення фінансування переліку безкоштовного медичного обслуговування населення. Тому при визначенні рівня розвитку вітчизняної охорони здоров'я потребує підвищеної уваги співвідношення обсягів медичних послуг у рамках державних гарантій та медичних послуг на платній основі, тенденції динаміки та структури ринку медичних послуг, а також розмір витрат українців на платне медичне обслуговування у приватних структурах.

Для розуміння місця медичних послуг у національній системі охорони здоров'я необхідно провести дослідження ринку медичних послуг у комерційному секторі, простежити динаміку та величину витрат громадян на придбання платних медичних послуг, а також розглянути тенденції та перспективи розвитку приватних медичних структур в умовах сучасності. Розвиток приватного сектору медичних послуг стикається з низкою перешкод, зумовлених нерівними умовами, в яких перебувають приватні медичні клініки стосовно державних медичних організацій. Той факт, що в українській охороні здоров'я сектор приватних медичних послуг вже сформувався і успішно конкурує з державним, переманюючи платоспроможне населення, не свідчить про широке охоплення фінансування цієї частини охорони здоров'я. В умовах модернізації системи охорони здоров'я, яка визначається політикою держави та проводиться в цій галузі, сектор ринку платних медичних послуг здатний на подальший розвиток, виступаючи альтернативою державному. Сектор ринку платних медичних послуг також можна використовувати в ролі інструменту при реформуванні української охорони здоров'я та зробити невід'ємною частиною процесу інтегрування українського ринку медицини у світовий ринок медичних послуг.

Медичні організації у українській системі охорони здоров'я зараз представлені у трьох формах: державні, муніципальні та приватні медичні організації. Пунктом 1 статті 41 Конституції України гарантується отримання медичної допомоги безплатно громадянами України: «Медичну допомогу державні та муніципальні установи охорони здоров'я надають громадянам безплатно, використовуючи кошти відповідного бюджету, страхових внесків, інших надходжень». Але в реальних умовах з метою прискорення процесу лікування та підвищення якості обслуговування пацієнти при отриманні медичної допомоги в державних медичних організаціях нерідко змушені додатково витрачати власні кошти.

Порядок, що регулює надання медичних послуг, що сформувався в системі української охорони здоров'я протягом останніх років, поділяє медичні послуги

на: безкоштовні та платні. Перша, після поділу Радянського Союзу, реформа системи охорони здоров'я в Українській була розпочата в 1992-1993 роках. Основною метою процесу реформування ставилося: відмова від повністю бюджетних джерел фінансування та запровадження страхових механізмів на ринку медичних послуг. Починаючи з 1996 року медичні установи, які мають статус державних та муніципальних, отримали можливість при наданні медичної допомоги, яка не передбачалася в рамках програми державних гарантій, отримувати кошти за послуги від пацієнтів.

З прийняттям у липні 1998 року закону «Про обов'язковому соціальному страхуванні від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань», відбулося повернення системи охорони здоров'я до діяльності за схемою прямого фінансування з бюджету, наділивши фонди ЗМС повноваженнями у розподільчих функціях. Така схема фінансування ставила в залежність показники економічної ефективності функціонування медичної організації від кількості ліжко-місць та кількості відвідувань фахівців, а не від якості медичних послуг.

Слід наголосити, що державній системі медичного обслуговування притаманні деякі переваги: у вигляді гарантованого обсягу безкоштовної медичної допомоги, проведення обов'язкової диспансеризації громадян, працюючої системи охорони материнства та дитинства, ранньої діагностики та профілактики захворюваності та інших напрямів охорони здоров'я населення. Недоліками державної охорони здоров'я є: низька ефективність, що виражається соціально-економічними показниками у вигляді зростання захворюваності та смертності та витік коштів у «тіньовий» обіг.

Розширення категорії платоспроможних пацієнтів, які формують попит на якісне медичне обслуговування і мають у своєму розпорядженні засоби їх оплачувати, послужило поштовхом до розширення ринку добровільного медичного страхування (ДМС) та розвитку сектора платної охорони здоров'я. Попит на роздрібні послуги ДМС останнім часом, на противагу потребам у корпоративному страхуванні, мав тенденцію до зростання. Багато співробітників

організацій, відчувши переваги платного медичного обслуговування, втративши соціальні пакети або у зв'язку зі зміною роботи або через скорочення бюджету компанії, самостійно почали купувати програми ДМС.

Діяльність приватних та багатьох державних та муніципальних медичних організацій у системі української охорони здоров'я полягає у наданні платної медичної допомоги. Основу сучасного ринку платних медичних послуг склала система, яка сформувалася в країні в посткомуністичний період початку 1990-х років і була пов'язана із переходом України на ринкові відносини. Саме тоді відкрилися можливості для формування та розвитку приватної підприємницької діяльності, яку раніше стримувала централізована адміністративно-командна система соціалістичної економіки.

Зміни, що відбуваються, спричинили розширення сфери приватного підприємництва, у тому числі й у сфері медичних послуг, закріплюючи за собою в швидкозростаючому приватному секторі охорони здоров'я значну нішу. Лікування в секторі приватної медицини на платній основі відразу стало високоякісною альтернативою ряду спеціальних державних лікарень та елітних поліклінік (держустанов), які традиційно мають особливе фінансування та інноваційне обладнання для обслуговування високопосадовців.

На думку аналітиків, зростання ринку платних медичних послуг та його подальший розвиток продовжилося і надалі, віддаючи більше половини загального обсягу платних медичних послуг комерційним медичним центрам. Результати дослідження експертів BusinesStat показали, що в Україні ведуть діяльність 27 тисяч медичних організацій, більшість з яких - комерційні - частка приватних структур склала 71,1% від загальної кількості медичних організацій у країні. Отже, збільшення загальної кількості підприємств медичної сфери в останні роки в Україні відбувалося, головним чином, за рахунок зростання приватних медичних структур та скорочення ліжокмісць у державних медустановах.

Однак, активне зростання обсягів медичного обслуговування на ринку медичних послуг, що перебуває в умовах загальної рецесії економіки в країні, як

першочергові завдання визначало: збереження рівня якості послуг, забезпечення ефективної продуктивності праці, поряд зі збільшенням потоку пацієнтів.

Сьогодні сектор приватних медичних послуг динамічно розвивається, охоплюючи нові напрями медицини і розширюючи купівельні сегменти. Завдяки українському ринку комерційної медицини компенсуються недоліки бюджетного медичного обслуговування, пояснюючи, чому все більше пацієнтів намагається вдаватися до платної медичної допомоги.

Український ринок медичних послуг сформований страховою медициною, яка поділяється на обов'язкове медичне страхування та добровільне медичне страхування та комерційним сектором медицини.

Сучасний стан ринку платних медичних послуг має таку структуру: сектор добровільного медичного страхування з наданням послуг як приватними, так і державними клініками; сектор «легального» ринку платних медичних послуг та «тіньовий» сектор ринку.

Згідно з чинним законодавством, медичні послуги на платній основі дозволяється надавати всім лікувальним організаціям, серед яких: державні, відомчі госпіталі та медсанчастини, представництва закордонних медустанов, приватні вітчизняні клініки, приватні лікарі (індивідуальні підприємці).

Відмінність українського ринку платних медичних послуг від розвинених європейських медичних ринків характеризується своєю специфікою, що виявляється у наявності «тіньових» платежів. Тому у структурі вітчизняного ринку платних медичних послуг прийнято виділяти три сегменти (рисунок 2):

- «легальний» сектор – ринок платних медичних послуг, який включає офіційні касові платежі;
 - сектор добровільного соціального страхування;
 - «тіньовий» сектор ринку платних медичної допомоги, який складається із коштів, сплачених до кишені лікарям, чи «подарунків».
- Нелегальні медичні послуги на платній основі надаються як співробітниками державних та муніципальних організацій, так і фахівцями приватних медичних клінік. До «тіньового» сектору ринку медичних послуг і частина доходів

приватних структур, оплачених пацієнтами офіційно, але з відбитих при оподаткуванні.

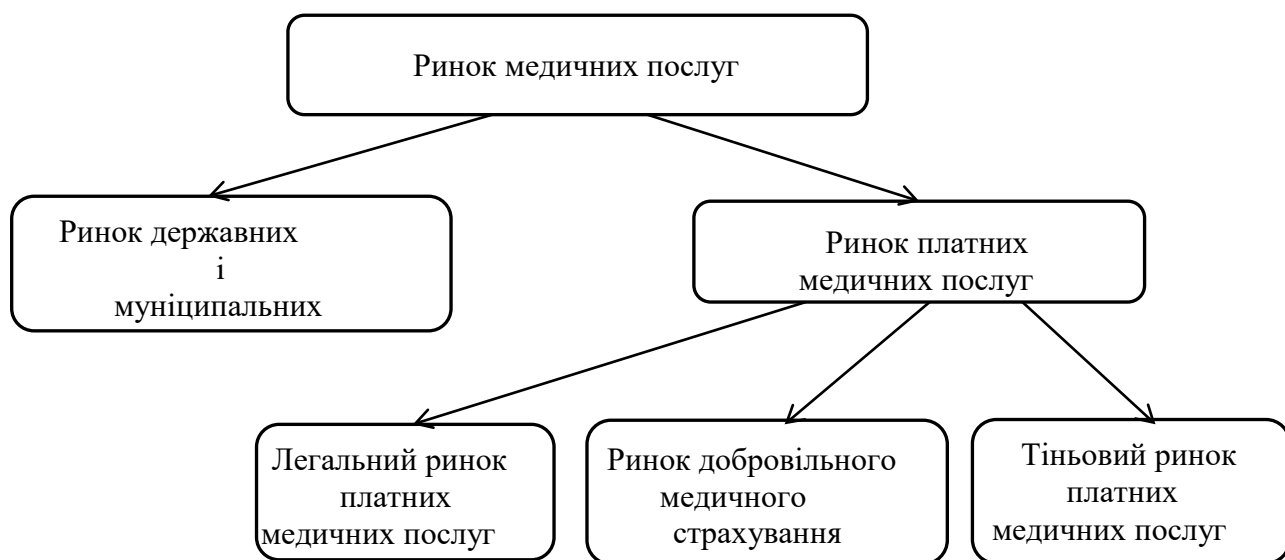


Рисунок 2 - Структура українського ринку медичних послуг

Джерело: складено автором

Таким чином, до «тіньового» сектору медичних послуг відносяться і неформальні сплати від пацієнтів у рамках обов'язкового медичного страхування за отримання більшого обсягу або кращої якості медичних послуг у рамках програми державних гарантій, що здійснюються найчастіше у готівковій формі безпосередньо медичному персоналу медзакладу.

Кількість нових приватних структур за різними напрямками медицини, розширення переліку видів наданих медичних послуг, поряд із зростаючим числом українських та іноземних інвесторів, які готові вкладати кошти у сферу охорони здоров'я, свідчать про збільшення частки українського ринку платних медичних послуг в даний час.

Проте, за прогнозами експертів, очікується подальше зростання обсягу ринку медичних послуг у натуральному вираженні, якому сприятиме відновлення споживчого попиту на платні медичні послуги, поряд із розширенням асортименту послуг у комерційних структурах. Крім того, надання платних медичних послуг у державних медичних організаціях також продовжить розвиток. Додатковий напрямок, в рамках якого прогнозується збільшення

кількості медичних прийомів, відкриває телемедицина – з 1 січня 2018 року почало діяти законодавство щодо телемедичних послуг, які передбачають дистанційне спілкування лікаря з пацієнтом.

Висновки до першого розділу

1. Розглянувши особливості формування та розвитку ринку медичних послуг, відзначимо, що формування та розвиток ринку медичних послуг в Україні відбувається як єдиного національного механізму, що реалізує з одного боку принципи доступності та відповідності стандартам медичних послуг для споживача, а з іншого – забезпечує соціально-економічну ефективність при використанні ресурсів та розвитку суспільного виробництва.

2. Зміни в сфері охорони здоров'я, що відбуваються, призводять до стрімкого скорочення частки державної допомоги системі охорони здоров'я та зменшення переліку безкоштовних медичних послуг у рамках програм держгарантій, проте в секторі платних медичних послуг можливий подальший розвиток, виступаючи альтернативою державним медичним послугам.

3. Більшість приватних медичних організацій України сьогодні перебувають у дуже важкому становищі за такими показниками, як економічна ефективність або якість надання медичної допомоги і не бачать перспектив розвитку за існуючої моделі системи охорони здоров'я. Тому досягти підвищення ефективності та якості медичних послуг, поряд з отриманням максимальної віддачі від витрат на охорону здоров'я громадян, можна лише за допомогою принципів державно-приватного партнерства.

РОЗДІЛ 2

ОЦІНЮВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

2.1. Сучасні тенденції розвитку ринку медичних послуг

Відповідно до законодавства України, нині український ринок медичних послуг складається з наступних сегментів:

- 1) державного;
- 2) муніципального;
- 3) приватного.

У системі охорони здоров'я існує можливість медичного обслуговування населення, як у приватних медичних структурах, і у державних організаціях.

Для здійснення медичної діяльності можуть створюватися медичні організації комерційної та некомерційної організаційно-правової форми.

Комерційна організація є юридична особа, що ставить за основну мету діяльності отримання прибутку, тоді як із створенні некомерційної організації не переслідується мета з витягу прибутку і дохід не розподіляється між учасниками.

Як засновник комерційної чи некомерційної медичної організації можуть виступати:

- державна структура влади;
- муніципальний орган влади;
- фізичні особи чи юридичні особи (одне чи кілька).

Особливість всіх комерційних медичних структур полягає в тому, що їм надано можливість надавати найбільш затребувані та прибуткові послуги, не включаючи до свого переліку послуг комерційно не вигідні види медичної допомоги.

Для діяльності некомерційних медичних організацій характерна спеціальна правоздатність, що визначається цілями створення організації та

обраною організаційно-правовою формою. Основну мету некомерційної медичної організації становить діяльність, спрямовану охорону здоров'я населення. Ведення комерційної діяльності в некомерційних організаціях допускається в рамках діяльності, що відповідає меті її створення. Зокрема, некомерційним медичним організаціям допускається надавати платні медичні послуги, що приносять дохід, не включені до програми обов'язкового медичного страхування.

Велику розповсюдженість набула форма некомерційної медичної організації у вигляді державної (муніципальної) установи.

У таблиці 2.1 наведено структуру організацій медичної сфери за формами власності на прикладі амбулаторно-поліклінічних організацій

Таблиця 2.1

Медичні організації за формами власності в Україні за період 2012-2016 рр., %

Число амбулаторно- поліклінічних організацій / Рік	2012	2013	2014	2015	2016
Всього:	100	100	100	100	100
Державної форми власності	72,7	72,0	72,2	75,5	74,1
Недержавної форми власності	22,7	23,5	25,0	22,1	23,6
- їх організації приватної форми власності	20,3	21,2	22,6	20,2	21,9
Амбулаторно- поліклінічні відділення немедичних організацій усіх форм власності	4,6	4,5	2,8	2,4	2,3

Джерело: Складено автором на основі [23]

Як перевагу у некомерційних медичних організацій у порівнянні з комерційними, можна виділити державну підтримку, яку надають органи державної влади та органи місцевого самоврядування щодо діяльності соціально орієнтованих некомерційних організацій, у тому числі – медичних.

Однак для державних медичних установ, незважаючи на низку переваг, як нам здається, можна виділити такі недоліки:

1) складність створення ефективної системи раціонального розподілу матеріальних ресурсів, яка обумовлена встановленням засновником обмеження з розпорядження ресурсами установи при веденні ним економічної діяльності;

2) неможливість створення додаткових стимулів для запровадження нових медичних технологій, що сприяють зниженню видатків за певними бюджетними статтями, через фінансування установи строго за кошторисними показниками;

3) наявність субсидіарної відповідальності держави за зобов'язаннями медичного закладу створює умови для становища утримання.

Наявність самостійності у питаннях розробки нових видів медичних послуг стимулює активність приватних медичних організацій, сприяючи зароблянню коштів, які можна направити на закупівлю інноваційного обладнання та збільшення оплати праці, ставлячи в залежність від кінцевих результатів діяльності. Тим не менш, комерційним медичним структурам, якщо вони хочуть ефективно користуватися наявними ресурсами, необхідно налагодити грамотне управління медичною організацією та використовувати правильні методи підвищення ефективності. У той же час, обмеженість ресурсів, наявних у комерційних медичних організацій, не повинна негативно впливати на культуру обслуговування та якість надання медичних послуг.

Зростаюча конкуренція на ринку медичних послуг підштовхує медичні організації вводити в дію нові види медичного обслуговування. Самостійність приватних медичних організацій сприяє підвищенню показників локальної (у межах своєї організації) ефективності надання медичних послуг та завдяки

конкурентній боротьбі за державні замовлення, зростанню досягнень структурної (в масштабах усієї системи охорони здоров'я) ефективності.

Для останніх років характерно значний вплив ринку медичних послуг тенденцій сучасного часу: збільшення кількості нових напрямів у медицині, поява інноваційних методик і впровадження цифрових технологій. У охороні здоров'я відбуваються процеси розмиття кордонів, які сприяють відкриттю дверей для контакту з різними дисциплінами, які дають якісний поштовх розвитку ринку медичних послуг. Організація лікувального процесу та моніторинг стану людини відбуваються за участю штучного інтелекту та пристроїв, що носяться, які стають звичними засобами.

За допомогою таких інструментів медицина здатна значно піднятися на новий якісний ступінь, стати більш персоналізованим напрямом, вживати заходів не тільки щодо боротьби з наслідками хвороб, але й впливати на причини виникнення захворювань, акумулюючи велику кількість даних, які необхідні для вивчення причинно-наслідкових зв'язків успішного надання медичної допомоги.

Водночас платна медична допомога є досить новим явищем для системи української охорони здоров'я. Комерційний сектор медичних послуг слабо орієнтований лікування складних патологій, тому пацієнтам з онкологічними захворюваннями та інші важкими випадками доводиться звертатися по лікування у центри чи їхати медичною допомогою у зарубіжні клініки.

Однозначні оцінки розміру «тіньового» сектора не наводяться, експертами висуваються різні дані, які різняться. Так, за результатами дослідження РБК. research, розмір нелегальних платежів за медичні послуги («подяка» в кишеню лікарям та іншому медичному персоналу) досягає близько 80-130 млрд. грн. «Тіньовий» сектор ринку медичних послуг значний і сегментований: розрізняють подяку (у ситуації, коли після успішного лікування пацієнт вважає своїм обов'язком подякувати фахівця) і здирництво (якщо пацієнта зобов'язують заплатити за процедуру лікаря). Аналогічна ситуація щодо здирства існує і в

сегменті державного платного медичного обслуговування, в деяких випадках пацієнта змушують оплачувати безкоштовні послуги.

Як причини існування «тіньового» сектору ринку платних медичних послуг, можна виділити: нечіткість формулювань у програмах державних гарантій, недостатня конкретизація з питання отримання медичних послуг та відсутність у населення чіткого розуміння, які послуги та за яких умов надаються в рамках обсягу гарантованого безкоштовного медичного обслуговування, що надається згідно з механізмом обов'язкового медичного страхування. Неврегульованість питань балансу між державними гарантіями та їх конкретизацією сприяє формуванню платності у системі обов'язкового медичного страхування.

З огляду на всі ці тенденції ринок медичних послуг викликає великий інтерес з боку бізнесу. За даними Forbes, за першу половину 2017 року було інвестовано 1,0 мільярд доларів у 18 компаній, що працюють у секторі охорони здоров'я, що безумовно є відмінним стимулом до розвитку.

Тому стає очевидним, що майбутнє української системи охорони здоров'я полягає у розвитку сектора приватної медицини, в якому мають взаємодіяти всі форми власності та механізми, включаючи державно-приватне партнерство. Сучасні тенденції розвитку ринку медичних послуг орієнтовані залучення комерційних структур до створення комфортного середовища споживачам медичних послуг шляхом участі у обов'язковому медичному страхуванні. Число комерційних медичних організацій у системі обов'язкового медичного страхування має тенденцію до зростання, становлячи нині майже 30 %.

Так, у 2016 році у медичних організаціях приватної форми власності порівняно з 2012 роком кількість пацієнтів, які отримали медичні послуги у стаціонарних умовах, збільшилась на 240 %. До послуг недержавної швидкої медичної допомоги вдавалися майже в 40 разів частіше, ніж ще чотири роки тому. Можна відзначити і тенденцію до розширення спектру медичних послуг, що пропонується підприємницькими структурами.

Завдяки досягненню балансу інтересів держави та приватного сектору на ринку медичних послуг, очікується підвищення доступності та рівня якості медичних послуг.

Ринок медичних послуг, що формується приватними медичними структурами, функціонує за законами бізнесу, змушуючи не лише великі компанії, а й підприємства, що належать до середнього та малого медичного бізнесу, ставити як свою основну мету забезпечення ефективної діяльності та підвищення прибутковості. Показники ефективності діяльності організацій у медичній сфері визначаються ефективним управлінням ресурсами, що використовуються у охороні здоров'я. Завдання менеджменту в системі охорони здоров'я ставиться так керувати процесами, щоб сприяти зниженню показників захворюваності та смертності населення при використанні ресурсів, що направляються. Очевидно, що приватним медичним структурам у реаліях сьогодення доводиться шукати баланс між забезпеченням ефективної діяльності при недостатньому фінансуванні, в умовах обмежених ресурсів та збереженням культури обслуговування, поряд із якістю надання медичних послуг.

На думку експертів, головний фактор зростання обсягу платних медичних послуг, як і раніше, полягає в неналежній якості безкоштовної медичної допомоги, яка надається в рамках програм держгарантій: «Недостатність фінансового забезпечення негативним чином позначатиметься на функціонуванні системи охорони здоров'я та призведе до зменшення доступності безкоштовної медичної допомоги для населення України та зниження її якості. Можуть з'явитися черги та листи очікування на надання планової спеціалізованої медичної допомоги за профілями, де черговість була відсутня. Окремі ресурсомісткі види ВМП можуть стати практично недоступними частині населення. Медичні організації державної та муніципальної систем охорони здоров'я нарощуватимуть обсяги платних медичних послуг, замінюючи ними безкоштовну медичну допомогу. Ситуація, що склалася, негативним чином позначатиметься на досягненні показників, затверджених державною програмою «Розвиток охорони здоров'я».

Незважаючи на перспективи подальшого розвитку ринку платних медичних послуг, медична допомога на платній основі все ще недоступна більшості українців, які не мають можливості користуватися послугами платної медицини регулярно. Звернення у приватні медичні структури поки що мають разовий характер, постійно послугами платного сектора медицини користуються лічені відсотки громадян країни, тоді як іншим доводиться поєднувати звернення до безкоштовних державних медичних закладів та приватних медичних організацій.

Як загальні тенденції ринку платних медичних послуг, на нашу думку, можна виділити: розширення профілю медичної допомоги, що надається приватними медичними організаціями, подальший процес формування та укрупнення мереж медичних організацій та створення філій. Поодинокі медичні кабінети найближчим часом у багатьох містах країни замінять великі багатопрофільні медичні центри. Особливо інтенсивним становленням ринку платних медичних послуг відрізнятимуться найбільші та великі міста нашої країни.

У ситуації, що склалася, слід підкреслити специфічну особливість українських приватних медичних структур, яка полягає в тому, що в приватному секторі медицини, як правило, ведуть прийоми лікарі, що має високу кваліфікацію з державних медичних організацій. Значній частині фахівців доводиться поєднувати діяльність у державних установах медицини з практикою у приватних медичних клініках, одержуючи високий дохід від приватних прийомів із великим практичним досвідом у державних установах, зумовленим колосальним потоком пацієнтів, у тому числі з винятковими випадками.

Лікарі в даний час мають можливість використовувати особистий досвід у медичній галузі для лікування пацієнтів у комерційних медичних структурах, що пояснюється затребуваністю серед пацієнтів та у приватних медичних організаціях успішних фахівців. Слід також підкреслити взаємозв'язок між доходом лікаря та якістю його життя: лікар, що відбувся і зміцнив свої життєві

позиції, з більшою відповідальністю підходить до питань здоров'я пацієнтів, призначає необхідну кількість аналізів та проводить ретельне обстеження.

Аналіз сучасних тенденцій розвитку ринку медичних послуг дозволяє зробити нам наступний висновок: комерційні медичні структури на українському ринку медичних послуг становлять все ще дуже невелику частку, що обумовлено жорсткими вимогами до участі в державно-приватному партнерстві.

2.2. Аналіз чинників впливу на розвиток медичних послуг

На розвиток ринку медичних послуг впливають фактори, характерні для ринків в інших сферах: попит, пропозиція, ціна, конкуренція. Як відомо, ринкові відносини характеризуються вільним ціноутворенням, свободою вибору з боку споживача та наявністю конкуренції серед виробників. Ціновий механізм є засобом досягнення ефективного розподілу ресурсів. За допомогою рівня ціни (при її вільному формуванні) виробнику надається необхідна економічна інформація про масштаби пропозиції та попиту, що виражаються у перевагах споживачів, ступеня заповнення ринку та розмірі витрат.

Якщо розглядати медичні послуги з позиції виробництва, то послуги у сфері охорони здоров'я складаються внаслідок діяльності виробників медичних послуг, яка спрямована на підтримку та зміцнення здоров'я. За рахунок отримання медичних послуг задовольняються як індивідуальні потреби людини, і потреби суспільства загалом. Таким чином, медичним послугам притаманна властивість соціально значимого блага, вони задовольняють людську потребу в медичній допомозі, збереженні та зміцненні здоров'я.

Зважаючи на те, що медичні послуги є одночасно і приватним благом – при споживанні однією особою вони не можуть бути спожиті іншою, і громадською – при наданні одній людині, вони набувають доступності для інших людей без додаткових витрат. Медичні послуги мають свою особливість, вони відрізняються від звичайного товару, для виробництва та споживання якого

враховується співвідношення попиту та пропозиції, зважаючи на те, що величину обсягу отриманої медичної допомоги не можна ставити в залежність тільки від рівня платоспроможності індивіда.

Дослідження та докладне вивчення специфічних властивостей ринку медичних послуг було проведено ще 1963 року економістом американського походження К. Дж. Ерроу у роботі «Невизначеність та економіка добробуту охорони здоров'я». Зокрема, неефективність медичного ринку, зумовлена наявністю «провалів щодо страхування від невизначеностей», споживачі, роблячи свій вибір щодо якості медичної допомоги, не застраховані від помилок. На думку К. Дж. Ерроу, саме лікар допомагає з вирішенням проблеми невизначеності щодо погано поінформованого пацієнта, встановлюючи діагноз і визначаючи необхідний для придбання обсяг послуг. З іншого боку, лікарі мають економічні інтереси, які можуть сприяти надмірному обсягу пропозиції медичних послуг і нав'язуванню попиту, породжуючи витратний характер у системі охорони здоров'я.

Однак, зважаючи на те, що стан здоров'я громадян – найважливіша характеристика рівня соціально-економічного розвитку країни, що є одним з надбань трудових ресурсів суспільства, на ринок медичних послуг впливає і фактор втручання держави, шляхом державного регулювання через механізм обов'язкового медичного страхування (ЗМС) та забезпеченість кадровими ресурсами, що впливають на доступність та якість медичних послуг.

Чинники, що впливають розвиток ринку медичних послуг, представлені у таблиці 2.4.

Зупинимося докладніше двох останніх чинниках, які грають найважливішу роль формування та розвитку ринку медичних послуг – державне регулювання і кадровий потенціал.

Роль держави щодо виконання функцій регулювання, організації та фінансового забезпечення гарантованого безкоштовного обсягу медичної допомоги для громадян України та законодавчого закріплення порядку надання платних медичних послуг, багато в чому, залежить від специфіки медичних

послуг, що споживаються суспільством, надаються медичними організаціями різних форм власності на підставі завдань органів управління. системи охорони здоров'я, територіальних фондів ЗМС чи приватних інвесторів.

Таблиця 2.4

Чинники, що впливають розвиток ринку медичних послуг

№ п/п	Чинник	Формування	Вплив
1	Ціна – грошовий вираз вартості медичної послуги	Формується за витратним принципом, відповідно до яким у ціну медичної послуги включаються витрачені на її надання ресурси (робоча сила, медикаменти, матеріали, обладнання та ін.)	Збільшення собівартості будь-якого з ресурсів призводить до негайного зростання цін на медичні послуги
2	Попит – обсяг медичних послуг, які бажають та можуть придбати споживачі (пацієнти) у конкретний період часу та за встановленою ціною	Формується всіма людьми незалежно від статевієї приналежності, віку, освіти та рівня життя. Попит на медичну допомогу виникає у період ембріонального розвитку і закінчується в старості	Визначення обсягу медичних послуг у вирішального ступеня належить фахівцю (лікарю), а не (споживачеві) пацієнту
3	Пропозиція – обсяг медичних послуг, які можуть бути надані в медичній організації	Формується залежно від ціни: зростання ціни виробників сприяє пропозиції пацієнтам більшого обсягу та асортименту медичних послуг, зниження ціни – звужує обсяг медичних послуг	Визначає кількість фахівців, вартість медичних послуг, якість медичних послуг

4	Конкуренція – відносини між виробниками медичних послуг з питань встановлення цін та асортименту медичних послуг, а також між споживачами при формування цін та обсягу медичних послуг на ринку	Може виражатися у пропозиції великої кількості та асортименту послуг, не завжди високої якості, то є акцент може робитися не на якість, а на кількість	Існують обмеження виходу ринку медичних послуг, можливі ситуації, близькі до природної монополії
5	Державне регулювання – координація діяльності суб'єктів ринку медичних послуг для підтримки та зміцнення здоров'я громадян, скорочення захворюваності населення, збільшення тривалості життя людей	Висуваються спеціальні вимоги до здійснення медичної діяльності	Переважання на ринку державних та некомерційних медичних організацій
6	Кадровий потенціал – ресурсоутворюючий фактор ринку медичних послуг	Відіграють головну роль у формуванні та розвитку галузі охорони здоров'я, відрізняються найвищими показниками рентабельності та економічним ефектом, одержуваним суспільством стосовно збереження людського потенціалу	Сприяє поліпшенню доступності медичної допомоги та підвищенню якості медичних послуг.

Джерело: складено автором.

Медична допомога, що надається на відплатній основі, виступає одним із елементів ефективної роботи системи охорони здоров'я в Україні.

Реалізація забезпечувальних функцій у сфері охорони здоров'я та виконання супутніх у медичній сфері послуг, що надаються на підставі договорів з постачальниками ресурсного забезпечення та робіт, за раніше використовуваного механізму, відбувалися за рахунок відшкодування державою витрат виробникам медичних послуг з використанням кошторисів, що передбачають бюджетне (кошторисне) фінансування витратних зобов'язань. З 2011 року фінансування бюджетних кошторисів було замінено субсидіями, обсяг яких розраховується як дохід ставок медичних послуг на нормативні витрати, пов'язані з наданням одиниці обсягу медичних послуг.

Механізм, що використовується в даний час, заснований на плануванні розмірів субсидій, передбачених державним завданням, включаючи гарантований обсяг медичної допомоги з обов'язкового медичного страхування, для медичних організацій несе ризики «випадаючих» витрат, пов'язаних із забезпеченням умов для отримання населенням доступних та якісних медичних послуг.

Необхідно відзначити, що починаючи з 2001 року, індикатором програм, спрямованих на соціально-економічний розвиток країни та регіонів, виступає вартісний показник «обсяг платних послуг населенню», що виражається у грошовому еквіваленті обсягу послуг, наданих резидентам та громадянам України та інших держав, які споживають ті чи інші види послуг біля України. Як виробники послуг виступають юридичні особи всіх форм власності та громадяни, які здійснюють підприємницьку діяльність.

Отже, обсяг платних медичних послуг, що визначаються відповідно до класифікатора послуг та занять, підлягає статистичному обліку та вважається платним, якщо послуги є об'єктом купівлі-продажу. Оплату медичних послуг може здійснювати як особисто споживач (за послуги, надані пацієнту чи члену сім'ї), так і роботодавець (за послуги в рамках договору з медичною організацією чи договору добровільного медичного страхування за участю страхової медичної організації).

Розробка нового змісту індивідуально споживаних послуг галузі охорони здоров'я є актуальною темою, що нині лежить у сфері обґрунтування масштабів державних гарантій та обсягів платних послуг при отриманні медичної допомоги, що надається на інших умовах та понад певні державою для громадян, стандарти.

Багато медичних організацій надання медичної допомоги на платній основі розглядають у вигляді додаткового джерела покриття витрат, у тому числі і для виплати стимулюючих компенсацій медичним працівникам за програмами «дорожня карта» та в умовах використання «ефективних контрактів».

Разом з тим, існуючі програми підготовки з цієї спеціальності складені з орієнтацією у бік державних та муніципальних потреб і не враховують сучасні вимоги в умовах мінливих обставин на медичних ринках та особливості функціонування медичних організацій при зростаючій конкуренції та використанні інноваційних досягнень у сфері управління.

Приватні медичні організації функціонують у ринкових умовах, а програми, якими ведуть навчання медичні вузи, повною мірою задовольняють викликам часу ні з змісту програм підготовки, ні з формам освітнього процесу. Так, для проходження додаткового професійного навчання та отримання сертифікату за напрямом «організація охорони здоров'я та громадського здоров'я», керівник комерційного медичного мікропідприємства, що знаходиться в маленькому місті, повинен кинути свою роботу та відлучитися на кілька місяців для поїздки до обласного центру та пройти очне навчання у медичному інституті. Хоча наразі отримали практичну апробацію, міжнародну акредитацію та визнання програми з менеджменту, розраховані на дистанційні методи освітнього процесу.

Сучасні умови все більше схиляють керівників приватних медичних структур до розуміння, що ефективне управління компанією вимагає знань з управління організацією, кадрами, фінансовими ресурсами, тому їм доводиться самостійно знаходити освітні організації та програми, що надають навчання сучасному менеджменту відповідно до вимог комерційних організацій.

У приватних медичних структурах, що належать до суб'єктів великих масштабів бізнесу, керівник (директор) та головний лікар (начальник медичної частини), часто поділяють функції за таким принципом: керівник займається організаційно-економічною та фінансовою частиною управління, а головний лікар – несе відповідальність за організацію та здійснення процесу лікування. Що стосується малого бізнесу та мікропідприємств – всі функції управління об'єднані в одну посаду директора з функціями головного лікаря.

При такому положенні управління невеликими приватними медичними структурами радикально відрізняється від менеджменту в державних та муніципальних ЛПЗ, в яких головний лікар є, по суті, розпорядником з передбаченим великим штатом заступників, які займаються різними аспектами діяльності медичної організації.

Також, положення «Про ліцензування медичної діяльності» не містить вимог до всіх співробітників організації, з категорії керівників, про обов'язкову вищу медичну освіту, додаткову професійну освіту та наявність сертифіката спеціаліста за напрямом «організація охорони здоров'я та громадського здоров'я». На думку, вимогам до освіти керівникам приватних медичних структур нині необхідний перегляд з урахуванням специфіки надання платних медичних послуг.

Останні роки в Міністерстві охорони здоров'я України характеризуються проведеною великою законотворчою роботою, проте склад існуючої законодавчої бази по порядку ліцензування медичної діяльності в нашій країні все ще не відповідає міжнародним стандартам, вимагаючи безперервного вдосконалення.

Як основоположні принципи системи ліцензування медичної діяльності можна виділити: єдиний порядок ліцензування, чіткі ліцензійні вимоги та умови, законність при процедурі ліцензування.

Ліцензування у сфері охорони здоров'я має дві важливі риси:

- 1) критерії, що визначають ліцензійний порядок видів медичних послуг, мають прямий взаємозв'язок із показниками станом здоров'я населення;

2) медична діяльність, потребує ліцензування, має соціальну значимість суспільству.

Виходячи з цього, державне регулювання у сфері охорони здоров'я використовує законодавчі та розроблені на їх основі підзаконні акти. Зважаючи на те, що під ліцензуванням мається на увазі певне обмеження на законодавчому рівні ведення діяльності при наданні медичних послуг, методи та форми контролю з боку держави в медичній сфері мають бути чітко прописані та однаковими на всій території України.

Тим не менш, як нам здається, при визначенні порядку ліцензування необхідно розмежувати ліцензійні вимоги для медичних організацій, які здійснюють медичне втручання, та медичних структур, які надають вузький перелік медичних послуг. Так, для державних та муніципальних лікувальних установ, де керує роботою головний лікар, який призначається засновником в особі регіональної чи муніципальної влади, вимога про вищу медичну освіту, додаткову професійну освіту та наявність сертифіката спеціаліста за напрямом «організація охорони здоров'я та громадського здоров'я» справедлива. Подібна вимога щодо комерційних медичних організацій, як правило, які здійснюють не лише медичну діяльність, а й інші види послуг, що визначаються статутом організації, потребує перегляду.

Для ефективного управління приватною медичною організацією необхідно проводити моніторинг фінансових планів та аналіз маркетингу в організації. Перевірка на відповідність витрат доходам є ще одним елементом ефективно працюючої комерційної медичної організації. Ефективна система управління медичною організацією будується за допомогою правильного обліку та розподілу внутрішніх та зовнішніх ресурсів.

Даючи оцінку рівню кваліфікації лікарів, які працюють у державних та комерційних медичних організаціях, необхідно проводити зіставлення структури працюючих фахівців відповідно до наявності у них кваліфікаційних категорій. Так, для державного сектору охорони здоров'я значення питомої ваги лікарів вищої категорії (29 %) вдвічі перевищує аналогічні дані у приватному

секторі (14 %). Таке положення можна пояснити тим, що при рішенні про присвоєння спеціалістам кваліфікаційних категорій враховується їх стаж роботи, незважаючи на те, що рівень професійних знань та навичок для лікарів вищої та першої категорій майже не має відмінностей. Слід наголосити, що лікарів, які мають вищу та першу категорії у приватній сфері медичних послуг значно більше в порівнянні з державною системою: 61 % у приватному секторі проти 47 % у державному, а з відсутністю професійної категорії – менше: 31 % у приватному секторі порівняно з 48% у державному. Таким чином, комерційні медичні структури залучають на роботу головним чином досвідчених фахівців, рівень найвищої кваліфікації яких ще офіційно не визнаний.

Показники стану здоров'я населення залежать від функціонування національної системи охорони здоров'я, на рівень розвитку якої значною мірою впливає існуючий механізм фінансового забезпечення.

Нині джерелами фінансового забезпечення у сфері охорони здоров'я є: бюджетні кошти, кошти системи обов'язкового медичного страхування, кошти організацій та громадян у різному співвідношенні.

2.3. Використання моделей організаційно-економічного механізму надання медичних послуг

Сучасний стан розвитку світової економіки показує, що сфера медичних послуг активно включена до міждержавних торговельних відносин. Якщо раніше медичні послуги здійснювалися переважно всередині держав, то у XXI столітті процес глобалізації сприяв розширенню меж надання медичної допомоги. Процеси міжнародної торгівлі медичними послугами та міграції фахівців системи охорони здоров'я, поряд з появою нових методів лікування, впровадженням телемедичних технологій, стандартизацією якості медичних послуг, формують нові тенденції, що ведуть до розвитку медичних послуг на світових ринках, використовуючи інноваційні технології. Поява нових учасників

медичного ринку веде до зростання міжнародної конкуренції, сприяючи підвищенню якості послуг у сфері охорони здоров'я.

Світовий ринок медичних послуг, який виступає окремим сектором міжнародних економічних відносин, нині недостатньо вивчений. Така ситуація склалася через те, що експертно-аналітичні дослідження спрямовані переважно на внутрішньодержавні аспекти розвитку систем охорони здоров'я окремих країн та регіонів.

Економічні моделі систем охорони здоров'я в різних країнах перебувають у тісній залежності від ролі та функцій, які держава виконує в регулюванні цих процесів.

У рамках нашого дослідження проведемо порівняльний аналіз різних моделей охорони здоров'я, враховуючи державний підхід до розуміння медичних послуг у системі охорони здоров'я, оскільки пошук відповіді на це питання повною мірою визначає, яку роль грає держава в системі організації медичних послуг.

Експерти Всесвітньої Організації Охорони здоров'я (ВООЗ) запропонували класифікацію, яка виділяє три основні типи світових систем охорони здоров'я

- система, яка фінансується з державного бюджету (державна система або система Беверіджа);
- система, заснована на принципах обов'язкового соціального страхування (соціально-страхова система, звана системою Бісмарка);
- система, джерелами фінансування якої є приватні кошти громадян, побудована з урахуванням ринкових принципів страхування.

Виходячи з цього, у таблиці 1.1 наведено характеристики загальноприйнятих моделей охорони здоров'я та їх застосування у зарубіжних країнах:

Бюджетну модель організації системи охорони здоров'я використовують у розвинених країнах зі стабільною економікою, таких як Велика Британія, Греція, Данія, Ірландія, Італія, Іспанія. Португалія та Франція.

Достоїнствами бюджетної моделі ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я, як нам здається, є:

- загальне охоплення населення медичною допомогою та доступність медичних послуг для всіх верств суспільства;
- орієнтація на заходи профілактики захворювань та досить широкий набір профілактичних заходів;
- можливість стримування зростання витрат у системі охорони здоров'я та державний контроль з боку органів влади;
- стабільність механізму фінансування та високий рівень соціальної захищеності населення.

До недоліків моделі можна віднести:

- низькі показники індивідуальної відповідальності громадян за збереження власного здоров'я;
- відсутність конкурентної боротьби серед виробників медичних послуг;
- ризик падіння якості медичної допомоги, ймовірність ігнорування прав пацієнтів;
- стримування процесу впровадження інноваційних технологій та методів лікування.

Головною метою моделі внутрішнього ринку (квazіринку) ставилося створення конкурентної боротьби між стороною фінансового забезпечення та постачальниками медичних послуг, без залучення в конкурентну боротьбу покупців медичних послуг (страховиків).

Під час створення внутрішнього ринку Національна служба охорони здоров'я Великобританії оголосила конкурс на розміщення замовлення надання медичної допомоги. Приватно практикуючими лікарями загальної практики, які були фондоутримувачами, стала набуватись на конкурентній основі стаціонарна допомога у лікарень (лікарняних трастів).

Первинну допомогу у Великобританії було вирішено організувати, спираючись на принципи керованої медичної допомоги, коли приватними

лікарями загальної практики, які надають близько 20% стаціонарної допомоги, уклалися договори з лікарнями з купівлі у них стаціонарної допомоги, яку оплачували з власних коштів.

У результаті, лікарняним трастам, практично, було присвоєно статус самоврядних організацій, зважаючи на те, що до їх діяльності були встановлені вимоги щодо формування свого доходу самостійно за рахунок надходжень за укладеними договорами. Таке становище нагадує організаційно-правову форму некомерційної організації «автономні установи», прийняту нещодавно в Україні для реалізації діяльності в соціальній сфері та наділену великим спектром прав, серед яких: право відчуження майна, отримання банківських кредитів та ін.

Державне регулювання полягало у затвердженні регламенту та контролі дотримання норм, механізмів та правил у сфері договірних відносин.

Очевидний позитивний результат реформи полягав у розширенні організаційно-економічних методів управління. В умовах конкурентної боротьби за отримання замовлення лікарням доводилося вишукувати ресурси щодо зниження цін відповідно до витрат, вибираючи економічно рентабельні управлінські та медичні технології.

Близько 85% американцям доводиться купувати поліси індивідуального приватного медичного страхування, громадянам США надається свобода вибору лікаря та клініки. Медична допомога для людей похилого віку в США фінансується з податкових надходжень до бюджету за державною програмою Medicare. Щодо соціального страхування – воно здійснюється за рахунок надходжень від спеціальних податків, які стягуються в рівних частках з роботодавця та працівників.

Медичне обслуговування малозабезпечених громадян виділено окрему державну програму «Medicaid» і складає кошти бюджету і також фінансується медичними установами.

Планування обсягів медичних послуг на рівні не передбачається, забезпечується незначний обсяг допомоги через громадські клініки,

контрольовані муніципальними та окружними департаментами охорони здоров'я.

Позитивними рисами приватної моделі охорони здоров'я, на наш погляд, слід вважати:

- широкий вибір медичних послуг, що покривається системою страхування;
- високий рівень якості медичної допомоги;
- широкий вибір спеціалістів та медичних організацій, а також висока оплата праці медичного персоналу;
- стимулююче значення конкурентної боротьби між постачальниками медичних послуг;
- високий ступінь наукових досліджень та великий масштаб впровадження інноваційних методів та технологій.

Слід наголосити на тому, що на частку громадян випадає досить істотна частина витрат за медичне обслуговування (30 %), тому вважають ринкову модель системи охорони здоров'я механізмом регулювання, що дозволяє знизити витрати, оскільки, коли працівник сам частково оплачує своє лікування, то він набагато серйозніше ставиться до свого здоров'я і, як наслідок, рідше звертається за медичною допомогою.

Проте, як це не суперечливо, основні недоліки моделі охорони здоров'я, що застосовується в США, такі:

- висока вартість лікування;
- лімітований доступ до медичних послуг соціально незахищених верств населення, в результаті виходить неповне охоплення населення медичним обслуговуванням.

Механізми оплати праці лікарів та формування ціноутворення на медичне обслуговування викликають надмірну пропозицію медичних послуг, тобто, призводять до надвиробництва медичних послуг і, відповідно, сприяють зростанню витрат, далі відбувається зростання цін на медичні послуги та зростання витрат у системі охорони здоров'я.

Прагнення реформувати систему охорони здоров'я США вперше виникло у президента Білла Клінтона ще 1993 року. Але існуючі інституційні риси країни не дозволили реалізувати задумане. Головна причина неефективності зроблених спроб полягала у відсутності мотивації у сторін системи охорони здоров'я (лікарів, пацієнтів, страхових компаній) до зниження витрат поряд із підвищенням якості медичної допомоги. У країні вільного бізнесу не було у рамках національного масштабу обмежити права та свободу вибору без зміни законодавчих норм.

У 2010 році уряд Барака Обама розробив нову редакцію закону «Про захист пацієнтів та доступність медичної допомоги», проте її не підтримала партія республіканців. Заперечення опонентами були подані наступні: «США – країна вільного підприємництва, і в ній не повинно бути жодного державного регулювання цін, оскільки це може призвести до націоналізації охорони здоров'я та соціалізму, а багаті та середній клас не повинні сплачувати додаткові податки для покриття вартості медичного страхування незастрахованим». Результатом цих дебатів найважливішу норму цього закону – обов'язок кожного громадянина бути застрахованим – визнали неконституційним. Однак ухвала Верховного суду США в червні 2012 року цю норму все ж таки затвердила (з 2013 року), а решта принципів реформи розпочала свою дію з 2014 року.

Ключові положення, спрямовані на реформування системи охорони здоров'я в США, є відповідно до теоретичних аспектів концепції регульованої конкуренції, розробником якої виступив американський економіст А. Ентховен. Суть цієї концепції полягає у обов'язковості медичного страхування для населення країни; у регулюванні тарифів страхових внесків з боку держави за допомогою заборони страховим компаніям відмовляти у придбанні страхової програми або не проводити виплати на підставі дискримінаційної ознаки (стаття, стан здоров'я, рівень доходів та інші параметри, крім віку) та ціноутворення на медичні послуги шляхом формування страхових планів, запропонованих на страхових біржах, дозволяючи зробити свідомий вибір громадянами;

запровадження обов'язкової публікації лікарнями вартості послуг та публічного обґрунтування у разі підвищення страхових премій тощо.

Зниження обсягу витрат держави, що спрямовуються на фінансування державних програм системи охорони здоров'я, передбачається внаслідок запровадження стандартів якості лікування, припинення дублювання процедур, злиття діагностики та процесу лікування.

Зазначимо, що реформа системи охорони здоров'я, що проводиться у США, дозволяє поряд зі збереженням існуючих основ моделі платної медицини без радикальних змін, у той же час усунути частину провалів ринку шляхом вибудовування умов до роботодавців та страховиків, створюючи відкритий ринковий майданчик для продажу страхових планів.

Планується 90 % коштів, необхідні фінансування положень реформи, виділити з бюджету, що становитиме 940 млрд. доларів у період 10 років. Такі витрати, спрямовані на зниження

Витрат на державні програми охорони здоров'я, за розрахунками експертів, через 10 років, дозволять скоротити дефіцит бюджету США на 1 трлн. доларів.

Слід зазначити, що Всесвітньою організацією охорони здоров'я рекомендується для використання соціально-страхова система, через те, що на сучасному етапі саме соціально-страхова система організації охорони здоров'я є найменш витратною з позиції фінансування та досить ефективною за грамотної організації системи охорони здоров'я.

На наш погляд, в умовах глобалізації світових процесів відбувається уніфікація національних систем охорони здоров'я: країни все частіше використовують елементи соціально-страхового типу системи охорони здоров'я, залишаючи в деяких випадках місце для державного втручання та ринкового механізму.

Однак як одна з проблем у механізмі медичного страхування виступає конкуренція між страховими компаніями за пацієнтів. У такій ситуації особам, які мають хронічні захворювання, пенсіонерам, дітям та вагітним жінкам через

високий ризик настання страхових випадків страхові поліси оформляються неохоче.

Саме тому вивчення досвіду функціонування зарубіжних моделей організаційно-економічного механізму ринку медичних послуг дозволить українським експертам виробити свою модель системи охорони здоров'я, яка зможе отримати ефективну реалізацію на українському ринку медичних послуг.

Вивчення зарубіжного досвіду формування та розвитку ринку медичних послуг на прикладі трьох основних моделей системи охорони здоров'я в деяких державах дозволяє нам зробити наступні висновки:

1. Важко чітко виділити переважні сторони однієї моделі системи охорони здоров'я по відношенню до іншої, проте, в результаті проведеного дослідження, очевидно, що всі закордонні системи охорони здоров'я стикаються з проблемами зростання загальних медичних витрат, намагаючись знайти ідеальне рішення щодо їх ефективного використання без втрати якості та доступності медичних послуг. При цьому цілком очевидно, що ні за ринкової, ні за державної моделі окремо неможливо досягти оптимального поєднання ефективності та справедливості медичного обслуговування, що, в результаті, є імпульсом для пошуку нових рішень, втілення в життя нових реформ, здатних інтегрувати переваги ринкових та державних механізмів управління системою охорони здоров'я та нівелювати їх негативні сторони.

2. Немає єдиної позиції щодо інтенсивності конкуренції у системі охорони здоров'я. Проте, доведено, що конкурентна боротьба сприяє зростанню якості медичної допомоги, підвищуючи рівень громадського здоров'я.

Функціонування систем охорони здоров'я різних країн і реформи з оптимізації моделі в сучасних умовах дозволяють простежити дві схожі тенденції: 1) стирання межі між державною та бюджетно-страховою моделями системи охорони здоров'я, як наслідок – злиття державної у бюджетно-страхову модель. Поруч із, у страхової складової перетвореної моделі здійснюється як обов'язкове, а й добровільне страхування, привносячи у нову модель риси, властиві приватної системи охорони здоров'я; 2) зростання ролі держави в галузі

охорони здоров'я з позиції досягнення економічної ефективності та соціальної рівності в процесі надання медичних послуг.

Висновки до другого розділу

1. Таким чином, наявність певних особливостей у сфері охорони здоров'я не дозволяє ринковим механізмам ефективно керувати ринком медичних послуг. Основними факторами, що відрізняють ринок медичних послуг від інших ринків і впливають на його формування та розвиток, є державне регулювання та кадровий потенціал.

2. Потреба регулювання ринкового механізму виробництва та розподілу медичних послуг викликана і наявністю таких обставин, що часто особам з низьким рівнем доходу найбільш необхідна медична допомога. Витрати на систему охорони здоров'я передбачають необхідність вкладень у кадровий потенціал даної сфери, що складаються не лише з безпосередніх витрат на підготовку кваліфікованих медичних працівників, а й на створення педагогічних умов та засоби професійного самовизначення фахівців сфери медичних послуг.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

3.1. Регулювання ринку медичних послуг

Існуючі нормативно-правові акти України дають право державним бюджетним та автономним установам, при здійсненні в якості основної статутної діяльності в медичній сфері, отримувати дохід від надання платних медичних послуг, який може бути звільнений від сплати податку на прибуток при виконанні низки умов, що регулюються податковим законодавством.

Слід сказати, що на етапі становлення знаходяться практичні механізми державно-приватного партнерства в контексті вибудовування стратегії та тактики надання платних послуг у системі обов'язкового медичного страхування, що вимагає активного опрацювання порядку формування програм у системі добровільного медичного страхування.

Ведення медичної діяльності, будь то надання безкоштовної медичної допомоги за програмами держгарантій або надання платних медичних послуг, згідно з затвердженим преїскурантом, регулюється законодавством України, вимагаючи суворо дотримання працівниками медичної сфери, в тому числі і наказів МОЗ і МОЗ . Часто, незважаючи на законодавчо встановлені правила, права пацієнтів, які звертаються за отриманням медичної допомоги, порушуються медичними організаціями. Відсутність стандартів якості надання медичної допомоги, незаконна медична діяльність стали головними причинами, які ведуть до масових лікарських помилок.

Питання медичного права забезпечують захист прав пацієнтів, які постраждали від лікарських помилок або отримали інвалідність, координують судово-медичну експертизу, медико-соціальну експертизу, військово-лікарську експертизу, експертизу тимчасової непрацездатності, визначають ступінь втрати професійної працездатності та розмір відшкодування).

Водночас медична діяльність потребує юридичного супроводу для захисту від свавілля ліцензуючих та контролюючих органів, споживчого екстремізму пацієнтів, а також для отримання достовірної інформації в галузі законодавства у сфері охорони здоров'я.

Охорона здоров'я є галуззю професійної діяльності та одночасно галуззю національної економіки, що поєднує єдність мети та значення виконуваних функцій, що перебувають у охороні здоров'я, та застосовуваних способів досягнення мети, що визначають технології лікування, медичні технології, якій потрібне регулювання. Таким чином, сучасному ринку медичних послуг та його об'єктам також потрібне державне регулювання.

У суспільному устрої є чотири сектори галузі охорони здоров'я, у яких роль держави є пріоритетною:

- 1) політика в галузі охорони здоров'я, найважливіші рішення якої необхідно приймати на високому державному рівні, через те, що вибір основних цінностей впливає на багато аспектів суспільного життя;
- 2) стратегічні рішення щодо ресурсів охорони здоров'я та аналогічні питання інфраструктурного характеру щодо персоналу (підготовки, перевірки та ліцензування), великого капітального будівництва, придбання дорогого обладнання та діяльності в галузі досліджень та розвитку, оскільки ефективне використання обмежених ресурсів визначає подальший розвиток усієї системи;
- 3) заходи регулювання громадської безпеки – контроль центральними органами питань регулювання щодо нових лікарських засобів та методів лікування, а також процедури ліцензування постачальників медичних послуг;
- 4) питання моніторингу, оцінки та аналізу стану здоров'я громадян та роботи служб системи охорони здоров'я.

Для регулювання сфери медичних послуг застосовуються різні методи управління:

1. Адміністративні методи, які виробляють вищі органи управління. Ці методи вимагають обов'язкового виконання та більш властиві державному сектору охорони здоров'я, об'єкти якого перебувають у власності держави.

Адміністративним методам властиві регулюючі впливи, які формуються законами, ухвалами, правилами, нормами, розпорядженнями, наказами, спрямованими зверху вниз. Отже, регулювання діяльності об'єктів та суб'єктів на ринках медичних послуг здійснюється через створення нормативно-правової бази, що приймається на підставі ситуації, що складається в суспільстві, а також в умовах, обумовлених екологічними катастрофами, епідеміями та іншими форс-мажорними обставинами. Стандарти, норми, правила і порядки, що встановлюються на державному рівні, передбачають обов'язкове виконання всіма виробниками медичних послуг, незалежно від їх думки та бажання, і якщо встановлені заходи не виконуються, винні особи караються державою.

2. Економічні методи, властиві ринковому регулюванню. Такі методи ґрунтуються на матеріальній зацікавленості учасників ринку медичних послуг щодо досягнення своїх цілей та найбільше підходять для недержавного сектора медичних послуг, об'єкти якого відносяться до приватної власності або орендуються. Економічні методи будуються на аналізі витрат ресурсного забезпечення охорони здоров'я населення, вивченні попиту та пропозиції, що складаються, у сфері медичних послуг, виявленні причин захворюваності громадян та тенденцій трансформації механізмів та інструментів системи охорони здоров'я на макрорівні та на мікрорівні, спираючись на результати дослідження ринків і споживачів. Впливи у формі управління та регулювання встановлюються угодами, контрактами, договорами у вигляді зобов'язань, умов тощо. буд. Для економічних методів регулювання характерні: висока гнучкість, можливість швидкого налагодження та встановлення взаємозв'язку між підсумками діяльності учасників цієї сфери та масштабами заохочення чи покарання.

3. Соціально-психологічні методи, що ґрунтуються на моральному стимулюванні, переконанні та спираються на морально-етичні суспільні норми, серед яких: взаєморозуміння, взаємоповага та взаємодія. Вони будуються на міжособистісних відносинах та використанні соціально-психологічних закономірностей розвитку особистості та трудових колективів. Соціально-

психологічні методи знайшли застосування як у державному, так і недержавному секторах охорони здоров'я. Мотивація цілеорієнтованої, ефективної, результативної діяльності об'єктів та суб'єктів ринку медичних послуг, яка націлена на підвищення обсягів та покращення якості медичних послуг, що задовольняють потреби пацієнтів, здатна за допомогою зовнішнього впливу перетворитися на власну волю виробників медичних послуг, послаблюючи при цьому несприятливий ефект. .

Метою регулювання ринку медичних послуг ставиться взаємозалежна діяльність його учасників, що забезпечує підтримку та зміцнення здоров'я громадян, скорочення захворюваності, збільшення тривалості життя населення. Управління державним сектором медичних послуг спрямоване на забезпечення громадян медичними послугами на засадах загальнодоступності та охорони громадського здоров'я, під якою передбачається запобігання хворобам, збільшення тривалості життя та забезпечення розумового та фізичного здоров'я населення, ефективна життєдіяльність людей, що забезпечується навколишніми організованими у суспільстві організованими у суспільстві , боротьбою з інфекціями, навчанням громадян правилам особистої гігієни, організацією лікарської та медичної допомоги для ранньої діагностики та профілактики захворювань.

Регулювання видається виправданим лише тоді, коли, по-перше, можна з повною підставою припустити, що дозволяє виконати поставлені завдання і, по-друге, коли за регулюванні виключаються якісь серйозні негативні економічні та фінансові наслідки для складу і якості медичних послуг. З метою вирішення цих завдань, механізми та інструменти регулювання повинні бути досить гнучкими та застосовуватися з урахуванням великої кількості відмінностей. Відмінності, що мають технічний, географічний та демографічний характер і не виходять за межі обмежень, які визначаються національними нормативно-правовими актами, притаманні демократичному суспільству. Вкрай важливо відзначити, що ефективному регулюванню супроводжують моніторинг та оцінка кінцевих результатів, тоді як обсяг витрачених ресурсів відступає на другий план. Також

досягненню ефективності процесу регулювання сприяють ретельно розроблені заходи, що спираються на принципи конкуренції.

Надання платних медичних послуг в Україні регламентують нормативно-правові документи. На жаль, спеціальних законів, що регулюють ринок платних медичних послуг, на даний час не розроблено.

Актуальне питання, що виникає при наданні платних медичних послуг населенню, є договором про надання платних медичних послуг, який визнається публічним договором, при якому медична організація зобов'язана надати послуги за характером її діяльності щодо кожного, хто звернувся за медичною послугою. Відмова медичної організації укласти договір, що має можливість надати споживачеві (пацієнту) відповідні послуги, не допускається.

Таким чином, на сьогоднішній день, щоб бути допущеним до професійної діяльності, медичний працівник повинен відповідати двом критеріям:

1) мати відповідну медичну освіту (що підтверджується отриманим дипломом державного зразка); 2) мати сертифікат спеціаліста.

На підставі пункту 1.2 Наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Номенклатури посад медичних працівників та фармацевтичних працівників», до переліку посад фахівців із вищою професійною (медичною) освітою (лікарям) належать лікарі-фахівці, у списку яких поіменовані лікарі різних спеціальностей. Таким чином, названа Номенклатура на посаді всіх лікарів-фахівців (як родову категорію) ділить на певні види лікарів за їхньою спеціалізацією у відповідній сфері медицини (акушерстві та гінекології, педіатрії, неврології, ендоскопії). Цю спеціалізацію лікар якраз і повинен підтверджувати відповідним сертифікатом.

Відповідно до Наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження умов і порядку видачі сертифіката спеціаліста медичним і фармацевтичним працівникам, форми та технічних вимог сертифіката спеціаліста», наявність сертифіката спеціаліста за професією свідчить про досягнення його володарем рівня теоретичних знань, практичних навичок та практичних навичок професійної (медичної) діяльності. Особам, які здобули

середню або вищу професійну медичну освіту в Україні, сертифікат видається державними освітніми або науковими організаціями відповідно до ліцензії на здійснення освітньої діяльності.

Поняття професіоналізму медичного працівника включає не лише знання, вміння, принципи та правила поведінки, але будується і на підтримці сучасного професійного рівня, володіння та критичного сприйняття інформації, здатності приймати обґрунтовані рішення стосовно пацієнтів, володіння високими етичними принципами. Це вимагає від медичного працівника постійного самовдосконалення. Професійне зростання перестав бути виключно особистим справою кожного працівника, безпосередньо впливає на якість медичної допомоги, що надається.

Чинне трудове законодавство у зв'язку з цим покладає певні обов'язки і на роботодавця лікаря - медичну організацію. У кодексі України зазначено, що «необхідність підготовки та перепідготовки кадрів для потреб роботодавця визначає самостійно». Однак законами та іншими нормативними правовими актами України може бути встановлено, що підвищення кваліфікації є умовою виконання працівниками певних видів діяльності. У разі роботодавця зобов'язаний організувати навчання.

Отже, з такою періодичністю лікар-спеціаліст повинен навчатися за додатковими професійними програмами за кожною з медичних спеціальностей, постійно підтверджуючи свою кваліфікацію та продовжуючи свій сертифікат (нормативний термін навчання – не менше 500 годин). Відсутність документів, що засвідчують таке навчання, повинна перешкоджати допуску лікаря-фахівця до виконання трудових обов'язків.

Розглянувши регулювання ринку медичної діяльності України, можна зробити висновок:

- 1) метою регулювання ринку медичних послуг є взаємозв'язок діяльності його учасників для підтримки та зміцнення здоров'я населення, скорочення захворюваності, збільшення тривалості життя;

3) медична діяльність, що здійснюється юридичними особами всіх організаційно-правових форм, а також індивідуальними підприємцями, підлягає ліцензуванню в порядку, що встановлюється МОЗ України;

4) для здійснення медичної діяльності лікар за кожною з реалізованих ним спеціальностей відповідно до Номенклатури спеціальностей фахівців з вищою та післявузівською медичною освітою у сфері охорони здоров'я України(хоч основний, хоч додаткової) повинен мати такі документи:

- документ про вищу медичну освіту;
- диплом про закінчення інтернатури, ординатури або диплом про проходження професійної перепідготовки (з терміном навчання не менше 500 годин) як підтвердження первинної медичної спеціалізації;
- сертифікат спеціаліста;
- документи щодо підвищення кваліфікації спеціаліста (кожні 5 років).

3.2. Пріоритетні напрямки організації надання медичних послуг

Як було розглянуто вище, інтеграція комерційних медичних організацій у систему обов'язкового медичного страхування на основі державно-приватного партнерства, сприяє зростанню конкуренції за освоєння ресурсів у системі обов'язкового медичного страхування та змушує приватні клініки підвищувати якість обслуговування пацієнтів, проводити технічне переоснащення, тим самим покращуючи загальне якість надання медичних послуг.

Але наразі розвитку державно-приватного партнерства сектора приватних медичних послуг у системі обов'язкового медичного страхування перешкоджають існуючим проблемам, серед яких:

1) брак коштів усередині самої системи обов'язкового медичного страхування, зумовлений погіршенням економічної ситуації в країні та «тіньовою» зайнятістю в багатьох галузях економіки. Недостатність ресурсів у системі обов'язкового медичного страхування найчастіше призводить до

виникнення конфліктів між регіональною владою та приватними медичними організаціями у питаннях обсягу медичних послуг, що надаються пацієнтам;

2) відсутність єдиної програми держгарантій, яка конкретизує обсяг медичної допомоги, на даний момент Територіальними програмами державних гарантій передбачено можливість кожному регіону вирішувати самостійно, на чому економити.

Регіональні фонди обов'язкового медичного страхування мають можливість побічно впливати на розмір прибутку та можливість працювати приватним медичним організаціям у системі обов'язкового медичного страхування, використовуючи наступні важелі:

- методи оплати наданих медичних послуг;
- регулювання доступу до системи обов'язкового соціального страхування;
- визначення розміру тарифу вартості медичної послуги.

За даними «РБК Дослідження ринків », участь у програмі обов'язкового медичного страхування обтяжується тарифами неринкової вартості, наявністю додаткової звітності та перевірок, складнощами щодо отримання відшкодування за надану медичну допомогу. Поступово змінюючи підхід до тарифоутворення у системі обов'язкового медичного страхування, можна збільшити привабливість державного медичного обслуговування для комерційних організацій, сприяючи формуванню державних замовлень надання медичної допомоги. Так, 55 % з-поміж респондентів хотіли б брати участь у системі обов'язкового медичного страхування при впровадженні сплат та зміні тарифів у бік підвищення.

На думку експертів, до сталого зростання українського ринку платних медичних послуг призвела політика держави у сфері охорони здоров'я, спрямована на скорочення видатків на медичну допомогу в рамках обов'язкового медичного страхування.

У умовах необхідно вживати заходів, створені задля підвищення ефективності державної охорони здоров'я.

Однак, незважаючи на те, що у боротьбі за пацієнтів державні лікувальні заклади програють, на ринок ціноутворення платних медичних послуг продовжують помітно впливати. Зокрема, обладнані за рахунок державних ресурсів кабінети магнітно-резонансної томографії та операційні збивають ціни на ринку медичних послуг, не даючи їм підвищуватися.

Платні медичні послуги, які надають державні лікувальні організації, сприяють зниженню доступності безкоштовної медичної допомоги. Очевидна наявність явного конфлікту інтересів: з одного боку, медичний заклад, надаючи платні послуги, заробляє кошти, у тому числі і на ремонт приміщень для обслуговування пацієнтів, з іншого боку – використовуючи обладнання, призначене для реалізації програми державних гарантій (надання безкоштовної медичної допомоги), швидше його зношує з метою отримання прибутку. До того ж, виходить, що пацієнти, які платять за медичне обслуговування у державній установі, отримують такі ж послуги, як пред'являючи поліс обов'язкового медичного страхування. Пацієнт, який вирішив скористатися платними послугами у державній клініці, швидше за все, зіткнеться з чергами та іншими особливостями сервісу безкоштовної медицини. Проте саме ціновим фактором часто визначається рішення пацієнта на користь державної чи приватної клініки.

Протягом ряду років в Україні використовуються різні показники та критерії для оцінки ефективності діяльності організацій у системі охорони здоров'я, їх фахівців та керівників. Але основним результатом ефективності залишається оцінка якості медичних послуг. Щонайменше ведеться облік фінансово-економічних результатів та оцінюється якість управління ресурсами медичних організацій.

Тому, розглядаючи пріоритетні напрями розвитку ринку медичних послуг, загалом розглянемо питання якості медичних послуг, що надаються в рамках системи обов'язкового медичного страхування.

Згідно з даними «РБК Дослідження ринків», державний сектор медичних послуг загалом відрізняє низький відсоток задоволеності пацієнтів якістю

отриманих послуг. Повністю задоволені медичним обслуговуванням, отриманим у державних медичних організаціях, лише 6% респондентів, ще 30,4% – залишилися за позитивного враження, маючи деякі нарікання.

Використовуючи дані Всеукраїнського центру вивчення громадської думки (ВЦВГД), розглянемо думки українських громадян на стан системи охорони здоров'я країни та задоволеність доступністю та якістю медичної допомоги. Низька якість медичних послуг і непрофесіоналізм медичного персоналу відзначаються пацієнтами серед основних причин невдоволення охороною здоров'я. Результати опитування Всеукраїнського центру дослідження громадської думки (ВЦВГД) показали, що більшість українців відгукуються про державні поліклініки та лікарні негативно.

Слід виділити і перспективи розвитку приватних медичних послуг, пов'язані з удосконаленням механізму обов'язкового медичного страхування, що сприятиме поряд із збільшенням фінансових ресурсів та підвищенню якості медичних послуг.

У разі надання можливості всім медичним організаціям та індивідуальним підприємцям, які мають ліцензію на здійснення медичної діяльності, на основі державно-приватного партнерства брати участь у системі обов'язкового медичного страхування та впровадження особистих медичних рахунків, здійснювати контроль вартості, обсягів, термінів, якості та умов надання медичного обслуговування медичними організаціями за територіальними програмами обов'язкового медичного страхування, будуть страхові медичні організації. Очевидно, розширення кола медичних організацій, що у обов'язковому медичному страхуванні призведе до збільшення навантаження на страхові медичні організації.

Разом з тим, пацієнти, відчувши, що безпосередньо оплачують вартість медичних послуг, уважно вивчатимуть перелік медичних послуг, що надаються в рамках Територіальних програм обов'язкового медичного страхування та стануть більш зацікавленими у придбанні також і полісів добровільного медичного страхування, оскільки за програмою ДМС охоплюють Найбільш

широкий спектр медичних послуг. Таким чином, для страхових медичних організацій пропоновані автором напрями розвитку сектора приватних медичних послуг на основі державно-приватного партнерства не принесуть значних змін у напрямках та обсягах діяльності страхових медичних організацій.

Разом з тим слід наголосити, що в рамках програми держгарантій необхідно передбачити безкоштовне надання наступних видів медичної допомоги:

- 1) первинної медико-санітарної допомоги, у тому числі первинної долікарської, первинної лікарської та первинної спеціалізованої;
- 2) спеціалізованої медичної допомоги, у тому числі високотехнологічної;
- 3) швидкої медичної допомоги, у тому числі швидкої спеціалізованою;
- 4) паліативної медичної допомоги, яку надають медичні організації.
- 5) медичної допомоги, що надається у межах клінічної апробації.

Крім цього, отримана інформація передбачає стимулювання медичних організацій до підвищення дисципліни по відношенню до якісного та достовірного обліку наданих послуг, дозволяючи грамотно планувати та прогнозувати, тим самим підвищивши ефективність витрат у сфері охорони здоров'я.

Крім того, розробники проекту вважають, що його впровадження сприятиме формуванню у громадян більш відповідального ставлення до особистого здоров'я та регулярного проходження профілактичних оглядів. Метою проекту ставиться підвищення важливості соціального аспекту: громадяни, знаючи реальну вартість високотехнологічної допомоги, не сприйматимуть її як само собою зрозуміле.

На нашу думку, пріоритетним напрямком розвитку ринку медичних послуг може стати запровадження медичних накопичувальних рахунків для формування, накопичення коштів на оплату медичних послуг. Так, за допомогою

використання накопичувального методу медичного страхування можна досягти таких результатів:

- 1) отримати високий рівень зацікавленості та безпосередньої участі громадян в індивідуальному медичному страхуванні, яке є обов'язковим для всіх категорій мешканців країни;
- 2) прозорість формування вартості медичної допомоги, стримування зростання цін на медичні послуги та товари;
- 3) контроль витрат медичного спрямування з боку самих застрахованих, легальність платежів та стандартизації медичної допомоги;
- 4) можливість вільного вибору медичної організації та спеціаліста при отриманні медичної допомоги;
- 5) соціально орієнтовану податкову політику, зумовлену впровадженням економічної та юридичної відповідальності, як з боку роботодавців, так і з боку працівників та членів їх сімей за збереження та підтримання особистого здоров'я;
- 6) використання у суспільстві принципу «соціального капіталу»;
- 7) усунення дублювання витрат, ефективне використання фінансових ресурсів сфери охорони здоров'я, збільшення їх обсягу в розрахунку на одну застраховану особу;
- 8) підвищення престижу професії у медичній сфері, заробітної плати та правової захищеності медичних працівників;
- 9) використання безготівкової форми оплати послуг, координування грошової маси та стримування інфляційного ефекту;
- 10) формування реального платоспроможного попиту, що дозволяє забезпечити процес постійного технічного переозброєння галузі та впровадження передових медичних технологій.

Дія накопичувального методу страхування зрозуміла і логічна, адже існуюча система добровільного медичного страхування пов'язує людину з конкретним місцем роботи і, у разі звільнення, застрахована особа втрачає право

на отримання медичної допомоги в рамках ув'язненого поліса, тоді як медичний накопичувальний рахунок належатиме громадянину довічно.

У рамках технології медичних накопичувальних рахунків передбачається поінформованість громадянина про рівень кваліфікації медичної організації та медичних працівників, перелік медичних послуг та їх якість.

Використання системи медичного накопичувального рахунку викорінює мотивацію у виплаті «сірої» зарплати, з якої не виробляються відрахування, соціальні внески відраховуються на особистий медичний рахунок працівника, активізуючи його участь у контролі за поповненням рахунку, засобами якого можна оплачувати медичні послуги, тобто, фактично, отримувати медичну допомогу безкоштовно в рамках програми державних гарантій та відповідно до стандартів якості.

При введенні системи медичних накопичувальних рахунків у медичних працівників з'являється гарантія повноцінної та своєчасної виплати заробітної плати, підвищуючи цінність робочого місця та сприяючи зростанню рівня медичного обслуговування.

Предбачається збільшення обсягу фінансових ресурсів сфери охорони здоров'я у зв'язку з об'єднанням обов'язкового та добровільного медичного страхування та скороченням обсягу платних медичних послуг «тіньового» сектору.

За допомогою системи медичних накопичувальних рахунків очікується реальне зниження корупції, зокрема під час здійснення закупівель медичного обладнання та лікарських засобів.

Наприклад, у США, впровадження подібної системи розпочато ще в 2004 році і було викликане тиском зростаючих витрат на сферу охорони здоров'я. Завдяки доступності, простоті та особистої зацікавленості громадян можна спостерігати ефективність нової форми медичного страхування. Так, лише за перші чотири роки 5 млн. американських громадян, перш за все працюючих, з яких 30% раніше взагалі не користувалися медичним страхуванням, на добровільних засадах відкрили медичні накопичувальні рахунки. Темпи

зростання таких рахунків найвищі серед продуктів, які пропонують банки. Для медичного накопичувального рахунку середній залишок становить 1800 дол., а звичайного розрахункового рахунку – загалом 550 дол. Медичні накопичувальні рахунки США є єдиним соціальним продуктом, що дозволяє проводити електронні операції між різними секторами: страховим, інвестиційним, банківським та інших.

Напрями зростання ефективності надання медичної допомоги у Закарпатській області за допомогою реалізації інтеграційного потенціалу за рахунок розвитку системи медичного страхування у роботі розглядалися в роботах. Однак на момент проведення зазначеного дослідження (2013) введений в дію з 2011 механізм медичного страхування в Україні не був чітко налагоджений. Тим не менш, взаємини медичних організацій і страхових компаній, що потрапили під процес реформування, дозволяють частково вирішувати проблеми, що накопичилися у сфері охорони здоров'я. При цьому завдяки тривалому зарубіжному досвіду розвитку системи медичного страхування доведено його ефективність.

Нині в Україні ведеться розробка нової моделі соціально-економічного розвитку, передбачає використання системного підходу у розвиток галузей народного господарства.

Однак, попри всі запевнення щодо безкоштовності медичної допомоги, все ще не вдається уникнути соціально небезпечного перекосу у бік платності медичних послуг. Громадяни залишаються, як і раніше, в економічно не захищеному становищі і не можуть брати участь у контролі вартості отриманих медичних послуг, їх кількості та якості. Поряд із цим все гостріше постає проблема недостатнього фінансування галузі охорони здоров'я, що викликає у громадян справедливі претензії до якості медичного обслуговування, вартості нових сучасних медикаментів, нестачі високотехнологічних медичних послуг тощо.

Проте обговорювана нині в уряді ідея зниження загального розміру страхових внесків, які відраховуються роботодавцями до державних

позабюджетних фондів: Фонд соціального страхування (ФСС) та Пенсійний фонд з 30 до 22 % (раніше 21 %)) від фонду оплати праці з одночасним підвищенням ставки податку на додану вартість (ПДВ), яка б дозволила компенсувати доходи бюджетної системи, що випадають, може викликати подальше зростання платності медичних послуг.

Висновки до третього розділу

1. З урахуванням особливостей функціонування соціальної сфери в Україні, позитивного зарубіжного досвіду та помилок, існує можливість поетапного введення системи накопичувального страхування у сфері охорони здоров'я, далі – створення цілісної системи соціальних накопичувальних рахунків, що діють, наприклад, на державне забезпечення у системі соціального та пенсійне страхування, зайнятість населення.

2. Система медичних накопичувальних рахунків здатна підвищити фінансову доступність медичної допомоги соціально незахищеним верствам населення (дітям, безробітним, пенсіонерам та ін.). По суті, введення системи медичних накопичувальних рахунків схоже на повернення до безкоштовного медичного обслуговування, створення умов щодо забезпечення платоспроможності пацієнта, фінансування та персоніфікування державних гарантій, можливості реалізувати права громадян на отримання кваліфікованої медичної допомоги незалежно від фінансового стану та місця проживання, що в умовах сучасної України дуже актуально.

ВИСНОВКИ

На основі проведеного дослідження механізму організації та економічного функціонування ринку медичних послуг виявлено особливості формування та розвитку сучасної системи охорони здоров'я в Україні, які свідчать, що український ринок медичних послуг представлений державними та муніципальними медичними установами та комерційними медичними структурами. Більшість обсягу медичних послуг належить державним медичним установам, що у системі обов'язкового медичного страхування, і трохи більше третини обсягу ринку медичних послуг посідає сектор комерційних медичних організацій. Фінансові потоки до сектору платних медичних послуг надходять, в основному, за рахунок оплати медичного обслуговування засобами громадян. Зокрема, визначено, що проблеми розвитку ринку приватної медицини характеризуються підвищеним інтересом при обговоренні питань реформування української системи охорони здоров'я, що пояснюється політикою значного зниження фінансування безкоштовного медичного обслуговування населення в рамках ЗМС.

У процесі розробки та обґрунтування пріоритетних напрямів удосконалення організаційно-економічного механізму розвитку ринку медичних послуг на основі державно-приватного партнерства з використанням системи обов'язкового медичного страхування автором запроваджено поняття особистого медичного рахунку (ЛМС).

Автором уточнено поняття медичної послуги, як суспільно-соціального блага, виробництво та споживання якої відбувається в результаті взаємодії учасників ринку медичних послуг та сутність медичної послуги, що полягає у відновленні та підтримці здоров'я громадян як національного надбання. Визначено особливості медичної послуги: під час здійснення медичної діяльності пред'являються спеціальні вимоги до медичної організації та рівня кваліфікації виконавця медичної послуги.

У ході роботи виявлено теоретичні підходи до формування та розвитку ринку медичних послуг, що є єдиним національним механізмом, побудованим на

засадах доступності, відповідності стандартам медичних послуг для споживача та соціально-економічної ефективності при використанні ресурсів для держави. На тлі стрімкого скорочення частки державної допомоги системі охорони здоров'я та зменшення переліку безкоштовних медичних послуг у рамках програм держгарантій, у секторі платних медичних послуг, на наш погляд, очікується подальший розвиток. Проте ринок платних медичних послуг нині слабо охоплений механізмом державно-приватного партнерства, що є ключовим елементом сучасної моделі системи охорони здоров'я.

Дослідження досвіду використання зарубіжних моделей організаційно-економічного механізму ринку медичних послуг виявили дві схожі риси: 1) стирання межі між державною та бюджетно-страховою моделями системи охорони здоров'я, що сприяє злиттю державної та бюджетно-страхової моделей та здійснення в новій моделі не тільки обов'язкового, а й добровільного страхування, що поєднує її з приватною системою охорони здоров'я; 2) посилення державного регулювання у галузі охорони здоров'я задля досягнення економічної ефективності та соціальної рівності при наданні медичних послуг.

Аналіз сучасного етапу розвитку ринку медичних послуг дозволив виявити резерви, що є у сфері охорони здоров'я: надання можливості всім медичним організаціям та індивідуальним підприємцям, які мають ліцензію на провадження медичної діяльності, функціонувати на ринку медичних послуг на основі державно-приватного партнерства у формі обов'язкового медичного страхування за участю прямих оплат від застрахованого за обов'язковим медичним страхуванням населення суттєво розширить масштаби та збільшить обсяги медичних послуг на вітчизняному ринку.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Горбатенко В. Метод "Делфі" та специфіка його застосування у прогнозних розробках / В. Горбатенко, І. Петренко // Політичний менеджмент. - 2008. - № 6. - С. 174-182. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/PoMe_2008_6_19
2. Грабовецький, Б.Є. Методи експертних оцінок: теорія, методологія, напрямки використання : монографія / Б. Є. Грабовецький. — Вінниця : ВНТУ, 2010. — 171 с.
3. Гриджук І. А. Прийняття інвестиційних рішень в умовах багатокритеріальної невизначеності: теоретичний аспект / І. А. Гриджук. // Ефективна економіка. - 2011. - № 5. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/efek_2011_5_22
4. Демиденко О. А. Методичні аспекти оцінки ефективності проектного менеджменту / О. А. Демиденко // Вісник Національного університету "Львівська політехніка". – 2007. – № 606 : Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення і проблеми розвитку. – С. 271–276.
5. Державна політика у закладах охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш ; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша]. – К. : НАДУ, 2013. – Ч. 1. – 396 с.
6. Долот В. Д. Система охорони здоров'я в УКРАЇНІ: вибір національної моделі розвитку. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2013. №2. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=658>
7. Заскалін А. С. Механізми розвитку державного-приватного партнерства на регіональному рівні : автореф. дис... канд. наук з держ. упр. - Харків, 2017. - 24 с.
8. Карпович А. А. Методика інтегральної оцінки проектного менеджменту, для розробки або реалізації яких надається державна підтримка / А. А. Карпович, В. В. Самсонова, Н. Ю. Шевченко // Біоресурси і

природокористування. - 2014. - Т. 6, № 1-2. - С. 138-145 . - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/bpc_2014_6_1-2_26

9. Кисла Н. В. Методологічні підходи до оцінки ефективності державних інвестиційних програм соціальної спрямованості / Н. В. Кисла // Економічний простір. - 2012. - № 68. - С. 85-97. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/есpros_2012_68_11

10. Комеліна О. В. Науково-методологічні основи формування інноваційно-інвестиційного механізму соціально-економічного розвитку регіонів України : автореф. дис... д-ра. екон. наук - Полтава, 2010. - 24 с.

11. Шкільняк М., Кривокульська Н. Діагностика середовища функціонування закладу охорони здоров'я як передумова проведення змін [Електронний ресурс] / Михайло Шкільняк, Наталія Кривокульська // Соціально-економічні проблеми і держава. — 2018. — Вип. 2 (19). — С. 151-159. — Режим доступу до журн.: <http://sepd.tntu.edu.ua/images/stories/pdf/2018/18smmppz.pdf>