КУДИ ЗНИКАЮТЬ ХОРОШІ ЛІКАРІ? стор. 10

Олександр ВОЛОСОВЕЦЬ: «УСІ ХОЧУТЬ ПРАЦЮВАТИ В СТОЛИЧНИХ КЛІНІКАХ» стор. 11

НЕУДАВАНИЙ ХВОРИЙ стор. 15

УРЯДОВИЙ КУР'ЄР

СПЕЦІАЛЬНИЙ ВИПУСК

МЕДИЦИНА ФАРМАЦІЯ

ЧЕТВЕР, **2 ВЕРЕСНЯ 2010 РОКУ** №1

ПРЯМА МОВА

ЗІНОВІЙ МИТНИК:
«Я сподіваюсь, що до кінця року буде прийнято пакет законів, і ми зможемо вводити страхову медицину».

Міністр охорони здоров'я України про платну медицину

Тільки народжуйте!

У Бершадській центральній районній лікарні, що на Вінниччині, відкрили перше в Україні пологове відділення міжрайонного рівня обслуговування. За період з 2000 по 2008 рік на об'єкт було залучено 7,5 млн грн державних субвенцій. Вартість об'єкта становила 8 млн гривень. Акушерський корпус розрахований на 40 ліжок. Під час відкриття від влади та обласного управління охорони здоров'я головному лікарю ЦРЛ Василю Залецькому вручили сертифікати на медичне обладнання вартістю 750 тисяч грн та 500 тисяч грн для оснащення відділення.

ЦИФРА

305 млн дол.

таку суму хоче отримати Україна для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією від Глобального Фонду на 2012-2016 роки

Наші фармацевти відвоювали вітчизняний ринок

Фото з архіву «УК»

ФАРМАЦЕВТИКА. *Завдяки девальвації гривні і зменшенню купівельної спроможності населення доступні вітчизняні ліки збільшили свою долю ринку. Хоча протягом останніх восьми років вони її втрачали*

стор. 12

Засіб від усіх хвороб

ПЕРСПЕКТИВА. *Однією з найбільш вдалих у світі європейську систему охорони здоров'я робить сімейна медицина*

Тетяна ГАРМАШ
для «Урядового кур'єра»

Європа визнала, що в сучасних умовах не існує більш ефективної і водночас дешевої системи надання масової лікарняної допомоги, ніж сімейна медицина. Утім, бачення «ідеального» лікаря у кожної країни своє: у Великій Британії і Нідерландах родинних ескулапів зробили всесильними, тоді як в інших державах їм відведена роль доглядальниць. Україна ще не зробила свого вибору найоптимальнішої системи сімейної медицини, та зрозуміло одне: без її запровадження забезпечити якісною допомогою сільське населення майже неможливо.

Медик на всі руки

Доки в Україні точаться гострі дискусії про шляхи реформування вітчизняної системи охорони здоров'я, світовий досвід доводить, що оптимальною з точки зору ефективності і водночас найменш затратною є сімейна медицина. У класичному розумінні остання є такою формою медичного обслуговування, коли лікар широкої спеціалізації упродовж років надає допомогу всій родині пацієнтів, які проживають неподалік амбулаторії.

На відміну від терапевта, який також є спеціалістом широкого профілю, сімейний лікар знайомий з історією родини, спадковістю її захворювань і враховує це під час призначення лікування. Такий фахівець займається також педіатрією. Тобто бере на себе до 80% медичної допомоги, якої потребує хворий, і лише за нагальної потреби направляє пацієнта до більш вузького спеціаліста чи стаціонару.

Всесвітня організація охорони здоров'я визнала: система сімейної медицини є найпростішим способом, що дозволяє забезпечити допомогою насамперед сільське населення. У своєму стратегічному документі «Здоров'я для всіх у XXI сторіччі» вона визнала розвиток сімейної медицини одним з пріоритетних завдань для європейських країн. Варто зазначити, що у Старому Світі сімейна медицина існує здебільшого саме як сільська форма допомоги. Європейська глибинка, подібно українській, не забезпечена великими діагностичними центрами й дослідницькими інститутами. Адже села здебільшого нечисленні, там іноді проживає менше сотні людей.

стор. 16

МЕДИЦИНА ФАРМАЦІЯ

OCBITA

Куди зникають хороші лікарі?

ПРОБЛЕМА. *Лікарів в Україні готують добре, проте стара медична система їх так само успішно розчиняє у собі*

Нашу медичну освіту не лише визнають, а й цінують за кордоном. І це не гола декларація, адже сьогодні у вітчизняних медичних вишах навчається більше 17 тис. іноземців з понад 100 країн. Хоча, звісно, левова частка їх не з Західної Європи чи США (є й такі), а з менш респектабельних держав. Деякі, хто отримав свого часу медичний диплом в Україні, нині у міністерських кріслах у себе на батьківщині. Погодьтеся, цим можна пишатися. А якщо без емоцій, то не варто забувати, що збільшення удвічі кількості іноземців у наших медичних університетах за останні 5 років приносить щороку 60 млн грн до бюджету країни.

У системі медичної освіти викладають трохи менше 2 тис. докторів наук та понад 7 тис. кандидатів. Це один з найкращих показників серед галузей вищої освіти у державі. Щороку захищається 100 докторських і понад 50 тис. кандидатських дисертацій з медицини.

У Європі активно цікавляться українськими фахівцями. Лише у Німеччині зараз працює близько 500 наших лікарів. Торік стажувалися за кордоном 600 молодих науковців, а 700 іноземців приїжджали набиратися досвіду в Україні. У нас діє унікальна система тестування майбутніх лікарів, яка щороку відсіває 5-7% некомпетентних фахівців. Список хвалебних фактів на адресу вітчизняної медичної освіти можна продовжувати. І це дуже добре, що вони є.

Однак складно пов'язати їх із тим, що я бачу, заходячи до своєї місцевої поліклініки. «В усьому винні нестача коштів та інші недоліки системи!» — заперечать мені опоненти. Але як ці прогалини можуть пояснити жахливу некомпетентність лікарів, яка, на жаль, нерідко межує із некомпетентністю злочинною? Як брак грошей виправдовує цілковиту байдужість і грубість, які ми так часто зустрічаємо у медичних кабінетах?

Нехай я упереджений та емоційний. Тоді, можливо, красномовнішим за мої емоції виявиться той загальновідомий факт, що у світовому рейтингу середньої тривалості життя Україна міцно тримається у другій сотні, програючи понад 8 років Польщі, Чехії або Литві. За рейтингом ВООЗ у 2000 р. вітчизняна система охорони здоров'я посіла 79 місце (пізніше подібних списків не складали). Епідемії ВІЛ та туберкульозу — це лише «найпопулярніші» дрібнички загальної картини. Такий невтішний перелік також можна продовжити.

Знання у сучасному світі продукуються з неймовірною швидкістю, і той фахівець, який хоче залишатися на належному рівні, повинен безперервно відслідковувати все нове, що стосується його фаху. Підрахували, що лікар має щодня знайомитися із близько 20 науковими публікаціями (йдеться про авторитетні реферовані видання). Ви задумувалися,

Скільки наукових статей читає щодня ваш дільничний лікар?

скільки наукових статей читає щодня ваш дільничний лікар? Чи володіє він тією мовою, якою написані ці праці? Вибачте, я забув, що, враховуючи нестачу майже 70 тис. лікарів, у вас чи вашої дитини цілком імовірно може не бути дільничного лікаря.

Та попри висловлену критику, хочеться подякувати тим кваліфікованим і чесним медикам, які роблять усе можливе заради порятунку наших життів. У цьому номері «Урядового кур'єра» до вашої уваги представлені інтерв'ю з двома експертами медичної галузі, які знаються не лише на системі вітчизняної медичної освіти, а й добре знайомі із закордонним досвідом. Впадає у вічі спільний висновок, на якому незалежно наголошують обидва: статус медика катастрофічно упав у нашій країні. Молодий фахівець після шести років навчання в університеті та кількох років інтернатури може розраховувати на мізерну зарплату в 850-900 грн.

Нас — пацієнтів та потенційних пацієнтів — у цій безрадісній ситуації має тішити те, що з 2005 р. у рамках Болонського процесу українські медики готуються за тими ж стандартами, що й у провідних державах Заходу. Перші випускники, підготовлені по-новому, вийдуть з університетів наступного року. А ми сподіватимемося, що ці перші ластівки покладуть початок великим змінам на краще.

«Повна копія чужої системи не працюватиме»

Заступник директора Центру тестування професійної компетенції фахівців при МОЗ України Марина МРУГА

ДОСЬЄ «УК»

Марина МРУГА. Заступник директора Центру тестування при МОЗ України, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри медичної інформатики та комп'ютерних технологій навчання. Співзасновник Асоціації освітнього оцінювання і тестування. Один із розробників системи ліцензійних інтегрованих іспитів в Україні.

Вітчизняна система медичної освіти ще з часів СРСР намагається бути подібною до західної, але все одно відрізняється. Чи варто нам бути ідентичними і як цього досягти, «Урядовому кур'єру» розповідала Марина МРУГА.

УК Від представників медичної галузі часом можна почути про те, що рівень медичної освіти у нашій країні досить високий, а подекуди ми навіть випереджаємо західних колег. Якщо це дійсно так, чому рівень медицини загалом такий низький? Винен недостатній рівень фінансування галузі?

— Ніколи не можна списувати все на один фактор. Медична освіта, безумовно, є невід'ємною важливою складовою системи охорони здоров'я, і ми спрямовуємо багато зусиль на її розвиток та вдосконалення. Але, приміром, ще донедавна ВООЗ не враховувала стан медичної освіти як фактор прямого впливу на стан здоров'я населення у країні. І дійсно, це надто опосередкований і віддалений чинник. Вищі навчальні заклади випускають фахівців, які розчиняються в існуючій системі охорони здоров'я і проходять своє подальше формування саме в ній.

УК Які суттєві відмінності вітчизняної системи медичної освіти у порівнянні з Заходом?

— Слід окремо порівнювати українську систему з американською та європейською. Традиційна система, що сформувалася протягом тривалого часу в СРСР, за структурою мала значні відмінності у підготовці лікарів у Сполучених Штатах, але була подібною до європейської. Так, американська система передбачає 4 роки навчання у коледжі, потім ще 4 роки — у медичній школі (аналог нашого медичного університету), разом 8 років. В Європі додипломна освіта триває 5-7 років (у нас 6 років).

Зміст програми навчання в цілому подібний скрізь, так само як і послідовність вивчення окремих дисциплін (на перших курсах фундаментальні, на останніх — клінічні дисципліни). Інша річ, що викладання організовувалося по-різному. Наша система передбачала спочатку теоретичне засвоєння, потім опанування на практиці, з пацієнтом. Натомість в американській системі, яку я досить непогано знаю зсередини, засвоєння клінічних дисциплін починається з палати.

Останні 10-15 років в розпочалися реформи у медуніверситетах по обидва боки Атлантики, які за певними аспектами наближають українську систему медичної освіти до західної, а в інших — поглиблюють відмінності. Так, окремі медичні школи Заходу змінили структурування навчальних планів, і тепер фундаментальні та клінічні дисципліни вивчають паралельно, а не послідовно.

У нашій медосвіті, після проведення у 2004 р. грунтовного аналізу навчальних планів провідних вишів Європи, США та Канади, здійснюються реформи за принципами Болонського процесу, що наближає її за структурою та організацією навчального процесу до європейських університетів.

УК А якщо порівнювати вітчизняну і західну інтернатуру?

— Наша система відрізнялася як від Європи, так і від Америки насамперед за тривалістю та спектром спеціальностей, що можна було набути одразу після випуску. В Україні післядипломна освіта коротша, хоча у 2005-2006 рр. її тро-

Наші студенти спочатку засвоюють теорію, а потім вже практикуються в палаті. У американців все навпаки

хи збільшили. Скажімо, інтернатура у хірургів на Заході триває 5 років, у нас — 3. Водночас удвічі скоротили перелік спеціальностей інтернатури, скасували більшість вузьких спеціальностей. Як правило, в Європі та США вузьку спеціалізацію неможливо отримати, поки молодий лікар не попрацює певний час після первинної спеціалізації.

Утім слід розуміти, що подібні відмінності не завжди мають негативний характер, адже треба враховувати, що ми працюємо виходячи з наших реалій і відповідним чином налаштовуємо власну систему освіти. Так, приміром, наявність в інтернатурі деяких спеціальностей, які зазвичай недоступні для початкової спеціалізації на Заході (пульмонологія, фтизіатрія, неонатологія тощо), обумовлена потребами країни та організацією нашої системи охорони здоров'я. Ми могли б зробити все за американським зразком, але, повірте, повна копія чужої системи не працюватиме.

УК Як ви оцінюєте сучасну систему вступу до медичних університетів, зокрема з точки зору відбору найбільш вмотивованих студентів?

— На мою думку, загалом система вступу є прийнятною, але технологічно та юридично не відпрацьованою. Ми, як завжди, живемо у час змін. Третій рік поспіль вступна кампанія відбувається за результатами ЗНО, але щороку правила вступу до вишів та випуску зі школи змінюються.

Звичайно, з одного боку, дуже добре, що абітурієнт може подавати документи відразу до кількох закладів. Але з іншого — це підвищує вірогідність випадкового вступу. Не завадило б використовувати профорієнтаційне і психологічне тестування, дозволити університетам визначати прохідний бал за формулою (коли бали з профільних іспитів ЗНО мають більшу вагу, ніж бали з непрофільних іспитів), щоби відбирати студентів, які дійсно пов'язують своє майбутнє життя з медициною.

УК Яка роль вашого Центру тестування у системі медичної освіти?

— Центр тестування адмініструє національний ліцензійний інтегрований іспит, який є незалежною системою атестації фахівців. Центр створено 1999 р., а наша команда розробляла та апробувала національне стандартизоване тестування з середини 90-х рр., залучаючи досвід США. Тестування має встановити рівень професійної компетентності усіх студентів-медиків на різних етапах навчання — після третього курсу (коли закінчується вивчення фундаментальних дисциплін), перед випуском і після інтернатури. Ліцензійний іспит є першою системою зовнішнього оцінювання, що діє в Україні, позитивно схвалений європейськими та американськими фахівцями, і наш досвід рекомендований експертами для країн Європи, де поки що відсутнє національне тестування студентів-медиків.

Головна роль такого оцінювання полягає в тому, щоби встановити, чи відповідає кожний студент мінімально встановленому рівню компетенції. Якщо ні, він має вчитися додатково, тому що до подальшого навчання чи практики його не допускають. До впровадження цього тестування держава не могла так ефективно контролювати рівень компетентності майбутніх медиків. Крім того, результати оцінювання застосовуються для моніторингу якості медичної освіти у країні та як один з компонентів для складання рейтингу медичних вишів.

Сторінку підготував **Дмитро СІМОНОВ** *для «Урядового кур'єра»*

«Усі хочуть працювати в столичних клініках»

Начальник управління освіти і науки МОЗ України Олександр ВОЛОСОВЕЦЬ

Фахівців не вистачає не тільки в сільській місцевості, а й у столичних закладах. Зарплата надзвичайно низька, та й престижність професії нібито падає. Втім, під час цьогорічної вступної кампанії конкурс на держмісця в медичних університетах був набагато вищий за середній по країні. Про це та інші протиріччя сучасної вітчизняної медичної освіти «Урядовому кур'єру» розповів Олександр ВОЛОСОВЕЦЬ.

УК Чим вітчизняна система медичної освіти суттєво відрізняється від західної? Чи варто нам прагнути до європейських стандартів?

— Система медичної освіти в будь-якій державі має бути спрямована на одне — підготовку фахівця. І не повинна відрізнятися, бо світ став глобалізованим і немає значних відмінностей між країнами. Тому, зокрема, запроваджуються такі євроінтеграційні моменти, як Болонський процес. До речі, торік лише з країн Старого Світу у нас стажувалося понад 300 людей, а 250 українських студентів поїхали до західних університетів — хто на семестр, а хто й надовше. Загалом у медичних вишах навчаються понад 17 тис. іноземців зі 104 країн. Усі вони хочуть отримати диплом доктора медицини, який відповідав би міжнародним стандартам. І ми до цього йдемо, реалізуючи Концепцію розвитку медичної освіти України, схвалену фахівцями ВООЗ.

Утім, існують певні відмінності. У нас, скажімо, дитячий лікар готується на додипломному етапі, хоча у всьому світі — на післядипломному. Однак це вимога часу. Враховуючи економічну ситуацію і той факт, що у нас не вистачає 3,5 тис. педіатрів і понад 500 неонатологів, ми не можемо собі дозволити готувати спеціалістів так довго на післядипломній практиці.

Існує проблема співвідношення кількості викладачів та студентів, яка теж зумовлена недостатнім фінансуванням. Державою затверджено, що це співвідношення має становити 1:5. Тобто до палати педагог має заходити з 2-4 студентами, а наші навчальні групи складаються з 9-10 осіб. На Заході майже скрізь є власні університетські клініки, у нас їх небагато, до того ж, вони недостатньо потужні.

Хоча ми над цим працюємо. Хочу наголосити на позитивному досвіді Тернопільщини, де торік на базі обласної лікарні з ініціативи Тернопільського медуніверситету була створена Тернопільська університетська лікарня, а у Львівському національному медичному університеті на базі обласної стоматполіклініки за погодженням з облрадою незабаром почне працювати Університетський стоматологічний центр.

УК Що являє собою мережа медичних навчальних закладів? Чи потребує вона реорганізації?

— У нас серйозна мережа, яку ми зберегли попри всі негаразди. Вона включає 15 кадрових вишів, три заклади післядипломної освіти, 70 коледжів і понад 50 училищ. Майже всі медуніверситети та академії увійшли до 60 найкращих вищих навчальних закладів за рейтингом ЮНЕСКО, а Національний медичний університет посів четверте місце в Україні. Навчальний процес забезпечують 1,7 тис. докторів наук та професорів і понад сім тис. кандидатів наук. Загалом навчається 110 тис. студентів. Вважаю, така мережа є достатньою для забезпечення потреб країни.

Фото Укрінформу

Щорічно за кошти держбюджету готують 4,2 тис. лікарів

Хоча існує чимало намагань комерційних структур готувати медиків. Але досвід 90-х років показав, що, на жаль, такі виші, по-перше, малопотужні, а по-друге, дані ліцензійних інтегрованих іспитів «Крок» виявили сумну картину підготовки фахівців у таких закладах (ми можемо говорити про це з результатів незалежного тестування, яке проводиться для всіх медвишів незалежно від форми власності за єдиним стандартом). Саме тому на останній нараді ректорів ухвалили рішення про те, що МОЗ не сприяє розширенню мережі комерційних медичних університетів, і міністр підтримав нас. Адже головно — якість фахівців. Якщо комерційні виші випускають спеціалістів низького рівня, то вони не потрібні країні навіть за умови дефіциту лікарів.

УК Скільки існує комерційних медичних навчальних закладів?

— У нас є чотири комерційні медінститути, два з яких у Києві. Крім того, кілька невеликих факультетів у класичних університетах у Сумах, Ужгороді, Дніпропетровську та Харкові. Є також понад 10 училищ. Питома вага усіх цих закладів — 2-3% від загальної кількості студентів.

УК Чи відповідає структура випускників за спеціальностями існуючим потребам?

— Щорічно ми готуємо 4,2 тис. лікарів за кошти держбюджету. Хоча варто було б брати на навчання 6,8 тис. осіб. У зв'язку з кадровим дефіцитом цього року ми збільшили прийом до 1 тис. студентів на підготовку педіатрів і до 600 — на підготовку лікарів-профілактиків. Переважна частина випускників йде до первинної ланки — педіатри, терапевти, сімейні лікарі. Невелика частка стає вузькими фахівцями. Контрактники майже всі хочуть бути вузькими спеціалістами — урологами, офтальмологами, кардіологами, отоларингологами тощо. Наголошу: вузькі спеціальності забезпечені кадрами краще, ніж педіатрія, сімейна медицина, терапія, медико-профілактичні спеціальності, лабораторна та патологоанатомічна служби. Тут забезпеченість становить від 65% до 75%. Забезпеченість стоматологами — 96%, а дерматовенерологами — 98%.

Випускники не хочуть іти до первинної ланки через брак мотивації та престижу. Усі хочуть працювати в столичних клініках, застосовувати високі технології, адже це цікавіше. Щоправда, подібна ситуація і на Заході. Але у нас ця проблема більш яскраво виражена у зв'язку із соціальними умовами. Є також диспропорція у забезпеченості кадрами в місті та на селі, де проживає 15 млн людей. Щороку ми направляємо до сільських медзакладів дві тис. лікарів, але чи затримуються вони там, де немає ні житла, ні землі, ні уваги, ні достойної зарплати?

УК Як пройшла цьогорічна вступна кампанія? Якими були вступні конкурси?

— Конкурси у нас зросли, тобто молодь вірить у медичну професію. До 15 вишів подали 77 тис. заяв, а це становить 7% від кількості заяв від абітурієнтів у країні. Середній конкурс на місця держзамовлення становив 12,8 особи, тоді як цей показник по країні коливався у межах 8,5. Найбільш престижні — стоматологічні, медико-психологічні та фармацевтичні факультети, де конкурс сягав 50-80 людей на місце, але там небагато бюджетних місць. На лікарські спеціальності конкурс був у межах вісім-дев'ять осіб на місце.

Найбільша кількість заяв надійшла до Національного медичного університету, Дніпропетровської медичної академії та Львівського національного медичного університету. За контрактом конкурс становив три людини на місце. Порівняно великий конкурс на цільові місця для осіб із сільської місцевості — понад три особи. Привертає увагу той факт, що частка сільської молоді збільшується, тоді як міської —меншає.

Щодо побажань, то хочеться, щоб абітурієнти мали можливість зареєструватися on-line так, як це робиться у світі, щоб у приймальній комісії не працювали до четвертої ранку. Хочу також додати, що для нас важлива профорієнтація вступників. А нинішній вступ за сертифікатами мені нагадує лотерею. Абітурієнт вважає: «Може, попаду до технічного вишу або до педагогічного, або мистецького, а може, до медичного». Не хочеться, щоб було саме так. Тож необхідні певні творчі випробування під час вступу на такі специфічні спеціальності, як мистецтво, військова справа чи медицина. Скажімо, стоматолог — це, по суті, майстер, треба відчувати тканину зуба, щоб її реставрувати, зробити, виліпити. Тому окрім середнього бала атестата та зовнішнього незалежного тестування необхідний ще творчий іспит. Думаю, ми обговоримо ці моменти з керівниками вишів і звернемось до МОН з такою пропозицією.

УК З ваших слів можна зробити висновок, що з набору 2010 р. ми матимемо значний відсоток недостатньо кваліфікованих спеціалістів або ж студентів просто відрахують. Чи так це?

— Не виключаю, що якась частина людей буде відрахована або забере документи сама, бо медицина здасться їм нецікавою. Молоді люди гадають, що якщо вони вступили до медуніверситету, то незабаром стануть кардіохірургами або фахівцями з іншої престижної спеціальності. Але насправді це не так, бо до кардіохірургії, як і до сучасної терапії, кардіології та інших спеціалізацій — ще 15-20 років наполегливої роботи та самовдосконалення.

Дмитро СІМОНОВ
для «Урядового кур'єра»

ДОСЬЄ «УК»

Олександр ВОЛОСОВЕЦЬ. Начальник управління освіти і науки МОЗ, доктор медичних наук (1998 р.), професор. Основні напрями наукової діяльності: дитяча кардіоревматологія, екологічна педіатрія, ультразвукова діагностика в педіатрії, медична освіта. З 1997 р. — головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за спеціальністю «дитяча кардіоревматологія». Член Європейського товариства кардіологів. Віце-президент Асоціації ревматологів України. Член правління Асоціації педіатрів України. У 1996–1997 рр. двічі був на стажуванні у Пенсильванському університеті (США). Стажувався у провідних університетах Нідерландів, Німеччини, Італії та Великої Британії. Автор чинної Концепції розвитку медичної освіти.

МЕДИЦИНА ФАРМАЦІЯ

ФАРМРИНОК

Криза і грип допомогли

ПЕРЕРОЗПОДІЛ. *Українські виробники не втратять відвойовані позиції і по закінченні кризи*

Олена КАРАВАЄВА
для «Урядового кур'єра»

Свинячий грип і девальвація гривні працювали на вітчизняних фармацевтів

«Криза була шансом для українських фармацевтичних компаній потіснити іноземних гравців», —вважає Ігор Литовка, директор компанії «Комкон Фарма». На перший погляд, вони скористалися ситуацією. Частка вітчизняних виробників на ринку в грошовому виразі збільшилася з 24% до 26%. Головну причину самі компанії вбачають у зниженні купівельної спроможності населення із тенденцією до споживання доступніших ліків. Як наслідок, майже всі провідні дистриб'ютори збільшили закупівлі вітчизняних препаратів, підтверджує Олександр Партишев, комерційний директор компанії «Артеріум».

Пішли на злет

Відбувся злам давнього тренда — українські фармкомпанії нарощують свою частку, хоча протягом останніх восьми років вони її втрачали. «Подібна тенденція характерна для криз. Те саме ми спостерігали 1998 р., коли внаслідок різкої девальвації національної валюти вітчизняні препарати подешевшали у порівнянні з імпортними, за рахунок чого і отримали свій шматок ринку», — пояснює Ірина Деревянко, директор з маркетингу групи «Бізнес-Кредит».

Звичайно, криза не могла не мати впливу на ціни всіх гравців: і місцевих, і іноземних. Імпортні ліки займають дві третини українського ринку за вартістю, але і для українських препаратів субстанції в основному експортують. За даними компанії «Артеріум», торік ліки подорожчали на 35-40%. Зростання цін на деякі імпортні засоби склало 60-70%. Водночас деякі вітчизняні препарати на 20-50% дешевше імпортних аналогів (якщо не брати до уваги різниці у вартості на оригінальні препарати та копії) за співвідносної якості.

Утім зараз на противагу минулій кризі, за словами Ірини Деревянко, вартість — лише один із факторів, що сформував новий тренд. Є й інші. Наприклад, достатньо добре розвинені збутові мережі місцевих виробників всередині держави та вищий рівень підприємств. Україна взагалі відрізняється від інших країн СНД власною розвиненою фармацевтичною промисловістю. На багатьох заводах провели портфельний аналіз та їхню реструктуризацію, як, приміром, зробив «Фармак», інші знайшли свої ніші. «ЮріяФарм» сконцентрувалася на сегменті госпітальних розчинів, «Інтерхім» — на виробництві психотропних препаратів. «Тому зараз мова йде вже не лише про цінову конкуренцію. Я думаю, ті позиції, які українські виробники відвоювали, вони вже не втратять так швидко, як це було 1998 р.», — каже експерт.

Наші заводи достатньо потужно лобіюють свої інтереси у сегменті бюджетних закупівель у рамках національних програм та у госпітальному секторі, де, за словами експертів, залишаться лише ті іноземні гравці, що пропонують унікальні препарати. Торік місцеві виробники дійсно отримали преференції щодо реалізації медикаментів для лікарень. До речі, саме 2009 р. обсяги госпітального сегмента у натуральному вираз, за даними компанії «Бізнес-Кредит», збільшилися на 46% переважно через епідемію грипу. Завдяки протекціонізму частка вітчизняних препаратів зросла приблизно на 10%. За словами Ірини Деревянко, найбільші виробники та дистриб'ютори імпортують субстанції спеціально для участі в тендерах під реалізацію великих бюджетних програм. За рахунок економії на маркетингу вони пропонують цікаву ціну на продукцію, натомість отримують гарантований збут.

Перемога, але не тотальна

І все ж таки, на думку деяких експертів, місцеві виробники не скористалися отриманими можливостями сповна. «Мені здається, що українські компанії мали всі шанси пережити кризу набагато краще. Був період, коли іноземні гравці, для яких Україна так чи інакше не є пріоритетним ринком, обрали вичікувальну позицію», —пояснює Ігор Литовка. І хоча вичікування тривало недовго, проте на півроку-рік штаб-квартири скоротили фінансування, зокрема маркетингові та рекламні бюджети.

Проте скористалися неактивністю іноземців далеко не всі українські компанії. За даними дослідницької компанії SMD, серед 15 провідних місцевих виробників у першій половині 2009 р. зростання продажів у роздрібному сегменті як у гривні, так і у валюті продемонстрували лише 6 гравців — «Фармак», «Інтерхім», Київський вітамінний завод, «ЮріяФарм», «Фітофарм» та «Фармастарт». Саме за рахунок цих компаній і відбулося нарощування частки ринку місцевими виробниками.

Як пояснює Ігор Литовка, це сталося через різні стратегії компаній. У той час як одні гравці орієнтувалися на захоплення ринку, інші — сконцентрували свої зусилля на збереженні прибутковості, виробництві найпопулярніших препаратів, перевірених та недорогих.

Тим часом деякі іноземні компанії почали знижувати відпускні ціни на препарати та запровадили реструктуризацію дебіторської заборгованості. «Попри девальвацію гривні та імпорт лікарських засобів, ціни на продукти підвищилися не набагато. До цього ж ми на 50% знизили вартість вакцини проти раку шийки матки, а також інноваційного препарату проти алергічного риніту», — розповідає Андрій Стогній, генеральний директор «ГлаксоСмітКляйн Фармасьютікалс Україна». Але у більшості випадків, як зазначає Олександр Партишев, іноземні гравці піклувалися насамперед про стабільність платежів і мінімізацію фінансових ризиків.

СВІТОВІ ЛІДЕРИ

За даними компанії IMS Health, загальний обсяг продажів лікарських засобів на 14 основних фармацевтичних ринках світу за 12 місяців — з липня 2009 по липень 2010 р. — склав близько 505 млрд дол. США. Більше ніж на 20% збільшився обсяг ринку у Китаї, Венесуелі та Аргентині. Серед корпорацій на світовому фармринку за обсягом продажу у грошовому еквіваленті продовжує лідирувати компания Pfizer, також у першу п'ятірку входять Novartis, AstraZeneca, Merck&Co та GlaxoSmithKline.

ФАРМГЕОГРАФІЯ

Київ забезпечує вітчизняному фармринку 13,4% обсягу продажів у грошовому еквіваленті та 10% в упаковках. Тенденції попиту у столиці також дещо відрізняються від загальноринкових. Наприклад, тут вже сформувався попит на парафармацевтичну продукцію. Імпортні ліки в столиці також мають більшу долю ринку, ніж в регіонах. Показник споживання ліків на одну особу у Києві перевищує середній у 2 рази і за перше півріччя 2010 року досяг 400 грн.

ЯКЩО ГРИП НЕ ДОПОМОЖЕ

Ірина ДЕРЕВЯНКО, директор з маркетингу компанії «Бізнес-Кредит»:

Ситуація на українському фармацевтичному ринку стабілізувалася. Обсяги продажу ліків (у натуральному виразі) у першій половині 2010 р. відповідають торішнім показникам. У грошовому еквіваленті ринок збільшився майже на 10%. Проте фактори, які забезпечили це зростання, мають радше технічний характер і не пов'язані з прогресивними тенденціями всередині самого ринку. Саме тому вони тимчасові. Отож зростанню сприяли насамперед стабілізація національної валюти та її зміцнення на 4–5%, а також покращення споживацьких очікувань. Ринок не лихоманить з точки зору цін, більше того, протягом першого півріччя спостерігається здешевлення препаратів у межах 3–4%. До кінця року, за умови що курс гривні збережеться на рівні до 8 грн/$, обсяги фармацевтичного ринку збільшаться на 5–6%. Через панічні настрої, спричинені епідемією грипу минулого року, ми спостерігали значний сплеск продажів — до 30%.

Цьогоріч цей фактор вже не буде мати такого впливу на розвиток ринку. Сезонне збільшення реалізації лікарських засобів звичайно відбудеться, але воно не досягне торішніх показників. За песимістичним сценарієм, за дестабілізації валютного курсу (девальвації гривні до 9,3–9,5 грн/$) ринок скоротиться і в натуральному, і в грошовому виразі.

УМОВИТИ ЛІКАРЯ

Ігор ЛИТОВКА, генеральний директор компанії «Комкон Фарма»:

Останні два роки спостерігається підвищення активності роботи фармкомпаній з лікарями і фармацевтами в аптеках. І хоча кількість медичних представників залишається стабільною (торік через оптимізацію, що проводили штабквартири, їхню кількість скоротили, хоча потім набір спеціалістів поновили), їхні візити лікарі і фармацевти запам'ятовують краще. За нашими спостереженнями, кількість візитів медпредставників, що залишилися у пам'яті лікарів, збільшилася за два роки на 10–15%. Це свідчить про якіснішу роботу та кращу підготовку фахівців до відвідувань. Якщо раніше, коли ринок зростав, медпредставник міг обмежитися передачею печатної продукції, то зараз усі розуміють, що для результату потрібні більші зусилля. Хоча умови для цього тепер менш сприятливі — кількість лікарів, які погоджуються приділяти увагу медпредставникам більше 20 хвилин, постійно скорочується. Оптимальний час візиту вже не перевищує 10–15 хвилин.

За останні три роки частка препаратів вітчизняного виробництва у загальній сукупності призначень лікарів трохи збільшилася. Зростання склало 2,5%. Але для різних спеціалістів ця тенденція була різною. Приміром, кардіологи частіше призначають іноземні ліки, причому оригінальні (у співвідношенні 80% до 20%), тоді як терапевти — генеричні копії (майже у 60% випадків). Чому так? На мою думку, до кардіолога потрапляє важкий пацієнт, який має отримати найякісніше лікування. Лікарі не хочуть ризикувати і призначають генерики, оскільки вони все ж таки мають свої особливості технології виробництва.

Що ж відбувається в аптеках? Людина, яка прийшла з рекомендацією лікаря та наміром купити препарат, здійснює покупку лише у 50% випадків. Три роки тому цей показник був іще гіршим — 60%. Як свідчать фармацевти, одна з головних причин, чому пацієнт не купує ліки, — їхня вартість. У листопаді 2007 р. 58% респондентів зазначали неприйнятність ціни, а зараз уже 64%. При цьому у 20% випадків фармацевт пропонує покупцеві заміну препарата на більш дешевий аналог.

Фармацевтичний ринок — 2009

	Обсяги фармринку, $ млрд	2009/2008 рр., %	Обсяги фармринку, млрд. упаковок	2009/2008 рр., %
Весь ринок	2,67	–19	1,36	–4
зокрема лікарські засоби	2,46	–21	1,16	–12
Роздрібний ринок	1,76	–29	0,84	–25
Госпітальний ринок	0,7	12	0,32	46

За даними компанії «Бізнес-Кредит»

Хто накручує ціни?

РЕСТРУКТУРИЗАЦІЯ. *Під час кризи найслабшою ланкою в ланцюжку «виробник — дистриб'ютор — аптека» опинилися саме посередники*

Олена КАРАВАЄВА
для «Урядового кур'єра»

Різниця у цінах на но-шпу (60 пігулок) у столичних аптеках сягає 70% і коливається в межах від 25 грн до 42 грн. Це лише один приклад. Перелік препаратів, вартість яких у ретейлерів суттєво відрізняється, можна продовжувати. У чому ж причина такого цінового розмаїття? Під час постійної девальвації національної валюти вартість ліків дійсно може дуже відрізнятися — одні аптеки розпродують свої старі запаси, інші — препарати, придбані за новими цінами. Але причина не тільки в цьому.

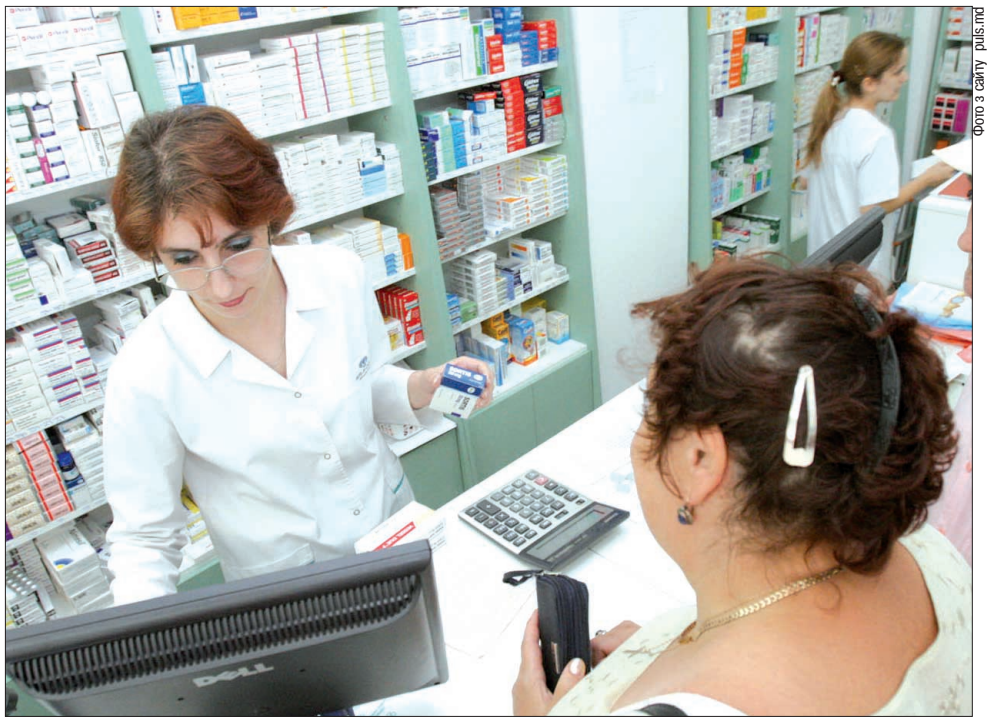

Фото з сайту puls.md

Виробники і ретейлери звинувачують один одного у високих цінах на ліки

Захисні механізми

У розпал фінансової нестабільності найважче довелося дистриб'юторам, які найбільше відчули вплив валютних ризиків. З одного боку, позики були заморожені, а виробники не поспішали кредитувати оптовиків, з іншого — аптеки теж стикнулися з дефіцитом обігових коштів. Тож дистриб'ютори опинилися у глухому куті. Підготуватися до майбутніх фінансових проблем, створивши додаткові запаси продукції, вони не мали можливості.

«Запаси продукції на складах розраховані не більш ніж на місяць і робити додаткові економічно невигідно», — пояснює Євген Нікушин, управляючий директор групи компаній «Артур-К». Тому без втрат не обійшлося. Аптеки отримували ліки з розстрочкою платежу в один-два місяці, за цей час долар і євро постійно дорожчали, а роздрібні мережі розраховувалися за препарати у гривнях.

«Але ринок достатньо консолідовано вирішував проблеми. У деяких випадках виробники розділили ризики дистриб'юторів, надаючи їм додаткові знижки. Тож за останні два роки жоден із провідних гравців оптового сегмента не був визнаний банкрутом», — розповідає Ірина Деревянко, директор з маркетингу групи «Бізнес-Кредит». Проте урок не минув так. Дистриб'ютори виявилися найслабшою ланкою, і виробники почали шукати шляхи нейтралізації ризиків, пов'язаних із ними.

Зокрема використали два механізми. Іноземні гравці почали відмовлятися від форми представництва на користь створення українських юридичних осіб. Якщо раніше вони могли займатися переважно маркетинговою підтримкою своєї продукції на ринку, то тепер самостійно імпортують ліки. Таким чином, вони отримали можливість впливати на ціни препаратів у гривневій зоні.

«Коли ми зареєстрували українську юридичну особу, то змогли ефективніше управляти ризиками і зменшувати негативний вплив зміни курсу валют», — підтверджує Андрій Стогній, генеральний директор «ГлаксоСмітКляйн Фармасьютікалс Україна». Компанія одна з перших створила українську структуру зі статусом юридичної особи. Те саме зробили й інші великі представництва — Pfizer, Ratiopharm, Nycomed, Bayer тощо. Піонери розпочали цей процес ще до кризи, але масовості він набув саме за останні два роки. «Напевне, той рівень бізнесу, який вже мають в Україні іноземні компанії, виріс зі штанців представництва», — пояснює Ірина Деревянко.

Зусилля іноземних виробників, спрямовані на те, щоб стати більш незалежними, замкнувши всі поставки на свої структури в Україні, дистриб'ютори не сприймають як наступ на свої позиції. «Компанії через відсутність власної складської інфраструктури все одно звертаються до посередників, які і розповсюджують продукцію. До того ж ми надаємо їм послуги ще й як логістичні оператори (для цього у нас є митно-ліцензійний склад, митні брокери, транспорт)», — пояснює Євген Нікушин.

Але найкраще те, що юридичні структури представництв тепер самі сплачують за отримання дозвільних документів на ліки і взяли на себе всі валютні ризики — дистриб'ютори розраховуються за продукцію у національній валюті.

Цінова диференціація

Саме на етапі закупівлі препаратів оптовиками у виробників починається розходження цін на роздрібному ринку. Різниця у вартості дистриб'юторів може складати 5-10% в залежності від умов, на яких вони співпрацюють з виробниками. Більше того, ланцюжок від заводу до кінцевого споживача не завжди обмежується лише одним посередником.

Деякі компанії працюють лише з іншими оптовиками через небажання мати справу з ретейлом, інші дистриб'ютори отримали ексклюзивні права на поширення певних препаратів. Хоча, за оцінкою Євгена Нікушина, лише 20% лікарських засобів реалізуються через вторинних посередників, інші 80% — за участю лише одного оптовика.

Інше пояснення — цінова політика роздрібних мереж. Середня націнка аптек сьогодні складає 25%, інколи вона підвищується до 35%. «Є й оптові аптеки, які роблять надбавки не більше 5%. Сервіс таких закладів на мінімальному рівні, але й ціни також», — каже Євген Нікушин.

До того ж виробники частіше звертаються до укладання прямих контрактів з роздрібними мережами щодо поставки препаратів. З одного боку, до цього підштовхнула криза, а з іншого — таке співробітництво стало можливим ще й завдяки формуванню на ринку великих роздрібних гравців («Медсервіс», «Фармастор», «Фалбі», «ТАС», «Віталюкс»).

Виробник плюс аптека

Мережа з декількох десятків аптек, що має хороший імідж на ринку і продуману маркетингову стратегію, вже може бути потенціальним партнером для виробника. За прямих договорів вхідні ціни для аптек звичайно нижчі, і саме це дозволяє знижувати і роздрібні ціни. За оцінкою Надії Численко, директора компанії «Віталюкс», люфт може складати до 15%.

«Але я не думаю, що здешевлення препаратів — кінцева мета безпосередньої взаємодії виробника з аптекою. Це, швидше, забезпечення присутності у великих мережах і відповідне маркетингове супроводження лікарських засобів. При цьому ціни на ліки можуть і не знижуватися за рахунок збільшення витрат на просування препарату», — каже Ірина Деревянко.

Проте жоден виробник не в змозі самостійно забезпечити якнайширше охоплення ретейлу, і жодна аптечна мережа не може охопити прямими договорами весь товарний асортимент. Це не виправдано з точки зору операційних витрат. «У нас практика укладання прямих контрактів невелика, оскільки ми не маємо власної логістичної структури, що забезпечувала б компанію складами та транспортом», — пояснює Надія Численко.

Як зазначає директор мережі «Віталюкс», виробники й самі не готові працювати з таким різношерстим роздрібним ринком (частка ринку найбільшої аптечної мережі не перевищує 7%). Зрештою доводиться працювати з одиничними клієнтами, а це складно щодо фінансових потоків і логістики.

У деяких країнах дистриб'ютори не є ані покупцями, ані продавцями, вони лише надають послуги з доставки та збереження лікарських засобів. У цьому випадку аптеки оплачують послуги дистриб'юторів, але працюють з виробниками за прямими контрактами. В Україні така практика поки що у тестовому режимі. «Фінансове становище аптек надто нестабільне, і виробники побоюються ризику неповернення грошей», — пояснює Надія Численко.

Як свідчать дослідження компанії «Бізнес-Кредит», 80% аптек сьогодні надають перевагу роботі з відстроченням платежу, не звертаючи уваги на те, що передплата дозволяє отримати нижчі ціни на препарати (економія може сягати 10%). З них дві третини наполягають на тривалих відстроченнях платежу —більше трьох тижнів.

Аптеки й досі мають труднощі з обіговими коштами. При цьому і дистриб'ютори, і виробники почали більш зважено підходити до своєї клієнтської бази. Одним з основних критеріїв якості співробітництва є не тільки обороти компанії, а й фінансова дисципліна.

Шукаємо винного

Дистриб'ютори першими побачили потенціал ринку й інвестували у склади та транспорт, чого не вистачає виробникам і аптекам. При цьому саме оптовики традиційно найбільше жаліються з приводу низької рентабельності. Великі дистриб'ютори заробляють на обігу за невеликої націнки, яка за останні два роки скоротилася з 15% до 8-10%. Рентабельність знизилася до 1%, тоді як у докризові роки посередники могли заробляти 2-3%.

Що стосується аптек, то їхня рентабельність здебільшого обмежена регуляторними механізмами. За словами Надії Численко, після втручань державних регуляторів у роботу ринку торік частина роздрібного сегмента просто зникла. «Нові обмеження на торговельні надбавки призвели до того, що протягом 4-5 місяців ми мали дефіцит за багатьма позиціями. Логіка структури доходності ринку змінилася», — пояснює експерт.

Тільки пізніше компроміс між регуляторами та ринком був знайдений — держава затвердила перелік препаратів, на які діє обмеження націнки, і аптеки адаптувалися до нових правил гри. Середня виручка аптеки у Києві становить 150-200 тис. грн на місяць. Проте, за словами Надії Численко, рентабельність бізнесу — одна з найменших на ринку ритейлу і коливається у межах 2-5%. Хоча ще кілька років тому можна було розраховувати на 10%. «Аптека завжди на видноті, її постійно перевіряють. Перелік затрат вельми великий. До того ж конкуренція у сегменті найвища», — каже надія Численко.

Надбавка ж аптек на лікарські засоби в середньому складає 20-25%. Натомість найбільша прибутковість у ланцюжку «виробник — дистриб'ютор — аптека», за словами директора «Віталюкс», у виробників. Так, виручка компанії «Дарниця» 2009 р. склала $72 млн, а маржа EBITDA (прибуток за вирахуванням обслуговування боргу, амортизаційних відрахувань і податку на прибуток — прим. **Авт.**) — 56%, у «Артеріума» — 22%. Рентабельність «Фармака» становить 14,9%.

«Виробник завжди був темною конячкою. Якщо роздрібний ринок достатньо прозорий, то до кухні виробників не так легко зазирнути», — кажуть на ринку роздрібної торгівлі. У свою чергу виробники вважають, що винні у високих цінах все одно ретейлери.

Хоч як не дивно, але цінове регулювання не змогло вирішити проблеми цінового різнобою на ринку. Перелік життєво необхідних ліків зі встановленими обмеженнями в націнках стосується 25% загального асортименту. Саме ці препарати завдавали значних збитків продавцям, які відігралися на вартості безрецептурних ліків і парафармацевтичних засобах.

НОВІ ПРАВИЛА. ЯКІ РЕГУЛЯТОРНІ НОВОВВЕДЕННЯ ОЧІКУЮТЬ РИНОК

✔ Вже з 2011 р. фармкомпанії можуть втратити податкову пільгу: Міністерство охорони здоров'я ініціює введення ПДВ на лікарські засоби. Зараз у МОЗ розробляють механізм введення податку та його ставки. Очікується, що вона буде на рівні 10%. «Оптова ціна сформує перший податок, а ПДВ з роздрібної ціни буде податком на податок. Тому ціни для кінцевого споживача підвищаться щонайменше на 13–15%», —прогнозує Надія Численко, директор компанії «Віталюкс».

✔ Щоби запровадження податку не стало шоком для населення, чиновники пропонують ввести страхову медицину та реімбурсацію (компенсацію витрат на амбулаторне лікування), як важелі додаткових соціальних гарантій. Проте гравці ринку висловлюють сумніви, що реімбурсацію і страхову медицину вдасться запровадити паралельно з ПДВ. Це малоймовірно хоча б тому, що використання цих механізмів потребує масштабних змін у самій структурі охорони здоров'я та жорсткого моніторингу витрат у сфері медицини.

✔ Обмеження реклами медичних препаратів — ще один з намірів держави. Регулятори ринку хочуть лімітувати фармацевтів у просуванні продукції. Антимонопольний комітет України ще минулого року висунув пропозицію закріпити на законодавчому рівні правила взаємодії лікарів та медичних представників.

У пошуках панацеї

ПЕРЕДОВІ ТЕХНОЛОГІЇ. *Брак коштів не завадив вітчизняним фармацевтам і медикам здійснити низку вдалих відкриттів*

Тетяна ГАРМАШ
для «Урядового кур'єра»

Фото Укрінформу

В Інституті ім. Амосова досягли найвищого рівня професіоналізму в дитячій кардіохірургії

Усупереч усталеній думці про те, що вітчизняні фармакологія та медицина значно відстають від закордонних, за останні роки українські спеціалісти здійснили чимало технологічних наукових проривів, що в подальшому допоможуть вивести ці галузі на наступний, вищий щабель розвитку.

Зміцнити імунітет

Оксана Дерев'янко, головний технолог НВП «Аріадна», зазначає, що одним з найбільш значних досягнень у фармацевтиці є успішні дослідження в галузі імунології. «Адже в сучасному світі людина і її життя вже давно не відповідають усталеним біологічним рамкам: ми дихаємо не тим повітрям, їмо не ті продукти, п'ємо не ту воду, що потрібні нашому організму. Тому розвиток імунології для укріплення здоров'я людини складно переоцінити», — пояснює експерт.

Але складність роботи науковців у цьому напрямку в тому, що нерідко результати лабораторних досліджень докорінно відрізняються від того, як поводиться препарат в організмі людини. Адже імунна система ще не до кінця досліджена. За словами пані Дерев'янко, протягом останніх двох років вчені змогли вийти на якісно новий етап розвитку імунології.

ВАТ «Фармак» чи не найбільшим своїм досягненням за останні роки називає розробку ін'єкційного контрастного засобу для проведення магніторезонансної томографії (МРТ). Це перший препарат українського виробництва, який виведено на ринок ЄС.

Технічна революція

Проте для виробництва сучасних ліків вітчизняним підприємствам конче потрібно здійснити прорив на технологічному рівні, тож багато фармацевтичних компаній зосередили зусилля на якісному переобладнанні та сертифікації заводів. Це дає змогу забезпечувати населення ефективними, безпечними й доступними за ціною ліками та біотехнологічними препаратами, а також інтегруватися в європейський фармацевтичний ринок.

За оцінками експертів, кошторис втілення у виробництво норм GMP коливається від $1 млн до $18 млн і потребує близько шести років. Тож найближчим часом підприємства витрачатимуть чи не всі вільні кошти на переобладнання виробництва. Та в подальшому це дозволить їм претендувати на гідне місце на європейському і світовому фармацевтичному ринку.

Медицину рухають таланти

Українські медики, на відміну від фармацевтів, не мають змоги витрачати значні кошти на закупівлю обладнання та наукові дослідження, адже галузь фінансується державою вкрай скромно. Тож досягнення вітчизняної медицини забезпечуються передусім талантом лікарів. І все ж останніми роками були події, які можна назвати справжнім проривом у галузі.

Серед них — операція на серці немовляти віком 11 днів і вагою 3500 г, проведена 1 липня 2010 р. в Національному інституті серцево-судинної хірургії ім. М. М. Амосова. Діагноз маленької хворої — синдром гіпоплазії лівих відділів серця (СГЛВС). Це перша вдала операція в Україні за досить складної вродженої вади серця. Слід зазначити, що вітчизняні медики намагаються лікувати цю хворобу із середини 90-х рр. минулого століття, але до сьогодні всі спроби були невдалими. Успішна корекція відповідає вищому рівню професіоналізму в дитячій кардіохірургії у світі. В нашій країні щорічно народжується близько 200 дітей з цією патологією.

> Кошторис втілення у виробництво норм GMP коливається від $1 млн до $18 млн і потребує до шести років.

Крім того, спеціалісти інституту провели унікальну операцію на серці дитини, якій попередньо була трансплантована нирка від матері. Причиною, з якої маленький пацієнт потребував екстреної допомоги, виявився розвиток інфекційного ендокардиту після пересадки органа. У світі досвід успішного хірургічного лікування інфекційного ендокардиту та його ускладнень у дітей незначний, адже ускладнення дуже небезпечні і супроводжуються високим рівнем смертності.

Ще один здобуток українських хірургів — операція з пересадки частини печінки від матері до дочки. До того цей орган частинами у нас не пересаджували. Отриманий досвід дозволяє розв'язати проблему нестачі донорських органів, що вкрай актуально для вітчизняної медицини.

Серед нових розробок можна відзначити апарат, який виявляє злоякісні пухлини на ранніх стадіях, коли традиційні методи діагностики (УЗД, рентгенографія та ін.) ще не бачать хвороби. Лікарі Донецького мамологічного центру разом з науковцями Донецького фізико-технічного інституту ім. А. А. Галкіна отримали сертифікат на застосування ТКЦ-1 (термограф контактний цифровий) у медичній практиці. Принцип дії приладу базується на вимірюванні температури досліджуваного органа. Як показує практика, злоякісні пухлини проростають через інші органи, провокуючи їх запалення, тож у місці локалізації утворення можна зафіксувати підвищення температури ще за один-два роки до появи самої пухлини. У світі досвід використання подібних приладів є, але коштують вони від 200 тис. грн, тоді як український винахід — 35 тис. грн.

«У Москві нам спершу не повірили»

Генеральний директор Донецького обласного протипухлинного центру Григорій БОНДАР

Щодня під скальпелі хірургів Донецького обласного протипухлинного центру лягають 20-30 хворих. За рік кількість операцій сягає 8,5 тис. «У Бондаря» не лише оперують за давно відомими технологіями, а й не менш успішно розробляють і використовують нові, власні напрацювання. Одне з останніх ноу-хау донеччан — так званий штучний шлунок, який замінює видалений орган. Про цей напрямок роботи розповів відомий хірург-онколог Григорій БОНДАР.

УК Пане Григорію, ви вже давно намагаєтесь розв'язати проблему нормального функціонування шлунково-кишкового тракту у прооперованих на виразку шлунка. Застосовуючи свої досягнення, ви підняли на якісно новий щабель у медицині?

— Намагаючись відновити після повного або часткового видалення шлунка безперервність роботи шлунково-кишкового тракту, ми взялися не тільки сполучити стравохід із тонкою кишкою, а й сформувати різні ємкості, де б їжа затримувалася. Крім того, розробили спосіб субкардиальної резекції шлунка, за якого кардинальна частина стравоходу та частина шлунка не видаляються, а залишаються і формуються за допомогою спеціальної муфти. Наші попередники теж намагалися це зробити. Однак ті з'єднання, які вони розташовували між вцілілою частиною шлунка та тонкою кишкою, зазвичай через п'ять-шість діб розгерметизовувалися, виникав перитоніт, і люди помирали. Нам же за допомогою згаданої муфти вдалося запобігти цьому і запропонувати нове рішення проблеми.

Ми вже намагалися створити орган на зразок штучного шлунка, проте він працював не повноцінно, бо ми виключали з процесу перетравлювання їжі дванадцятипалу кишку. Та протягом останніх двох років наші фахівці використали методику з'єднання «стравохід — тонка кишка — дванадцятипала кишка». Вдалося досягти результату, коли їжа через тонку кишку надходить просто до дванадцятипалої кишки, де розташовано близько п'яти жомів, які не дають можливості вмісту повертатися назад. Тобто зникають ті розлади, від яких раніше потерпали хворі.

УК Отже, ймовірно, що вашу методику невдовзі використовуватимуть в інших лікувальних закладах?

— У нас не всі розуміють, що такі напрацювання слід запроваджувати в медичну практику. Я ніколи не змирюся з тим, що людина, прийшовши до нас із четвертою стадією раку, після лікування виписується з першою групою інвалідності. Цього не повинно бути! Згоден, з таким діагнозом неможливе 100-відсоткове одужання хворого. Але якщо прооперувати його з першою, другою чи третьою стадією захворювання, можна повернути людину до повноцінного життя.

Ми й надалі розвиватимемо цей напрямок. Приміром, мій колега Андрій Сидюк розробляє методику лікування, за якою шлунок видаляється повністю, а стравохід — частково. Потім їх з'єднують за допомогою нашого способу. Звичайно, наш центр поділиться досвідом з усіма, але інші заклади наразі не мають можливості застосовувати наші напрацювання.

УК Коли ви вперше провели операцію з повного видалення шлунка, це теж була революція, але у радянській медицині...

— У Москві нам спершу не повірили й направили делегацію перевіряючих із семи спеціалістів. Довго вивчали історії хвороб, протоколи операцій. А один лікар залишився і три місяці працював разом з нами. Перейняли наш досвід і почали практикувати. Втім, їхні результати були не надто вдалими. Мене неодноразово викликали до Москви оперувати хворих і наочно показати розроблену нами методику.

Ми й зараз відкриті для всіх. Можемо відверто сказати колегам: «Відстаєте, шановні. Не вмієте? Тоді приїздіть до нас, навчимо».

ДОСЬЄ «УК»

Григорій БОНДАР. Народився 22 квітня 1932 р. в с. Іскра Донецької області. Хірург-онколог, доктор медичних наук, професор, академік АМН України, заслужений діяч науки України. Завідувач кафедри «Онкологія» Донецького державного медичного університету ім. Горького, генеральний директор Донецького обласного протипухлинного центру. Голова експертної ради з онкології Міністерства охорони здоров'я України, почесний громадянин міста Донецька.

Павло КУЩ,
«Урядовий кур'єр»

Неудаваний хворий

КОНФЛІКТ ІНТЕРЕСІВ. *Приватні клініки та страхові компанії не можуть існувати одне без одного, але завжди з'ясовують стосунки*

Анастасія УЖ
для «Урядового кур'єра»

Фото Олександра ЛЕПЕТУХИ

За комфорт і увагу треба платити

З одного боку, ринок приватної медицини в Україні — один з найменш заповнених, прибуткових і тому один з найпривабливіших для інвесторів. А з іншого — він непрозорий, законодавчо неврегульований та конфліктний. Причому основні суперечки трапляються навіть не поміж самих гравців ринку, як можна було б припустити, а з учасниками зовсім іншого сегмента, які є життєво необхідною складовою успішності приватної клініки. Неважко здогадатися, що йдеться про страхові компанії.

В Європі кількість клієнтів приватних клінік, які обслуговуються за своєю медичною страховкою, становить майже 80%. Взагалі схема «придбання медичного поліса — обслуговування в клініках, запропонованих страховою компанією» є, на думку експертів, основою основ для ринку недержавних медичних послуг.

Не все те клініка, що приватне

За оцінками «Агентства медичного маркетингу», в Україні сьогодні працює близько 30 тис. приватних медичних закладів. Водночас повноцінних недержавних клінік серед них не більше півсотні, а великих медцентрів ледве набереться з десяток. Решта — окремі, вузькоспеціалізовані кабінети (переважно стоматологічні) або зовсім невеличкі заклади з досить обмеженим і здебільшого діагностичним, а не лікувальним переліком послуг.

Невеликий список послуг — одна з найбільших проблем приватної медицини. На цьому наголошує директор однієї з компаній, яка надає послуги страхового асістансу за медичними полісами (обирає для клієнта клініку, інколи купує медикаменти та виконує інші підрядчицькі функції). Основний вид послуг (і заробітку) невеликих клінік —консультації та лабораторні аналізи. Головна спеціалізація — будь-яка діагностика, бо тут менше ризиків і швидка окупність. І за такими лекалами пошиті майже три чверті нашого приватного медринку. Не дивно, що у клієнтів складається враження, що вони заплатили за те, аби їм діагностували якомога більше захворювань, однак лікувати їх так ніхто і не взявся», — бідкається учасник ринку.

Застрахований платить більше

До речі, спроби приватників призначити якомога більше дорогих аналізів, обстежень та медикаментів клієнтам, які обслуговуються за медичною страховкою, стали чи не найпершим і найбільшим каменем спотикання між страховиками та приватними клініками.

Щоб протидіяти штучно роздутому рахунку за лікування, страховики намагаються контролювати всі призначення — щонайменше вимагають від лікарів обгрунтування тих чи тих процедур. Що, у свою чергу, спричиняє незадоволення клінік, які звинувачують СК у втручанні в лікувальний процес і скороченні переліку процедур заради економії, а іноді навіть відмовляються працювати зі страховиками, які вимагають таку звітність. Клієнтам також не до вподоби почуватися на лінії фронту: коли ти прийшов лікуватися, то хочеш довіритися професіоналам, а не калькуляції.

На Заході, до речі, питання зайвих рядків у рахунку за лікування навіть не існує, бо майже всі послуги, процедури та медикаменти стандартизовані, і страхова компанія може просто звірити надані клінікою послуги з існуючими нормами. У нас, зізнаються лікарі, жодних стандартів не існує. І навряд чи з'являться найближчими роками.

«В Україні, на відміну від Заходу, нема єдиних стандартів медичної допомоги. І поки що ухвалити їх неможливо, адже якщо переписати західні, більшість наших клінік просто не зможуть їм відповідати», — пояснює Євген Андріїв, доцент кафедри госпітальної терапії № 1 Національного медичного університету ім. О. Богомольця.

Що далі, то дорожче

Не додає оптимізму у відносинах між страховиками та приватними клініками й постійне підвищення цін на послуги останніх. «Щороку вартість послуг зростає мінімум на 20-30%», — каже Олександр Бондар, генеральний директор СК «Мега-Поліс». А цього року, наприклад, вартість лікування в «брендових» українських медцентрах подорожчала майже на 50%.

Проте експерти називають зростання цін об'єктивним фактором: більшість недержавних медзакладів закуповують обладнання та ліки напряму за кордоном, а отже, кожен стрибок курсу євро автоматично призводить до збільшення прайса. Якщо додати до цього щорічну інфляцію, то подорожчання на 20-30% — це мінімум, який перекриває витрати клінік. Щоправда, об'єктивна ринкова реальність не є досить переконливим поясненням для клієнтів СК, які, у свою чергу, спостерігають щорічне зростання полісів принаймні на третину, а це ще більше знижує і так невеликий попит на них після кризи.

«Постійне і погано прогнозоване збільшення вартості полісів медичного страхування є одним з найголовніших стримувальних факторів розвитку цього виду страхування в Україні», — вважає Олександр Бондар.

Але хоч би якими були проблеми між страховиками та приватними клініками, правила гри поки що диктують останні. СК просто немає куди подітися — співпраця з державними медичними закладами ще гірша, бо клієнт не отримує там того, що передбачено сервісом, а іноді й необхідної допомоги, що повністю дискредитує в його очах сенс медичного страхування як такого.

Гра на чужому полі

Кілька років тому страховики таки знайшли спосіб знизити залежність від цінових та інших примх приватних медзакладів. Вони просто почали відкривати власні клініки. Так, у 2007 р. власним медичним центром «Дія» обзавелася «Українська страхова група». Група «ТАС» відкрила свою клініку сімейної медицини ще в 2002 р. Кілька років тому відкрився і афільований з однойменною страховою компанією медичний центр «Добробут».

Хоча практика відкриття власних клінік так і не стала (і навряд чи стане) масовою серед СК. Адже мати власний медичний центр можуть дозволити собі лише монстри ринку (обсяг інвестицій у відкриття повноцінної клініки експерти оцінюють у 15-20 млн євро), а до того ж, за сучасного рівня попиту на медичне страхування в Україні власний медцентр навряд чи стане рентабельним.

Як тільки страховики почали заходити на територію лікарів, відкриваючи власні клініки, ті у відповідь взялися надавати послуги, близькі до страхових. А саме — пропонувати за фіксованим тарифом річні пакети, до яких входить визначена кількість лікувальних та діагностичних послуг. Утім, страховики конкуренції клінік не бояться, зазначаючи, що наразі переважна більшість їхніх клієнтів за напрямом страхування — корпоративні, які, звісно, працюватимуть саме з СК, а ринок індивідуального медичного страхування оживе у найкращому разі лише наступного року. Тому нині за клієнтів — фізичних осіб страховики особливо боротися не збираються.

Усі сили ринку сконцентровані на перерозподілі корпоративних клієнтів, і цілком можливо, що наново поділивши трохи воскреслий після кризи ринок корпоративного ДМС, страховики з більшим завзяттям візьмуться за продаж полісів «фізикам». Напевне, для активних продажів індивідуальних медичних полісів СК доведеться знизити ціни на них. Вартість річного договору становить від 5 до 10 тис. грн, що не дуже активізує індивідуальних клієнтів їх купувати.

Чи підуть назустріч страховикам приватні клініки в питанні ціни, невідомо, і більшість експертів схиляється до варіанта «ні». Тому, ймовірно, наступного року страхові компанії знову активізують свій наступ на ринок медичних послуг, відкриваючи власні заклади. Або знайдуть ефективну схему мотивації лікарів державних клінік, щоб мати можливість розширювати співпрацю і з класом В.

«А» ТА «Б» МЕДРИНКУ

Усі медичні заклади страхові компанії поділяють на три класи:

В — державні клініки;
А — приватні клініки;
А+ — брендові приватні клініки.

Залежно від класу клінік, на базі яких обслуговуватиметься клієнт, залежить і вартість поліса. Давати рекомендації щодо вибору класу закладу експерти не беруться, проте зазначають, що попри найсучасніше обладнання та безумовно кращий сервіс, вартість полісів клінік класу А+ здебільшого надто завищена. Що ж стосується лікарів, то нерідко одних і тих самих спеціалістів можна зустріти у коридорах як державних лікарень, так і приватних (практика висококваліфікованих «державних» медиків ходити «на заробітки» до своїх приватних колег збереглася до сьогодні).

СЛІД ЗНАТИ

Порядок сплати відшкодування за платні послуги клінік може бути двох типів:

1. Клієнт сплачує послуги сам і потім отримує відшкодування від СК.
2. СК перераховує гроші в клініку, сам клієнт нічого не сплачує.

У першому варіанті, а також купуючи медикаменти, важливо знати: 1) термін, в який вам слід звернутися з документами про ваші платежі в СК для відшкодування; 2) термін, який має СК після подачі ваших чеків для винесення ухвали (звичайні терміни в обох випадках становлять 10 днів, 2 тижні, 1 місяць).

До речі, за словами страхувальників, недбалість у документах — чи не найчастіша причина відмов у відшкодуванні: «У разі, якщо застрахований не може надати призначення лікаря, завірене печаткою лікувальної установи, де перераховані придбані ним медикаменти, а також тоді, коли застрахований не може надати товарний чек з аптеки, компенсувати йому такі витрати неможливо», — кажуть у страхових компаніях.

Найбільші гравці на ринку приватних медичних послуг

Клініка	Рік заснування	Спеціалізація
Медиком	1992	Багатофункціональний медичний центр
Борис	1993	Багатофункціональний медичний центр
Ісіда	1995	Гінекологічний центр, пологовий будинок
Добробут	2001	Багатофункціональний медичний центр
Eurolab	2005	Медичні лабораторні дослідження, діагностика
Лісод	2007	Онкологія

МЕДИЦИНА ФАРМАЦІЯ

СВІТОВИЙ ДОСВІД

Засіб від усіх хвороб

ПЕРСПЕКТИВА. *Однією з найбільш вдалих у світі європейську систему охорони здоров'я робить сімейна медицина*

(Закінчення. Початок на стор. 1)

Диктатура ескулапів

Нідерланди вирізняються однією з найбільш розвинених у Європі системою сімейної медицини. Загалом у країні з досить невеликою кількістю населення (16,5 млн людей) працює понад 7 тис. спеціалістів загальної практики, тобто кожен із них обслуговує близько 2,6 тис. пацієнтів. Значення сімейного лікаря у нідерландській системі охорони здоров'я настільки велике, що без його направлення людина ні за яких обставин не може звернутися до вузького спеціаліста. Натомість саме він у 80% випадках бере на себе лікування навіть у таких, на перший погляд, специфічних сферах, як, приміром, дерматологія, хірургія, гінекологія тощо.

Та навіть якщо пацієнта врешті-решт відправляють до профільного фахівця, сімейний лікар все одно контролює процес. Крім користі для хворого, такий підхід покликаний економити й державні кошти. Адже саме сімейний лікар повинен запобігати непотрібній і дорогій госпіталізації та гіпердіагностиці, чим нерідко грішать вузькі спеціалісти. Але останнім часом така всесильність лікаря первинної допомоги дедалі частіше піддається суспільній критиці, бо він приймає рішення одноосібно, а пацієнти, попри бажання, не можуть проконсультуватись у стороннього спеціаліста.

Сімейний лікар в Україні має обслуговувати 1,8–2 тис. пацієнтів

Схожий підхід практикується у Великій Британії, звідки, як вважають, сімейна медицина бере свій початок. За часів, коли діагнози ставились «на око», вона функціонувала безвідмовно, але зараз росте кількість невдоволених «диктатом» лікарів первинної ланки. Адже потрапити на прийом до вузького спеціаліста, який має найсучасніше обладнання, без рекомендації «свого» часто просто неможливо. Водночас сімейні лікарі дедалі частіше консультують недужих за допомогою телефону чи відеозв'язку, виїжджаючи додому до пацієнта лише за нагальної потреби, особливо якщо йдеться про обслуговування селян.

Звичка лікуватися

У Франції система сімейної медицини побудована за більш ліберальною схемою. Пацієнти, застраховані за державною програмою, не кажучи про тих, хто готовий платити за лікування з власної кишені, можуть самі обирати спеціаліста, якому найбільше довіряють.

Французи дуже прискіпливо ставляться до власного здоров'я, що сприяє великому попиту на медичні процедури навіть там, де їх можна було б уникнути. Держава щедро фінансує забаганки громадян: до системи бюджетного медичного страхування з 1985 р. включені не лише муніципальні та державні, а й приватні лікувальні заклади.

Зі скарбниці покривається до 75% усіх витрат системи охорони здоров'я. Це призвело до надміру пропозиції: в країні одна з найбільш розгалужених у Європі мереж лікувальних закладів, причому вони доступні не тільки в містах, а й у сільській місцевості. Між традиційними поліклініками та лікарями загальної практики існує шалена конкуренція за пацієнта. Молоді французи дедалі частіше віддають перевагу саме поліклінікам, де працюють вузькі спеціалісти і встановлене сучасне обладнання.

Та навіть за таких умов в останні роки потреба у сімейних лікарях значно зросла, адже в країні змінюється демографічна ситуація: зростає відсоток літніх людей, які потребують постійного догляду, зокрема і в домашніх умовах.

Альтернативи немає

У Швеції система охорони здоров'я також спирається на засади свободи вибору громадянами сімейного лікаря. Але крім цих спеціалістів першу медичну допомогу забезпечують також окружні сестринські клініки, центри материнства та дитинства, мережа яких досить розгалужена і фінансується переважно за муніципальний рахунок. Останнім часом особлива роль приділяється максимальній взаємодії між сімейними лікарями та соціальними службами, що пов'язано із зростанням кількості літніх людей, які потребують догляду.

Та попри всі недоліки сімейної медицини європейці все ж не сумніваються в її незамінності, мізкуючи лише над удосконаленням схеми надання первинної допомоги населенню. Експерти не сумніваються, що цим же шляхом піде і наша держава. За підрахунками чиновників профільного міністерства, оптимальне навантаження на одного сімейного лікаря в Україні повинне становити 1,8-2 тис. пацієнтів, тобто нам потрібно понад 35 тис. таких фахівців. Однак забезпечити такою кількістю спеціалістів нелегко, особливо сільську місцевість, де проживає 40% населення.

Хто платить, той і контролює

ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА. *Регулювання фармацевтичної галузі у світі стає жорсткішим*

Вадим СИВАК
для «Урядового кур'єра»

Навряд чи знайдуться галузі, де регулювання відіграє більш важливу роль, ніж у фармацевтиці, адже дозвіл на випуск одних-єдиних популярних ліків може принести десятки мільярдів доларів.

Ситуація ще більше ускладнюється, коли у сфері регулювання відбуваються серйозні зміни, такі, скажімо, як реформа системи державного медичного страхування для літніх людей Medicare, що почалася в США у січні 2006 р. Тепер страховка покриватиме вартість ліків, що відпускаються за рецептом. Теоретично реформа стосується 43 млн американців, на яких припадає 16% виторгу всієї світової фармацевтичної галузі ($ 78 млрд).

Уже прогнозують, що спочатку ліки подорожчають, але потім тиск на ціни посилиться, оскільки уряд США відповідатиме за закупівлю майже половини препаратів, які продаватимуться на ринку. Крім того, реформа знижує бар'єри для імпорту більш дешевих закордонних засобів. Фармацевтичні компанії гадають, яку саме знижку їм доведеться надавати страховикам, щоб потрапити до списку офіційних постачальників, пов'язаних із програмою Medicare. Деякі з них, приміром, уже починають виготовляти більше генериків, аби не упустити нові можливості.

Забагато аптек

Торік у деяких країнах Центральної Європи скоротилася кількість аптек через високу насиченість роздрібного ринку і надлишкову кількість операторів, що негативно впливало на прибутки від реалізації. Наприклад, в Угорщині у 2009 р. 400 лікарських крамниць оголосили про банкрутство, причиною якого стало відстрочення державних виплат з реімбурсації (відшкодування вартості) лікарських засобів.

У Чехії, Польщі та Болгарії більшість аптек перебувають на межі банкрутства. Серед основних передумов скорочення кількості таких закладів у цих країнах називають несприятливу економічну ситуацію, обумовлену кризою, обмеження торговельних націнок, а також зміну законодавчої бази у сфері роздрібної реалізації препаратів.

Аспірин он-лайн

Законодавча база щодо онлайн-реалізації та замовлення ліків поштою в європейських країнах різняться. Найбільш ліберальне законодавство у Польщі, Чехії та Словаччині, де всі безрецептурні препарати допускають до збуту через Інтернет, натомість в Угорщині перелік таких ліків обмежений. А в Болгарії та Румунії подібний вид роздрібної торгівлі взагалі заборонений.

У Словаччині онлайн-реалізація медпрепаратів дозволена нещодавно. Закон ухвалили в грудні 2009 р., а набрав чинності — у березні. До збуту поштою допускатимуть лише безрецептурні ліки, а обмеження цього виду торгівлі поширюватиметься на товари, що підлягають обов'язковому страховому відшкодуванню. У червні 2010 р. набрали чинності поправки до закону щодо реалізації ліків, за якими особи з обмеженими можливостями, інваліди та пацієнти, прикуті до ліжка, зможуть отримувати рецептурні препарати і медичні прилади поштою.

Згідно з даним дослідження компанії Gfk, у Словаччині 77% населення досить позитивно сприйняли зміни у законодавчій базі щодо спрощення правил реалізації безрецептурних препаратів, тоді як можливість лібералізації роздрібної торгівлі в сегменті рецептурних засобів особливого ентузіазму не викликали.

Лібералізація ринку

Усі кільця фармацевтичного логістичного ланцюжка, особливо аптечний бізнес, досить чутливі до законодавчих засад. Приміром, у січні 2007 р. в Угорщині були скасовані географічні та демографічні обмеження щодо відкриття аптек, це спричинило зростання кількості закладів з 400 до 2400 протягом останніх трьох років. До 2011 р. в Румунії також планують скасувати подібні обмеження, а це може призвести до зростання кількості аптек.

У Польщі будь-які ліміти на відкриття аптек відсутні. Однак з 2004 р. в країні застосовується антимонопольне регулювання, що обмежує процеси консолідації — в одному конкретному воєводстві одній юридичній особі може належати не більше 1% аптек.

Власним коштом

В Україні, де пострадянська система охорони здоров'я фактично вичерпала свій потенціал розвитку, а нова стратегія реформування галузі ще не втілена у життя, механізм реімбурсації амбулаторної реалізації лікарських засобів майже відсутній. Як зазначають деякі аналітики, у нас фактично понад 80% ринку споживання медпрепаратів фінансується самим пацієнтом.

Україна залишається єдиною європейською державою, де відсутній механізм компенсації амбулаторного споживання ліків на загальнодержавному рівні. Тому розробка і запровадження системи медичного страхування та механізму компенсації вартості медикаментів з огляду на євроінтеграційний вектор української політики мають бути пріоритетними напрямами реформування системи охорони здоров'я.

Відповідальна за випуск Олена ШРАМКО