

Медична реформа в Україні: роль приватної медицини

Медична реформа в Україні триває. Основна увага приділяється державній медицині, але і приватний сектор не може залишатися осторонь. Саме тому 6 жовтня 2017 р. Комітет Верховної Ради України з питань охорони здоров'я (далі — Комітет) провів засідання круглого столу на тему «Роль приватної медицини в реформі охорони здоров'я України».

Наголосимо, що до участі у заході були запрошені народні депутати України, представники Адміністрації Президента України, Кабінету Міністрів України, Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, Міністерства юстиції України, Міністерства фінансів України, Державної фіскальної служби України, Державної аудиторської служби України, Антимонопольного комітету України, інших заінтересованих міністерств і відомств, приватних закладів охорони здоров'я та профільних громадських спілок, а також фахівці, експерти та представники засобів масової інформації.

Слід зазначити, що відповідно до ст. 17 Закону України «Основні законодавства України про охорону здоров'я», провадження господарської діяльності у сфері охорони здоров'я дозволяється лише за наявності ліцензії. Аналогічне положення міститься і в Законі України «Про ліцензування видів господарської діяльності» від 2 березня 2015 р. № 222-VIII, яким медичну практику віднесено до переліку видів господарської діяльності, що підлягають ліцензуванню (п. 15 ч. 1 ст. 7).

22 квітня 2016 р. набрали чинності ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики, затверджені Постановою Кабінету Міністрів України від 2 березня 2016 р. № 285, які значно спростили процес отримання ліцензії, а також надають право отримати ліцензію фізичній особі — підприємцю, що не має спеціальної освіти та не відповідає єдиним кваліфікаційним вимогам, затвердженим МОЗ України, за умови укомплектування штату медичними та немедичними працівниками відповідно до заявлених спеціальностей.

Наголошується, що фізична особа — підприємець, що не має спеціальної освіти та не відповідає єдиним кваліфікаційним вимогам, особисто надавати медичну допомогу не має права. Така особа лише провадить господарську діяльність з медичної практики та є роботодавцем для осіб, які мають відповідну медичну кваліфікацію. Нові норми, спрощуючи ведення медичного бізнесу в Україні, надають можливість залучити інвестиції та розширити доступ до надання медичної допомоги в усіх регіонах, і внаслідок цього приватна медицина стає доступнішою для громадян, повідомляється в інформаційно-аналітичній довідці щодо ліцензування господарської діяльності з медичної практики, наданій Управлінням ліцензування та контролю якості надання медичної допомоги.

Як повідомляє Комітет, за даними Ліцензійного реєстру МОЗ України, станом на 1 липня 2017 р. в Україні видано 22 847 ліцензій на провадження господарської діяльності з медичної практики. Загалом у нашій державі працює 5034 (22%) заклади охорони здоров'я приватної та колективної форм власності, що перевищує загальну кількість державних (801 (3,5%)) та комунальних закладів охорони здоров'я (3421 (15%)), а також банків пуповинної крові та інших тканин і клітин людини (15 (0,06%)). Загальний сегмент приватної медицини становить 18 511 ліцензій, або 81% усієї кількості. Серед приватних закладів трохи більше половини (2534) спеціалізуються на стоматологічній допомозі. Іншими розвиненими напрямками приватної медицини є терапія, ультразвукова діагностика, акушерство та гінекологія, а також неврологія.

Окрім того, у сфері приватної медицини працює 13 553 (59,3%) фізичні особи — підприємці, більшість з яких становлять: стоматологи — 8818 (65,1%), спеціалісти з ультразвуковою діагностикою — 726 (5,3%), акушерства та гінекології — 583 (4,3%), дерматовенерології — 418 (3%), урології — 163 (1,2%), хірургії — 92 (0,67%) та інші — 20%.

Зклади охорони здоров'я (загальна кількість — 5034) здійснюють свою діяльність переважно за такими спеціальностями: стоматологія — 2543 (50,5%), терапія — 1518 (30%), ультразвукова діагностика — 1300 (25,8%), акушерство та гінекологія — 1205 (24%), неврологія — 1136 (22,5%), дерматовенерологія — 904 (17,9%), урологія — 803 (15,9%).

Протягом заходу учасникам круглого столу було презентовано тематичні виступи щодо місця приватної ланки в національній системі охорони здоров'я та її загального стану, а також бачення представників приватних медичних закладів щодо планів реформи галузі охорони здоров'я України. Крім того, обговорено проблемні питання тіншового сектору в охороні здоров'я, а також можливості, які відкриваються у разі його зменшення.

З огляду на анонсовані МОЗ України реформи фінансування охорони здоров'я, в тому числі на рівні первинної медичної допомоги, також обговорено можливі перешкоди у доступі пацієнтів до медичної допомоги у приватних закладах охорони здоров'я за кошти Державного бюджету. Отже, про все по порядку.



Відкрив засідання член Комітету, народний депутат України від Радикальної партії Олега Ляшка **Олексій Кириченко**. Висловлюючи особисту думку, спікер зауважив, що приватна медицина відіграє велику роль у системі охорони здоров'я, і саме вона має бути флагманом розвитку вітчизняної медичної галузі. Наразі Комітет працює над змінами стану системи охорони здоров'я, і, як вважає доповідач, найбільша частина змін стосується саме фінансування.

Посилаючись на можливі зміни у законодавстві України, О. Кириченко наголошує, що це означає, що держава зможе оплачувати надані медичні послуги закладам охорони здоров'я будь-якої форми власності, а це нова можливість фінансування приватної медицини, зважаючи на існуюче розуміння можливих розбіжностей між ціноутворенням у закладах охорони здоров'я різних форм власності, а також на розуміння того, що важливим фактором дофінансування вітчизняної медицини взагалі є добровільне медичне страхування.

Закінчуючи вступне слово, О. Кириченко закликав доповідачів вести дискусію в тому ключі, як зробити максимально ефективним використання державних коштів, а також, як зробити легальним, прозорим та відкритим механізм фінансування як приватних, так і державних закладів охорони здоров'я шляхом додаткового залучення фінансування, в тому числі з боку страхової системи в цілому та зокрема добровільного медичного страхування, яке вже давно працює в нашій державі. Хоча, за словами спікера, добровільне медичне страхування не має значного поширення в Україні, адже нині лише близько 8% людей користуються цією послугою.

Наступним до слова був запрошений голова Громадської спілки «Асоціація приватних медичних закладів України», виконавчий директор Медичного центру Святої Параскеви **Дмитро Левченко**, доповідь якого стосувалася теми змін до податкового законодавства, що сприятимуть реформі охорони здоров'я України. Розпочинаючи промову, спікер зазначив, що Асоціація приватних медичних закладів України налічує 27 чле-

нів — великих закладів охорони здоров'я приватної форми власності. Але чому сталося таке об'єднання? Спікер зауважує, що на сьогодні учасники приватного медичного сектору розуміють, що є певна нерівність умов, за якими працюють заклади охорони здоров'я різних форм власності, що і призвело до створення асоціації.

Також спільною метою об'єднання є бажання співпраці з органами влади з приводу питань нормативно-правового врегулювання, реформування системи охорони здоров'я, що приведе до формування рівних можливостей між закладами охорони здоров'я різних форм власності. Наголошуючи на тому, що все більше установ висловлюють бажання щодо приєднання до асоціації, спікер зазначив, що подібні зустрічі мають сприяти змінам у законодавстві, мета яких — допомогти у реформуванні системи охорони здоров'я для покращення медичної допомоги в Україні.

Доповідачі не оминули увагою і тіньовий сектор охорони здоров'я, його проблеми та можливості, і саме з такою темою виступив директор Клініки репродуктивної медицини «Надія» **Валерій Зукін**. На переконання спікера, інтереси усіх закладів охорони здоров'я будь-яких форм власності збігаються стосовно необхідності детінізації та легалізації цього сектору. Ні для кого не є секретом, що частина коштів потрапляє у медичну галузь напряму від пацієнтів, і що ці гроші залишаються в тіні, з них не виплачуються податки, і це підтверджується висновками міжнародних експертів, зазначає спікер. На протидію цьому можна зробити певні кроки, які насамперед стосуються посилення контролю, збільшення заробітної плати медичним працівникам, а також легалізації в комплексі з підвищенням рівня контролю.

В. Зукін зазначає, що легалізація може стати ефективною в разі створення певного лікарняного фонду, до якого пацієнти матимуть змогу перераховувати «вдячність» разом із персоналізацією даних медичного співробітника. А далі кожен медик отримує частину грошей з цього перерахування, а також сплачуються відповідні податки. Наводячи за приклад досвід Албанії, спікер зазначив, що в одному з пологових будинків свого часу була втілена аналогічна методика, при цьому медичний працівник отримував 70% фінансового надходження, а 30% отримувала лікарня. За рік доходи закладу охорони здоров'я підвищилися втричі, заробітна плата медичного персоналу — у 3–4 рази. Більше того, кількість звернень саме до цього медичного закладу підвищилася завдяки такій політиці прозорості.

Завершуючи свою доповідь, спікер зазначив, що неформальний тіньовий режим у секторі охорони здоров'я є однією з найбільших перешкод у створенні єдиного медичного простору, а без вирішення цієї проблеми реальна реформа системи охорони здоров'я стає неможливою. Вирішення цієї проблеми потребує спільних зусиль законодавців, суспільства та медичної спільноти.

Чи може пацієнт вибрати за державні кошти приватний медичний заклад для лікування? Які можуть бути перешкоди? Саме цих питань стосувалася доповідь комерційного директора Медичної лабораторії «Сінево Україна» **Миколи Скавронського**. Спікер наголосив на тому, що згідно з результатами спостережень, недержавні та некомерційні заклади охорони здоров'я також впроваджують систему оплати наданих послуг, у тому числі за аналіз крові. З огляду на таку ситуацію, за словами доповідача, необхідно повністю усунути дискримінацію приватних медичних закладів охорони здоров'я з приводу форм власності, а також усунути преференції у доступі до фінансових ресурсів у одних провайдерів платного медичного ринку за рахунок інших. Також важливим є створення умов, за яких усі постачальники медичних послуг будуть грати за одними правилами, що зумовить розвиток чесної конкуренції в інтересах саме пацієнта.

Одним з не менш важливих питань, яке на сьогодні стоїть на заваді розвитку охорони здоров'я в Україні, а саме додаткових джерел фінансування, є норми податкового кодексу, які різними способами створюють певні перепони, зазначає Д. Левченко. Наприклад, за словами спікера, будь-яке підприємство чи бізнес в Україні не може напряму сплатити кошти медичному закладу за послуги, які отримують його співробітники. Отже, ця норма потребує пере-



гляду в аспекті пошуку додаткових джерел фінансування, що дозволить отримати нові фінансові потоки від бізнесу.

Іншим питанням є податок на додану вартість, адже на сьогодні норма Податкового кодексу України має суперечливі значення щодо податку на додану вартість з приводу медичної послуги, зауважив Д. Левченко. Наприклад, податок на додану вартість має бути нарахований на такий вид медичної допомоги, як профілактичний огляд, що суперечить профілактичному напрямку медицини взагалі.

Долучився до обговорення піднятих питань генеральний директор Медичного дому «Odrx», що в Одесі, **Тигран Арутюнян**. На думку спікера, загальнозрозумілим є те, що питання на кшталт медичної реформи на рівні держави не вирішуються швидко і за один крок. Але задля проходження цього шляху важливим є початок, і той старт, який покладено в нашої країні, незважаючи на певні недоліки, має бути продовжено.

На переконання Т. Арутюняна, було би правильним, якби держава в особі органів влади, таких як Комітет, МОЗ України, активніше долучала представників приватного медичного сектору до обговорення дискусійних питань, адже держава сама по собі як інституція є поганим менеджером і не може управляти, подібно до приватного бізнесу. За словами спікера, держава має абсолютно інші завдання, вона має задовольняти потребу своїх громадян жити в медично забезпеченій країні. І саме тут приватний сектор може стати необхідним допоміжним засобом у руках нашої країни, вважає Т. Арутюнян.

Наступним взяв слово заступник генерального директора з питань стратегічного розвитку Клініки «Isida» **Олег Петренко**. За словами спікера, під час роботи депутатів над законом, який називається медичною реформою, хоча це закон про зміну моделі фінансування системи охорони здоров'я, після поправок був випущений пункт про співоплату. Було зазначено, що в жодній країні світу співоплата не є джерелом покриття вартості надання медичної допомоги чи додаткових коштів. Це, швидше, спосіб управління попитом, який стримує певну потребу людей на отримання тих чи інших послуг.

Отже, на думку О. Петренка, залишився єдиний легальний спосіб залучення додаткових коштів, і це — добровільне медичне страхування. Але і тут не обходиться без проблем, адже згідно з чинним законодавством, роботодавець, який має на меті страхування своїх співробітників, повинен заплатити додаткові податки, що стає потенційним запобіжником, який не дозволяє більшості роботодавців виходити на більш-менш адекватне покриття страховки. Тому збільшення добровільного страхового ринку як одного з легально існуючих зараз способів збільшення коштів у системі охорони здоров'я пов'язано напряму з тим, що Податковий кодекс повинен бути змінений відповідно до зазначених пропозицій.

Також висловився головний лікар Пологового будинку «Лелека», доктор медичних наук, професор **Дмитро Шадлун**. На думку спікера, реформа медицини триває вже багато років, але сам підхід має бути зміщений у бік будівництва. А саме будівництва чогось нового. А тому не потрібно посилатися на систему Семашка, ту систему охорони здоров'я, яка була надзвичайно прогресивною та ефективною, але у свій час, а сьогодні необхідно

створювати щось нове. І перш за все мають бути змінені пріоритети. І на сьогодні має стати пріоритетною економічно обґрунтована та збудована за економічними законами розвитку медицина. Держава має визначитися з реально гарантованим мінімумом медичних послуг, який вона зможе надати своїм громадянам. За словами спікера, це стосується невідкладних станів, інфекційних захворювань, термінальних станів, а також допомоги матерям та дітям.

Далі слово було надане члену проекту «Медичний конструктор» **Олександр Пугачу**. На його переконання, однією з причин фінансування медичної галузі за залишковим принципом є те, що сама система охорони здоров'я не підведена під знамена як стратегічний об'єкт. Також спікер виступив з ініціативою створення нового суб'єкта в системі охорони здоров'я у вигляді провайдера чи оператора медичних закладів, адже існує практика, коли оператори управляють медичними закладами, а замовниками послуг виступає громада або держава. Безпосереднім власником

закладу охорони здоров'я може бути місто чи відомство, але послугами та управлінням займаються саме оператори.

Далі долучився до дискусії головний лікар Запорізької клініки «Вітацентр» **Андрій Маляренко**, наголосивши, що зміни до оподаткування дійсно зможуть привести до збільшення фінансування медичної галузі в цілому за рахунок добровільного медичного страхування, а також до легалізації працевлаштування, адже бути застрахованим зможе виключно офіційно працюючий співробітник.

За результатами роботи круглого столу учасники заходу дійшли до узгодженої думки про необхідність розроблення змін до податкового законодавства, спрямованих, зокрема, на подолання невизначеності при застосуванні податку на додану вартість для медичних послуг.

**Олег Мартишин,
фото Сергія Бека**

РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

Новый эффективный метод борьбы с ожирением в пожилом возрасте



Ожирение при саркопении (возрастном убывании мышечной массы и силы) характеризуется диспропорцией между количеством мышечной и жировой ткани, по сути дисбалансом между движущей и перемещаемой массой тела. Помимо этого, при саркопении формируется негативный синергический эффект неспецифического воспаления скелетных мышц и жировой ткани, который в гериатрической популяции имеет серьезные кардиометаболические последствия. Эффективным методом профилактики саркопенического ожирения является увеличение физических нагрузок и обеспечение достаточного потребления белка.

Благотворное влияние силовых тренировок как на мышечную, так и на жировую ткань общеизвестно. Однако большинство пациентов не достигают рекомендованного уровня регулярных физических нагрузок, ссылаясь на ограниченность во времени, плохую физическую форму и нехватку сил, а также отсутствие мотивации в отношении упражнений, проводимых в одиночку. Общая мышечная электростимуляция — это инновационная, высокоиндивидуализированная технология, позволяющая при экономии времени и практически любом исходном состоянии мышечного аппарата пациента в определенной степени восполнить потребность в силовых упражнениях. Комбинированная терапия с использованием общей мышечной электростимуляции и дополнительным потреблением белка представляется наиболее многообещающим низкороговым нефармакологическим вмешательством при саркопении.

В сентябре 2017 г. журнал «Clinical Interventions in Aging» опубликовал результаты рандомизированного контролируемого исследования, целью которого было проверить основную гипотезу, заключающуюся в том, что общая мышечная электростимуляция при увеличении потребления белка (а не сама по себе белковая добавка) значительно влияет на течение саркопении у пациентов в возрасте ≥ 70 лет с морфометрически диагностированным саркопеническим ожирением. Результаты сравнивали с контрольной группой, не прошедшей тренировку и не употреблявшей протеин. Работа выполнена сотрудниками Эрлангенского университета (University of Erlangen-Nürnberg), Нюрнберг, Германия, и Научного университета Фуртвангена (University of Furtwangen), Германия.

Вторичная гипотеза — влияние общей мышечной стимуляции с белковой добавкой и изолированного потребления белка на ожирение (определяемое как «общая доля жира в организме») по сравнению с контрольной группой. Третья гипотеза заключалась в том, что общая мышечная электростимуляция с увеличением потребления белка, а также изолированное потребление

белковой добавки значительно влияют на массу скелетных мышц по сравнению с контрольной группой.

В процессе скрининга около 6800 мужчин отобрано 965 участников. Используемое оборудование позволяло одновременно воздействовать на все группы мышц (общая площадь стимуляции около 2600 см²). Процедура для пациентов проводилась в положении стоя, в режиме индивидуальной нагрузки на отдельные группы мышц с частотой 1,5 раза в неделю (например каждый понедельник и каждый второй четверг) в течение 16 нед. Авторы применили биполярный электрический ток частотой 85 Гц и шириной спектра импульса 350 мкс. Продолжительность сеанса постепенно увеличилась с 14 до 20 мин через 4 нед от момента начала процедур. Первая группа участников в дополнение к электростимуляции потребляла смесь (1,7–1,8 г/кг/сут), состоящую из сывороточного белка с высоким содержанием L-лейцина и незаменимых аминокислот. Режим приема добавки не был связан с определенными часами в течение дня. Все участники получали холекальциферол в ежедневной дозе 800 МЕ.

Все измерения (динамо- и антропометрические) проводились на исходном уровне и через 16 нед последовательно одним и тем же методом в одно и то же время суток (± 1 ч). Диету участников оценивали непосредственно перед и после испытания по 4-дневным Фрайбургским протоколам питания. Учитывая существующее определение саркопении, авторы все же сосредоточили внимание только на морфометрическом аспекте этого состояния. Расчеты индекса скелетных мышц выполняли с помощью отношения показателя аппендикулярной скелетной мышечной массы к индексу массы тела. В частности, мужчины с индексом скелетной мускулатуры $< 0,789$ были отнесены к группе саркопении без дальнейшего рассмотрения функциональных критериев. Ожирение диагностировано с использованием показателя уровня жира в организме вместо индекса массы тела, поскольку последний критерий явно не подходит в контексте саркопенического ожирения. Согласно Баумгартнеру, это пороговое значение для диагноза ожирение должно составлять $> 27\%$.

Исследование выявило, что как общая мышечная электростимуляция с потреблением белка, так и изолированное потребление сывороточного протеина оказывают значительное положительное влияние на показатели саркопении и «ожирения» у мужчин в возрасте ≥ 70 лет. Однако важно отметить, что эффект был более выраженным при комбинированном подходе. Этот результат может быть в значительной степени обусловлен авторским подходом выполнения электромышечной стимуляции, специально приспособленной к слабо тренированной когорте с ортопедическими ограничениями и сфокусированной на низком уровне волевых усилий.

Kemmler W., Weissenfels A., Teschler M. et al. (2017) Whole-body electromyostimulation and protein supplementation favorably affect sarcopenic obesity in community-dwelling older men at risk: the randomized controlled FranSO study. Clin. Interv. in Aging, 12: 1503–1513.

Александр Гузий