

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Навчально-науковий інститут післядипломної освіти

Завідувач кафедри громадського здоров'я
та управління охороною здоров'я

_____ В.А. Огнев

**ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ПРИВАТНОГО
СЕКТОРА СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»
освітня програма: «Управління в сфері охорони здоров'я»
спеціальність: 281 «Публічне управління та адміністрування»

Виконав:

слухач групи ПУА-21

Ю.В. Дзюбенко

Керівник,

д.держ.упр., проф.

О.А. Мельниченко

Рецензент

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ	
РОЗВИТКОМ ПРИВАТНОГО СЕКТОРА СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .5	
1.1 Розвиток приватного сектора сфери охорони здоров'я як об'єкт публічного управління	5
1.2 Механізми публічного управління розвитком приватного сектора сфери охорони здоров'я	13
РОЗДІЛ 2 СТАН І ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКОМ ПРИВАТНОГО СЕКТОРА	
СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
22	
2.1 Результати публічного управління розвитком приватного сектора сфери охорони здоров'я	22
2.2 Проблеми розвитку приватного сектора сфери охорони здоров'я .	31
РОЗДІЛ 3 КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ	
ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ПРИВАТНОГО СЕКТОРА	
СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
39	
3.1 Адаптація до умов України передового світового досвіду щодо розвитку приватного сектора сфери охорони здоров'я	39.....
3.2 Запровадження публічно-приватного партнерства як механізму розвитку приватного сектора сфери охорони здоров'я	45
3.3 Реалізація комплексу заходів за пріоритетними напрямками для подальшого розвитку приватного сектора вітчизняної сфери охорони здоров'я	53
ВИСНОВКИ	59
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ	61

ВСТУП

Актуальність проблеми. Держава, роботодавці та домогосподарства зацікавлені у підтриманні на прийнятному рівні здоров'я населення. При цьому кожна особа (особливості у контексті нових можливостей, що обумовлені медичною реформою) отримала можливість вільно обирати надавача медичних послуг/допомоги лікаря, а тому заклади охорони здоров'я усіх форм власності отримують можливість зайняти гідне місце на цьому ринку. За таких умов, попри допоки не активізовану приватизацію у цій сфері, окрім державних установ і комунальних некомерційних підприємств сфери охорони здоров'я, дедалі більший сегмент цього ринку займають приватні кабінети/лікарні. Зміна умов функціонування суб'єктів цього ринку вимагає вдосконалення механізмів публічного управління розвитком приватного сектора сфери охорони здоров'я набуває особливої актуальності, що спонукало автора до проведення відповідного дослідження.

В сучасних умовах над цією проблемою плідно працюють Авраменко Н. [1], Байрак А. [4; 5], Карлаш В. [21], Кланца А. [24], Кризина Н. [27], Літвінов О. [32; 33], Москаленко В. [39; 40], Прасол В. [45], Рожкова І. [58], Турчак Д. [63], Худошина О. [67; 68] та інші вчені.

Мета та завдання дослідження: на основі дослідження діючих в Україні механізмів публічного управління розвитком приватного сектора сфери охорони здоров'я обґрунтувати основні напрями їх вдосконалення.

Для досягнення поставленої мети необхідно виконати такі завдання:

- з'ясувати сутність і значення приватного сектора сфери охорони здоров'я як об'єкту публічного управління;
- дослідити діючі механізми публічного управління розвитком приватного сектора сфери охорони здоров'я;
- оцінити результативність публічного управління розвитком приватного сектора сфери охорони здоров'я;

- виокремити для подальшої адаптації до умов України передовий світовий досвід щодо розвитку приватного сектора сфери охорони здоров'я;
- запропонувати для комплекс заходів за пріоритетними напрямками для подальшого розвитку приватного сектора сфери охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження є розвиток вітчизняної сфери охорони здоров'я.

Предметом дослідження є публічне управління розвитком приватного сектора сфери охорони здоров'я.

Методи дослідження. абстрактно-логічний – для теоретичних узагальнень і формування висновків; аналізу та синтезу – для оцінки параметрів розвитку приватного сектора сфери охорони здоров'я України; статистичних порівнянь – для дослідження результативності публічного управління у цій сфері.

Практичне значення результатів дослідження полягає в поглибленні існуючих уявлень про застосування механізмів публічного управління розвитком приватного сектора сфери охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ПРИВАТНОГО СЕКТОРА СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Розвиток приватного сектора сфери охорони здоров'я як об'єкт публічного управління

За прогнозами, тривалість життя у всіх країнах зростатиме в найближчі десятиріччя, що супроводжується також негативними демографічними тенденціями – старінням населення. Догляд за особами старшого віку все частіше стає проблемою державної політики, що обумовлено зміною структури сімей та стилю життя, в т.ч. унаслідок масштабної трудової міграції [66].

При цьому обов'язково доцільно враховувати і той факт, що бідність та різьоча соціальна нерівність вкрай негативно впливають на стан здоров'я населення – багатовимірний феномен, який виявляється на індивідуальному й популяційному рівнях і виявляється у повному фізичному, психічному та соціальному добробуті [19] – та можливість його доступу до якісних медичних послуг. Пріоритетність ролі здоров'я у межах певних національних систем залежить від структури менталітету нації та чіткої артикуляції її життєвих пріоритетів. У такому контексті в системі національних пріоритетів держави та її безпекової політики відводиться здоров'ю 3–4 позиції у шкалі пріоритетів, які визначають загальний зміст національного інтересу [39].

Ідентифікація здоров'я нації перетворює його на фундаментальний механізм протидії загрозам у цій сфері як умови забезпечення національної безпеки держави, стає можливим [24] лише за умови взаємодії держави з відповідними інституціями громадянського суспільства, покликаними забезпечити ефективність/результативність публічного управління у сфері стандартизації, ліцензування та сертифікації медичних послуг, акредитації закладів охорони здоров'я, визначення єдиних критеріїв оцінки їхньої роботи,

забезпечення державних гарантій з надання медичних послуг/допомоги та модернізації системи обов'язкового медичного страхування. Інакше світу загрожують глобальні катаклізми, пов'язані із втратою біологічної життєдіяльності людини. Тому слід, вирішити проблему діалектичної єдності здоров'я населення, способу його життя й спроможності відповідних інституцій надати необхідне медичне забезпечення [24].

Основним призначенням сучасної держави вважав гарантування прав на **охорону здоров'я** – система забезпечення життя та здоров'я населення та кожної людини окремо, а тому необхідна профілактика, яка неможлива без етапної ешелонної допомоги населенню, яку надають висококваліфіковані медичні кадри – відповідно до її конституції, загальновизнаних принципів і міжнародних норм і договорів. **Охорона здоров'я** включає запровадження низки профілактичних заходів щодо створення відповідних умов збереження здоров'я та результативності лікування населення [23]; визначає потенціал генофонду нації та ресурсність її безпеки та є одним із стратегічних напрямів забезпечення життєдіяльності суспільства й розвитку держави, вимагає чіткої концептуальної та методологічної ідентифікації її структурних понять [24]; відіграє вирішальну роль в забезпеченні належного стану здоров'я населення, в зменшенні нерівності стосовно здоров'я, профілактики захворювань [77].

Основний **принцип побудови будь-якої сфери охорони здоров'я** полягає в збереженні рівноваги та правового захисту інтересу таких складових як:

- населення як споживач медичних послуг/допомоги;
- медичних установ, які надають відповідні послуги/допомогу;
- платників за надану медичні послуги/допомогу [36].

Забезпечення права на охорону здоров'я – встановлення державою стандартів, формування та дотримання нею гарантій та державного захисту цього права. Право на здоров'я, як і всі права людини накладають на державу три рівні обов'язків: обов'язок поважати, обов'язок охороняти та реалізувати, і обов'язок захищати.

Формування системи охорони здоров'я кожної країни залежить передовсім від її національних пріоритетів і політичної волі керівництва. З плином часу змінюються стратегічні підходи до збереження здоров'я населення та надання медичних послуг/допомоги, і все більше відчувається вплив глобальних ініціатив на розвиток сфери охорони здоров'я [66].

Національна система охорони здоров'я представлена закладами різної форми власності (державної, комунальної, приватної), адаптація яких до сучасних умов полягає у їх готовності та здатності швидко пристосовуватися й успішно функціонувати у мінливому конкурентному середовищі, яке формується під комплексним впливом правових, політичних, економічних, соціальних, культурних й інших чинників [62].

Більшість населення традиційно за первинною і вторинною медичною допомогою звертається до комунальних некомерційних підприємств сфери охорони здоров'я (далі – КНП), а за третинною – до державних установ (далі – ДУ) цієї сфери. Проте (зокрема, з огляду на обмежене державне фінансування й поглиблення кризових явищ у країні) ДУ та КНП неспроможні забезпечувати населення якісними і достатніми за обсягом медичними послугами/допомогою. При цьому дедалі активніше населення (наразі таких понад 10 %) звертається за медичними послугами/допомогою до приватних закладів сфери охорони здоров'я (далі – ПЗОЗ), що обумовлено наступними їх перевагами:

- будівлі відповідають найсучаснішим стандартам, і передбачають використання нових будівельних матеріалів і урахування усіх санітарних норм;
- оснащення сучасним медичним устаткуванням, комп'ютерною технікою;
- лікувальні процеси виконуються за новітніми технологіями із застосуванням кращих матеріалів провідних світових виробників;
- доступність, оснащеність, висока кваліфікація персоналу і зв'язок з потужними клініками [15];
- додаткові послуги;
- достатній час прийому;

- можливість якіснішої діагностики та лікування за рахунок наявності в штаті й серед консультантів команди практично всіх необхідних лікарів;
- зручний та приємний інтер'єр в самому ПЗОЗ;
- оперативність (прийом за записом) [5; 64];
- використання сучасних матеріалів і передових технологій;
- високий рівень матеріального й технічного забезпечення;
- гнучкість в питаннях щодо підходів у лікуванні та нагляді;
- гнучкість та оперативність у схваленні рішень;
- ініціативність, індивідуальна відповідальність;
- можливість без додаткових погоджень купувати медичне оснащення та матеріали, а також лікарські засоби;
- можливість вільного і оперативного розпорядження коштами відповідно до реальної потреби;
- можливість залучення висококваліфікованих фахівців за рахунок гнучких підходів до встановлення заробітної плати, системи бонусів, умов праці;
- можливість придбання матеріалів і систем іноземних виробників (штучні суглоби, стоматологічні імпланти та ін.);
- надання гарантії якості на всі види медичних послуг/допомоги;
- надання послуг населенню, які не в змозі забезпечити державні та комунальні заклади охорони здоров'я (забір аналізів удома, кур'єрська доставка результатів досліджень, перенесення даних на цифрові носії, забезпечення трансферу пацієнта у заклад і додому тощо);
- найкращі умови лікування та перебування як на стаціонарному, так і амбулаторному лікуванні, сервіс, що орієнтований на клієнта;
- наявність контролю за якістю лікування пацієнтів;
- широкий вибір альтернатив у лікарському, інструментальному та фармацевтичному забезпеченні пацієнтів [45].

Найголовнішою вигодою держави у підтримці розвитку ПЗОЗ є вагомий внесок приватної медицини у фінансування цієї сфери [15].

ПЗОЗ безпосередньо впливають на покращання діяльності ДУ та КНП, оскільки створюють конкурентне середовище у сфері надання медичних послуг/допомоги, застосовують відпрацьовані схеми та методи роботи в умовах повної автономії [71]. Конкуренція на ринку приватної медицини стимулює недержавні медичні установи до підвищення якості послуг та ефективності роботи за рахунок залучення висококваліфікованого персоналу, інноваційних технологій та сучасного обладнання. Крім надання медичних послуг ПЗОЗ формує вагомий внесок у фінансування цієї сфери, забезпечує її товарами і виробами медичного призначення, медикаментами, щорічно розвантажуючи державний бюджет щодо фінансування охорони здоров'я України майже на € 2 млрд [5], а також може забезпечити детінізувати ринок медичних послуг у на майже € 800 млн на рік.

До основних [функцій і завдань ПЗОЗ](#) слід віднести такі:

- безпосередньо надання медичних послуг/допомоги населенню відповідно до їх видів, які у т.ч. і входять до гарантованого державного пакету медичних послуг;
- впровадження нових медичних технологій у реальну практику;
- зниження витрат на сферу охорони здоров'я одночасно зі зростанням надходжень до бюджету у вигляді податків, збільшення інвестиції у сферу охорони здоров'я населення;
- надання альтернатив у лікарському, інструментальному та фармацевтичному забезпеченні пацієнтів;
- подолання неспроможностей державного та комунального сектору ринку медичних послуг в обслуговуванні громадян із різними потребами та можливостями;
- розвиток підприємств різних форм господарювання й ринкових відносин у системі в цілому, забезпечення здорової конкуренції, розвиток певних інститутів громадянського суспільства та ін.;
- розвиток цивілізованих фінансових відносин у системі та створення закладів сфери охорони здоров'я різних форм власності за напрямами, яких

потребує ринок медичних послуг, тобто пацієнти (залучення не тільки державних ресурсів, а й інших джерел – банківські кредити, фінанси інвестиційних фондів, зацікавлених фізичних та юридичних осіб, можливості страхових фондів тощо) [45];

- господарська – ефективне використання трудових, інформаційних, матеріальних і фінансових ресурсів;

- економічна – здійснюючи фінансово-господарську діяльність, суб'єкти підприємництва у сфері охорони здоров'я є платниками податків і джерелом поповнення бюджетів різних рівнів залежно від обраної системи оподаткування;

- інноваційна – запровадження нових технічних ідей в медичну практику, здійснення наукових і науково-дослідних робіт, реалізація інноваційних методів профілактики, діагностики та лікування;

- комунікативна – активні контакти підприємців з населенням, органами влади, ДУ та КНП, а також з ВНЗ медичного профілю та зарубіжними партнерами з метою реалізації визначених цілей у сфері охорони здоров'я;

- соціальна – здійснення профілактичної, діагностичної та лікувальної роботи з метою поліпшення рівня здоров'я населення (її різновидом є соціально-захисна функція та функція соціального партнерства, яка реалізується суб'єктами господарювання задля розширення доступу соціально-вразливих груп населення для отримання якісних медичних послуг/допомоги (пільгове обслуговування ветеранів тощо));

- організаційна – впровадження нових методів і форм організації медичної практики; нових організаційних форм мотивації персоналу; ефективне упорядкування трудових і суспільних відносин, а також організаційних структур (наприклад, розвиток мережі приватних клінік, що мають сучасне обладнання для виконання надскладних оперативних втручань) [57; 67].

ПЗОЗ представлені в таких сегментах сфери охорони здоров'я:

- гінекологічні та андрологічні послуги;

- косметологічні послуги;

- лабораторна діагностика;
- наркологічні послуги;
- ортопедичні послуги;
- паліативна допомога;
- послуги нетрадиційної медицини;
- стоматологічні послуги;
- функціональна діагностика тощо [45].

І хоча держава не може втручатися в організаційну або професійну діяльність закладів охорони здоров'я, за винятком тих випадків, котрі визначені законодавчо [21], уповноважені органи влади опікуються формуванням і реалізацією державної політики у сфері охорони здоров'я.

Якщо уряд країни проводитиме політику активних змін в системі надання медичної допомоги, сприятиме розвитку нових форм участі населення в оплаті медичних послуг/допомоги, підвищуватиме ефективність/результативність використання ресурсів сфери охорони здоров'я, то ПЗОЗ може стати інструментом модернізації й частиною ефективної цієї сфери [9].

Оскільки окремі особи почасти неспроможні самотужки вирішити наявні проблеми з власним здоров'ям, тому виникає нагальна потреба у поєднанні зусиль усіх зацікавлених осіб [27]. Відтак максимально можливе збереження здорового довголіття населення й зростаюча потреба у догляді за особами похилого віку вже розглядається як одне з найважливіших завдань ХХІ ст. для системи публічного управління [66] – пошук найкращого способу використання ресурсів задля досягнення пріоритетних цілей публічної політики [88].

Виклики, що постають перед сферою охорони здоров'я у вирішенні медико-соціальних проблем, спонукають держави об'єднуватися у відповідні глобальні чи регіональні структури для підвищення власного потенціалу в протистоянні цим викликам. Протистояти таким викликам здатна лише держава, яка має активну систему управління та реалізує власну геополітичну стратегію розвитку. Хоча потужні глобальні гравці у сфері охорони здоров'я й формують свою політику, але все таки відповідальність стосовно захисту й

реалізації прав свого населення на забезпечення належних умов збереження здоров'я несуть саме національні уряди [66].

Відтак, доречно вести мову про **публічне управління у сфері охорони здоров'я** – цілеспрямовані дії щодо посилення впливу держави на зміцнення здоров'я населення, що реалізуються завдяки регулюючим, організуючим, контролюючим заходам і здійснюються органами публічної влади задля надання населенню якісних медичних послуг/допомоги [73]. Дотичним до цього є поняття «**державне регулювання медичної діяльності**» – установа системи правил медичної діяльності, що регламентує її організацію, забезпечення контролю якості медичних послуг/допомоги, права і обов'язки лікарів і пацієнтів, відповідальність медпрацівників, вирішення спорів, що виникають унаслідок отримання негативних результатів діагностичної та лікувальної роботи, а також санкцій за правопорушення у сфері охорони здоров'я [25].

Погодимося, що існує постійний і тісний зв'язок між системою публічного управління, системою соціального захисту населення та системою охорони здоров'я. Більше того, у будь-якому суспільстві мають місце причинно-наслідковий зв'язок і взаємозалежність між державною політикою та соціальним розвитком, взаємообумовленість їх динаміки й структури. Так, фінансові вкладення в охорону здоров'я що є частиною відповідної державної політики, життєво важливі для економічного зростання країни [61].

Органи публічного управління (на чолі з державою) мають володіти стратегічною системою національних інтересів, зорієнтованих на збереження здоров'я нації і умов стабільної життєдіяльності основних сфер суспільства. Результативна діяльність органів публічної влади у цій сфері позитивно впливає на здоров'я населення, що, своєю чергою, детерміновано артикулює на зміцнення потенціалу національної безпеки [24]. Якщо результативність публічного управління не артикулює належне здоров'я населення, то життєво важливі інтереси держави диверсифікуються, через що погіршуються загалом результати публічного управління суспільними процесами, погіршується захист

суверенітету держави та її територіальної цілісності, нівелювання основ сталого розвитку національної економіки.

Підбиваючи проміжний підсумок, слід зазначити, що **розвиток ПЗОЗ є об'єктом публічного управління [45]** – такими змінами якісного стану його складових елементів, що приведуть до покращання стану здоров'я населення та якості надання медичних послуг/допомоги й підвищення їх доступності.

1.2 Механізми публічного управління розвитком приватного сектора сфери охорони здоров'я

Механізм публічного управління передбачає конкретизацію об'єктів і суб'єктів, а також застосування відповідних методів і засобів впливу з урахуванням мети та цілей, функцій і принципів [21; 67] діяльності уповноважених органів публічної влади задля розвитку відповідної галузі/сфери національної економіки (у т.ч. сфери охорони здоров'я).

Механізм публічного управління розвитком приватного сектора сфери охорони здоров'я – сукупність засобів і методів впливу, а також видів і форм взаємодії, що застосовуються уповноваженими органами публічної влади, спрямованих на зміну якості стану елементів приватного сектора цієї сфери з метою покращання здоров'я населення, підвищення якості надання медичних послуг/допомоги та їх доступності [45].

Структура цього механізму включає економічну (методи та способи, за допомогою яких здійснюється ресурсне забезпечення сфери охорони здоров'я), нормативну (принципи організації сфери охорони здоров'я), соціальну (індивіди та їх об'єднання, інтереси яких перетинаються у процесі формування певної стратегії), структурно-управлінську (організація сфери охорони здоров'я та методи і способи управління нею), комунікативну (процедури обміну інформацією між стейхолдерами цієї сфери) складові у їх взаємному впливі, що забезпечує узгодження інтересів суб'єктів та об'єктів цього процесу, оцінити

якість медичних послуг/допомоги споживачами, розширити можливості задоволення потреб усіх зацікавлених сторін у медичній реформі [11].

Комплексний підхід до встановлення тісного взаємозв'язку між усіма механізмами публічного управління розвитком приватного сектора сфери охорони здоров'я передбачає:

- визначення принципів і ключових завдань функціонування та розвитку недержавного сектора охорони здоров'я на конкретному етапі медичної реформи і в майбутньому;

- здійснення комплексного аналізу передумов щодо необхідності подальшого розвитку окремих сегментів ринку медичних послуг в Україні та їх подальша підтримка на державному рівні;

- консолідацію зусиль усіх підпорядкованих суб'єктів;

- координацію й узгодження дій регуляторних і контрольних органів публічної влади;

- правове регулювання недержавного сектора охорони здоров'я;

- своєчасне виявлення негативних тенденцій, які можуть впливати на стан реалізації державної політики охорони суспільного здоров'я в цілому;

- узгодження і взаємозв'язок інтересів громадян, з одного боку, та державних і недержавних медичних закладів – з іншого.

Алгоритм формування механізму публічного управління розвитком приватного сектора сфери охорони здоров'я включає такі етапи:

- визначення мети управлінського впливу, основних принципів;

- постановка конкретних завдань;

- обґрунтування вибору конкретних механізмів управління, які доцільно використати у складі комплексного для вирішення поставлених завдань;

- деталізація засобів, методів, інструментів і технологій кожного конкретного механізму;

- запровадження комплексного механізму публічного управління;

- проміжний контроль (коригування складу конкретних механізмів або окремих засобів, інструментів і методів їх впливу, що використовуються);

– перевірка результативності [45].

Суб'єктами публічного управління є відповідні інституції (уповноважені органи публічної влади), які здійснюють прямий та/чи опосередкований вплив на об'єктів управління [54; 67] – елементи структури моделі, на які спрямований вплив функцій державного управління (заклади охорони здоров'я, фізичні особи-підприємці, керівні кадри системи охорони здоров'я, пацієнти та медичні працівники) [67].

Метою публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я є підвищення рівня здоров'я населення, поліпшення якості його життя й збереження генофонду нації [27].

Цілями **публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я** є:

- гарантування дотримання конституційних прав населення на охорону здоров'я;
- створення сприятливих умов для ефективного/результативного функціонування як приватного сектора, так і сфери охорони здоров'я в цілому;
- постійне покращання якості надання медичних послуг/допомоги [45].

Публічне управління розвитком приватного сектора сфери охорони здоров'я реалізується на підставі дотримання певних принципів, зокрема таких:

- визначення компетенційних вимог до ПЗОЗ, що здійснюють медичну практику (кваліфікаційні, спеціальні та особливі вимоги);
- встановлення переліку дозволених видів медичної практики за спеціальностями, що здійснюються у ПЗОЗ; суб'єкти підприємницької діяльності у розрізі спеціальностей лікарів і середніх медпрацівників;
- легітимізація початку медичної практики через процедуру державного ліцензування у єдиного державного органу ліцензування (МОЗ);
- упровадження організаційно-правового механізму регулювання медичної практики [57].

Структурна деталізація **механізму активізації приватного медичного сектору** передбачає оперування наступними складовими:

- інвестиційний компонент (залучення приватних інвестицій);

- інноваційний компонент (організація і підтримка інноваційних рішень, орієнтація на «розумну охорону здоров'я», перехід до інноваційних інформаційних технологій);
- інструментарій (державне стимулювання бізнесу; комплекс інструментів із залучення й утримання клієнтів);
- компонент економічної взаємодії (форми реалізації проєктів публічно-приватного партнерства, аутсорсинг, спільні рішення);
- інституційний компонент (упорядкування діяльності органів публічного управління сфери охорони здоров'я);
- нормативно-правовий компонент (удосконалення нормативно-правової бази, забезпечення органами влади доступності медичних послуг тощо);
- управлінський компонент (контролюючі заходи, регулятори відносин, критерії) [5].

Адміністративні механізми публічного управління розвитком приватного сектора сфери охорони здоров'я передбачають застосування наступних засобів впливу (здебільше, примусово-обмежувального характеру):

- акредитація закладу сфери охорони здоров'я [48];
- встановлення порядку участі в програмах на регіональному та місцевому рівнях;
- заборона вільної реалізації певних видів лікарських засобів;
- запровадження регламентів надання медичних послуг;
- квотування;
- контроль дотримання стандартів якості надання медичних послуг/допомоги;
- ліцензування;
- пряма заборона певних видів медичної діяльності;
- сертифікація закладів сфери охорони здоров'я та видів медичних послуг;
- укладання угод із керівником/власником ПЗОЗ про обсяги гарантованих медичних послуг за певну ціну за рахунок коштів бюджетів усіх рівнів

(наприклад, оплата ПЛР-тесту у приватній лабораторії для уразливих верств населення у разі неможливості звернення до державної лабораторії) [45].

Економічні механізми публічного управління розвитком приватного сектора сфери охорони здоров'я передбачають застосування наступних засобів впливу (здебільше, стимулюючого характеру):

- легалізація співучасті громадян в оплаті медичної допомоги;
- стимулювання процесу інвестування у сферу охорони здоров'я [44];
- затвердження переліку та встановлення тарифів на платні послуги в сфері охорони здоров'я [46];
- амортизаційна політика;
- державне замовлення;
- державні закупівлі;
- кредитні пільги;
- реалізація національних/регіональних проєктів і цільових програм у сфері охорони здоров'я;
- регулювання фінансово-господарської діяльності приватного сектора сфери охорони здоров'я;
- субсидії, субвенції та дотації [45].

Економічний механізм торкається регулювання відносин в реалізації проєктів публічно-приватного партнерства; медичного маркетингу та менеджменту; управління ланцюгом активізації бізнесу в сфері охорони здоров'я. Економічні механізми макрорівня покликані вирішувати задачі національної економіки в цілому і, перш за все, в тих галузях, що безпосередньо пов'язані з медичним обслуговуванням населення [5].

Мезоекономічний рівень деталізує реалізацію **організаційно-економічних і специфічних механізмів** у межах конкретних регіонів. На мікроекономічному рівні механізми реалізуються в окремій медичній установі та її структурних підрозділах. Зважаючи на специфічні особливості механізмів кожного рівня на меті кожного типу механізмів – формування ефективної системи управління

медичними послугами, як для виробника, так і для споживача з точки зору медичної, соціальної та економічної складової [13].

Інституціональні механізми публічного управління розвитком приватного сектора сфери охорони здоров'я включають в себе функціонування центральних і місцевих органів публічної влади, визначення й перерозподіли між ними основних елементів управлінського зв'язку (цілей, функцій, завдань, обов'язків, правил прийняття рішень, повноважень і відповідальності), здійснення взаємодії їх між собою і з інститутами громадянського суспільства для розроблення, прийняття та здійснення найважливіших політичних та адміністративних рішень), а також здійснення зовнішнього контролю їх виконання. Кожний з уповноважених органів публічної влади, кожний з яких має свої компетенції, доступні ресурси й міру відповідальності за результати діяльності:

– Президент України виступає як гарант права громадян на охорону здоров'я. До його до функцій також належать: здійснювати урегулювання окремих питань організації охорони здоров'я громадян; укладати міжнародні договори, зокрема ті, які відносяться до питань міжнародного співробітництва в сфері охорони здоров'я, що відповідають певним нормам Конституції; несення особистої відповідальності за реалізацію державної політики в сфері охорони здоров'я; забезпечення виконання законодавства за допомогою системи органів державної влади, проводячи державну політику; організувати державне регулювання за допомогою затвердження програм з охорони здоров'я населення [26].

– Кабінет Міністрів України (далі – КМУ) має розробляти й реалізовувати комплексні механізми, які спрямовані на стимулювання ефективної діяльності в системі охорони здоров'я. Крім цього, КМУ забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я, займається укладанням міжурядових угод і координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я.

– Міністерство охорони здоров'я України (далі – МОЗ) – центральний орган виконавчої влади [8].

– [Національна служба здоров'я України](#) (далі – НСЗУ) – відшкодовує вартість лікарських засобів згідно з договорами про реімбурсацію за програмою медичних гарантій [66]; відповідає за реалізацію державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення.

– Місцеві органи публічного управління охороною здоров'я (підрозділи на обласному або районному рівнях державних адміністрацій) є уповноваженим органом публічного управління, що: забезпечує розвиток сфери охорони здоров'я на місцевому рівні; замовляє медичні послуги та укладати контракти із їх постачальниками; здійснює первинний розподіл бюджетних коштів і забезпечують місцеве населення доступом до медичних послуг/допомоги; управляє системою охорони здоров'я ОТГ [58]; реалізовує державну політику в цій сфері; розробляє проекти програм соціально-економічного розвитку; сприяє запобіганню та ліквідації інфекційних й інших масових захворювань; об'єднує у спільних інтересах ОТГ на договірній основі бюджетні кошти з ресурсами підприємств приватного сектора сфери охорони здоров'я для їх будівництва, розширення, реконструкції, ремонту й утримання [52]; забезпечує виконання актів законодавства в сфері охорони здоров'я, державних стандартів, критеріїв і вимог [49].

– Органи місцевого самоврядування виконують такі основні функції: на базовому рівні – забезпечення надання послуг швидкої медичної допомоги, первинної охорони здоров'я, з профілактики хвороб; на районному рівні – гарантування у надання медичних послуг вторинного рівня; на обласному рівні – надання високоспеціалізованої медичної допомоги [66]. До делегованих повноважень органів місцевого самоврядування частково зараховують питання з фінансового забезпечення охорони здоров'я. Є замовником медичних послуг. На підставі їх вартості й обсягу укладаються договори про медичне обслуговування у межах бюджетних коштів, передбачених на охорону здоров'я на відповідний бюджетний період [41]. За органами місцевого самоврядування закріплено також функцію забезпечення громадського здоров'я на місцевому рівні, пов'язану зі збереженням і укріпленням здоров'я мешканців громади,

профілактикою захворюваності [55]. У частині забезпечення розвитку всіх видів охорони здоров'я районні, обласні ради можуть також делегувати свої повноваження відповідним місцевим державним адміністраціям [52].

Організаційні механізми публічного управління розвитком приватного сектора сфери охорони здоров'я передбачають застосування наступних засобів впливу (здебільше, узгоджувального характеру):

- відновлення системи профілактичної медицини;
- забезпечення механізмів соціального захисту лікарів і медпрацівників;
- оптимізація міжгалузевої взаємодії у напрямі збереження здоров'я населення, активна співпраця з інститутами громадянського суспільства;
- підготовка менеджерів та управлінців для сфери охорони здоров'я;
- створення раціональної системи державних гарантій щодо забезпечення населення медикаментозними препаратами;
- створення умов і стимулів профілактики професійних захворювань і травматизму на виробництві [44];
- визначення цілей, завдань, функцій і методів управління діяльністю приватних закладів сфери охорони здоров'я.
- координація та забезпечення ефективного/результативного функціонування й взаємозв'язку організаційних структур, що відповідають за реалізацію публічної політики у сфері охорони здоров'я (зокрема, й етапів медичної реформи).
- підготовку кадрів (лікарів і медперсоналу, а також управлінців і менеджерів) для сфери охорони здоров'я [45];
- сприяння запровадженню аутсорсингу на медичні та супутні платні послуги [3].

Правові механізми публічного управління розвитком приватного сектора сфери охорони здоров'я передбачають застосування наступних засобів впливу (здебільше, пов'язані зі встановленням «правил гри»):

- посилення інститутів захисту прав пацієнтів, лікарів і медпрацівників [44];

– надання пацієнтам право й можливості обирати лікаря та заклад охорони здоров'я, які будуть надавати медичні послуги [75];

– визначає порядок ліцензування медичної практики, закріпила порядок здійснення державного контролю у сфері ліцензування, визначила межі відповідальності суб'єктів господарювання та органів ліцензування [51];

– реалізація «Концепції довгострокового розвитку охорони здоров'я до 2030 року», що передбачає: розроблення стандартів охорони здоров'я (посилення законодавчого контролю за відповідними інститутами та процесами у даній сфері); запровадження нових стандартів діяльності інститутів охорони здоров'я; посилення регіональної автономії медичних закладів і контролю за якістю медичних послуг/допомоги...

Зрештою слід зазначити, що наявні **механізми** публічного управління розвитком приватного сектора сфери охорони здоров'я передбачають застосування відповідних засобів впливу на функціонування та розвиток приватних закладів цієї сфери.

РОЗДІЛ 2

СТАН І ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКОМ ПРИВАТНОГО СЕКТОРА СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1 Результати публічного управління розвитком приватного сектора сфери охорони здоров'я

Населення оцінює діяльність органів публічної влади зважаючи на зміну політичної, соціально-економічної та екологічної ситуації (у за результатами т.ч. функціонування системи охорони здоров'я) [91]. Показник національного добробуту та добробуту населення вказує на пряму залежність сфери охорони здоров'я від рівня добробуту нації та громадян і відбивається через загальний об'єм ВВП на душу населення. Саме особистий добробут є визначальним критерієм рівня здоров'я населення. Усвідомлюючи це, органи публічного управління здійснюють постійний моніторинг тенденцій змін у цій царині. Більше того, комплексний моніторинг деконструктивних викликів у сфері охорони здоров'я дозволяє перетворити негативний вплив таких факторів у конструктивну площину зміцнення здоров'я як запоруки покращання якості життя населення [24]. Тому система моніторингу рівня розвитку сфери охорони здоров'я (у т.ч. приватного його сектора) має слугувати:

- виявленню сучасних загроз національній безпеці у сфері здоров'я населення;
- обґрунтуванню стратегічних напрямів попередження та ліквідації загроз соціальній безпеці у сфері громадського здоров'я [18; 24];
- обґрунтуванню необхідності розроблення дієвих засобів, застосування який визначатиме параметри утвердження й збереження здоров'я населення, виходячи з нормативів та інструментарію у цій сфері [24];
- розрахунку потреби в загальних, спеціалізованих і високоспеціалізованих медичних послугах/допомозі;

– визначенню переліку та обсягів ресурсів, необхідних для розвитку сфери охорони здоров'я та конкретного закладу цієї сфери].

Однак означений моніторинг (як і наукові публікації та дисертаційні дослідження) здебільшого стосується сфери охорони здоров'я загалом, або ж державного та/чи приватного його секторів. При цьому, особливо зважаючи на проблематику даного дослідження, особливий інтерес викликає моніторинг ситуації та її оцінювання саме у приватному секторі сфери охорони здоров'я України.

Передусім слід зазначити, що популярність ПЗОЗ в Україні і, відповідно, кількість звернень саме до них невинно зростає.

Хоча ринок недержавних медичних послуг (як і приватного сектора сфери охорони здоров'я) почав розвиватися ще в 1990-х рр., але своєї активності він досяг лише в 2000–2010-х рр., коли був пік появи й розвитку нових ПЗОЗ (клінік, лабораторій, діагностичних центрів, лікувально-курортних закладів...) [45]. За загальною їх кількістю (більш як 30 тис.), ПЗОЗ уже давно випередили ДУ. Проте переважну більшість ПЗОЗ представлено стоматологічними та офтальмологічними клініками. Кількість приватних клінік із широким спектром надання медичних послуг допоки незначна [33]. Так, до прикладу, у Києві на початку 1990-х рр. було загалом лише дві приватні багатопрофільні клініки, а нині їх понад 50 (що складає близько 5 % від загальної кількості закладів сфери охорони здоров'я) [37], й зосереджені вони виключно у містах-мільйонниках, де вже давно між ПЗОЗ відбувається конкурентна боротьба за своє місце на ринку медичних послуг [33].

Завдяки натхненній діяльності, спрямованій на їхній розвиток, окремі ПЗОЗ стали очевидними лідерами ринку медичних послуг, їхні прибутки вимірюються десятками мільйонів гривень. Беззаперечним лідером при цьому є ТОВ «Сінево Україна», чії доходи перевищили € 0,8 млрд. (2016 р.). До першої трійки також потрапили компанії ТОВ «Медікс-рей Інтернешнл Груп» (Лікарня ізраїльської онкології «LISOD») і ТОВ «Медичний центр «МЕДІКАЛ»» (Медичний центр «INTO-SANA»). Цікаво, що кожна компанія-лідер йшла до

успіху своїм шляхом: ТОВ «Сінево Україна» – за рахунок розбудови мережі медичних лабораторій (нині налічує понад дві сотні представництв у різних регіонах України); Лікарня ізраїльської онкології «LISOD» – від діяльності центрального офісу (Київська область). При цьому, все ж, простежується певна закономірність: медичні лабораторії та діагностичні центри (і це цілком природно, зважаючи на специфіку їхньої діяльності) можуть забезпечити свій успіх лише за рахунок масштабування (створення максимальної (понад 50), але економічно обґрунтованої мережі своїх представництв по всій території країни чи в окремих її регіонах); спеціалізовані клініки теж намагаються розширити свою присутність в різних регіонах за рахунок створення своїх представництв (від 3); лікувально-оздоровчі заклади здебільшого мають 4–11 об'єктів у одній місцевості (Карпати, Крим...) [30].

Дійсно, більшість великих приватних клінік («Добробут», «Medikom», «Борис»...) було засновано в Києві, а вже потім відбулося їхнє розширення за рахунок відкриття власних філій в інших крупних містах України. Водночас, є випадки (до прикладу, «Медичний Центр Святої Параскеви»), коли приватну клініку було засновано у Львові, а після набуття успіху вона відкрила свою філію у Києві. Загалом карта, на якій відображена регіональна присутність лідерів ринку приватної медицини, практично заповнена позначками медичних лабораторій. Загалом до списку лідерів потрапили медичні заклади різної спеціалізації, як-от: 8 багатопрофільних медичних заклади, 3 курортних заклади, 3 клініки репродуктивного здоров'я, 2 онкоклініки та 4 медичні лабораторії. Відтак, українці звертаються до ПЗОЗ за різних ситуацій: для відвідування «звичайних» лікарів, проведення діагностики, реабілітаційного чи профілактичного санаторно-курортного лікування, так і для вирішення більш складних питань (зокрема, в онкології та репродуктивній медицині).

Щодо ситуації Харкові, то вона типова для мегаполісів України. ПЗОЗ зосереджені здебільшого в локаціях з розвиненою транспортною інфраструктурою та найбільшою щільністю платоспроможного населення (Шевченківський, Салтівський і Київський райони). Перспективними для

розміщення нових ПЗОЗ є райони, які нині активно забудовуються (Холодногірський, Основ'янський та Індустріальний). Тобто, потреба в якісних медичних послугах зростає зі збільшенням чисельності населення та підвищенням його добробуту. Та й вартість оренди в названих районах нині порівняно низька. Промислові ж райони (Новобаварський та Немишлянський), найменш привабливі для приватних клінік, але тут широко представлені пункти забору матеріалів для аналізів мережевих лабораторій.

Наразі ринок приватних медичних послуг в Харкові формують:

- ТОВ «Еввіва», ТОВ «On clinic» – багатопрофільні лікарні;
- ТОВ «Оптима плюс» – швидка невідкладна допомога;
- 150 приватних юридичних осіб, які надають допомогу у 191 лікувально-профілактичному закладі;
- 221 фізична особа-підприємець, що надають медичну допомогу за 223 адресами.
- 97 приватних юридичних осіб, які надають допомогу у 121 стоматологічній клініці;
- 619 фізичних осіб-підприємців [45].

Про загальний стан і тенденції розвитку приватного сектору сфери охорони здоров'я слід висновувати на підставі аналізу забезпеченості ПЗОЗ Харківської області лікарями та середнім медперсоналом (табл. 2.1).

Таблиця 2.1 – Забезпеченість лікарями та середнім медперсоналом ПЗОЗ Харківської області

Показники	2017 р.	2018 р.	2019 р.	2020 р.	2021 р.
Чисельність лікарів, осіб	1797	1986	2126	2375	1208
у т.ч. частка ПЗОЗ в Харківській області, %	11,6	15,7	16,8	16,1	9,4
Забезпеченість лікарями на 10 тис. населення	6,7	7,4	8,0	9,0	4,6
у т.ч. частка ПЗОЗ в Харківській області, %	11,6	15,6	14,0	16,1	9,4
Чисельність середнього медперсоналу, осіб	1057	1204	1341	1532	856
у т.ч. частка ПЗОЗ в Харківській області, %	4,5	5,4	6,4	7,7	4,8
Забезпеченість середнього медперсоналу на 10 тис. населення	3,9	4,5	5,0	5,8	3,3
у т.ч. частка ПЗОЗ в Харківській області, %	4,5	5,4	6,3	7,7	4,8

Упродовж 2017–2020 рр. мало місце стале зростання чисельність лікарів і медперсоналу ПЗОЗ Харківської області (на 32,2 та 34,3 %, відповідно), що обумовлено збільшенням частки приватного сектора ринку медичних послуг. Але позитивну тенденцію (табл. 2.1) було «зруйновано» пандемією COVID-19, оскільки погіршення епідеміологічної ситуації (у т.ч. призупинено (фактично, заборонено) планові оперативні втручання) спричинило «згорання» ринку медичних послуг, а з тим – майже двократне скорочення чисельність лікарів і медперсоналу. Практично тотожна ситуація стосується відносних показників забезпеченості населення фахівцями ПЗОЗ Харківської області.

Хоча, на відміну від ДУ та КНП, ПЗОЗ здебільшого надають медичні (консультативно-лікувальні) послуги, але є, все ж, певна частка і медичних послуг, що надаються в стаціонарах, що обумовлено наявністю відповідної кількості (менше 1 % по області) лікарняних місць (табл. 2.2). Упродовж 2017–2021 рр. на 41,0 % зросла їх абсолютна чисельність, і на третину – відносні показники забезпеченості лікарняними ліжками ПЗОЗ Харківської області.

Таблиця 2.2 – Забезпеченість лікарняними ліжками ПЗОЗ Харківської області

Показники	2017 р.	2018 р.	2019 р.	2020 р.	2021 р.
Наявність ліжкового фонду	166	201	207	235	234
у т.ч. частка ПЗОЗ в Харківській області, %	0,6	0,8	0,8	0,9	0,9

Упродовж 2017–2021 рр. на 63,1 % зріс рівень госпіталізації в ПЗОЗ Харківської області (табл. 2.3), що було пов'язано, зокрема, зі запровадженням сучасних технологій лікування (до прикладу, лабороскопії), а також зі збільшенням кількості ПЗОЗ, які безпосередньо співпрацюють з НСЗУ.

Таблиця 2.3 – Рівень госпіталізації в ПЗОЗ Харківської області

Показники	2017 р.	2018 р.	2019 р.	2020 р.	2021 р.
Всього проліковано хворих в стаціонарах цілодобового перебування	5566	5482	7290	8358	9078
Рівень госпіталізації на 100 жителів	0,21	0,20	0,27	0,32	0,35

За офіційними даними НСЗУ по Харківській області мають договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій на 2021 р. 15 приватних клінік (у т.ч. ПАТ «Завод Південкабель») та 31 ФОП. Тобто 41,7 % ПЗОЗ укласти з НСЗУ договори на надання медичних послуг населенню за державний кошт [22]. Завдяки цьому вони отримали додаткове джерело фінансування, а пацієнти – розширення пропозиції на ринку медичних послуг (передусім, ПМСД). При цьому зміст угоди НСЗУ з ПЗОЗ тотожний тим, що укладені з КНП, що обумовлено однаковими вимогами до ліцензування діяльності, кваліфікації спеціалістів, тарифів, матеріально-технічного оснащення та стандартів надання медичного сервісу і послуг [50].

Разом з тим, ПЗОЗ в Україні поки ще не належить домінуюча роль у наданні медичних послуг [45]: їхня частка на цьому ринку у 2012 р. становила понад 10 % [45; 65] (до речі, на початку 1990-х рр. – лише 1 %), що щонайменше ніж у 5 разів менше, ніж у розвинених країнах Європи. Варто відзначити, що економічна криза 2014–2015 рр. уповільнила темпи розвитку ринку приватних медичних послуг, оскільки його основні показники (обсяг і структура) істотною мірою залежить від конкуренції (появи нових КЗОЗ/КНП) та інфляції (збільшення цін не лише на медичні послуги, а й товари медичного призначення та послуги, що замовляють ПЗОЗ/КНП/ДУ). Надалі зберігається позитивна тенденція до зростання цього ринку (до прикладу, лише упродовж 2015–2018 рр. офіційний ринок приватних медичних послуг зріс на 64,6 %, перевищивши € 15,4 млрд.) [45]. Якщо ж взяти приватні стоматологічні послуги, то нині їхня частка складає 60 % [37], що обумовлено зростанням значення приватних стоматологічних закладів у її забезпеченні стоматологічної допомоги населенню: усі операції на щелепно-лицьовій ділянці та в ротовій порожнині – зростання з 3,5 % (2008 р.) до 30,1 % (2017 %); надання хірургічної стоматологічної допомоги у амбулаторних умовах – зростання з 4,3 % (2008 р.) до 14,7 % (2017 %). Виявлені тенденції засвідчують зростання попиту населення на стоматологічні послуги ПЗОЗ і наявність прошарку населення, готового сплачувати за них ринкову ціну [72].

Водночас слід констатувати, що значна тінізація українського ринку (у т.ч. і приватних) медичних послуг (в деяких ПЗОЗ донині наявні розрахунки готівкою без чека) істотною мірою ускладнює (унеможлиблює) отримання більш точних статистичних даних про реальні параметри цього ринку.

Більшість ДУ і КНП не мають змоги придбати та обслуговувати дороге діагностичне обладнання та їм бракує коштів на оплату навчання спеціалістів, основна частина комп'ютерних і магнітно-резонансних томографій виконується у ПЗОЗ. Тотожне стосується і діагностичних досліджень, оскільки приватні всеукраїнські/регіональні мережі лабораторій вже давно стали альтернативою черг в ДУ та КНП. За потреби також є можливість провести діагностику, користуючись послугою «забір матеріалу вдома». Та й не останню роль відіграє той факт, що результати діагностики можна отримати on-line.

Слід виділити найбільш значущі фактори, що обумовили позитивну динаміку приватного сектора сфери охорони здоров'я України:

- багато ПЗОЗ мають систему лояльності для пільгових категорій населення (зокрема, пенсіонерів), а також пропонують знижки на звернення вдруге та інші пільги й акції;
- інтенсивне використання реклами та наявність вдало розроблених, зручних у використанні сайтів, де можна знайти всю необхідну інформацію: особливості функціонування ПЗОЗ та його локація; перелік і ціни на доступні медичні та супутні послуги; лікарів і медперсонал...;
- монопольне володіння деякими ПЗОЗ унікальними методиками лікування та високоякісною апаратурою, забезпечити які можливо лише шляхом приватних інвестицій;
- незадовільна якість медичних послуг, що надаються ДУ та КНП – є головним поштовхом до розвитку ПЗОЗ в Україні;
- необхідність звернення до вузькоспеціалізованих фахівців через брак кваліфікованих спеціалістів і недоступність таких консультацій в ДУ та КНП (незручне розташування та/чи графік роботи, необхідність очікування тощо);
- якість, доступність сучасної діагностики [45].

При цьому не можна оминати увагою окремі дискусійні положення, що потребують додаткових коментарів. Так, О. Літвінов стверджує, що «у ПЗОЗ порівняно із ДУ у кілька разів менша витратомісткість медичних послуг» [32], хоча загальновідомо, що саме ПЗОЗ використовують переважно сучасні (а відтак, більш дорогі) обладнання, інструменти, витратні матеріали (не кажучи все про вищу оплату праці лікарів і медперсоналу, аніж у ДУ та КНП), тому за собівартістю наданих ними медичних послуг їм тяжко конкурувати (певною мірою «пом'якшити» ситуацію може використання переваг «закону економії на масштабах виробництва» (до речі, це активно використовують мережеві приватні лабораторії (зокрема, «Аналітика», «Синево»...)), що дозволяє зменшити середні умовно-постійні витрати), хоча, водночас, ПЗОЗ здебільшого «виграють» за якістю таких послуг, а тому можуть встановлювати вищі ціни на них. У даному випадку більш коректним убачається твердження «про меншу затратомісткість», оскільки вищезгадане сучасніше обладнання дозволяє значно швидше проводити необхідні маніпуляції, а з тим – не лише підвищувати продуктивність праці персоналу ПЗОЗ, а й покращувати якість наданих ними медичних послуг.

Важливим елементом оцінювання результатів публічного управління розвитком приватного сектора сфери охорони здоров'я України є результати соціологічних досліджень, а саме:

- 69,7 % респондентів задоволені кількістю та якістю наданої інформації про маніпуляції, обстеження, рекомендовані лікарські препарати;
- 77,3 % – високо оцінили пропоновані методики обстеження та лікування;
- 86,3 % – задоволені організацією діагностичних обстежень;
- 88,4 % – цілком влаштовує організація лікувального процесу;
- 92,2 % – відзначили чітке дотримання графіку прийому пацієнтів;
- 75,9 % – задоволені якістю лікувальних процедур;
- 86,4 % – занепокоєні високими цінами на медичні та супутні послуги;
- 79,8 % – задоволені оперативністю діагностики [17].

Керівники ПЗОЗ достатньою мірою задоволені наявним у їхньому розпорядженні медичного обладнання:

- діагностичного – 75,0 %;
- лікувального – 83,3 %;
- реабілітаційного – 58,3 % [50].

Принагідно слід відзначити, що за більшістю критеріїв оцінювання ПЗОЗ отримали майже удвічі кращі (порівняно з ДУ та КНП) результати. І що найважливіше – 87,6 % респондентів загальною мірою задоволені від отриманих медичних і супутніх послуг у ПЗОЗ.

Як правило, причинами надання переваги зверненню до ПЗОЗ є впевненість пацієнтів, що гарний ресурсний потенціал (залучення кваліфікованих і вмотивованих кадрів, використання сучасного медичного обладнання й більш прогресивних методик і технологій діагностики та лікування) стане запорукою кращих результатів лікування [17].

Приватні лабораторії за власні кошти, а також за кошти власників та інвесторів закуповують обладнання, реактиви, витратні матеріали, засоби захисту, засоби знезараження та послуги з утилізації відпрацьованого й потенційно зараженого матеріалу, а також створюють нові робочі місця, виплачують преміальні за роботу в умовах підвищеного інфекційного ризику. На ПЗОЗ спрямована вся бюрократична система контролю та регулювання. Таким чином, функціонувати та розвиватись ПЗОЗ принципово важче, оскільки вони не мають жодних пільг і додаткових надходжень з різного роду бюджетів (державного чи місцевого), на відміну від ДУ та КНП [45].

Позитивною тенденцією в приватному секторі сфери охорони здоров'я України є те, що клієнти ПЗОЗ (особливо в сегменті преміям) отримали додаткові можливості якісніше стежити за своїм способом життя та отримувати якісніші медичні та супутні послуги [12].

Можна передбачити зростання мереж медичних центрів, доступних більшості жителів України, які за рахунок великого обороту й чисельності клієнтів, можуть отримати високу рентабельність. Водночас, реформовані КНП

зможуть переорієнтувати частину потоку пацієнтів на отримання послуг від приватних медичних закладів, а але за умови забезпечення належного сервісу надання медичних послуг (прийом за попереднім записом, відсутність величезних черг, якість та доступність медичних послуг/допомоги тощо). При такому розвитку подій приватним клінікам доведеться напружитися в боротьбі за клієнта. І це добре, бо тільки в конкуренції народжується кришталево чиста якісна медична послуга [45].

Отож, приватний сектор охорони здоров'я пройшов великий шлях становлення й зростання, перетворившись на важливу складову вітчизняної системи охорони здоров'я. При цьому слід погодитися, що розвиток приватного її сектору в Україні вже набув безупинного характеру й потребує [64] не лише зваженого публічного регулювання, а й підтримки його подальшого розвитку (у т.ч. за рахунок належного реагування на наявні виклики у цій царині, як-от: військовий стан, надзвичайні ситуації епідеміологічного характеру, старіння націй, глобалізація, урбанізація, НТП...).

2.2 Проблеми розвитку приватного сектора сфери охорони здоров'я

Нестабільність макроекономічної, епідеміологічної та політичної ситуації негативно позначились на реальних доходах населення (в умовах економічного зростання доходити підвищувалися повільно, а за умов рецесії та кризи – різко скорочувалися; інфляція знецінювала заощадження; повномасштабна військова агресія призвела до зростання частки бідних осіб не лише за доходами, а й за статками). Водночас, має місце неухильне зростання цін на комунальні та інші послуги, на товари медичного призначення (до того ж, більшість з них є імпортними, а тому ще й чутливі до коливання курсу валют).

Нині як ДУ та КНП, так і ПЗОЗ вирішують проблеми, пов'язані з управлінням якістю медичних послуг/допомоги за умов обмежених фінансових і матеріально-технічних ресурсів, що виділяють на розвиток вітчизняної сфери

охорони здоров'я [76]. Проте у цьому контексті держава здебільшого демонструє організаційну й інституційну інертність [24], що, зокрема, обумовлено наявним рівнем соціально-економічного та політичного розвитку держави та тих її інституцій, які забезпечують функціонування цієї сфери, від структурно-функціонального впливу якої, зрештою, значною мірою залежить і рівень національної безпеки [94].

Тому, певною мірою не дивно, що за останні роки приватний сектор сфери охорони здоров'я розвивався самостійно (почасти, спонтанно та хаотично), оскільки донині відсутня національна програма розбудови приватного сектора сфери охорони здоров'я (означені положення навіть відсутні у дорожній карті з розвитку сфери охорони здоров'я, затвердженій МОЗ). В Україні йому, радше за все, продовжує відводитися другорядна роль у формуванні (особливо зважаючи, що це відбувається в умовах ринкових відносин) національної системи охорони здоров'я.

Більше за те, ніби елементарним є наявність єдиного загальнодержавного реєстру підприємств, установ і закладів приватного сектору сфери охорони здоров'я, але й він відсутній, що, окрім іншого, ускладнює аналіз його діяльності, а з тим – виявлення нагальних проблем і розробку заходів підтримки (з боку уповноважених органів публічного управління), спрямованих на їх вирішення. До того ж, донині відсутня чітка загальнодержавна системи ПЗОЗ, яка функціонує з дотриманням принципів і науково обґрунтованої методології власного розвитку, що спирається на адекватну нормативно-правову базу та вигідні інвестиційні програми [15].

Загальновідомо, що для будь-якого виду діяльності важлива належне стимулювання персоналу. І якщо раніше ПЗОЗ могли похизуватися, що рівень оплати праці їхніх лікарів і медперсоналу помітно вищий за колег у КНП та ДУ, то починаючи з січня 2022 р. (під впливом чергової «хвилі» медичної реформи) ця різниця стала не настільки помітною. За таких умов ПЗОЗ зіштовхнулися з проблемою, що їм складніше не лише залучити, а й утримати своїх фахівців (особливо висококваліфікованих, які на базі ДУ та КНП можуть мати, крім

підвищеної оплати праці, значні дотикові тіньові доходи). Саме тому ПЗОЗ змушені ще більшою мірою підвищувати рівень оплати праці персоналу, що, звісно, негативно позначається на витратах, а з тим – на собівартості медичних послуг і ефективності діяльності ПЗОЗ. При цьому утримання/залучення висококваліфікованих лікарів (передусім, за рахунок користування їхньою клієнтською базою) допомагає ПЗОЗ генерувати значний обсяг доходу від надання платних медичних і супутніх послуг, тим самим «виправдовуючи» вищезгадані «додаткові» витрати; натомість, стосовно середнього і молодшого медперсоналу ситуація є більш складною, оскільки подальше підвищення рівня їхньої оплати праці може перевищити «ринковий» його рівень, що для ПЗОЗ є економічно недоцільним [4].

Доволі неоднозначним є ставлення населення до того аспекту медичної реформи, який пов'язує з розширенням частки приватного сектора сфери охорони здоров'я. Так, зокрема, 76 % населення обережно ставляться до запровадження відповідних інновацій, а 31 % взагалі переконані в тім, що вони негативно позначаються на здоров'ї населення [24].

Чимало пацієнтів нарікають, що при зверненні до ПЗОЗ вони змушені «підтверджувати» попередні діагнози та оплачувати додаткові (здебільшого, повторні) медичні послуги (комп'ютерні обстеження, лабораторні дослідження, консультації лікарів...), що пацієнтами сприймається не лише як недовіра до фахівців інших ДУ/КНП/ПЗОЗ, а й як бажання отримати додаткові доходи. Проте такі дії ПЗОЗ багатьма пацієнтами сприймаються як невиправдані, через що ті є озлобленими [4].

Проведені узагальнення публікацій за даною проблематикою дозволили запропонувати наступну класифікацію проблем публічного управління у цій сфері:

1 Проблеми сфери охорони здоров'я, що опосередковано негативно впливають розвитку її приватного сектора:

– неврахування факторів, які створюють загрози здоров'ю нації та національній безпеці;

- відсутність внутрішньо узгодженої системи оздоровлення населення;
- погіршення екологічної ситуації, що ускладнює забезпечення національної безпеки;
- порівняно низькі доходи (статки) значної частини населення [86];
- дефіцит висококваліфікованих лікарів і медперсоналу [72; 86];
- відсутність міжнародних медико-санітарних стандартів регламентування стану навколишнього середовища;
- відсутність єдиної глобальної координації між національними системами охорони здоров'я [24];
- недосконалість і декларативність системи забезпечення населення ліками;
- недосконалість системи зубопротезних послуг;
- недосконалість системи організаційно-кадрового забезпечення медичних послуг/допомоги;
- низький рівень доступності медичних послуг/допомоги;
- низький рівень розвитку паліативної допомоги [2];
- високий рівень декларативності публічно-управлінських рішень щодо розвитку сфери охорони здоров'я;
- недостатнє фінансування сфери охорони здоров'я;
- низька ефективність кадрової політики у сфері охорони здоров'я;
- низька якість медичних послуг/допомоги [93];
- адміністративні бар'єри та бюрократичні перепони;
- відсутність у широких верств населення культури ведення здорового способу життя;
- масштабна корупція;
- надмірні особисті витрати населення на оплату медичних послуг;
- нечіткість, суперечливість і розпорошеність правової бази щодо розвитку сфери охорони здоров'я;
- правові колізії;
- територіальні диспропорції розвитку ринку медичних послуг [72];

- недостатній рівень фаховості та відсутність відповідної освіти управлінського персоналу закладів сфери охорони здоров'я;
- спротив окремих керівників і персоналу необхідним змінам і новим управлінським технологіям [59];
- недостатня персональна відповідальність представників уповноважених органів публічного управління у сфері охорони здоров'я [74];
- відсутність системності у розподілі медичних послуг;
- відсутність цивілізованої конкуренції в сфері охорони здоров'я України;
- до кінця сформований гарантований пакет медичних послуг, доступний кожному громадянину;
- диференціація якості медичних послуг залежно від рівня кваліфікації лікарів і медперсоналу;
- невідповідність співвідношення «ціна – якість медичної послуги» [76];
- дисбаланс кадрового і матеріально-технічного забезпечення й ліжкового фонду різних рівнів трирівневої системи надання медичної допомоги для окремих нозологій;
- невідповідність регіональної системи підготовки кадрів потребам трирівневої організації медичної допомоги;
- висока поширеність поведінкових (недостатня рухова активність, зловживання наркотиками, нераціональне незбалансоване харчування та ожиріння) та біологічних факторів ризику неінфекційних захворювань (гіпертонія, гіперхолестеринемія);
- відсутність прозорого та зрозумілого населенню зв'язку між обсягом та якістю медичних послуг/допомоги, і обсягом фінансування ДУ/КНП/ПЗОЗ як її надавача;
- відсутність у пацієнтів довіри до лікарів;
- надмірне навантаження на стаціонарну допомогу при відносно слабкому розвитку первинної, реабілітаційної, медико-соціальної допомоги та недостатня координація діяльності медичних установ і лікарів на різних етапах надання медичної допомоги;

- нерозвиненість механізмів публічно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я;
- неповна відповідність системи підготовки кадрів потребам сучасної трирівневої системи надання медичної допомоги;
- орієнтація на лікування захворювань, а не на їх запобігання, низька мотивація населення до здорового способу життя, висока поширеність поведінкових факторів ризику захворювань;
- відсутність ефективного об'єднання (фрагментарність) фінансових ресурсів системи охорони здоров'я;
- відсутність мотивації персоналу ДУ/КНП/ПЗОЗ до підвищення ефективності/результативності своєї діяльності;
- неефективний захист населення від ризиків, пов'язаних з витратами на отримання медичної допомоги [78];
- відсутність механізмів зацікавленості виконавців у результаті та якості праці;
- незбалансованість ресурсів і обсягів допомоги; екстенсивний шлях розвитку сфери охорони здоров'я;
- збільшення частки більш дорогих видів медичних послуг [20];
- висока (у середньому 58,5 %) зношеність основних фондів у ДК та КНП (у т.ч. медичного обладнання – 64,0 %) [92];
- відсутність зв'язку між фінансуванням і результатом діяльності закладів;
- невизначеність у законодавстві й нормативно-правових актах чіткого переліку медичних послуг/допомоги, що мають отримувати пацієнти у лікувальних закладах;
- недостатнє фінансування сфери охорони здоров'я, внаслідок чого громадяни змушені витратити на медичні послуги значні кошти;
- неефективне фінансування закладів і неможливість ефективного управління ними [29];
- вузьке коло пропозицій медичних послуг на ринку;

- відсутність стимулів для інвесторів вкладати кошти у сферу охорони здоров'я;
- відсутність стимулів для ДУ та КНП і їхнього медперсоналу для економії витрат і підвищення якості медичних послуг/допомоги;
- недостатній рівень консолідації зусиль громадян і медичних закладів у справі збереження здоров'я населення;
- низька насиченість сфери медичних послуг кваліфікованими менеджерами [45].

2 Проблеми розвитку приватного сектора сфери охорони здоров'я:

- відсутність єдиного загальнодержавного реєстру підприємств, установ і закладів приватного сектору сфери охорони здоров'я;
- відсутність національної програми розбудови приватного сектора сфери охорони здоров'я [15];
- надмірний контроль органів публічної влади за діяльністю приватних кабінетів/клінік [72];
- висока собівартість медичних і супутніх послуг у ПЗОЗ;
- неготовність власників ПЗОЗ впроваджувати нові технології;
- недостатня кількість приміщень для відкриття нових приватних клінік;
- нерівні умови конкуренції ПЗОЗ із ДУ та КНП через різні можливості доступу до матеріальних і адміністративних ресурсів;
- тіньова медицина та непрозорість ринку через незначну й недосконалу статистику в приватного секторі сфери охорони здоров'я [9];
- недосконала законодавча й нормативно-правова бази щодо сприяння розвитку ПЗОЗ [9; 45];
- дефіцит висококваліфікованого та вмотивованого лікарського та молодшого/середнього медперсоналу [4; 5; 9], що обумовлено як демографічною кризою кінця ХХ ст., так і недоліками сучасної медичної освіти, внаслідок чого загострюється боротьба за талановитих лікарів «старої школи» [45] та за перспективну «молодь»;
- низька купівельна спроможність більшості населення [4; 5];

- невизначені перспективи й ризики в сучасних умовах медичної реформи;
- низька залученість ПЗОЗ до виконання загальнодержавних медичних програм;
- низький рівень розвитку ПЗОЗ за межами великих міст (наприклад, в сільській місцевості й малих містах приватні медичні послуги здебільшого обмежуються стоматологією і діагностикою, при чому діагностику нерідко здійснюють приїжджі фахівці);
- високі вхідні бар'єри на ринок (зокрема, значні початкові інвестиції);
- ПЗОЗ не сприймаються як рівноправні з ДУ та КНП у правовому і соціальному аспектах [5];
- наявність додаткових перепон під час акредитації та ліцензування;
- обмеження в окремих видах професійної діяльності (зокрема, що пов'язано з використанням наркотичних засобів, видачею лікарняних листків);
- потерпають від тиску бюрократичної системи контролю і регулювання;
- відсутність жодних пілг і додаткових надходжень із бюджетів будь-яких рівнів.

Отож, можна погодитися, що нині для ДУ та КНП створені більш сприятливі умови функціонування та розвитку, ніж для ПЗОЗ [45]. Проте для докорінного покращання ситуації необхідна зміна ставлення уповноважених органів публічного управління до подальшого функціонування приватного сектора сфери охорони здоров'я на теренах України.

РОЗДІЛ 3

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ПРИВАТНОГО СЕКТОРА СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1 Адаптація до умов України передового світового досвіду щодо розвитку приватного сектора сфери охорони здоров'я

У більшості країн публічне управління щодо розвитку сфери охорони здоров'я розглядається як частина соціальної політики та полягає у розробленні загальних принципів діяльності уповноважених органів публічної влади щодо забезпечення розвитку системи охорони здоров'я, попри різноманітність її форм і стану здоров'я населення [43]. Особливості національних моделей організації системи охорони здоров'я визначаються багатьма обставинами, але визначальну роль відіграють рівень соціально-економічного розвитку країни та добробуту населення, способи залучення та використання фінансових ресурсів, їх обсяги, розвиток страхової медицини [31]. Жодна розвинена країна світу не може забезпечити всіх потреб у медичних послугах, ліках та інших технологіях виключно державними коштами без залучення програм приватного страхування та «спів платежів». Обсяг програм державних гарантій надання медичної допомоги не однаковий у різних країнах. Нечіткими, а подекуди й взагалі не зазначеними в нормативних документах залишаються питання гарантій надання конкретних видів медичної допомоги, можливість забезпечення ліками й медичними препаратами тощо [28]. При цьому медична реформа реалізується за принципами солідарності, загальнодоступності надання медичної допомоги, фінансування сфери охорони здоров'я [73] й передбачає реалізацію комплексу заходів за такими пріоритетними напрямками:

– відмова від централізованого державного контролю й опора на ринкові механізми;

- зростання витрат на сферу охорони здоров'я;
 - нормування послуг, обмеження на вибір лікаря й інші перешкоди щодо доступу до медичних послуг/допомоги;
 - обмеженість дії медичного страхування щодо надання відповідних медичних послуг;
 - співпраця між державним і недержавним секторами сфери охорони здоров'я населення [17];
 - широке використання принципів тотального менеджменту якості медичних і супутніх послуг [19];
 - забезпечення рівного доступу всіх верств населення до необхідного забезпечення охорони здоров'я;
 - надання пільг для соціально незахищених груп населення [28];
 - підвищення ефективності національних систем охорони здоров'я у поєднанні з механізмами стимулювання суспільних витрат на охорону здоров'я
- концепція «доброго управління» [73];
- стратегічна доцільність розширення обсягів високотехнологічних медичних послуг/допомоги [24];
 - скорочення нерівності (диспропорцій) стосовно доступу різних верств населення до медичних послуг/допомоги;
 - забезпечення відповідальності й дій кожного сектора сфери охорони здоров'я в інтересах населення;
 - інвестування в ефективні/результативні заходи, що здатні вирішувати проблеми здоров'я населення;
 - прогнозування змін і підтримка інновацій у сфері охорони здоров'я [77];
 - глибокий технологічний прорив дозволив успішно виконувати складні оперативні втручання (до прикладу, відновлення прохідності судин серця, ендопротезування колінного і тазостегнового суглоба...), що суттєво підвищив клінічні результати медичної діяльності [82].

Європейські країни мають змішані за формою власності системи надання медичних послуг/допомоги, сфера охорони здоров'я є децентралізованою до

місцевого рівня. Їй притаманний високий рівень відповідальності за надання послуг, широко використовується зовнішній аудит медичних послуг, лікарні орієнтуються на розвиток медичних технологій [16].

Дедалі більшого поширення в світі отримує стратегія інституційних перетворень систем охорони здоров'я на основі використання різних форм власності. Останнім часом за кордоном чітко проглядається тенденція збільшення частки приватного сектора в наданні стаціонарної медичної допомоги, який досить активно конкурує з державними лікарнями, надаючи якісні послуги та більш комфортні умови перебування. Використання різних форм власності сприяє впровадженню ринкових стимулів, підвищенню якості та ефективності/результативності управління цими процесами [42]. Для управління лікарнями та іншими медичними закладами охорони здоров'я застосовуються форми публічно-приватного партнерства (далі – ППП), зокрема контракти на управління, лізинг, концесія, контракти на послуги. Умови ППП визначаються окремою угодою, об'єкти залишаються в державній і комунальній власності, але керівництво та управління здійснює приватний сектор з орієнтацією на отримання прибутку [16]. Так, зокрема, виділяється приватне управління лікарнями, що знаходяться в державній власності (Португалія), державне управління лікарнями, що знаходяться в приватній власності (Великобританія) [40].

У Великобританії в останні роки з'явилися приватні лікарні, які працюють в системі NHS. В Італії та Іспанії, де переважають державні лікарні, ряд приватних некомерційних установ також активно бере участь в наданні медичної допомоги в рамках державної системи охорони здоров'я. В країнах зі страховою моделлю частка приватних некомерційних і комерційних лікарень значна й може становити 50 % а то й навіть досягати 100 %. Так, в Нідерландах практично всі лікарні приватні, але вони займаються наданням медичних послуг в рамках системи обов'язкового медичного страхування. В США на приватні некомерційні лікарні доводиться 70 % всього ліжкового фонду, на приватні комерційні та державні – по 15 %. Державні лікарні мають право

обслуговувати приватних пацієнтів. Послуги лікарень незалежно від форми власності оплачуються однаковим чином – методом плати за послугу або за день перебування на ліжку. Універсальний доступ до послуг охорони здоров'я в поєднанні з незалежністю та ініціативою приватних постачальників не тільки сприяє розвитку конкуренції та підвищенню якості послуг, але й дозволяє країнам з бюджетною та страховою моделями домагатися збалансованості витрат на охорону здоров'я й скорочувати управлінські витрати. Однак в умовах переважання якогось одного каналу фінансування нерідко виникає проблема зайвої бюрократизації, що в ряді країн (Канада, Великобританія) призводить до невиправдано великих черг на отримання медичних послуг й тим самим стимулює попит на приватне страхування [85].

Водночас, стримуючим фактором розширення приватизації стаціонарних установ стає ослаблення соціальної ролі сфери охорони здоров'я особливо щодо найбільш вразливих верств населення (Ізраїль, Нідерланди, США, Угорщина, Чехія, Швеції...) [40].

Основним критерієм оцінки якості роботи лікарів в Японії є навіть не оснащення японських клінік, а відсоток успішно виконаних процедур та операцій. Японські клініки в основному приватні (80 %), однак через те, що всі тарифи на оплату їх послуг встановлюються державою, для пацієнтів немає істотної різниці у виборі між приватною або державною клінікою [36].

Послуги приватних лікарів **Великобританії** оплачуються або за рахунок страхових компаній, або за власний рахунок пацієнтів. Велика кількість лікарів крім приватного платного прийому в своїх клініках, у певні дні тижня можуть вести прийоми і в безкоштовних лікарнях. Тому, потрапивши до них як на платній, так і на безоплатній основі можна сподіватися на цілком професійний і кваліфікований підхід. Приватні лікарі більше схожі на сімейного лікаря, який може прийти за викликом. Якщо прийти в аналогічну приватну клініку на прийом, рахунок за послуги вийде значно дешевше. Рекомендації приватного лікаря, на відміну від державного, можуть бути більш тривалими за часом та кількістю уваги і характеризуються можливістю заощадити час і отримати

направлення до фахівця по першій вашій необхідності. Якщо у пацієнта є страховка, перед відвідуванням приватного лікаря фахівця все одно потрібно за напрямом звернутися спочатку до безкоштовного або платного GP (далі – General Practitioner). Потім зателефонувати до страхової компанії, дізнатися список акредитованих у них лікарів і узгодити майбутню оплату. Іноді, якщо лікар дуже «дорогий» (а відтак – затребуваний і висококваліфікований), страхова може оплатити не весь рахунок, а лише його частину. Проте у разі необхідної операції в приватній клініці, страхова компанія Великобританії, як правило, покриває всі витрати, а це може становити декілька тисяч фунтів стерлінгів [70].

Ліцензування лікарів у [Великобританії](#) здійснюється General Medical Council (далі – GMC). Згідно з діючим законодавством, надання медичної допомоги як в термінових випадках, так і в інших обставинах, є легальним і не залежить від наявності чи відсутності ліцензії. З іншого боку, особи, які не мають лікарської ліцензії, позбавлені деяких прав, пов'язаних з медичною діяльністю, тобто не можуть вимагати оплати за лікування в суді, виписувати рецепти на лікарські препарати, а також не можуть займати позицію лікаря в державних лікарнях та інших суспільних установах. Також спроба видавати себе за особу, що має медичну ліцензію, вважається злочином. Британські лікарі, що працюють за кордоном, не повинні мати ліцензії, але можуть отримати реєстрацію GMC як підтвердження кваліфікації і доброї репутації. Лікарів, що мають реєстрацію та ліцензію, отриману від GMC, вносять до онлайн-реєстру, який дозволяє в будь-який час перевірити, чи має лікар право на професійну діяльність у Великобританії. Для продовження фахової праці лікар повинен регулярно поновлювати ліцензію, підтверджуючи, що відповідає кваліфікаційним вимогам. Зазвичай рішення щодо відновлення ліцензії лікаря приймається кожні 5 років. Також з лікарів, яким була надана ліцензія чи реєстрація GMC, щорік стягуються внески. Невнесення відповідної суми може привести до відкликання ліцензії та реєстрації. Лікар, що не отримав ліцензії, може подавати заявку на отримання посади за фахом. Через значну

конкуренцією на ринку праці, GMC наполегливо рекомендує лікарям знайти посаду, перш ніж отримати ліцензію [67].

Близько 30 % населення [Австрії](#) нині користуються приватними медичними страховками. Це дає змогу їм самостійно обрати лікаря і передбачає виплату компенсацій у разі виникнення певних захворювань. Але протягом останніх років, частка приватного ринку у сфері медичного страхування знижується, що підтверджує зростання рівня розвитку державного медичного страхування і системи охорони здоров'я країни загалом [69]. Проте, який би варіант не обрали австрійці (добровільну соціальну або приватну медичну страховку), у будь-якому випадку їм гарантовано якісне лікування за передовими технологіями.

У [Швейцарії](#) сфера охорон здоров'я практично повністю є приватною, де домінують приватні кабінети та невеликі клініки. При цьому держава покриває 2/3 усіх витрат на утримання цієї сфери, а решту складають поліси медичного страхування та оплата медичних послуг. ПЗОЗ також можуть отримувати державні субсидії для забезпечення населення швидкою невідкладною допомогою.

Іспанія вирізняється високої ціною приватних медичних послуг, тому щонайменше 90 % пацієнтів ПЗОЗ мають поліси медичного страхування, що мінімізує додаткові виплати у разі необхідності будь-яких обстежень, лікування, операцій тощо.

Будь-який лікар, який має відповідну кваліфікацію, може відкрити в [Німеччині](#) свій кабінет і на платній основі надавати спектр медичних послуг. Тому тут близько 45 % медичних послуг надають ПЗОЗ, що свідчить про високу конкуренцію на цьому ринку, а відтак – необхідність тримати максимально високу «планку». Вартість лікування залежить від статусу ПЗОЗ, кваліфікації лікаря та виду медичних послуг. На остаточний кошторис здебільшого впливає діагноз пацієнта, наявність ускладнень, супутніх захворювань і загального фізичного стану.

Система охорони здоров'я Канади базується на приватних клініках і лікарях, яким держава оплачує витрати на лікування пацієнтів, що мають державну страховку Health Card. У Канаді будь-який лікар, який вирішив займатися приватною практикою, може без проблем це реалізувати, однак при умові повного звільнення з роботи в державному секторі. Єдиною суттєвою перевагою ПЗОЗ перед державним в Канаді є відсутність черг. На фінансування системи охорони здоров'я в Канаді кожен працюючий громадянин сплачує близько 10 % у вигляді податків від свого доходу, що є суттєвим фінансовим тягарем. Однак за рахунок цих коштів система охорони здоров'я загалом отримує високоефективне медичне обладнання, гідну заробітну плату лікарів й іншого медперсоналу та дбайливе ставлення до всіх без винятку пацієнтів [28].

Отож, наразі в світі накопичено значний позитивний досвід розвитку приватного сектора сфери охорони здоров'я, але його необхідно, передусім, адаптувати до демографічних, політичних, соціально-економічних й інших умов, притаманних сучасній Україні. При цьому також слід враховувати ймовірні прямі та непрямі ефекти зміни від запровадження адаптованого передового досвіду у цій сфері.

3.2 Запровадження публічно-приватного партнерства як механізму розвитку приватного сектора сфери охорони здоров'я

ПЗОЗ, як і ДУ та КНП, останнім часом намагаються розширити свої можливості за рахунок застосування різних сучасних механізмів розвитку, одним з яких є ППП – підписання угоди між суб'єктом господарської діяльності приватної форми власності (до прикладу, ПЗОЗ) та органом публічного управління, згідно з яким перший (ПЗОЗ) бере зобов'язання стати співінвестором/інвестором і реалізувати проєкт, що є предметом угоди, а інший (орган публічного управління) – виконати свою частину економічних, організаційних та/чи інших зобов'язань. При цьому кожна зі сторін угоди має

свої повноваження, зобов'язання та міру відповідальності за кінцеві результати подібної співпраці.

Метою ППП є отримання взаємної вигоди публічної та приватної сторони, але при цьому є сенс у поєднанні їх найкращих сторін, що може слугувати дійсно універсальним механізмом для рішення довгострокових задач, як-от створення і розвиток інфраструктурних проєктів, розробка та адаптація інноваційних перспективних технологій. Подібна взаємодія повинна бути підкріплена сприятливим середовищем, що передусім органи публічного управління створюють для збалансування ризиків і переваг [10].

Варто відзначити, проєкти ППП в сфері охорони здоров'я мають свою специфіку, а саме:

- необхідна збалансованість соціальних та економічних аспектів проєкту;
- особлива структура відносин суб'єктів, оскільки державний партнер має бути представлений або МОЗ (для ДУ), або місцевою владою (для КНП);
- заборона скорочення мережі ДУ та КНП;
- обмежений перелік медичних послуг, що сплачується НСЗУ [89].

При цьому слід пам'ятати, що запорукою успішності реалізації проєктів ППП є забезпечення вигоди для усіх його стейхолдерів:

- пацієнти – можливість безоплатно отримувати медичні послуги/допомогу високого рівня;
- лікарі та медпрацівники – отримання гідної оплати праці, можливість застосування інноваційних технологій для лікування хворих, розвиток науково-дослідницької діяльності;
- партнери та інвестори – можливість примножити тимчасово вільні активи, підтвердити свій статус «соціально відповідального бізнесу»;
- органи публічного управління – можливість створення конкурентного середовища на ринку медичних послуг.

Урегулювання відносин ППП на законодавчому рівні у більшості розвинених країн свідчить про їхню суспільну значущість в умовах розвитку інститутів громадянського суспільства.

Діючими суб'єктами ППП у сфері охорони здоров'я є:

- держава (виконує фінансову підтримку системи охорони здоров'я за рахунок коштів держбюджету);
- бізнес-структури (забезпечують виробництво/постачання товарів медичного призначення, виготовлення лікарських засобів, будівництво об'єктів охорони здоров'я тощо);
- громадськість [63] (інформують державного та бізнес партнерів щодо необхідності вирішення певних питань стосовно соціально-медичної сфери; сприяють приватному партнеру у вирішенні бюрократичних перепон на місцевому рівні [35]).

Взаємодія між органами публічного управління та ПЗОЗ передбачає різні договірні форми (договори оренди державного та комунального майна, інвестиційні договори, договори у рамках публічних закупівель, договори про спільну діяльність, концесійні договори тощо), які можна комбінувати. До того ж проєкти ППП є оптимальними як для довгострокової співпраці, так і для реалізації коротко- та середньострокових проєктів.

Коротко зупинимося на особливостях основних форм ППП:

- Договір концесії (укладається на 10–50 років) передбачає надання концесієдавцем (МОЗ або органом місцевого самоврядування) на платній основі переможцю концесійного конкурсу права на управління/експлуатацію цілісного майнового комплексу та чи іншої будівлі, за умови взяття на себе зобов'язання майнової відповідальності за результати його використання. Важливо, що при цьому не підлягає скороченню існуюча мережа ДУ та КНП.
- Договір про спільну діяльність передбачає, що публічний та приватний партнери зобов'язуються діяти спільно; без створення юридичної особи; для досягнення певної мети, що не суперечить законові. Найпоширенішим варіантом є передача у спільну діяльність з боку публічного партнера майна (об'єкти нерухомості, обладнання тощо), а з боку приватного – інвестицій (наприклад, у формі будівництва нових об'єктів, їхньої реконструкції тощо). Управлінська функція на практиці зазвичай делегується приватному партнеру.

Можливі дві форми спільної діяльності: без об'єднання вкладів і договір простого товариства. Форма «без об'єднання вкладів» не є ефективною для інвестиційних зобов'язань, а просте товариство як модель за участі державного підприємства передбачає ряд обмежень.

– Договір оренди передбачає платне, строкове користування державним та/чи комунальним майном, необхідним орендареві для здійснення ним підприємницької та іншої діяльності, а також відповідальність за збереження цього майна.

– Спільне підприємство передбачає поєднання капіталів (державної, комунальної та приватної власності), представництво кожного з учасників в управлінні таким підприємством, а також пропорційний внескам розподіл прибутків і відповідальності.

Залежності від їх спрямованості, виділяють такі типи проєктів ППП:

– Інфраструктурні проєкти – передбачають надання немедичних послуг бізнесом (будівництво або реконструкція приміщень; модернізація обладнання; фінансування діяльності; утримання та/чи експлуатація об'єктів нерухомості; управління діяльністю; капітальний та поточний ремонт приміщень, обладнання, інструментів; надання клінінгових і готельних послуг, а також з послуг харчування пацієнтів та/чи персоналу; організація паркінгу тощо).

– Інтегровані медичні проєкти – передбачають делегування ПЗОЗ надання медичних (спеціалізованих/високоспеціалізованих) або діагностичних послуг, забезпечення обладнанням та його сервісне обслуговування.

– Комбіновані моделі поєднують вищенаведені варіанти [37].

У межах реалізації проєктів ППП органи публічного управління, з одного боку, співпрацюють з ПЗОЗ, а з іншого – реалізують владні повноваження та регулюють економічну їхню господарську діяльність. Владні повноваження, з одного боку, засновано на обмеженнях (визначення переліку дозволених медичних послуг і регулювання цін на них) і санкціях, а з іншого – на державній підтримці (фактично, стимулюванні), що зрештою забезпечує збалансування інтересів стейхолдерів [6].

Пріоритетними напрямками ППП в сфері охорони здоров'я можуть бути:

- геріатрія;
- діагностика;
- медична освіта (університетські клініки, навчання іноземців);
- онкологія;
- ПМСД;
- серцево-судинні захворювання;
- трансплантація [60];
- створення мережі «банків крові»;
- створення діалізних центрів [47; 60];
- здійснення технічного обслуговування медтехніки та інформаційних систем;
- надання медичних послуг;
- проєктування, будівництво, реконструкція, модернізація та управління інфраструктурою медичних закладів;
- створення перинатальних центрів.

При цьому об'єктами ППП можуть бути як існуючі, так і відтворювані (шляхом модернізації, технічного переозброєння, реконструкції) споруди, що знаходяться у державній чи комунальній власності, й передаються ПЗОЗ для подальшої його експлуатації на строк, що дозволяє надалі окупити фінансові інвестиції. Дана модель особливо вигідна органам публічної влади у разі відсутності достатніх ресурсів для самостійної реконструкції ДУ/КНП. Для ПЗОЗ перевагою такої моделі є те, що держава повністю або частково може фінансувати надання медичних послуг. ПЗОЗ у межах договірних відносин можуть надавати деякі види медичної допомоги населенню на безоплатній основі (зокрема, щодо надання ПМСД декларантам чи спеціалізованої чи високоспеціалізованої медичної допомоги у межах державних гарантів), оскільки НСЗУ компенсує певну суму витрат на кожного пацієнта [47].

Виділяють такі етапи, що створюють структуру механізму взаємодії між стейхолдерами у межах ППП:

- 1 Ініціація та первинний відбір ППП.
- 2 Оцінка та структурування ППП.
- 3 Проєктування угоди ППП.
- 4 Конкурсні процедури і підписання угод ППП.
- 5 Моніторинг реалізації ППП [6].

Підтримання успішного ППП можливе за наявності таких важливих факторів:

- гнучкість зосередженість на пацієнтах;
- компетентність;
- надійність;
- технологічний потенціал [79].

Ризик, пов'язані з реалізацією ППП, є об'єктивним явищем, природа якого обумовлена неоднозначністю подій майбутнього [812].

Виділяють такі їх види:

- операційні ризики;
- політичні ризики;
- ризики виникнення недобудови;
- ризики відсутності чи падіння попиту на медичні послуги;
- ризики дострокового розірвання угоди;
- ризики неготовності об'єктів до експлуатації;
- ризики недоотримання прибутків;
- ризики недотримання визначених термінів виконання окремих етапів проєкту;
- ризики недофінансування;
- ризики неефективності експлуатації;
- фінансові ризики [56].

У початковому етапі необхідно проводити ідентифікацію та аналіз ризиків, розстановку ризиків за пріоритетом. Ймовірність виникнення ризику та подальший його вплив використовуються разом для встановлення пріоритетності стосовно інших ризиків для проєкту. Приватні партнери в

основному беруть участь у ППП для отримання прибутку. Тому вплив ризику на проєкт – це те, що відбувається з зиском від участі у ньому [34]. При цьому традиційні підходи до використання ППП – це не питання суто грошей (державних витрат). Тому не можна підходити до його розв’язання суто арифметично. Тут найбільше значення має співвідношення ціни та якості. Адже сфера охорони здоров’я є соціально, психологічно та етично чутливою. Тож дорожчий проєкт може бути більш прийнятним, ніж формально дешевший – з огляду на комплексність доступних послуг, їхню якість та інноваційність, екологічність та соціальний вплив [60].

ПЗОЗ масово ще не підтримують участь у ППП з таких причин:

- комерційні медичні установи, як правило, розглядають подібну роботу як малоефективну складову діяльності, оскільки за рахунок державних коштів витрати відшкодовуються тільки частково, а решту пацієнти змушені оплачувати самостійно;

- деякі керівники ПЗОЗ не мають бажання змішувати потоки заможних пацієнтів і тих, що звик користатися безоплатною медичною допомогою.

Ці проблеми також необхідно враховувати, розглядаючи шляхи активізації участі ПЗОЗ у ППП.

Для більш ефективного/результативного поєднання інтересів органів публічного управління та ПЗОЗ у формі ППП потрібно враховувати внутрішні та зовнішні фактори, що є впливовими, а відтак – вживати необхідних заходів, що передбачає забезпечення:

- кращого задоволення потреб пацієнтів;
- наявність сучасного обладнання;
- підбір кваліфікованих кадрів і створення комфортного середовища для лікарів і медпрацівників;
- підвищення ефективності управління ресурсами та витратами у ПЗОЗ;
- рівних конкурентних можливостей (єдині вимоги до організацій у сфері охорони здоров’я незалежно від форми власності, єдині підходи до оподаткування та ін.);

– справедливий розподіл ризиків (модернізація розрахунків з приватними медичними організаціями, створення спеціалізованих ризик-фондів для стабілізації кризових ситуацій у разі необхідності) тощо [47].

Очікувані результати запровадження ППП:

- в охорону здоров'я залучаються інноваційні технології;
 - звужується простір для корупції в охороні здоров'я;
 - зберігається та розширюється мережа медичних закладів державної (комунальної) власності;
 - зростає авторитет держави на міжнародному рівні, зростають прямі іноземні інвестиції;
 - розвивається інституційна спроможність української фінансової системи та публічного управління;
 - розвиваються медичні та фармацевтичні сектори економіки;
 - створюються робочі місця та розвиваються суміжні сектори економіки – будівництво, ІТ, виробництво медичної техніки й виробів, маркетинг, медичний туризм, наука і освіта;
 - створюються сучасні та високооплачувані місця для медпрацівників;
 - створюються умови для збереження та відтворення людського капіталу
- головного багатства держави [60].

Підбиваючи проміжний підсумок, слід зазначити, подальший розвиток ППП створює для вітчизняної сфери охорони здоров'я додаткові можливості. При цьому мова йде не стільки про взаємовигідну співпрацю ДУ та КНП з приватними інвесторами (допоки тут існують істотні, передусім, правові обмеження), скільки про активізацію співпраці ПЗОЗ як з ДУ та КНП, так і з тими представниками середнього та крупного бізнесу, які вже зараз усвідомлюють потенційну економічну та соціальну (а для когось, навіть, політичну) вигоду від участі у ППП, оскільки по мірі повернення «до мирного життя» та формування висхідної траєкторії макроекономічних показників, буде неухильно зростати попит на якісні медичні послуги.

3.3 Реалізація комплексу заходів за пріоритетними напрямками для подальшого розвитку приватного сектора вітчизняної сфери охорони здоров'я

Ураховуючи наявну ситуацію в українській сфері охорони здоров'я загалом, і в приватному її секторі зокрема, а також зважаючи на передовий закордонний і вітчизняний досвід у цій царині, актуалізується питання розробки дієвих механізмів сприяння розвитку ПЗОЗ через політику активних змін в сфері охорони здоров'я. Ключовим елементом такого механізму має стати формування взаємовигідної системи відносин в медично-економічному полі публічного та приватного секторів, а також врахування характеру економічних взаємозв'язків між суб'єктами медичної діяльності, що в сучасних умовах підпадають під дію всіх принципів і законів ринкової економіки. Наприклад, ПЗОЗ взаємодіють із споживачами й конкурентами, шукаючи найбільш вигідних постачальників [5].

Узагальнення напрацювань провідних вітчизняних науковців за даною проблематикою, а також власний практичний досвід дозволяє запропонувати комплекс заходів за пріоритетними напрямками для подальшого розвитку сфери приватного сектора вітчизняної сфери охорони здоров'я:

1 Продовження медичної реформи:

- активізація зусиль по запровадженню обов'язкового медичного страхування [7; 31; 73];
- здійснення комплексного модернізаційного реформування системи охорони здоров'я, враховуючи кращі вітчизняні традиції та провідну практику її функціонування у сучасному світі;
- перетворення конституційних прав і потреб населення у сфері охорони здоров'я на стратегічний пріоритет національної безпеки [24];
- зміна методології розвитку сфери охорони здоров'я, яка має базуватись на виключному врахуванні інтересів і потреб суспільства та на позиціях його найбільш активних суб'єктів;

- реалізації «Концепції розвитку системи охорони здоров'я»;
- покращання територіальної доступності медичних послуг/допомоги;
- вдосконалення мережі ДУ, КНП та ПЗОЗ [31];
- використання досвіду інших держав з розвинутою медициною для розвитку охорони здоров'я [90];
- реструктуризація сфери охорони здоров'я [83];
- посилення профілактичної спрямованості охорони здоров'я [80].

2 Вдосконалення механізмів публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я та приватного його сектора:

- активна участь інститутів громадянського суспільства [73; 83; 84];
- модернізація функціонування національної системи охорони здоров'я;
- докорінна зміна у ставленні до системи організації та забезпечення функціонування сфери охорони здоров'я;
 - запровадження публічно-управлінських інструментів з попередження кризи системи охорони здоров'я як умови підвищення показників захищеності національних інтересів і забезпечення національної безпеки держави [24];
 - розвиток інституційного та інституціонального забезпечення сфери охорони здоров'я [76; 90];
 - формування системи управління, її функціонування, координація і регулювання діяльності всіх учасників процесу надання медичної допомоги;
 - прийняття управлінського рішення, яке полягає в оцінці ситуації, плануванні та прогнозуванні основних показників діяльності системи охорони здоров'я в частині задоволення населення медичною допомогою;
 - контроль і аналіз обсягу та якості послуг, що надаються, а також ефективності використання наявних ресурсів, облік і звітність;
 - активізація просвітництва серед населення щодо популяризації здорового способу життя [90];
 - перехід на оптимізаційні моделі управління охороною здоров'я на основі формування єдиного медичного простору регіону [31];
 - розширення соціальної бази охорони здоров'я;

- усунення командно-адміністративних методів публічного управління сферою охорони здоров'я;
- децентралізація управління у сфері охорони здоров'я [83];
- розвиток системи управління якістю та доступністю медичних послуг/допомоги [95];
- налагодження взаємодії ПЗОЗ з органами публічної влади [5];
- модернізація системи управління з урахуванням змін організаційно-правової форми установ із подальшим розширенням їх автономії у фінансовій та управлінській діяльності;
- розвиток лікарського самоврядування; підтримка та сприяння створенню професійних асоціацій лікарів і молодших спеціалістів з медичною освітою; поетапна передача таким професійним асоціаціям певних повноважень від органів управління (зокрема в частині моніторингу своєчасного проходження післядипломної підготовки, атестації медичних кадрів, комплексної правової підтримки медичних працівників та їх юридичного захисту);
- поширення взаємодії та співпраці з вітчизняними й іноземними експертними і консалтинговими інституціями, із громадськими організаціями, асоціаціями пацієнтів, які опікуються проблемами конкретних груп хворих певних профілів, із соціально орієнтованим бізнесом;
- сприяння розвитку публічно-приватного партнерства при вирішенні найбільш актуальних проблем регіонального значення, підтримка відповідних інвестиційних та інноваційних проєктів і програм.

3 Підготовка фахівців для сфери охорони здоров'я:

- реформування системи медичної освіти [5; 24];
- забезпечення конкурентоспроможності освітніх програм, підвищення їх якості;
- забезпечення широкої доступності для населення професійної освіти на всіх його рівнях;
- посилення інноваційної складової медичної освіти;

- підвищення інтелектуального, технологічного, майнового і фінансового потенціалу професійної освіти в якості умови забезпечення стійкого економічного зростання й модернізації національної економіки;
- розширення майнової та фінансової бази професійної освіти за рахунок залучення позабюджетних джерел фінансування;
- створення нових спеціальностей відповідно до потреб зростаючої національної економіки;
- управління державним майном у сфері професійної освіти, отримання значного бюджетного ефекту, здійснення державних видатків з більшою ефективністю, досягнення відносної економії у витрачанні державних коштів;
- стимулювання зближення фундаментального і прикладного компонентів в освіті;
- здійснення перепідготовки та підвищення кваліфікації адміністративно-управлінського персоналу, навчання керівників ефективного менеджменту.

4 Розвиток ресурсного потенціалу вітчизняної сфери охорони здоров'я:

- оптимізація структури (розширення переліку «пакетів гарантованих медичних послуг» й покращання фінансування (підвищення тарифів відшкодування за цими «пакетами») програми державних гарантій безоплатної медичної допомоги населенню [1];
- системне оновлення переліку медичних послуг що надаються населенню безоплатної [24];
- розвиток транспортної інфраструктури (зокрема, створення умов для застосування авіаційних, водних, автомобільних спеціальних і спеціалізованих санітарних транспортних засобів);
- поєднання збільшення фінансування зі стримуванням зростання собівартості послуг та ефективним використанням ресурсів [73];
- поступова зміна механізму фінансування медичної допомоги [31] на основі кластерної моделі розвитку сфери охорони здоров'я;
- забезпечення зростання ВВП за рахунок стимулювання економічної діяльності в державі;

- збільшення щорічних бюджетних витрат на розвиток сфери охорони здоров'я [90];
- правове унормування порядку ліцензування професійної діяльності лікарів, зупинення, обмеження чи позбавлення права лікаря на професійну діяльність, підстави відмови в ліцензуванні професійної діяльності лікаря;
- запровадження реєстру лікарів, які отримали ліцензію на провадження медичної практики [68];
- децентралізація ліцензування господарювання у сфері охорони здоров'я;
- надання дозволу на добровільне проходження державної акредитації господарськими організаціями з охорони здоров'я, окрім тих, які приймають і виконують доведені до них у встановленому законодавством порядку державні замовлення на надання медичних послуг/допомоги [14];
- впровадження та ефективне використання інформаційних і комунікаційних технологій;
- створення єдиного медичного інформаційного простору на регіональному та державному рівнях.

5 Створення сприятливих умов для розвитку ПЗОЗ:

- покращання ресурсного забезпечення ПЗОЗ [76] за рахунок додаткових капіталовкладень та залучення інвестицій;
- вдосконалення господарської діяльності ПЗОЗ як основи підвищення якості медичних послуг і розширення їх переліку [31];
- підвищення оплати праці медпрацівників до гідного рівня [90];
- розвиток платних медичних послуг і платної медицини [83];
- стимулювання господарської діяльності ПЗОЗ (у т.ч. розроблення комплексу заходів щодо пільгового оподаткування, кредитування, оплати комунальних послуг, партнерського рівноправ'я ДУ/КНП та ПЗОЗ...) [5];
- впровадження механізмів професійної відповідальності та юридичного захисту медичних працівників.

Підбиваючи проміжний підсумок, слід відзначити, що для подальшого розвитку приватного сектора вітчизняної сфери охорони здоров'я необхідно

забезпечити реалізацію комплексу заходів за такими пріоритетними напрямками: продовження медичної реформи; вдосконалення механізмів публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я та приватного його сектора; підготовка фахівців для сфери охорони здоров'я; розвиток ресурсного потенціалу вітчизняної сфери охорони здоров'я; створення сприятливих умов для розвитку ПЗОЗ.

ВИСНОВКИ

1. З'ясування сутності та значення приватного сектора сфери охорони здоров'я – суб'єкти господарювання не бюджетної сфери, чия діяльність передбачає надання здебільшого платних медичних послуг, а їхнє краще матеріально-технічне та кадрове забезпечення створює певні переваги над державними та комунальними закладами цієї сфери. Оскільки їхня діяльність передбачає виконання не лише економічної (формування доходів і витрат), а і соціальної функції (сприяння покращанню здоров'я населення), тому розвиток приватних закладів сфери охорони здоров'я є об'єктом публічного управління.

2. Дослідження діючих (адміністративні, економічні, інституціональні, організаційні, правові, соціально-психологічні) механізмів публічного управління розвитком приватного сектора сфери охорони здоров'я – сукупності засобів і методів впливу, а також видів і форм взаємодії, що застосовуються уповноваженими органами публічної влади, й спрямовані на зміну якості стану елементів приватного сектора цієї сфери з метою покращання здоров'я населення, підвищення якості надання медичних послуг/допомоги та їх доступності – дозволяє стверджувати, що вони застосовуються залежно від конкретної ситуації (наявних цілей і доступних ресурсів для їх досягнення).

3. За результатами оцінки результатів публічного управління розвитком приватного сектора сфери охорони здоров'я виявлено таке: переважну більшість ПЗОЗ представлено стоматологічними та офтальмологічними клініками; кількість приватних клінік із широким спектром надання медичних послуг допоки незначна, й зосереджена передусім у Києві та мегаполісах (передусім, в локаціях з розвиненою транспортною інфраструктурою та найбільшою щільністю платоспроможного населення); найбільше представництво приватного сектору в стоматології, офтальмології та лабораторних дослідженнях; використання сучасних технологій (обладнання та

інструментів) і гарний сервіс створює наочні переваги ПЗОЗ на ринку медичних послуг; медична реформа посилила конкуренцію на ринку медичних послуг між ПЗОЗ і ДУ/КНП; надзвичайна ситуація епідеміологічного характеру та запровадження воєнного стану не лише уповільнили темпи розвитку приватної медицини, але й спричинили її релокацію та відтік кваліфікованих лікарів за кордон; приватний сектор (зокрема, лікарі ФОП) дедалі активніше та успішно співпрацюють з НСЗУ, надаючи населенню допомогу за програмою медичних гарантій; 87,6 % респондентів загальною мірою задоволені отриманими медичними та супутніми послугами; приватний сектор охорони здоров'я пройшов великий шлях становлення й зростання, перетворившись на важливу складову вітчизняної системи охорони здоров'я; проте допоки не вирішеними є численні проблеми, що прямо чи опосередковано стосуються приватного сектора вітчизняної сфери охорони здоров'я.

4. Виокремлено для подальшої адаптації до умов України такий передовий світовий досвід щодо розвитку приватного сектора сфери охорони здоров'я: запровадження страхової медицини (розвинені країни світу); основним критерієм оцінки якості роботи лікарів має стати не оснащення клінік, а відсоток успішно виконаних процедур та операцій (Японія); вдосконалення процедури ліцензування лікарів (Великобританія);

5. Запропоновано для реалізації комплекс заходів за пріоритетними напрямками для подальшого розвитку приватного сектора сфери охорони здоров'я: продовження медичної реформи; вдосконалення механізмів публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я та приватного його сектора; підготовка фахівців для сфери охорони здоров'я; розвиток ресурсного потенціалу вітчизняної сфери охорони здоров'я; створення сприятливих умов для розвитку приватних закладів сфери охорони здоров'я.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Авраменко Н.В. Державне управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні: автореф. дис. ... д.держ.упр.: 25.00.02. Запоріжжя, 2011. 40 с.
2. Авраменко Т. Державне управління охороною здоров'я в умовах медико-демографічних змін (архетипова складова). *Публічне управління: теорія та практика*. 2013. Спец. вип. С. 183–192.
3. Автономізація закладів охорони здоров'я. Реформа фінансування охорони здоров'я. URL: <http://healthreform.in.ua/autonomization> (дата звернення: 05.12.2022).
4. Байрак А.О. Оцінка впливу зовнішніх факторів на розвиток приватного медичного сектору в Україні. *Вісник соціально-економічних досліджень*. 2020. № 3–4. С. 9–19.
5. Байрак А.О. Структурні складові механізму активізації приватного медичного сектору. *Наукові праці Донецького національного технічного університету. (Серія: Економічна)*. 2019. № 2. С. 170–177.
6. Блинов В. Г., Блинова В. В. Соотношение публичных и частных начал в институтах предпринимательского права. *Oeconomia et Jus*. 2018. № 1. С. 42–53.
7. Виноградов О.В. Механізми державного управління багатоканальним фінансуванням системи охорони здоров'я України: автореф. дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Київ, 2009. 18 с.
8. Галайчук Б.В. Ефективність формування та реалізації державної політики України в галузі охорони здоров'я. *Науковий вісник Академії муніципального управління. (Серія: Управління)*. 2012. Вип. 2. С. 185–193.
9. Голованова І.А., Краснова О.І. Значення приватної медицини в системі охорони здоров'я України. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2016. № 1. С. 22–25.

10. Грищенко С. Підготовка та реалізація проектів публічно-приватного партнерства: практичний посібник. Київ: ФОП Москаленко О.М., 2011. 140 с.
11. Дейниховська К.А. Політичні стратегії як засіб удосконалення управління охороною здоров'я: автореф. дис. ... к.держ.упр.: 25.00.01. Київ, 2011. 18 с.
12. Державний заклад «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України». URL: <http://medstat.gov.ua> (дата звернення: 28.12.2022).
13. Дерябин А.В. Особенности экономических механизмов развития медицинских услуг. *Terra Economicus*. 2010. Vol. 8, issue 4–3, P. 36–40.
14. Дешко Л.М. Державне регулювання господарської діяльності у сфері охорони здоров'я: автореф. дис. ... к.ю.н 12.00.04. Донецьк, 2010. 23 с.
15. Дудка В.В. Переваги приватної медицини та вигоди держави у підтримці розвитку приватного сектора системи охорони здоров'я України (до проблеми державного регулювання здоровоохоронної сфери). *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2012. № 1. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2012_1_4 (дата звернення: 01.11.2022)
16. Дутко Н.Г. Напрями розвитку державно-приватного партнерства: галузь охорони здоров'я. *Економіка та держава*. 2011. № 1. С. 105–108.
17. Дуфинець В.А., Грузева Т.С. Оцінка пацієнтами приватного офтальмологічного закладу якості медичної допомоги. *Україна. Здоров'я нації*. 2016. № 3. С. 65–69.
18. Журавлева И.В. Здоровье и болезни в европейском обществе. *Социологические исследования*. 2016. № 2. С. 11–24.
19. Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження: колективна монографія / за заг. ред. Ю.Д. Бойчука. Харків: Вид-во Рожко С.Г., 2017. 488 с.
20. Заколюдажна М.В. Програмно-цільовий підхід у державному управлінні системою охорони здоров'я. *Держава та регіони. (Серія: Державне управління)*. 2011. № 1. С. 234–240.
21. Карлаш В.В. Механізми державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення України: дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2020. 214 с.

22.Картавцев Р.Л. Експертне визначення механізмів державно-приватного партнерства по забезпеченню закладів охорони здоров'я медичним обладнанням. *Україна. Здоров'я нації*. 2020. № 3. С. 13–17.

23.Келасьев В.Н. Методологические проблемы исследования социального здоровья в контексте социализации личности. *Актуальные проблемы исследования социального здоровья*. 2014. Ч. I. С. 331–419.

24.Кланца А.І. Охорона здоров'я як структурна складова національної безпеки держави: дис. ... д.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2019. 571 с.

25.Клименко О. В. Державне регулювання медичної діяльності в Україні: генеза та тенденції розвитку: автореф. дис. ...к.держ.упр.: 25.00.01. Київ, 2016. 36 с.

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

27.Кризина Н.П. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: механізми формування та реалізації: автореф. дис. ... д.держ.упр.: 25.00.02. Київ, 2008. 36 с.

28.Криничко Л.Р., Крикун О.Д., Малігон Ю.М. Зарубіжний досвід державного регулювання ринку приватних медичних закладів. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 24. С. 159–164.

29.Кряж М.С. Державна політика забезпечення соціально вразливих верств населення України лікарськими засобами: автореф. дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Харків. 2010. 18 с.

30.Куплю здоров'я: ТОП приватних медичних закладів України. URL: <https://youcontrol.com.ua/news/kupliu-zdorovia-top-pryvatnykhmedychnykh-zakladiv-ukrayiny/> (дата звернення: 01.11.2022)

31.Лещенко В.В. Громадські лікарські організації як суб'єкти формування та реалізації державної політики України в галузі охорони здоров'я: автореф. дис... к.держ.упр.: 25.00.02. Київ, 2009. 20 с.

32.Літвінов О. Визначення факторів конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я в умовах інноваційного розвитку. *Науковий вісник Одеського національного економічного університету*. 2017. № 4. С. 58–69.

33.Літвінов О.С. Управління закладами охорони здоров'я в умовах конкурентного середовища. *Управління розвитком*. 2016. № 3. С. 59–65.

34.Мартякова О.В., Трикоз І.В. Державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я. *Вісник Бердянського університету менеджменту і бізнесу*. 2011. № 1. С. 37–43.

35.Мартякова О.В, Трикоз І.В. Механізм реалізації державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. *Часопис економічних реформ*. 2013. № 4. С. 33–39.

36.Медицина в Японії. URL: <https://miuki.info/2012/04/medicina-v-yaponii> (дата звернення: 24.12.2022).

37.Методичні рекомендації для державних та комунальних закладів охорони здоров'я для працівників органів управління у сфері охорони здоров'я для впровадження проектів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/1/7840-1234567890.pdf> (дата звернення: 24.12.2022).

38.Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/0/3562...> (дата звернення: 01.11.2022)

39.Москаленко В.Ф. Оптимальна модель системи охорони здоров'я: концептуальні засади та принципи побудови. *Україна. Здоров'я нації*. 2008. № 3–4. С. 43–59.

40.Москаленко В.Ф. Принципи організації оптимальної моделі системи охорони здоров'я: український контекст: монографія. Київ: Книга+, 2008. 320 с.

41.Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801-ХІІ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/> (дата звернення: 01.11.2022)

42. Пашков В.М. Проблеми господарсько-правового забезпечення відносин в сфері охорони здоров'я: автореф. дис. ... д.ю.н.: 12.00.04. Харків, 2010. 20 с.

43. Пітко Я.М. Роль державних органів управління і місцевого самоврядування в механізмі реформування первинної медико-санітарної допомоги: автореф. дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Львів, 2010. 24 с.

44. Попченко Т.П. Державна політика щодо реформування системи охорони здоров'я як шлях до збереження та зміцнення здоров'я населення. *Держава та регіони. (Серія: Державне управління)*. 2011. № 1. С. 252–255.

45. Прасол В.П. Механізми публічного управління розвитком недержавного сектора охорони суспільного здоров'я в Україні: дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2021. 194 с.

46. Про засади державної регуляторної політики у сфері господарської діяльності. Закон України від 11 вересня 2003 р. № 1160-IV. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show>. (дата звернення: 01.12.2022)

47. Про затвердження переліку пріоритетних для держави інвестиційних проєктів до 2023 року. Розпорядження Кабінету Міністрів від 16 грудня 2020 р № 1581-р. URL: [https://www.kmu.gov.ua/...](https://www.kmu.gov.ua/) (дата звернення: 24.12.2022).

48. Про затвердження Положення про Департамент здоров'я Харківської обласної державної адміністрації. Розпорядження. URL: <https://kharkivoda.gov.ua/content/documents/3/295/files/190131-01-11-zagal-41-rozpr.pdf> (дата звернення: 01.11.2022)

49. Про затвердження Типового положення про управління охорони здоров'я обласної, Севастопольської міської державної адміністрації та Головне управління охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації. Постанова Кабінету Міністрів України від 20 грудня 2000 р. № 1845. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/> (дата звернення: 01.11.2022)

50. Про ліцензування видів господарської діяльності. Закон України від 02 березня 2015 р. № 222-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/> (дата звернення: 24.09.2020).

51. Про ліцензування певних видів господарської діяльності. Закон України від 01 червня 2000 р. № 1775-III. URL: <http://www.zakon4.rada.gov.ua/laws/show> (дата звернення: 01.11.2022)

52. Про місцеве самоврядування в Україні. Закон України від 21 травня 1997 р. № 280/97-ВР. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/> (дата звернення: 01.11.2022)

53. Про місцеві державні адміністрації. Закон України від 9 квітня 1999 р. № 586-XIV. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/> (дата звернення: 01.11.2022)

54. Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020». Указ Президента України від 12 січня 2015 р. № 5/2015. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show> (дата звернення: 01.11.2022)

55. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1002-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npras/249618799> (дата звернення: 01.11.2022)

56. Риски бізнеса в частно-государственном партнерстве. Ассоциация Менеджеров, 2007. 116 с.

57. Рожко О. Організаційно-правові механізми державного регулювання приватної офтальмологічної практики в Україні. *Актуальні проблеми державного управління*. Одеса: Вид-во ОРІДУ НАДУ, 2014. Вип. 2. С. 154–157.

58. Рожкова І.В. Розвиток механізмів державного управління охороною громадського здоров'я на регіональному рівні: автореф. дис. ... д. держ. упр.: 25.00.02. Запоріжжя, 2009. 40 с.

59. Сабецька Т.І., Стефанишин Л.С. Технологія стратегічного управління діяльністю закладів сфери охорони здоров'я. *Бізнес-навігатор*. 2020. Вип. 1. С. 56–62.

60. Сисоєнко І. Коли ДПП стане реальністю в українській медицині? URL: <https://www.vz.kiev.ua/chomu-derzhavno-pryvatne-partnerstvo-omynaye-vitchyznyanu-sferu-ohorony-zdorov-ya/> (дата звернення: 24.12.2022).

61. Смирнов С.О., Бикова В.Г. Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я. *Управління розвитком*. 2016. № 3. С. 78–83.

62. Трифонова Н.Ю. Адаптация медицинских учреждений к работе в условиях рынка. *Здравоохранение*. 2008. № 9. С. 35–39.

63. Турчак Д.В. Механізми державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я: дис. ... д.держ.упр.: спец. 25.00.02. Київ, 2019. 233 с.

64. Урсол Г.М., Скрипник О.А., Бугро В.І. Стратегія реформ. Регулювання фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я: від державного до приватного сектору. Кіровоград: Імекс ЛТД, 2009. 404 с.

65. Урсол Г.М., Скрипник О.А., Василенко О.М. Приватний сектор системи охорони здоров'я – активний резерв підвищення доступності та якості надання медичної допомоги: досвід Кіровоградської області. *Буковинський медичний вісник*. 2014. Т. 18, № 4. С. 177–181.

66. Худоба О.В. Державна політика забезпечення права на охорону здоров'я хворих на деменцію в Україні: механізми формування та реалізації: дис... д.держ.упр.: 25.00.02. Львів, 2019. 535 с.

67. Худошина О.В. Державне регулювання ліцензування господарської діяльності з медичної практики в Україні: дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Київ, 2020. 214 с.

68. Худошина О.В. Правові аспекти державного регулювання ліцензування професійної діяльності медичних працівників. *Державне управління: теорія та практика*. 2016. № 1. URL: http://www.eapat.academy.gov.ua/2016_1/17.pdf. (дата звернення: 01.11.2022)

69. Частная медицина в Австрии. URL: <https://immigrant-austria.com/ru/blog/private-medicine-in-austria> (дата звернення: 24.12.2022).

70. Частная медицина в Англии. URL: <http://knowabroad.com/mojlondon/zhizn-v-londone/chastnaya-meditsina-v-anglii.html> (дата звернення: 24.12.2022).

71. Черненко З., Надтока О., Сердюк К. Як підвищити ефективність роботи державних і комунальних закладів охорони здоров'я? Київ, 2015. 60 с.

72. Чопчик В.Д., Орлова Н.М. Значення приватних медичних закладів у забезпеченні населення м. Києва стоматологічною допомогою. *Україна. Здоров'я нації*. 2018. № 4. С. 44–50.

73.Шевцов В.Г. Державне управління розвитком медичної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я: автореф. дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2011. 20 с.

74.Шевченко Н.В. Механізм оцінки ефективності державного фінансового контролю в Україні: автореф. дис. ... к.е.н.: 08.00.08. Суми, 2011. 21 с.

75.Шевчук П.І. Соціальна політика. Львів: Світ, 2003. 400 с.

76.Шкільняк М.М., Кривокульська Н.М. Розвиток концептуальних підходів до управління якістю медичних послуг закладів охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2020. № 2. С. 22–30.

77.Штогрин О.П. Теоретичні основи державного управління у сфері репродуктивного здоров'я населення в контексті прав людини: дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Львів, 2017. 195 с.

78.Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2008 рік. Київ: УІГЗ, 2009. 360 с.

79.Alonazi W. B. Exploring shared risks through public-private partnerships in public health programs: a mixed method. *BMC public health*. 2017. № 17. P. 571–577.

80.Chalmers I., Haines A. et al. Commentary: skilled forensic capacity needed to investigate allegations of research misconduct. *British Medical Journal*, 2011. *Meeting the demand for results and accountability: a call for action on health data from eight global health agencies*. 2010. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000223> (дата звернення: 01.11.2022)

81.Chinyio E., Fergusson A. Construction perspective on risk management in public-private partnerships. *Blackwell publishing*. 2003. URL: <https://www.researchgate.net/publication/260267473> (дата звернення: 24.12.2022).

82.Eurostat. Statistics database. 2017. URL: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/> (дата звернення: 01.11.2022)

- 83.Green A., Bennett S. eds. Sound choices: enhancing capacity for evidence-informed health policy. Geneva, World Health Organization, 2007.
- 84.Harris R., Marks W. Compact Ultrasound for Improving Maternal and Prenatal Care in Low-Resource Settings: Review of Potential Benefits, Implementation Challenges, and Public Health Issues. *Journal of Ultrasound Medicine*. 2016. № 28. P. 1067–1076.
- 85.Health – 2020. A European policy framework supporting action across government and society for health and wellbeing. Copenhagen: WHO, 2013.
- 86.Hiwowar H.A., Chapman W.W. Identifying data sharing in biomedical literature. *AMIA Annu Symp Proc*. 2017. P. 596–600.
- 87.International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) Geneva, World Health Organization, 2014. URL: www.who.int/ictrp/trial_reg/en/index2.html (дата звернення: 01.11.2022)
- 88.Keeling D. Central Training in the Civil Service: Some General Issues. *Public Administration*. 1972. Vol. 50. № 1. P. 1–17.
- 89.Klijn E.H. Institutional and Strategic Barriers to Public-Private Partnership: An Analysis of Dutch Cases. *Public Money and Management*. 2003. Vol. 23. № 3. P. 137–146
- 90.Mahmoud F. Fathalla. A practical guide for health researchers. *WHO Regional Publications, Eastern Mediterranean Series*. URL: http://www.who.int/ethics/review-committee/emro_ethics_dsa237.pdf. (дата звернення: 01.11.2022)
- 91.Maresso A., Mladovsky P., Thomson S. et al. Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe: Country Experience. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- 92.Mladovsky P., Srivastava D., Cylus J., Karanikolos M., Evetovits T., Thomson S., McKee M. Health Policy Responses to the Financial Crisis in Europe, Policy Summary 5. Copenhagen: WHO, 2017.

93. Outcome Document for the High-level Meeting on Health Systems in Times of Global Economic Crisis: An Update of the Situation in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2016.

94. Shadish W.R., Cook T.D., Campbell D.T. Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference. Boston: Houghton Mifflin, 2016. 656 p.

95. The Royal Society. Science as an open enterprise: open data for open science. London, *The Royal Society*. 2012. URL: <https://royalsociety.org/~media/policy/projects/sape/2012-06-20-saoc.pdf>. (дата звернення: 01.11.2022)