

the control group, in which only 2 women (6,7 %) received treatment for infertility. Among the relatives of women of the studied group were people with loss of hearing and speech. That was the sister of the woman with primary infertility. And the husband's sister of the couple with infertility suffered from Down syndrome that is statistically different ($p < 0,05$) from the data of the control group, in which there were no anomalies among the relatives.

Key words: epidemiology, female infertility, male infertility.

Institute of Hereditary Pathology of National Academy of Medical Sciences of Ukraine (Lviv)

Рецензент – проф. О.М. Юзько

Buk. Med. Herald. – 2014. – Vol. 18, № 4 (72). – P. 172-177

Надійшла до редакції 16.09.2014 року

© Н.В. Зборовська, Н.С. Лук'яненко, 2014

УДК 614.2(477)

Г.М. Урсол¹, О.А. Скрипник², О.М. Василенко³

ПРИВАТНИЙ СЕКТОР СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ – АКТИВНИЙ РЕЗЕРВ ПІДВИЩЕННЯ ДОСТУПНОСТІ ТА ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ: ДОСВІД КІРОВОГРАДСЬКОЇ ОБЛАСТІ

¹Приватне підприємство приватна виробнича фірма «Ацинус»

²Департамент охорони здоров'я Кіровоградської облдержадміністрації

³Приватне підприємство «Лікарня Святого Луки»

Резюме. У статті відображені основні проблеми функціонування системи охорони здоров'я України, особливості формування та переваги приватного сектору системи охорони здоров'я України та висвітлено досвід діяльності приватних медичних структур Кіровоградської області.

Ключові слова: медична допомога, приватні установи охорони здоров'я, державні соціальні стандарти, державно-приватне партнерство, програма соціального замовлення.

Вступ. Структурно-функціональна модель організації надання медичної допомоги в Україні базується на державних і комунальних медичних закладах за партнерської участі приватної медицини як невід'ємної її складової.

Приватний сектор медицини України, що налічує понад 22000 зареєстрованих суб'єктів підприємницької діяльності, де працює близько 200 тисяч співробітників галузі охорони здоров'я, постійно надає медичну допомогу десяткам мільйонів населення України, забезпечує його необхідною кількістю медикаментів, товарів і виробів медичного призначення, щорічно розвантажуючи державний бюджет охорони здоров'я України на 1,8-2 мільярди гривень.

Окрім основної мети – надання доступних та якісних медичних послуг населенню, – діяльність приватних установ охорони здоров'я спрямована на отримання прибутку та, як правило, на залучення інвестиційних коштів.

Держава підтримує розвиток приватного сектору в медичній сфері: щорічно МОЗ України видає близько двох тисяч ліцензій на здійснення господарської діяльності в медичній практиці фізичним особам-підприємцям і юридичним особам. Крім того, один із законопроектів із питань запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, який був внесений до парламенту України, передбачає

можливість участі в системі страхування медуктанов недержавної форми власності.

Хоча слід зауважити, що кроків, яких вживає держава щодо розвитку державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я, недостатньо. На даний час з боку держави не розроблена дієва система сприяння приватній медицині, як соціально значимому сектору економіки, в основі якої повинен бути відповідний комплекс заходів щодо пільгового оподаткування, кредитування, оплати комунальних послуг, партнерського рівноправ'я державних і приватних закладів охорони здоров'я тощо. Тому розвиток приватної медицини зумовлений виключно потребами ринку, на якому медичні послуги виступають як товар.

Кон'юнктура сучасного ринку медичних послуг є певною мірою сприятливою для приватного сектору медицини, про що свідчить поступове збільшення за останні роки темпів росту (понад 200 %) більш потужних клінік, медичних центрів. Однак врегулювання складних економіко-соціальних відносин між державними і комунальними закладами охорони здоров'я з одного боку, приватними медичними закладами – з другого боку та державою з її фіскальними і ліцензійними вимогами до приватних закладів охорони здоров'я як до суб'єктів господарювання – з третього боку, на даний час не є державною прерогативою, а тому вирішуються приватними за-

кладами охорони здоров'я виключно самостійно, виходячи з умов, в яких вони розвивають свій бізнес.

Мета дослідження. Відобразити основні проблеми функціонування системи охорони здоров'я України, особливості формування та переваги приватного сектору системи охорони здоров'я України на прикладі досвіду діяльності приватних медичних закладів Кіровоградської області.

Матеріал і методи. Проаналізовано статистичні дані приватного сектору медицини, основні показники витрат державних і комунальних закладів охорони здоров'я (на прикладі Кіровоградської області).

Результати дослідження та їх обговорення. Відсутність чіткої державної програми, спрямованої на вирішення проблеми врегулювання складних економіко-соціальних відносин у сфері охорони здоров'я, породжує певну залежність приватних закладів охорони здоров'я від сприятливості кон'юнктури ринку медичних послуг. Це, у свою чергу, породжує проблему нестабільності приватного сектору медицини. За даними досліджень із кожної сотні створених медичних центрів з 1995 року до тепер «дожили» 46, стоматологічних кабінетів – 66, аптечних закладів – 89, приватних конструкторських бюро і малих підприємств з конструювання і виробництва медичної апаратури, інструментів і обладнання – лише 11. З них 41,5 % не змогли вийти на необхідну рентабельність своєї роботи, своєчасно виплатити отримані в банках кредити; 14,1 % – були змушені закритися з приводу нерационального їх розташування, підвищення орендної плати, розриву договорів на оренду через свою юридичну необізнаність; 18,3 % – не витримали податкового тиску, свавілля контролюючих органів; 9,3 % – були позбавлені ліцензій, або не поновили їх на наступний період; 1,8 % – зупинили свою діяльність із причин конфліктів між пацієнтами та закладом; 11,0 % – визнали себе банкрутами через недосконале і некваліфіковане керівництво з боку керівників цих підприємств, установ і закладів; 4,0 % – становлять інші причини.

Вищенаведене свідчить про слабку юридичну, економічну, соціальну базу, яка ще існує при формуванні сектору приватної медицини [1] та про відсутність інтересу держави до заповнення цієї прогалини відповідною нормативною базою з подальшим навчанням організації і управлінням охороною здоров'я в умовах провадження господарської діяльності з медичної практики приватними суб'єктами господарювання.

Саме тому кон'юнктуру ринку медичних послуг для приватних закладів визначає в основному споживач, який платить у приватних лікувально-профілактичних закладах переважно за сервіс, який включає [3]: оперативність (прийом за записом); достатній час прийому; відповідальність і більш організоване ставлення з боку персоналу до процесу лікування; можливість якіснішої діагностики і лікування за

рахунок наявності в штаті і серед консультантів практично всіх необхідних лікарів, які працюють у команді; ввічливість і уважність персоналу; хороше устаткування; додаткові послуги; зручний і приємний інтер'єр у самому закладі.

Основними конкурентними перевагами приватної медицини перед державною є доступність, оснащеність, кваліфікація персоналу і зв'язок із потужними лікувальними установами, вартість, позиціонування на ринку [2, 3].

Усе це створює певний імідж приватного сектору медицини як ресурсу, який має безліч вигод для держави і який не потребує капіталовкладень, а лише нормативно-врегульованого підґрунтя для своєї діяльності. Найголовнішою вигодою держави в підтримці розвитку приватного сектору системи охорони здоров'я України є вагомий внесок приватної медицини у фінансування галузі. Так, за даними окремих українських авторів, «тіньовий ринок» медичних послуг в Україні складає близько 2 млрд дол. США на рік (приблизно 26 млрд грн), що перевищує на 2/3 бюджет галузі охорони здоров'я на рік. При виведенні цих коштів з тіні держава лише у вигляді податків зможе одержати майже 150 млн. грн на рік. Окрім цього, приватні лікувально-профілактичні заклади знімають понад 10 % навантаження з державних лікарень та поліклінік [2, 3].

Якщо розглядати реалізацію відповідних державних соціальних стандартів, що визначають гарантії населенню щодо отримання медичної допомоги, то картина не зовсім райдушна.

Стаття 49 Конституції України гарантує для всіх безоплатність медичної допомоги при тому, що в статті 95 Основного Закону визначено інше – «...Виключно законом про Державний бюджет України визначаються будь-які видатки держави на загальносуспільні потреби, розмір і цільове спрямування цих видатків...» [5]. Іншими словами: у даному випадку медична галузь щороку отримує стільки коштів, скільки є в державній казні.

Постановою Кабінету Міністрів України від 17 серпня 1998 року № 1303, яка визначає пільговий відпуск лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування, функція їх фінансування відведена місцевим органам влади на рівні міст і районів [6]. Якщо брати дані Кіровоградської області, то з року в рік зазначені видатки не перевищують 1-2 % від потреби.

У державі за увесь період існування незалежної України не визначено навіть рівня гарантованої державою безоплатної медичної допомоги населенню. При спробі прорахувати у 2002 р. мінімальні витрати на безоплатну гарантовану допомогу лише при невідкладних станах, ця сума склала майже три річних бюджети всієї галузі охорони здоров'я країни. Тому постанова Кабінету Міністрів України від 11.07.2002 року № 955, хоча і входить до переліку соціальних нормативів, проте не діє [7].

Цей перелік можливо продовжувати, але такі соціально важливі функції, як гарантії стоматологічної допомоги декретованим контингентам населення, особливо дітям і ветеранам (у т.ч. вартісне зубопротезування), пільгове забезпечення ліками певних категорій населення та інше, можливо організувати шляхом переведення фінансування через адресну грошову допомогу тим контингентам населення, які цього потребують, і залучити приватний сектор медицини для додаткового обслуговування цієї величезної кількості пацієнтів, проте за цільові кошти, що виділила держава конкретному адресату. Натомість маємо потік скарг, неможливість надання адекватної допомоги через недостатність бюджетних коштів, безпорадність медичних працівників та намагання вирішення проблем через примусові «добровільні внески». Враховуючи певні відмінності щодо організації діяльності державних і недержавних медичних закладів, існують певні «інформаційні міфи» стосовно їх взаємовідносин. Наведемо деякі з них.

По-перше, це позиція, що за додатково оплачені медичні послуги можливо сподіватися на кращий результат для пацієнта. Зворотним процесом такої постановки питання є ситуація, коли пацієнт приносить результати вартісних діагностичних досліджень із приватних медичних структур, а їх повторно призначають для перевірки ще й у державному закладі. У результаті – нові бюджетні витрати на розхідні матеріали, додаткова витрата часу медичних працівників державного сектору та інші супутні витрати. Якщо врахувати, що в структурі державних видатків на медичну галузь до 80-85 % коштів це заробітна плата, до 12 % – комунальні платежі, то 3-8 %, що залишаються, не покривають і мінімальної потреби на інші видатки. У результаті ці обстеження повторно проводяться за кошти пацієнтів, які надходять на спеціальний рахунок медичних закладів у вигляді «добровільних внесків», і після оприбуткування вважаються як бюджетні кошти.

По-друге, існує упередження, що надавши приватному медичному закладу право на виписку лікарняних листів, вони і цю функцію переведуть у спосіб особистого збагачення, де листок непрацездатності стане «товаром».

Ми вважаємо, що даний аспект необхідно розглянути в етичній та професійній площині, і він абсолютно не дає ніяких переваг приватним закладам, адже в корумпованого лікаря державного закладу охорони здоров'я листок тимчасової непрацездатності також може бути «нелегальним товаром».

По-третє, оформлення медичного огляду, наприклад, для вступу абітурієнта до вищого навчального закладу чи вступу на службу до підрозділів надзвичайних ситуацій, Збройних Сил України вимагається лише в державних закладах охорони здоров'я, мотивуючи це тим, що людина дійсно пройде даний медичний огляд, а не «купить» готову довідку.

З цього приводу слід зазначити, що інформативність імовірних обстежень, проведених у приватному закладі, може бути в рази вищою за ту, що дають обстеження на застарілому обладнанні центральної районної лікарні. Тому, людина, яка зацікавлена у вивченні стану свого здоров'я піде до приватного закладу на обстеження, а вже районний лікар, призначивши повторно кілька аналізів, виписе довідку, все одно спираючись на результати попереднього, більш інформативного обстеження. І знову ж повертаємося до розгляду даної проблеми в етичній площині і площині корупції, що ніяким чином не може ставити приватного лікаря в розряд корупціонерів автоматично, оскільки він відповідає не лише своєю репутацією, а й подальшою можливістю провадження господарської діяльності з медичної практики.

Перелік подібних вигадок довгий, і необхідно ставитися до них адекватно та толерантно, адже не залежно від форми власності в медичних структурах працюють медичні працівники, які закінчували одні і ті ж медичні навчальні заклади, мають відповідний багаж знань і навичок, проте вирізняються можливостями матеріально-технічного забезпечення своєї діяльності. До речі, чомусь в країні продовжує існувати норма, що стаж роботи лікаря в приватному медичному закладі не враховується до стажу, який дає право на надбавку за вислугою років у разі його переходу в державний заклад.

Якщо брати регіональний формат, то лише в Кіровоградській області на даний час працює 306 суб'єктів підприємницької діяльності, що здійснюють господарську діяльність з медичної практики: 273 фізичні особи-підприємці (89,2 %) і 33 юридичні особи (10,8 %). Стоматологічний сегмент становить 71,2 %. Фармацевтична складова приватного сектору медицини в області налічує 73 заклади: 1 ЗАТ, 19 ТОВ та 53 ПП і ФО-П з розгалуженою мережею аптек і аптечних підрозділів (більш як 300 одиниць) за наявності лише однієї державної аптеки та восьмикомунальної форми власності.

Найбільша приватна медична установа області – приватне підприємство-приватна виробнича фірма «Ацинус» разом із бізнес-партнером приватним підприємством «Лікарня Святого Луки» щороку обслуговує амбулаторно понад 32 тис. пацієнтів, до 500 екстрених викликів на дому, проводить до 145 тис. лабораторних досліджень, до 13 тис. УЗД, до 5 тис. рентгенографічних досліджень, понад 4 тис. КТ, 3,5 тис. МРТ (для порівняння: обласна лікарня у 2013 році провела 3258 КТ досліджень, 3123 МРТ, обласний онкологічний диспансер у 2013 р. – 4141 КТ) тощо. Стационарно в медичному закладі лікується щороку понад 1600 пацієнтів, проводиться до 1 тис. оперативних втручань при показнику оперативної активності 55-60 % і середній тривалості лікування до п'яти діб. Напрацьовано значний досвід щодо проведення дистанційних консультацій і запрошення кращих лікарів, у т.ч. з-за кордону, для

проведення майстер-класів, складних оперативних втручань, що значно підвищує доступність пацієнтів до високоспеціалізованої медичної допомоги і сприяє підвищенню професійного рівня лікарів, які задіяні в цьому процесі.

Іншими словами, це обсяги роботи Центральної районної лікарні району з населенням у 30 тис. жителів і рівень обласних ЛПЗ стосовно забезпечення високоспеціалізованого діагностичного процесу.

Отже, приватний сектор медицини – це величезний резерв для надання доступних і якісних медичних послуг.

Наведені моменти переконливо свідчать про те, що при неспроможності держави на даному етапі реалізувати повноцінну діяльність прийнятої в Україні структурно-функціональної моделі організації надання медичної допомоги, необхідно до моменту запровадження загальнообов'язкового медичного страхування переглянути позицію щодо ролі приватного сектору медицини з наданням йому більшого соціального статусу та розширення можливостей для функціонування. Не виключено, що вже назріла необхідність переходу на державно-приватне партнерство з уведенням соціальних замовлень приватним медичним закладам і установам на ті діагностичні та лікувальні медичні послуги, які поки що не готові надавати державні та комунальні медичні заклади.

Кіровоградщина має відповідний ресурс для створення на її базі пілотного проекту реформування охорони здоров'я в даному напрямку. Базовим медичним закладом могла би стати зазначена повнопрофільна приватна лікарня (ПП ПВФ «Ацинус» та ПП «Лікарня Святого Луки», яка до того ж має статус клінічної бази Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України), що обладнана найсучаснішим обладнанням. Крім того, дана лікарня має власну мережу аптечних закладів, здатних постачати медикаменти за дещо нижчими цінами, ніж у загальній мережі. Це з одного боку. З іншого боку є широке коло пацієнтів обласної лікарні, міської лікарні швидкої медичної допомоги та центральної міської лікарні м. Кіровограда, обласного кардіологічного диспансеру, обласного госпіталю інвалідів війни і ветеранів тощо, які потребують якісного обстеження, але не мають коштів.

Шляхом укладання договору про співпрацю між цими закладами та третьою стороною (наприклад обласною радою чи/та Кіровоградською міською радою) через створення відповідної програми соціального замовлення на рівні територіальних громад, жителі області мали б можливість безкоштовно отримувати якісні послуги з діагностики і лікування, держава зекономила б на придбанні високотехнологічного обладнання, навчанні лікарів та забезпеченні технічної справності, оновленні й модернізації такого обладнання, яке швидко матеріально та морально застаріває.

Висновки

1. Обґрунтовано, що основними конкурентними перевагами приватної медицини перед державною є наступні: доступність, оснащеність, кваліфікація персоналу і зв'язок із потужними лікувальними установами.

2. Доведено, що найголовнішими вигодами держави в підтримці розвитку приватного сектору системи охорони здоров'я України є, поперше, вагомий внесок приватної медицини у фінансування галузі та, по-друге, приватні лікувально-профілактичні заклади знімають навантаження з державних лікарень та поліклінік, адже на сьогоднішній день понад 10 % населення України обслуговується в приватних медичних кабінетах або приватних медичних центрах.

3. Запропоновано переглянути структурно-функціональну модель організації надання медичної допомоги в Україні з наданням більш соціального статусу та розширення можливостей приватного сектору медицини, у т.ч. виконання соціально важливих гарантій держави декретованим контингентам населення через використання виплаченої адресної фінансової допомоги, яка повинна замінити недостатнє бюджетне фінансування на дані цілі.

4. Як варіант зміни вектора функціонування зазначеної структурно-функціональної моделі стала пропозиція переходу на державно-приватне партнерство з уведенням соціальних замовлень.

Література

1. Руднев О.С. Особливості формування системи приватної медицини на сучасному етапі соціально-економічного розвитку України. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://ufoz.com.ua/index.php/gu/statti2/62-statti1>.
2. Буравльов Л.О. Правове регулювання державного управління у сфері приватної медичної діяльності (теоретико-методологічні засади) // Здоров'я нації. – 2008. – № 1 (5). – С. 62-64.
3. Урсол Г.М. Стратегія реформ. Регулювання фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я: від державного до приватного сектору / Г.М. Урсол, О.А. Скрипник, В.І. Бугро. – Кіровоград: ТОВ «Імекс ЛТД», 2009. – 404 с.
4. Дудка В.В. Переваги приватної медицини та вигоди держави у підтримці розвитку приватного сектору системи охорони здоров'я України / В.В. Дудка // Електронне наукове фахове видання "Державне управління: удосконалення та розвиток": Академія муніципального управління. – 2012. – № 1. – С. 47-48.
5. Конституція України: Ухвалена на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 року, зі змінами, внесеними Законом України «Про внесення змін до Конституції України» № 2222-IV від 08.12.2004 року – К.: Вісник Верховної Ради України. – 2005. – № 2. – С. 44.
6. Постанова Кабінету Міністрів України від 17.08.1998 № 1303 «Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань». [Електронний ресурс] // Режим доступу: <http://zakon.nau.ua/doc/?code=550-2000-%EF>

7. Постанова Кабінету Міністрів України від 11.07.2002 р. № 955 "Про затвердження Програми надання громадянам гарантованої державної медичної допомоги". [Електронний ресурс] // Режим доступу: [http://](http://www.psyhealth.org.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=158:-955-11072002&catid=37:2009-05-21-10-04-14&Itemid=60)

www.psyhealth.org.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=158:-955-11072002&catid=37:2009-05-21-10-04-14&Itemid=60

ЧАСТНЫЙ СЕКТОР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ – АКТИВНЫЙ РЕЗЕРВ УЛУЧШЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ОПЫТ КИРОВОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Г.Н. Урсол, А.А. Скрипник, О.М. Василенко

Резюме. В статье отражены основные проблемы функционирования системы здравоохранения Украины и представлен опыт деятельности частных медицинских структур Кировоградской области.

Ключевые слова: медицинская помощь, частные заведения здравоохранения, государственные социальные стандарты, государственно-частное партнёрство, программа социального заказа.

THE PRIVATE SECTOR OF HEALTH SERVICE OF UKRAINE IS AN ACTIVE RESERVE OF IMPROVING THE ACCESSIBILITY AND QUALITY OF MEDICAL CARE: THE EXPERIENCE OF KIROVOHRAD REGION

G.M. Ursol¹, O.O. Skrypnyk², O.M. Vasilenko³

Abstract. The article describes the main problems in the functioning of the health system of Ukraine, peculiarities of formation and benefits of the private sector of the health system of Ukraine and analyzes the experience of the activities of private medical organizations of Kirovohrad region.

Key words: medical care, private health institutions, state social standards, public-private partnership, the program of social order.

Private productive company "Atsinus"
Department of Health Care in Kirovohrad regional state administration
Private company Saint Luke Hospital

Рецензент – проф. В.Л. Таралло

Buk. Med. Herald. – 2014. – Vol. 18, № 4 (72). – P. 177-181

Надійшла до редакції 14.08.2014 року