

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ЕКОНОМІКИ І МЕНЕДЖМЕНТУ**

Кафедра публічного управління та адміністрування

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

за другим (магістерським) рівнем вищої освіти

**на тему: Публічне управління приватної медицини в умовах
реформи системи охорони здоров'я**

Виконала:

студентка спеціальності

281 «Публічне управління та адміністрування»

ОП «Публічне управління та адміністрування»

Михайліченко Наталія Вікторівна

Керівник:

Маслак Олександр Миколайович

доцент кафедри публічного управління та адміністрування

Рецензент:

Гапченко Тетяна Іванівна

директор ПП МЦ «Флоріс», м. Суми; магістр з публічного
управління та адміністрування

Суми - 2022

СУМСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет	<u>Економіки і менеджменту</u>
Кафедра	<u>Публічного управління та адміністрування</u>
Рівень вищої освіти	<u>Другий (магістерський)</u>
Спеціальність	<u>281 «Публічне управління та адміністрування»</u> <u>ОП «Публічне управління та адміністрування»</u>

Затверджую:

Завідувач кафедри

д.е.н., професор

О.П. Славкова

«_____» «_____» 202_1_ р.

ЗАВДАННЯ

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТУ

Михайліченко Наталії Вікторівні

1. Тема роботи: **Публічне управління приватної медицини в умовах реформи системи охорони здоров'я**

2. База практичного дослідження:

Управління охорони здоров'я Сумської міської ради; ПП «Флоріс-С» м. Суми

керівник роботи Маслак Олександр Миколайович, к.е.н., доцент

затверджена наказом по університету від

«04» травня 2022 р. № 498-н

3. Строк подання студентом закінченого проєкту (роботи)

«16» грудня 2022 р.

4. Вихідні дані до проєкту (роботи):

нормативно-законодавчі акти України, навчально-методичні посібники, монографії, підручники за тематикою дослідження, наукові публікації, статистична інформація, інформація Міністерства охорони здоров'я України, Національної служби здоров'я України Управління охорони здоров'я Сумської міської ради та ПП «Флоріс-С» м. Суми за 2018-2021 роки

5. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити):

- дослідити напрями публічного управління приватної медицини в умовах реформи системи охорони здоров'я (СОЗ) України;
- визначити переваги приватної медицини та вигоди держави в її розвитку;
- виявити проблемні питання та обґрунтувати напрями удосконалення публічного управління СОЗ та приватної медицини;
- проаналізувати передумови реформування СОЗ України та нормативно-правового забезпечення приватної медицини;
- провести аналіз моделі фінансування СОЗ України та бюджетного фінансування приватної медицини;
- дослідити та проаналізувати діяльність приватних медичних закладів України;
- розробити концептуальні аспекти розвитку приватної медицини в ЄМП в Україні;
- обґрунтувати організаційно-правові засади залучення приватних медичних закладів до ЄМП України;
- апробувати реалізацію концепції функціонування ЄМП на принципах державно-приватного партнерства на прикладі Сумської області.

6. Дата видачі завдання:

«22» грудня 2021 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Визначення об'єкту, предмету дослідження, формулювання мети та задач кваліфікаційної роботи, складання плану	Листопад-грудень 2021	
2	Підбір та вивчення літературних джерел, законодавчої та нормативної бази	Січень 2022	
3	Узагальнення теоретичного матеріалу з обраної теми дослідження та представлення чорнового варіанту першого розділу кваліфікаційної роботи	Лютий-квітень 2022	
4	Збір та обробка фактичного матеріалу, узагальнення аналізу застосування досліджуваного питання на підприємстві (фахове стажування та переддипломна практика)	18 квітня - 28 травня 2022	
5	Оформлення теоретичної частини кваліфікаційної роботи, узагальнення аналітичної частини, захист звіту по переддипломній практиці	Червень 2022	
6	Проектування напрямів вдосконалення досліджуваної проблеми	Липень-Серпень 2022	
7	Завершення проектної частини кваліфікаційної роботи та подання попереднього варіанту третього розділу керівнику	Вересень 2022	
8	Оновлення даних за 2019, 2020, 2021 роки та доопрацювання аналітичного і проектного розділів кваліфікаційної роботи	Жовтень-листопад 2022	
9	Оформлення кваліфікаційної роботи, та її подання на попередній захист та рецензування	Листопад 2022	
10	Перевірка кваліфікаційної роботи на автентичність (подання роботи для перевірки на плагіат на кафедрі, до відділу якості освіти)	02 грудня 2022 07 грудня 2022	
11	Засідання експертної комісії	12 грудня 2022	
12	Подання закінченої роботи та документів до неї до деканату	16 грудня 2022	
13	Захист кваліфікаційної роботи	21-22 грудня 2022	

Студент

(підпис)

Н. В. Михайліченко

Керівник роботи

(підпис)

О. М. Маслак

Перевірку на автентичність проведено.

(підпис)

Н. М. Баранік

Кваліфікаційна робота допущена до захисту

(підпис)

М. О. Лишенко

АНОТАЦІЯ

Михайліченко Н. В. Публічне управління приватної медицини в умовах реформи системи охорони здоров'я.

Кваліфікаційна робота зі спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування», СНАУ, Суми-2022 р. – Рукопис.

В кваліфікаційній роботі досліджено сутність і значення приватної медицини, приватного медичного ринку та публічного управління приватної медицини в умовах реформи системи охорони здоров'я України. Описано ряд обмежень і каталізаторів, що впливають на функціонування приватної медицини в системі охорони здоров'я. Визначено, що за підтримки державою розвитку приватної медицини та мінімізації перешкод для розвитку цієї частини галузі, частина коштів «виходить з тіні» і держава зможе отримати більшу фінансову підтримку. У вигляді податків це створить сприятливі умови для фінансування не тільки приватної медицини, а й всієї системи охорони здоров'я. Виходить, що оскільки приватна система охорони здоров'я стосується не лише приватних інтересів, а й реалізації суспільних інтересів, то необхідно, щоб держава контролювала реалізацію цих інтересів. Крім того, в умовах адміністративно-територіальної реформи та децентралізації влади, відбулася трансформація державного управління в публічне.

Подано огляд основних завдань державного регулювання та публічного управління приватного медичного ринку в Україні. Виявлено, що зміна стратегії державного управління приватним сектором є необхідною передумовою для розвитку нового, потенційно здорового суспільства. Крім того, в роботі обґрунтовуються організаційно-правові засади залучення приватних медичних закладів до ЄМП України та апробується реалізація концепції функціонування ЄМП на принципах державно-приватного партнерства в Сумській області. Заслуговує на увагу визначена автором роль громадської спілки в розширенні діяльності приватних медичних закладів.

Ключові слова: система охорони здоров'я, приватна медицина, публічне управління, державна політика, єдиний медичний простір України.

SUMMARY

Mykhailichenko N. V. Public management of private medicine in the conditions of health care system reform.

Master thesis in specialty 281 «Public Management and Administration», Sumy National Agrarian University, Sumy, 2022. - Manuscript.

The master thesis examines the essence and significance of private medicine, the private medical market and the public management of private medicine in the conditions of the reform of the health care system of Ukraine. A number of limitations and catalysts affecting the functioning of private medicine in the health care system are described. It was determined that with state support for the development of private medicine and the minimization of obstacles to the development of this part of the industry, part of the funds "come out of the shadows" and the state will be able to receive greater financial support. In the form of taxes, this will create favorable conditions for financing not only private medicine, but also the entire health care system. It turns out that since the private health care system concerns not only private interests, but also the realization of public interests, it is necessary for the state to control the realization of these interests. In addition, under the conditions of administrative and territorial reform and decentralization of power, the transformation of state administration into public administration took place.

An overview of the main tasks of state regulation and public management of the private medical market in Ukraine is presented. It was found that changing the strategy of state management of the private sector is a prerequisite for the development of a new, potentially healthy society.

In addition, the work substantiates the organizational and legal principles of the involvement of private medical institutions in the unified medical space (UMS) of Ukraine and tests the implementation of the concept of functioning of the UMS based on the principles of public-private partnership in the Sumy region. The role of the public union in the expansion of the activities of private medical institutions, defined by the author, deserves attention.

Keywords: health care system, private medicine, public administration, state policy, unified medical space of Ukraine.

ЗМІСТ

СКОРОЧЕННЯ ТА УМОВНІ ПОЗНАКИ	8
ВСТУП	9
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ПРИВАТНОЇ МЕДИЦИНИ В УМОВАХ РЕФОРМИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (СОЗ)	13
РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ РЕФОРМУВАННЯ СОЗ УКРАЇНИ ТА СТАНУ ПРИВАТНОЇ МЕДИЦИНИ	23
2.1 Аналіз передумов реформування СОЗ України та нормативно- правового забезпечення приватної медицини	23
2.2 Аналіз моделі фінансування СОЗ України та бюджетного фінансування приватної медицини	31
2.3 Аналіз діяльності приватних медичних закладів України	39
РОЗДІЛ 3 КОНЦЕПТУАЛЬНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ ПРИВАТНОЇ МЕДИЦИНИ В ЄДИНОМУ МЕДИЧНОМУ ПРОСТОРІ (ЄМП) УКРАЇНИ	45
3.1 Організаційно-правові засади залучення приватних медичних закладів до ЄМП України	45
3.2 Реалізація концепції функціонування ЄМП на принципах державно-приватного партнерства в Сумській області	55
ВИСНОВКИ	66
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	68
ДОДАТКИ	78
Додаток А Методичні підходи до оцінки якості життя населення	
Додаток Б Складові формування та реалізації державної політики у СОЗ України	
Додаток В Основні показники для оцінки рівня та якості життя населення України	

Додаток Г Основні законодавчі та нормативно-правові акти, які регламентують реформування СОЗ та функціонування приватних ЗОЗ в Україні

Додаток Д Моделі фінансування СОЗ України та витрати на охорону здоров'я

Додаток Є Характеристика ТОП-20 приватних медичних закладів в Україні у 2016 році

Додаток Ж Функції органів управління та організації / інституцій сфери охорони здоров'я

Додаток К Розподіл функцій щодо надання медичної допомоги між учасниками Сумського госпітального округу

Додаток Л Характеристика приватних медичних закладів в Сумській області

Додаток М Рейтинг страхових компаній України - 2022 за критерієм надійності

Додаток Н Апробація результатів дослідження

СКОРОЧЕННЯ ТА УМОВНІ ПОЗНАКИ

АПЗ	– амбулаторно-поліклінічний заклад
ВООЗ	– Всесвітня організація охорони здоров'я
ДПП	– державно – приватне партнерство
ДМС	– добровільне медичне страхування
ЄДІС	– єдина державна інформаційна система
ЄМП	– єдиний медичний простір
ЗОЗ	– заклад охорони здоров'я
КМУ	– Кабінет Міністрів України
ЛЕХ	– лікувально-евакуаційна характеристика
ЛПЗ	– лікувально-профілактичний заклад
МОЗ	– Міністерство охорони здоров'я
НСЗУ	– Національна служба здоров'я України
ОМС	– обов'язкове медичне страхування
ПМГ	– програма медичних гарантій
ПМСД	– первинна медико-санітарна допомога
СОЗ	– система охорони здоров'я
УОЗ	– управління охорони здоров'я
ФОП	– фізична особа - підприємець

ВСТУП

Актуальність теми. За останні роки приватний сектор надання медичної допомоги розвивався без наявності загальнодержавної програми щодо його розбудови та удосконалення. В Україні йому відводиться другорядна роль у формуванні системи охорони здоров'я (СОЗ) в нових ринкових відносинах, про що, зокрема, свідчить відсутність чіткої програми його подальшого розвитку у розробленій та затвердженій МОЗ України дорожній карті з розвитку медичної галузі. Тому на сьогоднішній день немає не тільки єдиного загальнодержавного реєстру підприємств, установ і закладів приватного сектору галузі, а й відсутня чітка загальнодержавна системи приватної медицини з відпрацьованими принципами її функціонування, методологією розвитку, адекватною нормативно-правовою базою, інвестиційними програмами розвитку тощо. У той же час, основні напрями становлення і розвитку приватної медицини, дозволили їй зайняти належне місце в загальнодержавній СОЗ та покращити фінансовий стан галузі за рахунок залучення альтернативних джерел.

Проблемам реформування охорони здоров'я України в контексті реалізації соціальних гарантій населення присвячені роботи достатньо великої кількості вітчизняних і закордонних науковців. Серед них можна визначити таких: Безтелесна Л.І., Пивоварчук Л.В., Князевич В. М., Радиш Я. Ф., Сінневар Е.С., Амдам Р., Фоссе Е..

Державна політика у сфері охорони здоров'я розглядається в працях, серед яких найбільший внесок зробили такі вчені: Авраменко Т.П., Білинська М.М., Гладун З.С., Корнійчук О., Пак С.Я., Сазонець І.Л., Саричев В.І., , Урсол Г.М., Скрипник О.А., Бугро В.І. та інші. Переосмислення втручань уряду в охорону здоров'я визначено в роботі Гемма Карей. Крім того, в інших роботах цього науковця та Ву Кіртін Ле Грайс подається розуміння ролі державного управління у впровадженні дій щодо соціальних детермінант здоров'я та вирішення питань нерівності у доступі до системи охорони здоров'я. Окремо, більш предметно, питанням удосконалення публічного управління сферою охорони здоров'я

приділяли увагу в своїх наукових дослідженнях науковці Книш С., Логвиненко Б.О. та інші.

Серед наукових досліджень, що проводилися та мали відношення безпосередньо до розвитку приватної медицини в загальній системі охорони здоров'я та удосконалення елементів публічного управління цієї сфери, доцільно відзначити роботи Байрак А.О., Бабича О.І., Буравльова Л.О., Голованової І.А., Дудки В.В., Ковтонюка П., Легана І., Крикуна О., Лихошвай А.В., Мартишина О., Сіделковського О.Л., Урсола Г.М., Скрипник О.А., Василенко О.М., Алубо Огоха та інші.

Дискусійність та невирішення питань, пов'язаних з побудовою єдиного медичного простору (ЄМП) в Україні та розвитком державно-приватного партнерства в загальній СОЗ України, обумовило вибір теми, її актуальність та практичну спрямованість, а також визначило мету та завдання даного дослідження.

Метою роботи є обґрунтування та розробка концептуальних аспектів розвитку єдиного медичного простору (ЄМП) в Україні на принципах державно-приватного партнерства.

Для реалізації визначеної мети були поставлені наступні **завдання**:

- дослідити напрями публічного управління приватної медицини в умовах реформи СОЗ України;
- визначити переваги приватної медицини та вигоди держави в її розвитку;
- виявити проблемні питання та обґрунтувати напрями удосконалення публічного управління СОЗ та приватної медицини;
- проаналізувати передумови реформування СОЗ України та нормативно-правового забезпечення приватної медицини;
- провести аналіз моделі фінансування СОЗ України та бюджетного фінансування приватної медицини;
- дослідити та проаналізувати діяльність приватних медичних закладів України;
- розробити концептуальні аспекти розвитку приватної медицини в ЄМП в Україні;

- обґрунтувати організаційно-правові засади залучення приватних медичних закладів до ЄМП України;

- апробувати реалізацію концепції функціонування ЄМП на принципах державно-приватного партнерства на прикладі Сумської області.

Об'єктом дослідження є єдиний медичний простір охорони здоров'я та публічне управління приватної медицини.

Предметом дослідження є сукупність теоретичних і методичних засад публічного управління приватної медичної допомоги в умовах реалізації реформи охорони здоров'я України.

При написанні роботи використовувались такі **методи дослідження**: системний підхід і аналіз – на всіх етапах проведення дослідження, включаючи вивчення проблем публічного управління приватної медицини України, нормативно-правових засад державного регулювання фінансування СОЗ в Україні, обґрунтування моделі функціонування ЄМП з урахуванням вимог реформ; економіко-статистичний – для аналізу СОЗ та приватної медицини в розвинених країнах та в Україні; моделювання – для проведення теоретичного обґрунтування моделі ЄМП в ході структурної перебудови галузі охорони здоров'я; аналізу, порівняння і узагальнення при систематизації даних щодо етапів реалізації реформ в Україні, Сумській області та на рівні територіальної громади м. Суми Сумської області.

Інформаційною базою для дослідження були офіційні дані сайтів Верховної Ради України, Кабінету Міністрів України, Міністерства охорони здоров'я України, ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України», Державної служби статистики України, Національної служби здоров'я України, Управління охорони здоров'я Сумської ОДА та Сумської міської ради, ПП «Флоріс-С» м. Суми за 2018-2021 роки.

Робота виконувалась у відповідності до вимог, зазначених у положенні про кваліфікаційні роботи у СНАУ, методичних рекомендаціях факультету економіки і менеджменту та кафедри публічного управління та адміністрування СНАУ.

Елементи наукової новизни: набуло подальшого розвитку: визначення публічного управління приватної медицини; елементи моделі єдиного медичного простору, шляхом включення в систему закладів лікувальних, аптечних та страхових компанії різних організаційно-правових форм господарювання та власності; *удосконалено*: модель фінансування охорони здоров'я та первинної медичної допомоги на регіональному та місцевому рівнях та схема взаємовідносин між всіма учасниками моделі; обґрунтований підхід до формування, з урахуванням розширення джерел фінансування, в тому числі за рахунок коштів медичного страхування.

Практична значимість одержаних результатів полягає в можливості використання запропонованої моделі єдиного медичного простору (ЄМП) при формуванні Сумського госпітального округу та реалізації механізму залучення приватних медичних закладів в дану систему.

Апробація результатів кваліфікаційної роботи. Положення кваліфікаційної роботи доповідалися автором на двох наукових конференціях: Міжнародній науково-практичній конференції «Сучасні виклики та актуальні проблеми економіки, фінансів, обліку та права» (м. Кропивницький, 29 жовтня 2022 р.), Всеукраїнській студентській науковій конференції, присвяченій Міжнародному дню студента Сумського НАУ (м. Суми, 14-18 листопада 2022 р.).

Публікації. Результати наукового дослідження відображені у двох наукових працях.

Структура і обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел з 73 найменувань, додатків. Основний текст викладений на 57 сторінках комп'ютерного тексту, робота містить 7 таблиць, 16 рисунків, 11 додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ПРИВАТНОЇ МЕДИЦИНИ В УМОВАХ РЕФОРМИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (СОЗ)

Досліджуючи категорію «охорона здоров'я» та процеси, пов'язані з побудовою системи, було зроблено висновок, що вона розглядається у взаємозв'язку із однією з найважливіших соціальних категорій - «рівень життя населення», як індикатор ефективності СОЗ. Остання, в свою чергу, включає широкий спектр соціально-економічних зв'язків, які, у свою чергу, відображаються в кожній країні в системі показників статусу та умов життя окремих осіб і соціальних груп, кожної домогосподарства, населення країни в цілому і окремих регіонів зокрема. Як правило, до цієї категорії входять такі поняття та відповідні їм показники: житлові умови, реальний рівень життя та якість життя. З іншого боку, на думку науковця Попової Т.Л., рівень життя відображає здатність суспільства забезпечити населенню повноцінне, активне та всебічне життя [12].

Фундаментальні дослідження експертів, щодо рівня життя населення показують, що в сучасних дослідженнях рівня життя населення існують дві основні концепції [13]. При цьому, параметрами для вимірювання якості життя експерт Рябека О.Г. вважає: сталий розвиток суспільства; навколишнє середовище; досягнення цивілізації; фізичне здоров'я та психічне здоров'я населення («рівень щастя») [14]. Дані показники можуть бути розглянуті в якості індикаторів для оцінки ефективності проведення реформи СОЗ).

Наразі в Україні проводиться суб'єктивна оцінка якості життя (самооцінка стану здоров'я населенням), яка проводиться шляхом соціологічного опитування населення та відображає міру задоволеності населення рівнем особистого життя. Слід визначити, що результати такої оцінки задоволеності пацієнтів доступністю та якістю медичної допомоги можуть бути використані в якості індикатору оцінювання ефективності впровадження змін у СОЗ України [15, 16]. Наявні

методики оцінки якості життя населення та ранговані за ступенем їх індексованості науковцем Пальчуком В., систематизовані та наведені в таблиці А.1 (Додаток А) [17].

Вивчення теоретичних основ показників якості життя населення та пропозицій щодо досягнення її належного рівня, доводить, що досягнення відповідного рівня можливе при ефективній взаємодії різних суб'єктів економічних відносин, включаючи органи влади різних рівнів. Дослідження, в тому числі іноземних фахівців, показали, що одним із головних параметрів якості життя, значна кількість фахівців визначає якість охорони здоров'я [18, 19]. Цей підхід передбачає наявність зв'язку між якістю та державною політикою, в тому числі в сфері охорони здоров'я. Особливо актуальним це питання є в умовах проведення реформ децентралізації влади, адміністративно-територіального устрою та реформи системи охорони здоров'я, впровадження останнього етапу якої прийшлося на 2020 рік. Крім того, здоров'я нації в цілому є пріоритетним завданням уряду України поряд з економічними питаннями та міжнародними відносинами [20]. Як визначив Ву Кіртін Ле Грайс в праці «Соціальні детермінанти здоров'я...»: «кожна з соціальних детермінант має прямий вплив на наше загальне здоров'я» [21].

Серед наявних різних підходів до визначення «охорони здоров'я», в межах даного дослідження зупинимося на розгляді його як ключового елементу національної безпеки держави та галузі діяльності держави [22]. Метою такої діяльності визначається забезпечення доступності медичного обслуговування високої якості всіх верств населення не залежно від різних факторів та характеристик. Виходячи з цього, архітектура та модель СОЗ будь-якої країни, тісно пов'язані з державною політикою та методами публічного управління, виходячи із мети функціонування даної системи.

Політикою держави в галузі охорони здоров'я є збереження і зміцнення здоров'я (фізичного і психічного) і соціального благополуччя населення як найважливішої складової його національного багатства (рисунок Б.1, Додаток Б). Ці цілі можуть бути досягнуті шляхом здійснення політичних, організаційних,

економічних, правових, соціальних, культурних, наукових і медичних заходів. Так, наприклад, у монографії «Державна політика у сфері охорони здоров'я» за редакцією проф. Білінської М.М. та проф. Радиша Я.Ф. основною ціллю реалізації політики є: «захистити генофонд української нації та її людський потенціал, враховуючи потреби нинішніх і майбутніх поколінь, з метою захисту інтересів конкретних індивідів (особистості) та суспільства в цілому» [23, 24].

Головною ціллю реформування сфери охорони здоров'я України, другий етап якої започаткований в 2020 році, була зміна системи фінансування галузі, «яка за попередньої моделі сформувала значний рівень тіньових витрат в даній сфері. При цьому, функціонуюча система базувалася на монополії держави на всі види медичної допомоги та гарантуванні державою безкоштовного медичного обслуговування кожного громадянина України [25, ч. 1, ст. 49].

Таким чином, «зобов'язання держави полягає у формуванні такої моделі охорони здоров'я в країні, яка б, з одного боку, забезпечувала рівний доступ кожного члена суспільства до необхідних медичних послуг відповідної якості, а, з іншого боку, сприяла б забезпеченню ефективності галузі охорони здоров'я в цілому. Додатково, слід визначити, що державна політика в галузі охорони здоров'я повинна орієнтуватися на зміцнення здоров'я та соціального добробуту населення, який є однією із складових національного багатства» [26].

Розробка стратегії побудови сучасної української СОЗ на думку Корнійчука О. потребувала, перш за все, глибокого дослідження причин виникнення тих проблем, які були обумовлені нежиттєздатністю пострадянської моделі [27]. Розглянуті причини визначили, що одним з першочергових завдань влади було побудувати нову системно-збалансовану охорону здоров'я. Вона базувалася на стратегії проведення адміністративно-територіальної реформи та реформи децентралізації влади, та була націлена на використання стандартів розвинених країн щодо фінансово-економічних та медичних складових надання медичної допомоги (профілактична та первинна медико-санітарної допомога (ПМСД) на засадах сімейної медицини), спеціалізована та високоспеціалізована медична допомога [28].

Реорганізація СОЗ України проводиться з урахуванням того, що, з одного боку, система повинна забезпечувати життєво важливі потреби населення, а з іншого, повинна гарантувати соціальну, економічну та політичну стабільність держави в цілому. «Вирішення цього завдання, в перше чергу, лежить в площині публічного управління та адміністрування. В умовах реформування галузі охорони здоров'я в Україні, рішення державних органів породжують мультиплікативний ефект. Так, помилкові рішення можуть призвести до непоправних негативних наслідків та порушити стійкість соціально-економічного розвитку країни; інноваційні ж рішення з боку держави призведуть до вирішення завдань, які призначені вирішуватися в процесі реформування галузі» [29, с. 24]. А залучення громадськості до прийняття законодавчих актів та розробки стратегії - є позитивним європейським досвідом та ефективним публічним управлінням.

«Як свідчить досвід окремих європейських країн, найбільш ефективною є система, в якій паралельно функціонують державний та приватний сектори медицини. Відмінності в різних країнах полягають в механізмах формування та розподілу коштів на замовлення медичних послуг. А також кожна країна самостійно визначає організацію, яка є розпорядником державних коштів та замовником медичних послуг» [26].

Як зазначила фахівець Качмарик М.: близько 20 років приватні заклади охорони здоров'я в Україні становили серйозну конкуренцію державним установам. На аналізі їхньої діяльності покладено основу реформи охорони здоров'я. Пацієнт переходить із позиції «жертви ситуації» в активного учасника лікувального процесу [30]. Інтернет дав можливість швидко отримувати інформацію, тому пацієнти часто приходять на прийом до спеціалістів, вже проінформованими про існуючі методики лікування. Підтвердження цієї переваги приватної медицини знаходимо в дослідженні Дудки В.В., в якому він зазначив, «що в приватних лікувально-профілактичних закладах споживачі медичних послуг платять насамперед за якість послуги» [26, 31]. Таким чином, перевагами приватної медицини можна вважати ті характеристики та фактори, які визначають якість надання медичних послуг.

В результаті проведеного автором дослідження (опитування населення), були визначені такі переваги приватної медицини, як: оперативність реагування (організація прийому за попереднім записом); адекватність часу прийому та часу отримання відповіді на запитання до лікаря; відповідальне та більш організоване ставлення до процесу встановлення діагнозу та розробки протоколу лікування (зміна його в процесі лікування адекватно до стану пацієнта); наявність лікарів за різними спеціальностями та консультантів у бригаді надання медичної допомоги, що надає можливості проводити більш якісну діагностику та лікування; наявність новітнього обладнання та використання інноваційних технологій лікування; ввічливість, уважність персоналу, використання технологій психологічної підтримки під час комунікації з пацієнтами; комфортний та естетичний інтер'єр медичного закладу [19, 26, 31]. Визначені характеристики якості надання медичної допомоги повинні забезпечуватися всіма лікувальними закладами, не зважаючи на форму власності та вид допомоги. Такий підхід був закладений в основу медичної реформи. При цьому, як зазначив Павло Ковтонюк: «з 2019 року приватні заклади набули можливості конкурувати з державними та комунальними закладами за бюджетні кошти. Серед приватних закладів, які підписали договори з НСЗУ - лікарі приватної практики, лікарі у формі ФОП та клініки з відомими іменами» [32].

Керівник Міжнародної академії мініінвазивної кардіохірургії, лікар-кардіохірург Олександр Бабляк, намагається надати відповідь на запитання: «Чому, не зважаючи на наявні тенденції в охороні здоров'я (прихована оплата за медичні послуги, незадоволеність лікарів рівнем заробітної плати в державних лікарнях, наявність коштів у інвесторів для інвестування у високотехнологічну медицину) приватні лікарняні заклади зі стаціонарами (не поліклініки чи консультації) не набувають широкого поширення?» [33]. Переважно розвиток відбувається спеціалізованих клінік (косметологічно-хірургічні, стоматологія, діагностика, офтальмологія тощо). В основі відповіді з боку пацієнта лежить те, що приватна медицина не повинна дублювати державну при просто кращому сервісі та якості лікування. В простих, типових ситуаціях дійсно перевага надається якості та

сервісу, проте, якщо мова йде про більш складні випадки, то перевагою визначаються лікарські компетенції та питання ціноутворення на послугу.

Як зазначає фахівець, з останнім питанням у приватних лікарнях України, які намагаються використовувати шаблон функціонування державних лікарень, наявні проблеми. Вони полягають в нерозумінні пацієнтом розміру кінцевої плати за медичну послугу. Так, на початку лікування, розмір оплати може бути одним, проте в процесі лікування кінцева сума може змінитися (як правило, в бік збільшення). Обираючи ж приватну медицину, пацієнт-споживач сподівається на якісно нові взаємовідносини у порівнянні з послугами державних медичних закладів [33].

Щодо держави, то можна констатувати відсутність стратегії, яка б визначала місце приватної медицини в СОЗ, та не вбачає в приватній медицині партнера у досягненні цілі збереження здоров'я громадян та нації. На перевагу даному твердженню, фахівці Дудка В.В., Урсол Г. М., Скрипник О. А., Василенко О. М. визначають переваги приватної медицини для держави.

Найважливішою перевагою державної підтримки розвитку приватного сектору в СОЗ України є вагомий внесок приватної охорони здоров'я у фінансування галузі. Крім того, приватні ЛПЗ знімають навантаження з державних лікарень і амбулаторій, оскільки сьогодні понад 10% населення України обслуговується в приватних медичних кабінетах або приватних медичних центрах (без врахування багатoproфільних лікарень) [31, 34].

Медицина в Україні досі залишається незрозумілою для суспільства системою. А оскільки бізнес є дзеркалом суспільства, він не до кінця розуміє, з чим має справу, складнощі та приховані проблеми медичного підприємництва. Ця двозначність збігається з іншою великою проблемою: відсутністю такого медичного ринку. Інвесторам, які хочуть інвестувати у відкриття приватних лікарень, просто не вистачає інформації для побудови ефективної бізнес-моделі. Адже навіть у великих містах, як визначають фахівці, на приватний сектор припадає менше 5% стаціонарних послуг, а в державних лікарнях формування цін на лікування непрозоре [33, 35]. Найбільшою помилкою підприємців є перенесення системи управління та принципів державних лікарень у приватні лікарні при

забезпеченні якісного сервісу. Як було зазначено вище, у простих випадках такий підхід спрацьовую, проте у більшості спеціалізованих медичних напрямів спрацьовують, перш за все, професіоналізм та компетенції лікарів.

Виникає питання, яких лікарів потрібно залучати в приватний бізнес, як проводити оцінку їх компетентності, який рівень заробітних плат їм встановлювати (навіть сам механізм передбачає прив'язку до існуючої системи). Наразі для медичного бізнесу в Україні, де відсутній офіційний ринок медичних послуг, відсутній і реальний ринок спеціалістів. Такий стан речей обумовлює наступну проблему: спеціалісти, які відкривають власну приватну практику, або працюють в приватних клініках, паралельно працюють в комунальних (державних) закладах, де отримують заробітну плату в межах діючої наразі системи укладених з НСЗУ договорів.

Щодо лікарів, то мотиви їх переходу з державної лікарні в приватну як правило, з тих самих причин, що і споживачі: прозорість фінансових відносин, оснащеність медичного закладу, більш ефективна система управління. З іншого ж боку, у приватних лікарнях лікар несе більшу відповідальність та має більше випробувань. Крім того, приватна лікарня не гарантує заробітну плату, вона напряму залежить від обсягу виконаної роботи, який напряму пов'язаний з витребуваністю лікаря на ринку. На відміну від державних закладів, в яких в результаті проведення реформи запроваджується подібна система оплати праці, обслуговування відбувається всіх верств населення, що збільшує кількість пацієнтів та, відповідно, обсяг наданих медичних послуг і розмір оплати праці.

Таким чином, розгляд приватної медицини з позиції ключових зацікавлених осіб - пацієнтів, держави, бізнесу та лікарів - дає змогу визначити, що якісна приватна медицина являє собою нову філософію, яку потрібно формувати з урахуванням потреб та вигод для всіх учасників. «Приватний сектор може стати частиною сучасного інструменту та ефективної системи охорони здоров'я, якщо національні уряди проводитимуть політику, яка позитивно трансформує організації охорони здоров'я, сприятиме участі громадськості в розробці нових форм оплати

медичної допомоги та покращуватиме ефективність використання ресурсів у галузь охорони здоров'я» [26].

Підводячи підсумок дослідження переваг розвитку приватної медицини, можна зробити висновок, що очікується сприяння впровадженню інноваційних діагностичних та терапевтичних практик, покращення структури та якості професійної охорони здоров'я, модернізації інформаційних систем (впровадження єдиної системи ведення реєстрів пацієнтів, клінік, лікарів тощо), покращенню якості обслуговування, а також підвищенню рівня кваліфікації медичного персоналу та забезпечує додаткові фінансові надходження (податкові виплати) до бюджету України [36, 39]. Тому держава, з одного боку, «повинна сприяти розвитку приватної медицини шляхом розумної регуляторної політики, а з іншого боку», вона повинна створювати підґрунтя підвищення рівня життя населення та реформувати діючу систему фінансування охорони здоров'я (в тому числі, активізація медичного страхування).

Аналіз причин гальмування та напрямів розвитку СОЗ в Україні, в цілому, та приватної медицини, в її складі, дав змогу виокремити причини макрорівня та мікрорівня. В межах даного дослідження систематизовані складові організаційно-економічного механізму макрорівня [3, с. 22].

Так, в своїй праці науковець Байрак А.О. під організаційним механізмом розуміє економічні стимули та санкції, методи державної підтримки, пільгове оподаткування, розвиток інфраструктури ринку медичних послуг [37, с. 174-175]. Щодо економічного механізму, то на його погляд він стосується відносин в активізації медичного страхування, особливо добровільного (як одного з напрямів розширення джерел формування ресурсів для фінансування медицини); регулюванні проєктів державно-приватного партнерства (ДПП); управління та регулювання активізації бізнесу і підприємництва в сфері медицини тощо.

Підтвердженням цієї тези є дослідження Брежнєвої-Єрмоленко О. В. та Байдуж А.О., які стверджували, що «чинна на сьогодні модель фінансування охорони здоров'я довела свою нездатність вирішити накопичені у сфері охорони здоров'я проблеми», та далі: «дотепер не вирішено завдання побудови адекватної

системи управління фінансовими ресурсами в системі медичного захисту населення в частині розвитку сучасних форм і методів медичного страхування, зокрема обов'язкового та добровільного. Не достатньо дослідженим залишається формування медичного страхування як повноцінного сектора страхового ринку» [38, с. 33].

Щодо приватної медицини, то на підставі опрацьованих джерел інформації, можна зробити висновки, що за останні роки (роки активного реформування медичної галузі), вона розвивався в межах загальної національної стратегії, без окремого плану розвитку приватного сектору та цілеспрямованого його вдосконалення. Таким чином, на сьогоднішній день відсутній не лише єдиний національний реєстр підприємств та галузевих приватних установ, а й відсутня чітко визначена національна приватна система охорони здоров'я з перевіреними принципами функціонування, методами розвитку, відповідною нормативно-правовою базою, інвестиційними планами розвитку, тощо [39].

Водночас, як було висвітлено вище, основний напрямок становлення та розвитку приватної медичної допомоги забезпечив би їй достойне місце у єдиному медичному просторі та покращив фінансовий стан галузі шляхом залучення альтернативних ресурсів. В світі відсутні приклади функціонування СОЗ, яка базується переважно на бюджетному фінансуванні, тому і для України існуючої моделі недостатньо для ефективного розвитку не лише приватного сектору охорони здоров'я, а й усієї СОЗ.

За словами експертів, дія програми медичних гарантій (ПМГ) будь-якої країни тісно пов'язана з системою медичного страхування [40]. Кошти від медичного страхування – це цільова пожертва, яка має йти на розвиток охорони здоров'я для задоволення потреб пацієнтів. У рамках дискусії експерти висловили бачення, що розвиток галузі охорони здоров'я невід'ємний від інтеграції медичного страхування в національну структуру ПМГ. Примітно, що положення про співфінансування СОЗ були вилучені із Закону «Про державні фінансові гарантії». Як наслідок, сьогодні пацієнти практично позбавлені можливості скористатися цим механізмом у рамках добровільного медичного страхування в межах ПМГ.

Враховуючи обмежені можливості збільшення ресурсів на центральному рівні, місцеві бюджети лягають на значне навантаження. Тому сьогодення концепція гуманітарного розвитку територіальних громад має базуватися, зокрема, на створенні регіональних схем страхування, в яких кошти роботодавців, частини населення та інші джерела фінансування можуть брати участь у забезпеченні доступності та ефективності медичне обслуговування населення. Створення цієї моделі вимагає формування стратегії, механізмів реалізації та створення виконавчих інституцій із залученням усіх сторін реформування галузі.

Експерти вважають, що український страховий ринок може стати ефективним учасником спільної інтерактивної групи для створення ефективної моделі медичного страхування в Україні. Страхові компанії можуть стимулювати розвиток ринкових відносин у державних закладах охорони здоров'я, щоб забезпечити додаткове джерело фінансування для утримання закладів [40]. З метою деталізації напрямів розвитку приватної медицини були виокремлені шість структурних компонентів: нормативно-правовий, інституційний, інвестиційний, інноваційний, економічної взаємодії та управлінський.

Так, в межах нормативно-правового компонента доцільно звернути увагу на те, що наразі в законодавстві України відсутнє визначення категорій: «приватна медицина» та «приватна медична практика». Як зазначають окремі фахівці публічного управління (Бабич О. І., Лихошвай А.В., Сіделковський О.Л.): «приватна система охорони здоров'я – це сукупність закладів охорони здоров'я, що здійснюють приватну медичну діяльність, тобто надають медичну допомогу» [41, 42]. Більшість з них, розглядаючи права пацієнтів, форму власності медичного закладу не зв'язують з обсягом медичної допомоги та можливістю порушення якості цієї допомоги. Проте, до недавня в Україні приватні медичні заклади обмежувалися у правах щодо надання медичних послуг в повному обсязі. Саме тому, зміни у доступі надавати всі види послуг в межах єдиного медичного простору (ЄМП), включаючи і можливість конкурувати з державними і комунальними ЗОЗ є вимогою прав людини на отримання медичної допомоги не залежно від виду медичного закладу.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ РЕФОРМУВАННЯ СОЗ УКРАЇНИ ТА СТАНУ ПРИВАТНОЇ МЕДИЦИНИ

2.1 Аналіз передумов реформування СОЗ України та нормативно-правового забезпечення приватної медицини

Як було визначено в Розділі 1, однією з цілей державної політики в галузі охорони здоров'я є підвищення загального рівня та якості життя населення. При цьому ефективність проведення реформ проводиться на основі вимірювання досягнення зазначеної цілі. Одним із показників, які використовуються для оцінки рівня якості життя населення є «Індекс розвитку людського потенціалу» (ІРЛП) («Human Development Index» (HDI)), розроблений ООН (див. таблицю А.1). Він базується на оцінці показників довголіття населення (очікувана тривалість життя), грамотності та освіченості населення (очікувана тривалість навчального періоду) та обсягу ВВП в розрахунку на душу населення. За даними Держзовнішінформу Міністерства економіки України, в даному індексі за 2020 рік Україна посідає 74 місце з 189 країн та покращила свою позицію 14 пунктів (в 2019 році Україна посіла 88 місце) [43].

Аналіз динамічних показників, пов'язаних з рухом населенням, дозволив зробити висновки про продовження негативної тенденції, яка тривала в Україні і в 2021 році. Перш за все, це стосувалося зменшення кількості населення (при цьому, як наявного, так і постійного), зменшенням тривалості життя (особливо чоловічої статі) та смертності населення від хвороб кровообігу і серцево-судинної системи, зменшення реальних доходів на душу населення тощо.

За даними Державної служби статистики України з 1991 року населення України скоротилося на 10889,3 тис. осіб та станом на 01 січня 2022 року становила 41167,3 тис. осіб. За період з 2015 року по 2022 рік скорочення населення становило 1762,0 тис. осіб, а за 2021 рік - 421,0 тис. осіб (рисунок 2.1).

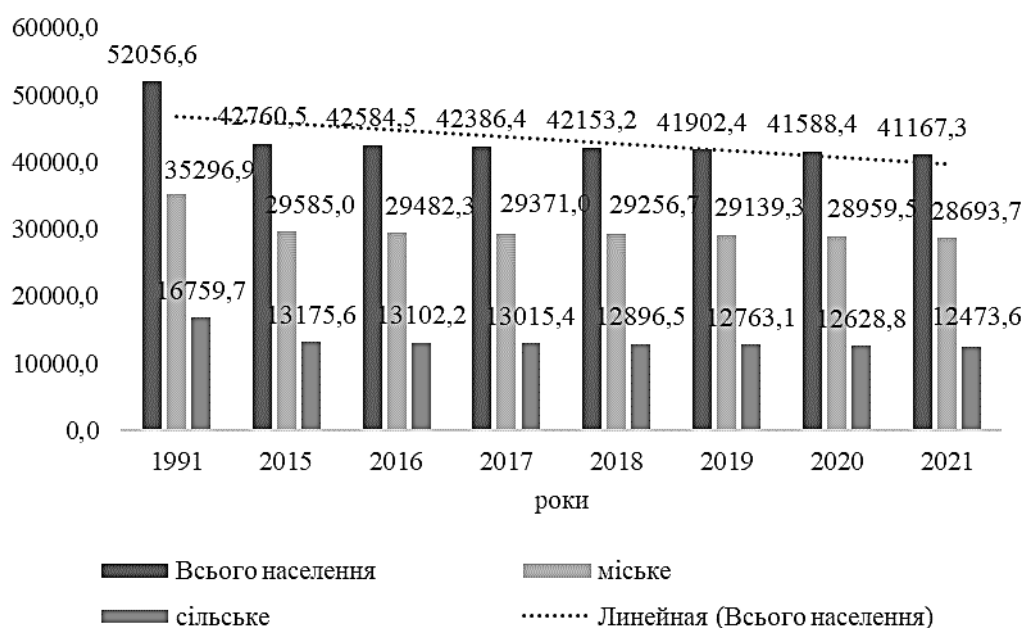


Рисунок 2.1 - Динаміка чисельності наявного населення України за 1991-2021 роки, тис. осіб

Джерело: побудовано на основі даних статистичного збірника «Населення України - 2021» [44]

Як свідчать дані рисунку, зменшення загальної чисельності наявного населення за 2021 рік відбулося переважно за рахунок зменшення міського населення (на 265,8 тис. осіб), чисельність сільського населення скоротилася на 155,2 тис. осіб. Негативним явищем є також скорочення чисельності населення України за рахунок природного скорочення. За 2021 рік із 421,0 тис. осіб природне скорочення становило 442,3 тис. при міграційному прирості населення в 21,3 тис. осіб (таблиця В.2, Додаток В). Викликає занепокоєння факт щорічного збільшення природного скорочення населення, при цьому, за 2021 рік спостерігається найвищий показник за весь період спостереження.

Щодо наступного параметру, який відображає рівень та якість життя населення та лежить в основі розробки державної політики в охороні здоров'я, є вікова характеристика населення та, найбільш показовий, очікуваний термін життя людини при народженні та в продовж життя. Відносно вікової характеристики населення, то за період дослідження зберігається тенденція загального старіння. За даними Державної служби статистики України, станом на 01.01.2022 року в

структурі населення окремих вікових груп, частка людей у віці старше 60 років становить близько 25,0%, а частка населення працездатного віку (старше 18) становить близько 80,0% [44].

Аналогічна негативна тенденція по показнику очікуваної тривалості життя, при цьому, дана тенденція спостерігається, як по населенню чоловічої, так і жіночої статі. Слід визначити також зменшення очікуваної тривалості життя в 2021 році з 71,35 років до 69,77 років (-1,58 років). З 2006 року до даного року показник мав тенденцію до зростання (таблиця В.3, Додаток В). Традиційно, очікувана тривалість життя жінок вища, ніж чоловіків, однак, і за цими показниками з 2018 року спостерігається зменшення. Аналіз даного показника по Україні в порівнянні із 27 країнами ЄС, дав змогу констатувати, що Україна займає останню позицію (таблиця В.4, Додаток В). Серед 10 країн, які очолюють список країн з високим показником очікуваної тривалості, можна визначити такі: Австрія, Данія, Ірландія, Іспанія, Італія, Кіпр, Люксембург, Мальта, Фінляндія, Франція та Швеція (по чоловікам і жінкам входить в ТОП-10). атунок

Як було зазначено в теоретичному розділі роботи, ще одним показником, який характеризує рівень та якість життя населення є розмір ВВП на душу населення (див. п. 1.1). За даними Управління державної статистики України світові економічні кризи вплинули на розмір ВВП України (таблиця В.5-В.6, Додаток В).

При цьому, досвід двох пережитих Україною криз (криза 2008 – 2009 років та криза 2014 – 2015 років), засвідчує, що економіка відновлюється повільно, щоб досягнути передкризового рівня. Ці припущення добре ілюструються на графіку динаміки номінального ВВП України за період 2002-2021 роки (рисунок 2.2). Як бачимо з даних рисунку, рівень ВВП 2020 року, який становив 155582 млн. дол. США поступається рівню показників передкризового 2012 року (175781 млн. дол. США); який, у свою чергу, поступається рівню передкризового 2008 року (179992 млн. дол. США). В 2021 році номінальний ВВП України вперше за історію незалежності сягнув рівня 200090 млн. дол. США.

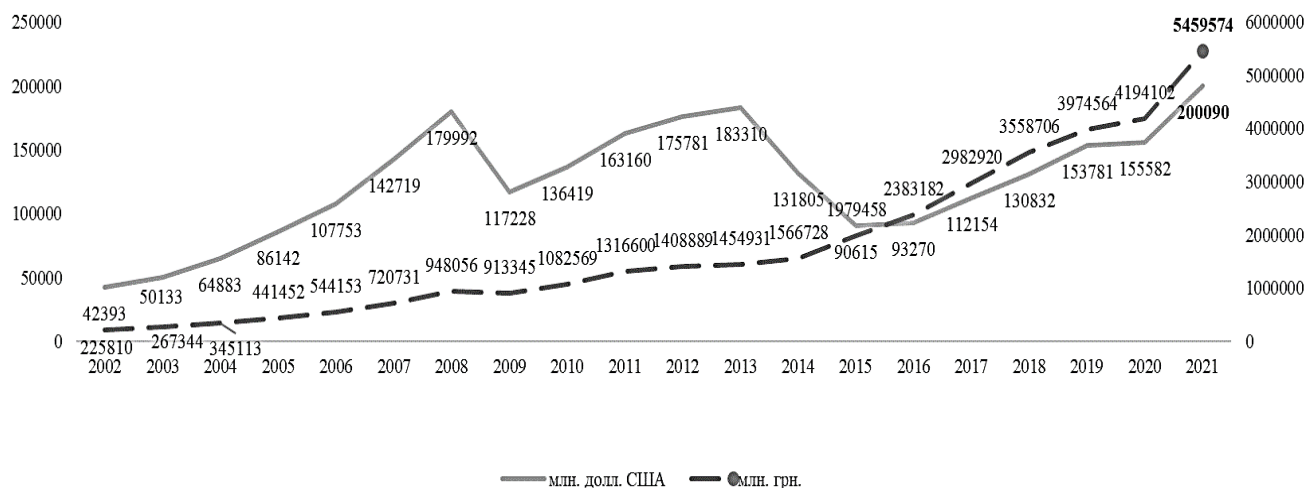


Рисунок 2.2 - Динаміка номінального ВВП України за 2002-2021 роки

Джерело: побудовано на основі даних Міністерства фінансів України [45]

Аналогічну тенденцію можна спостерігати за показником номінального ВВП на одну середньорічну особу населення, розмір якого в 2021 році становив 1108,7 млн. долл. США (див. таблицю В.6, Додаток В).

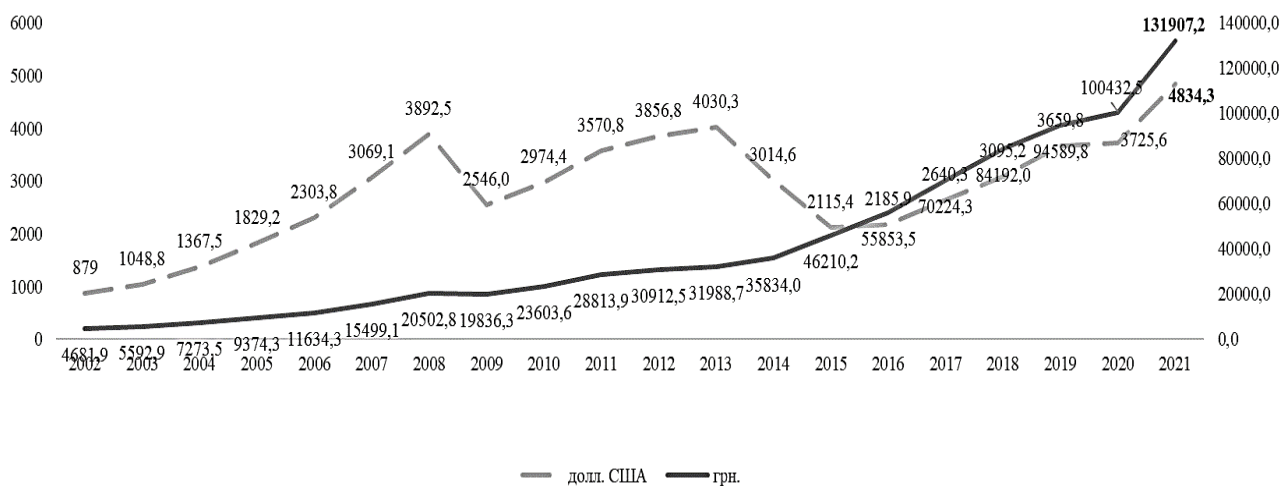


Рисунок 2.3 - Динаміка номінального ВВП України на одну середньорічну особу за 2002-2021 роки

Джерело: побудовано на основі даних Міністерства фінансів України [45]

За даними Світового банку в 2021 році Україна посідала 101 місце серед 185 країн за розміром номінального ВВП на душу населення (4834,3 дол. США, перерахованих за ринковим обмінним курсом) [46]. Серед лідерів: Люксембург

(135682 дол. США), Ірландія (99152 дол. США), Швейцарія (93457 дол. США), Норвегія (89202 дол. США). За загальним «Індексом людського розвитку», поданим у звіті ООН про розвиток людського потенціалу, у 2020 році список очолювала Норвегія, далі Ірландія та Швейцарія [43].

Таким чином, проведений та представлений аналіз показників, які характеризують рівень та якість життя населення України, дає можливість охарактеризувати ситуацію, як таку, що потребує реальних дій, в тому числі з боку уряду і спільноти. Політика, пов'язана з загальним здоров'ям населення та нації передбачає перехід до принципово нової концепції поглядів на медичну допомогу населення (філософія медичної допомоги) та на спосіб життя і харчування людей. В цьому контексті важливим є державна політика в частині зменшення негативного впливу на навколишнє середовище (виконання принципів на концепції стійкого розвитку), подальше поетапне реформування СОЗ (відповідно до визначених основами реформування), проведення реформ соціальної сфери, оподаткування, активізація медичного страхування. Державна політика уряду повинна бути націлена на формування моделі, яка б забезпечувала загальне зростання економічного розвитку та збільшення доходу на душу населення. Останнє можливо, в тому числі при формуванні підґрунтя для активізації малого та середнього бізнесу (з акцентом на приватну власність). За принципами функціонування ринкової економіки, держава обмежена у прямому впливі на приватну діяльність; як правило, держава використовує інструменти, пов'язані з опосередкованим впливом. Аналогічно, дані інструменти можна розглянути і на ринку медичних послуг.

Зосередимо подальше дослідження на нормативно-правовому забезпеченні реформування СОЗ України та приватної медицини, як одного з інструментів державного впливу. Крім того, дослідимо зв'язок між рівнем розвитку економіки, включаючи рівень доходів населення, та ефективністю роботи приватних ЗОЗ.

Початок розвитку ринку приватної медицини в Україні можна визначити з періоду заснування незалежної України в 1991 році з формування і удосконалення нормативно-правової бази. Так, у відповідності із ст. 16 Закону України «Основи

законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. №2801, ЗОЗ в Україні можуть функціонувати на основі таких форм власності: державна, комунальна та приватна. При цьому, приватні ЗОЗ можуть на власний розсуд обирати організаційно-правову форму господарювання в межах чинного законодавства. В цьому ж документі визначено, що для здійснення господарської діяльності приватні ЗОЗ можуть користуватися державною підтримкою, за наявності спеціальної ліцензії [47]. Відповідно до ст. 1 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності», ліцензією є «право суб'єкта господарювання на провадження виду господарської діяльності або частини виду господарської діяльності, що підлягає ліцензуванню» [48, ст. 1]. Зайняття медичною практикою є тим видом господарської діяльності ЗОЗ, яке обов'язково підлягає ліцензуванню.

Основним документом держави, Конституцією України, передбачено, надання медичної допомоги державним та комунальними закладами охорони здоров'я, при цьому держава, за даним документом, повинна сприяти розвитку закладів всіх організаційно-правових форм господарювання та форм власності [48]. Норма закону, щодо сприяння є незмінною, проте вже на початку 2000-х років, механізми сприяння потребували докорінної зміни, що знайшло відображення в концепції перебудови СОЗ, особливо в частині фінансування медичної допомоги.

Перший етап реформи СОЗ розпочався після прийняття Указу Президента «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» 03 грудня 2005 року, в подальшому в 2007 році було прийнято постанову КМУ «Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року». Основними ключовими концептами цих документів, які мають відношення в тому числі і до приватної медицини були: введення поняття сімейної медицини та визначення її відмінностей від існуючої до реформи системи надання первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) дільничними лікарями; розподіл медичної допомоги на первинну, вторинну та високоспеціалізовану; автономізація державних ЗОЗ та їх перетворення на комунальні неприбуткові підприємства (КНП) з метою подальшого фінансування

медичної допомоги за рахунок бюджетів різних видів; формування єдиного інформаційної системи (медичного простору) (ЄМП) тощо [49, 50].

Говорячи по приватну медицину, то слід визначити, що важливість регламентування інституту сімейної медицини полягала не тільки в перегляді підходів до медичної допомоги первинного рівня, а й надала можливість лікарям вести власну справу, зареєструвавшись в якості фізичної особи - підприємця (ФОП). В подальшому мета та напрями реформи ПМСД на засадах сімейної медицини були регламентовані Законом України «Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року» від 22 січня 2010 року № 1841-VI, яким передбачалася реорганізація і перепрофілювання ЗОЗ та створення амбулаторій сімейної медицини; а також проведення поетапної реструктуризації АПЗ з метою створення ЛПЗ [51]. Наразі пацієнти можуть обрати сімейного лікаря, в тому числі і того, який зареєстрований як ФОП, так як даній категорії лікарів надано право на заключення договорів з НСЗУ для отримання коштів на визначені ПМГ послуги. Перелік таких послуг визначено наказом МОЗ України «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» від 19.03.2018 року №504. При цьому, крім діагностики та лікування, в цей перелік включені дослідження, вакцинація, виписування рецептів на ліки, листків непрацездатності та інших довідок [52]. Ще один важливий документ, який регламентує вимоги до матеріально-технічної бази лікаря-ФОП, які є обов'язковими для провадження господарської діяльності в медичній практиці - це Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики, затверджені постановою КМУ від 02.03.2016 р. №285) [53].

Повертаючись до розгляду еволюції СОЗ України, визначимо, що з метою імплементації міжнародного досвіду та оптимізації національних наукових доробок для побудови оптимальної моделі системи МОЗ України була розроблена та обговорена 15 липня 2016 року Концепція побудови національної СОЗ України. Показовим є те, що, як ми визначили в Розділі 1, метою держави є створення такої моделі, яка б забезпечувала «примноження людського потенціалу України»,

підвищення рівня та якості життя, передусім збільшення тривалості здорового життя [54].

Не зважаючи на значні фундаментальні недоліки запропонованої концепції, одним з яких є відсутність конкретних кроків до досягнення цілей, в ній були закладені аспекти зародження публічного управління в галузі охорони здоров'я, а саме:

- по-перше, визнано, що при монополізованому УОЗ, в охороні здоров'я відсутнє самоврядування публічних професій;

- по-друге, визнано, що причини незадовільних показників якості життя населення знаходяться не тільки в СОЗ, а й, що, найбільш вагоме, в низькому економічному розвитку країни на фоні тінізації економіки та відтоку різних видів капіталу (насамперед, кадрового) за межі країни;

- по-третє, констатовано, що система фінансування ОЗ, яка базувалася на централізованому плануванні та управлінні, а також вседоступності безоплатної медичної допомоги, вичерпала себе, а інша, адаптована до вимог ринкової економіки та децентралізації влади, не сформувалася. Крім того, визнано не виправдано низький рівень обсягів фінансування з консолідованих громадських джерел [54].

Розглянуті концепти, крім іншого, пов'язані із усвідомленням необхідності корінної зміни системи фінансування галузі. Згідно із діючим перед впровадженням реформи законодавством, основним джерелом фінансування СОЗ були кошти державного бюджету. В звіті Світового банку та ВООЗ: «Україна: огляд системи охорони здоров'я 2016-2019» було зазначено, що повне забезпечення медичної галузі виключно за рахунок коштів державного бюджету в довгостроковому періоді буде для України обмеженим [40]. Крім того, пропонувалося зосередитися на реалізації стратегії скорочення витрат при поліпшенні якості медичних підвищенні ефективності медичного обслуговування.

На основі дослідження нормативно-правового забезпечення та досліджень фахівців публічного управління та права, основні законодавчі та нормативно-правові акти, які регулюють цілі функціонування СОЗ, механізм фінансування

медицини, функціонування приватних ЗОЗ в Україні та функції ОМС в частині медицини, систематизовані та наведені в таблиці Г.1 (Додаток Г) [55].

2.2 Аналіз моделі фінансування СОЗ України та бюджетного фінансування приватної медицини

Як було доведено в теоретичній частині дослідження, реформування охорони здоров'я в Україні передбачало в тому числі, формування нової системи фінансування. Структура джерел ресурсів, які використовуються для фінансування СОЗ, включаючи державні, комунальні та приватні проекти, обумовлена моделлю формування та використання ресурсів, які визначає цілі СОЗ у відповідності з загальними цілями управління галуззю. В результаті проведеного дослідження були зроблені висновки, що, по-перше, модель, яка базується на переважно бюджетному фінансуванні вичерпала свої можливості та, по-друге, жодна з країн ЄС не використовує бюджетну модель фінансування в чистому вигляді (рисунок Д.1, Додаток Д).

Аналіз джерел фінансування СОЗ (до моменту реалізації концептів, визначених Концепцією побудови національної СОЗ), дозволив підтвердити тезу, щодо привалювання бюджетного фінансування (близько 90,0% фінансових ресурсів). З 2018 року по 2019 рік в Україні проводився підготовчий етап реформування СОЗ, який включав реалізацію задекларованих змін моделей надання медичних послуг первинного рівня та фінансування ПМСД, а також впровадження пілотних проектів щодо надання медичної допомоги вторинного рівня. На даному етапі бюджетне фінансування ЗОЗ здійснювалося з державного бюджету та з місцевих бюджетів. При цьому, на період 2018-2019 роки була передбачена можливість фінансувати медичну допомогу за рахунок коштів медичної субвенції, яка була скасована з 2019 року (таблиця Д.1, Додаток Д). Слід акцентувати, що 27 грудня 2017 р. була прийнята Постанова КМУ «Про утворення Національної служби здоров'я України», на підставі якої були регламентовані дії

незалежного органу, який має виключне право проводити закупівлю медичних послуг у ЗОЗ та розпоряджатися бюджетними коштами для їх фінансування.

З квітня 2020 року, не зважаючи на карантинні обмеження та значну невизначеність з формування бюджетів різних рівнів, в тому числі і на охорону здоров'я, відбулося впровадження другого етапу медичної реформи. В частині фінансування він передбачав здійснення державного фінансування вторинної та третинної медицини (спеціалізована та високоспеціалізована медична допомога) на підставі договорів з НСЗУ. У зв'язку з впровадженням та реалізацією реформи СОЗ України відбуваються зміни у загальній моделі фінансування: трансформація бюджетно-соціальної моделі в бюджетно-приватно-соціальну. Остання передбачала декілька донорів ресурсів, функціонування системи соціального страхування тощо. Функція держави зводиться до визначення видів медичних послуг, які гарантуються населенню за ПМГ. Решта медичних послуг оплачується або напряму надавачу таких послуг або за рахунок коштів, сформованих в результаті функціонування механізму медичного страхування (обов'язкового та добровільного). Після 2000 року крім урядових фінансових агентів (територіального, центрального, муніципального та фондів соціального страхування)), збільшилась частка приватних фінансових агентів (приватне добровільне страхування, домогосподарства, некомерційні організації, які обслуговують домашні господарства, приватні фірми і корпорації, лікарняні каси). Крім того у фінансуванні задіяні інші агенти світу (таблиця Д.2, Додаток Д).

Аналіз загальних витрат на охорону здоров'я України за 2003-2020 роки, дає змогу констатувати їх абсолютне збільшення на 310719,8 млн. грн., в 2020 році становили 329341,4 млн. грн. (у порівнянні з 2019 року зростання витрат становить 36316,8 млн. грн.) (рисунок 2.4). Інформативним з точки зору ефективності проведення реформи СОЗ є зміна структури витрат на ОЗ за фінансовими агентами та їх обсягів. На рисунку наочно представлено значне зростання обсягів коштів уряду, приватного сектору та інших організацій з 2018 року.

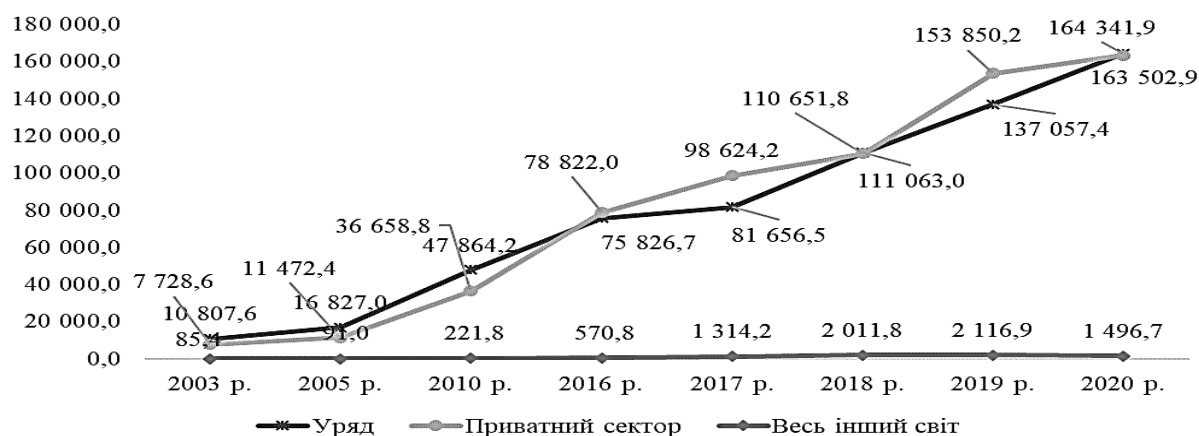


Рисунок 2.4 - Динаміка витрат на охорону здоров'я України за фінансуючими організаціями (фінансовими агентами) за 2003-2020 р.р., млн. грн.

Джерело: побудовано на основі даних Управління державної статистики України [56]

При загальному зростанні змінилася і структура витрат за агентами. Так, кошти урядів, приватного сектору та іншого світу: в 2003 році: 58,04%, 41,50%, 0,46%; в 2005 році: 59,27%, 40,41%, 0,32%; в 2010 році: 56,48%, 43,26%, 0,26%; позитивним є той факт, що в 2016 році вперше за період, обраний для дослідження частка коштів урядів була меншою за кошти приватного сектору: 48,85%, 50,78%, 0,37%; в 2017 році: 44,97%, 54,31%, 0,72%; в 2018 році: 49,64%, 49,46%, 0,9% відповідно за агентами. Аналізуючи ситуацію за 2019-2020 роки, можна констатувати зменшення частки витрат приватного сектору та іншого світу в 2020 році. При цьому, кошти агентів іншого світу зменшилися і за обсягом (рисунок 2.5).

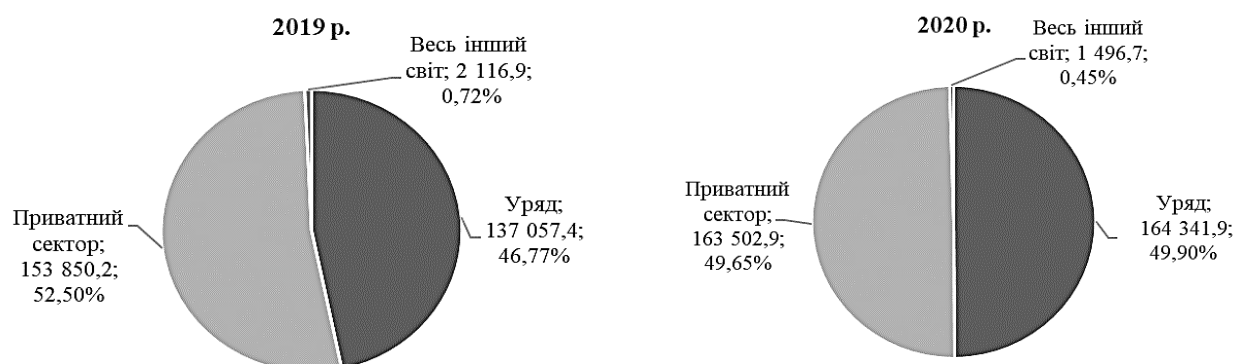


Рисунок 2.5 - Обсяг і структура витрат на ОЗ України за фінансуючими організаціями за 2019-2020 р.р., млн. грн., %

Джерело: побудовано на основі даних Управління державної статистики України [56]

Як свідчать дані рисунку за 2020 рік відбулося збільшення обсягу фінансування СОЗ урядом, крім того, зросла частка участі уряду у фінансуванні з 46,77% до 49,90%. Дані зміни були обумовленні збільшенням витрат територіальних та центральних урядів (рисунок 2.6).

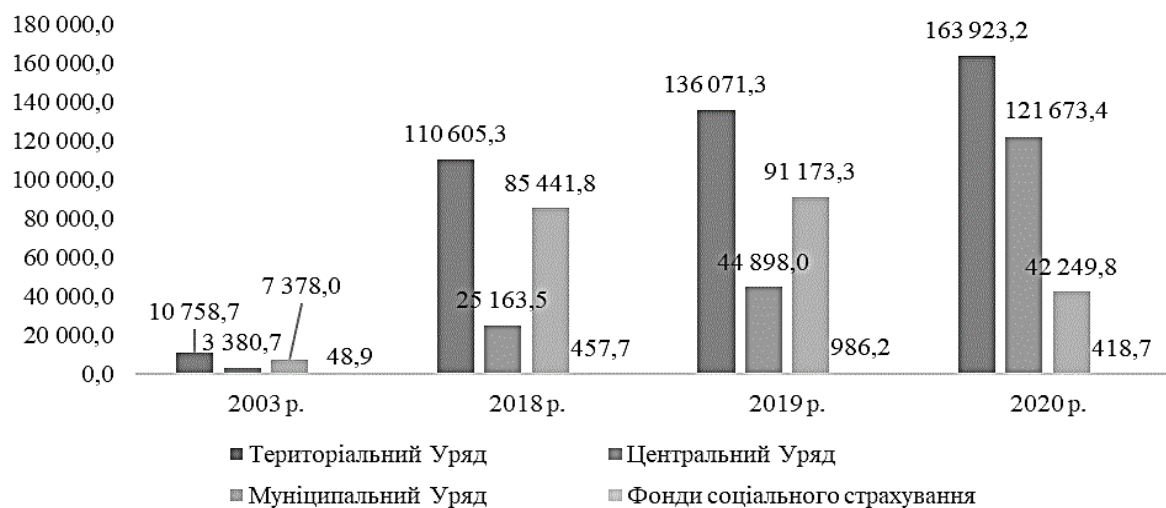


Рисунок 2.6 - Динаміка витрат на ОЗ України урядами різних рівнів за 2003-2020 р.р., млн. грн.

Джерело: побудовано на основі даних Управління державної статистики України [56]

При цьому, за 2020 рік відбулося зменшення фінансування муніципальним урядом та фондом соціального страхування (на 48923,5 млн. грн. та 567,5 млн. грн. відповідно). Щодо першого показника, то його зменшення обумовлено зміною адміністративно-територіального устрою України, в результаті якої зменшилась кількість районів та відбулася зміна кількості територіальних громад. Крім того, значний вплив на обсяг витрат мало фінансування медичних послуг, пов'язаних із коронавірусною хворобою (COVID-19), зумовленою коронавірусом SARS-CoV-2.

Провівши аналіз фінансових агентів приватного сектору, було зроблено висновок, що основними агентами є домогосподарства. Так, обсяг фінансових ресурсів даної категорії агентів за період дослідження зростає. За 2020 рік домогосподарствами було витрачено 152757,5 млн. грн. проти 106154,5 млн. грн. в 2018 році та 144225,9 млн. грн. в 2019 році (рисунок 2.7).



Рисунок 2.7 - Динаміка витрат на ОЗ України фінансовими агентами приватного сектора за 2003-2020 р.р., млн. грн.

Джерело: побудовано на основі даних Управління державної статистики України [56]

Наступними за обсягами фінансування є приватні фірми та корпорації, які в більшості випадків придбавають поліси медичного страхування своїм працівникам. За період дослідження відбулося зростання обсягу фінансування даним агентом: в 2020 році - 7510,22 млн. грн. проти 520,6 млн. грн. в 2018 році. Позитивним є зростання в 2020 році частки фінансування даної категорії агентів в загальній структурі агентів приватного сектору (з 0,97% в 2019 році до 2,28% в 2020 році) (див. таблицю Д.2, Додаток Д).

Щодо розподілу фінансових ресурсів, то за наявності статистичних даних за 2018 рік та 2019 рік, з метою отримання уяви про вплив реформи СОЗ на обсяги бюджетного фінансування приватної медицини, проаналізували напрями використання коштів, направлені на приватні лікарні за поточними даними 2018-2019 років (таблиця 2.1).

Як свідчать дані, наведені в таблиці, з 2019 року припинилося фінансування послуг, віднесених до первинного рівня медичної допомоги (послуги, які входять до складу групи «Амбулаторне лікування»). За умовами надання фінансування на послуги, лікарняні заклади повинні були виконати певні вимоги та заключити договір з НСЗУ.

Таблиця 2.1 - Розподіл поточних витрат на ОЗ приватним лікарням за видами медичних послуг в 2018-2019 рр., млн. грн.

Напрямок використання коштів	2018 рік	2019 рік	Темп росту, +,-
Витрати на персональне лікування та придбання медичних товарів	18806,5	2494,0	-16312,5
<i>Амбулаторне лікування</i>	<i>18195,7</i>	<i>218,0</i>	<i>-17977,7</i>
Амбулаторне лікування та реабілітаційне лікування	18195,7	218,0	-17977,7
Основні медичні та діагностичні послуги	480,6	0,0	-480,6
Амбулаторне стоматологічне лікування	100,5	0,0	-100,5
Всі інші спеціалізовані медичні послуги	494,2	0,0	-494,2
Інше амбулаторне та реабілітаційне лікування	17120,5	0,0	-17120,5
<i>Допомога вдома</i>	<i>610,8</i>	<i>2276,1</i>	<i>1665,3</i>
Допоміжні послуги для медичного лікування	610,8	2276,1	1665,3
Профілактичні послуги та послуги з охорони здоров'я	0,0	561,8	561,8
Поточні витрати на охорону здоров'я, всього	18806,5	3055,8	-15750,7

Джерело: розраховано на основі даних Управління державної статистики України [56]

Відповідно до етапів впровадження реформи СОЗ з 2018 року кожен громадянин України набув можливості обрати лікаря, з яким на підставі укладеної декларації, він вступав у відносини щодо отримання медичних послуг первинного рівня (інститут сімейної медицини). Такий лікар був зареєстрований в єдиній інформаційній системі, як лікар сімейної медицини, лікар-терапевт або лікар-педіатр. Як було визначено вище, лікарі, які надавали ПМСД могли працювати в комунальних ЗОЗ, приватних медичних установах або бути зареєстрованими в якості ФОП. Декларація забезпечує можливість отримати пацієнтом пакет послуг, а лікарем - оплату праці, розмір якої залежить від обсягу наданих медичних послуг.

Оплата праці медичних працівників, які надають послуги, що фінансуються за рахунок бюджетних коштів, входить до тарифу на даний вид послуги. Медичний заклад, в якому працює лікар, або лікар-ФОП з метою отримання замовлення на надання визначеного виду медичної допомоги за умови виконання вимог заключають договори з НСЗУ. Так, в 2021 році таких закладів, які уклали договори з НСЗУ було 3494, проти 1466 закладів в 2019 році та 3119 закладів в 2020 році (таблиця 2.2).

Таблиця 2.2 - Показники розвитку фінансування ПМСД за ПМГ в Україні за 2019-2021 р.р.

Показники	2019 р.	2020 р.	2021 р.	Відхилення, +,-	
				2020 р. до 2019 р.	2021 р. до 2020 р.
Кількість ЗОЗ, які уклали договори з НСЗУ	1466	3119	3494	1653	375
в т.ч. КНП	1050	2486	2561	1436	75
ФОП	248	232	330	-16	98
Інші приватні (без ФОП)	168	401	603	233	202
Частка ФОП та приватних ЗОЗ, %	28,38	21,25	26,70	-7,12	5,45
Кількість укладених декларацій	29142060	30992712	32149167	1850652	1156455
в т.ч. КНП	-	29890563	30348983	29890563	458420
ФОП	-	583038	952098	583038	369060
інші приватні (без ФОП)	-	518619	848086	518619	329467
Частка ФОП та приватних ЗОЗ, %		3,55	5,60	3,55	2,04
Рівень охоплення населення декларуванням*, %	69,55	74,52	78,09	4,98	3,57
Рівень охоплення населення декларуванням з ФОП та приватними ЗОЗ, %	-	3,55	5,60	-	2,04
Розмір виплат по ПМГ, млн. грн.	16750,1	74392,5	123006,8	57642,4	48614,3
в т.ч. КНП	16581,8	73766,5	121398,8	57184,7	47632,3
ФОП	78,5	224,8	535,8	146,3	311,0
інші приватні (без ФОП)	89,8	401,2	1072,2	311,4	671,0
Частка ФОП та приватних ЗОЗ, %	1,00	0,84	1,31	-0,16	0,47

*Довідково: чисельність населення: 41902416; 41588354; 41167335 осіб по роках

Джерело: побудовано автором на основі даних Звітів НСЗУ [57]

З 2020 року деякі приватні медичні заклади надавали не тільки ПМД, а й спеціалізовану. Як свідчать дані таблиці на первинному рівні медичної допомоги приватні заклади та ФОП становлять більше 25,0% від загальної кількості ЗОЗ, які уклали договори з НСЗУ (в 2020 році - 21,25%). За 2021 рік рівень охоплення населення декларуванням України становив 78,09% проти 74,52% в 2020 році та 69,55% - в 2019 році. Рівень охоплення декларуванням з лікарями приватних клінік та ФОП в 2021 році становив 5,60% проти 3,55% в 2020 році.

За період дослідження (особливо за 2021 рік) зросла сума виплат по ПМГ, в тому числі і приватним клінікам, частка таких виплат в загальних виплатах становила в 2021 році 1,31%, що більше на 0,47 п.п. у порівнянні з 2020 роком.

Зростання частки декларацій та виплат підтверджує тезу про вигоду та привабливість заключення декларацій з лікарями приватної практики.

Обсяг державного фінансування охорони здоров'я за 2021 рік становив найбільшу за весь період функціонування системи суму в розмірі 203,6 млрд. грн., з яких на державний бюджет припало 170,7 млрд. грн. або 3,2% ВВП. В 2020 році державне фінансування галузі ОЗ не перевищувало 2,7% ВВП. Однією з причин такого зростання є необхідність в коштах для боротьби із наслідками світової пандемії, викликаной коронавірусною інфекцією COVID-19. Проте, як було зазначено раніше, розмір видатків на охорону здоров'я повинен бути не менше 5,0%, за таких умов можливе зниження навантаження на домогосподарства від медичних платежів.

Проте обсяг медичних платежів домогосподарств протягом року зростав, та за підсумками року становив 222,86 млрд. грн., що більше ніж в три рази у порівнянні з показником 2019 року. При сумі загального офіційного обсягу фінансування СОЗ (держава + кошти домогосподарств) в 426,5 млрд. грн. (7,9% ВВП) система працює неефективно. По факту спостерігається функціонування двох систем фінансування ОЗ (державні кошти та кошти громадян), які розвиваються паралельно. Як стверджують фахівці, за такого рівня медичних витрат домогосподарств кожна працевлаштована особа у 2021 році сплатила зі своїх коштів в середньому 15 тис. грн. за 2021 рік, що становить 1,26 тис. грн. на місяць. Кошти, як правило були витрачені неефективно на купівлю непотрібних або дорогих ліків, на оплату зайвих консультацій спеціалістів, лабораторних аналізів тощо.

З метою розвитку фінансування СОЗ держава повинна розробити та запропонувати механізм обов'язкового медичного страхування. Даний фінансовий інструмент забезпечує державі управління приватними медичними платежами громадян та контроль за їх витрачанням, виходячи з інтересів пацієнтів, протоколів лікування та економічної доцільності.

Підводячи підсумок аналізу моделі фінансування СОЗ України та бюджетного фінансування приватної медицини, можна зробити такі висновки:

- основною ціллю реформування СОЗ України було вирішення однієї з головних проблем, пов'язаних з неефективністю витрачання бюджетних (публічних) коштів;

- державна політика у сфері охорони здоров'я України повинна узгоджуватися із загальною стратегією держави, наведеною на підвищення рівня та якості життя населення та поліпшення здоров'я нації;

- принципами, побудови нової державної політики у сфері охорони здоров'я України є: загальна доступність медичної допомоги, децентралізація державного управління в медицині, матеріально-технічне та фінансове забезпечення і доступність медичної допомоги різних видів;

- в результаті проведення реформування системи фінансування охорони здоров'я, Україна перейшла від бюджетної моделі до змішаної, яка передбачає створення умов для розширення джерел формування ресурсів для фінансування галузі;

- з метою розвитку фінансування СОЗ держава повинна розробити та запропонувати механізм обов'язкового медичного страхування;

- приватні ЗОЗ отримали право на доступ до бюджетних ресурсів на фінансування медичної допомоги первинного та спеціалізованого рівнів;

- участь держави у розвитку приватної медицини передбачає створення економічної та інвестиційної привабливості країни в цілому з метою залучення в галузь приватного капіталу, в тому числі іноземних інвестицій.

2.3 Аналіз діяльності приватних медичних закладів України

Як було визначено в п. 2.1, говорячи про ринок приватних медичних послуг в цілому, то він в Україні почав формуватися на початку 90-х років XX століття з формування нормативно-правового забезпечення (див. п. 2.1). Уже в 2000-2010-х рр. на фоні зростання основних економічних показників та рівня доходів населення, в Україні вже сформувалася мережа приватних клінік, лабораторій та лікувально-курортних установ. В першу чергу це стосувалося

вузькоспеціалізованих установ та спеціалістів. Аналіз ринку приватних медичних послуг в Україні, проведений консалтинговою компанією України «Pro-Consulting», підтверджує, що найбільш рентабельними напрямками приватної медичної практики є стоматологія, гінекологія, косметологія та урологія [58].

Проте, поряд з ними відкривалися установи, які здійснювали високотехнологічні маніпуляції (допоміжні репродуктивні технології, терапія онкозахворювань, складні хірургічні операції) та монопольно володіли унікальними методиками лікування і новітньою апаратурою, забезпечити які можна було виключно за рахунок приватних інвестицій. На фоні зростання захворювань кровотворної, серцево-судинної систем та онкологічних захворювань, державні ЗОЗ не могли задовольнити потребу пацієнтів, наприклад, у комп'ютерній та магнітно-резонансній томографіях, які виконувалися саме у приватних закладах.

Основними факторами, які впливають на активність ринку приватної медицини та збільшення обсягів медичних послуг, наданих приватними клініками можна визначити такі:

- реформування системи фінансування СОЗ України та можливість приватних ЗОЗ приймати участь у продажу медичних послуг за кошти держави (див. п. 2.2);

- рівень платоспроможності населення. Як свідчать результати нашого дослідження при зростанні показників якості життя (в тому числі, доходів населення), зростає обсяг послуг, в тому числі приватних, які населення може собі дозволити, роблячи акцент на якісних параметрах послуги (див. п. 2.1). Низька купівельна спроможність українців спонукає багатьох з них споживати дешевші, але менш якісні послуги в державному секторі;

- впровадження інновацій на ринку приватних медичних послуг України. Технологічний прогрес сприяв появі нових, більш ефективних ліків, обладнання для обстеження та діагностики пацієнтів, цифрових систем для управління діяльністю в медичних клініках і взаємодії з клієнтами. Все це підвищує продуктивність роботи лікарів, які мають можливість зосередитися на лікуванні.

Дослідження діяльності приватних медичних закладів до реалізації реформи СОЗ (до 2016 року) дозволило визначити ТОП-20 закладів за рівнем доходу (таблиця 2.3, таблиця Є.1, Додаток Є).

Таблиця 2.3 - ТОП-20 приватних медичних закладів в Україні у 2016 році

Назва	Дохід, млн. грн.	Мережа	
		кількість закладів	населені пункти
ТОВ «Сінево Україна» та ТОВ «Сінево Схід»	950,0-1000,0	221	76 н.п.
ТОВ «Медікс-Рей Інтернешнл Груп» (лікарня ізраїльської онкології «LISOD»)	350,0-400,0	1	Київська обл.
ТОВ «Медичний центр «Медікап»» (Медичний центр «INTO-SANA»)	250,0-300,0	10	Київ, Одеська обл.
ТОВ «Ісіда-IVF»	250,0-300,0	4	Київ
ТОВ «МЛ «Діла»»	250,0-300,0	74	27 н.п.
ПраТ «Миргородкурорт»	150,0-200,0	4	Миргород
ТОВ «Неомед 2007» (Медичний центр «Мати та дитина»)	150,0-200,0	5	Київ, Житомир, Львів
ТОВ «Борис»	150,0-200,0	2	Київ
ТОВ «Капітал» (Універсальна клініка «Оберіг»)	150,0-200,0	1	Київ
ТОВ «Клініка репродуктивної медицини «Надія»»	100,0-150,0	1	Київ
ТОВ «Незалежна лабораторія ІНВІТРО»	100,0-150,0	58	27 н.п.
ПП «Медичний центр «ІНТЕРСОНО»»	100,0-150,0	2	Львів, Ужгород
ТОВ «Медичний центр «Добробут-Поліклініка»»	100,0-150,0	10	Київ
ТОВ «Дім медицини» (Медичний дім «Odrex»)	100,0-150,0	2	Одеса
Доч. підприємство «Моршинкурорт»	95,0-100,0	5	Моршин
Медична клініка «Іновація»	90,0-95,0	2	Київська обл.
ТОВ «Смартлаб»	85,0-90,0	63	17 н.п.
ПраТ «Трускавецькурорт»	80,0-85,0	11	Трускавець
ПП «Клініка Медіком»	80,0-85,0	4	Київ
ТОВ «Медичний центр Святої Параскеви»	80,0-85,0	4	Львів, Київ

Джерело: сформовано автором на основі даних сайтів медичних закладів та [59]

За даними, представленими в таблиці, лідером за показником доходу за результатами діяльності в 2016 році є ТОВ «Сінево Україна», дохід якого становив більше 800,0 млн. грн.. Так як ця компанія є засновником компанії ТОВ «Сінево Схід», яка за 2016 рік отримала 150,0-200,0 млн. грн. доходу, сумарний дохід власників бізнесу становив 950,0-1000,0 млн. грн. Другу позицію займає ТОВ «Медікс-рей Інтернешнл Груп» (Лікарня ізраїльської онкології «LISOD», кінцевий бенефіціарний - Ейтан Меір Стіббе, Ізраїль, опосередкований вплив через ТОВ «Медіксрей Кіпр Лімітед»). На третьому місці - ТОВ «Медичний центр «Медікап» (Медичний центр «INTO-SANA») (див. таблицю Ж.1, Додаток Ж).

Представлені в таблиці медичні заклади отримали визначений дохід в результаті діяльності різної кількості відокремлених підрозділів, які розташовані в Україні. Так, ТОВ «Сінево Україна» та ТОВ «Сінево Схід» мають більше 200 медичних лабораторій в різних регіонах країни. А лікарня ізраїльської онкології «LISOD» (ТОВ «Медікс-Рей Інтернешнл Груп») отримала дохід від функціонування одного закладу в Київській області. Є також лабораторії, які потрапили до сформованого переліку, що налічують від 50 до 70 окремих відділень. Приватні медичні клініки мають від 1 до 10 структурних одиниць по всій країні, лікувально-оздоровчі установи, як правило, включають від 4 до 11 об'єктів.

Логічним є те, що більшість великих приватних клінік знаходиться в м. Київ та мають філії в інших великих містах України. Проте є компанії, які спочатку відкрилися не в столиці, а, наприклад, у Львові як «Медичний Центр Святої Параскеви», проте наразі мають заклади в м. Київ. Можна виділити ще одну особливість – наявність в регіональних медичних закладах, діяльність яких зосереджена в одному регіоні. Наприклад, медична лабораторія «Смартлаб» орієнтована лише на Південну Україну (рисунок 2.8).

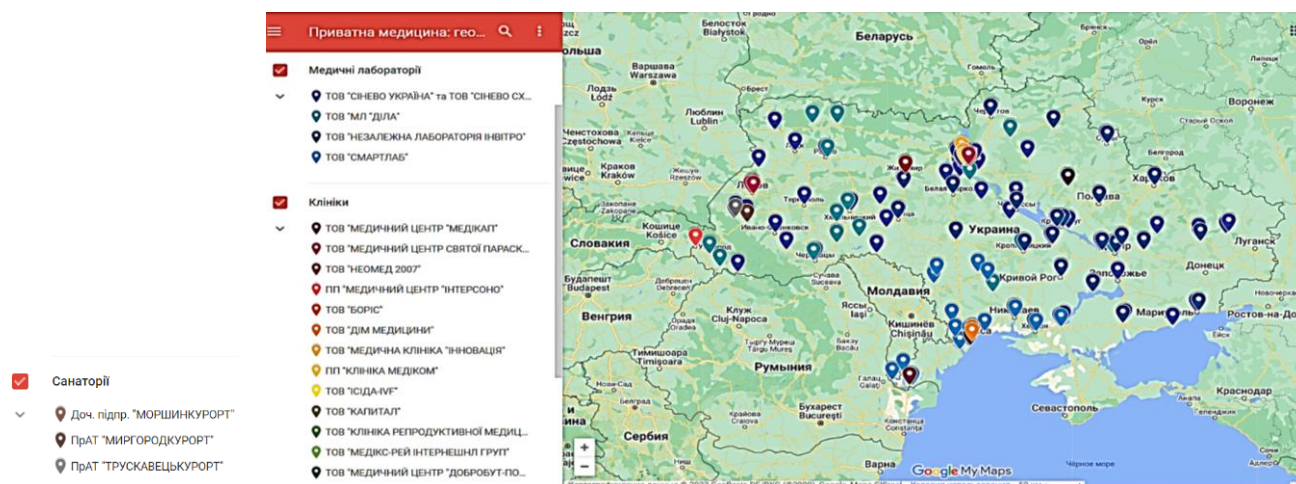


Рисунок 2.8 - Карта мережі ТОП-20 приватних медичних закладів по Україні

Джерело: сформовано автором на основі даних сайтів медичних закладів

За спеціалізацією та кількістю напрямів медичної допомоги приватні медичні заклади доцільно розподілити на дві групи:

- консультаційно-діагностичні центри, які спеціалізуються на малоінвазивних процедурах;

- медичні клініки з значним (розширеним) спектром послуг, до складу яких входять операційні кабінети, служби екстреної допомоги, госпіталі тощо.

В результаті аналізу спеціалізації медичних ЗОЗ, які формують ТОП-20, можна зробити висновок, що найбільший дохід отримали багатoproфільні заклади (8 закладів, або 44% від загальної кількості) (рисунок 2.9).

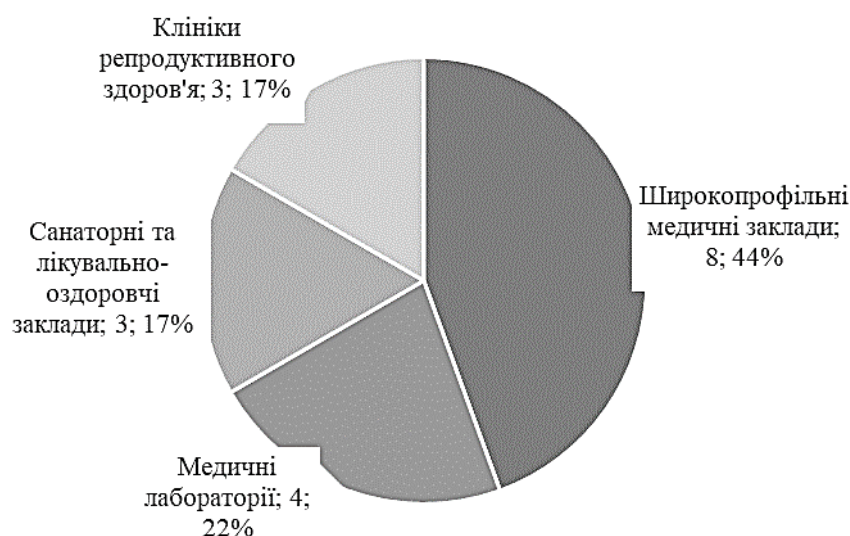


Рисунок 2.9 - Спеціалізація ТОП-20 приватних медичних закладів України

Джерело: сформовано автором на основі даних сайтів медичних закладів та [59]

Як свідчать дані рисунку до ТОП-20 приватних медичних закладів увійшли 4 медичні лабораторії, 3 клініки репродуктивного здоров'я та 3 санаторні та лікувально-оздоровчі заклади. Це підтверджує той факт, що українців цікавить якість та доступність медичної допомоги, і, що при достатньому рівні платоспроможності населення може дозволити користування коштовними послугами, наприклад, в онкології та репродуктології.

Дослідження тенденцій на ринку приватних медичних послуг в Україні протягом 2018-2020 років свідчить про подальший розвиток цієї сфери бізнесу. При цьому, йдеться не тільки про обсяги послуг та доходи, а й про появу нових видів послуг. Так, в 2020 році обсяг послуг в грошовому вираженні збільшилася на 13,2

млрд. грн. або на 49,4% в порівнянні з 2019 роком та на 19,0 млрд. грн. у порівнянні з 2018 роком. В 2019 році зростання відбулося на 5,8 млрд. грн. або на 27,8% у порівнянні з 2018 роком (таблиця 2.4).

Таблиця 2.4 - Обсяги та динаміка приватних медичних послуг в Україні за 2018-2020 рр.

Показник	2018 р.	2019 р.	2020 р.	Темп росту, +,-	
				2020 р. від 2018 р.	2020 р. від 2019 р.
Обсяг послуг, млрд. грн.	20,9	26,7	39,9	19,0	13,2
Темп приросту, %	х	27,8	49,4	х	21,7 пп

Джерело: сформовано автором на основі даних Управління державної статистики

Основними споживачами медичних послуг приватних ЗОЗ за 2019-2020 роки залишаються корпоративні клієнти, які здійснюють медичне страхування своїх співробітників (81,9% в 2019 році та 78,8% в 2020 році) [58].

Слід визначити, що в Україні почали функціонувати клініки, які спеціалізуються на обслуговуванні тільки іноземців та/або українців, які проживають за кордоном. Не вирішеним залишаються послуги трансплантації органів. Проблемні питання навіть після прийняття Закону «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» від 17 травня 2018 року №2427-VIII, який вступив в дію 01 січня 2019 року, не тільки не вирішилися, а й створили нові перепони для активізації даного виду допомоги (довідково: в бюджеті на 2022 рік було передбачено 939,5 млн. грн. на трансплантацію).

Таким чином, аналізуючи ринок приватних медичних послуг в Україні, можна виділити наступні фактори, які найбільше на нього впливають:

- фінансування реформи системи охорони здоров'я України;
- рівень платоспроможності населення;
- впровадження інновацій на ринку приватних медичних послуг України.

РОЗДІЛ 3

КОНЦЕПТУАЛЬНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ ПРИВАТНОЇ МЕДИЦИНИ В ЄДИНОМУ МЕДИЧНОМУ ПРОСТОРІ (ЄМП) УКРАЇНИ

3.1 Організаційно-правові засади залучення приватних медичних закладів до ЄМП України

В результаті вивчення теоретичних основ публічного управління приватної медицини та проведеного аналізу стану СОЗ України в процесі реалізації поетапного реформування, були визначені основні напрями удосконалення та розвитку державної політики в галузі охорони здоров'я в контексті формування моделі, орієнтованої на підвищення рівня та якості життя населення та збереження здоров'я нації. Було зроблено висновок, що в моделі медичної системи повинні бути поєднані функціональні можливості державної, відомчої, комунальної та приватної медицини з метою забезпечення однакових прав кожної людини на отримання медичного обслуговування відповідної якості та доступності (див. п. 1.3).

Підходи до побудови такої моделі закладені в основу побудови єдиного медичного простору (ЄМП) в Україні, який, на погляд певної групи науковців включає не тільки загальнонаціональну мережу ЛПЗ, а являє собою систему організації надання медичної допомоги, яка об'єднує медичні ресурси, які є в державі, спільним управлінням з визначеною системою фінансування [60, 61].

Таким чином, ЄМП представляє складну систему, що утворюється із суб'єктів, які надають медичні послуги; суб'єктів влади, які адмініструють процеси та забезпечують контроль; законодавче регламентування прав, обов'язків та повноважень всіх учасників, з метою досягнення мети функціонування СОЗ, визначеної вище. Доцільно зробити акцент на тому, що в межах ЄМП, державні органи влади повинні виконувати більше стимулюючу та координаційну роль у

відносинах, які виникають поміж учасниками, визначаючи та встановлюючи цілі та пріоритетні напрямки розвитку галузі охорони здоров'я та СОЗ [62].

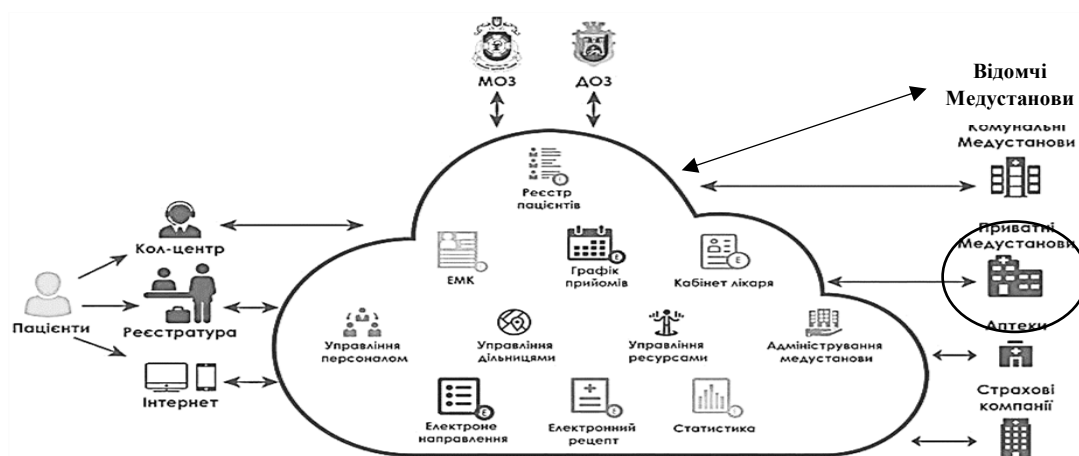
В результаті адміністративно-територіальної реформи та децентралізації влади, яка відбулася в Україні до 2020 року, значна частина повноважень в частині, в тому числі і охорони здоров'я, була передані рівень областей та територіальних громад. Крім того, відповідно до п. 4 «Порядку проведення консультацій з громадськістю з питань формування та реалізації державної політики», затвердженого Постановою КМУ «Про забезпечення участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики»: «Результати проведення консультацій з громадськістю враховуються органом виконавчої влади під час прийняття остаточного рішення або в подальшій його роботі» [63, п. 4].

Цілком поділяючи позицію науковців Кошової С.П., Михальчук В.М. та Радиш Я.Ф., які серед характеризуючи побудову ЄМП виокремлюють «лікувально-евакуаційну характеристику» (ЛЕХ), та враховуючи особливу актуальність цього питання, вважаємо за доцільне розглядати побудову ЄМП в контексті забезпечення національної безпеки. Автори зазначають, що основними факторами, які визначають ефективність медичної допомоги є рівень організаційних заходів, оптимальна структура медичних підрозділів, висока якість технічних засобів, дієздатність та стійкість управління [60].

Виходячи з цього, основні підходи до побудови ЄМП базуються на:

- розмежуванні медичної допомоги на первинну медико-санітарну допомогу (ПМСД); швидку, у т. ч. швидку спеціалізовану; спеціалізовану, у т. ч. високотехнологічну та паліативну;
- структурній зміні СОЗ та визначенні видів ЗОЗ, які можуть надавати медичну допомогу різних видів (при цьому, слід визначити, що ЗОЗ можуть бути різних форм власності, в т. ч. і приватної);
- праві кожної людини на вибір лікаря первинної ланки (сімейного лікаря) та вибір ЗОЗ, в якому можна отримати медичні послуги різних видів. Було передбачено, що ПМСД можуть надавати в т. ч. лікарі, які зареєстровані в якості ФОП та отримали ліцензію на проведення медичної практики;

- створенні та функціонуванні єдиного інформаційного медичного простору (ЄІМП) на підставі єдиної державної інформаційної система (ЄДІС) (рисунк 3.1). Можна виділити три завдання, які стоять перед ЄДІС: 1) автоматизація обліку медичних послуг і всієї системи управління медичною інформацією; 2) впровадження електронного документообігу в систему медичного обслуговування населення за ПМГ; 3) створення можливості використання електронних сервісів пацієнтами при медичному обслуговуванні;



Рисунк 3.1 - Структурно-логічна схема ЄІМП на підставі єдиної державної інформаційної система (ЄДІС)

Джерело: розроблено автором

- посиленні первинної медичної допомоги: перехід від практики лікування до превентивної медицини та принципів здорового способу життя. Прийняття законодавчих актів для формування інституту сімейної медицини;

- докорінній зміні системі фінансування медичної допомоги, при цьому, включаючи як розширення джерел ресурсів, які можуть використовувати ЗОЗ так і механізм їх розподілу. Обравши «бевериджську» концепцію соціальної політики, а саме британську модель трансформації системи, була створена Національна служби здоров'я (НСЗУ), яка виконує функцію замовника медичних послуг та розпорядника бюджетних коштів. В межах цієї концепції, кожна медична установа системи отримує фінансування виключно через цю службу, без інших

посередників. Основним (головним) джерелом фінансування визначені загальні податки. НСЗУ закупає медичні послуги виключно в межах ПМГ та вступає у відносини з медичними закладами на основі укладених договорів. Для отримання додаткових послуг, крім тих, що визначені ПМГ, наявна можливість скористатися добровільним медичним страхуванням. Таким чином, при створенні ЄМП, крім інших визначених завдань, громадяни України отримують гарантію їхнього конституційного права на отримання якісної медичної допомоги, незалежно від статусу чи місця фактичного проживання.

Принципи побудови ЄМП лягли в основу формування госпітальних округів, метою створення яких є формування ЄМП з оптимальною мережею спеціалізованої медичної допомоги та ефективною системою управління нею. Формування таких округів повинно було забезпечити сприяння партнерству і співробітництву між органами виконавчої влади новостворених територіальних громад у сфері охорони здоров'я, реалізації державної політики галузі на рівні області. Кінцевою метою створення ЄМП було побудова такої мережі закладів охорони здоров'я яка б дозволила забезпечити якість та своєчасність надання спеціалізованої та екстреної медичної допомоги, не зважаючи на відстань, а також ефективність використання бюджетних коштів. У 2019 році були затверджені перелік та склад госпітальних округів областей (у подальшому були створені госпітальні ради). Як правило, кількість госпітальних округів співпадала з кількістю районів, які були створені в результаті проведення адміністративно-територіальної реформи. Проте в Сумській області госпітальних округів було задекларовано більше. У подальшому був затверджений регламент функціонування єдиного Сумського госпітального округу. При формуванні плану мережі закладів госпітального округу пріоритет надавався забезпеченню гарантованого своєчасного доступу населення до послуг вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги належної якості.

Враховуючи вищезазначені принципи та підходи до побудови ЄМП, пропонуємо концептуальну структурно-функціональну модель ЄМП України (рисунок 3.2).



Рисунок 3.2 - Концептуальна структурно-функціональна модель ЄМП України

Джерело: власна розробка автора

Розглядаючи основних учасників ЄІМП, створеної на підставі ЄДІС, потрібно акцентувати увагу на учасниках даної системи: мережі ЛПЗ (відомчі, комунальні, приватні), фармацевтичних (аптечних) закладах та страхових компаніях (див. рисунок 3.1 та 3.2). Такий склад закладів визначає завдання та функції учасників у наданні медичної допомоги та розвитку медичного страхування.

Включення до ЄМП аптечних закладів та страхових компаній невинне. Так, держава бере на себе зобов'язання забезпечити медичними препаратами та ліками людей з відповідними визначеними хворобами та станами. Тому розробка вимог та механізму залучення аптек до реалізації державних програм є необхідністю.

Щодо страхових компаній, то, як ми зазначали, жодна з країн світу (розвинених, в тому числі ЄС) не може забезпечити повною мірою потреби у медичних послугах та ліках виключно державними коштами. Тому, створюються умови та реалізуються програми страхування та співплатежів. Дослідження теоретичних аспектів організації охорони здоров'я та державного регулювання приватної медицини, дозволяють констатувати, що в переважній більшості країн забезпечується рівний доступ усіх громадян до медичної допомоги, наявні пільги для конкретної соціально незахищених груп населення, а також наявна ефективна система впливу держави на приватні медичні заклади [64].

В країнах виникає необхідність регулювання обсягів участі медичних установ різної форми власності, одночасно з необхідністю розробки та впровадження в СОЗ моделей державно-приватного партнерства (ДПП), однією з форм якого є перехід до страхової медицини, тобто створення умов для активізації обов'язкового медичного страхування (ОМС) та формування надійних страхових компаній (як національних, так і представництв іноземних).

Активізація процесу ОМС та ДМС потребує від органів влади різних рівнів таких кроків:

- прийняття нового закону «Про страхування» з можливістю створити фундамент надійних страхових компаній (для ДМС) та підготовка єдиного

окремого законопроекта щодо медичного страхування (для ОМС). Наразі, зареєстрований в парламенті законопроект №5315, містить норми, які забезпечать наближення страхового сектору до європейських стандартів. Крім того, введення нових вимог до мінімального розміру капіталу страховиків (32 млн. грн. та 48 млн. грн. для компаній з підвищеним ризиком та компаній зі страхування життя, відповідно) вплинуть на зміну правил ліцензування, підвищать вимоги до професіоналізму та репутації управління страхових компаній. У результаті таких нововведень очікується скорочення кількості компаній, проте повинні залишитися виключно надійні компанії;

- проведення перепису населення з метою визначення економічно активного населення;

- зміцнення фіскального фонду охорони здоров'я за рахунок зміни системи оподаткування працюючого населення;

- створення національного контролю якості медичних закладів та підвищення кваліфікації лікарів;

- підтримання конкурентного середовища на ринку добровільного медичного страхування з урахуванням усіх пропозицій Європейського співтовариства та величезного досвіду зарубіжних країн.

Високі страхові виплати за системою добровільного страхування роблять його менш привабливим для страхових компаній. НБУ планує реконструювати страховий ринок і досягти: підвищення рівня капіталізації, ліквідності та стабільності страхових компаній; диверсифікації страхових продуктів і загострення конкуренції на ринку страхових послуг; прозорості роботи ринку страхування та підвищення його привабливості для інвесторів (в тому числі, іноземних). Рейтинг страхових компаній України за критерієм надійності в 2022 році наведений Додатку К.

Як було відзначено в теоретичній частині дослідження, в межах удосконалення нормативно-правового забезпечення публічного управління приватної медицини, вимагає вирішення проблематика адміністративно-правового

регулювання залучення приватних ЗОЗ до надання медичної допомоги в цілому, та у межах ПМСД.

Так, науковець Сіделковський О.Л. в межах досліджень зазначає, що хоча законодавець визнає СОЗ України сферою державно-приватного партнерства, на практиці не створено умов для залучення приватних партнерів. Дії органів влади націлені, перш за все, на зменшення фінансування галузі охорони здоров'я, скорочуючи бюджетні видатки. Щодо застосування інших механізмів, в тому числі, активізації медичного страхування, то такі механізми залишаються недієвими [65, 66]. Виходячи з цього, наразі дієвим та мінімально можливим є врегулювання питань задіяння приватних ЗОЗ в ЄМП на рівні первинної ланки надання медичної допомоги.

Ян показали наші дослідження, протягом останніх років приватні медичні заклади надають такі ж послуги, як і державні, комунальні та відомчі, тобто реалізується принцип побудови ЄМП, щодо функціонального залучення медичних закладів різних форм власності для підвищення якості та доступності всіх видів медичної допомоги. Важливість правового регулювання приватної медицини в системі ПМСД обумовлена такими факторами:

- первинна ланка надання медичної допомоги, максимально наближеної до людини, є найбільш соціально чутливою ланкою в державі, а тому найважливішою з точки зору її адміністрування та правового регулювання. Звернення за первинною медичною допомогою можливе як при перших ознаках відхилення від нормального стану здоров'я людини, так, і для проведення профілактичних заходів;

- переважна більшість закладів первинної медичної допомоги під час реформи стали закладами державної та комунальної форм власності. Враховуючи політичний процес децентралізації, залучення приватних ЗОЗ в ЄМП створює потенційну важливість розвитку державно-приватного партнерства (ДПП). Не менш важливо, він показує певні орієнтири організаційного впливу МОЗ України як центрального органу виконавчої влади у сфері медичної діяльності;

- формування та функціонування ЄМП може стати тим контекстом, у якому держава зможе надавати якісні та доступні медичні послуги якомога більшій

кількості категорій громадян, незалежно від місця проживання, рівня матеріального та соціального статусу;

– як і звичайний приватний сектор, приватні медичні організації мають на меті вести комерційну діяльність і, звичайно, отримувати від неї прибуток. З огляду на потреби виплати заробітної плати працівникам, сплати податків державі, закупівлі медичного обладнання та медикаментів тощо приватні медичні заклади повинні мати мотивацію надавати медичні послуги в межах дії ПМГ. Такий підхід обумовить компенсацію коштів за надання медичних послуг приватним медичним закладам за рахунок коштів НСЗУ.

Виявлені обмеження законодавства з приводу діяльності приватних медичних закладів ПМСД:

- регламентування суб'єктів, які мають право надавати первинну медичну допомогу, серед яких ЗОЗ та ФОП;

- законодавче тлумачення сукупності приватних медичних закладів та ФОП у сфері медичної діяльності, що залучені до надання ПМСД.

Ст. 35¹ «Основ законодавства України про охорону здоров'я», визначені три ключових організаційних напрями сприйняття первинної медичної допомоги (безпосереднє надання за зверненням пацієнта із скаргами; направлення частини пацієнтів, які цього потребують, до ЗОЗ, які надають спеціалізовану медичну допомогу; здійснення профілактичних заходів) та норму, яка надає можливість ФОП, який діє на підставі відповідної ліцензії та уклав договір про медичне обслуговування населення з НСЗУ, надавати медичну допомогу первинного рівня.

Проте, виникає питання: чому законодавством виокремлений тільки ФОП для надання первинної медичної допомоги? Чинне законодавство України та практична складова його реалізації у галузі медицини, містить не тільки ФОП, в якості приватних надавачів медичних послуг. Аналіз засвідчив ефективність функціонування приватних медичних закладів в статусі юридичних осіб (клініки, медичні центри, лікарні тощо) різних організаційно-правових форм господарювання (переважно ТОВ).

Враховуючи обґрунтування та погляди фахівців права, пропонуємо підтримку пропозиції внесення змін до «Основи законодавства України про охорону здоров'я», перш за все в статтю 35¹, в частині залучення підприємців до надання ПМСД (таблиця 3.1).

Таблиця 3.1 - Пропозиції по удосконаленню трактування учасників приватної медицини, які мають право надавати ПМСД

Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. №2801 (в редакції від 27.10.2022 р.)	Запропоновані зміни
Стаття 35¹. «Надання первинної медичної допомоги забезпечують заклади охорони здоров'я та фізичні особи - підприємці, які одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку». ... «Первинна медична допомога надається безоплатно в закладах охорони здоров'я та фізичними особами - підприємцями, які одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку, з якими головний розпорядник бюджетних коштів уклав договір про медичне обслуговування населення».	Стаття 35¹. «Надання первинної медичної допомоги забезпечують заклади охорони здоров'я, фізичні та юридичні особи, які одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку та здійснюють господарську діяльність у сфері надання медичних послуг». ... «Первинна медична допомога надається безоплатно в закладах охорони здоров'я та фізичними та юридичними особами, які одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку, здійснюють господарську діяльність у сфері надання медичних послуг, з якими головний розпорядник бюджетних коштів уклав договір про медичне обслуговування населення».

Джерело: систематизовано автором на основі [47, 65, 66]

Зазначені пропозиції дозволять приватним ЗОЗ стати повноцінними учасниками ЄМП в частині надання ПМСД не залежно від організаційно-правової форми господарювання. Таким чином, усі заклади СОЗ матимуть можливість надавати сервіси для своїх пацієнтів на основі конкурентних переваг якості свого сервісу. З іншого боку, такий підхід забезпечить необхідність комунальних ЗОЗ підвищувати якість своєї допомоги для того, щоб їх обрали пацієнти.

Аналіз ситуації на ринку приватних медичних послуг (див. п.2.3), дає змогу стверджувати, що основні платні медичні послуги населенню це: профілактична, лікувально-діагностична, реабілітаційна, протезно-ортопедична та зубопротезна допомога. На разі, приватні медичні заклади пропонують послуги за широким

спектром медичних спеціальностей (стоматологія, хірургія, гінекологія, урологія, косметологія, психотерапія, як найбільш привабливі види спеціалізації). Тобто, однією з конкурентних переваг приватних медичних закладів у порівнянні з іншими надавачами послуг ПМСД є якість платних медичних послуг та конкуренція за пацієнта-споживача у рамках добровільного медичного страхування.

Таким чином, надання права закладам приватного сектору (нарівні з державними, відомчими та комунальними ЗОЗ) надавати медичну допомогу, забезпечить можливість громадянам самостійно обирати лікаря та лікарню, тобто виконати один з принципів побудови СОЗ та ЄМП. Крім того, ключовими цілями діяльності приватних ЗОЗ при наданні ПМСД повинні бути якість, доступність медичної допомоги та підвищення індексу здоров'я нації.

3.2 Реалізація концепції функціонування ЄМП на принципах державно-приватного партнерства в Сумській області

Сумська область територіально розташована у північно-східній частині України. Область має спільну межу з трьома областями України (Харківською, Полтавською та Чернігівською) та кордон з рф, що обумовило значні загрози та виклики під час повномасштабних воєнних дій. Загальна площа Сумської області становить 23,8 тис. км². У результаті реалізації реформи адміністративно-територіального устрою та децентралізації влади в Україні та, відповідно і в Сумській області, відбулося укрупнення районів без зміни кількості областей. Розпорядженням КМУ від 12 червня 2020 р. №723-р «Про визначення адміністративних центрів та затвердження територій територіальних громад Сумської області» були визначені адміністративні центри та затверджені межі територій територіальних громад області. В результаті цього, наприкінці 2020 року в складі Сумської області сформувалося 5 адміністративних районів (Конотопський, Охтирський, Роменський, Сумський та Шосткинський) та 51 територіальна громада, яка отримала відповідні органи управління (органи

місцевого самоврядування (ОМС)) та зміну повноважень цих органів, в тому числі і в прийнятті рішень по охороні здоров'я. Станом на 01.01.2022 року кількість населених пунктів області становила 1489; в т. ч.: міські - 35 (15 міст, 20 селищ міського типу), сільські - 1454 (таблиця 3.2).

Таблиця 3.2 - Число адміністративно - територіальних одиниць Сумської області станом на 01.01.2022 року

Вид одиниці	Райони	ТГ	Міста	Селища міського типу	Сільські населені пункти
Сумська область	5	51	15	20	1454
Конотопський район	х	8	4	1	305
Охтирський район	х	9	2	3	180
Роменський район	х	8	1	3	293
Сумський район	х	16	4	7	439
Шосткинський район	х	10	4	6	237

Джерело: побудовано на основі Статистичного щорічника Сумської області [67, с. 19]

В межах м. Суми виокремлені 2 внутрішньоміських райони. Загальна кількість населення області має тенденцію до скорочення, аналогічну по Україні в цілому: станом на 1 січня 2022 р. кількість наявного населення складала 1035,8 тис. осіб проти 1060,85 тис. осіб станом на 01 січня 2021 року та 1087,9 тис. осіб станом на 01 січня 2020 року, тобто загальне скорочення за три роки становить 52,1 тис. осіб (рисунок 3.3).

Скорочення чисельності населення спостерігається, в тому числі і по містах з кількістю населення більше 50 тис. (м. Суми, м. Конотоп та м. Шостка). Слід визначити, що чисельність населення Сумської міської ТГ, управління охорони здоров'я якої було базою практик, станом на 1 січня 2022 року становила 267,05 тис. осіб, м. Суми - 256,5.

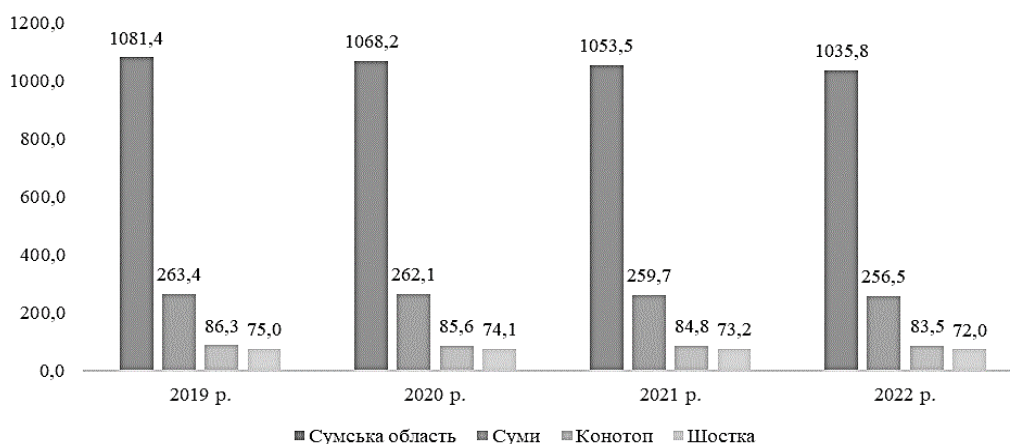


Рисунок 3.3 - Динаміка наявного населення Сумської області та міст області з населенням більше 50 тис. за 2018-2021 роки, тис. осіб (станом на 01 січня)

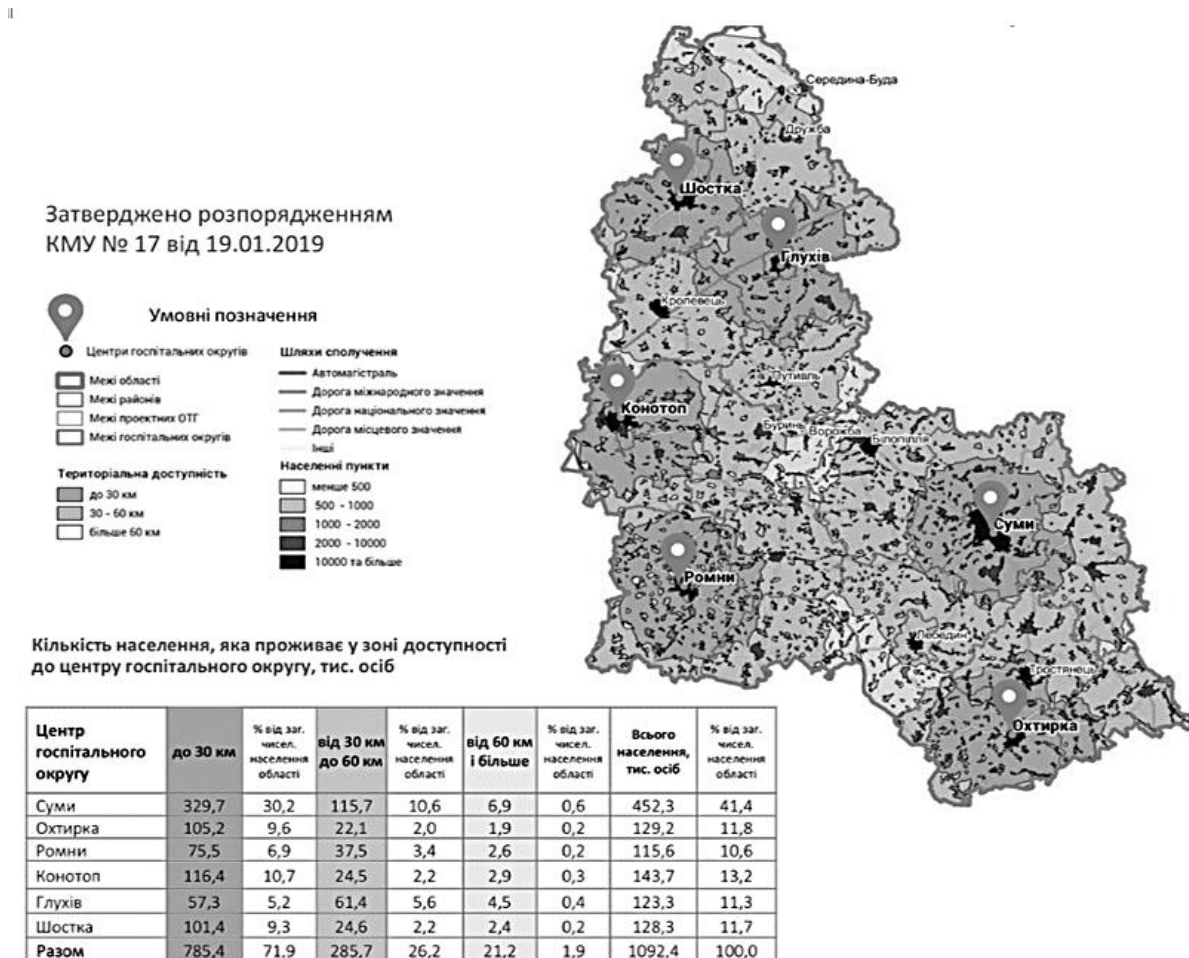
Джерело: побудовано на основі Статистичного щорічника Сумської області [67, с. 31, 34]

Аналіз показників, які відображають загальний рівень якості життя населення області та Сумської ТГ підтвердив наявність негативної тенденції та відповідність показникам в цілому по Україні. Можна констатувати, що Сумська область в процесі реалізації медичної реформи входила в 5-ку лідерів, як по реорганізації первинної ланки медичної допомоги та перетворенню державних ЛЗ на комунальні, так і по розробці методичного забезпечення створення госпітальних округів, які формували систему надання спеціалізованої медичної допомоги (вторинна ланка).

16 січня 2019 року було підписано розпорядження КМУ №17-р, на основі якого на Сумщині було зареєстровано 6 госпітальних округів (Сумський, Роменський, Охтирський, Шосткинський, Конотопський та Глухівський), як один із невдалих варіантів. Причиною цього була невідповідність кількості сформованих районів та відповідно наявність значного фінансового тягара для одного району у вигляді утримання одночасно двох лікарень спеціалізованого рівня медичної допомоги. Враховуючи ці аспекти та неможливість сформувати обласний бюджет на 2020 рік (нагадаємо, що з 1 квітня 2020 року було впроваджено другий етап медичної реформи), в грудні 2020 року Госпітальною радою був затверджений один госпітальний округ - Сумський, який включав всі визначені раніше округи,

проте з централізацією розподілу коштів державного бюджету через обласну адміністрацію.

Метою створення округу була побудова ЄМП з оптимальною мережею спеціалізованих ЗОЗ та ефективним управлінням для реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я області в межах реалізації державної політики. Основними критеріями, які потрібно було виконувати, були кількість мешканців на території 200,0 тис. -1500,0 тис.; відстань до місця отримання спеціалізованої медичної допомоги та термін приїзду з будь-якої точки госпітального округу (максимум 60 хв.), а також мінімальне охоплення громадян різними видами лікарень (1-го рівня та 2-го рівня). Враховуючи визначені критерії та вимоги до видів ЗОЗ, в Сумській області були утворені та/або перетворені діючі на той час ЗОЗ та розроблена карта доступності (рисуюнок 3.4).



Рисуюнок 3.4 - Фрагмент карти територіальної доступності до центрів Сумського госпітального округу

Джерело: [68]

Учасниками госпітального округу є Сумська обласна рада, районні ради та ОМС територіальних громад, в сфері управління яких є ЗОЗ. Перелік ЗОЗ та розподіл функцій серед них щодо надання медичної допомоги між учасниками Сумського госпітального округу наведений в таблиці Л.1 (Додаток Л).

Станом на 1 січня 2022 року в області зареєстровано та функціонувало 280 ЗОЗ, що менше на 60 у порівнянні з показником минулого періоду. Серед них 38 лікарняних закладів (ЛЗ) та 242 амбулаторно-профілактичних закладів (ЛАПЗ) (рисунок 3.5).

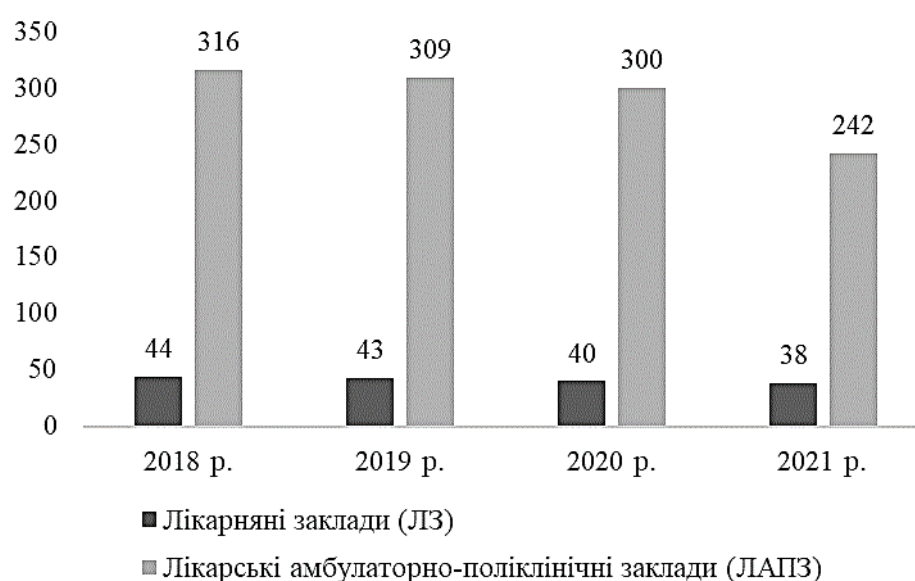


Рисунок 3.5 - Динаміка кількості закладів охорони здоров'я Сумської області за 2018-2021 р.р.

Джерело: побудовано на основі Статистичного щорічника Сумської області [67, с. 140]

Як свідчать дані рисунку за період 2014-2020 роки, кількість ЛЗ зменшилась з 60 до 40, кількість ЛАПЗ зросла з 277 до 300 одиниць. Доцільно відразу обмовитись, що статистичні дані включають відомості про ЗОЗ, які підпорядковані МОЗ України. Вимоги реформи медичної сфери обумовили перетворення ЗОЗ на КНП для можливості надавати медичні послуги за ПМГ. Більшість лікарняних закладів перейшли у підпорядкування обласних та місцевих рад, із зміною районів,

ліквідовані ЦРЛ, які, у більшості випадків перейшли у підпорядкування функціонуючих місцевих рад.

Так, до КНП у сфері охорони здоров'я, що знаходяться у підпорядкуванні Сумської обласної ради та знаходяться в м. Суми відносяться: КНП СОР «Сумська обласна клінічна лікарня», КЗ СОР «Сумський обласний клінічний лікарсько-фізкультурний диспансер», КНП СОР «Медичний клінічний центр інфекційних хвороб та дерматології ім. З. Й. Красовицького», КНП СОР «Сумський обласний клінічний перинатальний центр», КНП СОР «Сумський обласний клінічний кардіологічний диспансер», КНП СОР «Сумський обласний клінічний онкологічний диспансер», КНП СОР «Сумський обласний діагностичний центр», КНП СОР «Обласний клінічний медичний центр соціально небезпечних захворювань», КНП СОР «Сумський обласний клінічний госпіталь ветеранів війни», КЛПЗ СОР «Сумський обласний спеціалізований будинок дитини», КНП СОР «Сумський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» [69];

до КНП у сфері охорони здоров'я, що знаходяться у підпорядкуванні Сумської міської ради відносяться: КНП «Центральна міська клінічна лікарня» СМР, КНП «Клінічна лікарня №4» СМР, КНП «Клінічна лікарня №5» СМР, КНП «Клінічна лікарня Святого Пантелеймона» СМР, КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги №1» СМР, КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги №2» СМР, КНП «Дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди» СМР, КНП «Клінічний пологовий будинок Пресвятої Діви Марії» СМР, КНП «Клінічна стоматологічна поліклініка» СМР [70].

Як було визначено в результаті аналізу ринку приватних медичних послуг в Україні, існує проблема в отриманні офіційної інформації щодо реєстрації та діяльності приватних медичних закладів як в Україні, так і на рівні окремих регіонів. Було з'ясовано, що з метою формування організаційного і інфраструктурного середовища медичної галузі України, спрямованого, в тому числі, на захист інтересів приватних медичних закладів, створена та наразі функціонує Громадська спілка «Асоціація приватних медичних закладів України»

(в подальшому - Асоціація) (<https://apmi.com.ua/statytnidocumenty>). Саме створення такого типу об'єднань дозволяє приватним медичним закладам мати представництво в органах державної влади, ОМС, сприяти відносинам із громадськими об'єднаннями України та іноземних держав тощо.

Основними засновниками Асоціації є: ТОВ «Ендотехномед», ТОВ «МЦ «Медікап»», ТОВ «Дім Медицини», ТОВ «МЦ Святої Параскеви», ПП «Клініка Медіком» та інші. Серед засновників та учасників Асоціації є ті заклади які, як було досліджено та описано в Розділі 2 даної роботи, належать до найбільших та ефективних установ приватної медицини (рисунок 3.6). За спеціалізацією приватні медичні заклади - учасники Асоціації поділяються на лабораторії, багатопрофільні та сімейна медицина; пологові будинки та жіноче здоров'я, центри діагностики та спеціалізовані медичні заклади.

ЛАБОРАТОРІЇ:				БАГАТОПРОФІЛЬНА ТА СІМЕЙНА МЕДИЦИНА:	
					
					
ПОЛОГОВІ БУДИНКИ ТА ЖІНОЧЕ ЗДОРОВ'Я:		ЦЕНТРИ ДІАГНОСТИКИ:			
СПЕЦІАЛІЗОВАНІ:					
АНДРОМЕДА:					
					

Рисунок 3.6 - Учасники ГС «Асоціація приватних медичних закладів України» станом на 01.11.2022 р.

Джерело: сайт Асоціації [71]

З метою аналізу мережі приватних медичних закладів м. Суми було обрано 57 закладів, які зареєстровані на платформах Internet мають відгуки / або приймають участь в опитуваннях). Територіальне розміщення представлено на рисунку 3.7.

Аналіз засвідчив, що в основному вони є підрозділами крупних закладів з розгалуженою мережею, в тому числі, лабораторії: ТОВ «Сінево Україна»,

послуг входили УЗД та прийом лікарів-спеціалістів. У 2008 році відкрили клініко-діагностичну лабораторію, оснащену аналізаторами та медичним обладнанням закордонних виробників (наразі виконується більше 1000 лабораторних досліджень). У 2014 році відкрито відокремлене лікувально-діагностичне відділення, з кабінетами ультразвукової, рентгенівської діагностики, мамографії, остеоденситометрії, ендоскопії). У 2016 році відкрито кабінет комп'ютерної томографії та встановлено сучасний апарат Philips Briliance 64, який в 2021 році замінено на новий, найпотужніший у регіоні комп'ютерний томограф Siemens Somatom Definition Edge 384 зрізів. В 2021 році також відкрито відділення «Клініка жіночого здоров'я»;

- переважна більшість закладів є надають консультаційно-діагностичну допомогу (18 з 23). Основними напрямками спеціалізації є: УЗД, гінекологія, захворювання шкіри, опорно-рухового апарату тощо;

- наявні медичні заклади однопрофільного спрямування діяльності;

- майже всі розглянуті заклади вкладають кошти в розвиток сайту та присутність в соціальних мережах. Якість, актуальність та оперативність подання інформації забезпечую значну конкурентну перевагу приватним закладам;

- рівень залученості приватних медичних закладів в ЄМП Сумської області був оцінений, перш за все на основі показників, пов'язаних із фінансуванням ПМСД: кількість договорів ПМГ, кількість укладених декларацій, та розмір виплат по ПМГ.

Слід нагадати, що з 2018 року медичні заклади почали укладати договори з НСЗУ: в Сумській області таких ЗОЗ було 56. В 2019 році кількість закладів становила 70, в 2020 році - 115 установ (таблиця 3.3).

З лікарями приватних медичних установ та лікарями ФОП, які надають допомогу первинного рівня заключення декларацій почалося з 2018 року, в Сумській області 10 приватних ЗОЗ, які уклали договори з НСЗУ, в тому числі 2 ФОП.

Як свідчать дані таблиці станом на 01.01.2021 року по Сумській області було підписано 898269 декларацій, тобто рівень охоплення населення Сумської області

становив більше 84,0%. За відсутності даних за 2021 рік, з урахуванням тенденцій по Україні, а також те, що дані по чисельності населення викликають питання, можна припустити, що до 2022 року процент охоплення населення області декларуванням становить більше 90,0%. Питома вага виплат ФОП та інших приватних ЗОЗ в загальній сумі виплат по ПМГ за період дослідження не перевищувала 1,5% та в 2018 році сума виплат становила 1,841,4 тис. грн., в 2019 році - 11245,7 тис. грн., в 2020 році - 29743,7 тис. грн.

Таблиця 3.3 - Показники залученості приватних медичних закладів Сумської області в ЄМП та національну систему фінансування за 2018-2021 р.р.

Показники	2018 р.	2019 р.	2020 р.	2021 р.	Відхилення, 2020 р. від 2019 р.
Кількість ЗОЗ, які уклали договори з НСЗУ, усього	56	70	115	125	45
в т.ч. КНП	46	48	87	87	109
ФОП	2	9	15	21	6
інші приватні (без ФОП)	8	13	16	17	3
Кількість укладених декларацій, усього	780427	872520	898269	-	25749
в т.ч. КНП	754293	-	832064	-	832064
ФОП	993	-	19490	-	19490
інші приватні (без ФОП)	21254	-	46715	-	46715
Розмір виплат по ПМГ, тис. грн.	103796,4	496271,9	2150602,5	-	1654330,6
в т.ч. КНП	101955,0	485026,3	2120858,8	-	1635832,5
ФОП	91,3	1285,4	8267,3	-	6982,0
інші приватні (без ФОП)	1750,1	9960,3	21476,4	-	11516,2
ПП «ФЛОРИС-С»	-	219,2	1695,1	3308,66	1475,9
Кількість аптек і аптечних пунктів, всього	x	208	201	-	-7
в т.ч. КНП	x	3	3	-	0
приватні (без ФОП)	x	193	187	-	-6
ФОП	x	12	11	-	-1
Кількість юридичних осіб, які уклали договори про реімбурсацію з НСЗУ	x	30	25	-	-5
Розподіл витрат, тис. грн.	x	10406,6	8894,0	-	-1512,6
в т.ч. КНП	x	737,3	393,5	-	-343,8
приватні (без ФОП)	x	7278,0	5944,1	-	-1334,0
ФОП	x	2391,2	2556,4	-	165,1

Джерело: розраховано на основі даних Звітів НСЗУ [57]

В моделі ЄМП та ЄДІС включені аптеки, як повноцінні учасники системи. В Україні з 2019 року діє урядова програма «Доступні ліки», в межах якої, через

аптечні заклади реалізуються визначені державної лікарняні засоби. Для цього впроваджена система е-рецептів. Як свідчать дані таблиці, в 2020 році з 201 аптеки більша частина (198 закладів) - приватні чи у формі ФОП.

Таким чином, створення ЄМП передбачає розробку концептуальної стратегії кількісного та якісного складу ЗОЗ госпітальних округів, як однієї з моделей ЄМП на рівні району та громади, об'єднаних у мережу на державному рівні. На основі міжнародного стандарту ЄМП, ресурси та можливості ЛПЗ можуть бути ефективно розподілені для забезпечення якісної допомоги населенню в мирний час та надзвичайних ситуаціях.

Одним із важливих елементів сприйняття ЄМП є максимально можлива функціональна участь медичних установ різної приналежності та різних форм власності з метою підвищення якості та доступності медичних послуг. Приватні заклади охорони здоров'я мають бути зрілою та функціональною частиною цього простору та діяти відповідно до вимог чинного законодавства.

Пропонується внести зміни до Основ законодавства України про охорону здоров'я, зокрема у статтю 35¹, щодо забезпечення повноцінної участі приватних ЗОЗ та ФОПів, які мають належну ліцензію, у наданні первинної медичної допомоги.

Приватні заклади охорони здоров'я, незважаючи на приватну правову базу своєї діяльності, можуть і повинні брати участь у реалізації національного плану охорони здоров'я. Тому належне правове регулювання цих процесів відіграє важливу роль. Це важливо як для формування ЄМП, так і для національної сторони для забезпечення та захисту прав пацієнтів.

Приватні заклади охорони здоров'я мають бути повною мірою залучені до надання медичної допомоги пацієнтам через систему ЄМП. Правове забезпечення цього процесу має враховувати особливості його організації та правовий статус і призначення.

ВИСНОВКИ

Дослідивши теоретико-методичних аспектів публічного управління приватної медицини в умовах реформи системи охорони здоров'я, були зроблені такі висновки:

- необхідність пошуку шляхів забезпечення якості медичної допомоги на рівні світових стандартів та з метою підвищення якості життя населення, обумовила виникнення приватної медицини в СОЗ, в якій пацієнт перетворюється в активного учасника процесу лікування;

- розвиток приватного сектору медицини може бути важливим фактором підвищення ефективності всієї СОЗ й доступності якісної медичної допомоги для значної частини населення. Тому держава повинна сприяти розвитку приватного сектору медицини шляхом раціональної регуляторної політики.

- розвиток комерційної медицини і залучення приватного капіталу в медичний сектор вимагає удосконалення механізму співпраці державного і приватного секторів з метою підвищення їх продуктивності;

- по мірі покращення економічної ситуації в країні, спостерігатиметься зростання реальних доходів населення, що вплине на функціонування приватної медицини та галузі охорони здоров'я країни в цілому.

- аналізуючи ринок приватних медичних послуг в Україні, були виділені фактори, які найбільше на нього впливають: фінансування реформи системи охорони здоров'я України; рівень платоспроможності населення; впровадження інновацій на ринку приватних медичних послуг України;

Основною пропозицією щодо удосконалення напрямів публічного управління в контексті розвитку приватної медицини є створення ЄМП, який передбачає розробку концептуальної стратегії кількісного та якісного складу ЗОЗ госпітальних округів, як однієї з моделей ЄМП на рівні району та громади, об'єднаних у мережу на державному рівні. На основі міжнародного стандарту ЄМП, ресурси та можливості ЛПЗ можуть бути ефективно розподілені для забезпечення якісної допомоги населенню в мирний час та надзвичайних ситуаціях.

Одним із важливих елементів сприйняття ЄМП є максимально можлива функціональна участь медичних установ різної приналежності та різних форм власності з метою підвищення якості та доступності медичних послуг. Приватні заклади охорони здоров'я мають бути зрілою та функціональною частиною цього простору та діяти відповідно до вимог чинного законодавства.

Пропонується внести зміни до Основ законодавства України про охорону здоров'я, зокрема у статтю 35¹, щодо забезпечення повноцінної участі приватних ЗОЗ та ФОПів, які мають належну ліцензію, у наданні первинної медичної допомоги.

Приватні заклади охорони здоров'я, незважаючи на приватну правову базу своєї діяльності, можуть і повинні брати участь у реалізації національного плану охорони здоров'я. Тому належне правове регулювання цих процесів відіграє важливу роль. Це важливо як для формування ЄМП, так і для національної сторони для забезпечення та захисту прав пацієнтів.

Приватні заклади охорони здоров'я мають бути повною мірою залучені до надання медичної допомоги пацієнтам через систему ЄМП. Правове забезпечення цього процесу має враховувати особливості його організації та правовий статус і призначення.

В Україні виникла необхідність регулювання обсягів участі медичних установ різної форми власності, одночасно з необхідністю розробки та впровадження в СОЗ моделей державно-приватного партнерства (ДПП), однією з форм якого є перехід до страхової медицини, тобто створення умов для активізації обов'язкового медичного страхування (ОМС) та формування надійних страхових компаній (як національних, так і представництв іноземних).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Безтелесна Л.І., Пивоварчук Л.В. Інституційне забезпечення реалізації соціальних гарантій держави: монографія. Київ, 2017. 194 с.
2. Synnevag E.S., Amdam R., Fosse E. Intersectoral Planning for Public Health: Dilemmas and Challenges. *International Journal of Health Policy and Management (IJHPM)*. 2018. Nov 1. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30624872/> (дата звернення: 01.12.2021).
3. Розвиток державного управління реформуванням охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні: стан, проблеми, перспективи : метод. рек. / авт. кол.: Т. П. Авраменко, Л. І. Жаліло, О. І. Мартинюк та ін. К. : НАДУ, 2018. 48 с. URL: http://academy.gov.ua/NMKD/library_nadu/Navch_Posybniky/668f8f42-b871-4774-8229-565fa1c6ec80.pdf (дата звернення: 12.01.2022).
4. Гладун З.С. Адміністративно-правове регулювання охорони здоров'я населення в Україні : монографія. К. : Юрінком Інтер, 2017. 720 с.
5. Пак С.Я. Внутрішньоорганізаційна структура державного управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в Україні: сучасний стан та перспективи. URL: <http://academy.gov.ua/ej/ej13/txts/Pak.pdf> (дата звернення: 12.12.2021).
6. Сазонець І.Л., Саричев В.І. та ін. Інституційна трансформація державного управління охороною здоров'я: Україна та іноземний досвід : колективна монографія / за наук. ред. д. е. н., проф. Сазонця І.Л. Рівне : Волин. обереги, 2019. 396 с.
7. Carey G. Re-Conceptualising Public Health Interventions in Government: A Response to Recent Commentaries. *International Journal of Health Policy and Management (IJHPM)*. 2016 Sep. 1. 5(9). URL: http://www.ijhpm.com/article_3238_3f081929177fa6303ed64eecbe4b087a.pdf (дата звернення: 01.02.2022).
8. Gemma Carey, Sharon Friel Understanding the Role of Public Administration in Implementing Action on the Social Determinants of Health and Health Inequities.

International Journal of Health Policy and Management (IJHPM). Article 1. Volume 4. Issue 12. December 2015. Page 795-798. URL: <https://researchprofiles.anu.edu.au/en/publications/understanding-the-role-of-public-administration-in-implementing-a-2> (дата звернення: 23.12.2021).

9. Carey G, Crammond B, Keast R. Creating change in government to address the social determinants of health: how can efforts be improved? *BMC Public Health*. 2014. 14:1087. URL: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-1087> (дата звернення: 23.12.2021).

10. Книш С. Удосконалення публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні: аналіз реформи та європерспективи. *Актуальні проблеми правознавства*. Випуск 1 (17). 2019. С. 54-59. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/34186/1/%D0%9A%D0%BD%D0%B8%D1%88.pdf> (дата звернення: 23.12.2021).

11. Логвиненко Б.О. Публічне адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні: теорія і практика : монографія. К. : «МП Леся», 2017. 344 с.

12. Попова Т.Л. Рівень та якість життя населення України як показник дієвості соціальної державної політики. URL: <http://academy.gov.ua/ej/ej13/txts/Popova.pdf> (дата звернення: 11.03.2022).

13. Рівень життя населення України / за ред. Л. М. Черенько. НАН України. Ін-т демографії та соц. дослідж., Держ. ком. статистики України. К.: ТОВ «Видавництво «Консультант», 2020. 428 с. URL: https://idss.org.ua/monografii/riven_juttya_naselennya%20krainu.pdf (дата звернення: 11.03.2022).

14. Рябека О.Г. Оцінка рівня та якості життя населення України. *Економіка та держава*. 2019. №11. С. 46-48. URL: http://www.economy.in.ua/pdf/11_2014/11.pdf (дата звернення: 11.03.2022).

15. Юрочко Т. П. Задоволеність пацієнтів якістю медичної допомоги як індикатор оцінювання ефективності запровадження змін у сфері охорони здоров'я: огляд літератури. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2019. №11.

- DOI: 10.32702/2307-2156-2019.11.34. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/11_2019/36.pdf (дата звернення: 21.04.2022).
16. Степурко Т.Г. Задоволеність доступністю та якістю медичної допомоги в Україні, Польщі та Угорщині. URL: http://ekmair.ukma.edu.ua/bitstream/handle/123456789/10882/Stepurko_Zadovolenist_dostupnistiu.pdf?sequence=1&isAllowed=y (дата звернення: 21.04.2022).
17. Пальчук В. Пріоритет 2018 року – реформування сільської медицини Україна: події, факти, коментарі. 2018. №3. С. 43–55. URL: <http://nbuviar.gov.ua/images/ukraine/2018/ukr3.pdf> (дата звернення: 28.04.2022).
18. Якість життя в Україні – як змінювалося місце в рейтингу Numbeo / Слово і Діло (slovoidilo.ua). 19.07.2021 р. URL: <https://www.slovoidilo.ua/2021/07/19/infografika/svit/indeks-yakosti-zhyttya-yak-zminyuvalosya-misce-ukrayiny-rejtynhu> (дата звернення: 23.09.2022).
19. Alubo O. The promise and limits of private medicine: health policy dilemmas in Nigeria. *Health policy and planning*. 2021. P. 313-321. URL: <https://www.semanticscholar.org/paper/The-promise-and-limits-of-private-medicine%3A-health-Alubo/d643adc979579632ce608e54935a218df5dd4ea2#citing-papers> (дата звернення: 12.09.2022).
20. Здорова нація в Україні: що це і як до цього прийти / Факти ICTV (fakty.com.ua). URL : <https://fakty.com.ua/ua/ukraine/20180808-zdorova-natsiya-v-ukrayini-shho-tse-i-yak-do-tsogo-pryjty/> (дата звернення: 21.12.2021).
21. Ву Кіртін Ле Грайс Соціальні детермінанти здоров'я - Доступ до Колорадо / Coaccess.com. 2022. URL: <https://www.coaccess.com/uk/sdoh1/> (дата звернення: 12.09.2022).
22. Охорона здоров'я / Вікіпедія (wikipedia.org). URL: <https://uk.wikipedia.org/wiki> (дата звернення: 26.12.2021).
23. Державна політика у сфері охорони здоров'я: монографія : у 2 ч. / заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша. К. : НАДУ, 2018. Ч. 1. 396 с. С. 8. URL: http://academy.gov.ua/NMKD/library_nadu/Monogr/457d99ff-a477-4205-baaf-2cee246fe3da.pdf (дата звернення: 01.11.2022).

24. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні : навч.- наук. вид. / авт. кол. : М. М. Білинська, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова та ін.; за заг. ред. проф. М. М. Білинської. К. ; Львів : НАДУ, 2018. 240 с.

25. Конституція України від 28.06.1996 р. №254к/96-ВР / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 29.12.2021).

26. Михайліченко Н.В. Переваги приватної медицини та вигоди держави в її розвитку: збірник тез Всеукраїнської студентської наукової конференції, присвяченої Міжнародному дню студента, СНАУ, 14-18 листопада 2022 року, м. Суми, 2022. С. 269.

27. Корнійчук Олександр Стратегія побудови сучасної української системи охорони здоров'я / Vilneslovo.com. 12 липня 2021 р. URL: <https://vilneslovo.com/> (дата звернення: 11.09.2022).

28. Урсол Г.М., Скрипник О.А., Бугро В.І. Стратегія реформ. Регулювання фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я: від державного до приватного сектору. Кіровоград: ТОВ «Імекс-ЛТД», 2019. 404 с.

29. Михайліченко Н.В. Причини гальмування та напрямки розвитку приватної медицини в системі охорони здоров'я України. *Сучасні виклики та актуальні проблеми економіки, фінансів, обліку та права*: збірник тез доповідей міжнародної науково-практичної конференції (Кропивницький, 29 жовтня 2022 р.). Кропивницький: ЦФЕНД, 2022. 71 с. С. 24-26.

30. Качмарик М. Від звичайної приватної медицини до медицини, орієнтованої на пацієнта. *Онлайн-журнал (alternatyva.clinic)*. 2019. URL: Від звичайної приватної медицини до медицини, орієнтованої на пацієнта <https://alternatyva.clinic/magazine/vid-zvyhajnoyi-pryvatnoyi-medytsyny-do-medytsyny-oriyentovanoyi-na-patsiyenta/> (дата звернення: 12.09.2022).

31. Дудка В. В. Переваги приватної медицини та вигоди держави у підтримці розвитку приватного сектора системи охорони здоров'я України (до проблеми державного регулювання здравооохоронної сфери). *Державне управління:*

удосконалення та розвиток. 2018. №1. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/index.php?op=1&z=381> (дата звернення: 02.11.2022).

32. Скоро ми забудемо про розмежування на державні і приватні лікарні : інтерв'ю з Павлом Ковтонюком. URL: <https://ukr.segodnya.ua/ukraine/-skoro-my-zabudem-o-razgranichenii-na-gosudarstvennye-i-chastnye-uchrezhdeniya-intervyu-s-zamestitelem-ministra-zdravoohraneniya-pavlom-kovtonyukom-ch1-1205395.html>. (дата звернення: 02.11.2022).

33. Бабляк О. Приватні лікарні в Україні - Чому їх так мало, і чого бояться лікарі, 3 березня 2020 р. / НВ (nv.ua) URL: <https://nv.ua/ukr/opinion/privatni-likarni-v-ukrajini-chomu-jih-tak-malo-i-chogo-boyatsya-likari-ostanni-novini-50073440.html> (дата звернення: 02.11.2022).

34. 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*. 2018. Т. 18, №4 (72). С. 177–181.

35. Леган І., Крикун О. Ринок приватної медицини України: особливості регулювання та напрями розвитку. *Галицький економічний вісник*. 2020. № 3 (64). С. 192-197. URL: <https://galicianvisnyk.tntu.edu.ua/pdf/64/853.pdf> (дата звернення: 08.10.2022).

36. Мартишин О. Медична реформа в Україні: роль приватної медицини. *Український медичний часопис*. 2017. 11 жовтня. URL: <https://www.umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2017/10/PryvMed.pdf?upload=> (дата звернення: 02.11.2022).

37. Байрак А.О. Структурні складові механізму активізації приватного медичного сектору. *Наукові праці ДонНТУ. Серія: економічна*. 2019. №2 (21). С. 170-177. URL: <https://economics.donntu.edu.ua/wp-content/uploads/2021/03/22-stattia-bajrak.pdf> (дата звернення: 18.10.2022).

38. Брежнєва-Єрмоленко О. В., Байдуж А.О. Медичне страхування в Україні: аналіз та перспективи розвитку. *Економіка: реалії часу. Науковий журнал*. 2019.

№6 (46). С. 33-38. URL: <https://economics.opu.ua/files/archive/2019/No6/33.pdf>. DOI: 10.5281/zenodo.3877163 (дата звернення: 23.11.2022).

39. Голованова І.А., Краснова О.І. Значення приватної медицини в системі охорони здоров'я України. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2016. №1 (3). С. 22-25.

40. Медичні правовідносини, страхування та практика в умовах епідемії: врегулювати, неможливо ігнорувати! 30.06.2020 / Реанімаційний пакет реформ. URL : <https://rpr.org.ua/news/medychni-pravovidnosyny-strakhuvannia-ta-praktyka-v-umovakh-epidemii-vrehuliuvaty-nemozhlyvo-ihnoruvaty/> (дата звернення: 22.11.22).

41. Бабич О. І. Юридичні аспекти приватної медичної діяльності / Health-ua.com. 27.03.2018. <https://health-ua.com/article/17874-yuridichn-aspekti-privatno-medichno-dyalnost> (дата звернення: 16.11.2022).

42. Лихошвай А.В., Паламаренко В.О., Струков В.О. Правове забезпечення діяльності приватних медичних закладів. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2020. №8. С. 197-201. URL: http://www.lsej.org.ua/8_2020/51.pdf (дата звернення: 16.11.2022).

43. Україна піднялася на 14 позицій в Індексі людського розвитку / Держзовнішінформ ДП, 04.01.2021. URL: <https://dzi.gov.ua/press-centre/news/ukrayina-pidnyalasya-na-14-pozytsij-v-indeksi-lyudskogo-rozvytku/> (дата звернення: 02.09.2022).

44. Населення України - 2021: статистичний збірник. Київ, 2022 / Державна служба статистики України. URL: https://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/publnasel_u.htm (дата звернення: 02.09.2022).

45. Валовий внутрішній продукт (2021) / Міністерство фінансів України. URL: <https://index.minfin.com.ua/ua/economy/gdp/2021//> (дата звернення: 13.04.2022).

46. Список країн за ВВП (номінал) на душу населення / Вікіпедія. URL: <https://uk.wikipedia.org/wiki> (дата звернення: 05.09.2022).

47. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 р. №2801 / Верховна Рада України. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 20.10.2022).

48. Про ліцензування видів господарської діяльності: Закон України від 02 березня 2015 р. №222-VIII / Верховна Рада України URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-19#Text> (дата звернення: 13.04.2022).

49. Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення: Указ Президента України від 06 грудня 2005 р. №1694/2005 / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1694/2005#Text> (дата звернення: 28.03.2022).

50. Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року: Постанова Кабінету Міністрів України від 13 червня 2007 р. №815 / Верховна Рада України. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=815-2007-%EF> (дата звернення: 28.03.2022).

51. Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року : Закон України від 22 січня 2010 р. №1841-VI / Верховна Рада України. URL : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1841-17> (дата звернення: 13.04.2022).

52. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги: Наказ МОЗ України від 19 березня 2018 р. № 504 / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text> (дата звернення: 26.08.2022).

53. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики: Постанова КМУ від 02 березня 2016 р. № 285 / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/285-2016-%D0%BF#Text> (дата звернення: 17.11.2022).

54. Проект Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України від 15 липня 2016 р. / Щотижневик АПТЕКА. URL : <https://www.apteka.ua/article/431762#> (дата звернення: 12.08.2022).

55. Філіпова Н. Аналіз системи фінансування охорони здоров'я в Україні. *Проблеми та перспективи економіки та управління*. 2021. №1(25). С. 151-158. URL: <http://ppeu.stu.cn.ua/article/view/236053/234457> (дата звернення: 13.11.2022).

56. Сателітний рахунок охорони здоров'я в Україні у 2020 році / Управління державної статистики України URL: https://ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2020/oz_rik/arh_sat_rah_zd_u.htm. (дата звернення: 12.10.2022).

57. Звіти Національної служби здоров'я за 2019-2020 роки / Національна служба здоров'я України. URL: <https://nszu.gov.ua/storage/files/nhsu-annual-report-2020-ua-web.pdf?1624777486> (дата звернення: 12.11.2022).

58. Ринок приватних медичних послуг в Україні: якість за чесною ціною / Pro-consulting.ua, 13.08.2021. URL: <https://pro-consulting.ua/ua/pressroom/rynok-chastnyh-medicinskih-uslug-v-ukraine-kachestvo-po-chestnoj-cene> (дата звернення: 16.11.2022).

59. Куплю здоров'я: ТОП приватних медичних закладів України / YouControl 5 липня 2018 р. URL: <https://youcontrol.com.ua/data-research/kupliu-zdorovia-top-pryvatnykh-medychnykh-zakladiv-ukrayiny/> (дата звернення: 16.11.2022).

60. Кошова С. П., Михальчук В. М., Радиш Я. Ф. Єдиний медичний простір України – нова парадигма розвитку національної системи охорони здоров'я. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2021. №9. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=2203> (дата звернення: 30.11.2022).

61. Сіделковський О.Л. Єдиний медичний простір України: адміністративно-правові засади створення. Київ : Чалчинська Н.В., 2020. 325 с. URL: <https://library.gov.ua/yedynyj-medychnyj-prostir-ukrayiny/> (дата звернення: 11.09.2022).

62. Курбет А. Єдиний медичний простір в Україні: аналіз можливостей щодо впровадження / Intelmag, 26 Січня 2022. URL: <https://intelmag.com/medicine/17492-yedynyj-medychnyj-prostir-v-ukrayini-analiz-mozhlyvostej-shhodo-vprovadzhennya/> (дата звернення: 22.11.2022).

63. Про забезпечення участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики: постанова Кабінету Міністрів України від 3 листопада 2010 р. №996 / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/996-2010-%D0%BF#Text> (дата звернення: 22.11.2022).

64. 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. URL: <http://www.investplan.com.ua/?op=1&z=7273> (дата звернення: 22.11.2022).

65. Сіделковський О.Л. Єдиний медичний простір у парадигмі розвитку медичного права України. *Публічне право*. 2019. №2 (34). С. 113-119. URL: https://www.publichne-pravo.com.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=100:pp-2019-34-14&catid=90&Itemid=483&lang=uk (дата звернення: 23.11.2022).

66. Сіделковський О.Л. Деякі проблеми правового регулювання діяльності приватних медичних закладів. *Forum Prava*. 2020. №60 (1). С. 75-82. URL: https://forumprava.pp.ua/files/075-082-2020-1-FP-Sedelkovsky_11.pdf (дата звернення: 23.11.2022).

67. Кількість адміністративно-територіальних одиниць. Статистичний щорічник Сумської області за 2021 рік. Головне управління статистики у Сумській області, 2022. 424 с. С. 19. URL : <http://sumy.ukrstat.gov.ua/?menu=99&level=3> (дата звернення: 26.10.2022).

68. Об'єднані громади та медреформа: що варто знати про госпітальні округи / Decentralization. URL: <http://decentralization.uacrisis.org/hospitalni-okruhy> (дата звернення: 21.09.2022).

69. Управління охорони здоров'я Сумської ОДА : офіційний сайт. URL: <http://www.medycyna.sm.gov.ua/index.php/uk/> (дата звернення: 26.12.2021).

70. Управління охорони здоров'я Сумської міської ради : офіційний сайт. URL: <https://uozsmr.sumy.ua/> (дата звернення: 26.12.2021).

71. Учасники Асоціації / Асоціація приватних медичних закладів України. URL: <https://apmi.com.ua/#rec84352958> (дата звернення: 25.11.2022).

72. ТОП 20 приватних клінік м. Суми станом на 01.01.2022 р. URL: https://top20.ua/sumy/zdorovya/privatni-kliniki/#modal_filter_maps (дата звернення: 14.11.2022).

73. Про діяльність медичного центру / ПП «Флорис» (медичний центр). URL: <https://www.floris-sumy.com.ua/ua.html> (дата звернення: 26.11.2022).

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ОЦІНКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ НАСЕЛЕННЯ

Таблиця А.1 - Методики оцінки якості життя населення в системі оцінки соціального розвитку країн

Термін та аббревіатура англійською	Термін та аббревіатура українською	Розробник методики (замовник)
«Human Development Index» (HDI)	«Індекс розвитку людського потенціалу» (ІРЛП)	ООН
«Gross National Happiness» (GNH)	«Валове національне щасття» (ВНЩ)	Король Бутана Jigme Singye Wangchuck
«Social Progress Index» (SPI)	«Індекс соціального прогресу» (ІСП)	Гарвардська школа бізнесу Массачусетський технологічний інститут
«Better Life Index» (BLI)	«Індекс задоволеності життям» (ІЗЖ)	Комісія по основним показникам економічної діяльності та соціального прогресу
«World Happiness Index» (WHI)	«Рівень щасття населення країни» (РЩНК)	Підрозділ ООН по пошуку стабільного розвитку
«Happy Planet Index» (HPI)	«Всесвітній індекс щасття» (ВІЩ)	Фонд «Нова економіка»
«Genuine Progress Indicator» (GPI)	«Індикатор істинного прогресу» (ІІП)	Суспільний некомерційний інститут Redefining Progress
«Quality-of-life» (QL)	«Індекс якості життя» (ІЯЖ)	Журнал «The Economist»

Джерело: побудовано на основі джерела [17]

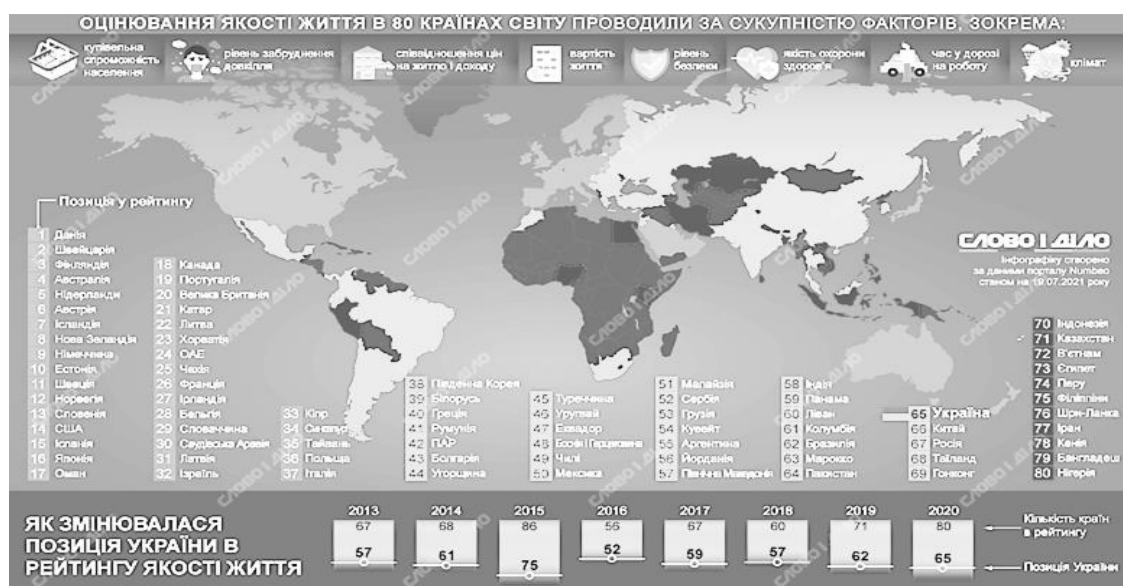


Рисунок А.1 - Рейтинг країн світу за індексом якості життя та місце України в ньому за період 2013-2020 р.р.

Джерело: [18]

ДОДАТОК Б

СКЛАДОВІ ФОРМУВАННЯ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СОЗ УКРАЇНИ



Рисунок Б.1 - Принципи, засоби та обов'язки громадян у процесі формування та реалізації державної політики у СОЗ України

Джерело: [24]

ДОДАТОК В

ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ ДЛЯ ОЦІНКИ РІВНЯ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Таблиця В.1 - Динаміка чисельності наявного населення України у 1991–2021 роках, тис. осіб (станом на 01 січня)

Роки	Всього населення	в тому числі		Загальна чисельність населення у % до попереднього року	Абсолютний приріст (зменшення), тис.
		міське	сільське		
1991	51944,4	35085,2	16859,2		
1992	52056,6	35296,9	16759,7	100,22	112,2
1993	52244,1	35471,0	16773,1	100,36	187,5
1994	52114,4	35400,7	16713,7	99,75	-129,7
1995	51728,4	35118,8	16609,6	99,26	-386,0
1996	51297,1	34767,9	16529,2	99,17	-431,3
1997	50818,4	34387,5	16430,9	99,07	-478,7
1998	50370,8	34048,2	16322,6	99,12	-447,6
1999	49918,1	33702,1	16216,0	99,10	-452,7
2000	49429,8	33338,6	16091,2	99,02	-488,3
2001	48923,2	32951,7	15971,5	98,98	-506,6
2002	48457,1	32574,4	15882,7	99,05	-466,1
2003	48003,5	32328,4	15675,1	99,06	-453,6
2004	47622,4	32146,5	15475,9	99,21	-381,1
2005	47280,8	32009,3	15271,5	99,28	-341,6
2006	46929,5	31877,7	15051,8	99,26	-351,3
2007	46646,0	31777,4	14868,6	99,40	-283,5
2008	46372,7	31668,8	14703,9	99,41	-273,3
2009	46143,7	31587,2	14556,5	99,51	-229,0
2010	45962,9	31524,8	14438,1	99,61	-180,8
2011	45778,5	31441,6	14336,9	99,60	-184,4
2012	45633,6	31380,9	14252,7	99,68	-144,9
2013	45553,0	31378,6	14174,4	99,82	-80,6
2014	45426,2	31336,6	14089,6	99,72	-126,8
2015*	42929,3	29673,1	13256,2	94,50	-2496,9
2016	42760,5	29585,0	13175,6	99,61	-168,8
2017	42584,5	29482,3	13102,2	99,59	-176,0
2018	42386,4	29371,0	13015,4	99,53	-198,1
2019	42153,2	29256,7	12896,5	99,45	-233,2
2020	41902,4	29139,3	12763,1	99,41	-250,8
2021	41588,4	28959,5	12628,8	99,25	-314,0
2022	41167,3	28693,7	12473,6	98,99	-421,0

Джерело: дані статистичного збірника «Населення України - 2021» [44, с. 26]

Продовження Додатку В

Таблиця В.2 - Динаміка загального скорочення чисельності населення України та за рахунок природних і міграційних процесів за 1991-2021 роки, осіб

Роки	Загальний приріст, скорочення (-)	в тому числі		Приріст (скорочення) у порівнянні з попереднім періодом		
		природний приріст, скорочення (-)	міграційний приріст, скорочення (-)	загальний	природний	міграційний
1991	112200	-39100	151300			
1992	187500	-100300	287800	75300	-61200	136500
1993	-129700	-184200	54500	-317200	-83900	-233300
1994	-386000	-243100	-142900	-256300	-58900	-197400
1995	-431300	-299700	-131600	-45300	-56600	11300
1996	-478700	-309500	-169200	-47400	-9800	-37600
1997	-447600	-311600	-13600	31100	-2100	155600
1998	-452700	-300700	-152000	-5100	10900	-138400
1999	-488300	-350000	-138300	-35600	-49300	13700
2000	-506600	-373000	-133600	-18300	-23000	4700
2001	-521700	-369500	-152200	-15100	3500	-18600
2002	-398014	-364223	-33791	123686	5277	118409
2003	-381029	-356819	-24210	16985	7404	9581
2004	-341617	-334002	-7615	39412	22817	16595
2005	-351292	-355875	4583	-9675	-21873	12198
2006	-283479	-297724	14245	67813	58151	9662
2007	-273382	-290220	16838	10097	7504	2593
2008	-228950	-243871	14921	44432	46349	-1917
2009	-180767	-194214	13447	48183	49657	-1474
2010	-184413	-200546	16133	-3646	-6332	2686
2011	-144897	-161993	17096	39516	38553	963
2012	-80590	-142434	61844	64307	19559	44748
2013	-126798	-158711	31913	-46208	-16277	-29931
2014	-143822	-166414	22592	-17024	-7703	-9321
2015	-168782	-183051	14233	-24960	-16637	-8359
2016	-175974	-186594	10620	-7192	-3543	-3613
2017	-198139	-210136	11997	-22165	-23542	1377
2018	-233202	-251791	18589	-35063	-41655	6592
2019	-250785	-272297	21512	-17583	-20506	2923
2020	-314062	-323378	9316	-63277	-51081	-12196
2021	-421019	-442280	21261	-106957	-118902	11945

Джерело: дані статистичного збірника «Населення України - 2021» [44, с. 14]

Продовження Додатку В

Таблиця В.3 - Середня очікувана тривалість життя при народженні за статтю та типом місцевості у 1991–2021 роках (Україна)

Роки	Усього			Міська місцевість			Сільська місцевість			Приріст (скорочення) по всього населення у порівнянні з попереднім періодом		
	обидві статі	чоловіки	жінки	обидві статі	чоловіки	жінки	обидві статі	чоловіки	жінки	обидві статі	чоловіки	жінки
1991	69,56	64,62	74,21	69,95	65,31	74,29	68,49	63,06	73,81			
1992	68,97	63,81	73,98	69,25	64,34	73,99	68,12	62,57	73,70	-0,59	-0,81	-0,23
1993	68,29	63,16	73,35	68,46	63,53	73,29	67,69	62,26	73,27	-0,68	-0,65	-0,63
1994	67,66	62,39	72,95	67,76	62,65	72,87	67,22	61,75	72,84	-0,63	-0,77	-0,40
1995	66,79	61,22	72,54	66,68	61,19	72,35	66,82	61,21	72,68	-0,87	-1,17	-0,41
1996	67,08	61,52	72,80	67,09	61,60	72,73	66,91	61,30	72,81	0,29	0,30	0,26
1997	67,66	62,23	73,19	67,83	62,50	73,19	67,17	61,60	73,05	0,58	0,71	0,39
1998	68,50	63,17	73,84	68,67	63,45	73,82	68,02	62,54	73,75	0,84	0,94	0,65
1999	68,07	62,62	73,61	68,22	62,85	73,60	67,63	62,11	73,50	-0,43	-0,55	-0,23
2000	67,72	62,10	73,53	67,81	62,25	73,47	67,43	61,78	73,53	-0,35	-0,52	-0,08
2001	67,89	62,32	73,63	68,11	62,65	73,64	67,30	61,61	73,49	0,17	0,22	0,10
2002	68,32	62,70	74,13	68,60	63,08	74,21	67,64	61,93	73,89	0,43	0,38	0,50
2003	68,24	62,64	74,06	68,53	62,94	74,16	67,62	62,01	73,81	-0,08	-0,06	-0,07
2004	68,22	62,60	74,05	68,57	63,00	74,19	67,44	61,78	73,76	-0,02	-0,04	-0,01
2005	67,96	62,23	73,97	68,47	62,81	74,18	66,89	61,07	73,51	-0,26	-0,37	-0,08
2006	68,10	62,38	74,06	68,67	63,05	74,33	66,85	61,06	73,47	0,14	0,15	0,09
2007	68,25	62,51	74,22	68,86	63,22	74,50	66,90	61,05	73,57	0,15	0,13	0,16
2008	68,27	62,51	74,28	68,95	63,31	74,57	66,77	60,86	73,58	0,02	0,00	0,06
2009	69,29	63,79	74,86	69,98	64,60	75,21	67,78	62,14	74,09	1,02	1,28	0,58
2010	70,44	65,28	75,50	71,09	66,03	75,86	69,02	63,74	74,70	1,15	1,49	0,64
2011	71,02	65,98	75,88	71,60	66,65	76,20	69,76	64,61	75,18	0,58	0,70	0,38
2012	71,15	66,11	76,02	71,80	66,85	76,38	69,75	64,61	75,19	0,13	0,13	0,14
2013	71,37	66,34	76,22	72,05	67,11	76,63	69,88	64,79	75,29	0,22	0,23	0,20
2014	71,37	66,25	76,37	72,13	67,09	76,83	69,72	64,53	75,31	0,00	-0,09	0,15
2015	71,38	66,37	76,25	72,15	67,28	76,66	69,87	64,74	75,38	0,01	0,12	-0,12
2016	71,68	66,73	76,46	72,35	67,53	76,80	70,34	65,29	75,72	0,30	0,36	0,21
2017	71,98	67,02	76,78	72,69	67,85	77,13	70,59	65,50	76,00	0,30	0,29	0,32
2018	71,76	66,69	76,72	72,39	67,42	77,02	70,47	65,33	76,01	-0,22	-0,33	-0,06
2019	72,01	66,92	76,98	72,66	67,66	77,30	70,68	65,56	76,20	0,25	0,23	0,26
2020	71,35	66,39	76,22	71,83	66,92	76,44	70,32	65,38	75,64	-0,66	-0,53	-0,76
2021	69,77	65,16	74,36	69,89	65,35	74,22	69,40	64,38	74,43	-1,58	-1,23	-1,86

Джерело: дані статистичного збірника «Населення України - 2021» [44, с. 61]

Продовження Додатку В

Таблиця В.4 - Середня очікувана тривалість життя при народженні за статтю у 2010–2020 роках (Україна, ЄС27)

Країна	2010 р.		2011 р.		2012 р.		2013 р.		2014 р.		2015 р.		2016 р.		2017 р.		2018 р.		2019 р.		2020 р.		місце у 2020 р.	
	чол.	жін.	чол.	жін.	чол.	жін.	чол.	жін.	чол.	жін.	чол.	жін.	чол.	жін.	чол.	жін.	чол.	жін.	чол.	жін.	чол.	жін.	чол.	жін.
Україна	65,3	75,5	66,0	75,9	66,1	76,0	66,3	76,2	66,3	76,4	66,4	76,3	66,7	76,5	67,0	76,8	66,7	76,7	66,9	77,0	66,4	76,2	65,2	74,4
Австрія	77,8	83,5	78,3	83,8	78,4	83,6	78,6	83,8	79,1	84,0	78,8	83,7	79,3	84,1	79,4	84,0	79,4	84,1	78,7	84,2	78,9	83,6	10	9
Бельгія	77,5	83,0	78,0	83,3	77,8	83,1	78,1	83,2	78,8	83,9	78,7	83,4	79,0	84,0	79,2	83,9	79,4	83,9	79,8	84,3	78,5	83,0		
Болгарія	70,3	77,4	70,7	77,8	70,9	77,9	71,3	78,6	71,1	78,0	71,2	78,2	71,3	78,5	71,4	78,4	71,5	78,6	71,6	78,8	70,0	77,5		
Греція	78,0	83,3	78,0	83,6	78,0	83,4	78,7	84,0	78,8	84,1	78,5	83,7	78,9	84,0	78,8	83,9	79,3	84,4	79,2	84,2	78,8	83,9		8
Данія	77,2	81,4	77,8	81,9	78,1	82,1	78,3	82,4	78,7	82,8	78,8	82,7	79,0	82,8	79,2	83,1	79,1	82,9	79,5	83,5	79,7	83,6	7	9
Естонія	70,9	80,8	71,4	81,3	71,4	81,5	72,8	81,7	72,4	81,9	73,2	82,2	73,3	82,2	73,8	82,6	74,0	82,7	74,5	83,0	74,4	83,0		
Ірландія	78,5	83,1	78,6	83,0	78,7	83,1	79,8	83,1	79,3	83,5	79,6	83,4	79,8	83,6	80,4	84,0	80,4	84,1	80,8	84,7	80,8	84,4	1	5
Іспанія	79,2	85,5	79,5	85,6	79,5	85,5	80,2	86,1	80,4	86,2	80,1	85,7	80,5	86,3	80,6	86,1	80,7	86,3	81,1	86,7	79,6	85,2	8	2
Італія	79,5	84,7	79,7	84,8	79,8	84,8	80,3	85,2	80,7	85,6	80,3	84,9	81,0	85,6	80,8	85,2	81,2	85,6	81,4	85,7	80,0	84,5	5	4
Кіпр	79,2	83,9	79,3	83,1	78,9	83,4	80,1	85,0	80,3	84,3	79,9	83,7	80,5	84,9	80,2	84,2	80,9	84,8	80,3	84,4	80,4	84,4	3	5
Латвія	67,9	78,0	68,6	78,8	68,9	78,9	69,3	78,9	69,1	79,4	69,7	79,5	69,8	79,6	69,8	79,7	70,1	79,7	70,9	80,1	70,6	80,0		
Литва	67,6	78,9	68,1	79,3	68,4	79,6	68,5	79,6	69,2	80,1	69,2	79,7	69,5	80,1	70,7	80,5	70,9	80,7	71,6	81,2	70,1	80,1		
Люксембург	77,9	83,5	78,5	83,6	79,1	83,8	79,8	83,9	79,4	85,2	80,0	84,7	80,1	85,4	79,9	84,4	80,1	84,6	80,2	85,2	79,9	84,5	6	4
Мальта	79,3	83,6	78,6	83,0	78,6	83,0	79,6	84,0	79,9	84,3	79,8	84,1	80,6	84,4	80,2	84,6	80,4	84,6	81,2	84,6	80,3	84,5	4	4
Нідерланди	78,9	83,0	79,4	83,1	79,3	83,0	79,5	83,2	80,0	83,5	79,9	83,2	80,0	83,2	80,2	83,4	80,3	83,4	80,6	83,7	79,7	83,1	7	
Німеччина	78,0	83,0	77,9	83,1	78,1	83,1	78,1	83,0	78,7	83,6	78,3	83,1	78,6	83,5	78,7	83,4	78,6	83,3	79,0	83,7	78,7	83,5		10
Польща	72,2	80,7	72,5	81,1	72,6	81,1	73,0	81,2	73,7	81,7	73,5	81,6	73,9	82,0	73,9	81,8	73,7	81,7	74,1	81,9	72,5	80,7		
Португалія	76,8	83,2	77,3	83,8	77,3	83,6	77,6	84,0	78,0	84,4	78,1	84,3	78,1	84,3	78,4	84,6	78,3	84,5	78,7	84,8	78,0	84,1		6
Румунія	70,0	77,7	70,8	78,2	70,9	78,1	71,6	78,7	71,3	78,7	71,4	78,6	71,6	79,0	71,6	79,0	71,7	79,2	71,9	79,5	70,4	78,3		
Словаччина	71,8	79,3	72,3	79,8	72,5	79,9	72,9	80,1	73,3	80,5	73,1	80,2	73,8	80,7	73,8	80,7	73,9	80,8	74,3	81,2	73,5	80,4		
Словенія	76,4	83,1	76,8	83,3	77,1	83,3	77,2	83,6	78,2	84,1	77,8	83,9	78,2	84,3	78,2	84,0	78,5	84,4	78,7	84,5	77,8	83,4		
Угорщина	70,7	78,6	71,2	78,7	71,6	78,7	72,2	79,1	72,3	79,4	72,3	79,0	72,6	79,7	72,5	79,3	72,7	79,6	73,1	79,7	72,3	79,0		
Фінляндія	76,9	83,5	77,3	83,8	77,7	83,7	78,0	84,1	78,4	84,1	78,7	84,4	78,6	84,4	78,9	84,5	79,1	84,5	79,3	84,8	79,2	84,8	9	3
Франція	78,2	85,3	78,7	85,7	78,7	85,4	79,0	85,6	79,5	86,1	79,2	85,6	79,5	85,8	79,6	85,7	79,7	85,8	79,9	85,9	79,2	85,3	9	1
Хорватія	73,4	79,9	73,8	80,4	73,9	80,6	74,5	81,0	74,7	81,0	74,4	80,5	75,0	81,3	74,9	81,0	74,9	81,5	75,5	81,6	74,7	80,9		
Чехія	74,5	80,9	74,8	81,1	75,1	81,2	75,2	81,3	75,8	82,0	75,7	81,6	76,1	82,1	76,1	82,0	76,2	82,0	76,4	82,2	75,3	81,3		
Швеція	79,6	83,6	79,9	83,8	79,9	83,6	80,2	83,8	80,4	84,2	80,4	84,1	80,6	84,1	80,8	84,1	80,9	84,3	81,5	84,8	80,6	84,2	2	7

Джерело: дані статистичного збірника «Населення України - 2021» [44, с. 183-184]

Закінчення Додатку В

Таблиця В.5 - Номінальний ВВП України з 2002 по 2021 рр.

	млн. грн.			млн. дол. США		
2002	225810			42393		
2003	267344	41534	18.4%	50133	7740	18.3%
2004	345113	77769	29.1%	64883	14750	29.4%
2005	441452	96339	27.9%	86142	21259	32.8%
2006	544153	102701	23.3%	107753	21611	25.1%
2007	720731	176578	32.5%	142719	34966	32.5%
2008	948056	227325	31.5%	179992	37273	26.1%
2009	913345	-34711	-3.7%	117228	-62765	-34.9%
2010	1082569	169224	18.5%	136419	19192	16.4%
2011	1316600	234031	21.6%	163160	26740	19.6%
2012	1408889	92289	7.0%	175781	12622	7.7%
2013	1454931	46042	3.3%	183310	7529	4.3%
2014	1566728	111797	7.7%	131805	-51505	-28.1%
2015	1979458	412730	26.3%	90615	-41190	-31.3%
2016	2383182	403724	20.4%	93270	2655	2.9%
2017	2982920	599738	25.2%	112154	18884	20.2%
2018	3558706	575786	19.3%	130832	18678	16.7%
2019	3974564	415858	11.7%	153781	22949	17.5%
2020	4194102	219538	5.5%	155582	1801	1.2%
2021	5459574	1265472	30.2%	200090	44508	28.6%

Джерело: [45]

Таблиця В.6 - Номінальний ВВП України з 2002 по 2021 рр. з розрахунку на одну особу середньорічного населення

	грн.			дол. США			Населення, тис.
2002	4681,9			879			48230
2003	5592,9	911.0	19.5%	1048,8	169.8	19.3%	47801
2004	7273,5	1680.6	30.0%	1367,5	318.7	30.4%	47448
2005	9374,3	2100.9	28.9%	1829,2	461.8	33.8%	47091
2006	11634,3	2260.0	24.1%	2303,8	474.6	25.9%	46771
2007	15499,1	3864.8	33.2%	3069,1	765.3	33.2%	46501
2008	20502,8	5003.6	32.3%	3892,5	823.4	26.8%	46240
2009	19836,3	-666.4	-3.3%	2546,0	-1346.5	-34.6%	46044
2010	23603,6	3767.3	19.0%	2974,4	428.4	16.8%	45865
2011	28813,9	5210.2	22.1%	3570,8	596.4	20.0%	45693
2012	30912,5	2098.6	7.3%	3856,8	286.1	8.0%	45577
2013	31988,7	1076.2	3.5%	4030,3	173.5	4.5%	45483
2014	35834,0	3845.3	12.0%	3014,6	-1015.7	-25.2%	43722
2015	46210,2	10376.1	29.0%	2115,4	-899.2	-29.8%	42836
2016	55853,5	9643.3	20.9%	2185,9	70.5	3.3%	42668
2017	70224,3	14370.8	25.7%	2640,3	454.4	20.8%	42477
2018	84192,0	13967.7	19.9%	3095,2	454.9	17.2%	42269
2019	94589,8	10397.8	12.4%	3659,8	564.6	18.2%	42019
2020	100432,5	5842.6	6.2%	3725,6	65.8	1.8%	41760
2021	131907,2	31474.8	31.3%	4834,3	1108.7	29.8%	41389

Джерело: [45]

ДОДАТОК Г

Таблиця Г.1 - Основні законодавчі та нормативно-правові акти, які регламентують реформування СОЗ та функціонування приватних ЗОЗ в Україні

№ документа	Назва документа	Дата затвердження
Міжнародно-правові акти, які ратифіковані Україною та національні документи в межах реалізації Концепції сталого розвитку		
70/1	Резолюція Генеральної Асамблеї ООН «Глобальні цілі сталого розвитку до 2030 року»	25 вересня 2015
722/2019	Указ Президента України «Про Цілі сталого розвитку України на період до 2030 року»	30 вересня 2019
Законодавчі та нормативно-правові акти щодо реформування охорони здоров'я України		
254к/96-ВР	Конституція України	28 червня 1996
2801	Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»	19 листопада 1992
1694/2005	Указ Президента України «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення»	06 грудня 2005
815	Постанова КМУ «Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року»	13 червня 2007
996	Постанова КМУ «Про забезпечення участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики»	3 листопада 2010
-	Концепція побудови нової національної системи охорони здоров'я (проект)	07 серпня 2014
2168-VIII	Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»	19 жовтня 2017
1013-р	Розпорядження КМУ «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я»	30 листопада 2016
1101-2017-п	Постанова КМУ «Про утворення Національної служби здоров'я України»	27 грудня 2017
Законодавчі та нормативно-правові акти, які регламентують діяльність в тому числі і приватних ЗОЗ		
989	Постанова КМУ «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я»	20 червня 2000
8/2002	Указ Президента України «Про Комплексні заходи щодо поліпшення медичного обслуговування сільського населення на 2002-2005 роки»	03 січня 2002
421-р	Розпорядження КМУ «Про схвалення Концепції Державної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2010 року»	24 липня 2006
1841-VI	Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року»	22 січня 2010
298	Постанова КМУ «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для виконання програм та здійснення централізованих заходів з охорони здоров'я»	17 березня 2011

№ документа	Назва документа	Дата затвердження
№222-VIII	Закон України «Про ліцензування видів господарської діяльності»	02 березня 2015
285	Постанова КМУ «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики»	02 березня 2016
180	Постанова КМУ «Про внесення змін та визнання такими, що втратили чинність, деяких постанов Кабінету Міністрів України» (Урядова програма реімбурсації «Доступні ліки»)	16 березня 2017
2002	Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я»	06 квітня 2017
425	Постанова КМУ «Деякі питання реалізації пілотного проекту щодо зміни механізму фінансування надання медичної допомоги в окремих науково-дослідних установах Національної академії медичних наук»	14 червня 2017
2206-VIII	Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості»	14 листопада 2017
2246-VIII	Закон України «Про Державний бюджет України на 2018 рік»	7 грудня 2017
148	Наказ МОЗ України «Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу»	26 січня 2018
503	Наказ МОЗ України «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу»	19 березня 2018
504	Наказ МОЗ України «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги»	19 березня 2018
391	Постанова КМУ «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення»	28 березня 2018
407	Постанова КМУ «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік» [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/407-2018-%D0%BF#Text]	25 квітня 2018
1124	Постанова КМУ «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій у 2020 році» [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1124-2019-%D0%BF#Text]	27 листопада 2019
410	Постанова КМУ «Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій»	25 квітня 2018
411	Постанова КМУ «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я»	25 квітня 2018
2696-VIII	Закон України «Про Державний бюджет України на 2019 рік»	28 лютого 2019
294-IX	Закон України «Про Державний бюджет України на 2020 рік»	14 листопада 2019

№ документа	Назва документа	Дата затвердження
1073	Постанова КМУ «Деякі питання договорів медичного обслуговування населення»	27 листопада 2019
2559	Наказ МОЗ України «Про затвердження Методики розрахунку тарифів»	19 грудня 2019
1082-IX	Закон України «Про Державний бюджет України на 2021 рік»	15 грудня 2020
1928-IX	Закон України «Про Державний бюджет України на 2022 рік»	02 грудня 2021
1440	Постанова КМУ «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році»	29 грудня 2021
Законодавчі та нормативно-правові акти щодо децентралізації влади та повноважень ОМС в питаннях охорони здоров'я		
280/97-ВР	Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні»	21 травня 1997
156-VIII	Закон України «Про засади державної регіональної політики»	05 лютого 2015
333-р	Розпорядження КМУ «Про схвалення Концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні»	01 квітня 2014
983	Постанова КМУ «Деякі питання надання субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення заходів, спрямованих на розвиток системи охорони здоров'я у сільській місцевості»	06 грудня 2017

Джерело: систематизовано автором на основі законодавства України та [55]

ДОДАТОК Д

МОДЕЛІ ФІНАНСУВАННЯ СОЗ УКРАЇНИ ТА ВИТРАТИ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я

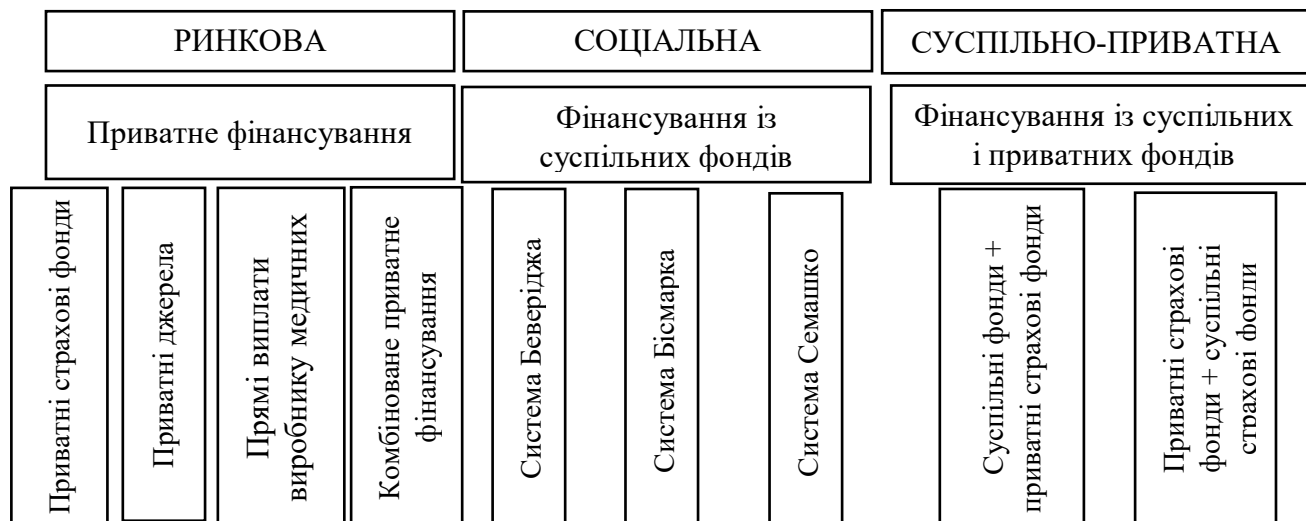


Рисунок Д.1 - Моделі організації та фінансування охорони здоров'я у розвинених країнах

Джерело: побудовано автором на основі [Карпишин Н., Комуницька М. Класичні Моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я. *Світ фінансів*. №1 (14). С. 110-117. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/> (дата звернення: 22.10.2022).]

Таблиця Д.1 - Трансформація фінансового забезпечення СОЗ України в умовах реформування

ДЖЕРЕЛА ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я		
Перехідний період (2018 р.)		
Державний бюджет		Місцеві бюджети
Національна служба здоров'я України	Міністерство охорони здоров'я України	За видами органів місцевого самоврядування
- капітаційна оплата, що здійснювалася на основі динаміки підписання декларацій; - уніфікована базова ставка становила 370 грн.; - діяли вікові коефіцієнти; - діяв коригувальний коефіцієнт гірської місцевості	- фінансування здійснювалося через субвенцію державного бюджету на основі капітаційної ставки 270 грн.; - фінансування визначалось за кількістю населення, яке закріплене за закладом первинної медичної допомоги	- Фінансування здійснювалося за наступними складовими: - передбачені бюджетним кодексом статті витрат, які обов'язково фінансуються; - додаткове фінансування витрат, які визначаються органами місцевої влади
3 2019 р.		
Державний бюджет		Місцеві бюджети
Національна служба здоров'я України		За видами органів місцевого самоврядування
- капітаційна оплата, що здійснювалася на основі динаміки підписання декларацій; - уніфікована базова ставка становила 370 грн.; - діяли вікові коефіцієнти; - діяв коригувальний коефіцієнт гірської місцевості; - можливість зменшення остаточної оплати на понад 20% в межах понадлімітних декларацій		- Фінансування здійснювалося за наступними складовими: - передбачені бюджетним кодексом статті витрат, що обов'язково фінансуються; - додаткове фінансування витрат, які визначаються органами місцевої влади

Закінчення Додатку Д

Таблиця Д.2 - Динаміка та структура загальних витрат на охорону здоров'я України за фінансовими агентами за 2003-2020 р.

Фінансуючі організації (фінансові агенти)	2003 рік		2005 рік		2010 рік		2016 рік		2017 рік		2018 рік		2019 рік		2020 рік		Відхилення 2020 р. від 2019 р., +,-	
	млн.грн.	%	млн.грн.	%	млн.грн.	%	млн.грн.	%	млн.грн.	%	млн.грн.	%	млн.грн.	%	млн.грн.	%	млн.грн.	пп
Уряд	10 807,6	58,04	16 827,0	59,27	47 864,2	56,48	75 826,7	48,85	81 656,5	44,97	111 063,0	49,64	137 057,4	48,88	164 341,9	49,90	27 284,5	1,02
Територіальний Уряд	10 758,7	57,78	16 758,2	59,03	47 633,4	56,21	75 502,6	48,64	81 283,4	44,76	110 605,3	49,44	136 071,3	48,78	163 923,2	49,77	27 851,9	0,99
Центральний Уряд	3 380,7	18,15	4 973,8	17,52	11 702,8	13,81	15 953,0	10,28	18 261,6	10,06	25 163,5	11,25	44 898,0	11,12	121 673,4	36,94	76 775,4	25,82
Муніципальний Уряд	7 378,0	39,62	11 784,4	41,51	35 930,5	42,40	59 549,6	38,36	63 021,8	34,70	85 441,8	38,19	91 173,3	37,66	42 249,8	12,83	-48 923,5	-24,83
Фонди соціального страхування	48,9	0,26	68,8	0,24	230,9	0,27	324,1	0,21	373,1	0,21	457,7	0,20	986,2	0,10	418,7	0,13	-567,5	0,03
Приватний сектор	7 728,6	41,50	11 472,4	40,41	36 658,8	43,26	78 822,0	50,78	98 624,2	54,31	110 651,8	49,46	153 850,2	50,38	163 502,9	49,65	9 652,7	-0,73
Інше приватне добровільне страхування	16,6	0,09	191,9	0,68	741,5	0,87	1 398,5	0,90	1 567,9	0,86	1 950,6	0,87	2 994,6	1,15	3 122,5	0,95	127,9	-0,20
Витрати домогосподарств	7 174,5	38,53	10 611,0	37,38	34 234,7	40,40	75 711,1	48,78	94 951,3	52,29	106 154,5	47,45	144 225,9	48,24	152 757,5	46,38	8 531,6	-1,86
Некомерційні організації, що обслуговують домашні господарства	5,6	0,03	3,0	0,01	15,0	0,02	17,8	0,01	20,2	0,01	26,1	0,01	104,4	0,02	112,7	0,03	8,3	0,01
Приватні фірми та корпорації	503,2	2,70	628,1	2,21	1 584,3	1,87	1 589,9	1,02	1 976,0	1,09	2 520,6	1,13	6 525,3	0,97	7 510,2	2,28	984,9	1,31
Лікарняні каси	28,7	0,15	38,4	0,14	83,2	0,10	104,7	0,07	108,8	0,06	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00
Весь інший світ	85,4	0,46	91,0	0,32	221,8	0,26	570,8	0,37	1 314,2	0,72	2 011,8	0,90	2 116,9	0,74	1 496,7	0,45	-620,2	-0,29
Загальні витрати на охорону здоров'я	18 621,6	100,00	28 390,4	100,00	84 744,8	100,00	155 219,5	100,00	181 594,9	100,00	223 726,6	100,00	293 024,6	100,00	329 341,4	100,00	36 316,8	x

Джерело: [56]

ДОДАТОК Є

Таблиця Є.1 - Характеристика ТОП-20 приватних медичних закладів в Україні у 2016 році

Назва	Інформація про клініку	Дохід 2016 р.	Мережа	
		млн. грн.	кількість закладів	населені пункти
ТОВ «Сінево Україна» та ТОВ «Сінево Схід», https://www.synevo.ua/ua/p/about-synevo	Частина європейського медичного холдингу «Medicover» який представлений в 11 країнах світу, зокрема в Україні, Німеччині, Польщі, Румунії, Туреччині та ін. 350+ відділень у 150+ населених пунктах по всій Україні, 8 лабораторій: в Києві, Львові, Чернівцях, Вінниці, Одесі, Харкові, Херсоні та Дніпрі. Медичні послуги — високоякісна допомога на основі інтегрованої моделі охорони здоров'я. Основою цього є мережа з 25 лікарень та 117 клінік та медичних установ. Основні ринки - це Польща, Індія та Румунія. Діагностичні послуги — широкий спектр лабораторних досліджень у всіх основних областях клінічної патології. Мережа з 98 лабораторій, 733 лабораторних центрів та 26 клінік. Основні ринки — Німеччина, Україна, Румунія та Польща.	950,0-1000,0	221	76 н.п.
ТОВ «Медікс-Рей Інтернешнл Груп» (лікарня ізраїльської онкології «LISOD»), https://www.ukraine.com.ua/uk/egrpou/32109302/	Кінцевий бенефіціарний власник (контролер) - Ейтан Меір Стіббе, Ізраїль, Хагдерот 59, Савйон, 56526, опосередкований вплив через компанію з обмеженою відповідальністю «Медіксрей Кіпр Лімітед"». Дата реєстрації: 09.07.2002. 86.21 — Загальна медична практика, 86.22 — Спеціалізована медична практика, 86.90 — Інша діяльність у сфері охорони здоров'я	350,0-400,0	1	Київська обл.
ТОВ «Медичний центр «Медікап»» (Медичний центр «INTO-SANA»), https://www.ua-region.com.ua/38574041; https://into-sana.ua/	Діяльність лікувальних установ; надання в оренду інших машин, устаткування і товарів; загальна медична практика; спеціалізована медична практика; інша діяльність у сфері охорони здоров'я	250,0-300,0	10	Київ, Одеська обл.

Назва	Інформація про клініку	Дохід 2016 р.	Мережа	
		млн. грн.	кількість закладів	населені пункти
ТОВ «Ісіда-IVF», https://isida.ua/uk/about/	провідна комплексна акушерсько-гінекологічна клініка, яка об'єднує стаціонар і три амбулаторно-поліклінічних центри. Клініки ISIDA спеціалізуються на лікуванні безпліддя, акушерстві, гінекології, мамології та педіатрії до 18 років.	250,0-300,0	4	Київ
ТОВ «МЛ «Діла»», https://dila.ua/	лабораторна діагностика	250,0-300,0	74	27 н.п.
ПраТ «Миргородкурорт», https://mirgorodkurort.ua/		150,0-200,0	4	Миргород
ТОВ «Неомед 2007» (Медичний центр «Мати та дитина»), https://freelancehunt.com/ua/company/neo-med-2007.html	мережа центрів репродуктивного здоров'я	150,0-200,0	5	Київ, Житомир, Львів
ТОВ «Борис», https://boris.103.ua/		150,0-200,0	2	Київ
ТОВ «Капітал» (Універсальна клініка «Оберіг»), https://uk.wikipedia.org/wiki	недержавний багатoproфільний лікувально-діагностичний центр, заснований у травні 2008 року. Має вищу категорію державної акредитації за всіма напрямками медичної практики, передбаченими ліцензією	150,0-200,0	1	Київ
ТОВ «Клініка репродуктивної медицини «Надія»», https://www.ivf.com.ua/ua/about/	репродуктивна медицина	100,0-150,0	1	Київ
ТОВ «Незалежна лабораторія ІНВІТРО», https://ukraine.segodnya.ua/ua/ukraine/invitro-ukraina-podtverdila-kachestvo-pcr-testirovaniya-na-covid-19-na-mezhdunarodnom-urovne-1503392.html	Працює з 2010 року Лабораторний комплекс має відділи загальноклінічних досліджень, біохімії, імунохімії, мікробіологічних та ПЛР-досліджень, а також допоміжні підрозділи. Для виконання досліджень на найвищому рівні компанія має новітнє обладнання лабораторії від виробників Швейцарії, США, Франції, РФ, Німеччини. Понад 75 медичних офісів у 27 містах України. "Виїзд додому" у Дніпрі, Кам'янському, Харкові, Одесі,	100,0-150,0	58	27 н.п.

Назва	Інформація про клініку	Дохід 2016 р.	Мережа	
		млн. грн.	кількість закладів	населені пункти
	Кривому Розі, Черкасах, Миргороді, Кременчуці, Миколаєві, Полтаві та Херсоні.			
ПП «Медичний центр «ІНТЕРСОНО»», https://www.ua-region.com.ua/31589486	«Медікавер» в Україні є частиною провідної європейської компанії "Medicover", заснованої у 1995 році. Плр-тестування на covid-19; поліклінічні послуги; жіноча консультація; хірургія одного дня; аналізи; косметологія; стоматологія.	100,0-150,0	2	Львів, Ужгород
ТОВ «Медичний центр «Добробут-Поліклініка»», https://www.dobrobut.com/		100,0-150,0	10	Київ
ТОВ «Дім медицини» (Медичний дім «Odrex»), https://odrex.ua/ua/	Партнер світових лідерів у галузі медичних технологій, таких як Canon (Японія) та Medtronic (США). На базі Медичного дому розпочала свою роботу Клініка Серця Odrex. Всі види амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної та хірургічної допомоги, понад 4500 видів медичних послуг: швидка допомога, повний спектр медичних досліджень, консультації лікарів понад 50 спеціальностей, малоінвазивна хірургія та травматологія 24/7, реабілітація та фізіотерапія, Клініка Серця, створена у партнерстві з Medtronic, Центр лікування ожиріння, педіатричне відділення та відділення гострих респіраторних захворювань.	100,0-150,0	2	Одеса
Доч. підприємство «Моршинкурорт», https://morshynkurort.net/ua/		95,0-100,0	5	Моршин
Медична клініка «Іновація», https://innovacia.com.ua/	онкологічна клініка	90,0-95,0	2	Київська обл.
ТОВ «Смартлаб», https://smartlab.ua/	медична лабораторна діагностика	85,0-90,0	63	17 н.п.

Назва	Інформація про клініку	Дохід 2016 р.	Мережа	
		млн. грн.	кількість закладів	населені пункти
ПраТ «Трускавецькурорт», https://kurort.gov.ua/perelik-sanatarno-kurortnyh-zakladiv/san284/		80,0-85,0	11	Трускавець
ПП «Клініка Медіком», https://medikom.ua/	Працює з 1992 року. Багатопрофільна клініка	80,0-85,0	4	Київ
ТОВ «Медичний центр Святої Параскеви», https://medcenter.lviv.ua/	Клініко-діагностичний центр у м. Львів, та філії у форматі «Параскева поруч» – у м. Києві та м. Львові. Відкрито 15 грудня 2010 р.	80,0-85,0	4	Львів, Київ

Джерело: власна розробка автора

ДОДАТОК Ж

Таблиця Ж.1 - Функції органів управління та організації / інституцій сфери охорони здоров'я

Орган управління / інституція	Функції (завдання)
Президент України	гарант права громадян на охорону здоров'я; забезпечення виконання чинного законодавства про охорону здоров'я через систему органів державної виконавчої влади; реалізація державної політики охорони здоров'я; інші, передбачені Конституцією України.
Кабінет Міністрів України	організація розробки та реалізації комплексних і цільових загальнодержавних програм; створення економічних, правових та організаційних механізмів стимулювання ефективної діяльності в галузі охорони здоров'я; забезпечення розвитку мережі закладів охорони здоров'я; укладення міжурядових угод і координація міжнародного співробітництва з питань охорони здоров'я; здійснення в межах своєї компетенції інших повноважень, покладених на органи державної виконавчої влади в галузі охорони здоров'я.
Міністерства, відомства та інші центральні органи державної виконавчої влади	в межах своєї компетенції розробляють програми і прогнози в галузі охорони здоров'я; встановлення єдиних науково обґрунтованих державних стандартів, критеріїв та вимог, що повинні сприяти охороні здоров'я населення; формування і розміщення державних замовлень для матеріально-технічного забезпечення галузі охорони здоров'я; здійснення державного контролю і нагляду за сферою охорони здоров'я; інша виконавчо-розпорядча діяльність у галузі охорони здоров'я.
Центральний орган публічної (державної) виконавчої влади - Міністерство охорони здоров'я України	- розробка та реалізація стратегії і тактики розвитку охорони здоров'я в державі; - підготовка проєктів законів про медичну допомогу; - розробка та реалізація цільових комплексних програм загальнодержавного значення; - менеджмент медичної науки та підготовки медичних кадрів; - розробка та реалізація методології і методики ціноутворення (тарифікації) в системі медичної допомоги; - розробка та реалізація методології і методики інформаційного забезпечення менеджменту медичної допомоги; - забезпечення санітарно-епідеміологічного добробуту держави.
Регіональний орган управління - Управління (Департаменти) охорони здоров'я обласних адміністрацій; ОМС регіонів	- розробка та реалізація заходів щодо здійснення державної стратегії і тактики розвитку медичної допомоги на рівні регіону; - розробка проєктів нормативних документів, що затверджуються до органів місцевого самоврядування (ОМС); - оптимізація мережі медичних закладів, а також економічно доцільного розподілу у відповідності до рівня обслуговування;

Орган управління / інституція	Функції (завдання)
	- розробка та реалізація регіональних цільових комплексних програм; - пошук резервів оптимізації ціноутворення (тарифікації) медичних послуг; - забезпечення санітарноепідеміологічного добробуту регіону.
Базовий орган управління - підрозділи охорони здоров'я ОМС регіонів	Максимальне задоволення потреб людей у лікувальнопрофілактичній допомозі; забезпечення населення гарантованим обсягом медичної допомоги згідно з заданою якістю та ефективністю (вартістю); забезпечення балансу попиту та пропозиції на медичну допомогу; пошуки та забезпечення раціонального, економічно доцільного співвідношення факторів медичної допомоги на рівні медичних закладів; забезпечення санітарноепідеміологічного благополуччя на рівні району (міста); контроль за дотриманням медичного законодавства з боку приватної та громадської медичної мережі.
Неурядові та громадські організації	Організація контролю з боку громадянського суспільства; дорадчі та консультативні функції; участь у волонтерських програмах та проектах; організація конкурсів на участь у міжнародному фінансуванні проектів з охорони здоров'я; здійснення функцій посередника у міжнародних миротворчих операціях та в зоні збройних конфліктів; імплементація міжнародних норм та процедур в законодавство України та в практику системи охорони здоров'я; участь у процесі підготовки та перепідготовки кадрів для системи охорони здоров'я; фінансування проектів медичної сфери в Україні, що спрямовані на трансформацію системи охорони здоров'я.
Органи влади, які виконують законотворчу функцію (забезпечення законодавчими та нормативними документами)	- формування законодавчого поля розробки та зміни стратегії розвитку системи охорони здоров'я; - формування законодавчої бази реформування (трансформації) системи державного управління охороною здоров'я; - створення умов для реалізації концепцій та програм в сфері охорони здоров'я; - забезпечення дії законодавства в електронних мережах охорони здоров'я та в системі телемедицини; - розробка та затвердження нормативних документів, які затверджуються ОМС; - формування механізмів контролю за дотриманням медичного законодавства з боку приватної та громадської медичної мережі.

Джерело: сформовано автором на підставі [6]

ДОДАТОК К

Таблиця К.1 - Рейтинг страхових компаній України - 2022 за критерієм надійності



VIENNA INSURANCE GROUP

1

5

Українська страхова група

- Оформити онлайн страховку можуть власники зброї
- Гарна онлайн підтримка



СТРАХОВА ГРУПА ТАС

2

4.75

TAC

- Партнери із перестрахування великі європейські компанії
- Оперативні виплати
- Онлайн-сервіси для подання документів та відстеження справи



3

4.5

UNIQA

- Мобільний додаток
- Цілодобова гаряча лінія
- Великий вибір полісів для оформлення онлайн



4

4.5

INGO

- Висока якість обслуговування
- Зручні онлайн-сервіси



A FAIRFAX COMPANY

5

4.5

ARX

- Доставка паперової версії полісу
- Великий вибір тарифів



СТРАХОВАННЯ

6

4.25

Арсенал Страхування

- Для отримання виплати не потрібно відвідувати офіс
- Зручні пакети послуг

Страхова група
«PZU Україна»

7

4.25

ПЗУ Україна

- Хороші умови страхування
- Вибір тарифів



8

4

VUSO

- Постійні знижки
- Швидкість розгляду заявок



СТРАХОВА КОМПАНІЯ

9

3.75

ПРОВІДНА

- Філії у всіх регіонах
- Розширені послуги



ОРАНТА

10

3.5

Оранта

- Безкоштовна тех. підтримка для ОСАГО та КАСКО
- Можливість збільшити страхову виплату у разі ДТП

Джерело: [Рейтинг страхових компаній 2022 ► Найнадійніші страхові компанії в Україні (meta.ua) <https://meta.ua/uk/insurance/>]

ДОДАТОК Л

Таблиця Л.1 - Розподіл функцій щодо надання медичної допомоги між учасниками Сумського госпітального округу

Учасники	Кількість закладів (відділень)	Назва закладу
БЛПЛ II рівня	2	КНП «Сумська обласна клінічна лікарня»
		КНП «Центральна міська клінічна лікарня» Сумської міської ради
БЛПЛ I рівня	5	КЗ «Глухівська центральна районна лікарня»
		КНП «Конотопська центральна районна лікарня ім. Академіка Михайла Давидова» Конотопської міської ради
		КНП «Охтирська центральна районна лікарня» Охтирської міської ради
		КНП «Роменська центральна районна лікарня» Роменської міської ради
		КНП «Шосткинська центральна районна лікарня» Шосткинської міської ради
Лікарні планового лікування	14	КНП «Білопільська центральна районна лікарня»
		КНП «Буринська центральна районна лікарня ім. проф. М.П.Новаченка»
		КНП «Великописарівська центральна районна лікарня»
		КНП «Краснопільська центральна районна лікарня»
		КНП «Кролевецька центральна районна лікарня»
		КНП «Липоводолинська центральна районна лікарня»
		КНП «Лебединська центральна районна лікарня ім. лікаря К.О.Зільберніка»
		КНП «Недригайлівська центральна районна лікарня»
		КНП «Путивльська центральна районна лікарня»
		КНП «Середино-Будська центральна районна лікарня»
		КНП «Тростянецька міська лікарня»
		КНП «Сумська центральна районна клінічна лікарня»
		КНП «Ямпільська центральна районна лікарня»
		КНП «Сумський обласний спеціалізований диспансер радіаційного захисту населення»
Лікарні відновного лікування та медичної реабілітації	2	КНП Сумської міської ради «Клінічна лікарня № 4»
		КНП «Конотопська міська лікарня»
Відділення відновного лікування в складі лікарень	3	КНП «Сумський обласний спеціалізований диспансер радіаційного захисту населення»
		КНП «Путивльська центральна районна лікарня»
		КНП «Ямпільська центральна районна лікарня»
Хоспісні відділення в	3	КНП Сумської міської ради «Клінічна лікарня № 4»
		КНП «Краснопільська центральна районна лікарня»
		КНП «Липоводолинська центральна районна лікарня»

Учасники	Кількість закладів (відділень)	Назва закладу
складі лікарень		
Перинатальні центри	2	КЗ «Сумський обласний клінічний перинатальний центр» (III рівень)
		КНП Сумської міської ради «Клінічний пологовий будинок Пресвятої Діви Марії» (II рівень)
Дитячі багатoproфільні лікарні	3	КНП «Обласна дитяча клінічна лікарня»
		КНП «Дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди»
		КНП «Шосткинська дитяча лікарня»

ДОДАТОК М

Таблиця М.1 - Характеристика приватних медичних закладів в Сумській області, станом на 01.11.2022 року

Логотип	Назва	Спеціалізація	Рейтинг	Сайт
	ТОВ «Сінево Україна» лабораторний центр	Лабораторія: широкий спектр аналізів. Пропозиції корпоративним клієнтам, співпраця зі страховими компаніями		https://www.synevo.ua/ua/p/about-synevo
	CSDLAB	Лабораторія: широкий спектр аналізів. Пропозиції корпоративним клієнтам, співпраця зі страховими компаніями		https://www.csdlab.ua/
	Сілмед	Мініінвазійна, пластична та загальна хірургія, гінекологія, урологія, стаціонар.	4.8 7 відгуків	
	Медсоюз	Проведення планових та екстрених операцій, консультація профільних лікарів.	3.1 107 відгуків	https://likarni.com/ua/clinic/medicinskij-centr-medsojuz
	Сімейна поліклініка	Прийом фахівців, діагностика	2.8 12 відгуків	https://likarni.com/ua/clinic/semejnjaja-poliklinika
	Флоріс	УЗД внутрішніх органів; лабораторні дослідження; комп'ютерна маммографія; маммографія; рентген; ендоскопія; денситометрія; біопсія. Повний огляд гінеколога, ендокринолога, дерматолога та косметолога.	3.2 38 відгуків	https://likarni.com/ua/clinic/floris-medicinskij-centr-na-sirko
	Еледія	Багато профільний медичний центр. КТ, УЗД, лазерна терапія, вакцинація, масаж.	2.9 38 відгуків	https://likarni.com/ua/clinic/ele-dija-medicinskij-centr#clinic_price
	Мед-онлайн, медичний центр	Багато профільний клініко-діагностичний центр спеціалізується на проведенні діагностики та призначенні лікування за 15 напрямками для дорослих і дітей.		https://likarni.com/ua/clinic/med-onlajn
	Медея	Кардіолог, невролог, ендокринолог, судинний хірург, гінеколог, ортопед.	3.8 38 відгуків	https://likarni.com/ua/clinic/medicinskij-centr-medeja

Логотип	Назва	Спеціалізація	Рейтинг	Сайт
	Арія, приватна клініка	Центр мікрохвильової резонансної терапії. Проведення УЗД/ЕКГ. Масаж.	4.9 5 відгуків	https://likarni.com/ua/clinic/arija-meditsinskij-centr-mikrovolnovoj-rezonansnoj-terapii
	Клініка Сміянових	Лікування хвороб вуха, горла, носа. Амбулаторні операції.	4.5 54 відгука	
	ІріДіС (Суми)	Акушер-гінеколог, гінекологія, медичний огляд та інші.		https://sm.locator.ua/bye/?331125
	ОН Клінік	Дерматологія, гінекологія, проктологія, трихологія, УЗД, лабораторна діагностика	4.5 77 відгуків	https://likarni.com/ua/clinic/on-klinik-sumy
	Vist	Терапевт, педіатр, дерматолог, уролог, косметолог, лікувальний масаж, УЗД.	4.5 37 відгуків	
	Верба Медікал	Гінекологія, проктологія, дерматологія, урологія, хірургія, косметологія.	4.5 16 відгуків	
	Артеміда	Гінеколог, екстракорпоральне запліднення (ЕКО), репродуктолог	4.2 5 відгуків	
	Мрія	Пластична, онкохірургія. Консультація лікаря-мамолога. Невідкладні операції.	3.8 8 відгуків	
	Панакея	Центр лазерної хірургії.	3.7 12 відгуків	
	Діагностика здоров'я	Фахівці ендокринології, терапевтії, алергології, пульмонології, урології, гінекології та дерматовенерології. Аналізи та дослідження: лабораторні дослідження; УЗД внутрішніх органів. Послуги радіохвильової терапії.	3.3 3 відгука	
	Здоров'я	ЛОР (отоларинголог), гінеколог, пульмонолог, кардіолог, аналізи	2.3 15 відгуків	https://likarni.com/ua/clinic/meditsinskij-centr-zdorovyja-v-sumah
	Привал Катерина Сергіївна, дерматолог	Дерматолог, лікарська косметологія	1.3 1 відгук	

Логотип	Назва	Спеціалізація	Рейтинг	Сайт
	Дермато-венерологічний кабінет та послуги косметолога лікаря Ревенко	Лікування захворювань шкіри, вугрів, псоріазу, випадіння волосся. Кріотерапія.	1.3 1 відгук	
	Алте, приватна клініка	Дитяча приватна клініка. Виклик лікаря на адресу. Вакцинація, лазеротерапія.	1.0 2 відгука	https://likarni.com/ua/clinic/detskij-medicinskij-centr-altes
	3D Діагностичний центр комп'ютерної томографії щелепно-лицьової ділянки	КТ знімок зубів та щелеп, панорамний знімок, діагностика щелепно-лицьової зони.	0.0 0 відгуків	https://likarni.com/ua/clinic/3d-kt-sumy
	Український центр кінезотерапії Бубновського, приватна клініка	Лікування остеохондрозу, грижі, артритів, артрозів. Реабілітація.	0.0 0 відгуків	https://likarni.com/ua/clinic/ukrainskij-centr-kineziterapii-bubnovskogo
	Клініка репродуктивної медицини ім. В.І. Грищенко	Консультації лікарів: гінеколога, гінеколога-репродуктолога, гінеколога-ендокринолога. Усі можливі види УЗД.	0.0 0 відгуків	https://doc.ua/ua/klinika/sumy/klinika-akademika-grishenko-implant-v-g-sumy/klinika-akademika-grishenko-implant-v-g-sumy
	Юнікам	Фахівці, медогляди, УЗД, лабораторні дослідження, реабілітація, вакцинація	0.0 0 відгуків	
	Альтера, наркологічний центр	Альтера, наркологічний центр	0.0 0 відгуків	
	Слав-Мед, діагностичний центр	Усі види досліджень на сучасному обладнанні з високою точністю.	0.0 0 відгуків	
	УЗД plus	УЗ-діагностика усіх органів. Прийом дітей та дорослих.	0.0 0 відгуків	

Логотип	Назва	Спеціалізація	Рейтинг	Сайт
	Клініка пластичної та естетичної хірургії лікаря Сафонова	Пластичний хірург, ліпосакція, хірург	0.0 0 відгуків	
	Центр планування сім'ї	Лікування та діагностика безпліддя. Підготовка до планової вагітності.	0.0 0 відгуків	
	Оберон, приватна клініка	Хірург, онколог, терапевт, УЗД, гінеколог, гастроентеролог, дерматолог, ендоскопія, невролог	0.0 0 відгуків	
	Медичний центр Ендоскопічної Урології та Літотрипсії	Діагностичні послуги: УЗД; лабораторна діагностика; озонотерапія; кардіограма; ендоскопія; кольпоскопія; томографія. Онколог; гастроентеролог; гінеколог; хірург; невролог; терапевт; дерматолог.	0.0 0 відгуків	
	Лікувально-Діагностичний центр Вертебрологический	Діагностичні послуги: УЗД; лабораторна діагностика; озонотерапія; кардіограма; ендоскопія; кольпоскопія; томографія. Гінеколог; невролог; терапевт; онколог; хірург; дерматолог; гастроентеролог.	0.0 0 відгуків	
	Довіра, приватна клініка	Діагностичні послуги: УЗД; лабораторні дослідження; озонотерапія; ЕКГ; ендоскопія; кольпоскопія; томографія. Лікар-гінеколог, терапевт.	0.0 0 відгуків	
	Медичний кабінет на вул. Горького	Діагностичні послуги: УЗД; лабораторна діагностика; озонотерапія; ЕКГ; ендоскопія; кольпоскопія; томографія. Онколог; гастроентеролог; гінеколог; хірург; невролог; терапевт; дерматолог.	0.0 0 відгуків	
	Слов'янська клініка, центр зниження ваги	Центр зниження ваги	0.0 0 відгуків	
	Дивосил, приватна клініка	Ефективне комплексне лікування лікарськими рослинами, продаж препаратів.	0.0 0 відгуків	
	БлагоДар, медичний центр	Гінеколог, УЗД, невролог, хірург, дерматолог, терапевт, онколог, ендоскопія, гастроентеролог	0.0 0 відгуків	

Логотип	Назва	Спеціалізація	Рейтинг	Сайт
	Леонурис, кабінет лікування остеохондрозу	Лікування остеохондрозу за авторською методикою без хірургії.	0.0 0 відгуків	
	Довгопол Юрій Сергійович, дерматолог	Послуги з лікування захворювань шкіри, нігтів, волосся, видалення бородавок, кріомасаж.	0.0 0 відгуків	
	Лікувальні сеанси за методом Джуни		0.0 0 відгуків	
	Софія	Центр психологічного здоров'я і розвитку	0.0 0 відгуків	
	Рух і Здоров'я	Студія відновлення і реабілітації	0.0 0 відгуків	
	Офтальмологічна клініка "Новий зір"	Офтальмологічна клініка		

Джерело: власна розробка автора

ДОДАТОК Н

АПРОБАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

1. Михайліченко Н.В. Причини гальмування та напрямки розвитку приватної медицини в системі охорони здоров'я України. *Сучасні виклики та актуальні проблеми економіки, фінансів, обліку та права*: збірник тез доповідей міжнародної науково-практичної конференції (Кропивницький, 29 жовтня 2022 р.). Кропивницький: ЦФЕНД, 2022. 71 с. С. 24-26.



МІЖНАРОДНА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА
КОНФЕРЕНЦІЯ
INTERNATIONAL SCIENTIFIC-PRACTICAL
CONFERENCE

СУЧАСНІ ВИКЛИКИ ТА АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ
ЕКОНОМІКИ, ФІНАНСІВ, ОБЛІКУ ТА ПРАВА

MODERN CHALLENGES AND CURRENT
PROBLEMS ECONOMICS, FINANCE,
ACCOUNTING AND LAW

Збірник тез доповідей
Book of abstracts

29 жовтня 2022 р.
October 29, 2022

м. Кропивницький, Україна
Kropyvnytskyi, Ukraine



Збірник тез доповідей Міжнародної науково-практичної конференції
«Сучасні виклики та актуальні проблеми економіки, фінансів, обліку та права»

УДК 33
ББК 65

Сучасні виклики та актуальні проблеми економіки, фінансів, обліку та права: збірник тез доповідей міжнародної науково-практичної конференції (Кропивницький, 29 жовтня 2022 р.). Кропивницький: ЦФЕНД, 2022. 71 с.

У збірнику тез доповідей представлено матеріали учасників Міжнародної науково-практичної конференції «Сучасні виклики та актуальні проблеми економіки, фінансів, обліку та права» з:

- Вінницький національний аграрний університет
- Волинський національний університет імені Лесі Українки
- ДВНЗ «Київський національний економічний університет ім. В. Гетьмана»
- Державний податковий університет
- Державний торговельно-економічний університет
- Державний університет телекомунікацій
- ДУ «Інститут економіки та прогнозування НАН України»
- Запорізький національний університет
- Західноукраїнський національний університет
- Львівський національний університет імені Івана Франка
- Миколаївський національний аграрний університет
- Національний інститут стратегічних досліджень
- Національний університет «Запорізька політехніка»
- Національний університет біоресурсів і природокористування України
- Національний юридичний університет імені Ярослава Мудрого
- НТУ «Дніпровська політехніка»
- Сумський національний аграрний університет
- Українська інженерно-педагогічна академія
- Хмельницький університет управління та права імені Леоніда Юзькова
- Черкаський державний бізнес-коледж

У збірнику тез доповідей висвітлюються результати наукових досліджень з актуальних питань економіки, фінансів, обліку та права.

Тематика конференції охоплює актуальні проблеми: економічної теорії та історії економічної думки; світового господарства і міжнародних економічних відносин; економіки та управління національною економікою; економіки та управління підприємствами; енергоефективності економіки; бухгалтерського обліку, аналізу та аудиту; фінансів, банківської справи, страхування; економічної кібернетики; маркетингу; менеджменту; логістики та транспорту; публічного управління та адміністрування; цивільного права та процесу, сімейного права, житлового права, міжнародного приватного права.

Видання розраховане на науковців, викладачів, працівників органів державного управління, студентів вищих навчальних закладів, аспірантів, докторантів, працівників державного сектору економіки та суб'єктів підприємницької діяльності.



© Автори тез, 2022
© Центр фінансово-економічних наукових досліджень, 2022
Офіційний сайт: <http://www.economics.in.ua>

Збірник тез доповідей Міжнародної науково-практичної конференції
«Сучасні виклики та актуальні проблеми економіки, фінансів, обліку та права»

СЕКЦІЯ 5. ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ SECTION 5. PUBLIC MANAGEMENT AND ADMINISTRATION	24
Михайліченко Н. В. ПРИЧИНИ ГАЛЬМУВАННЯ ТА НАПРЯМКИ РОЗВИТКУ ПРИВАТНОЇ МЕДИЦИНИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	24
Лукашук А. К. КОНЦЕПЦІЯ ДОБРОГО АДМІНІСТРУВАННЯ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА СУЧАСНЕ ЗАКОНОДАВСТВО	26
Павлусь К. І. ПРИНЦИП ДОБРОЧЕСНОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ ДЕРЖАВНИХ СЛУЖБОВЦІВ В ЗАКОНОДАВСТВІ УКРАЇНИ	27
Халавек І. І. ХАРАКТЕРИСТИКА ДИСКРЕЦІЙНИХ ПОВНОВАЖЕНЬ ОРГАНІВ ПУБЛІЧНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ	30
Чура А. О. ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ДЕРЖАВНИХ СЛУЖБОВЦІВ	32
СЕКЦІЯ 6. ЕНЕРГОЕФЕКТИВНІСТЬ ЕКОНОМІКИ SECTION 6. ENERGY EFFICIENCY OF ECONOMICS	34
Чумаков О. В., Грушова О. К. ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ «ЗЕЛЕНОЇ» ЕНЕРГЕТИКИ В УКРАЇНІ У ПІСЛЯВОЄННИЙ ПЕРІОД	34
СЕКЦІЯ 7. БУХГАЛТЕРСЬКИЙ ОБЛІК, АНАЛІЗ ТА АУДИТ SECTION 7. ACCOUNTING, ANALYSIS, AND AUDIT	37
Гайдик Р. В., Шегельова А. В. АНАЛІЗ ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ПАТ «ФАРМАК»	37
Скортнякова Ю. Б., Луїніна Д. В. ОКРЕМІ АСПЕКТИ ОРГАНІЗАЦІЇ ОБЛІКУ ВИТРАТ НА ВИРОБНИЦТВО ТА КАЛЬКУЛЮВАННЯ СОБІВАРТОСТІ ПРОДУКЦІЇ	39
Макурін А. А., Олександр К. С., Ахметшова А. Ю. ОРГАНІЗАЦІЯ ОБЛІКУ РОЗРАХУНКІВ МІЖ ПОСТАЧАЛЬНИКАМИ ТА ПІДПРИЄМЦЬКАМИ	42
Портновас Т. Р. КОНЦЕПТ-ПРОДУКТ «МЕТОДОЛОГІЯ АНАЛІЗУ РИЗИКІВ»: СТРУКТУРНО ЛОГІЧНА СХЕМАТИЗАЦІЯ	44
СЕКЦІЯ 8. ФІНАНСИ, БАНКІВСЬКА СПРАВА, СТРАХУВАННЯ SECTION 8. FINANCE, BANKING, INSURANCE	46
Баськова Ю. С. ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ ДЕРЖАВНИМ БІЗНЕСОМ	46
Горват Т. Ю. ХАРАКТЕР ДІЯЛЬНОСТІ РЕЛІГІЙНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	48



Продовження Додатку Н

2. Михайліченко Н.В. Переваги приватної медицини та вигоди держави в її розвитку: збірник тез Всеукраїнської студентської наукової конференції, присвяченої Міжнародному дню студента, СНАУ, 14-18 листопада 2022 року, м. Суми, 2022. С. 269.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

МАТЕРІАЛИ ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ СТУДЕНТІВ ТА АСПІРАНТІВ, ПРИСВЯЧЕНОЇ МІЖНАРОДНОМУ ДНЮ СТУДЕНТА

(14 - 18 листопада 2022 р.)

Суми – 2022

Сумський національний аграрний університет

Матеріали Всеукраїнської наукової конференції студентів та аспірантів, присвяченої Міжнародному дню студента (14-18 листопада 2022 р.)

Санжиков А.А. Доценок В.С. АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДОДАТКУ ДІЯ – НЕМА	229
Положий Д. МАЙБУТНЄ СОЛЯНОЇ ЕНЕРГІЇ	230
Коренєва Д. А. ПРОБЛЕМА ПЕРІОДИЗАЦІЇ ЕТАПІВ УПРАВЛІНСЬКОГО ОБЛІКУ	231
Черненко Д. А. ДИЗАЙН УПАКОВКИ – «ОБЛИЧЧЯ» БРЕНДУ	232
Азарова К.Р. ПЛАНУВАННЯ МАРКЕТИНГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ НА ПІДПРИЄМСТВІ	233
Онищенко Д.В. НЕОБХІДНІСТЬ ПРОВЕДЕННЯ АНАЛІЗУ РИНКОВИХ МОЖЛИВОСТЕЙ СУЧАСНОГО ПІДПРИЄМСТВА	234
Особливцев М. В. ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ЗБУТОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ПІДПРИЄМСТВА	235
Ткаченко І.О. ДЕЯКІ ПІДХОДИ ДО РОЗРОБКИ СТРАТЕГІЇ МАРКЕТИНГОВОЇ ПОЛІТИКИ ПІДПРИЄМСТВА	236
Лугоська А. О. МАРКЕТИНГОВА ЦІНОВА ПОЛІТИКА	237
Томашук М.С. УПРАВЛІННЯ БАНКІВСЬКИМ МАРКЕТИНГОМ	238
Тимченко М. А. ОСОБЛИВОСТІ МАРКЕТИНГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ПІДПРИЄМСТВА	239
Януш П. В. РЕКЛАМНА ДІЯЛЬНІСТЬ В УКРАЇНІ: СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ	240
Калинчук А.С. ОСОБЛИВОСТІ МАРКЕТИНГУ В СОЦІАЛЬНИХ МЕРЕЖАХ	241
Олійник Д.Ю. «МАРКЕТИНГ» ПЕРСОНАЛУ ЯК ЧИННИК ПІДВИЩЕННЯ КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНОСТІ ПІДПРИЄМСТВА	242
Попова А.В. СУТНІСТЬ ТА ЕТАПИ ЖИТТЄВОГО ЦИКЛУ ТОВАРУ	243
Li Zhuoran AGRICULTURAL ECONOMIC INVESTMENT MANAGEMENT UNDER THE BACKGROUND OF GLOBALIZATION: LITERATURE REVIEW	244
Li Zongfeng, Li Zhuoran MULTI-DOMAIN COLLABORATIVE PATH STUDY OF PUBLIC SERVICE SUPPLY IN THE ETHNIC MINORITY AREAS OF SOUTHWEST CHINA	245
Zhang Wenxi THE CONCEPT OF "EDUCATIONAL INNOVATION"	246
Zhao Hejun MODERN PROBLEM OF CHINA'S VOCATIONAL EDUCATION	247
Анісимова Д.М. СТРАТЕГІЧНЕ ПЛАНУВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ПІДПРИЄМСТВА	248
Кудріна А.В. СУЧАСНА СТРУКТУРА ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДІВ МЕНЕДЖМЕНТУ	249
Адріанович М.Д. ЯКІСТЬ БАНКІВСЬКОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ В УКРАЇНІ У ДИСТАНЦІЙНОМУ РЕЖИМІ	250
Банькогуд В.О. МАЛЕ ПІДПРИЄМСТВО В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19 ТА ВОЄННОГО СТАНУ	251
Васютенко Б.П. ПРИВУКЛОВІ ІНВЕСТИЦІЇ В КРИПТОВАЛЮТУ	252
Гребенюк А.А. ДОХОДІСТЬ CREDIT AGRICOLE BANK ЯК ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАДАВАННЯ НИМ ФІНАНСОВОЇ ПІДТРИМКИ АГРАРНОМУ СЕКТОРУ ЕКОНОМІКИ УКРАЇНИ	253
Дзяржик А.С. ПЕРЕВАГИ ВПРОВАДЖЕННЯ ЛІЗІНГОВИХ ВІДНОСИН НА ПІДПРИЄМСТВАХ БУДІВЕЛЬНОЇ ГАЛУЗІ	254
Смирнов А. С. ТАЙМ-МЕНЕДЖМЕНТ В ЖИТТІ ТА ВЛАСНІЙ СПРАВІ	255
Костюченко С.В. СУЧАСНА РІЛЬ БАНКІВСЬКОЇ СИСТЕМИ В ЕКОНОМІЧНОМУ РОЗВИТКУ УКРАЇНИ	256
Манько І.О. ПЕНСИОННЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ В УМОВАХ ВІЙНИ	257
Пономарь А.Р. СУЧАСНИЙ СТАН ФІНАНСОВОЇ СИСТЕМИ УКРАЇНИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЇЇ ЗАХИСТУ	258
Ромченко О.І. НЕОБХІДНІСТЬ УДОСКОНАЛЕННЯ ФІНАНСОВОГО ПЛАНУВАННЯ У ДІЯЛЬНОСТІ ФЕРМЕРСЬКОГО ГОСПОДАРСТВА	259
Сколов С.С. ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ФІНАНСОВИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ТА АМОРТИЗАЦІЙНОЇ ПОЛІТИКИ ПІДПРИЄМСТВ	260
Осокило І.О. СУЧАСНА ФІНАНСОВО-ЕКОНОМІЧНА СИТУАЦІЯ В УКРАЇНІ ТА ПОТЕНЦІАЛ ВИДОВЛЕННЯ ПІСЛЯ ВІЙНИ	261
Тютюнник В.О. РОЗВИТОК FINTECH - РИНКУ УКРАЇНИ	262
Чигрин Д.В. ВПЛИВ ПЕРЕКАЗІВ ЗАРОБІТЧАН НА ЕКОНОМІКУ УКРАЇНИ	263
Стеценко І.Ю. ФІНАНСОВА СТИЙКІСТЬ СТРАХОВОЇ КОМПАНІЇ ТА КЛЮЧОВІ УМОВИ ЇЇ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ	264
Пугач Ю.В. ЕКОНОМІЧНІ ПІДХОДИ МАШИНОГО НАВЧАННЯ У МОДЕЛЮВАННІ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОГО РОЗВИТКУ РЕГІОНІВ	265
Чуб К. ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ КОМПОНЕНТНОЇ СТРУКТУРИ СИСТЕМИ ОСВІТИ ТА ЇЇ РЕГІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ	266
Максименко О.В. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕТВОРЕННЯ ПЕРІОДУ РОБОТИ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ В УМОВАХ ПОВНОМАСШТАБНОГО ВТОРНЕННЯ	267
Барбіна А.О. ПРОБЛЕМИ ПИТАННЯ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ В СФЕРІ АГРОСТРАХУВАННЯ	268
Михайліченко Н. В. ПЕРЕВАГИ ПРИВАТНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ВИГОДИ ДЕРЖАВИ В ЇЇ РОЗВИТКУ	269
Wen Peng INCREASING THE LEVEL OF COMPETITIVENESS OF THE ENTERPRISE	270
Gou Ruiliang FOUNDATIONS OF ENSURING THE EFFECTIVENESS OF PERSONNEL MANAGEMENT	271

Рекомендовано до друку науково-координаційною радою Сумського національного аграрного університету (протокол № 5 від 25.11.2022 р.)

Редакційна рада:

Ладика В.І., академік НААН України
Данько Ю.І., д.е.н., професор
Пасяко О.В., к.е.н., доцент

Редакційна колегія:

Бричко А.М., к.е.н., доцент
Михайліченко М.А., к.і.н., доцент
Кисельов О.Б., к.с.-г.н., доцент
Шкорода О.І., д.вет.н., доцент
Срібник Н.М., к.т.н., доцент
Масієв І.М., к.с.-г.н., доцент
Степанов Т.М., к.т.н., доцент
Сопарьов О.О., к.т.н., доцент

Матеріали Всеукраїнської наукової конференції студентів та аспірантів, присвяченої Міжнародному дню студента – (14-18 листопада 2022 р.) – Суми, 2022. – 432 с.

У збірці увійшли тези доповідей Всеукраїнської наукової конференції студентів та аспірантів, присвяченої Міжнародному дню студента.
Для викладачів, студентів, аспірантів.

© Сумський національний аграрний університет, 2022

Сумський національний аграрний університет

Матеріали Всеукраїнської наукової конференції студентів та аспірантів, присвяченої Міжнародному дню студента (14-18 листопада 2022 р.)

ПЕРЕВАГИ ПРИВАТНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ВИГОДИ ДЕРЖАВИ В ЇЇ РОЗВИТКУ

Михайліченко Н. В., студ. 2м курсу ФЕІМ
Науковий керівник: доц. О. М. Маслак
Сумський НАУ

Головною ціллю реформування сфери охорони здоров'я України була зміна системи фінансування галузі, яка за попередньої моделі сформувала значний рівень тінхових витрат домогосподарств. При цьому, функціонування системи базувалося на монополії держави на всі види медичної допомоги та гарантуванні державою безкоштовного медичного обслуговування кожного громадянина України. Частина 1, ст. 49 Конституції України містить норми про гарантування права на охорону здоров'я, медичну допомогу, а також та медичне страхування. Таким чином зобов'язання держави полягає у формуванні такої моделі охорони здоров'я в країні, яка б, з одного боку, забезпечувала рівний доступ кожного члена суспільства до необхідних медичних послуг відповідної якості, а, з іншого боку, сприяла б забезпеченню ефективності галузі охорони здоров'я в цілому. Додатково, слід визначити, що державна політика в галузі охорони здоров'я повинна орієнтуватися на зміцнення здоров'я та соціального добробуту населення, який є однією із складових національного багатства. Досягнення цих цілей, як визначають науковці, можливе шляхом реалізації політичних, організаційних, економічних, правових, соціально-культурних, наукових та медичних заходів.

З точки зору організаційних аспектів, то, як свідчить досвід окремих європейських країн, найбільш ефективною є система, в якій паралельно функціонують державний та приватний сектори медицини. На жаль, у населення та безпосередньо ОМС сформований стереотип, що приватна медицина орієнтована винятково на отримання грошей та прибутку. Однак, в багатьох державах світу лікарі первинної ланки чи консультанти, які ведуть власну приватну практику є абсолютною нормою, так як і лікувальні заклади незалежно від форми власності та організаційно-правової форми господарювання. Слід зазначити, що, як приватні лікарі та заклади, так і державні, отримують замовлення на медичні послуги на рівних правах та умовах. Відмінності в різних країнах полягають в механізмах формування та розподілу коштів на замовлення медичних послуг. А також кожна країна самостійно визначає організацію, яка є розпорядником державних коштів та замовником медичних послуг.

Аналіз літератури, напрацьованої в процесі дослідження, та власний досвід авторів показує, що в приватних лікувально-профілактичних закладах споживачі медичних послуг платять насамперед за якість послуги, серед яких можна виокремити: оперативність (прийом за попереднім записом), адекватність часу прийому, відповідальний та більш організоване ставлення до процесу лікування; Можливість більш якісної діяльності та лікування завдяки наявності практично всіх необхідних лікарів та консультантів у бригаді; Вислічність та уважність персоналу; Хороше обладнання; додаткові послуги; комфортний та приємний інтер'єр сам заклад. Основними конкурентними перевагами приватної медичної допомоги перед державною є: доступність, оснащення, кваліфікація персоналу та зв'язок із сильними медичними закладами, вартість, позиціонування на ринку.

Найважливішою перевагою держави у підтримці розвитку приватного сектору в системі охорони здоров'я України є те, що приватна охорона здоров'я робить значний внесок у фінансування галузі. Крім того, приватні лікувально-профілактичні заклади знімають навантаження з державних лікарень і поліклінік, оскільки сьогодні понад 10% населення України обслуговується в приватних медичних кабінетах або приватних медичних центрах.

Важливим механізмом підвищення ефективності системи охорони здоров'я має стати конкуренція в наданні медичних послуг за рахунок бюджетного фінансування, добровільного медичного страхування, приватного сектору а в майбутньому, обов'язкового медичного страхування.

Розвиток медичної галузі також залежить від економічного становища країни. По мірі її покращення спостерігається економічне зростання та збільшення реальних доходів населення, що позитивно впливає на ефективне функціонування приватного сектору галузі охорони здоров'я та галузі охорони здоров'я в цілому.

Приватний сектор може стати частинною сучасною інструменту та ефективної системи охорони здоров'я, якщо національні уряди проводитимуть політику, яка позитивно трансформуватиме організації охорони здоров'я, сприятиме участі громадянства в розробці нових форм оплати медичної допомоги та покращуватиме ефективність використання ресурсів у галузі охорони здоров'я.

Отже, виходячи з вищевикладеного, робимо висновок, що приватний сектор охорони здоров'я має певні переваги та пройшов тривалий процес становлення. Наразі він та розвивається в систему, яка офіційно визнана поряд з національною системою охорони здоров'я. Водночас, як наголосили українські дослідники, необхідно пам'ятати, що розвиток приватної охорони здоров'я став нестерпим і потребує уваги держави на благо самої держави.

Основними напрямками взаємодії держави та приватної медицини є розвиток державно-приватного партнерства і формування стимулюючих засобів розвитку медичного страхування та в цілому страхової медицини.