ПРИВАТНИЙ МЕДИЧНИЙ БІЗНЕС, СТРАХОВА І СІМЕЙНА МЕДИЦИНА В УКРАЇНІ: ПРОБЛЕМИ, ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШОГО РОЗВИТКУ

О.Й. БАКАЛЮК (Тернопіль)

Медичний Центр Тернопільського національного економічного університету

У статті обговорюються деякі невирішені питання розвитку приватного медичного бізнесу, страхової і сімейної медицини в Україні

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **приватний медичний бізнес, страхова і сімейна медицина**

На тлі реформування української економіки та її переходу на ринкову основу, сектор охорони здоров'я практичного залишається поза цим процесом [13]. Відстороненість приватного медичного бізнесу від загального поступу економіки робить його не самим привабливим місцем для інвестицій, хоча деякі реальні зрушення у цьому питанні вже відбуваються [18]. Так, у вересні 2007 року в Берліні проходив Перший Всесвітній конгрес "Дискусійні питання в неврології", на якому розглядалися і питання спеціалізації приватних медичних центрів, їх взаємовідносини з державними закладами, ступінь довіри, вартість та якість послуг, структура витрат

© О.Й. Бакалюк, 2009

тощо. 2007 року у Києві відбулася друга щорічна конференція "Інвестиційні можливості у секторі охорони здоров'я України".

Мета роботи – вияснення сучасного стану проблеми, позитивних і негативних тенденцій, які існують сьогодні у системі охорони здоров'я в цілому, і які відображаються на розвиткові приватного медичного бізнесу, страхової та сімейної медицини на тлі ринкових відносин та сучасного стану економіки в державі.

Матеріал і методи. Аналіз політики державних інститутів влади у напрямку законодавчого забезпечення функціонування приватного медичного бізнесу, страхової та сімейної медицини.

Результати дослідження та їх обговорення. Які позитивні тенденції в охороні здоров'я, на наш погляд, можна виділити з огляду на економічні зрушення на рівні держави?

1. Швидкий розвиток ринку і відносно більша свобода у політиці ціноутворення.

2. Поступовий перехід від призначення переважно генеричних препаратів до брендів.

3. Перспективи кращого правового захисту інвестицій у зв'язку зі вступом України у ВТО.

4. Інтенсифікація процесу підготовки спеціалістів з його наближенням до світових стандартів.

До негативних тенденцій слід віднести:

1. Низький рівень валового внутрішнього продукту.

2. Політичну й економічну нестабільність і практично повну відсутність глобальних реформ у системі охорони здоров'я.

3. Переважаючу до цього часу командно-адміністративну модель управління системою охорони здоров'я.

4. Некоректну політику на рівні МОЗ стосовно видання ліцензій на право надання медичної допомоги.

5. Повільну імплементацію у систему охорони здоров'я стандартів GMP, GCP, GPP, а також відсутність необхідних ресурсів та відповідних інвестицій для прискорення цього процесу.

6. Значний відсоток безрецептурних лікарських препаратів (45 % у порівнянні з 10 % у країнах Євросоюзу).

7. Законсервованість медичних послуг з домінуванням державного сектора на тлі ринкової економіки.

8. Непрозорість фінансової звітності фармацевтичних та інших компаній.

9. Недоступність приватних медичних послуг для більшості українців – вартість перебування у стаціонарі у приватних клініках коливається від 300 до 1000 гривень за добу.

Нині лікувально-профілактичні заклади, які належать до приватного сектора, мають різний правовий та організаційний статус (товариства з обмеженою відповідальністю, акціонерні товариства, приватно практикуючі лікарі). Однак навіть на етапі свого становлення вони дають змогу зменшити навантаження на державну систему охорони здоров'я за рахунок надання допомоги тій частці населення, яка має змогу самостійно платити за лікування. Не варто недооцінювати і той факт, що таким чином виникає певна конкуренція між державними і приватними медичними структурами, яка в цілому буде сприяти підвищенню ефективності роботи галузі в цілому.

У країнах світу співвідношення державного і приватного секторів є різним, і залежно від цього розрізняють різні моделі функціонування системи охорони здоров'я в цілому. Так, співвідношення державного і приватного секторів у США складає 44 і 56 %, у Японії – відповідно 74 і 26 %, Австрії – 66 і 34 %, Великобританії – 85 і 15 %. В Україні частка приватного сектора досі становить лише 5–10 %, та й то у великих містах. Однак усе частіше "успішні пацієнти бажають відвідувати успішних лікарів в успішних клініках" [1].

Одними з перших у приватному секторі з'явилися стоматологічні клініки, які найбільш активно розробляють організаційно-правові основи своєї діяльності [6,11]. Вони складають майже 75 % усіх приватних кабінетів і клінік (ще 15 % – діагностичні кабінети і лабораторії, і більше 10 % – приватні клініки лікувально-профілактичного напрямку). Останні, зазвичай, це окремі кабінети, які орендуються лікарем на території великих державних медичних закладів. Повноцінних приватних клінік в Україні не більше 60, з них багатопрофільних – "Медиком", "Дитина", "Борис", "Добробут" – менше 40.

З вищенаведеного стає зрозумілою вкрай нерівномірна конкуренція у приватному медичному секторі: найбільша у стоматології, помірна – у діагностичному, низька – у лікувальному напрямках.

Відзначимо ще ряд негативних тенденцій розвитку приватного медичного бізнесу, страхової та сімейної медицини в Україні на тлі ринкових відносин. Найбільш важливі з них такі:

1. Фактична незацікавленість держави у розвитку як приватної, так і страхової медицини. І це за умови, що держава **не може** забезпечити своїм громадянам необхідний рівень безкоштовного медичного забезпечення, як це записано у ст. 49 Конституції України. Більшість країн світу вважає, що медицина – це "допомога", а не "послуги", як в Україні. Різниця між цими поняттями є принциповою. Варто наголошувати не на безкоштовності медицини, а на різних джерелах її фінансування (бюджет, приватні пожертви, страхування тощо). Упровадження ж куцого переліку платних медичних послуг не здатне реформувати цю галузь [12].

Невирішеною залишається проблема розвитку страхової медицини. Право кожного на медичне страхування передбачено ст. 49 Конституції України. Крім того, відповідно до Основ законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від 14 січня 1998 року, медичне страхування належить до загальнообов'язкових видів соціального страхування. Проте закону, який регулював би відносини у сфері медичного страхування і в якому були б визначені принципи, правові, фінансові та організаційні засади й механізми функціонування загальнообов'язкового державного медичного страхування, немає.

На наш погляд, на державному рівні слід розробити на перших порах простий механізм відрахувань на обов'язкове медичне страхування. Тепер орієнтовно 20 % населення – люди здорові, яким медична допомога фактично не потрібна, ще 40 % мають незначні відхилення від нормального стану, корекція яких не вимагає значних витрат. Основний тягар економічних витрат лягає на тих 40 %, що залишилися, причому кожен четвертий з цієї групи потребує, зазвичай, тривалого стаціонарного лікування. Страхова сума в середньому могла б складати приблизно 3 гривні на місяць на кожного жителя без урахування його економічного стану (а це вартість дешевої коробки цигарок), а загальна сума страхових накопичень може досягати сотень мільйонів на місяць. Але доки не буде змінена або доповнена ця стаття Конституції, ефективної страхової медицини не буде.

Інша проблема – проблема розвитку, поряд із приватною і страховою, сімейної медицини [2]. Загальноприйнятою тенденцією розвитку медицини у світі є пріоритетне забезпечення фінансами (40 %) і кадрами працівників первинної ланки охорони здоров'я – сімейних лікарів. Як свідчать дані ОЕСР (Організації Економічної Співпраці і Розвитку, Париж, Франція), в Україні кількість стаціонарних ліжок становить 9,5 на 1000 чоловік, в ОЕСР – 5,5; тривалість стаціонарного лікування – відповідно 14,1 та 6,1 днів. Скорочення кількості лікарень та лікарів та перенесення акценту в лікуванні на амбулаторний етап є найоптимальнішим шляхом вирішення проблеми поліпшення медичної допомоги за умови обмеженого державного фінансування. Однак до цього часу не врегульовані на законодавчому рівні більшість важливих аспектів діяльності сімейних лікарів: правове забезпечення можливості займатися приватною медициною, фінансове та інструментальне забезпечення його фактично цілодобової роботи, право вибору пацієнтом свого сімейного лікаря незалежно від територіальної належності тощо.

2. Недосконалість або й відсутність стрижневих нормативних документів („вакуум в українському медичному законодавстві" [9]), які б регламентували ефективне функціонування приватної медицини та її інтеграцію у єдиний медичний простір; відсутність єдиного координуючого органу для розвитку цього сектора, єдиної системи реєстрації кількості та якості роботи (форми звітності, контролю, ліцензування діяльності [17], а також відсутність у більшості лікарів специфічних знань по веденню бізнесу [9].

Існують й інші недоречності. Для прикладу, приватні клініки не мають права використовувати наркотичні засоби. Як в таких умовах розвивати хірургічну службу чи надати пацієнту невідкладну допомогу у життєнебезпечній ситуації? Чому приватним клінікам заборонено виписувати лікарняні листки, навіть якщо пацієнт лікується стаціонарно? Чому приватна клініка не може направити пацієнта на МСЕК для встановлення групи інвалідності? Як лікар, який має тільки приватну практику, повинен атестуватися, кому готувати відповідні звіти, отримувати категорію? І таких "чому" ще безліч.

3. Рівень здоров'я населення в цілому віддзеркалює стан і розвиток економіки держави – доведено чітку пряму залежність між очікуваною тривалістю життя і рівнем валового національного продукту на душу населення. За показником очікуваної тривалості життя Україна серед інших країн світу посідає 54-е місце для чоловіків (64,8 року) та 47-е для жінок (73,6 року). У Японії ці величини складають відповідно 75,8 та 81,9 років.

Не можна не відмітити і той факт, що за рівнем відрахувань національного прибутку на потреби охорони здоров'я Україна перебуває в середині сьомого десятку зі 126 країн світу (витрати на охорону здоров'я однієї людини у ФРН у 2007 році склали 2000 євро, у Польщі – 600 євро, в Україні – 42,7 євро). А за розрахунками ВООЗ, якщо частка валового національного прибутку, яка виділяється на потреби системи охорони здоров'я, менша 8–10 %, то галузь не може успішно розвиватися, бути ефективною та рентабельною [10]. Тим не менше, видатки на охорону здоров'я за усі роки незалежності не перевищували 4 % ВНП і 30 % від реальної потреби. За таких умов руйнування інфраструктури галузі є неминуче!

4. Зловживання та корупція у справі закупівлі ліків та апаратури. Візьмемо, для прикладу, справу закупівлі ліків. Директор Державного фармакологічного центру, виконавчий директор Асоціації фармацевтів України В.Т.Чумак [16] відмічає, що натепер в Україні зареєстровано біля 15 тис. препаратів за торговими назвами, із них засобів за діючою речовиною – лише дещо більше 2250, причому інструкції до їх вживання схожі, як дві краплі води. При цьому вкажемо на існування "своїх" фірм, у яких за бюджетні кошти чиновни-

ки МОЗ України закуповували ліки для державних лікарень за цінами, які на декілька порядків перевищували ціни аналогічних ліків на нашому ринку, блокуючи можливість участі в тендерах інших фірм. Відзначимо також, що за ці ж кошти проводилася масова закупівля дороговартісного обладнання, яке потім передавалося у приватні руки [7].

5. Вагомий "медичний баласт" – велика кількість чиновників від медицини і "паперових" лікарів. Їхня професійність не відповідає вимогам сьогодення, а опір науковим реформам – неймовірний.

6. Недобросовісність у роботі окремих фармацевтичних фірм та компаній, для яких населення України стало "полігоном" для апробації нових лікарських засобів. Сьогодні фармацевтичний ринок переповнений великою кількістю ніби-то аналогічних за дією, однак різних за назвою препаратів, причому кожна фірма вважає за потрібне довести переваги власне нею створеного засобу шляхом проведення "подвійних, сліпих, плацебо-контрольованих, рандомізованих і т.д." досліджень. Ці засоби активно пропагуються спікерами компаній, а за відповідний гонорар (який часто перевищує їх платню за декілька місяців) - лікарями і науковцями, рекламуються в пресі, на телебаченні, не кажучи вже про сторінки профільних медичних журналів [8]. Наприклад, хто, де і коли провів дослідження, які б установили надзвичайно високу ефективність препарату "Ламінарин", яка так нав'язливо рекламується на радіо, або "Солпадеїн" телебаченням? І таких прикладів можна навести безліч. З посиланням на Г.Л. Апанасенка [4] наводимо слова відомого у Європі еколога і доктора медицини Луї Броуера, який на основі абсолютно достовірних фактів довів, що сучасною медициною керує невелика, однак всемогутня група олігархів, які стоять на чолі потужних хіміко-фармацевтичних компаній, і які завдяки колосальним фінансовим вливанням підбирають потрібних собі політиків, керівників департаментів і закладів охорони здоров'я. Автор використовує термін "геноцид з боку фірм" стосовно пацієнтів – чим більше буде хворих людей, тим більші будуть прибутки цих компаній, і при цьому відмічає, що ні один уряд, до якої нації він би не належав, ніколи не ризикне поставити на карту економічну і політичну рівновагу своєї держави заради збереження здоров'я своїх громадян. А за даними експертів ВООЗ, для лікування патології внутрішніх органів з точки зору цілісності організму, потрібно лише біля 200 лікарських засобів. Ще одна проблема, яка сьогодні активно аналізується, вплив цих потужних фармкомпаній на значну частку клінічних рекомендацій, оскільки зв'язок між експертами, які складають клінічні рекомендації, і фарміндустрією набуває загрозливих масштабів.

7. Законодавча неврегульованість більшості аспектів існування народної і нетрадиційної медицини поряд з офіційною, навіть незважаючи на існування ряду законів та підзаконних актів (ч.2 і 3 ст. 74 Основ законодавства України про охорону здоров'я, наказ МОЗ України від 10 серпня 2000 р. "Про надання спеціального дозволу на медичну діяльність у галузі народної нетрадиційної медицини", Указ Президента України від 31 липня 1998 р. "Про заходи щодо врегулювання діяльності у сфері народної і нетрадиційної медицини" та ін). Ситуація вимагає негайного припинення діяльності провидців, цілителів-відунів білої та чорної магій, біоенерготерапевтів "місцевого і міжнародного класів", „здатних знімати наговори, нагнітати прану в чакру, виправляти карму, заряджати воду і шампуні", лікувати усі хвороби – від вад серця та раку до шизофренії – і які збагачуються, користуючись горем людини, її розгубленістю, дорожнечею традиційної медицини [15]. Широке поле для маневру всім їм дає формулювання про цілителя, який "... володіє певним обсягом професійних знань і вмінь в галузі народної і нетрадиційної медицини", і яке викладене у "Положенні про організацію роботи цілителя, який здійснює медичну діяльність у галузі народної і нетрадиційної медицини" від 11 лютого 1998 року. Насамперед, що це за "певний обсяг знань і вмінь"? Хто, де і коли його установив, з ким обговорив і зараз контролює? Законодавець повинен чітко визначити цей допустимий обсяг знань та умінь, забезпечити належну перевірку претендентів, закріпити гарантії щодо підтримки діяльності осіб, які дійсно володіють народними і нетрадиційними методами лікування, розробити чіткий, зрозумілий і водночас жорсткий механізм надання дозволів на заняття цим видом діяльності, припинивши анархію у цій справі на рівні МОЗ, регламентувати правовий статус цілителя і лікаря, насамкінець, забезпечити розумне, органічне поєднання традиційної і нетрадиційної медицини і створення медицини майбутнього – інтеграційної медицини.

8. Вкрай низька заробітна плата працівників державного сектора медицини, відсутність можливості постійного підвищення кваліфікаційного рівня, спілкування з закордонними колегами та недостатній рівень культури надання допомоги, а звідси – недовіра до професійного рівня медичних працівників. Суспільство вимагає справедливості – безкоштовної медичної допомоги, гарантованої ст. 49 Конституції , забуваючи при цьому, що такої ж допомоги потребують і лікарі з їх жебрацькою зарплатою (29-е місце із 31 позиції в рангу галузевих зарплат !). А без-

просвітність існування, несправедлива оцінка їх висококваліфікованої праці суспільством і породили зустрічну реакцію – прагнення отримати додаткову матеріальну винагороду, причому не стільки для збагачення, скільки для елементарного виживання [5]. Вихід з цієї ситуації зрозумілий і рекомендацій не вимагає. Та й сама ситуація уже змінюється – пацієнти усе частіше прагнуть заплатити за лікування дорожче, але офіційно, вважаючи (і вірно!), що рівень допомоги у цьому випадку буде набагато вищий. А це – і відповідний сервіс обслуговування, і рівень діагностики, і головне – гарантія ефективного лікування з позицій доказової медицини [14].

9. Відсутність ефективної скоординованої політики державних інститутів влади, засобів масової інформації, науковців та медичних працівників у питаннях первинної профілактики захворювань, пропаганди здорового способу життя, поліпшення умов праці та екології в цілому [3].

10. Не можна не торкнутися й іншої проблеми охорони здоров'я, яка має відношення до соціуму. Це – духовність кожної людини і суспільства в цілому. Духовний рівень організації людини і суспільства [3] важко піддається кількісному аналізу, однак він (точніше, бездуховність) є, ймовірно, провідним в зростанні показників смертності населення у країнах колишнього СРСР. Причому у цей критерій не слід вкладати тільки релігійний зміст (хоча це важливо!). Під духовністю розуміють особливий стан психіки, який спрямований на усвідомлення суті життя, бажання жити і творити у сприятливому соціальному середовищі, пошук і знаходження свого місця в цьому житті, визначення критеріїв добра і зла для оцінки людей та подій. Тому, навіть якщо зробити українців в декілька разів багатшими, зберігши теперішню соціальну атмосферу (байдужість усіх до усіх, егоїзм, різке розшарування суспільства на багатих та бідних, невпевненість в завтрашньому дні, абсолютна незахищеність людини перед чиновницькою вакханалією, страх захворіти і перетворитися на жебрака, неправедний суд) важко розраховувати на поліпшення демографічної ситуації в цілому. Тому реалізація програми виходу із кризи вимагає, з одного боку, значних зусиль кожної людини, з іншого – суспільнотворчої діяльності державних та громадських інститутів.

З вищевикладеного стає зрозумілим, що держава повинна бути зацікавлена у координації зусиль державної і приватної медицини для досягнення спільної мети - збереження здоров'я нації.

Висновки

1. На тлі реформування української економіки та її переходу на ринкову основу сектор охорони здоров'я практично залишається поза цим процесом.

2. Приватний медичний бізнес, як і сімейна та страхова медицина, в Україні розвиваються недостатньо активно, що значною мірою пов'язане з недосконалістю нормативних документів, які б регламентували їх повноцінне функціонування та інтеграцію в єдиний медичний простір.

Перспективи подальших досліджень:

1. Розробка законів і законодавчих актів, які мають за мету подальший розвиток приватної, страхової та сімейної медицини, її координацію та співпрацю з державною.

2. Законодавче врегулювання проблеми існування поряд з різним формами традиційної медицини, народної і нетрадиційної.

3. Розробка ефективної скоординованої політики державних інститутів влади, науковців та медичних працівників, засобів масової інформації у питаннях первинної профілактики захворювань.

Список літератури

1. *Антонюк С.* Державне регулювання розвитку приватного сектора в охороні здоров'я України (на прикладі надання населенню стоматологічної допомоги) /С. Антонюк , Я. Радиш // Вісник НАДУ.- 2005.- № 2.- С. 147-152.
2. *Апанасенко Г. Л.* Семейная медицина: реальность третьей стратегии здравоохранения / Г. Л. Апанасенко //Medicus Amicus.– 2003.– № 5.–С. 7.
3. *Апанасенко Г. Л.* Валеология в решении демографической катастрофы в Украине / Г. Л. Апанасенко //Здоров'я України.– № 10.– 2004.– С.8-9.
4. *Апанасенко Г.Л.* Здравоохранение в Украине возрождается. Так ли это? / Г. Л. Апанасенко //Здоров'я України.- 2006.– № 1-2.– С. 38.
5. *Бобров О. Е.* Медицина и деньги /О. Е. Бобров // Новости медицины и фармации.– 2004.– № 2 .– С. 6.
6. *Волкова А. С.* Организационно-правовые основы частной стоматологической деятельности / А.С. Волкова, В. В. Анакшин, Г. И. Камчатный – Х.: Курсор, 2003.– 400 с.
7. *Гавалко Ю.* Щодо ефективного використання коштів бюджету /*Ю. Гавалко* // Здоров'я України.– 2006.– № 1-2.–С. 18.
8. *Добров Г.К.* Медицина – „озоновая дыра" над Украиной/Г. К. Добров // Новости медицины и фармации.–2007.– № 21-22.– С. 21.
9. *Зеленский К.В.* Подводные камни частной практики. Опыт практикующего врача/К. В. Зеленский //Medicus Amicus.– 2009.– № 1.– С. 24–25..
10. *Коваленко В.М.*, Хвороби системи кровообігу в Україні: проблеми і резерви збереження здоров'я населення / В. М. Коваленко, А. П. Дорогой // Здоров'я України.– 2004.– № 18.– С.32–33.
11. *Кравченко А.* Наукове обгрунтування організаційних основ функціонування моделі приватної практики в стоматології в період переходу до ринкових відносин: автореф. дис.на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук/ А. Кравченко – К., 2007.– 23 с.