

Приватна медицина: вектори розвитку

6–7 квітня 2017 р. в Києві відбувся 7-й Спеціалізований бізнес-форум «Приватна медицина в Україні» — важливий комунікаційний майданчик для учасників ринку приватних медичних послуг. У заході взяли участь понад 120 провідних експертів галузі: топ-менеджери і власники приватних закладів охорони здоров'я, науковці, представники МОЗ України, страхових, дослідницьких, консалтингових, сервісних та юридичних компаній. Цього року його організаторами виступили компанії «МОПІОН», «УкрКомЕкспо» та клініка «ISIDA» за партнерської підтримки Асоціації стоматологів України. Метою форуму став спільний пошук головних тенденцій і стратегій розвитку, ефективних інструментів і методів просування послуг приватної медицини в Україні. Модерували захід **Сергій Орлик**, експерт фармацевтичного і медичного ринків, та **Сергій Розумний**, керівник медичного центру медичної групи «Into-Sana». Цього року організатори форуму зробили акцент на обговоренні реформи, яку пропонує МОЗ (зокрема у царині первинної ланки), запросивши до участі провідних фахівців з цього питання.

Відкрила захід доповідь **С. Орлика** «Якщо гроші не йдуть за пацієнтом, тоді пацієнт йде по гроші». За словами видатного українського хірурга-ендокринолога Ігоря Комісаренка, в ургентній ситуації лікування має бути невідкладним, делікатним та компетентним. На переконання спікера, ці ж параметри повинні бути головними під час будь-яких змін та реформ. Те, що сьогодні відбувається в галузі, — це зміна парадигми авторитету на медицину протоколу (прописаних правил). Медицина в світі перестала бути індивідуальним дивом та стала конвеєрним процесом, ключові вузли та точки якого потребують уніфікації. Увазі присутніх було представлено консолідовані результати опитування 96 українських лікарів (середній вік — 43 роки). Вони погодились щодо необхідності легалізації позабюджетних платежів пацієнтів. Бюджет повинен сплачувати фізичну наявність лікаря на робочому місці, а його професійну активність дофінансують пацієнт з роботодавцем за допомогою таких легальних важелів, як лікарняні каси, страхові компанії і т. д. При цьому респонденти не зовсім обізані, яким чином це влаштувати.

Що, на думку опитуваних, необхідно змінювати в системі:

- прицілювання (цілепокладання). Сьогодні основна мета не гроші, а збільшення тривалості життя;
- короткозорість на далекозорість. Еволюція можлива лише у команд, що мають чітке бачення 5–7-річної перспективи свого бізнесу та колективу;
- барично-партизанський стиль на виписані бізнес-процеси. В іншому разі можна стати мішенню для правоохоронців та реформаторів у найближчому майбутньому.

Лариса Матюха, голова Національної лікарняної ради, президент Української асоціації сімейної медицини, завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти (НМАПО) імені П.Л. Шупика, підкреслила, що реформа має на меті покращання якості та ефективності медичної допомоги. Менеджер повинен бачити цю мету та знати, якими шляхами її досягти. На жаль, сьогодні керівництво цього не демонструє — не вироблено жодної стратегії та дорожньої карти.

«Наші пропозиції до нормативних документів, надіслані до Міністерства, залишаються без відповіді, а хочеться мати діалог МОЗ з медичною громадськістю. Я вважаю, що слід запровадити та відпрацювати пілотний проект за участю окремих приватних та комунальних лікувальних закладів, і тільки після цього приймати кардинальні рішення, а не брати чийсь модель всліпу. Також є питання, чому чиновники не взяли до відома досвід 4 пілотних регіонів», — підкреслила доповідач. Вона зазначила, що дефіцит лікарів первинної ланки сьогодні становить близько 3 тис. фахівців. Треба мати на увазі, що на первинці працює більше 6 тис. осіб пенсійного віку, і вже сьогодні слід думати, ким їх замінити.

Ірина Мазур, президент громадської організації «Асоціація стоматологів України», професор Інституту стоматології НМАПО імені П.Л. Шупика, підняла питання медичного самоврядування. У Верховній Раді зареєстровано проекти законів щодо лікарського самоврядування (прим. ред.: від 28.12.2016 р. № 5617, автор — Олег Мусій; від 13.01.2017 р. № 5617-1, автор — Ольга Богомолець). «Професійна спільнота повинна сама вирішувати, якою завтра буде медицина», — переконана експерт. Вона також порекомендувала присутнім ознайомитися з проектами, оскільки це майбутнє нашої медицини.

Неонілла Чухрієнко, професор кафедри сімейної медицини Дніпропетровської медичної академії, голова Науково-практичної асоціації сімейних лікарів Дніпропетровської області, поінформувала про ризики та переваги реформи первинної ланки, яку пропонує МОЗ. Серед позитивних моментів, які підтримує Асоціація:

- сімейна медицина залишається базисом системи охорони здоров'я;
- запроваджується система страхової медицини;
- впроваджується принцип «гроші йдуть за пацієнтом»;
- лікар стає розпорядником фінансів;
- з'являється можливість додатково працювати за ліцензією та заробляти більше.

У той же час пропонується відмінити ряд нормативно-правових актів, що зруйнує вже існуючу модель загальної практики — сімейної медицини, за якою працюють лікарі і яка вже прийнята населенням. Це накази від 29.07.2016 р. № 801 «Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та примірних положень про його підрозділи»; від 29.06.2011 р. № 384 «Про затвердження Примірного статуту Центру первинної медико-санітарної допомоги»; від 10.09.2013 р.



№ 793 «Про затвердження Нормативів забезпеченості мережею амбулаторій — підрозділів центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги», від 27.12.2013 р. № 1150 «Про затвердження Примірного таблиця Матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділів». Внаслідок таких кроків функціонування центрів первинної медико-санітарної допомоги буде нелегітимним, мережа амбулаторій не зможе далі розвиватися, буде порушено основний принцип сімейної медицини — наближеність до пацієнта.

Залишається відкритим питання, яким чином лікарі будуть направляти пацієнтів на вторинний рівень, не провівши елементарне обстеження, і на скільки вистачить 210 грн. на рік, які передбачають виділяти на одного пацієнта? Залишається невідомим, якою є подальша доля фельдшерсько-акушерських пунктів.

Спікер зазначила, що запропонований вільний вибір лікаря — це демократично, але що робити лікарю в сільській та гірській місцевості, де він не зможе набрати 2000 осіб? Також незрозуміло, хто буде опікуватися особами літнього віку та асоціальними верствами населення, які просто не прийдуть укласти договір. І що робити молодим фахівцям, які щойно завершили навчання?

Н. Чухрієнко виступила проти повернення на первинний рівень, окрім лікаря первинної практики, дільничного терапевта та дільничного педіатра, від чого країна відходила протягом 20 років. Було б доречно ввести посаду педіатра-консультанта або дільничного педіатра для дітей віком до 3 років.

Професор **Олександр Ларін**, директор Центру ендокринної хірургії, торкнувся теми стандартизації медичної допомоги. За його словами, доки в країні не з'являться протоколи лікування, неможливо поррахувати вартість медичної послуги та кількість коштів, які держава повинна виділяти на медичну галузь.

До роботи форуму долучився **Павло Ковтонюк**, заступник міністра охорони здоров'я. Він нагадав, що 5 квітня Уряд схвалив пакет законопроектів, які дозволять перейти на нову модель фінансування галузі (прим. ред.: 10 квітня його зареєстровано в Парламенті), та 6 квітня Верховною Радою ухвалено закон щодо автономізації медичних закладів.

Після впровадження реформи фінансування місце приватної медицини в загальній системі охорони здоров'я стане більш значущим. «До сьогодні приватний ринок і приватний інвестор були затиснуті бюджетними обмеженнями, «ДБНами», «СанПІНами» і не могли розкрити увесь свій потенціал. Але сподіваюся, що приватній медицині буде набагато більше місця в системі охорони здоров'я. Держава зробить крок назустріч бізнесу», — зазначив заступник міністра.

Країна переходить від утримання мережі комунальних закладів до фінансування послуг. У першу чергу буде запроваджено державний гарантований пакет медичних послуг та лікарських засобів, вартість яких покриватиметься з бюджету. Нова інституція — Національна служба здоров'я України — виступить у ролі національного страховика.

Таким чином, медичні заклади будь-якої форми власності стануть рівними перед державним замовленням медичних послуг. Пацієнт може піти в державний комунальний, приватний, відомчий заклад, де надається медична послуга через систему національного медичного страхування.

Безумовно, реформа буде болючою для державних лікувально-профілактичних закладів та серйозно вплине на бізнес-моделі приватних, адже йдеться про роботу з великим державним замовленням, хоча й за тарифами значно скромнішими, ніж ті, що існують в приватних закладах. МОЗ надзвичайно зацікавлене в тому, щоб приватний ринок взяв у цьому участь. У частині послуг, де йдеться про співоплату громадянина, приватна медицина та приватне страхування знайдуть свого замовника.

Зміни розпочнуться з первинної медичної допомоги, яку держава покриватиме на 100%. Також безкоштовними будуть екстрена та паліативна медична допомога. КМУ кожного року буде затверджувати деталізований перелік послуг у рамках бюджетного процесу, які входять до державних гарантій.

«Ми зробили експеримент та виражували, скільки коштів у бюджет на медицину вносить одна родина за рахунок податків. Потім звернулися до страхових компаній з проханням розрахувати пакет послуг за ці кошти. Він вийшов досить непоганим —

до нього входить навіть дитяча стоматологія», — зазначив П. Ковтонюк.

На питання, чи дійсно за 210 грн. на пацієнта в рік можна надати якісну медичну послугу, він відповів, що ця цифра розрахована, виходячи з бюджету—2017. Вона буде дещо збільшена (до 300 грн.) у зв'язку з підвищенням мінімальної заробітної плати. До фінансування буде долучатися місцева влада, яка вкладатиме кошти в медичну інфраструктуру, забезпечення окремих цільових програм, доплати лікарям.

Що стосується протоколів, то МОЗ змінює підхід до їх розробки: в односторонньому порядку буде визначено міжнародні протоколи, розроблені авторитетними медичними організаціями. П. Ковтонюк наголосив, що переклад цих документів займе набагато менше часу, ніж написання протоколів фахівцями ДП «Державний експертний центр МОЗ України», яке в середньому займає 8 міс.

Професор **Яків Березницький**, завідувач кафедри хірургії № 1 Дніпропетровської медичної академії, головний лікар клініки «Гарвіс», у режимі відеозв'язку розповів про зв'язок науки та приватної медицини. Сьогодні в країні триває обговорення можливостей застосування інформаційних технологій в охороні здоров'я. А в клініці інформаційна госпітальна система впроваджена з 2007 р. та має сертифікат відповідності стандарту ДСТУ ISO 12119-2003.

Вона дозволяє повністю забезпечити роботу медичного закладу:

- забезпечує управління клієнтотоком на догоспітальному етапі;
- дає можливість автоматизувати формування паперових носіїв та висновків фахівців, необхідних для роботи госпітальною відділення;
- оптимізує роботу лікарів-хірургів і анестезіологів з урахуванням інтенсивності роботи медичного центру (за рік 2300–2500 операцій, середній ліжко-день 2,5);
- забезпечує облік і списання медикаментів, виробів медичного призначення, продуктів харчування;
- автоматизує процес формування звітів та аналітичних матеріалів.

Досвідом рекрутингу в клініці «Медиком» поділився її виконавчий директор **Денис Татаркін**. Він нагадав, що це питання вже розглядалося у 2011 р. під час першої спеціалізованої конференції «Приватна медицина в Україні». Що ж змінилося за ці роки? Так, знизився коефіцієнт корисної дії рекрутингу через колосальну конкуренцію на ринку медичних співробітників. При цьому методи пошуку персоналу практично не змінилися. Якщо взяти більш вузький показник — динаміку рекрутингу лікарів, — то тут ситуація краща, проте значно гіршою є ситуація щодо результатів рекрутингу медичних сестер та адміністраторів. Протягом останніх 6 років коефіцієнт корисної дії знизився з 2,87 до 1,64.

«Персонал на вістрі конкуренції на ринку приватної медицини» — тема доповіді **Андрія Анучіна**, директора компанії «Медікал Персонал Інтернешнл». Ринок праці в українській медицині характеризується відтоком медичних кадрів у суміжні галузі (фармацевтичний бізнес, торгівля медобладнанням, клінічні дослідження) або за кордон (Чехія, Польща, Прибалтика, Німеччина). У зв'язку із цим є виражений дефіцит кадрів на ринку приватної і державної медицини (на 2016 р. дефіцит лікарів в Україні становить близько 50 тис. осіб, медсестер — 100 тис.) та гостра конкуренція за персонал на зростаючому ринку приватної медицини.

Серед факторів успіху в конкуренції за персонал доповідач назвав позитивний HR-бренд клініки (репутація хорошого роботодавця), адекватну (ринкову) систему матеріальної винагороди співробітників, наявність факторів нематеріальної (нефінансової) мотивації співробітників, правильно збудований рекрутинговий процес. Учасники форуму були озброєні з особливостями кожного із цих напрямків. На завершення доповіді А. Анучін підкреслив, що успіх у конкуренції за персонал можливий лише за умови системної роботи з усіма вищезазначеними факторами.

**Ганна Барміна,
фото Сергія Бека**

Докладніше про захід читайте у «Щотижневик АПТЕКА» № 1085 (14) від 17.04.2017 р. та № 1086 (15) від 24.04.2017 р.