

## Приватна і державна медицина в Україні в умовах реформування: симбіоз замість конкуренції?

Протягом останнього часу головною темою для обговорення серед медичної спільноти є тема реформування. Сьогодні вона вже не є новою та незрозумілою: окреслені модель, механізми її реалізації, створена нормативно-правова база, активно відбувається впровадження нової системи в пілотних регіонах. Однією зі сторін реформування є об'єднання зусиль держави та приватного сектору — така практика є поширеною у світі та досить ефективною. Проте в нашій країні це питання є, мабуть, одним із найбільш дискусійних та заплутаних. Велику увагу проблемі подальшої долі приватного сектору в умовах реформування медичної галузі та зарубіжного досвіду його співіснування з державними установами було приділено на Першій спеціалізованій конференції «Приватна медицина в Україні-2011». Конференцію такого плану та масштабу проведено в Україні вперше. Організаторами виступили компанії «МОПІОН» та Агентство медичного маркетингу в партнерстві з «УКРКОМЕКСПО» та «Advent International». Участь у конференції взяли представники Уряду України, провідні фахівці з менеджменту охорони здоров'я та представники приватного сектору медичної галузі, фахівці з медичного права. Унікальним досвідом впровадження та розвитку приватної медицини поділилися спеціальні гості з країн зарубіжжя.



Про взаємовідносини держави та приватної медицини в рамках реформування розповів **Дмитро Аleshko**, заступник начальника Головного Управління охорони здоров'я і медичного забезпечення

Київської міської державної адміністрації. Він поінформовав учасників конференції, що відповідно до ч. 2 ст. 3 Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві», лікарі загальної практики/сімейної медицини, які здійснюють господарську діяльність у медичній галузі як фізичні особи (підприємці) і перебувають у громадсько-правових відносинах із центрами первинної медичної допомоги, можуть надавати таку допомогу. Дія цього Закону виводить відносини держави та приватного сектору на якісно новий рівень, коли держава стає замовником медичних послуг приватних закладів із укладенням спеціального договору. Форма такого договору буде затверджена до кінця жовтня 2011 р. Зміни в системі фінансування медичної галузі сприяють відмові від постатейного принципу нарахування коштів та переходу до виплат за фактом наданих послуг. Тобто органи виконавчої влади будуть заключати договір з медичними закладами (перш за все такими, які надають первинну медико-санітарну допомогу) про надання медичної допомоги прикріпленому до закладу населенню. Таким чином вперше за роки незалежності вимальовується поняття медичних послуг, критерії їх оцінки та оплати. Це дозволить збільшити пул коштів на лікування пацієнта, та скоротити витрати на утримання закладу. Якщо заклад готовий піти на укладання такого договору з прийняттям зазначеної системи

фінансування, йому буде присвоєно статус комунального некомерційного підприємства. Це дає певні пільги — оскільки на заклад не поширюватимуться жорсткі вимоги щодо бюджетної системи оплати праці, керівник підприємства зможе на власний розсуд збільшувати розмір заробітної плати, премій тощо. Завдяки цьому такі некомерційні підприємства отримають змогу заробляти кошти на законній підставі, отримуючи додаткове фінансування не порушуючи діючої Конституції України.

Ще одним прикладом співпраці державного та приватного медичного сектору є рішення Київської міської ради, яким передбачено у разі необхідності укладення договорів із лікарями загальної практики/сімейної медицини, які мають ліцензію Міністерства охорони здоров'я України на медичну практику та ведуть приватну практику, про надання медичної допомоги закріпленому за ними населенню. Фінансування проводитиметься за рахунок бюджетних видатків, виділених медичному закладу, відповідно до укладеного договору, лікарю перераховуватимуться кошти в обсязі закріпленого за ним населення. Так, на сьогодні за попередніми підрахунками сума, яка виділяється на забезпечення охорони здоров'я 1 громадянина Києва, становить 106 грн./рік. Очевидно, що ці кошти є недостатніми, тому в рамках реформування з 2012 р. заплановано збільшення видатків мінімум у 3 рази. На думку голови Київської міської державної адміністрації Олександра Попова, заплановані зміни дозволять створити прозорі конкурентні відносини. А вже в майбутньому для міської влади не матиме значення, хто буде постачальником медичних послуг — держава чи приватна структура. Все залежатиме від їх якості.

Крім вищезазначених зрушень, О. Попов окреслив необхідність створення та впровадження пілотних інвестиційних проектів із застосуванням механізму державно-приватного партнерства. Наразі список таких проектів є відкритим, а міська влада запрошує всіх бажаючих долучитися до співпраці.



**Ольга Худошина**, заступник директора Департаменту контролю якості медичних послуг, регуляторної політики і санітарно-епідеміологічного благополуччя Міністерства охорони здоров'я України,

начальник Управління контролю якості медичних послуг Департаменту, висвітлила основні аспекти роботи Уряду стосовно дерегуляції підприємницької діяльності з метою спрощення роботи приватного сектору медичної галузі. Зокрема, згідно із Законом України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України, щодо обмеження державного регулювання господарської діяльності», скорочено перелік видів господарської діяльності, які потребують ліцензування, зокрема проведення дезінфекційних, дезінсекційних, дератизаційних робіт. Спрощено процедуру ліцензування — довідку про стан матеріально-технічної бази суб'єкта господарської діяльності, яка на сьогодні видається територіальними органами охорони здоров'я, замінено на відомості за підписом заявника — суб'єкта господарювання. Таким чином, як підкреслила доповідач, процес ліцензування значно спрощується і проводиться з позиції довіри до підприємця. Наразі проект наказу, яким затверджується форма відомостей, знаходиться на погодженні в Державному комітеті України з питань регуляторної політики та підприємництва. Також О. Худошина окреслила проблемне питання контролю якості надання медичних послуг у приватному секторі. Вона підкреслила, що однією з найбільших проблем на сьогодні є неподання звітної інформації від суб'єктів господарської діяльності в галузі охорони здоров'я, що, в свою чергу, унеможливило зведення Міністерством охорони здоров'я України необхідної інформації щодо скла-

ду, кваліфікації працюючих, обрахунку хірургічного навантаження та інших відомостей. Разом з цим затверджено нові критерії та стандарти державної акредитації лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я усіх форм власності. Отримання акредитації є обов'язковим для будь-якого медичного закладу протягом 2 років від початку роботи. На жаль, представники приватного сектору медичної галузі, особливо регіональні, не проявляють високої активності щодо акредитації. Цей факт можна пояснити відсутністю мотивації, адже акредитація на сьогодні не надає ніяких преференцій. Зазначено, що на сьогодні порядок акредитування не змінився — змінилися лише критерії та стандарти — вони стали жорсткішими. Наразі створена мультидисциплінарна робоча група з їх подальшого доопрацювання, до складу якої входять представники приватного сектору, громадських організацій та Рада із захисту прав пацієнтів, яка розглядатиме всі побажання та зауваження суб'єктів господарювання.

Стосовно отримання акредитації невеликими закладами О. Худошина підкреслила, що оцінки підлягають стандартам, які відповідають профілю закладу та виду лікувально-профілактичної допомоги, що надається відповідними закладами.



Про шлях реформування та розвитку приватної медицини в Польщі розповіла **Агнешка Шпара** (Agnieszka Szpara), президент приватного медичного закладу Continuum Care, Польща, радник інвестиційного фонду «Advent International».

За її словами, найбільшою зміною в системі охорони здоров'я є формування нових механізмів фінансування медичної галузі. На сучасному етапі громадяни Польщі ще не до кінця зрозуміли той факт, що бюджет охорони здоров'я перестав бути державним. Зазвичай суспільство скаржиться на те, як працює система охорони здоров'я, але водночас вже відбулася часткова адаптація до змін, впроваджених протягом останніх десятиліть. Зараз система побудована таким чином, що 9% заробітної плати автоматично відраховуються на забезпечення системи охорони здоров'я. При цьому держава не може перерозподілити ці кошти ні на які інші галузі. Це робить бюджет системи охорони здоров'я вільним від будь-яких політичних чи економічних зрушень та забезпечує його стабільність і можливість подальшого чіткого планування витратків. Управління цими коштами здійснюється Національним фондом здоров'я (National Health Fund, далі — Фонд).

У Польщі система надання медичної допомоги працює так: функціонують заклади з надання первинної допомоги — загальної лікарської, спеціалізованої амбулаторії та стаціонари. Первинна допомога надається за такою схемою. Лікар-терапевт має свою стабільну кількість пацієнтів, наприклад

4 тис., на лікування яких він щомісяця отримує певний пул коштів. Спеціалізована допомога, наприклад кардіологічна, фінансується за фактом виконаних робіт. Коли терапевт направляє пацієнта до кардіолога, кошти на оплату послуг лікаря нараховуються окремо за весь звітний період. І наразі, видатки на забезпечення медичної допомоги на госпітальному рівні розраховуються за принципом окремого розрахунку вартості кожної процедури/маніпуляції. Така система, безперечно, має свої недоліки. Лікаря загальної практики з міркувань матеріального характеру вигідно направляти своїх пацієнтів до вузьких спеціалістів. Але кількість їх консультацій лімітована Фондом, який здійснює оплати цих консультацій. Коли цей ліміт вичерпується, пацієнта направляють до шпиталю, що в результаті обходиться дорожче для бюджету.

Пані Агнешка розповіла, що державна та приватна медицина завжди співіснували і співіснують разом. Це необхідно системі охорони здоров'я і цьому сприяє багато факторів. Одним з них є постійний стрімкий розвиток технологій і зростання очікувань людей від медицини. Наразі немає сенсу та можливості в державних інвестуваннях у розвиток усіх галузей медицини. З цим може вператись і приватний сектор. Питання лише в тому, звідки беруться кошти на оплату сервісних послуг. Потужні заклади галузі надають медичну допомогу такого масштабного і складного рівня, який ніколи не зможе забезпечити приватна медицина, оскільки це буде нерентабельно. Це може бути виконано лише за фінансової підтримки бюджету Фонду. Така система співіснування не є основою, а головним питанням є регулювання співвідношення часток державного та приватного медичного сектору, дотримання правил і високих стандартів, які забезпечували б якість та ефективність надаваних послуг.

На сьогодні частка державного сектору медицини становить 70%, а приватного — 30%. Але джерела фінансування та структура постачання медичних послуг пацієнтам не є однорідними. Деякі види медичних послуг є стовідсотково приватними, наприклад стоматологічні. А функціонування таких великих медичних закладів, як шпиталі, на 90% забезпечується державою. Знову ж таки, це пояснюється тим, що надання високоспеціалізованих послуг є раціональним лише у великих лікарнях закладів. Відкриття і утримання такого закладу в приватному порядку не є рентабельним. Чим простіший рівень надаваних послуг, тим дешевше та практичніше впроваджувати їх у приватному секторі.

Такий умовний розподіл сфер функціонування зумовлює той факт, що конкуренція між приватними та державними закладами існує лише на рівні малоінвазивних методик, простих процедур, поміж дрібних структур. Стосовно прозорості конкурентного співіснування — тут все вкладається в певну схему. Національний фонд охорони здоров'я, який є розпорядником отриманих від податків коштів, може укласти контракт з медичним закладом. Фонд має певний перелік оціночних критеріїв. Якщо заклад, який бажає стати підрядником Фонду, відповідає цим

критеріям, його заносять у базу з присвоєнням певного номера. Таких закладів може бути багато в певному медичному секторі, наприклад у наданні кардіологічної допомоги. Після складання повного списку закладів-претендентів розпочинається тендер на замовлення послуг. Але суть полягає у тому, що вибраний заклад може бути як державним, так і приватним, все залежить від співвідношення ціна/якість. Таким чином, якщо заклад відповідає всім критеріям, має відповідне обладнання та надає якісну допомогу, немає різниці, чи він приватний чи державний — люди довірятимуть йому і звертатимуться за допомогою. Не останню роль відіграє факт одночасної праці лікарів у державних та приватних медичних структурах. Це досить поширене явище в Польщі, адже більшість лікарів працюють одночасно в декількох закладах. Так, лікар працює в державному закладі до 14:00, а ввечері — у приватному офісі. Таким чином, різниці в якості надаваної медичної допомоги між державними та приватними закладами охорони здоров'я полягає не у кваліфікаційному рівні лікарів, а в наявному обладнанні, зовнішньому вигляді та рівні сервісу в закладах. Однією з проблем, з якими зіштовхнувся уряд Польщі при впровадженні такої системи 3 роки тому, стала невідповідність державних лікарень установленим критеріям, внаслідок чого лікарні втратили контракти. Це викликало багато дискусій, оскільки за ними стояли місцеві органи влади, які зазнали втрат.

Стосовно подальших перспектив розвитку приватної медицини в Польщі пані Агнешка зазначила, що, на її думку, частка приватного сектору надалі зростатиме. Питання лише в тому, який відсоток він буде становити — 15 чи 20%. Це безпосередньо залежить від економічної ситуації в країні. Можливо, сьогодні ринок переживає не найкращі часи, оскільки фахівці прогнозують на майбутнє нову хвилю економічної кризи. Існують певні види приватних медичних послуг, попит на які впаде, якщо зменшаться доходи людей. Проте приватний сектор все одно надалі розвиватиметься, оскільки існує багато спеціалізованих видів медичної допомоги, які знаходяться в занедбаному стані. Наприклад, наразі в Польщі склалася досить складна ситуація щодо онкологічної служби порівняно із західними країнами. Основною проблемою є те, що в більшості випадків захворювання виявляється на пізніх стадіях. Коли йдеться про онкологічного пацієнта, лікарі завжди повинні концентруватися на часі. Оскільки він відіграє вирішальну роль у вирішенні питання щодо одужання і тривалості життя, адже необхідно максимально скоротити проміжок часу між виявленням хвороби та початком її лікування. На жаль, у Польщі велику проблему становить саме пізня діагностика онкологічних захворювань. Це зумовлено недостатністю скринінгових програм з профілактики та діагностики, які не в змоззі охопити всю популяцію. Часто допускають діагностичні помилки й самі лікарі. Все це призводить до того, що рак виявляється вже на інкурабельних стадіях, коли про-

менеу та хіміотерапію можна проводити лише як паліативну допомогу для подовження життя, а не повного одужання пацієнта. Наприклад, у Великобританії рак зазвичай виявляють на ранніх стадіях, тоді ж призначається лікування, після якого люди живуть повноцінним життям. А онкологічні захворювання насправді не є вироком. Тому в Польщі онкологія є тією галуззю медицини, яка завжди потребуватиме інвестицій у розвиток. А значить, завжди заслуговуватиме на підвищену увагу приватного сектору.

Якщо говорити про приватну медицину, неможливо оминати тему фармацевтичного сектору. У своєму коментарі А. Шпара розповіла про його вплив на систему охорони здоров'я в Польщі.

Зокрема вона підкреслила, що комерційні інтереси фармацевтичних компаній не є закритою темою. Адже все, що призначить лікар, приносить прибуток, незалежно від джерела коштів, на які буде придбано препарат — приватного чи державного. Тому кожна фармацевтична компанія намагається опосередковано вплинути на лікарів, для того щоб вони призначали препарати конкретної компанії-виробника. Для цього постійно запроваджуються різноманітні програми, акції тощо. Міністерство охорони здоров'я Польщі здоров'я намагається стримувати фармацевтичні компанії, лімітувати реімбурсацію, тому що обсяг витрат на фармацевтичний сектор дійсно становить значну проблему. Ситуація ускладнюється розповсюдженою рекламою лікарських засобів. Так, Міністерство охорони здоров'я Польщі заборонило рекламу препаратів в аптеках, але реклама на телебаченні дозволена. Це сприяє поширенню безрецептурних препаратів, особливо знеболювальних та протизапальних засобів. Якщо Фонд хоче контролювати фармацевтичну галузь, він має розробити альтернативний алгоритм призначення препаратів. Коли при конкретному захворюванні лікар зможе

серед оригінальних препаратів та генериків вибрати той, в якого ціна/якість буде оптимальною.



Зарубіжним досвідом щодо організації та розвитку приватної медицини в Канаді поділився **Мирослав Когут**, запрошений професор і академічний координатор міжнародного стажування, програма MBA «Сучасний менеджмент в охороні здоров'я» в Міжнародному інституті менеджменту. Вивчаючи системи охорони здоров'я, важливо розрізнити певні концепції: власність (існують різні типи та рівні приватної та громадської власності); фінансування медичної допомоги; та природа страхування (приватне страхування, державні програми, соціальне страхування). Лікарі у багатьох європейських країнах мають приватну практику, існують приватні заклади, що надають медичні послуги — приміром, діагностичні лабораторії; однак уряди і підмандатні уряду соціальні фонди фінансують 70–90% усього медичного догляду. Приватне страхування відіграє незначну роль, і безпосередні витрати пацієнта — відносно невеликі. Зокрема він навів приклади моделей систем охорони здоров'я різних країн з різними схемами поєднання надання послуг та їх фінансування. За словами пана Мирослава, у США переважає система приватного страхування, яка передбачає приватне надання послуг та фінансування. У Великобританії, навпаки, надання послуг та фінансування відбувається на державних засадах. У Канаді надання послуг приватне, але фінансується за рахунок державних програм медичного догляду. Таким чином медицина в Канаді не є соціалізованою — існує система державного фінансування лікарень та медичних послуг,

які надаються приватно — «Medicare». Лікарні в Канаді — це неприбуткові корпорації, які самі керують своїми справами, хоча за законом зобов'язані надавати звітні документи державним регуляторним установам, а їхні співробітники не є державними службовцями.

Цікавим є порівняння ситуації стосовно фінансування медичної галузі. Так, за станом на 2008 р. у Канаді частка населення, яке вважає здоров'я своєю головною турботою (що випереджає інші проблеми, такі як фінансові, житлові негаразди та злочинність), становить близько 30%, в Україні — понад 50%. Водночас витрати на охорону здоров'я Канади на той період становлять 10,3% ВВП, а України — значно менше. Стосовно структури приватних та державних витрат на медичні послуги, частка державного фінансування в Канаді становить 71%, а приватного — 29%. З них оплата лікарських послуг, стаціонарне лікування та інші капітальні витрати майже стовідсотково забезпечуються за рахунок державних коштів. Приватну частину витрат загалом становлять послуги інших фахівців, окрім лікарів, та купівля медичних препаратів. У країнах, де переважає приватний медичний сектор, і урядовий вплив на нього обмежений чи погано структурований, система охорони здоров'я працює не найкращим чином, доступність до медичних послуг для малозабезпечених чи соціально незахищених верств населення низька, а контроль за ростом цін у сфері охорони здоров'я — недостатній. Підсумовуючи, М. Когут зазначив, що Україна має реальні шанси на успішне реформування системи охорони здоров'я, завдяки якому буде досягнуто продуктивної співпраці державного та приватного сектору, але на це потрібно дві речі: експертне знання про те, які провести реформи і сильна політична воля, аби протистояти реакції могутніх гравців, чий інтереси будуть ущемлені реформами.

*Анна Городецька,  
фото Сергія Бека*

