

ПЕРСПЕКТИВИ МОДЕРНІЗАЦІЇ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Анотація. У статті досліджено існуючий стан сфери охорони здоров'я в Україні, розроблено рекомендації щодо перспектив модернізації і реформування сфери охорони здоров'я.

Ключові слова: модернізація, реформування, сфера охорони здоров'я, національна стратегія.

Summary. The paper investigates the existing state of healthcare system in Ukraine, developed recommendations regarding the prospects of modernization and reforms in the sphere of health.

Key words: modernization, reform, healthcare, national strategy.

Постановка проблеми. Ще у другій половині ХХ сторіччя економіка охорони здоров'я повернула до себе увагу як учених, так і практиків, оскільки здоров'я націй являє собою основний ресурс і неминучу економічну цінність для суспільства. Найбільш гострою соціальною проблемою в Україні є незадовільний стан системи охорони здоров'я. Однак зміцнення здоров'я населення неможливе без підвищення якості та ефективності медико-санітарної допомоги, достатнього рівня забезпечення кваліфікованими медичними кадрами і відповідного рівня фінансування.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Створенню дієвих механізмів державного управління сфер та галузей присвятили свої дослідження зарубіжні та вітчизняні вчені: М. Хучек, А. Валесян, Л. Рошаль, О. І. Амоша, Л. І. Антошкіна, Л. Ф. Федулова, Т. М. Камінська, М. М. Шутов, Д. В. Карамішев, Є. Є. Ковжарова, С. Я. Кондрацюк, В. В. Мортіков, А. В. Підаєв, О. Ф. Возіанов, В. Ф. Москаленко, В. М. Пономаренко, В. Ж. Рудий, Є. Л. Черевиков та інші.

Проте аналіз основних досліджень і публікацій підтверджує, що стан СОЗ вимагає застосування негайних заходів щодо її реформування.

Мета статті полягає у розробці рекомендацій щодо перспектив модернізації і реформування сфери охорони здоров'я.

Виклад основного матеріалу. Сфера охорони здоров'я відноситься до нематеріальної сфери, по-

слуги якої гарантовані громадянам Конституцією України, а фінансування повинно здійснюватися передусім за рахунок коштів державного бюджету. Однак так було не завжди, і охорона здоров'я в Україні пройшла декілька етапів свого розвитку, які базувалися на історичних моделях управління цією сферою (рис. 1).

Еволюція систем охорони здоров'я була обумовлена пошуком конкретних рішень щодо збалансованого фінансування цієї сфери за умов обмеженості необхідних для цього ресурсів. У зв'язку з цим у світі склалися три моделі фінансування національних систем охорони здоров'я [1]:

1) бісмаркська модель (автор — О. Бісмарк) — ґрунтована на обов'язковому соціальному медичному страхуванні, яка використовується в охороні здоров'я Австрії, Бельгії, Франції, Німеччини, Люксембурга, Нідерландів, Швейцарії, Туреччини;

2) беверіджська модель (автор — У. Беверідж) — зоснована на загальному бюджетному фінансуванні, тобто формується за рахунок податкових надходжень. Ця модель розповсюджена в охороні здоров'я Данії, Фінляндії, Ісландії, Ірландії, Норвегії, Швеції, Сполученого Королівства, Великобританії, Італії, Іспанії, Греції, Португалії;

3) модель Семашко (автор — Н. Семашко) — ґрунтована на державно-адміністративній формі фінансування медицини за рахунок видатків з державного бюджету. Модель охорони здоров'я

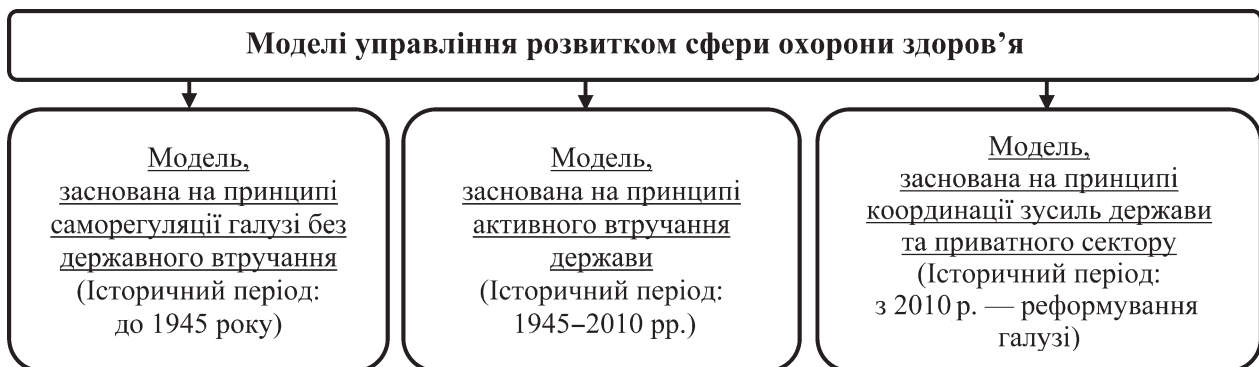


Рис. 1. Історичні моделі управління розвитком сфери охорони здоров'я (складено авторами)

цього типу реалізується у Болгарії, Хорватії, Естонії, Чехії, Польщі, Словаччині, Словенії, Азербайджані, Боснії і Герцеговині, Вірменії, Македонії, Узбекистані, Таджикистані, Білорусі, Грузії, Казахстані, Молдові, Латвії, Литві, Російській Федерації, Туркменістані та Україні).

Проте в умовах ринкової економіки сформувалася ще одна модель фінансування медичної сфери так звана «ринкова модель» організації охорони здоров'я. У цій моделі солідарний принцип оплати медичної допомоги реалізується через механізм добровільного медичного страхування. Вона характерна для Сполучених Штатів Америки. За даними ВООЗ, саме США є світовим лідером за загальними витратами на охорону здоров'я. На медицину американці витрачають близько 16 % від ВВП. Охорона здоров'я там ґрунтується на двох основних державних програмах — Medicare і Medicaid та системі приватних медичних страхових фондів. У абсолютних цифрах США щорічно витрачає на охорону здоров'я понад \$1,8 трлн.

У свою чергу, Всесвітня організація охорони здоров'я рекомендує формувати бюджет системи охорони здоров'я за такою структурою: з держбюджету — 60 % коштів; із коштів медичного страхування, які виділяються працедавцями, — 30 %; з особистих коштів громадян — 10 % [2]. Таким чином, система фінансування охорони здоров'я формує нову модель, таку як бюджетно-страхова.

Прикладом цьому може слугувати застосування подібної моделі фінансування в охороні здоров'я при страхуванні від нещасних випадків на підприємствах вугільної промисловості України (рис. 2).

Отже, впровадження ефективних механізмів фінансування — це важлива складова процесу реорганізації охорони здоров'я, яка передбачає низку кардинальних змін в цій галузі [4].

Якщо розглядати структуру видатків, то можна простежити таку тенденцію: 80 % становить фонд зарплати з нарахуваннями, 17–18 % — оплата комунальних послуг і лише 2–3 % коштів спрямовується безпосередньо на утримання пацієнта.

Але така централізація фінансових ресурсів у державному бюджеті не сприяє ефективності фінансування сфери охорони здоров'я: невисокою є якість лікування, вибір і здійснення інвестиційних проектів у медицині не визначаються оптимальністю. Також негативним є те, що бюджетна система фінансування не є достатньо прозорою.

Основою фінансування медичної галузі багатьох розвинених країн є обов'язкове медичне страхування: люди зобов'язані робити страхові внески до бюджету держави. Об'єктами цього типу страхування є насамперед та частина населення, що працює. Добровільне медичне страхування складає щонайбільше 1 % загальних витрат по галузі. Але впровадження загальнообов'язкової страхової медицини в Україні згідно із Законом України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» № 3612-VI від 07.07.2011 р. заплановано було лише на 2015 р.

Частка бюджетного фінансування за останні десять років в Україні коливається від 57 % до 67 %. За даними досліджень інформаційного порталу «ДиБит» та звітів консалтингової компанії «Pricewaterhouse Coopers», світова статистика витрат на охорону здоров'я неоднорідна (табл. 1).

Бачимо, що витрати на охорону здоров'я в Україні нижчі майже за всіх наших сусідів. Це відбувається через те, що в нашій країні найнижчий рівень ВВП на душу населення. У результаті на медичне обслуговування одного мешканця Укра-



Рис. 2. Система інтересів соціальних партнерів при страхуванні від нещасних випадків на підприємстві [3; с. 169]

Таблиця 1

Загальні витрати на сферу охорони здоров'я [5; 6].

Країни	ВВП % (2013 р.)	ВВП % (2014 р.)	Відхилення +/- (2013– 2014 рр.)
США	17,9	19,4	+1,5
Франція	11,6	11,8	+0,2
Німеччина	11,1	11,5	+0,4
Велика Британія	9,3	9,5	+0,2
Угорщина	7,8	7,8	0
Польща	6,7	6,8	+0,1
Туреччина	6,7	6,7	0
Литва	7,0	7,0	0
Білорусь	5,3	5,5	+0,2
Румунія	5,9	5,5	-0,4
Росія	3,7	3,9	+0,2
Україна	3,4	3,8	+0,4

їни витрачається коштів у 4 рази менше, ніж у середньому у світі та у 13 разів менше, ніж у середньому у Європі.

Відповідно до рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) витрати на медицину мають складати не менш ніж 6 % ВВП країни. У іншому разі, на думку спеціалістів цієї організації, сфера медичного обслуговування не в змозі ефективно виконувати свої функції.

Сьогодні ситуація у СОЗ складається не кращим чином, оскільки забезпеченість цієї сфери фінансами складає дефіцит держбюджету на 30–35 %.

Так, за даними Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, державні витрати на медичне обслуговування одного мешканця країни у 2013 р. склали 1249 грн., або близько \$155. Для порівняння, у середньому у світі цей показник складає \$478, а в Європі — \$1546, що у 10 разів більше, ніж в Україні [7; 8].

При цьому в Україні останнім часом спостерігається стійке зростання бюджетного фінансування сфери медичного обслуговування. Державні витрати з 2005 по 2014 рік зросли більш ніж у 6 разів і досягли 3,8 % ВВП, а витрати з держбюджету у 2014 році виросли на 5,6 % порівняно з 2013 роком (56,7 млрд. грн.) та склали 60,1 млрд. грн [9].

За даними Державної служби статистики України, загальні витрати на охорону здоров'я за джерелами склали у 2014 році: держбюджет — 57,2 %, домогосподарства — 40,2 %, приватні компанії — 2,4 %, донори — 0,2 % [10].

У свою чергу, приватні витрати на охорону здоров'я за джерелами склали: домогосподарства — 93,7 %, приватні компанії — 2,3 %, лікарські каси — 0,2 %, інше добровільне страхування — 2,3 % [11].

Отже, зміцнення здоров'я усіх верств населення неможливе без впровадження відповідних організаційно-економічних заходів.

Головною метою реформи медичної сфери згідно з Програмою економічних реформ на 2010–2014 роки було поліпшення здоров'я населення, забезпечення рівного й справедливого доступу усіх громадян до медичних послуг належної якості.

У результаті її здійснення передбачалося створення національної системи охорони здоров'я, інфраструктура якої має відповідати потребам населення у медичній допомозі. Це повинно було суттєво збільшити внесок системи охорони здоров'я щодо покращення здоров'я населення держави і підвищити конкурентоспроможність України у цілому та благополуччя її громадян.

Однак під час реформування системи охорони здоров'я в Україні згідно із Законом України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» № 3612-VI від 07.07.2011 р. [12] деякі дослідники пропонували звернути увагу саме на часткову участь пацієнта в оплаті медичних послуг. Така система вимагатиме від особи, яка страхується, вносити певну частку загального страхового внеску. Повністю застраховані особи, які не сплачують за лікування безпосередньо зі своєї кишені, можуть ставитися до послуг як до чогось безмежного або намагаються надмірно користуватися послугами, що стають для них у певному сенсі безоплатними.

Також поряд з обов'язковим медичним страхуванням повинно існувати і добровільне. Цей тип страхування є допоміжним до обов'язкового медичного страхування. Його послугами можуть користуватися ті категорії громадян, які хочуть мати додаткові медичні послуги, що не покриваються обов'язковим медичним страхуванням.

Вагому роль має безпосередня оплата медичних послуг їх користувачами. За даними дослідження, що здійснювалося в Україні, за участю В. В. Мортікова [13], оплата медичних послуг безпосередньо із кишені людей становить у середньому 50 дол. США на рік на кожного громадянина, у т. ч. і немовлят. Отже, витрати усього населення становлять близько 2,5 млрд. дол. на рік.

На думку Є. Ковжарової, це джерело фінансування в першу чергу, має бути спрямоване не на створення дорогих і недоступних для більшості населення медичних послуг, а на перерозподіл коштів. Тобто державні та комунальні заклади можуть пропонувати комплекс медичних послуг, до яких входять догляд, умови підвищеної комфортності, додатковий комплекс реабілітаційних процедур тощо. Заможні люди зможуть скористуватися такою допомогою за рахунок безпосередніх платежів, що призведе до залучення додаткових коштів [14]. У свою чергу, малозабезпеченій частині населення така допомога також має бути доступною, однак за рахунок інших фінансових механізмів.

Внески до системи охорони здоров'я також можуть надходити від спонсорів (окремих осіб, компаній, благодійних фондів). Благодійні програми здійснюються за рахунок благодійних пожертв і спрямовані на фінансування медичної допомоги незахищеним групам населення понад державної гарантії. Благодійні цільові фонди можуть існувати як безпосередньо на медичних підприємствах, так і в товариствах інвалідів, центрах благодійних сімей тощо.

У своїх дослідженнях група вчених у складі А. В. Підаєва, О. Ф. Возіанова, В. Ф. Москаленко, В. М. Пономаренка пропонувала розробку накопичувальних програм. Механізм цього джерела фінансування може бути таким: працівник на підставі договору здійснює внески у накопичувальний фонд. А з настанням відповідного терміну (наприклад вихід на пенсію) він може користуватися медичною допомогою відповідно до програми медичних коштів, у межах якої укладено договір [15]. Специфіка накопичувальних програм полягає у тому, що впродовж усього терміну платежі надходять у добре захищений фінансовий заклад, спроможний дати гарантію збереження вкладів і певний відсоток приросту заощаджень. Після закінчення договірного терміну людина може користуватися будь-якою медичною допомогою у межах накопичених фондів

Отже, проаналізувавши існуючі системи фінансування сфери охорони здоров'я у світі та в Україні, можемо зазначити, що усі вище перераховані типи надання медичних послуг не виключають один одного, а, навпаки, доповнювати.

В Україні необхідно провести реформу охорони здоров'я, особливо у частині фінансування галузі. Для цього потрібно на базі існуючих моделей фінансування охорони здоров'я виробити власну систему, центральним елементом якої буде пошук додаткових джерел фінансового забезпечення, створення ефективної системи їх використання та взаємовигідне партнерство між усіма суб'єктами СОЗ.

Наприклад, одним із реальних механізмів може стати спрямування на потреби медичної галузі частини коштів, отриманих від акцизного збору на алкогольні напої та тютюнові вироби. Також пропонується прибрати соціальні гарантії народним депутатам, що призведе до зменшення видатків державного бюджету і зниження соціальної несправедливості.

Також необхідно привести до ладу роботу Фонду добровільного соціального страхування. Для залучення до фонду якомога більшої кількості осіб та роботодавців необхідно активно застосовувати інструменти податкових пільг.

Наступним пріоритетним напрямом для розвитку СОЗ є перегляд існуючого на сьогодні механізму розподілу ресурсів серед секторів (рис. 3).

Сьогодні сектори розподіляються за статтями (залежно від кількості ліжок у лікарні, відвідувань поліклініки, наявних лікарських ставок тощо), а не в залежності від наданих послуг і результатів лікування.

На думку Є. Л. Черевікова [16], зміни у способі розподілу загальних ресурсів сприятимуть поліпшенню ситуації шляхом виділення коштів на потреби централізованих програм. Пропоновані зміни призведуть до створення багатоджерельної системи фінансування охорони здоров'я, у якій держава гарантуватиме надання певного обсягу безоплатної медичної допомоги, а додаткові послуги надаватимуться державними і приватними закладами за певну плату.

Отже, зазначимо, що історично соціальна сфера в Україні та її розвиток завжди залишалася «утриманцем» бюджетів усіх рівнів. Причому сама ця сфера постійно зростала і вимагала до себе все більшої уваги. Перехід до ринкової економіки найгостріше виявив ситуацію, в якій більшість бюджетів регіонального і місцевого рівнів вияви-

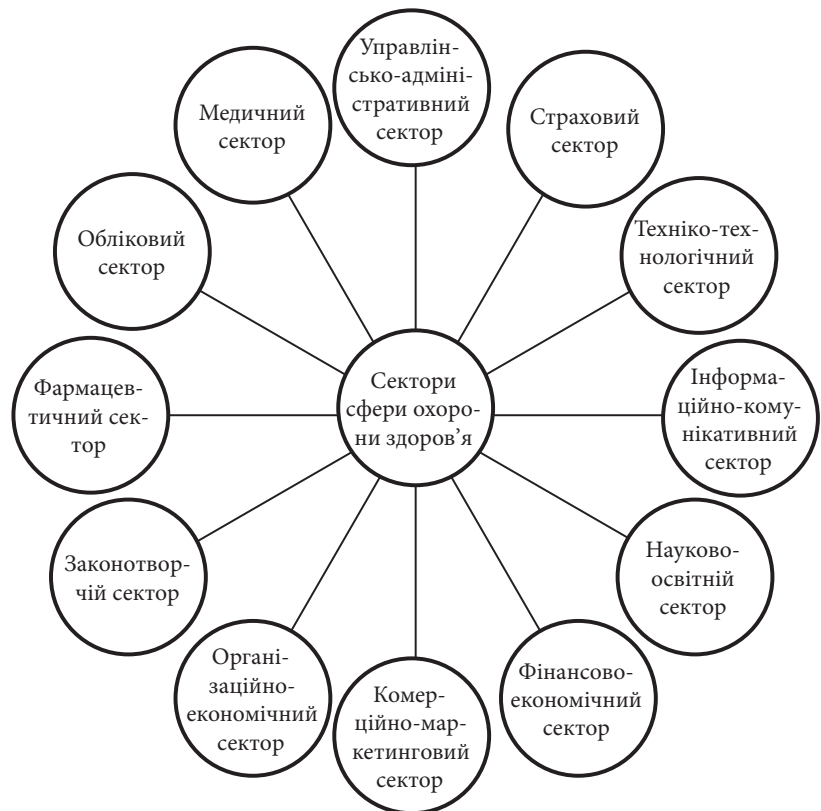


Рис. 3. Сектори сфери охорони здоров'я (розроблено авторами)

лися фінансово неспроможними, що призвело до соціальної напруженості.

На думку В. В. Мортікова, охорона здоров'я є елементом національної безпеки, і тому реформування цієї сфери — одне з головних завдань сучасної України [17].

Ми згодні з С. Я. Кондратюком [18], що в Україні терміново необхідно реформувати систему фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я, а саме: знайти такі джерела фінансування, які б у ринковій економіці сформували нову модель, котра б успадкувала переваги наявних у світі систем та дала змогу уникнути їхніх вад і зберегти серйозні переваги колишньої системи — загальнодоступність, безоплатність для деяких верств населення, профілактичну спрямованість.

Отже, сьогодні статус української системи охорони здоров'я має багато недоліків. Таку ситуацію обумовлюють глибинні недоліки, накопичені у національній системі охорони здоров'я через відсутність модернізації, ігнорування потреб населення, невикористання сучасних світових тенденцій, неефективну роботу системи та високий рівень корупції.

Тому під час реформування та модернізації системи охорони здоров'я України мають бути окреслені цілі та принципи, виконання яких допоможе реалізувати соціальні цінності. Право людини на здоров'я повинно базуватися на економічному та соціальному розвитку і політичній стабільності. Україна потребує ефективного функціонування юридичних, фінансових, економічних, структурних, управлінських, організаційних, інформаційних і комунікаційних інститутів із метою досягнення найкращих результатів для здоров'я, фінансової захищеності при отриманні медичної допомоги, оперативного задоволення вимог та очікувань громадян і загальної ефективності галузі.

Запропонована міністром охорони здоров'я України О. Квіташвілі Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015—2020 років є складовою Націо-

нального плану дій з реформування, який був проголошений Указом Президента України «Про Стратегію сталого розвитку «Україна — 2020» від 12 січня 2015 року № 5/2015 та урядом України (Програма діяльності Кабінету Міністрів України, схвалена Постановою Верховної Ради України № 26-VIII від 11 грудня 2014 року).

Мета Стратегії полягає у визначенні ключових проблем системи охорони здоров'я, потенційних напрямів і шляхів їх розв'язання для формування нової державної політики у галузі, включаючи глибокі нормативні трансформації та впровадження нових фінансових механізмів, із метою забезпечення прав людини у сфері охорони здоров'я.

Нова система охорони здоров'я повинна орієнтуватися на такі принципи: гарантований пакет послуг, що доступний кожному громадянину; дотримання національних стандартів якості та професіоналізму; взаємоповага пацієнтів та медичних працівників; співпраця різних секторів економіки, служб, організацій на користь пацієнтів, громад та населення (міжсекторальна взаємодія); співвідношення «ціна-якість» і найбільш ефективне, справедливе та стійке використання обмежених ресурсів; підзвітність громадам і пацієнтам.

О. Квіташвілі пропонує проводити реформування за такими напрямками [19]: формування додаткових джерел фінансування; розподіл функцій покупців та постачальників послуг; об'єднання коштів; перехід від постатейного фінансування до системи оплати за надані послуги; впровадження медичного страхування («Універсальний нестраховий пакет», «Державний страховий пакет»); реформування Міністерства охорони здоров'я; інституційне перепрофілювання та розвиток державно-приватного партнерства; автономність постачальників послуг; контрахтування персоналу; навчання та підвищення кваліфікації.

Також надано наступні пропозиції для майбутнього детального плану дій реформи СОЗ (табл. 2).

Висновки. Отже, головною метою реформування медичної сфери згідно Програми економіч-

Таблиця 2

Пропозиції для майбутнього детального плану дій реформи СОЗ (узагальнено авторами за даними джерела [20])

Період	План дій
Короткострокові дії (2015–2016 рр.)	<ul style="list-style-type: none"> • Створити під керівництвом МОЗ та у тісній співпраці з Президентом та Верховною Радою механізм для запровадження скоординованих дій на національному рівні з залученням усіх наявних ресурсів. • Створити декілька оперативних груп, що будуть основою реформи системи охорони здоров'я, з метою подальшого перетворення стратегії у плани дій. • Прискорити законодавчі зміни, покликані дозволити необхідні нагальні дії. • Необхідно знайти вирішення питання, пов'язаного зі статтею 49 Конституції України, буквально тлумачення якої виключає проведення будь-якої реформи у сфері охорони здоров'я. • Створити Національне агентство з питань фінансування охорони здоров'я, що буде відповідати за закупівлю медичних послуг, яке також здійснюватиме нагляд за фармацевтичними закупівлями в країні. • Сформувати систему громадського здоров'я на основі відповідного законодавства. • Розробити політику надання цільових пілг малозабезпеченим і хронічно хворим пацієнтам. • Розширити практики відшкодування цін на медикаменти у рамках амбулаторного лікування. • Розпочати реструктурування закладів охорони здоров'я із урахуванням принципів інтенсивності лікування. Усунути дублювання і скоротити потребу в ліжках відповідно до дійсних норм.

Період	План дій
Короткострокові дії (2015–2016 рр.)	<ul style="list-style-type: none"> Розпочати пробне застосування нових механізмів оплати у центрах первинної медичної допомоги та двадцятьох лікарнях. Встановити інституційні принципи самоврядування лікарів. Ухвалити Закон України «Про заклади охорони здоров'я та медичну допомогу (медичне обслуговування)», «Про професійну відповідальність та медичне самоврядування», «Про соціальне медичне страхування».
Середньострокові дії (2017–2018 рр.)	<ul style="list-style-type: none"> Здійснити функціональне реструктурування центральних та регіональних органів управління у сфері охорони здоров'я, підвищуючи кваліфікацію персоналу, який має бути готовий працювати у нових умовах. Продовжувати підготовку персоналу та професійний розвиток. Ввести конкурсну основу для підбору керівників. Дедалі масштабніше використовувати нові механізми фінансування для оплати послуг. Продовжити розробку нових стандартів, що базуються на засадах науково-доказової медицини, уніфікованих клінічних протоколів і маршрутів пацієнта. Розширити систему обліку та звітності шляхом поступового переходу до електронного документообігу через модернізацію управлінської інформації. Розробити нову регуляторну базу для приватно-публічних партнерств у сфері охорони здоров'я.
Довгострокові дії (2018 р. і далі)	<ul style="list-style-type: none"> Схвалити закони про систему управління якістю послуг в охороні здоров'я. Розробити низку законодавчих актів, стандартів, правил та норм системи забезпечення якості медичної допомоги та доступності лікарських засобів. Запровадити ліцензування діяльності лікарів та укладання із ними угод. Розпочати більш масштабне фінансування закладів охорони здоров'я. Продовжити розвиток системи безперервної освіти у сфері охорони здоров'я.

них реформ за 2010–2014 роки були поліпшення здоров'я населення, забезпечення рівного й справедливого доступу усіх громадян до медичних послуг належної якості.

Головною метою подальшої модернізації сфери охорони здоров'я на 2015–2020 рр. має стати підвищення показника умовного здоров'я населення на основі забезпечення доступності медичної допомоги шляхом створення правових, економічних та організаційних умов надання медичних послуг, види, якість і обсяги яких відповідають рівню захворюваності і потребам населення, сучасному рівню розвитку медичної науки, а також наявним ресурсам.

Під час впровадження нової реформи системи охорони здоров'я на 2015–2020 рр. необхідно звернути увагу на відомі типи й джерела фінансування цієї сфери. Впровадження ефективних механізмів фінансування — це важлива складова процесу реорганізації охорони здоров'я, яка передбачає низку кардинальних змін в цій галузі. Для цього необхідно:

— досягнення балансу обсягів державних гарантій надання безкоштовної медичної і лікарської допомоги населенню;

— удосконалення законодавства, яке забезпечує координацію діяльності органів державної влади і всіх суб'єктів, що діють у сфері охорони здоров'я;

— впровадження інновацій у діяльність лікувально-профілактичних установ (управлінських, медичних, маркетингових тощо);

— забезпечення автономії та господарської самостійності медичних закладів;

— сприяння розвитку приватної медицини із сучасною матеріально-технічною базою, придбаною за рахунок позабюджетних джерел;

— розвиток медичної та фармацевтичної науки;

— впровадження нових форм і методів державного санітарно-епідеміологічного нагляду, гігієнічної експертизи, моніторингу здоров'я людей, медико-санітарної освіти;

— формування інституту захисту прав пацієнтів і медичних працівників;

— зниження рівня передчасної смертності населення та реалізація заходів щодо попередження захворювань, які загрожують здоров'ю нації (туберкульоз, ВІЛ-інфекція/СНІД, гепатит, наркоманія, алкоголізм);

— формування реального механізму ресурсного забезпечення пріоритетних напрямів розвитку охорони здоров'я;

— забезпечення розвитку комплексної системи профілактики захворювань;

— забезпечення потреб населення в лікарських засобах і медичних виробках;

— формування системи медико-соціального страхування;

— створення гнучкої цінової політики на ринку медичних послуг;

— формування системи медичної реабілітації та розвитку санаторно-курортних видів лікування;

— впровадження нових організаційно-економічних форм взаємодії держави та інших суб'єктів у СОЗ, таких як державно-приватне партнерство, за якого об'єднання фінансових ресурсів державного і приватного секторів дозволить акумулювати більше коштів та ефективніше вирішувати економічні і соціальні завдання у сфері охорони здоров'я. Причому від цього виграють і держава, і бізнес-структури, і суспільство, і окрема особа [21];

— орієнтація інвестиційної політики на розвиток матеріально-технічної бази охоро-

ни здоров'я та державної фармації, забезпечення ефективності її використання шляхом комп'ютеризації та впровадження програмних технологій, модернізації обладнання, будівництва і реконструкції об'єктів охорони здоров'я, придбання дорогого устаткування за рахунок коштів відповідних бюджетів.

Модернізація СОЗ дасть змогу:

— освоєння керівним складом нових економічних методів управління;

— впровадження елементів внутрішньо-господарського розрахунку й маневрування ресурсами, що забезпечило б більш раціональне використання матеріальної бази, ліжкового фонду, обладнання;

— розробки і впровадження методики розрахунку вартості медичних послуг;

— підвищення зацікавленість медичних працівників у кінцевих результатах своєї праці тощо.

Отже, у результаті проведеного дослідження доведено, що нова реформа СОЗ при взаємодії бізнес-структур, суспільства та держави повинна включати створення інститутів, механізмів та інструментів щодо адаптації та залучення в цю сферу інвестицій приватного сектору. Це може здійснюватися за рахунок: впровадження державно-приватного партнерства; підвищення рівня корпоративної соціальної відповідальності; запровадження добровільного та обов'язкового медичного страхування; використання коштів венчурних компаній та венчурної благодійності; впровадження лізингу на медичне устаткування; залучення коштів бізнес-структур та приватних інвесторів; використання добровільних внесків пацієнтів тощо.

Подальші дослідження планується присвятити дослідженню впровадження нової реформи сфери охорони здоров'я в Україні за етапами.

Література

1. Ковжарова Е. Особливості застосування найбільш поширених моделей фінансування системи охорони здоров'я. Практичні висновки для України / Е. Ковжарова // Україна: аспекти праці. — 2002. — № 7. — С. 31–40.
2. Карамишев Д. В. Державні механізми формування бюджетних відносин у галузі охорони здоров'я України / Д. В. Карамишев // Статистика України. — 2006. — № 2. — С. 68–72.
3. Мартякова Е. В. Экономический механизм реформирования социальных процессов: страхование, маркетинг, риск-менеджмент : [монография] / Е. В. Мартякова. — Донецк : Институт экономики промышленности НАН Украины. — 2003. — 590 с.
4. Рудий В. Хто ж платитиме за медичні послуги? / В. Рудий // Віче. — 2002. — № 12. — С. 49–52.
5. Державні витрати на охорону здоров'я [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://rb.com.ua/ukr/marketing/tendency/8283>.
6. Статистика стран мира. Расходы на здравоохранение [Электронный ресурс]. — Информационный портал «ДиБит», 2015. — Режим доступа : <http://dibit.ru/statistics/who/rus/health.html>.
7. Расходы на здравоохранение в Украине: [Электронный ресурс] / Пресс-служба Министерства финансов Украины. — 2014. — Режим доступа : <http://www.medpravo.com.ua/news/425>.
8. Ukrain: health profile [Електронний ресурс]. — World Health Organization. — Режим доступа : <http://www.who.int/countries/ukr/ru>.
9. Державний комітет статистики України, 1998–2015 рр. [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://ukrstat.gov.ua>.
10. Україна: економічний огляд // Світовий банк. — Жовтень, 2015. — Режим доступу : <http://www.worldbank.org/uk/country/ukraine>.
11. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років / О. Квіташвілі ; Міністерство охорони здоров'я України // Тижневик «Аптека». — № 982 (11). — 23 березня. — 2015. — Режим доступу : <http://www.apteka.ua/article/327094>.
12. Закон України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» № 3612-VI від 07.07.2011 р. [Електронний ресурс]. — Інститут правової інформації ім. Ярослава Мудрого. — 2002–2013. — Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/anot>.
13. Мортіков В. В. Реформування охорони здоров'я: фінансовий аспект / В. В. Мортіков // Фінанси України. — 2006. — № 10. — С. 79–85.
14. Ковжарова Е. Особливості застосування найбільш...
15. Питання охорони здоров'я населення України / А. В. Підаєв, О. Ф. Возіанов, В. Ф. Москаленко та ін. — К. : Здоров'я, 2003. — С. 140–147.
16. Черевиков Є. Л. Методи державного регулювання фінансових потоків між секторами економіки / Є. Л. Черевиков / Дис. на здоб. наук. ступ. канд. екон. наук : 08.02.03 / Науководослідний економічний ін-т Міністерства економіки України. — К., 2000. — 187 с.
17. Мортіков В. В. Реформування охорони здоров'я...
18. Кондратюк С. Я. Шляхи реформування фінансового забезпечення медичних закладів України / С. Я. Кондратюк // Фінанси України. — 1999. — № 7. — С. 55–65.
19. Національна стратегія реформування ...
20. Там само.
21. Трикоз І. В. Механізм реалізації державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я / І. В. Трикоз // Часопис економічних

реформ: науково-виробничий журнал з міжнародною сферою розповсюдження. — Луганськ :

Східноукраїнський національний університет ім. В. Даля. — 2013. — № 4 (12). — С. 33–39.