

СТЕНОГРАМА

"круглого столу" Комітету Верховної Ради України
з питань охорони здоров'я на тему:

"Роль приватної медицини в реформі охорони здоров'я України"

6 жовтня 2017 року

Веде засідання Кириченко О.М.

КИРИЧЕНКО О.М. Шановні колеги, дорого дня! Я пропоную починати. Зараз вже 14 годин 30 хвилин, наша зустріч була призначена на цей час. Я вважаю, що ми маємо поважати тих, хто прийшов вчасно. Тому я дуже радий вітати всіх, хто відгукнувся на проведення "круглого столу" на тему: "Роль приватної медицини в реформі охорони здоров'я України".

Я – Кириченко Олександр Миколайович, я – член Комітету з питань охорони здоров'я. Моя особиста думка полягає в тому, що роль медицини приватної дуже велика, і, з моєї точки зору, це має бути флагманом розвитку вітчизняної медицини.

Ми знаємо, що у нас є досить потужна ланка державної медицини, яка вже декілька десятків років знаходиться в доволі недофінансованому, занедбаному стані. Ми зараз працюємо над змінами цього стану, над розробкою реформи в охороні здоров'я. Найбільша частина цієї реформи, з моєї точки зору, це зміна моделі фінансування. Я вважаю, що Верховна Рада України цього року прийняла дуже важливий законопроект, який називався "Про автономізацію лікарських закладів". Найважливіше, що я бачив в цьому законопроекті, це все-таки те, що ми отримали нову одиницю дискреції фінансування, це медичну послугу. І вважаю, що це, може, буде тим стрижнем, який дасть поштовх і в тому числі для розвитку приватної медицини. Що я маю на увазі?

Ми ввели одиницю дискреції, ми сказали, що держава може оплачувати визначений випадок лікування захворювання, і держава може сплачувати цей випадок у лікарні будь-якої форми власності. Тобто ми вже відкрили можливість фінансування приватної нашої медицини. Ми розуміємо, що може бути неспівпадіння між ціноутворенням у приватному та державному секторах. Ми розуміємо, що дуже важливий фактор дофінансування нашої медицини взагалі і приватної медицини – це все-таки добровільне медичне страхування.

І тому я все-таки прошу, щоб виступаючі вели дискусію в тому ключі, як зробити так, щоб максимально ефективно використовувались державні кошти, як нам зробити так, щоб був легальний відкритий, прозорий механізм

фінансування і приватних, і державних лікарень через додаткове залучення фінансування, в тому числі з боку страхової системи і добровільного медичного страхування, яке вже давно працює в нашій державі. Ми розуміємо, що це не дуже велика кількість. Так, ми можемо сказати, що десь порядку 8 відсотків наших пацієнтів мають добровільну медичну страховку і вони користуються цією послугою.

Але страхувальники на зустрічах дуже часто формулюють питання таким чином, що ми не маємо легального механізму оплати наших коштів на рахунки лікарень, тому що ми платимо через добровільні чи якісь інші внески, але це не є предметом угоди, тобто має бути пряма угода за що, хто і скільки платить. Я думаю, що це теж те питання, яке ми маємо розглянути на цьому "круглому столі".

Я запрошую до доповіді Левченка Дмитра Олександровича, виконавчого директора медичного центру Святої Параскеви. Будь ласка.

ЛЕВЧЕНКО Д.О. Добрий день, шановні колеги, Дмитро Левченко, виконавчий директор центру Святої Параскеви, голова асоціації приватних медичних закладів. Дякую за запрошення, дякую за організацію цього "круглого столу".

На сьогоднішній день асоціація приватних медичних закладів – це асоціація, яка налічує в собі 27 членів величезних медичних закладів приватної форми власності. Чи можна презентацію, будь ласка. Умови, чому ми об'єднались. На сьогоднішній день учасники приватного медичного сектору розуміють, що є нерівність умов, за якими працює заклад державної форми власності або комунальної форми власності і приватний медичний заклад.

Прошу другий слайд, будь ласка. Які на сьогоднішній день головні показники, які характеризують асоціацію приватних медичних закладів України? Це більше, ніж 7 тисяч працівників, які працюють офіційно в медичних закладах, приватних медичних закладах, що є членами асоціації і майже 5 мільйонів пацієнтів, які в 2016 році отримали медичні послуги в медичних закладах приватної форми власності.

Наступний слайд, будь ласка. Якщо це порівнювати з видатками держави на охорону здоров'я, які в 2017 році мали скласти 57 мільярдів гривень, то задекларовані доходи учасників ринку приватних медичних послуг складають майже 11 мільярдів гривень. Це величезна доля, які пацієнти офіційно сплачують напряму медичним закладам, за які медичні заклади звітують у встановленому законодавстві порядку. І 6 мільярдів гривень – це вже сума, яку приватні медичні заклади отримали за 2017 рік за перший і другий квартали, за половину 2017 року.

Будь ласка, наступний слайд. Якщо говорити про покриття ліцензіатів, які мають ліцензію на приватну медичну практику щодо регіонів України, ми бачимо, що це нерівномірно і більше всього ліцензіатів припадає на Київ, на

міста, які мають більше, ніж мільйон населення. Але так чи інакше приватна медична форма медичної практики існує у всіх регіонах країни.

Будь ласка, наступний слайд. Чому ми об'єднались, яка мета? Ми хочемо співпрацювати з органами влади з питань нормативно-правового врегулювання загальних засад функціонування на ринку надання послуг охорони здоров'я, побудова системи охорони здоров'я, в якій приватні заклади мають рівні можливості поряд із державним медичним сектором. І на сьогоднішній день асоціація об'єднує менеджерів медичних закладів, які по суті є найбільш фаховими в сфері організації медичної допомоги і мають величезний досвід, яким готові ділитись так само з будь-яким учасником ринку і з будь-яким надавачем послуг в охороні здоров'я.

Будь ласка, наступний слайд. Це є логотипи тих учасників, які на сьогоднішній день приєднались. Як ви бачите, це великі клініки, є і маленькі, є і зовсім маленькі. Будь ласка, останній слайд, це контактні дані.

Підсумовуючи вступну таку презентацію від асоціації, хочу сказати про те, що на сьогодні бажаючих вступити до асоціації є більше. Ми бачимо проблеми, про які зараз будуть доповідати інші учасники асоціації і хочемо, щоб наша зустріч сприяла змінам у законодавстві, які б допомагали реформувати охорону здоров'я для покращення медичної допомоги в Україні. Дякую.

КИРИЧЕНКО О.М. Щиро вам дякую. Я одне, що не почув, а які саме зміни ви бачите, які мають відбутись прямо зараз, щоб покращити цю ситуацію? Як ви це бачите?

ЛЕВЧЕНКО Д.О. Дякую, Олексій Миколайович. Зараз кожен з доповідачів якраз буде розкривати ту тему, яку він підготував.

КИРИЧЕНКО О.М. І ми почуємо серед виступаючих.

ЛЕВЧЕНКО Д.О. Так.

КИРИЧЕНКО О.М. Тому я прошу до доповіді Зукіна Валерія Дмитровича. Це директор клініки репродуктивної медицини "Надія".

ЗУКІН В.Д. Дякую.

Перш за все, я хотів би подякувати за організацію цього "круглого столу" Комітет з охорони здоров'я Верховної Ради та особисто пана Олексія Кириченка за те, що він підтримав нашу ініціативу. Я буду розповідати про тіньовий сектор охорони здоров'я, причому я так вважаю, що, скажемо, детінізація цього сектору, його легалізація, тут співпадають інтереси як, скажемо, і держави, так і приватних медичних закладів.

Отже, тіньовий сектор охорони здоров'я України. Це такі загальні речі, скажімо, з чого він складається: фармацевтика, медичне обладнання, працевлаштування і так далі. Ми сьогодні будемо розповісти лише про одну частину цього тіньового сектору – це неформальні платежі в медицині. Дуже цікаве запитання: а скільки взагалі пацієнти України платять в тіні? Будь ласка, наступний слайд. Є з цього приводу дослідження консалтингової компанії. Я прошу попередній, будь ласка. Але я посилаюсь на дані, які надав в журналі "Фокус" заступник охорони міністра охорони здоров'я Павло Ковтонюк. Він визначив, що об'єм тіньових коштів в охороні здоров'я України складає 50 мільярдів гривень. В цьому інтерв'ю він пише, я скажу на мові оригіналу: "Скажу больше, бюджетных денег на реализацию реформы не хватит, то есть мы кровно заинтересованы в выходе значительных ресурсов из тени". Мені здається, що приводу для дискусії немає.

Далі, будь ласка. Я спеціально взяв одну із останніх публікацій на сайті "Медпросвіта", я не знаю, наскільки там видно, але тут написано: заробітні плати лікарів, наприклад, зав педіатричним відділенням з I категорією в місті Кривий Ріг отримує 3800 гривень. Ну, всі ми розуміємо, що цих коштів для, скажемо, такого нормального комфортного життя не вистачає. І тоді виникає запитання: а як наші лікарі взагалі живуть? Чи були спроби вивчення феномену неформальних платежів в охороні здоров'я України? Були.

Ще в 2007 році було проведено дослідження, яке фінансувала Європейська комісія, і воно здійснювалось одночасно в шести країнах Європи: Україна, Польща, Румунія, Литва, ще там декілька країн. І результати цього вивчення тривали шість років. Але, на жаль, ці публікації були зроблені, в основному, в англomовних журналах. І навіть я знайшов звіт (далі, будь ласка) цієї комісії "Результати обстеження в Україні". Я, на жаль, не знайшов його українською мовою, лише англійською. Тобто це звіт за шість років роботи цієї групи.

Коротко, що вони знайшли. Лише 27 відсотків (далі, будь ласка) пацієнтів за амбулаторний сервіс і 43 відсотки за стаціонарну медичну допомогу не платили взагалі. Ну це, до речі, наскільки працює у нас 49-а стаття Конституції. Платили офіційно якусь частину, платили неофіційно і платили двічі, тобто і офіційно і неофіційно. Я не зовсім розумію, як вони визначали офіційну оплату, коли у нас її неможливо робити.

Далі, будь ласка. Це сума, наприклад, яку вони платили за стаціонарну допомогу. Ну от, наприклад, 25 відсотків пацієнтів платили більше 2000 тисяч гривень, причому це ціни 2009-2010 років.

Дуже важливо, як ставляться пацієнти (далі, будь ласка) до цих платежів. Вони розподілили у своєму опитуванні на готівку та на якісь подарунки. Тобто 58 відсотків пацієнтів вважають, що це є корупція, і, скажемо, лише 24 відсотка, що лише вдячність. Тобто з точки зору дискусій,

які у нас ведуться з приводу того, чи є корупцією отримання грошей лікарями.

Далі, будь ласка. І результати, я не знайшов декілька публікацій, які були зроблені в україномовній пресі. Це ще в 2009 році керівник цієї комісії, професор Грот зі Школи охорони здоров'я Маастрихту після цього обстеження зробив висновок, що, перше, українські лікарі 90 відсотків доходів отримують з конверта. А от його фраза остання мене, так сказати, зовсім вразила. "Якщо зважати на аналіз фінансових потоків у системі української охорони здоров'я, то головний висновок полягає в тому, що систему охорони здоров'я вже приватизовано". Це висновок достатньо відомого вченого, який займається фінансуванням охорони здоров'я багато років.

Далі, будь ласка. Як виглядали неформальні платежі, частота неформальних платежів в порівнянні з країнами, які входили в цю групу? Тобто Україна серед шести країн (Болгарія, Угорщина, Польща, Литва, Румунія) - рекордсмен, і рівень неформальних платежів у нас доходив до 41 відсотка. Наприклад, в Болгарії – це 12,2 відсотка.

Недоліки, переваги неформальних платежів у медицині. Перш за все, недолік, звичайно, що корупція. По-друге, ці платежі не ідуть на відновлення галузі та утримання лікарень, розподіляються між всіма учасниками медичного процесу нерівномірно, тобто медицина – це не лише лікар, не лише медична сестра, це і головний лікар, і бухгалтер, і слюсар, дуже багато людей беруть участь в наданні медичної допомоги.

Чи є переваги? Звичайно, є. Перш за все, при дуже низьких заробітних платах неформальні платежі дозволяють утримувати в медицині частину лікарів. Тобто, якщо б не було цих неформальних платежів, то українська медицина вже б закінчилась, і, окрім того, зараз постійно пишуть про те, який рівень міграції. Так от, скажемо, якщо б цих неформальних платежів не було, у нас би рівень міграції дійшов би до катастрофічних наслідків.

Яке ж можливе рішення? Перше можливе рішення – посилити контроль. Тобто завідома неефективно, тому що це посилить рівень міграції. Друге – підвищити заробітні плати. Справа в тому, що про це пишуть і керівники охорони здоров'я, що ніякого бюджету не вистачить. Відверто кажучи, працюючи в пологовому будинку зараз і пропонуючи, наприклад, акушер-гінекологу 20 тисяч гривень базову зарплату, це ще можливість бонусів, преміальних і роботи на півтори ставки, тобто лікарі не ідуть на цю зарплату, але ідуть дуже неохоче, тому що лікар середнього рівня акушер-гінеколог в місті Києві має втричі-вчетверо більше. Легалізувати. Так, але з підвищеним контролем. Це єдиний вихід з цього приводу.

Який загальний механізм легалізації неформальних платежів в медицині ми пропонуємо? Це створення в лікарні мотиваційного фонду, тобто його можна назвати як завгодно, але зміст такий, що всі вдячності пацієнти перераховують в цей фонд з персоналізацією, якому лікарю,

медичній сестрі тощо. Кожен медпрацівник отримає частину від цього перерахування, тобто згідно міжнародного досвіду менше 70 відсотків воно не мотивує людей легалізувати свої доходи. Це так звана відома "Крива Лаффера", яку ще в 30-ті роки придумав економіст Лаффер, який про це розповідав президенту Рузвельту.

Офіційно після сплати особистих податків медпрацівник отримує легально свої гроші, і решта грошей залишається для мотивації інших медпрацівників та утримання лікарні. Чи є з цього приводу міжнародний досвід? Далі, будь ласка. Є. Я вбачаю, що це досвід Албанії найбільш показовий, тому що в таких західноєвропейських країнах як Німеччина, Франція, така проблема просто не стоїть, нас не зрозуміють, а в Албанії ця проблема дуже гостро стояла. В найбільшому пологовому будинку Тирани, столиці Албанії, з метою запобігання неформальних платежів було створено в 2008 році спеціальний фонд вдячності. Головний лікар офіційно попередив пацієнтів, що в кожному випадку вимагання неформальних платежів від його співробітників вони можуть телефонувати безпосередньо йому. Гроші, що були отримані цим фондом, розподіляють наступним чином: 70 відсотків виконавцю, 30 – лікарні. Рівень надходжень до лікарні збільшився в три рази, зарплата персоналу збільшилась в три-чотири рази, в пологовий будинок почали звертатись більше пацієнтів відповідно до його репутації і прозорості. Внизу там посилання: джерела, де було знайдено цей приклад.

Висновки: неформальні платежі в державному секторі охорони здоров'я є однією з найголовніших перешкод для створення єдиного медичного простору. Без вирішення цієї проблеми реальна реформа охорони здоров'я неможлива. Вирішення цієї проблеми потребує спільних зусиль законодавців, суспільства, медичної спільноти. Дякую за увагу.

КИРИЧЕНКО О.М. Дякую, Валерій Дмитрович, дуже цікавий погляд. Зараз я до доповіді запрошую Скавронського Миколу Андрійовича. Це комерційний директор медичної лабораторії "Синево".

СКАВРОНСЬКИЙ М.А. Добрый день! Вынужден сразу попросить прощение, что буду использовать русский язык, но именно для четкости формулировок и структурности речи. На самом деле сегодняшняя встреча дает очень большую дозу оптимизма относительно будущих изменений в стране и в частности в медицинской отрасли, потому что до сих пор частный сектор медицины никто не слушал и не хотел слушать. Буквально за короткий отрезок времени состоялись встречи ассоциаций частной медицины и с МОЗом, вот сегодня происходит с комитетом Верховной Рады, то есть на самом деле есть очень большой сдвиг вперед относительно коммуникаций, нас начинают слышать.

Относительно той темы, которую я бы хотел озвучить, относительно того может ли частный сектор принимать участие в использовании

бюджетных денег и предоставлении услуг медицинским людям, в самом начале встречи уже было Алексеем Николаевичем озвучено, что есть такие намерения, так будет, но как мы часто видим в реальной жизни, хорошие благие намерения, задуманные сверху, опускаясь вниз, иногда могут претерпевать изменения, не все так просто.

Если можно, следующий слайд. Говоря о системе здравоохранения Украины, все всегда подразумевают только государственные ЛПУ и создается впечатление, что частные ЛПУ либо не существуют вообще, либо они настолько малы, что с ними можно совсем не считаться. В то же время представители частного медицинского бизнеса за многие годы накопили достаточно большой опыт работы в ряде медицинских областей и в частности в области ЛГФ, лабораторной диагностики, функциональной диагностики, стоматологии, они уже намного превосходят знания и опыт представителей государственной медицины.

Особенно сильно частные ЛПУ отличаются от государственных в области предоставления клиентоориентированного сервиса, в центре которого стоит не врач, а именно пациент и его интересы. Врачи, оборудование, инфраструктура – это все то, что вокруг пациента и для удовлетворения его потребностей. Именно по этой причине важно не дискриминировать частные клиники в сравнении с государственными. Это как в интересах пациента права выбора качественного сервиса, так и в интересах государства, так как частная медицина платит налоги и сборы, в том числе за счет которых существует потом и государственная система здравоохранения. Если говорить про цифры, например, только одна компания "Синэво" в прошлом году суммарно выплатила в виде различных налогов и сборов почти 100 миллионов гривен. Если мы можем экстраполировать эту цифру на всю частную медицину, я думаю, суммарно вся частная медицина наполняет бюджет налогами и сборами в цифре более миллиарда гривен в год. То есть с такими цифрами необходимо считаться, потому что этот миллиард потом идет как раз в том числе и на государственную медицину. В то же время дискриминация некорректная, иногда неуважительное отношение по отношению к представителям частной медицины со стороны государства и государственной системы здравоохранения уже давно стали нормой.

Я бы хотел показать несколько цитат, которые мне удалось найти в последнее время в открытых источниках. В частности, два года назад мэр Ивано-Франковска на открытии лаборатории в Центральной государственной клинической больнице назвал представителей частных диагностических лабораторий "чиряками".

Если можно, следующий слайд. Совсем недавно, буквально месяц назад, в Киевской городской администрации во время обсуждения Устава коммунального предприятия "Лабораторный центр" представители горздрава дословно, это цитата: "Якщо у нас будуть гроші, ми достатньо на них

накупимо обладнання в місті Києві, тобто ми зможемо виступити конкурентами нашої знаменитої "Dila" та "Sineva". Очень важно, что в самом начале этого обсуждения в КМДА было сказано, что КП является не коммерческим предприятием, но при этом они хотят конкурировать.

Если можно, следующий слайд. В 2011 году, например, был разработан проект Централизованной клиничко-диагностической лаборатории в городе Киеве, и разрабатывали его достаточно уважаемые специалисты. Так вот, внутри этого проекта были заложены следующие параметры, что, во-первых, централизованная лаборатория города Киева, одной из ее целей является конкурирование с частным сектором, а второе – это то, что в проекте указывается, что частные лаборатории недозагружены ввиду больших цен, а цены у них большие, и это приводит почти к 70-процентной рентабельности.

Ну, сразу бы хотел сказать, что гиперрентабельность частного медицинского бизнеса – это миф. Цифра в 70 процентов рентабельности – это просто великолепный пример разности мировоззрения и взглядов на экономику и финансы у представителей частной и государственной медицины. Государственные ЛПУ считают затратами только то, что сверх расходных материалов. Государство совсем не берет в расчет то, что у частных клиник и лабораторий есть еще огромные постоянные затраты в виде официально выплачиваемой полной заработной платы, аренды недвижимости по рыночной цене (сейчас это в среднем около 500 гривен за один квадратный метр), затраты на маркетинг, логистику, коммуникации, IT-сопровождение, юристов, аудиторов, найм и обучение персонала, сервисные программы, плюс поверх этого всего еще и амортизация дорогого современного оборудования и многое-многое другое. На выходе реально остается около 10-12 процентов от полученных от клиентов денег, с которых потом еще уплачивается налог на прибыль. И, кстати, то, что клиент к тебе придет и заплатит деньги, тоже не является гарантией. За клиента надо бороться, конкурировать.

В то же время ряд государственных ЛПУ уже давно работают на платном медицинском рынке. Я бы хотел тоже показать несколько слайдов, это тоже свежие фотографии, сделанные в городе Киеве в Консультационно-диагностическом центре на Кондратюка. То есть это - официальное окошко, где можно оплатить за анализы.

Если можно, следующий слайд. Например, развернутый анализ крови (достаточно скудный перечень показателей) стоит 112 гривен. Если сравнить этот же анализ крови в лаборатории "Sineva" или в лаборатории "Dila", показателей будет намного больше, вопросы качества здесь мы пока снимаем с повестки дня, но цена будет примерно сопоставимая.

Если можно, следующую фотографию. Эта фотография – манипуляционный кабинет.

КИРИЧЕНКО О.М. Николай Андреевич, я прошу прощения, но я просил бы вас воздерживаться от рекламирования чего либо.

СКАВРОНСЬКИЙ М.А. Не, нет, это не рекламирование.

КИРИЧЕНКО О.М. На самом деле, наша дискуссия заключается не в том, чтобы показать преимущества или недостатки, а в том, чтобы выработать алгоритм корректной работы всей системы. Мы в Верховной Раде Украины, здесь все-таки другой уровень.

СКАВРОНСЬКИЙ М.А. Просто для чего я это все показываю? Просто в Украине существует уже давно странная парадоксальная ситуация, когда на одном и том же рынке платных медицинских услуг существуют операторы, находящиеся в разных абсолютно условиях и которые конкурируют за одних и тех же пациентов, но живут друг за счет друга. Так вот есть такое большое пожелание с нашей стороны, необходимо полностью устранить дискриминацию частных медицинских учреждений по форме собственности, устранив преференции в доступе к финансовым ресурсам у одних провайдеров платного медицинского рынка за счет других.

Так же важно создать условия, когда на платном медицинском рынке все поставщики медицинских услуг будут играть по одинаковым экономическим правилам и тогда будет происходить на медицинском рынке честная конкуренция в интересах именно пациентов.

Главная компетенция частного медицинского бизнеса по сравнению с государственными ЛПУ – это рациональное управление ограниченными ресурсами. Финансовые ресурсы, выделяемые на здравоохранение в Украине, всегда были и будут ограниченными, а значит в интересах государства и его граждан на первый план выходит именно рациональное использование ресурсов.

Общепризнанным в мире инструментом такого рационального подхода есть аутсорсинг услуг, когда государство покупает не оборудование, а фактически оказаны услуги и поставщиками этих услуг могут быть любые легальные медицинские учреждения как государственные, так и частные, независимо от формы собственности. Поэтому мы бы хотели просить государство не лишать пациента права свободного выбора любого медицинского провайдера, потому что сам пациент должен принимать решение относительно того, кто будет заботиться о его здоровье. Спасибо.

КИРИЧЕНКО О.М. Большое спасибо. Я снова приглашаю к речи Левченко Дмитрия Александровича.

ЛЕВЧЕНКО Д.О. Одним з ще головних питань, яке на сьогоднішній день стоїть на заваді розвитку охорони здоров'я в Україні, а саме щодо

додаткових джерел фінансування є норми Податкового кодексу, які таким чи іншим способом є цьому великою перепорою. Наприклад, будь-яке підприємство або бізнес в Україні не може напямку оплатити медичній установі ті послуги, які його співробітники там отримують, бо це відповідно зверху необхідно сплатити податок на доходи фізичних осіб, тому що держава вважає медичну допомогу, яку оплачує підприємство, соціальним додатковим благом. Якщо ми шукаємо додаткові джерела фінансування, я думаю, цю норму необхідно переглянути в Податковому кодексі. Це дозволить утримати величезний потік фінансування від бізнесу, від працюючих підприємств в тому самому і державних.

Тобто звільнення від оподаткування медичної допомоги, яка оплачується підприємствами для своїх співробітників або інших громадян. Це одне питання, яке пов'язане з охороною здоров'я.

Друге питання – це податок на додану вартість. На сьогоднішній день норма Податкового кодексу України має суперечливі значення щодо податку на додану вартість на медичні послуги. Ну наприклад, податок на додану вартість має бути нарахований на такі види медичної допомоги, як профілактичний медичний огляд. Тобто якщо ми хочемо, щоб медицина в Україні була профілактичною, ми маємо цю норму прибрати, скасувати, для того щоб дозволити підприємствам оплачувати без податку на доходи фізичних осіб і не нараховувати підприємствам, які такі послуги надають, податок на додану вартість.

Так само є норма статті, яка двозначно тлумачиться органами, які перевіряють, фіскальними органами, які здійснюють перевірки, щодо податку на додану вартість послуг, пов'язаних з наданням медичної допомоги пацієнтам в покращених умовах. Що таке покращені медичні умови? Було роз'яснення Міністерства охорони здоров'я від 1998 року, мені здається. Покращеними умовами стаціонарними вважаються ті умови, де є ковдра, кондиціонер, телевізор. Відповідно, якщо ви маєте такі покращені умови, на медичну послугу як стаціонарне лікування має нараховуватись податок на додану вартість.

Податкові органи, перевіряючи приватний медичний заклад, по-різному тлумачать ці норми, і в більшості всього стає суперечка щодо нарахувань відповідно до несплачених податків. Тобто вони тлумачать ці медичні послуги як послуги, які надаються на замовлення громадян і є профілактично-медичними оглядами (відповідно нарахування 20 відсотків ПДВ) або ті, які надаються в покращених умовах. Це на сьогодні дуже сильно заважає і стримує так само співфінансування медичної допомоги в Україні. Дякую.

КИРИЧЕНКО О.М. Я так понимаю, что это все наши сегодняшние выступающие. На самом деле, мне очень важно было услышать точки зрения всех. Я предлагаю сейчас перейти к обсуждению. С вашего позволения, как

модератор я попытаюсь сформулировать, что я вижу, что я понимаю и это тоже будет поводом для дискуссии. Я говорю о том, что результаты этого "круглого стола" будут резюмированы сотрудниками Комитета з питань охорони здоров'я, и это будет утверждено как Рекомендации к дальнейшей законотворческой работе.

Я так понимаю, что нужно начать с того, что люди должны иметь равный доступ к медицинским услугам. Я уже говорил о том, что мы ввели единицу дискреции, которая, условно говоря, говорит о той какой-то икстоимости за каждую медицинскую услугу. И для меня, когда мы говорим все-таки про частную медицину, стоит вопрос, а имеет ли право гражданин, который, скорее всего, эффективный налогоплательщик, если он обращается за частной медицинской помощью, получить свою часть от государства, обращаясь в частную клинику. С моей точки зрения, законодатель уже дал ответ на этот вопрос: да, может. Да, может. Та модель, которая, как бы, обсуждалась на этапе написания законопроекта, предполагала независимо от формы собственности, чтобы бюджетные деньги могли приходить на лечебные учреждения, которые сам выбрал пациент. Это говорит про свободу доступа к лечебным учреждениям.

Я являюсь членом Радикальной партии Олега Ляшка. На данный момент мы не поддерживаем и не готовы голосовать за тот законопроект 6327, который сейчас очень многие называют "медицинской реформой". Мы видим много пробоев, которые там могут привести к неконтролируемым последствиям. То есть мы считаем, что этот законопроект достаточно оппортунистический.

Из того, что мы видим, что может значительно повлиять на алгоритм, это, первое, агентство, которое создается в Украине для того, чтобы контролировать деньги здравоохранения, будет иметь возможность, заключая договора, устанавливать перечень и обсяг. Обсяг. Я специально на комиссии, которая рассматривала этот законопроект, уточнил, что такое обсяг. Было прочтение о том, что это количество. С моей точки зрения, если какое-то учреждение имеет возможность заключить контракт и сказать количество и перечень услуг, которые оно покупает у этой больницы, это называется "установка квот или лимитов". Это чисто "совковый" механизм, который позволяет мне как чиновнику, ну, собственно говоря, задавить любую клинику, в независимости от формы собственности, это не будет иметь значения, частная или государственная. Я тебе установил лимиты, ты больше этого лимита от государства денег не получишь, то есть я ограничу твою функцию, да?

Плюс еще один важный, с нашей точки зрения, механизм, который устанавливается в этом законопроекте, это все-таки "канализирование", то есть перенаправление всех пациентов во все лечебные учреждения через систему нашей первичной медицины. Я, как бы, уважаю позицию о то, что мы должны большую часть заболеваний лечить на нашей "первичке", мы

понимаем, что это очень важный механизм. Но пациент, все-таки, имеет право (право, да?) обратиться в какое он желает лечебное учреждение. И при этом, если есть показания, то государство должно перечислить деньги за лечение этого пациента, независимо от того, каким образом он попал в это лечебное учреждение. Очевидно, должен быть какой-то дисциплинирующий фактор и, возможно, этим фактором может быть то, про что говорил Валерий Дмитриевич. То есть, если человек идет не по системе, а минуя эту систему, возможно это какая-то, в том числе, и оплата за выбор врача, но это такой путь мы должны как законодатели предусмотреть, потому что это, в том числе, конституционное право наших граждан на выбор лечебного учреждения.

Ну и, на этом я хотел бы остановиться, потому что я понимаю, что вы все достаточно интеллектуальные люди, у вас есть свои соображения, и я хотел бы их услышать. Пожалуйста. Выступающий должен поднять руку, если он имеет, что сказать, представиться и, пожалуйста, я вам предлагаю выступать.

АРУТЮНЯН Т. Р. Меня зовут Тигран Арутюнян, "Медицинский дом "ODREX", город Одесса.

Я посмотрел список участников "круглого стола" в раздаточном материале, который я получил на входе, и сейчас мы видим, что из этого всего списка госсектора с нами встретились только вы, Алексей Николаевич. И я думаю, что это яркое выражение того, как государство относится в целом к частной медицине. Я думаю, что это показательный момент.

Второе, я хотел бы сказать, что реформа, которая сейчас находится на некоем этапе развития, это колоссально большое дело. Мы, каждый на своем участке, занимаемся большим или маленьким бизнесом и тоже решаем ежедневные маленькие и большие задачи. Я думаю, что многие со мной согласятся, что такой колоссальный вопрос, как реформа медицины в стране, быстро одним коротким этапом решить в принципе невозможно. Это путь, это эволюция, которую нужно пройти. Но для того, чтобы ее пройти, нужно ее начать. Я думаю, что тот старт, который сейчас есть, с какими-то своими, возможно, недостатками, нужно дать этому ход, я вас и вашу партию, и всех депутатов призываю поддержать это начинание, потому что только начав это, дальше можно ее улучшать. Минусы, нюансы будут всегда, если на них опираться, то не начнутся изменения никогда.

Еще один момент. Я хочу такой месседж оставить, что считаю, что было бы очень правильно, если бы государство, государственные органы, комитет, Министерство здравоохранения и так далее больше бы привлекали нас, как частный сектор, для дискуссий, для общения и так далее. Почему? Потому что это тоже очевидный факт, что государство само по себе как институция плохой менеджер, это плохой управленец. Государство никогда не может управлять бизнесом так, как это может делать частный бизнес. Это

невозможно, нет такой практики. У государства абсолютно другие задачи, оно должно создать среду для того, чтобы население государства, граждане и так далее жили в нормальной, правильной, медицински обеспеченной стране. Вот это задача государства.

Поэтому если решаются вопросы управления, менеджмента и так далее, я думаю, что было бы правильно привлекать почаще частный сектор. Думаю, что мы могли бы подавать хорошие, правильные идеи на благо нашего государства. И поверьте, это не было бы направлено исключительно на коммерческую основу.

Так же хочу отметить, что так же, как и у государства, нам тоже не хватает средств для развития, для больших перемен и так далее. Мы точно также, как и государство, ищем деньги, ищем кредиты, ищем возможности привлечь финансирование, партнерство и так далее для того, чтобы делать свои дела. Поэтому у каждого из нас свои риски, и у нас они, я считаю, гораздо выше, потому что мы сами отвечаем за наши действия.

Мой основной меседж был, чтобы это содружество было более тесным. Спасибо.

КИРИЧЕНКО О.М. Спасибо большое.

Я все-таки со своей стороны могу говорить о том, что вот я это делаю. И большое вам спасибо, что вы откликнулись, пришли, мне очень важна точка зрения каждого.

Пожалуйста, я вам предлагаю подойти к трибуне или сесть. Обязательно представьтесь.

ПЕТРЕНКО О.Е. Мене звати Олег Петренко, клініка "ІСІДА" місто Київ. Я хочу додати декілька слів до позиції Дмитра Левченка, він говорив про ПДВ і про віднесення затрат, які несуть суб'єкти господарювання при оплаті медичних послуг працівників, які в них працюють або інших медичних послуг за інших третіх осіб, якщо вони висловлюють таке бажання. Зараз дійсно це розглядається як соціальна пільга і оподатковується по повній програмі податками на доходи фізичних осіб, що унеможливило використання цих коштів.

Але хотів би ще уточнити одну модель, яка стосується розвитку добровільного страхування. На жаль, під час роботи депутатів над законом, про який ви говорили вже, той, що називається медична реформа, хоча це закон про зміну моделі фінансування системи охорони здоров'я, не медицини, а загалом, там випущений був після поправок такий пункт як співоплата, хоча він дуже сильно пересікається з тим, що говорив Валерій Дмитрович, тобто це один із способів легалізації, хоча в жодній країні світу співоплата не є джерелом покриття вартості медичної допомоги чи додаткових коштів. Це швидше спосіб управління попитом. Це стримує

певний попит людей на певні медичні послуги, унеможлиблює черги і так далі.

Але що я хочу додати до Дмитра. Хочу додати про те, що залишився єдиний легальний спосіб залучення додаткових коштів – це добровільне медичне страхування. Ви знаєте про те, що з кінця 90-х років було дві концепції розвитку страхування. Перший – це загальнообов'язкове державне соціальне страхування, яке передбачало п'ять видів страхування, чотири з яких є, там було передбачено і медичне, але воно не зреалізувалось. Шість разів закони були у Верховній Раді і жоден з них не дійшов до кінцевого виду. І ми зараз працюємо в медичному страхуванні лише з законом 1997 року про страхування – це державне цивільне страхування, яке дозволяє в легальний спосіб залучати кошти.

Так от ви говорили про те, що компанії не можуть платити, ну, приватні страхові легально по рахункам, закон про автономізацію нібито дозволяє це, хоча механізму реалізації такого права немає. А от є інший бік: яким чином збільшити цей страховий добровільний ринок. Будь-який роботодавець в будь-якій сфері зараз, висловивши бажання застрахувати своїх співробітників за полісами добровільного медичного страхування, вимушений так само, якщо він виходить з квоти 4 відсотки від обороту, оподатковувати це як соціальну пільгу.

Я хочу, наприклад, купити найдорожчу страховку своїм працівникам, мені треба за це заплатити податки. Тобто цей, скажімо так, запобіжник, який не дозволяє більшості роботодавців і власників виходити на більш-менш адекватне покриття страхових, якщо страховий бізнес не є частиною корпоративного бізнесу, коли це просто спосіб виведення коштів або якоїсь певної оптимізації.

Тому збільшення страхового добровільного ринку як одного з існуючих зараз легальних способів збільшення коштів в системі охорони здоров'я пов'язане напряму з тим, що Податковий кодекс повинен дозволити відносити всі премії на добровільне медичне страхування, яке платить роботодавець до своїх робітників на витрати. Як тільки це буде можливим, цей ринок буде збільшуватися. І буде більше у вас, скажімо так, поштовхів для того, щоб знайти механізм, яким чином ці кошти перенаправити і в державний, і в приватний сектор.

Ще одне слово. Я не хочу говорити про підтримку законопроекту про зміну моделі фінансування, але теж мав до цього певне відношення ще на етапі концепції. Іншого способу, ніж почати цю роботу в нас немає. Будь-які ризики, про які ви говорили, наприклад, створення Національної служби здоров'я як управлінського агента, який може впливати на перелік і обсяг послуг, вони не є обґрунтовані повністю з юридичної точки зору. Скоріше, це і наші побоювання всюди. Якщо є організація, яка володіє величезними коштами, має певні повноваження, це український такий стереотип: як тільки хтось цими коштами володіє – він починає впливати. Тобто корупційні

ризика можна зменшувати, але для їх зменшення можна використати відомі у світі моделі контролю, в тому числі і парламентського. Але це не предмет нашої розмови. Я не думаю, що ми будемо настільки детально входити в той законопроект. Тобто моя основна позиція – це додавання до того, що збільшення добровільного страхового ринку буде можливим, якщо премії на добровільне медичне страхування, які платяться суб'єктами господарювання, можуть бути віднесені на витрати, а не оподатковуватися як соціальна пільга. Дякую.

КИРИЧЕНКО О.М. Дуже дякую.

Будь ласка.

ШАДЛУН Д.Р. Глубокоуважаемый Алексей Николаевич, глубокоуважаемые коллеги! Я головний лікар приватного пологового будинку "Лелека", професор Шадлун Дмитро Ростиславович. Я маю досвід, багато років працював головним лікарем і комунального пологового будинку, і державної республіканської клінічної лікарні, тобто маю деякий досвід з цього приводу. И все время мне волей или неволей приходится думать и решать, что же нужно сделать. Вот у нас постоянно звучит слово реформа. Реформа – это перемена, это изменение. Мы все время что-то реформируем. Мне кажется, что нужно строить. Надо взять и построить что-то новое. Почему новое? В нашей стране изменилось уже и социальное устройство общества, и политическое устройство общества, и экономическое устройство общества. Раньше мы были Украинской Советской Социалистической Республикой, у которой действовали законы развития экономики социализма. Я помню первое слово, которое произносил Леонид Данилович Кучма, когда он стал Премьер-министром. Он вышел на трибуну Верховного Совета и спросил: "Уважаемые депутаты, что мы строим? Мы строим социализм или мы строим капитализм? В зависимости от этого будут работать и экономические законы: или социализма, или капитализма". Социализма у нас уже давно нет. И как бы мы не хотели и не ностальгировали по тем временам, у нас сейчас совершенно другой уклад, и уклад экономики в том числе. У нас рыночная экономика, поэтому должны работать экономические законы рынка, и как это не будет резать слух, экономические законы капитализма. Поэтому давайте мы не будем стегать эту умирающую уже лошадь, эту систему Семашко, эту систему здравоохранения, которая была действительно чрезвычайно прогрессивная, которая была действительно чрезвычайно эффективна в то время, в тех условиях. И давайте уже создавать что-то новое.

Будем что-то опять-таки пристраивать, каким-то образом приспособливать и все такое.

Чтобы я хотел сказать? Посмотрите, тот же Китай, который является сейчас одной из наиболее прогрессирующих в экономическом плане страной

мира, они не поменяли социальный уклад, они поменяли экономический уклад своего общества и, как видите, добились достаточно серьезных результатов.

Поэтому, как сказал предыдущий оратор, что по вниманию властей к нашему сегодняшнему собранию выражается отношение к частной сфере, к частному сегменту медицины. То есть мы как та нелюбимая невестка, знаете, есть и есть, пусть себе ходит и пусть где-то там существует.

Мне кажется, что первым мы должны поменять приоритеты. Наверное, на сегодняшний день должна выйти в приоритет именно медицина экономически обоснованная и медицина, основанная на экономических законах развития, а не мы будем все время искать, где взять эти деньги, чтобы опять влить в эту умирающую медицину. И сколько денег не будет, все равно их будет всегда мало. Мы это знаем по себе, что сколько их не будет, их будет всегда мало. Значит, поэтому нужно менять акценты, нужно менять приоритеты.

С этим должна частная медицина выходить на первые позиции. Даже из чисто соображений, чисто экономических, если будет развиваться частная медицина, она значительно уменьшит бремя и давление на государственную медицину. То есть те слои неимущих граждан, которые не могут себе позволить ни частной медицины, ни добровольного медицинского страхования, ни смешанного медицинского страхования, они смогут иметь больше, потому что все-таки люди, которые финансово способны обеспечить свою медицинскую помощь, им останется больше. В связи с этим мне кажется, что надо немножко агрессивнее проводить нам свою политику в плане частной медицины.

Мы тоже опять-таки здесь сидим. Сидят умные люди, сидят менеджеры здравоохранения, люди, которые имеют достаточный опыт, которые взяли на себя, наверное, в начале создания всей этой частной медицины огромные риски, совершенно не готовы к этому в стране и они сидят как просители. Мне кажется, что это неправильно. В связи с этим надо действительно сменить акценты и приоритеты поставить все-таки частной медицине.

Второй вопрос. Естественно, что государство задекларировало право на бесплатную медицинскую помощь в 49 статье. Это понятно, это политически непопулярно будет, это могут себе позволить только политические камикадзе сейчас менять эту систему, убирать эту статью. Но в таком случае государство должно четко определиться, я, наверное, не первый это скажу, в том гарантированном минимуме, но реально гарантированном минимуме, не опять-таки декларативном, а реально декларированном минимуме, который государство сможет дать своим гражданам. Это неотложное состояние, это инфекционное заболевание, это терминальное состояние, это, наверное, помощь матерям и детям, в каком объеме, тут надо все это дело сделать.

Поэтому мне кажется, что мы должны говорить честно. Пусть она будет горькой, но она будет правда. Но во всяком случае это тогда будет

каким-то начальным плацдармом, который позволит нам сдвинуться с этой мертвой точки и перестать идти ко дну.

Вот вкратце такая ситуация, мое видение по этому поводу. И, наверное, надо использовать в этом плане организационный потенциал менеджеров частной медицины, которые сегодня присутствуют в частности в этом зале, которые прочувствовали это не просто увольнением и тому подобное, они прочувствовали это своей жизнью, своей собственностью, своим настоящим и своим будущим и своих детей. Спасибо за внимание.

КИРИЧЕНКО О.М. Большое спасибо.

Есть еще желающие выступить? Пожалуйста.

ПУГАЧ О.П. Пугач Александр, проект "Медичний конструктор".

Я вважаю, що однією з причин, чому в нас по залишковому принципу відбувається і фінансування, і навіть увага до системи охорони здоров'я, це те, що в нас сама охорона здоров'я не підведена під знаменник, що це є об'єктом стратегічної інфраструктури. Я спеціально перевіряв дослідження Інституту стратегічних досліджень, там інфраструктура газова, Міністерство оборони, інше, а от про медицину в нас забули. І мені здається, якщо виступити з ініціативою і щодо реформування тощо, більше з'явиться уваги, думок і конструктиву.

Друга позиція, яку я хочу висловити, це виступити з ініціативою, створити новий суб'єкт в системі охорони здоров'я у вигляді провайдера або оператора медичних закладів. У нас є власники і у нас є медичні заклади. На Заході існують оператори, які управляють 500, 300, 5 медичними закладами. І замовником виступає або громада, або держава. Власником безпосередньо може бути місто, може бути якийсь відомство. А послугами і управлінням займаються оператори. І до них ідуть особливі акредитаційні і ліцензійні умови. Така пропозиція: обговорити і на комітеті, і, можливо, залучити інших спеціалістів до цього питання. Дякую.

КИРИЧЕНКО О.М. Дякую.

Є ще бажані? Будь ласка.

МАЛЯРЕНКО А.Є. Маляренко Андрей, город Запорожье, главный врач, директор клиники "Витацентр".

Мы можем сейчас говорить о нескольких глобальных вопросах, и говорили сегодня, в том числе о реформировании. Нет согласия в Комитеті Верховної Ради з питань охорони здоров'я по виденію реформ. Скорее всего, нет согласия даже в обществе еще, потому что кто-то не понимает, кто-то имеет свою точку зрения. И если и дальше так это будет продолжаться, откладываться, то медицина на местах будет умирать. Поэтому я бы предложил вам на комитете рассмотреть вот этот простой вопрос, который

сейчас не является политическим, о котором сегодня говорили, по добровольному медицинскому страхованию. То есть найти возможность возложить это на затраты для предприятий. Это не только даст увеличение потока денег в медицину, но это еще и даст возможность легализации трудоустройства, которое, я думаю, важно государству, на предприятиях, то есть застрахован может быть только тот человек, который официально трудоустроен. Это раз. Во-вторых, это получение дополнительной льготы для человека, и он будет сам стремиться, чтобы трудоустройство было легальное. То есть это тот вопрос, который, я думаю, что может объединить разные политические партии. С другой стороны, я являюсь головою комісії з питань охорони здоров'я Запорізької міської ради, то есть немножко знаю здравоохранение и с коммунальной стороны и прекрасно понимаю, что все равно придется внедрять экономические предпосылки и чинники. Почему? Потому что сейчас на местах никто ничего не делает, боятся: а) потерять свой имидж в глазах населения – скоро выборы (у нас всегда выборы, скоро будут выборы). Это касается всех партий.

Второе. Нет понимания на местах: все-таки куда мы пойдём, какая реформа. То есть и для организаторов здравоохранения на местах, и для нас, частной медицины, мы готовы играть по правилам. Установите эти правила, но только так, чтобы по этим правилам играли все участники медицинского рынка. Спасибо.

КИРИЧЕНКО О.М. Спасибо большое.

Есть еще желающие выступить?

Я так понимаю, я не вижу рук. Я позволю себе реплику, я старался не отвечать на выступления. Действительно, очень интересный вопрос поднимается по поводу: отнести к затратам на добровольное медицинское страхование. Я готов отдельно встретиться и обсудить возможный законопроект. Я все-таки здесь представляю Комитет по вопросам охраны здоровья, а не бюджетный или налоговый комитеты. Я вам говорю абсолютно искренне: "Спасибо!" Я впечатлен уровнем вашей осведомленности в вопросах и откровенностью речей.

Мы действительно четко должны понимать, когда мы говорим о рынок добровольного медицинского страхования, есть очень важное "но", то есть добровольное медицинское страхование – это часть страхового бизнеса. Страховой бизнес – это, в первую очередь, финансовый инструмент. Поэтому говорить о том, что, да, сейчас там мы все это отменим – это абсолютно нужно изучить, потому что это действительно процесс.

Я очень признателен выступающим за то, что они читали внимательно законопроект, который сейчас называется "медицинская реформа". Да, действительно, это законопроект, который не имеет абсолютно никакого отношения к медицине как таковой, это действительно изменения факторов финансирования. Мы действительно в промежутке между первым и вторым

чтением существенно его изменили. Да, действительно, оттуда ушли варианты "совместной оплаты", которые, да, действительно, являются очень мощным дисциплинирующим фактором, и вопрос – как он будет использоваться?

Но тем не менее законопроект – это все-таки какая-то гипотеза, то есть когда мы обсуждаем законопроект, мы обсуждаем гипотезу, и мы так или иначе, даже теоретически, должны обсудить, максимально нивелировать те риски, о которых мы открыто заявляем. Да, действительно, мы видим определенные риски, которые, с нашей точки зрения, могут быть достаточно мощным фактором для коррупции. И в том числе этот фактор может очень негативно повлиять, в том числе, на частную медицину.

Поэтому, я думаю, что позиция будет пересматриваться, но на данный момент мы за то, чтобы все-таки этот законопроект отправить на второе повторное чтение, для того чтобы его более корректно обсудить и доработать, убрав оттуда факторы, про которые я уже говорил, которые, мы считаем, могут вызвать значительный негатив.

Я благодарю всех участников. Я надеюсь, что вы услышали мысли друг друга, обменялись, это постепенно вложится в какой-то общий алгоритм. Если есть какие-то пожелания, предложения, просто сформулированные идеи, есть наш секретариат, который будет в течение ближайших двух недель получать ваши рекомендации, и мы их потом объединим в общее резюме нашей встречи. Большое спасибо за внимание.