

*Рижкова Є. Ю.,
помічник приватного нотаріуса
Донецького міського нотаріального округу*

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ПРИВАТНОГО СЕКТОРУ МЕДИЦИНИ В США

Анотація. Статтю присвячено сучасному приватному сектору медицини США, аналіз якої проведено за наступними аспектами: структура системи охорони здоров'я США, види та порядок регулювання державних програм, витрати на охорону здоров'я, система фінансування охорони здоров'я, менеджмент страхових організацій, дослідження і розвиток медичних продуктів, регулювання і нагляд у системі охорони здоров'я.

Ключові слова: правове регулювання, система охорони здоров'я, фінансування системи охорони здоров'я, приватна медицина, медична допомога, медичне страхування.

Постановка проблеми. З моменту набуття нашою країною незалежності поставлено багато питань щодо реформування медицини, зокрема: «Якою має бути медицина в Україні найближчими роками?», «Чи потрібно в Україні розвивати приватний сектор медицини?» та інші.

За роки незалежності України система охорони здоров'я не набула відповідних ринкових механізмів свого соціально-економічного розвитку. Головною причиною цього залишається відсутність достатньої економічної основи розвитку держави, а останнім часом – глибока економічна криза держави, низький рівень керування галуззю – відсутність системи менеджменту на відповідних рівнях управління в галузі; недосконалість законодавча та нормативно-правова база формування ринкових відносин, тощо.

Щоб наблизитися до вирішення поставленого завдання, вважаємо за необхідне проаналізувати досвід розвинених країн світу.

Дослідження зарубіжного досвіду правового регулювання діяльності приватного сектору медицини здійснювали такі науковці, як А. Глебов [1], Т. Гончарова [2], С. Ісаков [3], Ю. Марченко [4, с. 110–114], О. Татаренко [5, с. 28–29] й інші вчені-юристи та практики як в Україні, так і за кордоном. Проте велика кількість проблем у правовому регулюванні відносин у медичній сфері України вказує на необхідність продовження дослідження цих відносин. Важливим виглядає вивчення і використання позитивного зарубіжного досвіду.

У статті в якості зарубіжного досвіду пропонується розглянути ключові аспекти приватної медицини в США.

Метою статті є проведення дослідження правового регулювання діяльності приватного сектору медицини і вироблення пропозицій до розвитку законодавства та практики його застосування в Україні.

У статті наведено статистичну і правову інформацію, що підтверджує ефективність функціонування страхової медицини США, і можливість перенесення цього досвіду на український ґрунт. Науковою новизною статті є доведення необхідності запровадження централізованого державного підходу до приватної медицини, переведення її на основи самоокупності за рахунок застосування страхових механізмів.

США є найбагатшою високорозвинутою індустріально-аграрною країною світу з ринковою економікою. У США широ-

ко та найбільше в порівнянні з іншими країнами представлена приватна система медицини. Вона характеризується децентралізацією, високим розвитком інфраструктури страхових організацій та відсутністю державного регулювання. Вказані фактори в певній мірі є новими для нашої країни, що робить актуальним розгляд закордонного правового регулювання приватної медицини скрізь призму держави-гіганту.

Аналіз приватного сектору медицини США проведено за наступними аспектами: структура системи охорони здоров'я США, види та порядок регулювання державних програм, витрати на охорону здоров'я, система фінансування охорони здоров'я, менеджмент страхових організацій, дослідження і розвиток медичних продуктів, регулювання і нагляд у системі охорони здоров'я.

Отже, класичним, первинним прикладом приватної медицини може бути медицина США. Так, у 2000 році на медичне обслуговування середньостатистичного американця було витрачено 4500 доларів США. Середня тривалість життя американців – 77 років. На охорону здоров'я населення США у 2004 році було виділено 15,3% ВВП [6]. А от ФРН та Канада виділили для цього тільки 9,5–10,7%, що значно менше. У 2007 році США витратили на охорону здоров'я 2,26 трильйона доларів США, що складає 7 439 доларів США на одну людину. Згідно з останніми оцінками в США на медичну допомогу витрачається близько 16% ВВП [7]. Очікується, що частка ВВП, що виділяється на охорону здоров'я в США, збільшуватиметься і до 2017 року складе 19,5%. Проте впродовж останніх 30 років збільшення витрат на цю галузь відбувається переважно за рахунок урядових програм, що може серйозно підірвати фінансову стабільність країни.

США – володарі найдорожчої системи охорони здоров'я у світі. США витрачають на систему охорони здоров'я більше, ніж будь-яка інша країна, – як в абсолютних цифрах, так і в співвідношенні з ВВП на душу населення.

Згідно з даними Інституту медицини Національної академії наук США є єдиною у світі розвинутою індустріальною країною, що не має універсальної системи охорони здоров'я. У США близько 84% громадян мають медичну страховку, 64% з них страховка надана працедавцем, 9% придбали її самостійно, 27% громадян страховка надається в рамках державних програм. Певні державні програми дозволяють отримати медичну допомогу інвалідам, особам літнього віку, дітям, ветеранам, малозабезпеченим людям, а також забезпечують невідкладну допомогу усім громадянам країни незалежно від здатності її сплатити. Більше 45% витрат країни в системі охорони здоров'я йдуть на фінансування подібних державних програм. Таким чином, уряд США є найбільшим страховиком держави.

У 2006 році в США медичної страховки не мало 16% населення – а це 47 млн людей. Це обумовлено високою вартістю страховки, яка зростає швидше, ніж заробітна плата або інфляція. У 2001 році через витрати на медичне обслуговування в США збанкрутували близько 50% компаній. Навколо американської системи охорони здоров'я постійно розгортаються де-

бати, йдуть суперечки про її доступність, ефективність і якість, а також про величезні суми, які витрачаються на її підтримку.

У 2000 році ВООЗ, проаналізувавши системи охорони здоров'я 191 країни світу, віддала США перше місце в рейтингу найбільш стабільних систем, здатних до швидкого реагування за умов, що змінюються. При цьому США зайняли перше місце серед найбільш витратних систем охорони здоров'я, лише 37-е місце за рівнем надання медичної допомоги і 72-е за загальним рівнем здоров'я населення. Проте це дослідження ВООЗ було піддане критиці за його методологію і відсутність аналізу задоволеності системою охорони здоров'я самими споживачами.

Згідно з інформацією CIA World Factbook за рівнем дитячої смертності США знаходиться на 41-му місці у світі, за тривалістю життя – на 45-му. Недавні дослідження показали, що в період 1997–2003 років зниження рівня смертності в США відбувалося значно повільніше, ніж в інших 18 індустріальних країнах. З іншого боку, результати проведеного у 2006 році щорічного Національного опитування стану здоров'я, здійсненого Центром контролю захворювань Національного центру статистики в галузі охорони здоров'я, показали, що приблизно 66% респондентів вважають, що їх здоров'я «відмінне» або «дуже добре».

Система охорони здоров'я США представлена незалежними службами на трьох основних рівнях. Це сімейна медицина, госпітальна допомога і громадська охорона здоров'я. Медичні послуги в США надаються приватними особами і юридичними установами. Близько 47% усіх витрат на охорону здоров'я США складають витрати на стаціонарне лікування, близько 2% – домашнє обслуговування, 10% – медикаментозне лікування і 10% – на утримання в будинках престарілих. Решта 11% охоплює послуги стоматологів, офтальмологів та інших вузьких фахівців.

Сімейна медицина – досить розвинена структура в США. Сімейні лікарі оглядають пацієнтів і при необхідності направляють їх до вузьких фахівців або в стаціонар. Оплату такі лікарі отримують безпосередньо від пацієнтів. Як правило, сімейний лікар має власний офіс або кооперується з іншими фахівцями.

У США функціонує два типи госпіталів: які мають право власності, як правило, керовані великими приватними корпораціями, і неприбуткові госпіталі, що знаходяться в управлінні окружної і державної влади, релігійних громад або незалежних громадських організацій. Структура госпіталів схожа зі структурою наших лікарень. Крім того, у США широко розвинена мережа хосписів для термінальних хворих з очікуваною тривалістю життя шість місяців і менше, які субсидуються благодійними організаціями й урядом.

Приватний сектор амбулаторної медичної допомоги представлений особистими лікарями (фахівцями з внутрішньої і сімейної медицини, педіатрами), вузькими фахівцями, наприклад гастроентерологами, кардіологами, дитячими ендокринологами, а також медсестрами й іншим медичним персоналом. У 1996 році з'явилися так звані послуги *concierge medicine* – надання розширеного спектру послуг особистим лікарем за передоплату.

Багато американців, які не мають приватної страховки, підпадають під дію таких урядових програм, як Medicare і Medicaid, а також інших програм різних штатів і місцевої влади для малозабезпеченого населення. Наприклад, для ветеранів і їх сімей існує програма TRICARE. У 1997 році федеральний уряд впровадив програму державного страхування дітей, що забезпечує медичним страхуванням дітей із сімей, дохід яких вище допустимого для участі в Medicaid, але які все ж не можуть дозволити собі купити страховку. У 2006 році програма допомогла 6,6 млн дітей, але в багатьох штатах вона вже зіткнулася з проблемою недофінансування.

Ще в 1986 році було прийнято Акт про невідкладну медичну допомогу і працю [8], який на державному рівні закріпив доступ до невідкладної медичної допомоги для усього населення незалежно від наявності страховки.

Уряд США покриває витрати на охорону здоров'я за допомогою двох основних програм – Medicaid і Medicare, які дозволяють отримати медичні послуги бідним громадянам країни безкоштовно або за низькою вартістю.

У 2006 році програма Medicaid забезпечила надання медичної допомоги 38,3 млн американців з низьким рівнем доходів, а Medicare – 40,3 млн пацієнтів літнього віку й особам з обмеженими фізичними можливостями.

Medicare – відома страхова державна програма для осіб старше 65 років, впроваджена в 1967 році. Нині більше 97% осіб літнього віку, а також 90% людей із захворюваннями нирок важкого ступеню і 3,6 млн інвалідів застраховані за цією програмою.

Ця страхова програма покриває медичну допомогу при гострих станах, у тому числі стаціонарне лікування, різні діагностичні процедури, медичні послуги вдома і нетривале перебування в будинках престарілих. Крім того, пацієнти можуть отримати деякі профілактичні послуги, наприклад, вакцинацію проти гепатиту В, грипу, пневмококу, проведення томографії. Такі послуги, як тривала госпіталізація, надання сестринської допомоги вдома, надання слухових апаратів і рецептурних препаратів цією програмою не оплачуються.

Medicare – досить ефективна програма. Вона частково фінансується за рахунок особливого податку на працівників, частину якого вони платять самі, частину – працедавці. У цілому цей податок складає близько 15% доходу зайнятих американців. Інша частина Medicare фінансується із загальних надходжень прибуткового податку.

Державну програму Medicaid було введено в 1966 році. Вона передбачає страхування американців з бідних сімей. Під дію цієї програми також підпадають літні люди, особи з каліцтвами, інваліди, вагітні і діти. Так, цією програмою були охоплені 33% новонароджених, 25% дітей усіх вікових груп, 40% хворих на ВІЛ.

Medicaid визначає п'ять основних послуг: стаціонарне й амбулаторне лікування, консультації різних фахівців, перебування в будинках престарілих, лабораторну діагностику і рентгенологічні методи дослідження. У рамках цієї програми оплачується перебування в будинках престарілих осіб, які вимагають постійного відходу і не можуть обходитися без сторонньої допомоги. Перебування в таких установах коштує дуже дорого – до 100 доларів США на добу. Тому в більшості людей своїх заощаджень для цього не вистачає. На утримання пацієнтів будинків престарілих витрачається велика частина грошей, що виділяються на Medicaid.

Програма Medicaid фінансується як федеральним урядом, так і органами управління штатів. Федеральний уряд оплачує свою частку витрат за програмою Medicaid з надходжень від загального податку, що складає приблизно половину усіх витрат. Решту оплачує уряд кожного штату.

У результаті проведеного розслідування щодо витрат на охорону здоров'я, бюджетний комітет Конгресу США дійшов висновку, що збільшення витрат безпосередньо пов'язано зі змінами в наданні медичної допомоги, які сталися завдяки вдосконаленню технологій, а також внаслідок зростання рівня доходів, зміни страхового покриття і підвищення цін. Витрати на лікарні і оплату праці лікарів складають значну частину загальних витрат на медицину, тоді як витрати на рецептурні препарати – усього 10%.

Люди зрілого і літнього віку витрачають на медичні послуги значно більше коштів, ніж працююче або дитяче населення. У Dartmouth Atlas of Health Care (2008) опубліковані дані, згідно з якими надання допомоги пацієнтам з хронічними захворюваннями за останні два роки їх життя в рамках програми Medicare підвищує витрати через проведення великої кількості діагностичних і лікувальних процедур, а також збільшує строки перебування пацієнтів у госпіталі. Однак це не привело до поліпшення результатів.

Витрати на надання невідкладної медичної допомоги складають більше 55% витрат за програмою Medicare. При цьому різниця в обсязі послуг, що надаються, перевищує різницю в ціні. Дослідники не знайшли підтвердження тому, що збільшення витрат на амбулаторне обслуговування призводить до зниження витрат на госпіталізацію і навпаки. Збільшення витрат на профілактику захворювань часто пропонується як метод зниження витрат на охорону здоров'я. Проте дослідники відмічають, що в більшості випадків превентивні заходи не сприяють економії коштів, оскільки вони, як правило, надаються людям, які рідко хворіють.

Система охорони здоров'я має неповне громадське фінансування і отримує кошти за рахунок державних і приватних фондів. За рахунок приватних страхових полісів покривається близько 36% витрат на охорону здоров'я, 15% – сплачено безпосередньо приватними особами, 34% – федеральним урядом, 11% – урядами штатів або місцевою владою, 4% – іншими приватними фондами.

Більшості американців (59,7%) медичну страховку надає роботодавець. Окрім медичного страхування, існують різні види допомоги працівникам у разі втрати ними працездатності, страхування життя та іншого.

І хоча працедавець не зобов'язаний надавати страховку своєму службовцеві, навіть зайнятому повний робочий день, великі підприємства практикують таке страхування. З 2001 року вартість такої страховки збільшується на 78% при збільшенні заробітної плати на 19% й інфляції на 17%. При цьому працівникам, яким страховку забезпечує роботодавець, іноді доводиться самостійно оплачувати медичні послуги у вигляді різних доплат і франшиз.

Працедавці пропонують різні види медичного страхування. Одним з найбільш поширених видів медичної страховки є компенсаційне страхування, або страхування «плати за послуги». При цій формі страхування працедавець платить страховій компанії премію за кожного працівника, забезпеченого відповідним полісом. Потім страхова компанія оплачує квитанції, представлені медичною установою або лікарем. Зазвичай страхова компанія покриває 80% витрат з лікування, інші гроші повинен доплатити пацієнт.

Ще одним видом страхування, що існує в США, є страхування «керованих послуг». Існує декілька типів такої страховки: «кадрова модель» об'єднує велику частину медичних працівників, що надають послуги, інші види охоплюють лікарні і будинки для престарілих. Так звані мережі, або асоціації незалежних практик укладають контракти з певною групою медичних працівників та установ на надання усіх послуг, що надаються пацієнтам за цим видом страхування. Зазвичай ці страхові організації отримують деяку фіксовану суму, яка виплачується заздалегідь за кожного пацієнта.

При страхуванні «плати за послуги» медикам оплачується конкретна вартість послуг, які реально надаються пацієнтам, що їх потребують. При страхуванні «керованих послуг» медики отримують тільки встановлену суму на кожного застрахованого пацієнта незалежно від того, чи будуть надані пацієнтові

додаткові послуги понад цю суму або ні. Таким чином, у першому випадку працівники системи охорони здоров'я зацікавлені в залученні пацієнтів і наданні їм різноманітних послуг, а в другому вони навряд чи призначать їх більш ніж необхідно.

Держава підтримує працедавців у забезпеченні своїх співробітників медичними страховками і не обкладає витрачені на них кошти податками. Загальна сума таких податкових субсидій складає приблизно 150 млрд доларів США за рік.

За різними оцінками число незастрахованих американців коливається від 20 до 50 млн осіб (8–20% населення). У 2006 році ця цифра склала 47 млн осіб (15,8% населення). Це велика проблема для США, оскільки багато хто з цих людей не може платити за лікування і відкладає його, що зрештою призводить до підвищення витрат на медичні послуги. До того ж обслуговування великої кількості незастрахованих пацієнтів може привести до банкрутства лікарні або лікаря. А тепер уявімо, що в Україні абсолютна більшість населення не має полісу медичного страхування.

Серед незастрахованого населення США близько 38 млн – працездатні дорослі і більше 27 млн людей мають часткову зайнятність. Близько 37% незастрахованих людей мають сімейний річний прибуток більше 50 тис. доларів США.

Відповідно до даних Census Bureau 36,7 млн незастрахованих – легальні громадяни США, інші 10,2 млн – нелегальне населення країни. Було зроблено висновок, що близько п'ятої частини незастрахованих могли дозволити собі страховку, майже чверть можуть розраховувати на державні програми, а 56% потребують фінансової допомоги.

Згідно з опублікованими в журналі Health Affairs даними у 2001 році незастраховані громадяни США отримали некомпенсованої медичної допомоги на суму приблизно 35 млн доларів США. У результаті аналізу було відзначено, що вартість такої допомоги на одну людину склала половину суми, яку отримує застрахований громадянин США. Крім того, було встановлено, що близько 30,6 млрд доларів США витрачається державою для медичного забезпечення незастрахованих громадян, покриваючи 80–85% некомпенсованої медичної допомоги грантами, різними прямими платежами, податковими субсидіями, оплатами за програмами Medicare і Medicaid. Велика частина коштів витрачається з федерального бюджету, бюджету штатів і місцевих податків.

У рамках моделі «плата за послуги» плата за медичне обслуговування робиться кожною людиною індивідуально за рахунок власних засобів, як і за будь-яку іншу послугу, що надається. Страхова модель передбачає розділення фінансових ризиків, при якій кожен індивідуум або його роботодавець вносить встановлену щомісячну плату. Такий механізм розділення засобів часто дозволяє оплачувати повний спектр необхідних медичних послуг. Але іноді доводиться оплачувати певну суму за послуги, що робляться, – так звану франшизу, або доплачувати якусь частину за кожну процедуру.

На сьогодні більшість роботодавців користуються послугами так званих менеджерських страхових організацій, які організовують надання медичних послуг за ціни, значно нижчі за ту, яку сплатив би працівник при індивідуальному зверненні за допомогою. Основною особливістю таких організацій є укладення селективних контрактів, тобто з декількома постачальниками медичних послуг, що дозволяє знизити ціни. Крім того, ці організації часто пропонують вигідні для працедавця схеми зниження надмірних медичних витрат. Для мінімізації витрат пацієнт перед отриманням спеціалізованої допомоги заздалегідь має бути оглянутий фахівцем широкого профілю.

Менеджерські страхові організації і звичайні страховики часто використовують такі нефінансові механізми контролю,

як адміністративне схвалення або отримання висновків іншого фахівця перед призначенням коштовних процедур.

Поняття «Менеджерські страхові організації» включає організації, що підтримують здоров'я (ОПЗ) (health maintenance organizations), і організації надання переважних послуг (ОПП) (preferred provider organizations). ОПЗ покривають медичні послуги, надані тільки лікарями або клініками, з якими підписані відповідні контракти. ОПП дозволяють сплатити медичні послуги, зроблені як усередині власної мережі постачальників медичних послуг (з якими укладені угоди), так і послуги, зроблені поза мережею. Всупереч очікуванням багатьох експертів ОПП за останнє десятиліття відвоювали значну частку ринку в ОПЗ.

Гнучкість управління й успіх діяльності організації ОПП поступово призводить до того, що і ОПЗ прагнуть розробляти мобільніші моделі управління. Перші ОПЗ у США, такі як Kaiser Permanente в Окленді і Health Insurance Plan у Каліфорнії, були моделлю ОПЗ із власним госпіталем і штатними медичними співробітниками.

Сама назва «Організація, що підтримує здоров'я» походить з ідеї, відповідно до якої ОПЗ функціонують для підтримки стану здоров'я своїх клієнтів, а не просто займаються лікуванням їх хвороб. Виконуючи цю місію, ОПЗ зазвичай забезпечують профілактичне медичне обслуговування. Усередині своєї структури ОПЗ можуть розробляти і впроваджувати керівництво ефективною та економною медичною допомогою, а лікар виступає в ролі консультанта і координатора, що допомагає зорієнтуватися і розібратися в складній системі охорони здоров'я.

Незважаючи на численні дослідження, що доводять високу якість послуг і економічну ефективність ОПЗ, ці організації втрачають свою частку ринку. На зміну їм приходять організації з більш гнучкими моделями управління, здатні запропонувати клієнтам значні знижки за рахунок розвиненої мережі контрактних госпіталів. На сьогодні характерна картина, коли лікар або клініка має значну кількість контрактів із різними компаніями, діагностичними лабораторіями й у своїй роботі користується декількома практичними рекомендаціями.

Виробництвом такої медичної продукції, як надання лікарських засобів та устаткування, займаються приватні компанії. США витрачають колосальні суми на медичні дослідження переважно за рахунок недержавних надходжень. У 2000 році такі неприбуткові приватні організації, як Медичний інститут Говарда Хьюза, субсидували 7% усіх засобів, витрачених на дослідження в США, приватні фармацевтичні компанії, – 57%, Національний інститут здоров'я (НІЗ) – державна установа, бюджет якої формується за рахунок оподаткування, – 36%. Проте вже у 2004 році вклад НІЗ склав тільки 28% фондів, спрямованих на розробку досліджень.

На початку XXI століття обсяг фінансування від приватних фармкомпаній збільшився на 102%. У приватних лабораторіях в основному проводяться дослідження з метою створення нових лікарських препаратів, методик, апаратів, які можуть бути в подальшому зареєстровані і представлені на фармацевтичному ринку. Уряд та університети віддають перевагу базисним дослідженням. Багато таких досліджень проводиться державними дослідницькими інститутами, такими як НІЗ і Національний інститут психічного здоров'я.

Регулювання і нагляд у системі охорони здоров'я здійснюється Центром контролю і запобігання захворюванням. Діяльність Центру контролю і запобігання захворюванням спрямована на визначення й усунення загроз громадському здоров'ю. Окрім нього існують такі регуляторні органи, як Адміністрація з контролю продуктів і лікарських речовин (Food and Drug Administration – FDA), яка займається розглядом і схваленням

дозволів на продаж нових препаратів. Багато організацій, що надають медичні послуги, добровільно проходять сертифікацію Комісією з акредитації госпітальних установ.

Нещодавно центр служб Medicare і Medicaid на своєму веб-сайті розмістив вільний для перегляду рейтинг якості надання медичної допомоги в приватних клініках із вказівкою проблем, які мали місце раніше.

У США відповідальність за систему медичного страхування несе федеральний уряд і частково уряди штатів, що закріплено актом Маккарена-Фергюсона. Штати можуть регулювати обсяг медичних послуг, що надаються за медичними програмами.

Хоча американська система охорони здоров'я найдорожча у світі, вона не позбавлена недоліків. Багато громадян США не можуть отримати адекватної медичної допомоги, захворюваність у країні не знижується, а профілактичні заходи часто не приносять очікуваного результату. Проте США постійно роблять кроки, спрямовані на поліпшення системи охорони здоров'я і здоров'я населення в цілому. Враховуючи тісний взаємозв'язок системи фінансування й організації надання медичних послуг, саме нові механізми фінансування ведуть до змін у системі надання медичних послуг і одночасно є одним з вирішальних чинників на шляху до поліпшення здоров'я нації.

Нині ведуться дебати навколо доступності, ефективності і якості медичних послуг.

Американці витрачають значні кошти на оплату послуг медичних працівників і продукцію фармацевтичних фірм за високими тарифами. Наведемо кілька з них: аналіз сечі коштує 176 доларів США, ЕКГ – 711 доларів США, рентгенографія грудної клітки – 772 долари США. У Канаді, де медицина державна, такі дослідження відповідно коштують 8, 13 і 30 доларів. Безумовно, якість надання медичних послуг і особливо апаратної діагностики в США найбільш висока у світі, але без страхового полісу хворому її не надають, хіба що як виняток.

Найбільш гострою темою для обговорення американськими політичними партіями залишається питання про доцільність впровадження в США універсальної обов'язкової державної системи охорони здоров'я. Прибічники універсальної системи стверджують, що надання медичної допомоги незастрахованим громадянам приводить до величезних витрат, яких можна уникнути, охопивши усе населення системою обов'язкової медичної допомоги. Їх опоненти апелюють до свободи вибору кожної людини, у тому числі і медичного обслуговування, стверджуючи, що введення такої системи приведе до підвищення оподаткування і зниження якості надання медичної допомоги [8].

Висновки. Отже, медицина США – найдорожча та найсучасніша у світі. У лікарнях новітня апаратура, лікарі проводять складні операції, список ліків від будь-якої хвороби дуже широкий.

У свою чергу, проаналізувавши дискусії про охорону здоров'я [9], стає явним інший бік медалі, – американці вважають, що їх медицина – у стані кризи. На відміну від усіх інших розвинених країн світу, у США немає єдиної бюджетної системи охорони здоров'я, розрахованої на допомогу кожному. Вартість медичних послуг зазвичай покривається страховкою. Той, у кого страховки немає, або платить за все сам, або вимушений розраховувати на жалісливість окремих лікарів і лікарень. Статистика різниться, але від 15 до 20 мільйонів американців живуть з неприємною думкою про те, що прогресивна медицина для них недосяжна.

Таким чином, провівши розгляд предмету дослідження статті з різних боків, вважаємо за необхідне звернути увагу на безумовні позитиви у сфері медицини США: високий рівень технологій, досліджень, освіти та кваліфікації медичних пра-

цівників; розвинений спектр страхової медицини та страхових організацій, співпраця роботодавців із такими організаціями; фінансування системи охорони здоров'я, державні витрати та підтримка урядом галузі медицини; дієві урядові програми тощо. У свою чергу, для будівництва розвинутої медицини нашої держави не може бути перейнята децентралізація медичної галузі. На нашу думку, завжди повинен бути єдиний координуючий та контролюючий орган, цінова політика та єдиний підхід до неї; медицина, у тому числі і приватна, має бути доступною для представників кожного класу та рівня населення.

Література:

1. Глебов А. Нужно ли нам догонять Америку в области здравоохранения? / А. Глебов [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://rk.org.ua/rk/22/337_1.html.
2. Гончарова Т. Американская медицина как пример для подражания? / Т. Гончарова [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.duel.ru/200511/?11_3_1.
3. Исаков С. Бесплатная медицина по-американски или поход в госпиталь / С. Исаков [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://world.lib.ru/s/serzh_i/cookcountyhospital.shtml.
4. Марченко Ю. Здійснення Медичної діяльності у Франції / Ю. Марченко // Медична практика: організаційні та правові аспекти. – 2010. – № 5. – С. 110–114.
5. Татаренко О. Система здравоохранения в Соединенных Штатах Америки: страхование нации / О. Татаренко // Здоров'я України. Медична газета. – 2008. – № 11. – С. 28–29.
6. Аналіз системи охорони здоров'я в Україні – 2011 USAID [Електронний ресурс]. – Режим доступа : ukraine.usaid.gov/sites/.../ukraine_hsa_report_ukr_version_fin.
7. Медичне страхування і страхова медицина в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступа : http://intranet.tdmu.edu.ua/data/kafedra/internal/socmedic/lectures_stud/Фармацевтичний%20факультет/5_курс/Українська.
8. Акт конгресса США от 1986 г. «О неотложной медицинской помощи и труде» [Электронный ресурс]. – Режим доступа :

http://translate.google.com.ua/translate?hl=ru&langpair=en%7Cru&u=http://en.wikipedia.org/wiki/Emergency_Medical_Treatment_and_Active_Labor_Act.

9. Медицина и медицинское страхование в США [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <file://localhost/C:/Documents%20and%20Settings/Администратор/Мои%20документы/Новая%2>.

Рыжкова Е. Ю. Правовое регулирование частного сектора медицины в США

Аннотация. Статья посвящена современному частому сектору медицины США, анализ которой проведен по следующим аспектам: структура системы здравоохранения США, виды и порядок регулирования государственных программ, расходы на здравоохранение, система финансирования здравоохранения, менеджмент страховых организаций, исследования и развитие медицинских продуктов, регулирование и надзор в системе здравоохранения.

Ключевые слова: правовое регулирование, система здравоохранения, финансирование системы здравоохранения, частная медицина, медицинская помощь, медицинское страхование.

Ryzhkova I. Legal regulation of the private sector of medicine in the United States

Summary. The characteristics of the private sector of medicine USA, which conducted the analysis on the following aspects: the structure of the U.S. health care system, species and order control government programs, health care costs, system of financing health care, management of insurance companies, research and development medical products, regulation and supervision of the health care system.

Key words: legal regulation, health system, health system financing, private medical services, medical help, medical insurance.