

УДК 351:334+614.2

УЧАСТЬ ПРИВАТНОГО СЕКТОРУ В КАПІТАЛІ ДЕРЖАВНИХ УСТАНОВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Марова С.Ф.

Донецький державний університет управління

Вовк С.М.

Донецький національний медичний університет

У статті проаналізована система медичного обслуговування яка існує на сьогодні в Україні. Визначено що, різні форми власності надають самостійність та особисту економічну незалежність господарювання лікувальної організації в умовах розвитку ринкових відносин. Це пов'язано з тим що, існуючі сьогодні нормативно-правові документи не вичерпують у повній мірі повноцінне юридичне забезпечення ринкових відносин в охороні здоров'я, але чітко показують, що державна політика ефективної медичної допомоги помітна в ринковій стратегії розвитку галузі – через роздержавлення медичних закладів. Доведено, що в сучасних умовах, що характеризуються доволі помітною мінливістю і скороченням бюджетного асигнування на охорону здоров'я, з'являється мотивація до розвитку комерціалізації медичних установ.

Ключові слова: модернізація, медичні установи, державно-приватне партнерство, приватизація, контракти, центр первинної медико-санітарної допомоги.

Постановка проблеми. Система медичного обслуговування є сукупністю стосунків між замовником, постачальниками та споживачами, що регулюються державою. Останнім часом значну підтримку отримало використання контрактної моделі фінансування системи охорони здоров'я з метою стимулювання договірних відносин у сфері державних закупівель та постачання медичних послуг. Розпорядники бюджетних коштів, в тому числі і органи місцевого самоврядування, затверджують рішення щодо того, якою буде кількість автономних постачальників медич-

них послуг, з якими місцевий державний замовник послуг територіальній громаді укладатиме договори про закупівлю медичних послуг. Наслідком є децентралізоване управління медичними закладами, більш ефективна робота постачальників послуг, більш прозорі договірні стосунки.

Аналіз останніх досліджень і публікацій та виділення невирішених раніше частин загальної проблеми. У вітчизняних наукових дослідженнях функціонування різноманітних форм власності у медичній сфері, за останні десятиліття, увага була прикута до ролі економічних інтересів з точки

зору переходу від командно-адміністративних до економічних методів управління [2]. Після руйнування союзної держави, Україну та інші держави пострадянського простору заповнили приватизаційні процеси, які створили принципово нові системи економічних інтересів та мотивів поведінки. Тому увага науковців зосередилася на нових питаннях створення, формування інститутів ринку здоров'я та його інфраструктури. На сучасному етапі такі автори, як М. Білинська, Я. Радиш, Д. Карамішев, І. Рожкова, В. Лобас, В. Лехан та інші в тій чи в іншій мірі приділяють увагу аналізу механізмів державного управління ресурсним забезпеченням системи охорони здоров'я [3]. При цьому недостатньо уваги приділяється проблемам надання більшої автономії медичним закладам, хоча практика надає масу прикладів їх неоднозначної соціально-економічної поведінки. Аналіз літературних даних свідчить, що більшість закордонних вчених [1], які займаються проблемами організації охорони здоров'я, більшою мірою цікавляться загальними проблемами його фінансування та розвитку страхової медицини.

Метою статті є розгляд можливої участі приватного сектору в капіталі державних медичних установ та аналіз стратегії змін державної політики щодо забезпечення покращення здоров'я населення.

Виклад основного матеріалу. Модернізація українського суспільства та його ринкової економіки сформували різні форми власності, що вимагають відповідного, адекватного ринкового, цивільного, земельного, фінансового і трудового законодавства, а на його основі – активних регулюючих законів.

Існуючі сьогодні нормативно-правові документи не висчерпують у повній мірі повноцінне юридичне забезпечення ринкових відносин в охороні здоров'я, але чітко показують, що державна політика ефективної медичної допомоги помітна в ринковій стратегії розвитку галузі – через роздержавлення медичних закладів.

Розвиток ринкових відносин органічно пов'язаний із різними формами власності на засоби виробництва медичних послуг, що забезпечує самостійність та особисту економічну незалежність господарювання лікувальної організації. В сучасних умовах, що характеризуються доволі помітною мінливістю і скороченням бюджетного асигнування на охорону здоров'я, з'являється мотивація до розвитку комерціалізації медичних установ.

Після проведення роздержавлення чи приватизації державної власності будуть створені нові лікувальні установи, представлені новими юридичними особами (підприємцями) або групами фізичних осіб (колективами лікарень), у яких постане питання про вибір господарської діяльності.

При цьому потрібно мати на увазі, що ринкові відносини розвиваються швидше за наявності конкуренції, всіх видів власності, починаючи з державної до приватної, між якими розташовується широкий спектр групових, колективних, асоційованих форм управління.

Водночас слід пам'ятати, що в сучасних умовах реформування галузі неприпустиме розплення державної власності або повна відмова від неї. Необхідно створювати організаційну систему з ефективного використання державних можли-

востей з акумуляцією інтересів власника на засоби виробництва.

Нинішня державна система охорони здоров'я, виходячи з організації управління, може бути представлена трьома видами власності:

- адміністративно-управлінські установи, які знаходяться у веденні державних адміністративних органів;

- самоврядні державні установи чи відділення/служби (самоокупні і самофінансовані після роздержавлення чи приватизації);

- акціонерні державні організації, в яких контрольний пакет акцій належить місцевим органам самоврядування, а інші акції видаються працівникам цього закладу.

Особливістю роздержавлення в охороні здоров'я є організація колективних форм власності і госпрозрахункових відділень. Визнання за колективами права мати власність повинне визначати не тільки цільовий характер роботи, але і особливу форму виявлення як особистого, так і суспільного інтересу. Форма власності наділяє колективи правом розпорядження основними засобами лікарні на власний розсуд, здійснювати самостійне планування, встановлювати обсяг оплати праці, види мотивації. У свою чергу, управління охорони здоров'я регіону не втручається у фінансову діяльність лікувального закладу.

Проаналізуємо можливості приватного капіталу в амбулаторії сімейного лікаря, як одного з основних напрямів реформ охорони здоров'я України.

Головною метою сімейного лікаря центру первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) є задоволення потреб життєзабезпечення сімей прикріпленого населення у всіх видах медико-санітарної допомоги, відповідно до переліку роботи в домашніх умовах, а також наближення первинної допомоги до місця проживання контингенту, незалежно від віку, статі і характеру патології.

З позицій господарської діяльності, як для держави, так і для центру, є важливим, чи буде він бюджетною організацією або приватизованим медичним закладом. Практичним організаційно-правовим кроком щодо поліпшення діяльності сімейного лікаря може бути зміна форм власності ЦПМСД за допомогою приватизації матеріальної бази установи медпрацівниками, що дозволить забезпечити багатокладну конкурентну модель роботи сімейного (сільського) лікаря, а відповідно, і підвищити якість первинної лікувально-профілактичної роботи. Згідно з класифікацією чинної Державної програми приватизації, об'єкти охорони здоров'я відносяться до групи Ж, тобто можуть бути приватизовані без зміни характеру праці.

Основними нормативними документами, що регламентують процедуру приватизації лікувальних закладів є чинна Державна програма приватизації, Закон України «Про приватизацію невеликих державних підприємств (малу приватизацію)» від 1992, № 24, ст. 350 (поточна редакція – від 06.08.2014, підстава 1253-18), Наказ Фонду державного майна «Про затвердження Порядку продажу об'єктів малої приватизації шляхом викупу, на аукціоні (в тому числі за методом зниження ціни, без оголошення ціни), за конкурсом з відкритістю пропонування ціни за принципом аукціону» затвержене нака-

зом ФДМУ від 02.04.2012 № 439 і зареєстроване в Міністерстві юстиції 14 травня 2012 р. за № 753/21066 та інші.

Якщо центр первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) отримує статус приватного (навіть у державній системі охорони здоров'я), то він має більше управлінських і майнових прав, ніж бюджетна амбулаторія. Це дає можливість адекватно реагувати на будь-які зміни в соціально-економічній ситуації товариства, залучати додаткові джерела фінансування. Свої відносини з місцевою владою ЦПМСД (амбулаторія) буде на договірній основі. Фінансування медичної допомоги населенню лікарської ділянки здійснюється згідно з контрактом, як державне замовлення, згідно із сучасним законодавством України.

Крім державного замовлення, амбулаторія сімейної медицини планує свою діяльність на основі договорів з:

- медичними страховими фондами;
- лікувально-профілактичними установами, діяльність яких територіально поширюється на прикріплене до лікарської амбулаторії населення;
- підприємствами, установами й організаціями на додаткове медичне обслуговування працівників і членів їх сімей.

Організація медичної допомоги на засадах сімейного лікаря загальної практики має суттєві відмінності від організації медичної допомоги на засадах дільничного лікаря (табл. 1.1).

Узагальнюючи данні таблиці, можна визначити існуючі переваги та недоліки індивідуальної практики. До переваг, відноситься: орієнтація на пацієнта, орієнтація на установу, особиста незалежність, незалежність у бізнесі, професійна незалежність. До деяких недоліків, можна віднести проблеми ізоляції, необхідність ведення бізнесу, стартові витрати.

Індивідуальна практика насправді є «приватною». Лікар самотужки веде історію хвороби, обслуговує пацієнтів за телефонними і екстреними викликами, направляє їх на лабораторні дослідження. Він безпосередньо спілкується з пацієнтом. Індивідуально практикуючий лікар (медсестра) на початковому етапі своєї діяльності не тільки витрачає багато грошей і сил, але і значно більше ризикує, ніж інші.

Згідно з Цивільним кодексом України (ЦКУ), від 16.01.2003 № 435-IV, поточна редакція від 02.11.2016, підстава 1666-19, господарюючі ме-

дичні об'єкти поділяють на комерційні та некомерційні організації. У свою чергу, комерційні організації членуються на підприємства, господарські товариства і виробничі кооперативи.

Господарськими товариствами визнаються комерційні організації з поділом на частки (вклади) засновників (учасників) із загальним складовим статутним капіталом. Майно, створене за рахунок внесків засновників (учасників), а також вироблене і придбане господарським товариством у процесі його діяльності, належить йому на праві власності.

На рисунку наведено організаційно-правові форми господарюючих об'єктів де учасниками господарських товариств можуть бути громадяни і юридичні особи.

Вибір форми власності, індивідуальної або групової, допомагає вирішенню широкого спектру економічних, професійних, юридичних й особистих проблем медпрацівників. Так, наприклад, робота індивідуально практикуючого лікаря, по суті, аналогічна роботі лікарів, що займаються груповою практикою, оскільки працівник тісно пов'язаний з іншими індивідуально практикуючими лікарями, у них загальні пацієнти, службовці та накладні витрати. І навпаки, лікарі, які займаються груповою практикою, можуть працювати практично ізольовано як у фінансовому, так і в особистому плані, підтримуючи між собою тільки юридичні зв'язки, що і відрізняє їх від індивідуально практикуючих лікарів.

Розвиток малого підприємництва в охороні здоров'я об'єктивно вписується в загальну логіку процесів лібералізації економіки, децентралізації та демонополізації в управлінні економікою країни. Держава надає підтримку малого підприємництва на ринку медичних послуг і товарів медичного призначення.

Законом «Про внесення змін до Податкового кодексу України та деяких інших законодавчих актів України щодо спрощеної системи оподаткування, обліку та звітності», від 04.11.2011 № 4014-VI, поточна редакція від 01.01.2013, підстава 2755-17, визначаються правові засади запровадження та застосування спрощеної системи оподаткування, обліку та звітності для суб'єктів малого підприємництва. Право вибору системи оподаткування, обліку та звітності, включаючи перехід до спрощеної або повернення до прийнятої раніше системи, належить суб'єктам малого підприємництва.

Таблиця 1.1

**Розбіжності в організації медичної допомоги
на засадах дільничного і приватного сімейного лікаря**

Організація медичної допомоги на засадах дільничного лікаря загальної практики	Організація медичної допомоги на засадах приватного сімейного лікаря
Працює за трудовою угодою	Може працювати як за трудовим договором, так і за договором приватного підприємця
Може проживати поза межами лікарської ділянки	Проживає на території лікарської ділянки
Нормований робочий час	Робочий час не нормований. Обслуговування пацієнтів здійснюється цілодобово
Пацієнт не обирає дільничного лікаря	Пацієнт обирає сімейного лікаря. Обслуговування здійснюється на підставі письмового договору
Володіє навичками із загальної терапії. Надає медичну допомогу за терапевтичною спеціальністю	Володіє навичками не лише з терапії, а й з педіатрії, хірургії, акушерства і гінекології, отоларингології, офтальмології та ін., надає медичну допомогу за терапевтичною спеціальністю та в межах обсягу допомоги вузьких фахівців

Політика підтримки і розвитку малого медико-виробничого підприємництва здійснюється на основі реалізації програми, що передбачає:

- розвиток законодавчої та інформаційної бази, формування інфраструктури підтримки і розвитку малого підприємництва;

- удосконалення науково-методичного та кадрового забезпечення розвитку малого підприємництва в охороні здоров'я;

- залучення на конкурсній основі недержавних медичних організацій та приватно практикуючих лікарів до роботи в системі обов'язкового медичного страхування і до виконання муніципальних замовлень (за умови забезпечення дієвого контролю за їх фінансово-господарською діяльністю та обсягом і якістю надаваних ними медичних послуг);

- кредитування суб'єктів малого підприємництва;

- підприємництва в оренду і лізинг основних засобів, що перебувають у державній і муніципальній власності.

Мале медичне підприємство вже набуло значного поширення в стоматології, сфері продажу медичних препаратів та фармацевтиці в наданні спеціфічних видів медичних послуг.

Висновки та пропозиції. Таким чином, можна зробити висновок загальноприйнятої теоретичної концепції переходу від планової економіки до ринкової на сьогодні день не існує. Це той випадок, коли створення наукової теорії перехідного періоду слідує за практикою перетворень. Перехідні економічні відносини характеризуються тим, що вони поєднують у собі риси як старого, так і нового устрою суспільства, які являють собою перетворення всієї системи, а не тільки реформування її окремих елементів.

Подальші дослідження державно-приватного партнерства стосуватимуться пошуку напрямків поліпшення та активізації взаємодії держави і бізнесу у різноманітних соціальних напрямках та виявлення можливостей підвищення ролі такого виду співробітництва, які мають соціальну спрямованість в Україні.

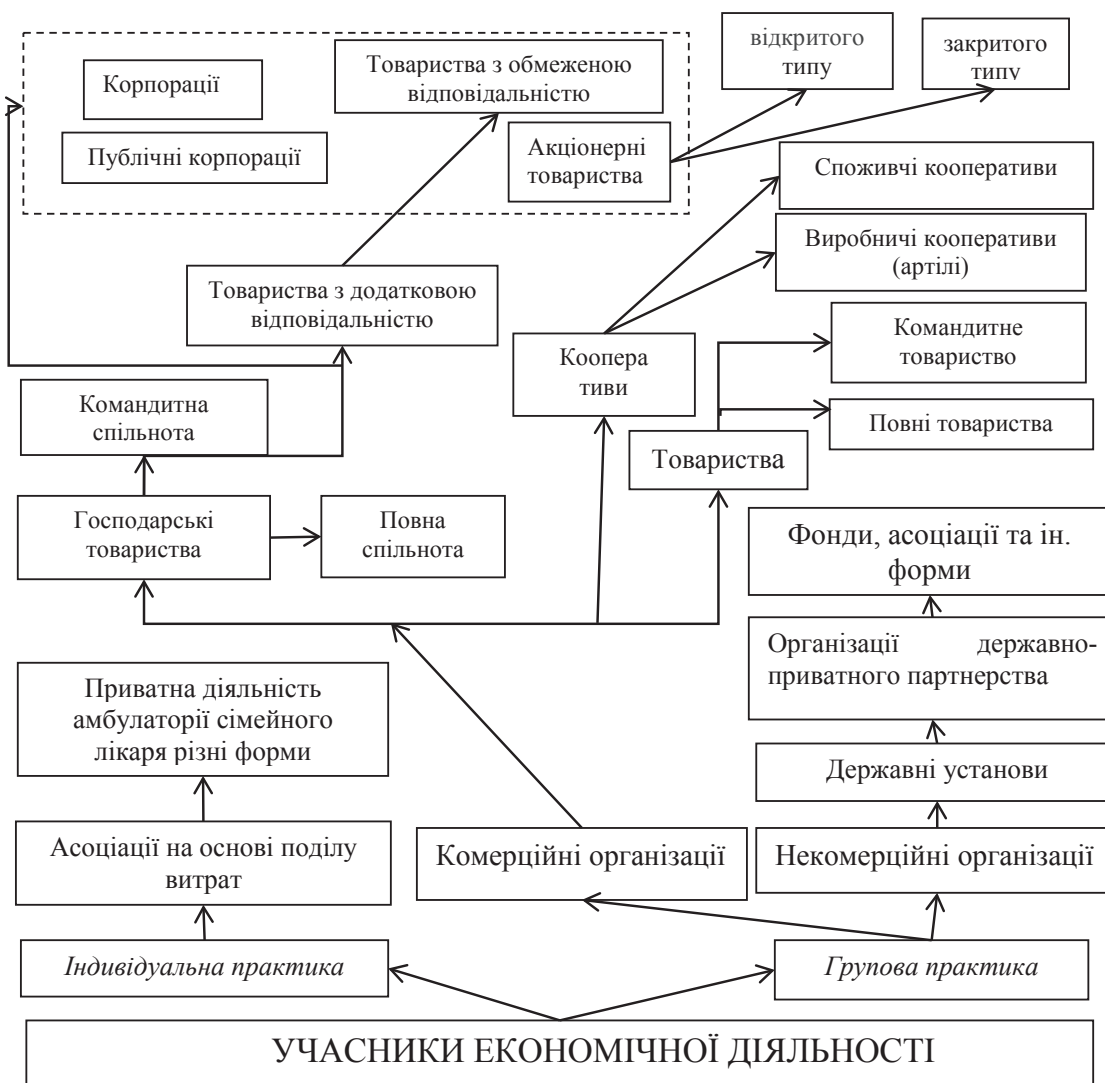


Рис. 1.1. Організаційно-правові форми господарюючих об'єктів (складено на підставі даних роботи [4, 5])

Список літератури:

1. Грузева А., Карамишев Д., Кризина Н. Питання реалізації державної політики забезпечення доступності медичної допомоги населенню: стан та перспективи розвитку // Теорія та історія державного управління. – 2012. – С. 72-77.
2. Голунов А. І. Економічні перспективи щодо реформування галузі та використання сучасних технологій в управлінні первинною медико-санітарною допомогою / А. І. Голунов // Матеріали навч.-практ. семінару-наради «Актуальні питання подальшого розвитку сімейної медицини в Україні», Київ, 20 квіт. 2004 р. / Наук.-метод. центр сімейн. медицини МОЗ України; голов. ред. Орда О. М. – К., 2004. – 53 с.
3. Фещенко Н. М. Галузь охорони здоров'я: проблеми та перспективи фінансового забезпечення / – 2010.
4. Шомникова А. В. Сутність та особливості функціонування ринку медичних послуг // Для наукових працівників, викладачів, аспірантів, студентів, практиків. Редакційна колегія: В. Д. Базилевич, д-р екон. наук; А. А. Чухно, д-р екон. наук; А. В. Шегда. – 2013. – С. 221.
5. Закон України Про Державну програму приватизації (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2012, № 39, ст. 466) <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/4335-17>
6. Kankaanranta T. et al. The role of job satisfaction, job dissatisfaction and demographic factors on physicians' intentions to switch work sector from public to private // Health Policy. – 2012. – Т. 83. – №. 1. – С. 50-64.
7. Goldman L. E. et al. Federally qualified health centers and private practice performance on ambulatory care measures // American journal of preventive medicine. – 2012. – Т. 43. – №. 2. – С. 142-149.
8. Fox T. The antipodes: private practice publicly supported // The Lancet. – 1963. – Т. 281. – № 7287. – С. 933-939.

Марова С.Ф.

Донецкий государственный университет управления

Вовк С.М.

Донецкий национальный медицинский университет

УЧАСТИЕ ЧАСТНОГО СЕКТОРА В КАПИТАЛЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Аннотация

В статье проанализирована система медицинского обслуживания, которая существует на сегодня в Украине. Определено, различные формы собственности предоставят самостоятельность и личную экономическую независимость хозяйствования лечебной организации в условиях развития рыночных отношений. Это связано с тем, что существующие сегодня нормативно-правовые документы не исчерпывают в полной мере полноценное юридическое обеспечение рыночных отношений в здравоохранении, но четко показывают, что государственная политика эффективной медицинской помощи заметная в рыночной стратегии развития отрасли – через разгосударствление медицинских учреждений. Доказано, что в современных условиях, характеризующихся достаточно заметной изменчивостью и сокращением бюджетного ассигнования на охрану здоровья, появляется мотивация к развитию коммерциализации медицинских учреждений.

Ключевые слова: модернизация, медицинские учреждения, государственно-частное партнерство, приватизация, контракты, центр первичной медико-санитарной помощи.

Marova S.F.

Donetsk State University of Management

Vovk S.M.

Donetsk National Medical University

PRIVATE SECTOR PARTICIPATION IN THE CAPITAL OF THE STATE HEALTH

Summary

The article analyzes the health care system that exists today in Ukraine. Defined, various forms of ownership will provide the independence and security of economic independence of the medical organizations management in the conditions of development of market relations. This is due to the fact that existing legal documents do not exhaust the full legal support of market relations in health care, but clearly show that public policies effective medical care prominent in the market strategy development of the sector through the privatization of medical institutions. It is proved that in modern conditions, characterized by quite a noticeable variability and reduction in budget allocations for health, there is a motivation to the development commercialization of medical institutions.

Keywords: modernization, medical facilities, public-private partnerships, privatization, contracts, center for primary health care.