

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

ТРАЧ ВОЛОДИМИР РОМАНОВИЧ

**ІННОВАЦІЙНІ УПРАВЛІНСЬКІ ТЕХНОЛОГІЇ В НАДАННІ
МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ**

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

Кваліфікаційна робота

Виконав студент групи
МЗОЗм-21
Трач В.Р.
підпис

Науковий керівник:
доктор філософії, доцент.,
Микитюк Ю.І.
підпис

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

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

ТЕРНОПІЛЬ – 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1.ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ІННОВАЦІЙНИХ УПРАВЛІНСЬКИХ ТЕХНОЛОГІЇ В НАДАННІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	6
1.1. Поняття, сутність та особливості медичних послуг	6
1.2. Методичні засади формування та розвитку ринку медичних послуг.....	12
РОЗДІЛ 2.ОЦІНЮВАННЯ ІННОВАЦІЙНИХ УПРАВЛІНСЬКИХ ТЕХНОЛОГІЇ В НАДАННІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	20
2.1. Сучасні тенденції розвитку ринку медичних послуг.....	20
2.2. Аналіз чинників впливу на розвиток медичних послуг	28
РОЗДІЛ 3.ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ІННОВАЦІЙНИХ УПРАВЛІНСЬКИХ ТЕХНОЛОГІЇ В НАДАННІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	36
ВИСНОВКИ.....	44

ВСТУП

Актуальність проблеми. Ринок медичних послуг, як складова системи охорони здоров'я, є важливою соціальною структурою, що суттєво впливає на стабільний розвиток держави та вимагає підтримки для підвищення загального рівня здоров'я населення, особливо в умовах воєнного стану. Сучасна ситуація вимагає впровадження інноваційних форм і методів для розвитку організаційно-економічного механізму на ринку медичних послуг, де діють як державні заклади, що надають безкоштовну медичну допомогу, так і приватні установи, що працюють на основі вільної конкуренції та пропонують платні послуги.

Серед основних проблем, які потребують термінового вирішення, є недофінансування сфери охорони здоров'я, що викликає обґрунтовані нарікання громадян на недостатню якість медичних послуг, обмежені квоти на високотехнологічну допомогу та високу вартість сучасних ліків. те, що традиційна система здоров'я вичерпала себе, а нововведення, впроваджені під час реформ, мають істотні недоліки, що потребують подальших доопрацювань на законодавчому рівні. Історично сформована державна система охорони здоров'я в Україні на початку ХХІ століття є спадкоємицею благодійної медицини, коли церква і держава шукали джерела фінансування для медичної допомоги незаможним громадянам.

Аналіз останніх досліджень та наукових праць. «Дослідженню проблем організація надання медичних послуг в умовах воєнного стану присвячені наукові роботи зарубіжних і вітчизняних авторів: Гудима А., Боуена Дж., Долана Р., Ждана В. М., Скрипника І. М., Стрікланда А., Марченко А. В., Микитюка П. П., Нижника В. М., Уокера Дж., Шкільняка М., Харріса Р., Холла Е. та інших» [12].

Метою кваліфікаційної роботи є 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:**

- висвітлити поняття, сутність та особливості медичних послуг;
- сучасні тенденції розвитку ринку медичних послуг;
- проаналізувати чинники впливу на розвиток медичних послуг;
- діагностувати використання моделей організацій надання медичних послуг;
- розробити пропозиції щодо вдосконалення регулювання ринку медичних послуг;
- запропонувати заходи з удосконалення пріоритетних напрямків організації надання медичних послуг.

Об'єктом дослідження є процес організації надання медичних послуг в умовах воєнного стану.

Предметом дослідження є організація надання медичних послуг в умовах воєнного стану.

Методи дослідження. «У процесі дослідження щодо удосконалення організації надання екстреної та невідкладної медичної допомоги використані методи пізнання: аналізу та синтезу, індукції та дедукції, порівняння, наукового абстрагування, узагальнення, економіко-аналітичний метод, графічний метод та метод соціологічних досліджень, діалектичний метод дослідження та аналізу основних показників, що характеризують функціонування ринку медичних послуг» [18]. Як інструментарний апарат роботи застосовувалися загальнонаукові методи кластерного, системного, порівняльного, структурно-функціонального та економічного аналізу.

Наукова новизна полягає у розробці та обґрунтуванні механізму організації надання медичних послуг в умовах воєнного стану.

«Практична значущість результатів дослідження полягає у виробленні практичних рекомендацій з удосконалення результатів цього дослідження, визначає можливість їхнього подальшого використання для розробки концепцій та програм організації надання медичних послуг» [12].

Апробація. «За результатами дослідження опубліковано тези доповідей на тему: «Механізм збалансування інтересів у процесі надання медичних послуг» IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів» (Тернопіль, ЗУНУ, травень 2024р.) та «Вдосконалення системи управління впровадженням інноваційних управлінських технологій в закладі охорони здоров'я» у науковій інтернет-конференції студентів та молодих вчених кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу «Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні» (Тернопіль, ЗУНУ, листопад 2024)» [33].

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ІННОВАЦІЙНИХ УПРАВЛІНСЬКИХ ТЕХНОЛОГІЙ В НАДАННІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

1.1. Поняття, сутність та особливості медичних послуг

В аналізі діяльності лікаря в контексті сучасної охорони здоров'я важливими є два терміни: «медична допомога» та «медична послуга». Як зазначає відомий дослідник у сфері охорони здоров'я В.М. Лехан, ці терміни мають різний понятійний зміст. Зокрема, «медична послуга» акцентує увагу на соціально-економічному аспекті, тоді як «медична допомога» більше орієнтується на індивідуальний підхід до пацієнта, включаючи елементи співчуття та соціально-психологічні, соціально-етичні та медичні аспекти, без акценту на вартісні характеристики.

Ми вважаємо, що термін «медична послуга» варто розглядати в соціально-економічному контексті, у тісному зв'язку з економічною категорією «послуга», яка є однією з основоположних концепцій економічної теорії.

В контексті розвитку економічної науки термін «медична послуга» формувався як складова цілісної концепції, яка визначає медичні послуги як корисну діяльність, спрямовану на збереження життя та підтримання здоров'я людини. Еволюція мануфактур і формування ринкових відносин змінили перспективу капіталістів щодо медичних послуг, які почали сприйматися як необхідні витрати на відтворення робочої сили.

У деяких європейських країнах та в Україні медичні послуги для певних груп населення часто надаються безкоштовно, що не впливає на їхню економічну природу. Цей аспект підкреслює важливість медичних послуг як елемента соціальної політики, що має суттєве значення для забезпечення здоров'я населення.

Виникнення громадських послуг, за словами Н.О. Венгрина, обумовлене наявністю специфічних потреб у суспільстві, які характеризуються загальною та однорідною природою, що дозволяє кваліфікувати їх як «публічні». Задоволення цих потреб державою регламентується шляхом ухвалення спеціальних законів, що визначають порядок надання громадських послуг, а також призначення відповідних чиновників і службовців, які, отримуючи винагороду, відповідають за їхнє надання та розподіл.

Отже, суспільство формулює потреби у вигляді вимог до держави, яка, в свою чергу, регулює на законодавчому рівні надання цих послуг. У рамках економічної науки в усіх країнах визначено, що надання громадських послуг підлягає оподаткуванню.

На думку Венгрина, громадяни часто виявляють легковірність щодо безкоштовності публічних послуг, вважаючи, що вони не мають вартості. Проте фактично їх фінансування забезпечується за рахунок податків, які сплачують усі. Таким чином, хоча публічні послуги можуть бути безкоштовними для отримувача, їх вартість вже була покрита внеском громадянина через загальний податок, що заважає зверненню за платними послугами до приватних постачальників.

Придбання послуг з навчання та підтримки робочої сили в здоровому стані є інвестицією в якісний людський капітал. Ці витрати відносяться до виробничих витрат, а послуги лікарів можна розглядати як витрати на «ремонт» робочої сили, які класифікуються як «неекономічні послуги».

Подальший розвиток науково-технічного прогресу змінює погляди в економічній науці на процес виробництва послуг, який часто визначається як непродуктивна праця. У 1980-х роках ХХ століття спостерігається зростання ролі соціалізації в суспільному виробництві, що орієнтується на споживача та індивідуальні потреби. У розвинутих країнах того часу економісти запроваджують термін «сервісна економіка», тоді як в Україні на той момент починають говорити про формування «сфери обслуговування».

Система охорони здоров'я є важливою складовою сфери послуг. Значення заходів щодо збереження життя громадян, підтримки здоров'я працівників і профілактики захворювань не можна недооцінювати, оскільки вони сприяють подовженню активного періоду життя і зменшенню втрат робочого часу.

На початку 1990-х років XX століття відбулося усвідомлення послуг як економічної категорії, що призвело до формування численних визначень поняття «послуга» та дало можливість науково обґрунтувати і класифікувати їх.

На той час медична послуга розглядалася як окрема категорія в рамках інших видів послуг, з точки зору медицини, без врахування її вартісних характеристик. Згідно з поширеними уявленнями, медична послуга відображала працю, здійснювану у формі нематеріальної діяльності, що існувала лише в момент надання медичної допомоги.

В процесі лікування діяльність медицини охоплює виробництво та споживання медичної послуги лікарем. У виробництві медичної послуги критично важлива роль медичного персоналу, оскільки лікування пацієнта не може відбуватися дистанційно. Отже, надання медичних послуг передбачає активне залучення живої праці, що створює корисний ефект безпосередньо під час лікування. Діяльність медичних працівників, таких як лікарі, фельдшери та медичні сестри, задовольняє як індивідуальні потреби (отримання медичних послуг), так і суспільні (проведення санітарно-епідеміологічних та профілактичних заходів), що робить цю діяльність послугою. Однак така інтерпретація медичних послуг ускладнює вимірювання результатів лікувально-профілактичних заходів у вартісному вираженні та оцінку ефективності всієї системи охорони здоров'я.

Сучасна наукова література, як у галузі економіки, так і медицини, містить безліч визначень поняття «медична послуга», які однаково точно відображають її суть. Ми погоджуємося з думкою ряду економістів, які стверджують, що медична послуга має самостійне закінчене значення та певну вартість.

Медична послуга, будучи діяльністю, необхідною для споживача і що має певну цінність, повинна оплачуватися за цінами, які відображають її ресурсне забезпечення, якість та витрати праці.

Згідно з українським законодавством, медична послуга визначається як «медичне втручання або сукупність медичних втручань, що здійснюються з метою профілактики, діагностики та лікування захворювань, а також медичної реабілітації, і має самостійне закінчене значення».

У сфері охорони здоров'я медичні послуги класифікуються на три основні види: «прості», «складні» та «комплексні». Ця класифікація зафіксована у формалізованих нормативних документах, які визначають необхідний і достатній обсяг діагностичних та лікувальних процедур. Аналіз наданих медичних послуг у лікувальних закладах здійснюється відповідно до вимог медико-статистичних показників, при цьому економічний аспект медичної послуги не береться до уваги. Оскільки медична послуга має індивідуальний характер, її функцію можна аналізувати з різних перспектив: як задоволення потреб пацієнта (споживача) або з точки зору фінансування наданої медичної допомоги. Це підкреслює доцільність застосування критеріїв функціонального підходу для оцінки економічної ефективності медичних послуг. Цей підхід включає:

- складання характеристики споживача медичної послуги (пацієнта), що дозволяє визначити його статус, наприклад, чи є він громадянином України, іноземцем чи біженцем;
- перевірку наявності чинного полісу у пацієнта на момент звернення, що відноситься до системи обов'язкового медичного страхування (ОМС) або поліса, що охоплює послуги добровільного медичного страхування (ДМС);
- визначення джерел фінансування наданої медичної допомоги, таких як бюджетні кошти (для державних службовців), страхові компанії ЗМС (для працюючих і непрацюючих громадян), страхові компанії ДМС (для застрахованих осіб) або безпосередньо сам пацієнт;

- оцінка вартості наданої медичної послуги з урахуванням усіх витрат медичних установ.

Згідно з українським законодавством, громадяни України, які обирають платні медичні послуги, мають право вибирати медичну організацію, що надає такі послуги. Платні медичні послуги можуть надаватися:

1. державними та муніципальними установами;
2. приватними українськими медичними клініками;
3. представництвами закордонних медичних організацій;
4. приватними лікарями, які діють як індивідуальні підприємці.

Вимоги до надання платних медичних послуг і умови їх реалізації регламентовані «Правилами надання медичними організаціями платних медичних послуг». Ці послуги можуть надаватися додатково до безкоштовної медичної допомоги, що надається в рамках гарантованого обсягу обов'язкового медичного страхування, на підставі договору.

Поняття «платні медичні послуги» охоплює медичну допомогу, що надається за умови оплати, фінансовану з власних коштів пацієнтів, коштів організацій або інших джерел фінансування, визначених у договорах, включаючи договори, укладені в рамках програм добровільного медичного страхування.

Медична організація має право надавати платні медичні послуги лише після підписання пацієнтом (або його законним представником) таких документів: інформованої добровільної згоди на проведення медичного втручання, згоди на обробку персональних даних та договору з медичною організацією, що надає платні послуги.

«При укладанні договору пацієнту або його законному представнику повинна бути надана зрозуміла інформація про можливість отримання відповідних видів та обсягів медичної допомоги в межах державних гарантій обов'язкового медичного страхування на безкоштовній основі» [12].

У сфері медичної діяльності, пов'язаної з наданням платних медичних послуг, держава встановлює додаткові вимоги та умови до виконавців, а також до якості таких послуг. Це обумовлено критичною важливістю галузі охорони здоров'я для збереження життя та здоров'я громадян.

По-перше, необхідним є обов'язкове ліцензування медичної діяльності. По-друге, медична організація, яка надає платну медичну допомогу, повинна забезпечити наявність відповідних сертифікатів у своїх фахівців. Для державних та муніципальних установ, що надають платні медичні послуги населенню, також потрібно отримати спеціальний дозвіл від органу управління охороною здоров'я.

Розглядаючи наявні підходи до класифікації медичних послуг, можна виділити такі основні критерії:

1. Характер надання медичних послуг: лікувальні, профілактичні, діагностичні, експертні, реабілітаційні, комбіновані, статистичні та організаційні.
2. Сегменти системи охорони здоров'я: поліклінічні, санітарно-гігієнічні, стаціонарні, амбулаторні, епідеміологічні.
3. Рівень медичної допомоги: лікарські, долікарські, спеціалізовані та кваліфіковані.
4. Інтенсивність у часі: планові, термінові, невідкладні.
5. Кваліфікація джерела медичних послуг: висока, середня, низька.
6. Технологія: рутинні та спеціалізовані (високотехнологічні) послуги.
7. Інвазивність процедур: неінвазивні та інвазивні (ін'єкції, хірургічні операції, діагностичні процедури).
8. Дотримання стандартів: відповідність стандарту та відхилення від стандарту (помилкове, обґрунтоване, необґрунтоване).
9. Час досягнення кінцевого результату: відповідні терміни та терміни, що відхиляються від установлених.

10. Кінцевий результат лікування: адекватні, неадекватні, частково адекватні результати.

11. Дотримання правових норм: відповідність функцій виконавця, помилкові дії, що можуть призвести до шкоди здоров'ю чи смерті споживача.

З точки зору статистичної методології, до сфери надання медичних послуг входять такі структури: лікарняні установи, за винятком санаторно-курортних закладів (курортні поліклініки, грязелікарні, бальнеологічні лікарні, санаторії та санаторії-профілакторії); стаціонарні та лікувально-профілактичні організації; поліклініки, включаючи поліклінічні відділення; стоматологічні поліклініки; організації санітарно-епідеміологічної служби; органи судово-медичної експертизи; медичні лабораторії; масажні салони та інші установи, що надають медичну допомогу та забезпечують охорону здоров'я.

Отже, медичні послуги можна класифікувати як специфічний вид професійних послуг. На наш погляд, медична послуга є суспільно-соціальним благом, виробництво та споживання якого виникає внаслідок взаємодії всіх учасників ринку медичних послуг, включаючи медичні установи, пацієнтів, страхові медичні компанії та державу, з метою відновлення та підтримки здоров'я громадян. «Цей процес регулюється законодавством, яке встановлює спеціальні вимоги до суб'єктів господарювання, що здійснюють медичну діяльність, а також до рівня кваліфікації виконавців» [12].

1.2. Методичні засади формування та розвитку ринку медичних послуг

«У загальному розумінні сутність ринку як економічної категорії визначається сукупністю економічних відносин, що виникають у процесі купівлі-продажу товарів і послуг» [18]. Ринок також відзначається просторовою локалізацією, де поєднуються попит і пропозиція.

Ринок охорони здоров'я є складною системою відносин товарного і нетоварного обміну, що складається з взаємозв'язку різних скоординованих субринків. На нашу думку, до цих сегментів належать: ринок медичних послуг; ринок лікарських засобів, матеріалів та гігієнічних продуктів; ринок медичного обладнання та інструментів; ринок праці медичних спеціалістів; ринок науково-технічних інновацій та інтелектуальної власності; а також ринок цінних паперів у сфері охорони здоров'я.

Пріоритетна роль у структурі ринку охорони здоров'я належить ринку медичних послуг. Його можна охарактеризувати з одного боку як сукупність медичних технологій, медичних виробів, організаційних практик та різноманітних фармакологічних препаратів, що функціонують у конкурентному середовищі. З іншого боку, цей ринок включає існуючих та потенційних виробників медичних послуг (медичних організацій) і цільову аудиторію (пацієнтів).

Медична допомога, яка виникла як доручення пацієнта лікарю, поступово набула правового статусу послуги. Таким чином, медичні послуги, що надаються пацієнтам у різних медичних установах, стали невід'ємною складовою ринкових відносин, що сприяло їхньому формуванню та розвитку в рамках ринку медичних послуг.

Сучасний етап розвитку системи охорони здоров'я в Україні в умовах воєнного стану передбачає класифікацію ринку медичних послуг за формами власності медичних установ. Це дозволяє виокремити два основні сегменти: ринок безкоштовних медичних послуг гарантованого обсягу, в якому функціонують державні та муніципальні заклади охорони здоров'я, та ринок платних медичних послуг, фінансування якого здебільшого здійснюється за рахунок коштів населення.

Окрему увагу слід приділити розвитку ринку приватних медичних послуг, оскільки це є важливим аспектом ефективності української системи охорони здоров'я. Останніми роками політика держави супроводжувалася значним скороченням фінансування безкоштовних медичних послуг. Тому аналіз рівня

розвитку медичних закладів вимагає детального розгляду співвідношення обсягів медичних послуг у рамках державних гарантій та платних медичних послуг, а також вивчення динаміки і структури ринку медичних послуг, включаючи витрати українців на платне медичне обслуговування в приватних установах.

В контексті української медицини доцільно виділити такі сегменти ринку медичних послуг (рис.1.1.):



Рис. 1. 1. Сегменти ринку медичних послуг в умовах воєнного стану

Джерело: складено автором на основі.

Для аналізу ролі медичних послуг у національній системі охорони здоров'я важливо дослідити ринок медичних послуг у комерційному секторі, вивчити динаміку витрат населення на платні медичні послуги, а також оцінити тенденції та перспективи розвитку закладів охорони здоров'я в умовах сучасності.

Розвиток приватного сектору медичних послуг стикається з численними викликами, зокрема через нерівні умови конкуренції між приватними клініками та державними медичними установами. Хоча сектор приватних медичних послуг

в Україні вже успішно функціонує та конкурує з державним, привертаючи платоспроможне населення, це не свідчить про достатнє фінансування цієї частини системи охорони здоров'я.

В умовах модернізації системи охорони здоров'я, визначеної державною політикою, сектор платних медичних послуг має потенціал для подальшого розвитку, пропонуючи альтернативу державному сектору. Цей ринок також може стати важливим інструментом у реформуванні української системи охорони здоров'я, сприяючи інтеграції національного ринку медичних послуг у світовий контекст.

У сучасній українській системі охорони здоров'я заклади охорони здоров'я функціонують у трьох основних формах: державних, муніципальних і приватних. Однак, в умовах воєнного стану пацієнти часто змушені додатково витратити власні кошти для забезпечення швидшого лікування та покращення якості медичних послуг у державних медичних установах.

Регуляція надання медичних послуг в Україні, що склалася за останні роки, розділяє їх на безкоштовні та платні. Перша реформа системи охорони здоров'я розпочалася у 1992-1993 роках, з метою переходу від повністю бюджетного фінансування до впровадження страхових механізмів у сфері медичних послуг. З 1996 року державні та муніципальні медичні установи отримали право стягувати плату за медичні послуги, які не входили до програми державних гарантій, таким чином залучаючи кошти від пацієнтів.

З прийняттям Закону України “Про обов’язкове соціальне страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань” у липні 1998 року, система охорони здоров'я знову перейшла до моделі прямого бюджетного фінансування. Внаслідок цього фонди загальнообов’язкового медичного страхування (ЗМС) отримали розподільчі повноваження. Така фінансова схема зосередилася на кількісних показниках, таких як кількість ліжко-місць і відвідувань лікарів, а не на якості наданих медичних послуг.

Варто зазначити, що державна система медичного обслуговування має ряд переваг, зокрема гарантований обсяг безкоштовної медичної допомоги,

обов'язкову диспансеризацію населення, ефективну охорону материнства і дитинства, а також ранню діагностику та профілактику захворювань. Однак, її недоліки також очевидні: низька ефективність, що проявляється у соціально-економічних показниках, таких як зростання рівня захворюваності та смертності, а також витік фінансів у «тіньовий» сектор.

Розширення числа платоспроможних пацієнтів, здатних оплачувати якісне медичне обслуговування, стало каталізатором для розвитку ринку добровільного медичного страхування (ДМС) і сектора платних медичних послуг. Нещодавно спостерігається зростання попиту на індивідуальні послуги ДМС, в той час як корпоративне страхування демонструє менш активні тенденції. Багато співробітників компаній, усвідомивши переваги платного медичного обслуговування, а також втративши соціальні пакети через зміни в роботі чи скорочення бюджету організацій, почали самостійно інвестувати в програми ДМС.

Діяльність приватних, а також багатьох державних і муніципальних медичних організацій в Україні зосереджена на наданні платної медичної допомоги. Сучасний ринок платних медичних послуг сформувався внаслідок переходу України до ринкових відносин у посткомуністичний період початку 1990-х років. Цей період відкрив можливості для розвитку приватного підприємництва, яке раніше обмежувалося централізованою адміністративно-командною системою соціалістичної економіки.

Зміни, що відбулися, призвели до розширення сфери приватного підприємництва, зокрема в медичних послугах, зайнявши вагому частку в швидко зростаючому приватному секторі охорони здоров'я. Лікування в приватному медичному секторі стало якісною альтернативою деяким спеціалізованим державним лікарням та елітним поліклінікам, які традиційно отримують особливе фінансування та мають інноваційне обладнання для обслуговування високопосадовців.

Ринок платних медичних послуг в Україні продовжує демонструвати зростання, зокрема, комерційні медичні центри забезпечують понад половину

загального обсягу наданих платних медичних послуг. Дослідження експертів BusinesStat виявило, що в Україні функціонує близько 27 тисяч медичних організацій, з яких 71,1% становлять комерційні структури. Таким чином, зростання загальної кількості підприємств у медичній сфері в останні роки стало можливим переважно завдяки збільшенню закладів охорони здоров'я на тлі зменшення кількості ліжокмісць у державних медичних установах.

Водночас, активний розвиток медичних послуг на ринку, навіть за умов загальної економічної рецесії, ставить перед галуззю першочергові завдання, які включають підтримання високої якості обслуговування, забезпечення ефективної продуктивності праці та збільшення потоку пацієнтів.

Сьогодні сектор приватних медичних послуг в Україні демонструє динамічний розвиток, активно інтегруючи нові медичні напрямки та розширюючи купівельні сегменти. Ринок комерційної медицини сприяє компенсуванню недоліків бюджетного медичного обслуговування, що пояснює зростаючий інтерес пацієнтів до платних медичних послуг.

Український ринок медичних послуг структурований навколо страхової медицини, яка включає обов'язкове та добровільне медичне страхування, а також комерційний сектор. На сучасному етапі ринок платних медичних послуг складається з кількох елементів: сектора добровільного медичного страхування, що охоплює послуги як приватних, так і державних клінік, а також легального та тіньового секторів платних медичних послуг.

Згідно з чинним законодавством, всі лікувальні організації мають право надавати платні медичні послуги. До них належать державні та відомчі госпіталі, медичні санаторії, представництва іноземних медичних установ, приватні клініки, а також індивідуальні підприємці в галузі медицини.

Відмінності українського ринку платних медичних послуг від розвинених європейських аналогів проявляються у специфіці, зокрема у присутності «тіньових» платежів. У структурі вітчизняного ринку платних медичних послуг можна виділити три основні сегменти:

1. «Легальний» сектор – охоплює ринок платних медичних послуг, який включає офіційні касові платежі.
2. Сектор добровільного соціального страхування – забезпечує фінансування медичних послуг через страхові внески.
3. «Тіньовий» сектор – складається з нелегальних платежів, які здійснюються лікарям у формі «подарунків» або в конвертах. Цей сектор охоплює як співробітників державних та муніципальних медичних установ, так і фахівців приватних клінік. Окрім того, частина доходів приватних медичних структур також може потрапляти до «тіньового» сектору, якщо ці платежі оформлюються офіційно, але з приховуванням частини доходу від оподаткування.

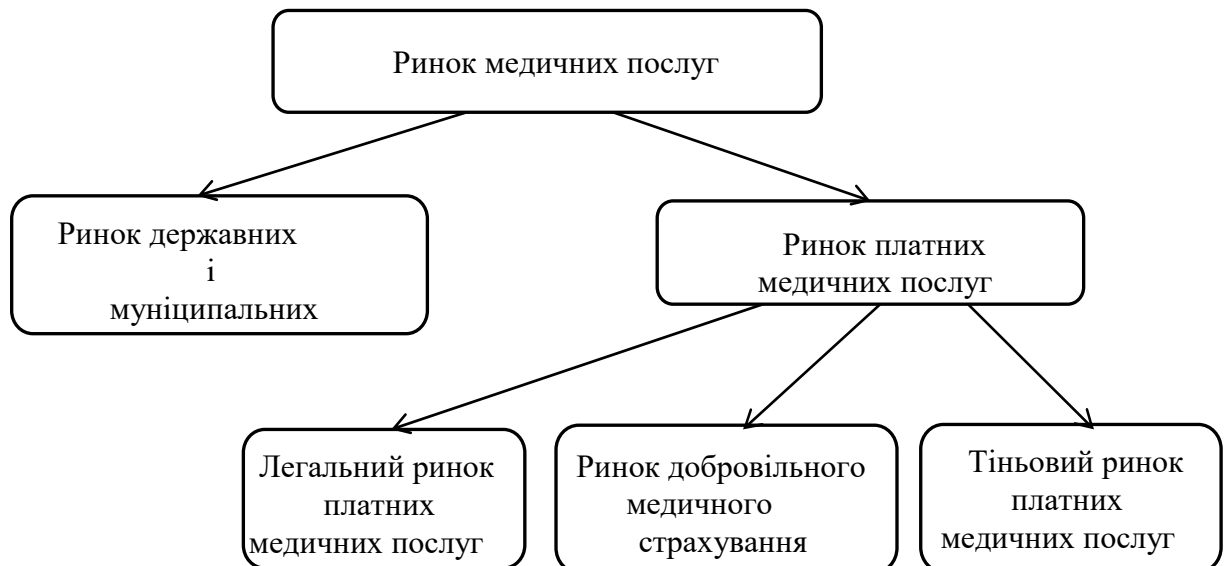


Рисунок 1.2 - Структура українського ринку медичних послуг

Джерело: складено автором

Таким чином, до «тіньового» сектору медичних послуг належать неформальні платежі від пацієнтів у рамках обов'язкового медичного страхування, які здійснюються за отримання більшого обсягу або покращеної якості медичних послуг в межах програми державних гарантій. Ці сплати, як правило, виконуються у готівковій формі і безпосередньо медичному персоналу закладу.

Зростання кількості нових приватних медичних структур, розширення спектру надаваних послуг, а також збільшення числа українських та іноземних інвесторів, готових вкласти кошти в галузь охорони здоров'я, свідчить про активізацію та збільшення частки українського ринку платних медичних послуг на сьогоднішній день.

За прогнозами експертів, очікується подальше зростання обсягу ринку медичних послуг у натуральному вираженні, яке буде зумовлене відновленням споживчого попиту на платні медичні послуги та розширенням асортименту послуг у комерційних медичних структурах. Крім того, розвиток платних медичних послуг у державних установах також продовжиться. Важливим напрямком, який передбачає збільшення кількості медичних прийомів, є телемедицина: з 1 січня 2018 року в Україні набуло чинності законодавство, що регулює надання телемедичних послуг, включаючи дистанційне спілкування лікарів з пацієнтами.

РОЗДІЛ 2

ОЦІНЮВАННЯ ІННОВАЦІЙНИХ УПРАВЛІНСЬКИХ ТЕХНОЛОГІЙ В НАДАННІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

2.1. Сучасні тенденції розвитку ринку медичних послуг

Згідно з українським законодавством, ринок медичних послуг в Україні поділяється на три основні сегменти: державний, муніципальний та приватний. Система охорони здоров'я забезпечує можливість медичного обслуговування через як державні медичні заклади, так і комерційні організації.

Медична діяльність може здійснюватися через установи, які мають як комерційну, так і некомерційну організаційно-правову форму. Комерційні організації є юридичними особами, основною метою яких є отримання прибутку, тоді як некомерційні організації створюються без мети отримання прибутку, а доходи не підлягають розподілу між учасниками.

Засновниками медичних закладів можуть бути: державні органи влади, муніципальні структури, а також фізичні чи юридичні особи, як окремо, так і в групах.

КНП «Свалявська районна лікарня» надає медичну допомогу населенню району з населенням 53,820 осіб, маючи в своєму розпорядженні 202 ліжка та поліклінічне відділення, здатне приймати 240 пацієнтів за зміну, з можливістю організації роботи в двозмінному режимі.

У районі працюють 73 лікарі та 210 середніх медичних працівників. Кваліфіковану стаціонарну медичну допомогу надає КНП «Свалявська районна лікарня», яка має 202 ліжка: 128 з них призначені для терапевтичних пацієнтів, а 74 — для хірургічних. Щороку лікарня обслуговує близько 7,5 тисяч хворих, серед яких 70,9% становлять пацієнти терапевтичного профілю, а 29,1% — хірургічного.

Для надання ургентної медичної допомоги в лікарні функціонує відділення анестезіології та інтенсивної терапії, яке обладнане 6 ліжками, зокрема одним дитячим. КНП «Свалявська районна лікарня» також включає допоміжні діагностичні та лікувальні служби, такі як рентгенологічна, лабораторна, служба клінічної фізіології, ультразвукової діагностики, ендоскопічна, фізіотерапевтична та лікувальної фізкультури. Всі структурні підрозділи лікарні оснащені телефонами, комп'ютерами та необхідним медичним обладнанням, що дозволяє забезпечувати медичні послуги навіть у умовах воєнного стану.

«Консультативну допомогу в КНП надають кваліфіковані фахівці терапевтичного профілю, зокрема ревматолог, кардіолог, пульмонолог, гастроентеролог, гематолог, невропатолог, алерголог, ендокринолог, дерматовенеролог та інфекціоніст, а також хірургічного профілю, серед яких хірург, травматолог, ЛОР-лікар, акушер-гінеколог (для жіночої консультації), уролог і офтальмолог» [17].

«На базі стаціонару лікарні функціонують різні відділення, зокрема: приймальне відділення, педіатричне відділення (25 ліжок), терапевтичне відділення №1 (40 ліжок), травматологічне відділення (25 ліжок), хірургічне відділення (25 ліжок), акушерсько-гінекологічне відділення (25 ліжок), відділення анестезіології та інтенсивної терапії (6 ліжок), неврологічне відділення (22 ліжка), терапевтичне відділення №2 (40 ліжок), інфекційне відділення (20 ліжок), реабілітаційне відділення (20 ліжок), фізіотерапевтичне відділення, відділення переливання крові, рентгенологічне відділення, патолого-анатомічне відділення та відділення функціональної діагностики» [12].

У КНП «Свалявська районна лікарня» забезпечено цілодобове чергування лікарів у приймальному, педіатричному, хірургічному та акушерсько-гінекологічному відділеннях, а також у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії. У разі потреби, медична допомога також надається лікарями, які здійснюють виїзди на дом для ургентних випадків.

Додатково, для пацієнтів доступні клінічна та бактеріологічна лабораторії, а також експрес-лабораторія, що функціонує на базі відділення анестезіології та

інтенсивної терапії, пропонуючи повний спектр клінічних і бактеріологічних обстежень.

У межах району розташовано численні родовища мінеральних вод, на основі яких функціонують кілька санаторних установ, що спеціалізуються на лікуванні та реабілітації. Протягом року ці заклади приймають багато пацієнтів, включаючи поранених військовослужбовців з усіх областей України, що перевищує чисельність населення району. Окрім того, район має три гірськолижні витяги, а також проходить міжнародна траса Київ-Чоп, що підвищує ризик травматизму.

Зважаючи на те, що Воловецька районна лікарня розташована на значній відстані від траси, надання медичної допомоги на цьому маршруті між Львівською областю та Мукачівським районом може здійснюватися через КНП «Свалявську районну лікарню», яка має відповідні ресурси та кваліфікований медичний персонал для цього.

Комерційні медичні структури мають свою специфіку: вони можуть зосереджуватися на наданні найбільш запитуваних та прибуткових послуг, при цьому не включаючи в свій асортимент медичні види, які не є фінансово вигідними.

Натомість некомерційні медичні організації характеризуються особливою правоздатністю, що визначається їхньою метою та обраною організаційно-правовою формою. Основною метою діяльності таких закладів є забезпечення охорони здоров'я населення. Хоча ведення комерційної діяльності в некомерційних організаціях дозволяється, воно має відповідати основним цілям їх створення. Зокрема, некомерційні медичні організації можуть надавати платні медичні послуги, які генерують дохід, але не входять до програми обов'язкового медичного страхування.

Форма некомерційної організації охорони здоров'я, що найбільше поширена, є державна (муніципальна) установа.

У таблиці 2.1 представлено структуру медичних організацій за формами власності, використовуючи приклад амбулаторно-поліклінічних закладів.

Таблиця 2.1

**Заклади охорони здоров'я за формами власності в Україні за період
2018-2022 рр., %**

Число амбулаторно- поліклінічних організацій / Рік	2018	2019	2020	2021	2022
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
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]

Переваги некомерційних медичних організацій у порівнянні з комерційними зокрема полягають у державній підтримці, яку надають органи влади та місцевого самоврядування для соціально орієнтованих установ, включаючи медичні. Проте, незважаючи на ці переваги, державні медичні установи мають певні недоліки:

1. Складність в організації ефективної системи раціонального розподілу матеріальних ресурсів, що обумовлена обмеженнями, встановленими засновником щодо управління ресурсами під час економічної діяльності.

2. Відсутність можливостей для створення додаткових стимулів, які б сприяли впровадженню нових медичних технологій, що могли б зменшити витрати за окремими бюджетними статтями, через фінансування, яке суворо регламентується кошторисними показниками.

Забезпечення автономії у розробці нових видів медичних послуг може стимулювати активність закладів охорони здоров'я, сприяючи накопиченню коштів для закупівлі інноваційного обладнання та підвищення оплати праці, що залежить від кінцевих результатів їхньої діяльності.

Зростання конкуренції на ринку медичних послуг спонукає заклади охорони здоров'я до впровадження нових форм медичного обслуговування. Автономія медичних установ сприяє підвищенню показників локальної ефективності надання послуг, а також покращенню структурної ефективності в контексті конкурентної боротьби за державні замовлення.

Останні роки відзначаються значним впливом ринкових тенденцій у медицині, включаючи розширення нових напрямів, появу інноваційних методик і впровадження цифрових технологій. У сфері охорони здоров'я спостерігається розмиття традиційних меж, що створює можливості для інтеграції різних дисциплін, що, в свою чергу, стимулює розвиток ринку медичних послуг. Організація лікувального процесу та моніторинг здоров'я пацієнтів дедалі більше відбуваються з використанням штучного інтелекту та носимих пристроїв, які стають звичайними елементами сучасної медичної практики.

Завдяки таким інструментам медицина має потенціал значно підвищити свою якість, ставши більш персоналізованою. Це дозволяє не лише боротися з наслідками захворювань, а й активно впливати на їх причини, акумулюючи обширні дані для аналізу причинно-наслідкових зв'язків, що є важливими для ефективного надання медичної допомоги.

Водночас платна медична допомога залишається відносно новим явищем в українській системі охорони здоров'я. Комерційний сектор медичних послуг не має достатньої орієнтації на лікування складних патологій, внаслідок чого пацієнтам з онкологічними захворюваннями та іншими важкими станами часто доводиться звертатися за лікуванням до спеціалізованих центрів або виїжджати до закордонних клінік.

Причини існування «тіньового» сектору ринку платних медичних послуг включають нечіткість формулювань у державних програмах гарантій, а також недостатню конкретизацію стосовно отримання медичних послуг. Відсутність у населення ясного розуміння, які послуги надаються безкоштовно та за яких умов у рамках механізму обов'язкового медичного страхування, також сприяє цій проблемі. Неврегульованість питання балансу між державними гарантіями та їх конкретизацією призводить до збільшення платності у системі обов'язкового медичного страхування.

З огляду на поточні тенденції, ринок медичних послуг привертає значну увагу з боку бізнесу. Це вказує на те, що майбутнє української системи охорони здоров'я визначається розвитком приватного сектора, в якому має відбуватися інтеграція всіх форм власності та механізмів, включаючи державно-приватне партнерство. Сучасні тенденції розвитку ринку медичних послуг спрямовані на залучення комерційних структур для створення комфортного середовища для споживачів через участь у системі обов'язкового медичного страхування. Зокрема, частка комерційних медичних організацій у цій системі зростає, наразі складаючи приблизно 30%.

За даними 2022 року, в медичних закладах приватного сектора кількість пацієнтів, які отримали стаціонарну допомогу, збільшилася на 40% порівняно з 2018 роком. Використання послуг швидкої медичної допомоги зросло майже в 40 разів у порівнянні з чотирма роками тому. Також спостерігається тенденція до розширення спектру медичних послуг, які пропонуються підприємницькими структурами.

Досягнення балансу інтересів держави та приватного сектору на ринку медичних послуг обіцяє підвищення доступності та якості медичних послуг. Ринок, що формується медичними структурами, функціонує відповідно до бізнес-принципів, що змушує не лише великі компанії, а й середні та малі медичні підприємства ставити за основну мету забезпечення ефективності та прибутковості своєї діяльності.

Ефективність медичних організацій визначається якісним управлінням ресурсами, що використовуються в охороні здоров'я. Менеджмент у цій системі має на меті оптимізувати процеси таким чином, щоб зменшити показники захворюваності та смертності населення при раціональному використанні доступних ресурсів. У сучасних умовах приватні медичні структури стикаються з викликом знайти баланс між забезпеченням ефективності діяльності за умов обмеженого фінансування та ресурсів і підтримкою високого рівня обслуговування й якості медичних послуг.

Головним чинником зростання обсягу медичних послуг залишається неналежна якість безкоштовної медичної допомоги, що надається в рамках державних гарантій. «Неповне фінансування негативно вплине на функціонування системи охорони здоров'я, що може призвести до зменшення доступності безкоштовних медичних послуг для населення України та зниження їхньої якості» [11]. Це може викликати утворення черг і списків очікування на планову спеціалізовану медичну допомогу у тих сферах, де раніше цього не спостерігалось. Деякі ресурсоємні види медичних послуг можуть стати практично недоступними для певних категорій населення. У відповідь на ці виклики заклади державної та муніципальної охорони здоров'я можуть нарощувати обсяги платних медичних послуг, що замінюватиме безкоштовну медичну допомогу. Така ситуація негативно позначиться на виконанні показників, встановлених у державній програмі «Розвиток охорони здоров'я».

Незважаючи на потенціал подальшого розвитку ринку медичних послуг, платна медична допомога залишається недоступною для більшості українців, які

не мають можливості регулярно користуватися її послугами. Звернення до приватних медичних установ поки що носять разовий характер, а лише незначна частина населення використовує платний сектор медицини на постійній основі. Більшість громадян змушені поєднувати користування безкоштовними державними медичними закладами з послугами приватних установ.

Загальні тенденції на ринку медичних послуг включають розширення спектру медичних послуг, які надаються приватними медичними закладами, а також подальшу укрупненість і формування мережі медичних організацій, що включає створення філій. У найближчому майбутньому невеликі медичні кабінети поступово будуть витіснені великими багатoproфільними медичними центрами, особливо в найбільших містах країни.

У цьому контексті важливо зазначити специфіку українських закладів охорони здоров'я, де в приватному секторі зазвичай працюють лікарі з високою кваліфікацією, що мають досвід у державних медичних установах. Багато фахівців поєднують роботу в державних лікарнях з практикою в приватних клініках, отримуючи значні доходи від приватних прийомів і набуваючи цінного практичного досвіду, що обумовлений великим потоком пацієнтів, включаючи складні випадки.

Сучасні лікарі мають змогу застосовувати свій професійний досвід у комерційних медичних структурах, що обумовлено високим попитом на кваліфікованих спеціалістів серед пацієнтів. Важливо також зазначити, що існує пряма кореляція між доходами лікаря і його якістю життя: лікар, який досяг певного рівня успіху та стабільності, більш відповідально підходить до лікування пацієнтів, призначаючи необхідні аналізи та виконуючи ретельне обстеження.

Аналіз сучасних тенденцій розвитку ринку медичних послуг в Україні свідчить про те, що частка комерційних медичних структур залишається відносно невеликою. Це можна пояснити суворими вимогами, що ставляться до учасників державного-приватного партнерства, які обмежують можливості розвитку комерційного сектора в галузі охорони здоров'я.

2.2. Аналіз чинників впливу на розвиток медичних послуг

Розвиток ринку медичних послуг визначається факторами, які також характерні для інших ринкових сфер, зокрема попитом, пропозицією, ціною та конкуренцією. Вільне ціноутворення, споживацький вибір і конкуренція між постачальниками є ключовими характеристиками ринкових відносин. Ціновий механізм виступає важливим інструментом, що забезпечує ефективний розподіл ресурсів. Завдяки вільному формуванню цін виробники отримують критично важливу економічну інформацію щодо масштабів пропозиції та попиту, що відображають переваги споживачів, рівень заповнення ринку та витрати.

З погляду виробництва, медичні послуги формуються в результаті діяльності постачальників, спрямованої на підтримку та покращення здоров'я населення. Вони відповідають як індивідуальним потребам людей, так і потребам суспільства в цілому. Таким чином, медичні послуги є соціально значимими благами, які задовольняють основну людську потребу в медичній допомозі та зміцненні здоров'я.

Медичні послуги є унікальними, оскільки поєднують характеристики як приватного, так і громадського блага. Споживання медичних послуг однією особою унеможливорює їх використання іншими, водночас їх надання одній особі може створити доступність для інших без додаткових витрат. Ці послуги відрізняються від звичайних товарів, оскільки їх обсяг не може бути визначений виключно на основі платоспроможності споживача.

Оскільки стан здоров'я населення є ключовим показником соціально-економічного розвитку країни і впливає на продуктивність трудових ресурсів, ринок медичних послуг також підлягає державному регулюванню. Державне втручання, зокрема через механізми обов'язкового медичного страхування та забезпечення кадровими ресурсами, суттєво впливає на доступність і якість медичних послуг.

Фактори, що впливають на розвиток ринку медичних послуг, викладені у таблиці 2.2. Зосередимося на двох ключових аспектах, які відіграють визначальну роль у формуванні та розвитку цього ринку: державному регулюванні та кадровому потенціалі.

Функції держави в контексті регулювання, організації та фінансового забезпечення гарантованого обсягу безкоштовної медичної допомоги для громадян України, а також законодавче закріплення механізму надання платних медичних послуг, значною мірою залежать від специфіки медичних послуг, які споживаються суспільством. Ці послуги надаються медичними організаціями різних форм власності, відповідно до завдань, що визначаються органами управління системи охорони здоров'я, територіальними фондами медичного страхування або приватними інвесторами.

Таблиця 2.2

Чинники, що впливають на 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 статевої приналежності, віку, освіти та рівня життя. Попит на медичну допомогу виникає у період	Визначення обсягу медичних послуг у вирішального ступеня належить фахівцю(лікарю), а не (споживачеві) пацієнту

		ембріонального розвитку і закінчується в старості	
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 – зужує 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.	Сприяє поліпшенню доступності медичної допомоги та підвищенню якості медичних послуг.
---	---	--	---

Джерело: складено автором.

Безкоштовна медична допомога є важливим компонентом ефективного функціонування системи охорони здоров'я в Україні. Виконання забезпечувальних функцій у цій сфері, а також надання супутніх медичних послуг на основі угод з постачальниками ресурсів, здійснювалося раніше через механізм компенсації витрат, що покладалася на державу. Це реалізовувалося через бюджетне фінансування, що відображалось у кошторисах, які враховували витратні зобов'язання виробників медичних послуг. Згодом фінансування з бюджетів було замінено субсидіями, обсяги яких визначаються як дохід на основі нормативних витрат, пов'язаних із наданням одиниці медичних послуг.

Сучасний механізм фінансування медичних організацій ґрунтується на плануванні обсягу субсидій, що визначаються державним завданням, включаючи гарантований рівень медичної допомоги в рамках медичного страхування. Це створює ризики для медичних установ у забезпеченні населення доступними та якісними медичними послугами.

Слід підкреслити, що одним із ключових індикаторів програм соціально-економічного розвитку регіонів є показник «обсяг платних послуг населенню», що виражається в грошовому еквіваленті послуг, наданих як резидентам України, так і іноземцям, які користуються різними видами послуг на території країни. Виробниками цих послуг є юридичні особи всіх форм власності та фізичні особи, які здійснюють підприємницьку діяльність.

Таким чином, обсяг платних медичних послуг, визначений згідно з класифікатором послуг і видів діяльності, підлягає статистичному обліку. Він вважається платним, якщо послуги є предметом купівлі-продажу. Оплата за

медичні послуги може здійснюватися як безпосередньо споживачем (за послуги, надані йому або членам його родини), так і роботодавцем (у рамках договорів з медичними організаціями або добровільного медичного страхування через страхову медичну компанію).

Розробка нового змісту індивідуально споживаних медичних послуг є актуальним напрямком, що стосується обґрунтування масштабів державних гарантій та обсягів платних послуг у системі медичної допомоги, затверджених Міністерством охорони здоров'я.

Багато медичних установ, які надають послуги на платній основі, розглядають їх як додаткове джерело фінансування, яке може бути використане для покриття витрат, зокрема для виплати стимулюючих компенсацій медичним працівникам в рамках програм, таких як «дорожня карта» і «ефективні контракти».

Однак існуючі програми підготовки фахівців у цій сфері здебільшого орієнтовані на державні та муніципальні потреби, не враховуючи сучасні вимоги, які виникають у контексті воєнного стану. Це також не відповідає специфіці функціонування медичних організацій в умовах зростаючої конкуренції та впровадження інноваційних досягнень в управлінні.

Приватні заклади охорони здоров'я функціонують у ринковому середовищі, тоді як програми навчання в медичних університетах не повністю відповідають сучасним вимогам ані за змістом, ані за формами освітнього процесу. Наприклад, керівники медичних закладів у невеликих містах часто змушені залишати свої посади на кілька місяців для участі в очному навчанні в обласних центрах з метою отримання сертифікатів у галузі «організації охорони здоров'я та громадського здоров'я».

Натомість програми з менеджменту, які пройшли практичну апробацію, міжнародну акредитацію та визнання, пропонують дистанційні методи навчання. У контексті воєнного стану керівники закладів охорони здоров'я все більше усвідомлюють необхідність набуття знань в управлінні організацією, людськими ресурсами та фінансами. В результаті їм доводиться самотійно шукати освітні

програми, що відповідають вимогам сучасного менеджменту в комерційних структурах.

У великих бізнес-структурах медичних закладів управлінські функції між керівником (директором) і головним лікарем (начальником медичної частини) часто розподіляються за принципом, де керівник зосереджується на організаційно-економічних та фінансових питаннях, тоді як головний лікар відповідає за організацію і проведення лікувального процесу. У випадку малого бізнесу та мікропідприємств ці функції зазвичай об'єднуються в одній посаді директора, який виконує також обов'язки головного лікаря.

Таке управлінське устроювання у невеликих приватних медичних структурах суттєво відрізняється від менеджменту в державних та муніципальних закладах охорони здоров'я, де головний лікар виконує функції розпорядника та має підлеглих заступників, відповідальних за різні аспекти діяльності організації.

Протягом останніх років Міністерство охорони здоров'я України активно займається законотворчою діяльністю, проте існуюча законодавча база, що регулює ліцензування медичної діяльності, залишається недостатньо адаптованою до міжнародних стандартів, що вимагає подальшого вдосконалення.

Основними принципами системи ліцензування медичної діяльності є: єдиний підхід до ліцензування, чітко визначені ліцензійні вимоги та умови, а також дотримання законності в процесі ліцензування. Ліцензування в галузі охорони здоров'я характеризується двома ключовими аспектами: по-перше, критерії, що визначають ліцензійні процедури для різних видів медичних послуг, безпосередньо пов'язані зі станом здоров'я населення; по-друге, медична діяльність, що підлягає ліцензуванню, має соціальну значимість для суспільства.

Таким чином, державне регулювання в сфері охорони здоров'я реалізується через законодавчі акти та підзаконні нормативні документи, розроблені на їх основі. Оскільки ліцензування передбачає встановлення законодавчих обмежень на діяльність, пов'язану з наданням медичних послуг,

методи та форми контролю з боку держави повинні бути чітко визначені та однакові на всій території України.

Однак, при визначенні порядку ліцензування важливо диференціювати вимоги для медичних організацій, які здійснюють медичні втручання, і тих, що пропонують обмежений спектр медичних послуг. Для державних і муніципальних лікувальних закладів, де головний лікар призначається органами влади, вимоги щодо наявності вищої медичної освіти, додаткової професійної підготовки та сертифікації в галузі «організації охорони здоров'я та громадського здоров'я» є обґрунтованими. Однак для комерційних медичних структур, які можуть надавати не лише медичні послуги, а й інші послуги відповідно до статуту, ці вимоги потребують перегляду.

Для забезпечення ефективного управління приватною медичною організацією необхідно впроваджувати моніторинг фінансових планів і проводити маркетинговий аналіз. Перевірка відповідності витрат доходам також є критично важливою для успішної комерційної медичної установи. Ефективна управлінська система в медичній організації формується через правильний облік і розподіл як внутрішніх, так і зовнішніх ресурсів.

Оцінюючи рівень кваліфікації лікарів у державних та комерційних медичних установах, важливо провести порівняння структури фахівців за наявністю кваліфікаційних категорій. У державному секторі охорони здоров'я частка лікарів вищої категорії складає 29%, що вдвічі перевищує аналогічний показник у приватному секторі, де він становить 14%. Це явище можна пояснити тим, що присвоєння кваліфікаційних категорій фахівцям враховує їхній стаж роботи, хоча професійні знання та навички лікарів вищої і першої категорій фактично не відрізняються.

При цьому лікарі з вищою та першою категорією в приватному секторі складають 61%, у той час як у державному — лише 47%. У той же час частка лікарів без професійної категорії в приватному секторі є меншою (31%) у порівнянні з державним (48%). Отже, комерційні медичні структури зазвичай

залучають досвідчених спеціалістів, рівень кваліфікації яких поки що не отримав офіційного визнання.

Стан здоров'я населення значною мірою залежить від ефективності національної системи охорони здоров'я, розвиток якої обумовлений чинним механізмом фінансового забезпечення. Сьогодні джерела фінансування в сфері охорони здоров'я включають бюджетні кошти, кошти системи обов'язкового медичного страхування, а також фінансові вкладення організацій і громадян у різних пропорціях.

РОЗДІЛ 3

ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ІННОВАЦІЙНИХ УПРАВЛІНСЬКИХ ТЕХНОЛОГІЙ В НАДАННІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Як було зазначено раніше, інтеграція комерційних медичних установ у систему обов'язкового медичного страхування через механізм державно-приватного партнерства стимулює зростання конкуренції за ресурси в цій сфері. Це, в свою чергу, спонукає приватні клініки підвищувати якість обслуговування пацієнтів, здійснювати технічне переоснащення, що позитивно позначається на загальному рівні надання медичних послуг.

Однак розвиток державно-приватного партнерства в секторі приватних медичних послуг у рамках обов'язкового медичного страхування наразі стримується рядом проблем.

По-перше, це відчутний брак фінансування в самій системі обов'язкового медичного страхування, що викликано погіршенням економічної ситуації в країні та розповсюдженням «тіньової» зайнятості в багатьох секторах. Нестача ресурсів часто призводить до конфліктів між регіональною владою та приватними медичними установами щодо обсягу медичних послуг, що надаються пацієнтам.

По-друге, відсутність єдиної програми державних гарантій, яка б чітко визначала обсяг медичної допомоги, створює додаткові труднощі. Наразі територіальні програми державних гарантій дозволяють кожному регіону самостійно приймати рішення про економію ресурсів, що може призвести до нерівномірного доступу до медичних послуг.

Регіональні фонди обов'язкового медичного страхування здатні впливати на фінансові результати та можливості приватних медичних установ через кілька ключових механізмів. По-перше, вони можуть визначати методи оплати за

надані медичні послуги, по-друге, регулювати доступ до системи обов'язкового соціального страхування, і, по-третє, встановлювати тарифи на медичні послуги.

Згідно з дослідженням «РБК Дослідження ринків», участь у програмі обов'язкового медичного страхування часто ускладнюється через неринкові тарифи, необхідність додаткової звітності та часті перевірки, а також труднощі в отриманні компенсацій за надану медичну допомогу. Зміна підходів до тарифоутворення може підвищити привабливість державного медичного обслуговування для комерційних організацій, що, в свою чергу, сприятиме формуванню державних замовлень на медичні послуги. За результатами опитування, 55% респондентів висловили бажання брати участь у системі обов'язкового медичного страхування за умови підвищення тарифів і змін у механізмі оплати.

На думку експертів, сталий розвиток ринку платних медичних послуг в Україні зумовлений державною політикою у сфері охорони здоров'я, яка націлена на зменшення витрат на медичну допомогу в рамках обов'язкового медичного страхування. Однак, незважаючи на конкурентні переваги приватних клінік, державні лікувальні заклади продовжують суттєво впливати на формування цін у цьому сегменті. Зокрема, наявність обладнання, фінансованого з державних ресурсів, таких як кабінети магнітно-резонансної томографії, утримує ціни на низькому рівні, не дозволяючи їм зростати.

Крім того, надання платних медичних послуг державними установами веде до зниження доступності безкоштовної медичної допомоги. Виникає очевидний конфлікт інтересів: з одного боку, медичний заклад отримує фінансові кошти від платних послуг, які використовуються, зокрема, для покриття витрат на ремонт приміщень, з іншого — це обладнання призначене для реалізації програми державних гарантій, що включає безкоштовну медичну допомогу. Таким чином, пацієнти, які оплачують медичні послуги в державній установі, отримують той самий обсяг обслуговування, що й ті, хто користується полісом обов'язкового медичного страхування. Крім того, пацієнти, які обирають платні послуги в державних клініках, часто стикаються з чергами та іншими специфічними

аспектами безкоштовного медичного обслуговування. Проте ціновий фактор залишається ключовим у прийнятті рішення пацієнтами на користь або державних, або приватних медичних установ.

Протягом кількох років в Україні застосовуються різноманітні показники та критерії для оцінки ефективності функціонування організацій у сфері охорони здоров'я, а також їх спеціалістів і керівництв. Проте основним критерієм ефективності залишається оцінка якості медичних послуг. Важливими аспектами є облік фінансово-економічних результатів та оцінка управлінських ресурсів медичних організацій.

Отже, при розгляді пріоритетних напрямів розвитку ринку медичних послуг важливо зосередитися на питанні якості медичних послуг, які надаються в рамках системи обов'язкового медичного страхування. Згідно з даними «РБК Дослідження ринків», державний сектор медичних послуг демонструє низькі показники задоволеності пацієнтів якістю наданих послуг. Лише 6% респондентів висловили повну задоволеність медичним обслуговуванням, отриманим у державних медичних установах, тоді як 30,4% залишилися з позитивним, але критичним враженням.

Згідно з даними Всеукраїнського центру вивчення громадської думки (ВЦВГД), важливо проаналізувати ставлення українських громадян до системи охорони здоров'я, а також їхню задоволеність доступністю і якістю медичної допомоги. Пацієнти виокремлюють низьку якість медичних послуг та недостатній професіоналізм медичного персоналу як основні чинники невдоволення системою охорони здоров'я. Результати опитування свідчать про негативні відгуки більшості українців щодо державних поліклінік і лікарень.

Водночас, існують перспективи розвитку приватних медичних послуг, які пов'язані з удосконаленням механізму обов'язкового медичного страхування. Це може привести до збільшення фінансових ресурсів і підвищення якості медичних послуг. Якщо всім медичним організаціям і індивідуальним підприємцям, які мають ліцензію на медичну діяльність, буде надана можливість брати участь у системі обов'язкового медичного страхування на основі державно-приватного

партнерства, а також впровадження особистих медичних рахунків, це дозволить контролювати вартість, обсяги, терміни, якість і умови надання медичного обслуговування відповідно до територіальних програм обов'язкового медичного страхування. Очевидно, розширення кола медичних організацій у рамках обов'язкового медичного страхування призведе до збільшення навантаження на страхові заклади охорони здоров'я.

Пацієнти, усвідомлюючи, що особисто оплачують медичні послуги, почнуть уважніше ознайомлюватися з переліком послуг, які входять до Територіальних програм обов'язкового медичного страхування, і, ймовірно, проявлять більшу зацікавленість у придбанні полісів добровільного медичного страхування (ДМС), оскільки ці програми охоплюють більш широкий спектр медичних послуг. Таким чином, запропоновані автором напрями розвитку приватних медичних послуг на основі державно-приватного партнерства не призведуть до значних змін у діяльності страхових медичних організацій.

«Важливо також підкреслити, що в рамках програми державних гарантій необхідно забезпечити безкоштовне надання наступних видів медичної допомоги: первинної медико-санітарної допомоги (включаючи первинну долікарську, лікарську та спеціалізовану допомогу); спеціалізованої медичної допомоги (у тому числі високотехнологічної); швидкої медичної допомоги (включаючи спеціалізовану); паліативної медичної допомоги, що надається закладами охорони здоров'я; а також медичної допомоги, що здійснюється в рамках клінічних апробацій» [12].

Отримані дані вказують на необхідність стимулювання медичних організацій до підвищення дисципліни в контексті якісного та достовірного обліку наданих послуг, що дозволить більш ефективно планувати та прогнозувати витрати у сфері охорони здоров'я.

Розробники проекту також вважають, що його реалізація сприятиме формуванню у громадян більш відповідального ставлення до власного здоров'я та регулярного проходження профілактичних оглядів. Основною метою проекту

є підвищення соціальної значущості: громадяни, усвідомлюючи реальну вартість високотехнологічної медичної допомоги, не сприйматимуть її як належне.

На нашу думку, одним із ключових напрямків розвитку ринку медичних послуг може стати впровадження накопичувальних медичних рахунків для формування та накопичення фінансових ресурсів на оплату медичних послуг. Використання накопичувального методу медичного страхування здатне забезпечити такі результати:

1. Залучення громадян до індивідуального медичного страхування, яке стане обов'язковим для всіх категорій населення.
2. Прозорість у формуванні вартості медичних послуг, що дозволить стримувати їх зростання.
3. Контроль за витратами на медичні послуги з боку застрахованих осіб, легалізація платежів та стандартизація медичної допомоги.
4. Свобода вибору медичного закладу та спеціаліста для отримання медичних послуг.
5. Соціально орієнтована податкова політика, що включає економічну та юридичну відповідальність роботодавців, працівників і їх сімей за підтримання особистого здоров'я.
6. Впровадження принципу «соціального капіталу» у суспільстві.
7. «Усунення дублювання витрат та ефективне використання фінансових ресурсів у сфері охорони здоров'я, збільшення обсягів фінансування на одну застраховану особу» [11].
8. Підвищення престижу медичних професій, зарплат та правового захисту медичних працівників.
9. Використання безготівкових розрахунків, що дозволяє координувати грошову масу та стримувати інфляційний тиск.
10. Формування реального платоспроможного попиту, що забезпечить постійне технічне переозброєння галузі та впровадження новітніх медичних технологій.

Дія накопичувального методу медичного страхування є зрозумілою та логічною, оскільки поточна система добровільного медичного страхування прив'язує особу до конкретного місця роботи. У разі звільнення, застрахована особа втрачає право на медичну допомогу, передбачену полісом. Натомість, медичний накопичувальний рахунок залишається за громадянином на все життя.

В рамках технології медичних накопичувальних рахунків передбачено, що громадяни будуть інформовані про кваліфікацію медичних закладів, професійні навички медичних працівників, а також про перелік і якість медичних послуг.

Запровадження системи медичних накопичувальних рахунків усуває стимул для виплати «сірої» зарплати, оскільки соціальні внески будуть відраховуватися на особистий медичний рахунок працівника. Це активізує його участь у контролі за поповненням рахунка, кошти з якого можуть використовуватися для оплати медичних послуг, фактично дозволяючи отримувати медичну допомогу безкоштовно в межах програми державних гарантій, відповідно до встановлених стандартів якості.

Запровадження системи накопичувальних рахунків також забезпечить медичним працівникам гарантію своєчасної та повної виплати заробітної плати, що підвищить цінність їхньої роботи та покращить якість медичного обслуговування. Очікується збільшення фінансових ресурсів у сфері охорони здоров'я завдяки інтеграції обов'язкового та добровільного медичного страхування, а також зменшення обсягу платних медичних послуг у «тіньовому» секторі.

Впровадження системи медичних накопичувальних рахунків очікується як засіб для реального зниження корупційних проявів, особливо під час закупівель медичного обладнання та лікарських засобів.

Прикладом є США, де така система була запроваджена ще в 2004 році в умовах зростаючих витрат на охорону здоров'я. Завдяки доступності та простоті, а також особистій зацікавленості громадян, система продемонструвала свою ефективність. Протягом перших чотирьох років близько 5 мільйонів американців, зокрема 30% з яких раніше не користувалися медичним

страхуванням, відкрили медичні накопичувальні рахунки на добровільних засадах. Цей фінансовий продукт став одним із найбільш швидкозростаючих серед пропозицій банків.

Середній залишок на медичному накопичувальному рахунку становить 1800 доларів, тоді як на звичайному розрахунковому рахунку — лише 550 доларів. Медичні накопичувальні рахунки в США є унікальним соціальним інструментом, що забезпечує можливість здійснення електронних операцій між різними секторами, такими як страхування, інвестиції та банківська сфера.

Дослідження, що стосуються напрямів підвищення ефективності медичної допомоги в Закарпатській області через реалізацію інтеграційного потенціалу системи медичного страхування, показали певні прогресивні тенденції. Проте на момент проведення дослідження в 2013 році механізм медичного страхування, запроваджений у 2011 році, залишався недостатньо налагодженим. Взаємодія між медичними установами та страховими компаніями, що підпадали під реформування, частково сприяла вирішенню накопичених проблем у сфері охорони здоров'я, підтверджуючи ефективність системи на основі зарубіжного досвіду.

Незважаючи на заяви про безкоштовність медичної допомоги, питання платності медичних послуг залишається актуальним. Громадяни, як і раніше, опиняються в економічно вразливій ситуації і не мають можливості контролювати вартість, обсяги та якість медичних послуг. Додатково, проблема недостатнього фінансування охорони здоров'я стає дедалі більш критичною, викликаючи у населення обґрунтовані зауваження щодо якості медичного обслуговування, вартості нових сучасних ліків і браку високотехнологічних медичних послуг.

Однак, запропонована урядом ідея зменшення загального рівня страхових внесків, що сплачуються роботодавцями до державних позабюджетних фондів, зокрема Фонду соціального страхування та Пенсійного фонду з 30% до 22% (раніше 21%) від фонду оплати праці, супроводжувана підвищенням ставки

податку на додану вартість (ПДВ) з метою компенсації втрачених доходів бюджету, може призвести до подальшого збільшення вартості медичних послуг.

ВИСНОВКИ

1. В результаті дослідження механізму організації та економічного функціонування ринку медичних послуг в Україні виявлено специфіку формування та розвитку сучасної системи охорони здоров'я. Український ринок медичних послуг представлений державними і муніципальними медичними установами, а також комерційними структурами. Державні медичні заклади забезпечують більшість медичних послуг у рамках системи обов'язкового медичного страхування, тоді як сектор комерційних медичних організацій займає трохи більше третини ринку. Основні фінансові потоки у сектор платних медичних послуг формуються за рахунок оплати медичного обслуговування громадянами. Проблеми розвитку ринку охорони здоров'я обговорюються в контексті реформ, зокрема у зв'язку з воєнним станом в Україні та значним збільшенням фінансування безкоштовного медичного обслуговування для військовослужбовців, які отримали поранення під час війни.

2. У процесі розробки пріоритетних напрямів удосконалення організаційно-економічного механізму розвитку ринку медичних послуг на основі державно-приватного партнерства та системи обов'язкового медичного страхування було введено концепцію особистого медичного рахунку.

3. Уточнено визначення медичної послуги як суспільно-соціального блага, виробництво та споживання якого є результатом взаємодії учасників ринку медичних послуг. Сутність медичної послуги полягає у відновленні та підтримці здоров'я громадян як національного надбання. Визначено специфічні вимоги до закладів охорони здоров'я та кваліфікації виконавців медичних послуг в процесі їх надання.

4. У ході дослідження були виявлені теоретичні підходи до формування та розвитку ринку медичних послуг, які функціонують як єдиний національний механізм. Цей механізм ґрунтується на принципах доступності, відповідності стандартам медичних послуг для споживачів та соціально-

економічної ефективності використання ресурсів, особливо в умовах воєнного стану. На фоні значного скорочення державної підтримки охорони здоров'я та обмеження переліку безкоштовних медичних послуг в рамках програм державних гарантій, можна очікувати подальший розвиток сектора платних медичних послуг. Проте нинішня система платних медичних послуг все ще недостатньо інтегрована в механізм державно-приватного партнерства, що є критично важливим елементом сучасної моделі охорони здоров'я.

5. Аналіз зарубіжного досвіду організаційно-економічних механізмів ринку медичних послуг виявив дві ключові тенденції: 1) розмивання меж між державною та бюджетно-страховою моделями системи охорони здоров'я, що сприяє їх злиттю, а також інтеграції обов'язкового та добровільного страхування в новій моделі, що поєднує елементи приватної системи; 2) посилення державного регулювання в сфері охорони здоров'я з метою досягнення економічної ефективності та соціальної справедливості у наданні медичних послуг.

6. Аналіз сучасного етапу розвитку ринку медичних послуг виявив потенційні резерви в сфері охорони здоров'я. Надання можливості всім ліцензованим медичним організаціям та індивідуальним підприємцям працювати в рамках державно-приватного партнерства може суттєво розширити масштаби і підвищити обсяги надання медичних послуг на національному ринку.