

4. Пригожин А. И. Современная социология организаций : Учебник / А. И. Пригожин. – М. : Интер-пракс, 1995. – 296 с.

5. Пономаренко Т. В. Забезпечення економічної стійкості підприємств та її оцінювання : автореф. дис. ... д-ра. екон. Наук : **08.00.04** / Пономаренко Тетяна Вадимівна. – Кривий-Ріг, 2017. – 43 с.

6. Комлев М. Х. Обеспечение качества деятельности организации на основе применения сбалансированной системы показателей : дис. ... канд. экон. Наук : **08.00.05** / Комлев Марсель Хикматович. – Санкт-Петербург, 2017. – 168 с.

7. Браун М. Г. Сбалансированная система показателей: на маршруте внедрения / М. Г. Браун; Пер. с англ. – М. : Альпина Бизнес Букс, 2005. – 226 с.

**Цемашко Юлія Сергіївна – аспірантка кафедри економіки підприємств ДВНЗ «Київський національний економічний університет імені Вадима Гетьмана».*

Стаття надійшла до редакції 10.08.2017 р.

УДК 339.1

Анастасія Шомникова *

ІНФРАСТРУКТУРА РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ: КЛЮЧОВІ НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ

У статті проаналізовано стан інфраструктури ринку медичних послуг в Україні. Визначено ключові напрями її вдосконалення. Зосереджено увагу на розвитку державно-приватного партнерства.

Ключові слова: інфраструктура, ринок медичних послуг, державно-приватне партнерство.

Шомникова А. В. Инфраструктура рынка медицинских услуг в Украине: ключевые направления совершенствования.

В статье проанализировано состояние инфраструктуры рынка медицинских услуг в Украине. Определены ключевые направления ее совершенствования. Сосредоточено внимание на развитии государственно-частного партнерства.

Ключові слова: інфраструктура, ринок медичних послуг, державно-приватне партнерство.

Shomnykova A. V. The infrastructure of the medical services market in Ukraine: key areas for improvement.

The article analyzes the state of the infrastructure of the medical services market in Ukraine. Determine key directions for its improvement. It focuses on the development of public-private partnerships.

Keywords: infrastructure, medical services market, public-private partnership.

Інфраструктура ринку медичних послуг як система поєднує фінансові, логістичні, інформаційні, трудові ресурсні, маркетингові й організаційно-інституційні складові, що повинні підтримувати належну взаємодію учасників цього ринку з метою досягнення позитивного соціально-економічного ефекту його функціонування.

При виборі основних заходів реформування інфраструктури ринку медичних послуг в Україні необхідно визначити особливості впливу їх на кожний її елемент і на ринок загалом, а також урахувати як сприятливі, так і негативні фактори.

Актуальність даної теми підтверджується інтересом до неї з боку науковців, громадськості та держави. Питання створення та розвитку ринку медичних послуг, аналіз

його сучасного становища можна знайти в працях таких вчених, як: І. Бистряков, М. Ільїна, В. Куценко, Л. Левковська, Я. Остафійчук, К. Павлюк І. Паробецька, Я. Радиш та ін.

Метою статті є аналіз стану інфраструктури ринку медичних послуг та визначення ключових напрямів її удосконалення.

Стан інфраструктури вітчизняного ринку медичних послуг характеризується забезпеченістю населення медичними послугами, що з кожним роком знижується внаслідок скорочення державного фінансування медичної сфери, неефективного використання бюджетних коштів, недосконалості національного законодавства, котре регулює функціонування цього ринку.

Медична галузь України не задовольняє потреби суспільства через низку проблем у системі профільної освіти, а саме: невідповідність умов навчання вимогам часу, дублювання й переобтяженість деканатів нормативно-звітною документацією, високе педагогічне навантаження та недостатнє стимулювання праці викладачів, низький рівень соціального захисту останніх і студентів, недостатнє фінансування вищої медичної освіти, труднощі з матеріально-технічним оснащенням. На сучасному етапі медичні університети не мають власних клінік. Між тим тільки в клінічних умовах майбутні лікарі можуть напрацьовувати навички, вдосконалювати знання й уміння, визначати напрям майбутньої діяльності (в Україні студенти знаходяться біля «ліжка хворого» тільки під час літньої практики або практичних занять, тоді як, наприклад, у США проходять клінічні дисципліни на базі лікарень упродовж двох років). Зазначене створює слабку базу навичок майбутніх випускників медичних ВНЗ та додаткове навантаження на післядипломну підготовку високопрофесійних медичних кадрів в Україні, яка в кінцевому підсумку не здатна компенсувати прогалини в знаннях і вміннях майбутнього лікаря, а також призводить до помітного відставання розвитку вітчизняної медичної науки від європейських стандартів, медичної й фармацевтичної промисловостей. При цьому низький рівень якості та доступності медичних послуг поєднується з високим рівнем їх співоплати пацієнтами [1].

Фінансовий ресурс і економічний потенціал країни не в змозі задовольнити потреби населення в медичному обслуговуванні на гарантованому державою рівні, особливо зважаючи на стрімке зростання захворюваності та постійне збільшення чисельності людей, що перетнули 65-річний віковий рубіж.

Згідно з результатами проведеного дослідження, факторами, що впливають на інфраструктуру ринку медичних послуг в Україні, є:

- загальна соціально-економічна ситуація (високий рівень інфляції, обмеженість державного фінансування, недостатній розвиток медичної освіти);
- стан ринку медичних послуг (недосконалість національного законодавства, недостатня розвиненість матеріально-технічної бази, проблеми медичного страхування).

Для забезпечення медичними послугами вразливих верств населення, підвищення ефективності та якості таких послуг необхідне державне регулювання інфраструктури їх ринку в Україні. Крім того, дуже важливо організувати та профінансувати профілактику захворювань населення, забезпечити розвиток медичної науки, встановити адекватні ціни на медичні послуги й препарати, а отже, зробити доступними ці послуги для населення.

Відповідно, до основних напрямів реформування інфраструктури вітчизняного ринку медичних послуг вважається доцільним віднести:

- забезпечення доступності таких послуг для населення, у тому числі його малозабезпечених верств, включаючи належне бюджетне фінансування;
- розвиток частки приватного сектору на ринку медичних послуг та забезпечення приватного фінансування медицини в Україні, у тому числі за рахунок страхових внесків населення.

Визначаючи основні підходи до реформування ринку медичних послуг в Україні, важливо вказати на необхідність запровадження державно-приватного партнерства, що забезпечить надання безкоштовної невідкладної медичної допомоги малозабезпеченим і вразливим верствам населення та дасть можливість населенню із середнім або високим рівнем доходів отримувати, за бажанням, медичну допомогу як у державних закладах охорони здоров'я, так і в приватних.

Деякі регуляторні заходи впливають на попит і пропозицію медичних послуг. Серед них – гарантія та механізм контролю якості медичних послуг, професійні регуляції стосовно надання тих чи інших медичних послуг фахівцями й закладами охорони здоров'я, ліцензування та акредитація таких закладів, контроль дотримання санітарних умов провадження медичної практики. Отже, в період реформування економіки загальноринкові підходи до формування пакета медичних послуг дають можливість підтримувати координаційні механізми державно-приватного партнерства для забезпечення потреб усіх верств населення.

Державно-приватне партнерство передбачає укладення контрактів між державними закладами охорони здоров'я та приватними постачальниками медичних послуг для надання медичної допомоги населенню, надання державою дозволу на окремі види медичних послуг, програми соціального маркетингу, контроль якості медичних послуг і створення системи безперервного навчання медичних працівників усіх спеціальностей із їх обов'язковою атестацією щодо відповідності рівня знань кваліфікаційним категоріям.

Також потрібно провести системний аналіз процесу ціноутворення на медичні послуги як одного з важливих напрямів формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

Потрібно внести зміни до чинного законодавства, що регулює сферу охорони здоров'я, зокрема, щодо визначення гарантованого пакета безоплатної медичної допомоги, котрий оплачуватиметься з державного бюджету. Водночас у рішенні Конституційного Суду України від 29.05.2002 р. № 10-рп/2002 у справі про офіційне тлумачення ст. 49 Конституції України (про право на безоплатну медичну допомогу) чітко вказується на неприйнятність пропозицій щодо встановлення якихось меж безоплатної медичної допомоги у вигляді її гарантованого рівня, надання такої допомоги лише неспроможним верствам населення чи «у рамках, визначених законом» тощо. Це суперечить положенням ст. 3, ч. 3 ст. 22, ч. 3 ст. 49 та низки інших статей Основного Закону України. Безоплатна медична допомога, передбачена Конституцією, повинна надаватися всім громадянам у повному обсязі. Такими є норми, що мають найвищу юридичну силу в державі та повинні враховуватися під час прийняття нових нормативно-правових актів. Отже, потрібно внести зміни до Конституції України щодо видів і порядку надання платних медичних послуг у державних та комунальних закладах охорони здоров'я, умов запровадження медичного страхування. Так, чинне законодавство у сфері охорони здоров'я лише декларує основні права пацієнтів (право на якісну медичну допомогу, на індивідуальний підхід до лікування, на оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів та органів охорони здоров'я) без чітких меж відповідальності лікаря за порушення прав пацієнтів (що, у свою чергу, призводить до довготривалих спорів між пацієнтом (страховою компанією) та лікарем (медичною установою), адже жодного механізму реалізації права пацієнта та його захисту нормативно-правовими актами чітко не встановлено. Лікар має нести юридичну та матеріальну відповідальність перед пацієнтом (у тому числі й у разі лікарської помилки), а пацієнт – перед лікарем, якщо, наприклад, не виконує його вказівок, порушує режим лікування тощо.

Зазначена ситуація є серйозною перепоною нормальній життєдіяльності суспільства, адже призводить не лише до непорозуміння між лікарем і пацієнтом, а й до конфронтації цих соціальних груп та, як наслідок – до зростання корупції, тіньових потоків оплати медичних послуг, що, у свою чергу, спотворює становлення та розвиток системи приватної і страхової медицини.

Реформування системи медичних послуг в Україні має обов'язково передбачати встановлення стандартів надання первинної та вторинної медичної допомоги, адже це практично єдиний правовий критерій правоти лікаря й лікувального закладу. Зокрема, на сьогодні відсутні зрозумілі критерії, еталони поведінки лікаря в тому чи іншому випадку, призначення медичних процедур чи засобів, що унеможлиблює захист інтересів пацієнта, обґрунтування вартості медичних послуг для відшкодування її страховою компанією тощо.

В Україні протягом тривалого часу формуються правові засади для розвитку окремих форм державно-приватного партнерства в багатьох сферах суспільного життя. Законодавчу базу розбудови такого партнерства становлять, зокрема, Конституція України [2], Цивільний

кодекс України від 16.01.2003 р. № 435-IV [7], Закони України «Про концесії» від 16.07.1999 р. № 997-XIV [4] та «Про державно-приватне партнерство» від 01.07.2010 р. № 2404-VI [5], що визначає правові, економічні й організаційні засади взаємодії держави та приватних партнерів, регулює відносини, пов'язані з підготовкою, виконанням і розірванням договорів, що підписуються в рамках державного-приватного партнерства, а також встановлює гарантії дотримання прав і законних інтересів сторін цих договорів.

Державно-приватне партнерство (ДПП) має спільні риси з іншими формами розподілу функцій і передачі державою окремих із них стороннім організаціям, серед яких державні закупівлі, аутсорсинг тощо. Особливістю проектів ДПП є те, що їх взаємовигідність базується на спільній зацікавленості партнерів в ефективному використанні ресурсу у вигляді бюджетів усіх рівнів на кожній стадії життєвого циклу проекту – проектування, будівництва та експлуатації.

Підвищення інвестиційної привабливості охорони здоров'я є одним із найважливіших завдань уряду. За роки реформ в українській економіці істотно скоротився державний сектор, а функції управління стратегічними об'єктами життєзабезпечення поступово передаються приватному бізнесу (ПАТ «Дніпроенерго» і «Закарпаттяобленерго»). У цих умовах вкрай важливо перейти до стратегічного партнерства з приватним сектором, сформувавши таку систему відносин, що забезпечуватиме раціональне поєднання вільної конкуренції із заходами державного регулювання з метою обслуговування інтересів суспільства.

Такі кроки, як розроблення нових обґрунтованих управлінських рішень, упровадження якісно нового інструменту їх функціонування, зокрема ДПП у сфері охорони здоров'я, дадуть змогу розв'язати пріоритетні завдання довгострокового розвитку країни, створити необхідні умови для прискорення зростання національної економіки.

Коло застосування проектів ДПП доволі широке, зокрема, в проектуванні, будівництві, експлуатації та управлінні інфраструктурою медичних установ. Наприклад, британські муніципалітети, погодившись на партнерство у спорудженні госпіталю у Великобританії (611 млн дол.) та реконструкції онкологічного центру «Крісті» в Манчестері (14 млн ф. ст.), отримали істотну економію коштів і водночас поліпшення якості медичного обслуговування, а приватні інвестори – гарантію дострокового, стабільного доходу [6].

В Україні ДПП може позитивно вплинути на якість надання медичних послуг, приміром, у разі перетворення сімейних лікарів на приватно-практикуючих, укладення тристоронніх угод (на оренду приміщень у лікувальному закладі, про надання медичних послуг із додержанням певного рівня якості тощо). До речі, так працюють лікарі в Німеччині, Словаччині, Чехії. І від цього виграє і пацієнт, і держава, котра отримує певні відшкодування за оренду та водночас частково знімає із себе турботу про утримання закладу, і лікар, у якого з'являється мотивація підвищувати кваліфікацію, надавати послуги вищої якості, щоб мати більший достаток. Окрім того, ДПП сприяє розробленню, виробництву й поширенню нових медичних препаратів (ліків, вакцин), техніки, інструментів і обладнання. Так, у м. Кропивницькому (колишній Кіровоград) відкрито Український центр томотерапії, де вперше в країні реалізовано європейську модель державно-приватного партнерства в онкологічній галузі; в м. Трускавці – Міжнародну клініку відновного лікування, котра завдяки новітнім методам терапії дитячого церебрального паралічу відома не лише в Україні, а й у багатьох країнах світу.

На наш погляд, такий підхід є доречним також при наданні послуг із медичних досліджень (лабораторні дослідження, МРТ, УЗД та ін.). Наразі в Україні створено цілу мережу лабораторій, що надають такі послуги на міжнародному рівні. Натомість державна лабораторна база дуже слабка, тому чималі кошти на лабораторні послуги витрачаються неефективно. На нашу думку, замість утримування лабораторій у медичних закладах (враховуючи витрати на облаштування приміщення, сучасне обладнання, контроль якості, питання метрології тощо) краще покластися в цьому на надійних партнерів, у котрих добре налагоджена система доставки, забору матеріалу, проведення досліджень. Тоді якість останніх буде високою, та не знадобиться переробляти їх на кожному рівні – починаючи з амбулаторії, потім у ЦРЛ, обласній лікарні, спеціалізованій клініці. Приміром, у

Санкт-Петербурзі вже декілька років реалізується проект у режимі ДПП у сфері лабораторної діагностики. Муніципальна влада, виконуючи функції державного партнера, надала інвестору відповідні майданчики та гарантовану кількість пацієнтів для проведення різних лабораторних досліджень. Приватний партнер, натомість, забезпечує безкоштовні для зареєстрованих жителів міста дослідження у визначеному договором обсязі, результати яких необхідні для правильного діагнозу й вибору схеми лікування.

Проекти ДПП доцільно здійснювати також у сфері немедичних послуг, у тому числі з охорони медичних установ; комунально-господарських послуг; збору, знешкодження, транспортування й розміщення медичних відходів; технічного обслуговування медичної техніки та інформаційних систем (телемедицина, електронна реєстратура, медичні картки тощо); прання білизни. Приватний партнер, зі свого боку, принесе інноваційні технології, нове розуміння логістики, організації та надання медичних послуг.

Факторами стримування розвитку ДПП у системі охорони здоров'я в Україні є: 1) нестача достатньої та повної нормативно-правової бази з питань регулювання такого партнерства; 2) брак кваліфікованих кадрів, які мають досвід роботи з проектами за моделлю ДПП; 3) проблеми з фінансуванням системи охорони здоров'я (багатоканальні системи фінансування СОЗ, надмірна децентралізація та фрагментація фінансових потоків); 4) неефективність структури медичного обслуговування (відсутність чіткого поділу на служби первинної і вторинної допомоги, надмірна кількість стаціонарних установ і лікарняних ліжок); 5) невисокий рівень довіри бізнесу до державної влади та прагнення до взаємовигідного співробітництва.

Поширеними та економічно ефективними є моделі державно-приватного партнерства **DBFO** та **DBFM**.

Відповідно до міжнародної типології моделей інфраструктурних проектів ДПП (матеріалів Європейської економічної комісії ООН [8]), модель **DBFO** (*Design – Build – Finance – Operate*, тобто «Розроблення – будівництво – фінансування – управління») – це вид контрактів, за якими приватна компанія проектує, будує медичний заклад відповідно до встановлених органами державної влади вимог і стандартів, фінансує капітальні витрати та здійснює управління об'єктом. Іншими словами, приватний партнер знаходить фінансування, будує або реконструює об'єкт, здає його в експлуатацію, а потім відповідає за технічний стан будівель. Останніми роками ця модель ДПП широко використовується в багатьох країнах Європи. У більшості інфраструктурних проектів приватному партнеру не делегується право надання медичних послуг, що забезпечує незмінність обсягу державних гарантій у цій сфері. Підрядник може також додатково надавати немедичні послуги (харчування, прибирання, транспорт, охорона, служба підтримки клієнтів, інформування). Держава дає підряднику фіксовану плату, котра відшкодовує експлуатаційні й капітальні витрати, а також прибуток.

Модель **DBFM** («*Design – Build – Finance – Maintain*, тобто «Розробка – будівництво – фінансування – підтримка») передбачає надання приватним партнером додаткових, неклінічних послуг (прибирання, логістика, безпека, стерилізація, дезінфекція, зв'язок тощо). Ця модель ДПП досить поширена в Німеччині, Португалії, Італії та Канаді.

Застосування зазначених моделей ДПП сприятиме оновленню інфраструктури вітчизняного ринку медичних послуг, а також помітно зменшить політичне напруження в суспільстві, що може виникнути при обговоренні спектра й обсягів державних гарантій у сфері охорони здоров'я.

З огляду на технічний стан багатопрофільних медичних установ, вартість утримання лікарень, в Україні доцільно запровадити моделі **DBFO** і **DBFM**. При цьому слід враховувати перешкоди на шляху успішного практичного впровадження проектів ДПП у медичній сфері та відповідні ризики, а саме:

- імовірність неефективного управління з боку приватного партнера майном, наданим державним партнером, несвоєчасного введення в експлуатацію предмета договору та його невідповідності критеріям, передбаченим договором;

- невпевненість приватних партнерів щодо виконання своїх фінансових зобов'язань у довгострокових проектах через те, що держава не може гарантувати мінімальний обсяг

споживання товарів чи послуг та встановлення цін (тарифів) на товари, які виробляються, або послуги, котрі надаються приватним партнером, на рівні, що відповідає економічно обґрунтованим витратам на їх виготовлення чи надання, та забезпечує окупність інвестицій;

– непередбачення в Бюджетному кодексі України [9] можливості гарантування компенсації збитків приватного партнера, пов'язаних із невідповідністю попиту на товари й послуги запланованим показникам, невиконанням державою зобов'язань за договорами ДПП, відшкодуванням різниці в тарифах тощо;

– відсутність гарантій дотримання фінансових зобов'язань щодо проектів ДПП на весь термін їх реалізації з боку держави (щорічне затвердження бюджету та коригування бюджетних програм);

– відсутність податкових і митних пільг для реалізації проектів ДПП, що знижує їхню привабливість для приватних партнерів за наявності таких пільг для інших форм державного стимулювання інвестиційної діяльності;

– зміна нормативної бази, зокрема, внесення коректив до податкового й регуляторного законодавства, а також стандартів якості (підвищення вимог) до товарів і послуг, котрі надаються приватним партнером за договором, що може спричинити істотну зміну умов участі приватних партнерів у проектах;

– відсутність гарантій рівноправного з державою захисту інтересів приватного партнера у судовій системі, наприклад, можливості вимагати від держави виконання зобов'язань та компенсації втрат через їх невиконання;

– низький рівень правової компетенції урядовців, лобізм окремих груп, слабкість громадської свідомості, значна корумпованість органів державної влади, що призводить до подорожчання проектів ДПП для приватного партнера;

– неналежна фахова підготовка державних службовців, які займаються питаннями ДПП, а також недостатня мотивація щодо пошуку й роботи з приватними інвесторами з метою започаткування проектів на засадах ДПП;

– погана обізнаність представників бізнесу щодо переваг використання механізмів ДПП у процесі розвитку підприємницької діяльності [11].

Усі ці ризики є результатом неефективного регулювання медичної сфери з боку держави, відсутності ефективного законодавства, яке визначало би права та обов'язки сторін, гарантії та відповідальність за невиконання чи неналежне виконання умов ДПП. Таким чином, ключовими напрямками оптимізації інфраструктури ринку медичних послуг в Україні є створення результативного державно-приватного партнерства у сфері їх надання, запровадження дієвого державного регулювання цього ринку.

Розвиток інституту ДПП у галузі охорони здоров'я може генерувати істотну користь державі, бізнесу, населенню, що означає:

для держави:

– підвищення ефективності бюджетних витрат на фінансування інфраструктури ринку медичних послуг; зменшення обсягів державного фінансування будівництва й експлуатації об'єктів охорони здоров'я та інших функцій галузі, у виконанні яких братиме участь приватний бізнес. Із залученням приватного капіталу в державі є шанси реалізувати в повному обсязі суспільно та соціально значущі проекти. Об'єднання ресурсів при справедливому розподілі доходів і ризиків активізує надходження інвестиційних (у тому числі іноземних) ресурсів та збільшує виробничі потужності. У результаті істотно зростає якість послуг, що надаються населенню за зобов'язаннями держави, а також помітно підвищується ефективність управління інфраструктурою;

– збереження та створення нових робочих місць;

– стимулювання підприємницького мислення та запровадження новітніх методів управління в органах влади;

– використання досвіду та професіоналізму приватного сектору при збереженні державної власності на активи;

– підвищення ефективності державної інфраструктури;

– оптимізація розподілу ризиків;

– формування конкурентних ринків у окремих сегментах галузі, які не підлягають приватизації. Гнучкість ведення маркетингової, кадрової, медичної, цінової та господарської діяльності.

Для бізнесу:

– можливість збільшення економічного потенціалу діяльності на основі доступу до нових ринків та розширення існуючих, а також довгострокового управління та користування державною інфраструктурою ринку медичних послуг;

– розподіл ризиків функціонування проекту ДПП із державою;

– забезпечення позитивної соціальної реклами та іміджу приватного партнера.

– відбувається розширення можливостей отримання позикових коштів під гарантії державних органів влади. Певною мірою полегшується робота з іншими державними органами в аспекті отримання дозвільних документів, ліцензій.

Для населення:

– підвищення якості й доступності медичних послуг;

– отримання нових форм медичної допомоги, діагностичного обладнання, лікарських засобів і медичних препаратів;

– прискорення розвитку соціально значимої галузі, забезпечення її технічного й технологічного переозброєння;

– поліпшення якості людського потенціалу в країні, регіоні, місті, селі.

Зокрема, потрібно сформувати відповідні переліки медичних послуг, обов'язкових до реалізації різними медичними установами (особливо для вразливих верств населення). Окремо варто підготувати переліки послуг, що можуть бути передані на зовнішнє управління приватним сектором та до яких можливе застосування механізмів ДПП.

З метою вдосконалення методичного забезпечення реалізації проектів ДПП в Україні доцільно розробити та запровадити відповідні моделі їх об'єктивної і стандартизованої оцінки та відбору з урахуванням показників ризику й ефективності проектів ДПП у сфері охорони здоров'я.

Позитивного результату можна досягти в разі введення в практику бюджетного планування оцінки перспективних витрат на проекти ДПП та встановлення граничних показників цих витрат як у межах середньострокового планування, так і в довгостроковому бюджетному прогнозі по головних розпорядниках бюджетних коштів. Доцільно включити у склад показників довгострокового економічного й бюджетного прогнозів державні зобов'язання за проектами ДПП та замінити бюджетні асигнування приватними інвестиціями при фінансуванні проектів. Фіксація в угодах про таке партнерство довгострокових зобов'язань бюджету перед приватними інвесторами, поряд із зобов'язаннями приватних інвесторів і операторів перед державою, створить атмосферу довіри щодо виконання й успішності проекту загалом. Приймаючи рішення про реалізацію ДПП, потрібно проводити розрахунок загальних витрат і доходів держави за весь життєвий цикл проекту, обмежити допустимий обсяг щорічних виплат за проектами як відсоток від загальнодержавних, розробити незалежну від бюджетного процесу процедуру перевірки доцільності витрачання бюджетних ресурсів у проектах ДПП [10].

Висновки. Аналіз стану інфраструктури ринку медичних послуг в Україні та дослідження ключових напрямів її вдосконалення дали змогу зробити такі висновки.

Необхідно внести зміни і доповнення до чинного законодавства України, а саме:

Різні нормативні документи містять суперечливі та взаємовиключні норми і положення. Наприклад, Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ визначає загальнодоступність медичних послуг, орієнтованість держави на сприяння розвитку медичних закладів. Водночас Закон України «Про ліцензування видів господарської діяльності» від 02.03.2015 р. № 222-VIII вводить суттєві обмеження на певні види надання медичних послуг.

Немає жодного спеціального нормативного документа, який би чітко визначав права пацієнтів та механізми їх юридичного захисту; невизначено чітких меж відповідальності за порушення прав пацієнтів.

Потрібно внести зміни до чинного законодавства, що регулює сферу охорони здоров'я, зокрема, щодо визначення гарантованого пакета безоплатної медичної допомоги, який оплачуватиметься з державного бюджету. Водночас у рішенні Конституційного Суду України від 29.05.2002 р. № 10-рп/2002 у справі про офіційне тлумачення ст. 49 Конституції України (про право на безоплатну медичну допомогу) чітко вказується на неприйнятність пропозицій щодо встановлення якихось меж безоплатної медичної допомоги у вигляді її гарантованого рівня, надання такої допомоги лише неспроможним верствам населення чи «у рамках, визначених законом» тощо. Це суперечить положенням ст. 3, ч. 3 ст. 22, ч. 3 ст. 49 та низки інших статей Основного Закону України. Безоплатна медична допомога, передбачена Конституцією, має надаватися всім громадянам у повному обсязі. Такими нині є норми, що мають найвищу юридичну силу в державі й повинні враховуватися під час прийняття нових нормативно-правових актів. Отже, потрібно внести зміни до Конституції України щодо видів та порядку надання платних медичних послуг у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, умов запровадження медичного страхування.

Також варто переглянути нормативно-правові акти, що регламентують співпрацю держави та бізнесу, передбачити можливість створення у вітчизняній системі охорони здоров'я не тільки договірних, а й інституційних ДПП.

Потрібно передбачити в Бюджетному кодексі України можливості гарантування компенсації збитків приватного партнера, пов'язаних із невідповідністю попиту на товари й послуги запланованим показникам, невиконанням державою зобов'язань за договорами ДПП, відшкодуванням різниці в тарифах тощо.

Список використаних джерел:

1. Гапонова Е. О. Особливості формування ринку медичних послуг в Україні на сучасному етапі / Е. О. Гапонова // Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. – 2014. – № 1144. – С. 94–96; 293–302.
2. Конституція України від 28.06.1996 р. № 254к/96-ВР [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show>
3. Рішення Конституційного Суду України від 29.05.2002 р. № 10-рп/2002 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/v010p710-02>
4. Про державно-приватне партнерство: Закон України від 01.07.2010 р. № 2404-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2404-17>
5. Про концесії: Закон України від 16.07.1999 р. № 997-XIV [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/222-19>
6. Габуева Л. А. Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения: выбор форм и перспективных направлений / Л. А. Габуева // Менеджер здравоохранения. – 2011. – № 2. – С. 26–32.
7. Цивільний кодекс України від 16.01.2003 р. № 435-IV [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/435-15>
8. **Guidebook on Promoting Good Governance in Public-Private Partnership** // Матеріали Європейської економічної комісії ООН. – Женева, 2008 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.unece.org/fileadmin/DAM/ceci/publications/ppp.pdf>
9. Бюджетний кодекс України від 08.07.2010 р. № 2456-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2456-17>
10. Павлюк К. Охорона здоров'я: спробувати механізми державно-приватного партнерства [Електронний ресурс] / К. Павлюк // Незалежний аудитор. – Режим доступу: http://n-auditor.com.ua/uk/component/na_archive/141?view=material
11. «Щодо розвитку державно-приватного партнерства як механізму активізації інвестиційної діяльності в Україні»: Аналітична записка [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.niss.gov.ua/articles/816/>

** Шомникова Анастасія Вікторівна – аспірантка Академії фінансового управління при Міністерстві фінансів України.*

Стаття надійшла до редакції 11.07.2017 р.