

# ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ПРИВАТНОГО СЕКТОРА В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ: СТАН І ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ

Мезенцева Наталія Борисівна, Буравльов Леонід Олександрович,  
Радиш Ярослав Федорович,

Національна академія державного управління  
при Президентові України

Грунтуючись на системному аналізі літературних джерел за темою дослідження, робимо висновок про те, що одним із принципів реформування системи охорони здоров'я є розвиток економічних відносин багатоукладної системи охорони здоров'я, тобто створення поряд із державною безоплатною системою охорони здоров'я розвинутого приватного сектора. Слід зазначити, що в Україні сьогодні фактично вже існують ці два сектори охорони здоров'я — державний, що фінансується з державного та місцевого бюджетів, та недержавний, який має позабюджетні джерела фінансування.

Лікувально-профілактичні заклади, які належать до недержавного сектора, мають різний організаційно-правовий статус і найчастіше виступають у формі товариств з обмеженою відповідальністю, акціонерних товариств, індивідуальних приватних підприємств. Крім того, недержавний сектор охорони здоров'я представляють лікарі, що практикують приватно і займаються медичною практикою як фізичні особи.

*Приватна система охорони здоров'я* — це сукупність об'єктів охорони здоров'я, що здійснюють приватну медичну діяльність. А *приватна медична діяльність* — це діяльність з надання медичної допомоги, що здійснюється суб'єктами приватної системи охорони здоров'я. *Приватні медичні організації* — це комерційні та некомерційні організації, майно яких перебуває в приватній та інших, окрім державної, формах власності. У статутах таких організацій зазначено, що медична діяльність є для них основною.

Наявність розвинутого приватного сектора медичних послуг дає змогу полегшити навантаження на державну систему охорони здоров'я, оскільки він обслуговує частину громадян, які спроможні самостійно сплачувати за лікування. Крім того, створюватиметься конкурентне середовище на ринку медичних послуг, що підвищить ефективність роботи галузі в цілому та покращить якість надання лікувально-профілактичних послуг.

У різних країнах світу співвідношення державного та приватного сектора суттєво різняться, залежно від чого виділяють різні моделі функціонування системи охорони здоров'я з перевагою того чи іншого сектора (див. табл. 1)

Таблиця 1

Джерела витрат на охорону здоров'я [4, с. 151].

Країна	Державний сектор (%)	Приватний сектор (%)
США	44,0	56,0
Австрія	66,0	34,0
Німеччина	72,5	27,5
Японія	73,8	26,2
Франція	74,0	26,0
Канада	75,0	25,0
Велика Британія	85,0	15,0

Показники, що наведені у табл.1, підтверджують думку тих дослідників [1, 6], які стверджують, що проблеми, які виникають у секторі охорони здоров'я, не можуть бути вирішені без участі держави. Останнє пояснюється тим, що охорона здоров'я — одна з галузей соціальної сфери, де соціально-економічні, морально-етичні й політичні інтереси суспільства перетинаються.

У зв'язку з цим, ми поділяємо думку проф. М.Шутова про те, що державне управління охороною здоров'я повинно бути наближене до населення з передачею частин своїх повноважень регіонам, але узгодження між попитом населення на медичну допомогу і пропозиціями охорони здоров'я повинно відбуватися централізовано. Іншими словами, для організації ринкових відносин у системі регіональної охорони здоров'я необхідно створення ринку громадського здоров'я у державі [6].

В Україні тривалий час система охорони здоров'я залишалася суто державною. Ця система — система Семашка — в певних умовах працювала досить успішно. Однак зміни економічної ситуації в країні призвели до змін у сфері охорони здоров'я. Нині частка приватного сектора в Україні поступово зростає. Вона становить близько 2–3%, а у великих містах, обласних центрах досягає 5–10%.

Подальший розвиток недержавного сектора охорони здоров'я вимагає враховувати особливості соціально-економічної ситуації в Україні, а саме [1, 4]:

— приватна медична діяльність не може повністю замінити суспільні форми медичного обслуговування, вона є їх рівноправним доповненням у національній системі охорони здоров'я;

— приватну медичну діяльність здійснюють приватні медичні (фармацевтичні) заклади й організації, а також працівники охорони здоров'я (приватна практика) як індивідуальні підприємці, основою приватної діяльності є приватна власність на основні фонди або їх оренда;

— на державному і територіальних рівнях повинен існувати обґрунтований перелік лікувально-профілактичних закладів стратегічного характеру, який би забезпечував соціальні гарантії в медицині; їх переведення в приватний сектор, а також орендні відносини із суб'єктами цього сектора мають бути заборонені законом;

— створення підприємств і регулювання медичної діяльності повинно здійснюватися на основі ліцензій, сертифікатів, статуту, договорів і різних форм контролю.

Нині в Україні створюються сприятливі умови для розвитку приватного сектора в охороні здоров'я та формування засад справедливої конкуренції серед лікувально-профілактичних закладів різних форм власності. Тільки з 1997 по 1999 р. кількість виданих Міністерством охорони здоров'я ліцензій на право займатися приватною практикою та підприємницькою діяльністю зросла з 1849 до 3300. Тепер налічується близько 3,5 тис. самостійних приватних лікувально-профілактичних закладів і близько 30 тис. індивідуальних медичних підприємств, де ліцензії на право займатися приватною медичною практикою видані фізичним особам [1].

У Києві, наприклад, на початку 90-х років минулого століття було тільки дві приватні клініки, а зараз тільки багатопрофільних не менше 40. Якщо ж взяти стоматологію, — підкреслює голова комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, Т. Бахтеева, — то сьогодні відсоток приватних послуг тут складає 60%. Кількість ж багатопрофільних клінік складає біля 5% від загальної кількості медичних закладів. Спеціалісти прогнозують подальший розвиток даної сфери, що пояснюється підвищенням рівня життя і довіри українців до недержавної медицини [5].

На думку Т. Міхнової — голови правління приватної медичної клініки “Добробут”, у приватних медичних закладах люди бачать своє відображення: успішні жінки, наприклад, бажають відвідувати успішних лікарів в успішних клініках [1].

У той же час приватні лікарі визнають, що їх послуги все-таки поки-що дорожувати для пересічних українців: вартість дня перебування в стаціонарі — від 300 до 1 тис. грн. У табл. 2 подано розцінки на медичні послуги в окремих приватних клініках м. Києва.

Таблиця 2

Розцінки лідерів приватної медицини Києва, грн. [5].

Клініка	Разові консультації	Виклик лікаря додому	Виклик невідкладної допомоги	Загальний аналіз крові	Доба в стаціонарі
Медиком	від 114	від 55	від 390	92	від 395
Борис	95,3	від 290	390	99,22	від 300
Дитина	50	170	250	30	від 250
Адоніс-О	50	70	немає	25	35
Добробут	від 60	180	від 300	42	740

Приватні клініки не вважають один одного своїми конкурентами, а їх керівники стверджують, що своїми основними суперниками вони вважають лікарів із муніципальної лікарні, які беруть гроші зі своїх пацієнтів. Причому кваліфікований державний лікар заробляє приблизно 500 дол. США в місяць, стільки ж платять і його колезі-приватнику [1].

Як стверджують автори колективної монографії “Панорама охорони здоров’я населення України” [4, с. 152], розвиток підприємництва у сфері охорони здоров’я слід розглядати як позитивне явище для галузі охорони здоров’я та для країни загалом. Однак необхідною умовою такого розвитку є контроль за ціною політикою на формування вартості медичних послуг, а також дотримання державою гарантій щодо надання медичної допомоги групам населення, котрі самостійно не можуть її оплачувати.

Як показує власний практичний досвід, у системі взаємодії лікар — пацієнт у державних лікувально-профілактичних закладах на перший план виходять проблеми, що пов’язані з недостатньою кваліфікацією лікарів, формальним відношенням останніх до організації лікування, порушенням лікарями правил медичної етики та деонтології.

На наше переконання, відсутність належного контакту між пацієнтом і лікарем, як правило, передує незадоволеності пацієнта якістю надання медичної допомоги. Цьому, як свідчить практичний досвід, сприяють поспішність, брак часу у лікаря, нетактовність як з боку лікаря, так і з боку пацієнта при зверненні, зборі анамнезу, призначенні процедур, що не рідко призводить до конфліктного розвитку подій. У табл. 3 представлені результати досліджень С.Антонюка щодо причин виникнення конфліктних ситуацій за оцінками пацієнтів [1].

Основні види претензій застрахованих осіб до лікаря

Характеристика лікаря	Коментар
“Мовчазні лікарі”	Відсутність у хворого повної інформації про лікування, його етапи, можливі ускладнення та наслідки
Неуважні лікарі, лікарі з низькою професійною кваліфікацією	Неякісно проведене лікування, ускладнення терапії, негативні результати лікування
Грубі або байдужі лікарі Недоступні лікарі	Порушення лікарем принципів етики та деонтології Неможливість потрапити на прийом до дуже зайнятого лікаря, зменшення тривалості консультації, зниження якості лікування
Лікарі-хабарники	Необхідність фінансової або іншої “подяки” лікарю
Лікарі зі шкідливими звичками, неохайні або не пунктуальні	Низький рівень індивідуальної культури медичного працівника

Автори дослідження переконані в тому, що для усіх лікарів України є надзвичайно корисною інформація, що представлена нами у табл. 4, яка характеризує рекомендації, запропоновані американським комітетом з питань якості в охороні здоров'я з метою вироблення стратегій підвищення якості медичного обслуговування в ХХІ ст. [2].

Таблиця 4

Правила для систем охорони здоров'я ХХІ ст.

Сучасний підхід	Нове правило
Медична допомога надається основним чином під час візитів пацієнта до лікаря	Медична допомога базується на постійних контактах пацієнта та лікаря
Професійна самостійність визначає можливість варіативності	Медична допомога надається у відповідності з індивідуальними потребами й поглядами пацієнтів
Медичні працівники контролюють медичну допомогу	Пацієнт є джерелом контролю
Інформація реєструється	Знаннями діляться. Інформаційні потоки переміщуються вільно
Рішення приймаються на підставі підготовки й досвіду	Рішення приймаються на підставі доказів
Принцип “Non posere!” (Не нашкодь!) є індивідуальною відповідальністю	Безпека пацієнта є невід'ємною частиною системи
Необхідна закритість	Необхідна прозорість
Система реагує на потреби	Потреби прогноуються
Прагнення до зниження витрат	Безперервне скорочення недоцільного використання ресурсів
Професійні пріоритети кожної категорії медичних працівників над пріоритетами системи	Пріоритетом є співвідношення між різними категоріями медичних працівників

Інтелектуально-технологічне забезпечення стоматологічної служби — це інновація третього тисячоліття, й опанування нею та практичне її впровадження у оздоровчо-відновлювальний процес під силу лише справжнім професіоналам-стоматологам найвищого рівня, які володіють світовими технологічними досягненнями стоматологічної науки і практики й базуються на національно-культурній традиційній основі самовдосконалення до межі творчих і фізичних зусиль.

На думку В.В. Кравченка, за останні роки в Україні стрімкими темпами розвиваються недержавні стоматологічні заклади, які, по-перше, суттєво знижують навантаження на державний бюджет, а, по-друге, забезпечують поступовий перехід на різні форми приватної стоматологічної допомоги [3].

Нижче, у табл. 5 подані основні принципові відмінності у функціонуванні лікувально-профілактичних закладів державної і недержавної форм власності.

Наведені у табл. 5 дані свідчать про переваги приватної стоматологічної практики та доцільність її широкого введення у практичну діяльність системи охорони здоров'я України.

Однак активний розвиток недержавних стоматологічних лікувально-профілактичних закладів не забезпечується достатнім нормативно-правовим врегулюванням взагалі та науково обґрунтованою методикою оформлення договору про надання платних медичних послуг, зокрема.

Таблиця 5

**Основні принципи відмінності у функціонуванні державних і приватних стоматологічних закладів [3, с.10].**

Стоматологічні заклади державної форми власності	Стоматологічні заклади приватної форми власності
<b>1. Стан фінансування</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Бюджетне, частково комунальне, господарське.</li> <li>2. Тенденція браку обсягів фінансування.</li> <li>3. Наявність жорстких рамок кошторису з відповідними статтями.</li> <li>4. Наявність калькуляції витрат на окремі види робіт.</li> <li>5. Неможливість: <ul style="list-style-type: none"> <li>— вільного розпорядження фінансовими ресурсами;</li> <li>— оперативного розпорядження коштами без довготривалого погодження з контролюючими органами.</li> </ul> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Самофінансування.</li> <li>2. Фінансування без обмежень за потребами лікарів-стоматологів.</li> <li>3. Відсутність постійного кошторису.</li> <li>4. Можливість вільного та оперативного розпорядження коштами у залежності від реальної потреби.</li> </ol>
<b>2. Стан матеріально-технічної бази</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Наявність застарілого, незручного для лікарів та пацієнтів обладнання.</li> <li>2. Неможливість вчасного його оновлення через брак коштів.</li> <li>3. Значний відсоток незадовільного стану лікувальних кабінетів, в яких ведеться прийом пацієнтів.</li> <li>4. Нехтування зі сторони медичного персоналу засобами індивідуального захисту.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Високий рівень матеріального і технічного забезпечення;</li> <li>2. Можливість керівника закладу (підприємця) самостійно без додаткових погоджень вирішувати питання придбання стоматологічного оснащення та матеріалів.</li> <li>3. Використання сучасних дезінфікуючих засобів.</li> </ol>

<p>5. Порушення санітарно-епідеміологічного режиму.</p> <p>6. Неможливість витрачання коштів на придбання сучасних стоматологічних матеріалів та інструментарію відповідно до реальних потреб.</p>	<p>4. Наявність сучасного інтер'єру та необхідного ремонту приміщень з обладнанням їх вентиляційними системами та системою кондиціювання повітря.</p>
<b>3. Оплата медичної послуги</b>	
<p>1. Самовільне, неконтрольоване встановлення лікарями розцінок на медичні послуги.</p> <p>2. Сплата пацієнтом коштів за лікування поза касою</p>	<p>1. Формування прайс-листа з визначенням рівня оплати за різними видами стоматологічних послуг.</p> <p>2. Сплата пацієнтом коштів в касу згідно з актом виконаних робіт.</p>
<b>4. Оплата праці медичних працівників</b>	
<p>1. Фіксована заробітна платня.</p>	<p>1. Нефіксована заробітна платня.</p> <p>2. Отримання лікарями відсотку від фактично виконаного обсягу робіт.</p>
<b>5. Організаційні засади лікувального процесу</b>	
<p>1. Низький рівень надання стоматологічних послуг.</p> <p>2. Неможливість своєчасного втілення сучасних технологій лікування.</p> <p>3. Збільшення терміну лікування одного зуба до 2–6 днів.</p> <p>4. Відсутність гарантії на проведене лікування.</p> <p>5. Використання низько вартісних стоматологічних матеріалів.</p>	<p>1. Надання переваги сучасним стоматологічним матеріалам і технологіям.</p> <p>2. Гарантія якості на всі види стоматологічних втручань.</p> <p>3. Наявність контролю за якістю лікування пацієнтів.</p> <p>4. Використання сучасних дорого вартісних стоматологічних матеріалів.</p>
<b>6. Інші відмінності</b>	
<p>1. Надання стоматологічної допомоги за принципом “рафінування”.</p> <p>2. Наявність значної кількості не атестованих лікарів, а також лікарів II і I кваліфікаційних категорій та лікарів з припиненим професійним удосконаленням.</p> <p>3. Складна процедура звільнення працівника за ініціативою адміністрації.</p> <p>4. Відсутність фінансування на рекламу.</p> <p>5. Фактична відсутність мотивації до праці.</p> <p>6. Наявність значної кількості скарг від населення.</p>	<p>1. Відсутність прикріпленого до установи населення.</p> <p>2. Звільнення працівника після 2–3 порушень виробничої дисципліни.</p> <p>3. Можливість витрат на рекламу.</p> <p>4. Наявність мотивації до праці.</p> <p>5. Високий рівень задоволеності пацієнтів.</p> <p>6. Високий рівень забезпеченості сучасним обладнанням.</p>

## Література

1. Антонюк С., Радиш Я. Державне регулювання розвитку приватного сектора в охороні здоров'я України (на прикладі надання населенню стоматологічної допомоги) // Вісник НАДУ, 2005. — № 2. — С. 147–152.
2. Волкова А.С., Анакшин В.В., Камчатный Г.И. Организационно-правовые основы частной стоматологической деятельности. — Х.: Курсор, 2003. — 400 с.
3. Кравченко В.В. Наукове обґрунтування організаційних основ функціонування моделі приватної практики в стоматології в період переходу до ринкових відносин: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03. — К., 2007. — 23 с.
4. Панорама охорони здоров'я населення України / А.В.Підаєв, О.Ф.Возіанов, В.Ф. Москаленко, В.М. Пономаренко та ін. — К.: Здоров'я, 2003. — 396 с.
5. Тьчинок-Соломко И. Айболитов бизнес // Кореспондент, 2005. — №7 (146). — С. 48–49.
6. Шутов М.М. Організаційно-економічний механізм розвитку системи охорони здоров'я у регіоні: Автореф. ...дис. д.е.н.: Інститут економіко-правових досліджень НАН України. — Донецьк, 2004. — 31 с.