

Review

МММК

«Медицинский кластер — это история не про деньги, а про трансферт технологий и знаний»

Михаил Югай, генеральный директор Фонда международного медицинского кластера, управляющей компании Московского международного медицинского кластера (МММК), отмечает, что федеральный закон о МММК не только открывает возможности для входа на рынок для зарубежных клиник из стран ОЭСР, но и создает условия для переноса в Россию современных технологий и стандартов лечения.

— инвестиции —

● МММК был создан по инициативе и при поддержке Правительства Москвы на основании принятого 29 июня 2015 года федерального закона №160-ФЗ «О международном медицинском кластере». Располагается на 57 га территории, арендованной у ИЦ «Сколково». Проект по созданию кластера реализует Фонд МММК, высшим органом управления которого является наблюдательный совет во главе с Мэром Москвы Сергеем Собяниным. Закон обеспечивает особую зону для развития бизнеса на территории кластера и предоставляет ряд преференций его участникам: на территории кластера признаётся разрешительная документация на медицинскую деятельность, лекарственные препараты, медицинские изделия и медицинские технологии, выданная уполномоченными органами государств-членов ОЭСР наравне с разрешительной документацией, выданной в Российской Федерации. Кластер создан с целью развития Москвы в сфере здравоохранения: повышения качества медицинской помощи, содействия в разработке лекарств, медицинских технологий и медицинских изделий, развития образовательной деятельности и проведения научных исследований в сфере охраны здоровья на основе лучших мировых практик.

— Идея создания медицинского кластера возникла несколько лет назад. Однако активно она начала реализовываться в 2015 году, тогда же был принят Закон о МММК. Что послужило толчком к реализации проекта? — Запрос на перестройку системы здравоохранения назрел довольно давно. В современных форматах оказания медицинской помощи в России заинтересованы и пациенты, и врачи, и государство. Еще задолго до принятия федерального закона стало понятно, что такой проект необходим, причем в форме кластера. В мире уже четко сформировалось такое понятие, как «кластерная экономика»,

а кластер сейчас является наиболее эффективной формой экономического развития. — Можно ли назвать проект уникальным? — Конечно. Российская медицина очень долго была только государственной, поэтому сохранила высокую степень формализации. Ей все сложнее соответствовать требованиям быстро меняющейся внешней среды — перестроится мешает жесткая нормативная база. Идея кластера — создание гибкой нормативной базы на отдельно взятой территории. Отдельное законодательство, а именно федеральный закон о МММК, определяет основные правила работы в кластере. Так, клиника из ОЭСР у нас имеет право работать по тем стандартам, по которым она работает в своей собственной стране. Такой подход дает возможность принести в Россию самые современные технологии, стандарты, протоколы лечения. Уникальная территориальная суверенность проекта является и его сложностью. Мы должны одновременно встроить кластер в существующую систему и создать условия для взаимовыгодного сотрудничества организаций, входящих в кластер. Задача Фонда ММК — построить инфраструктуру, найти участников и инвесторов, чтобы на этой территории появились новые современные клиники. Дальше они должны расти и развиваться самостоятельно. — Правительство Москвы планирует вложить в проект почти 10 млрд руб. Какой объем частных инвестиций вы рассчитываете привлечь? — Вместе с нашими консультантами из The Boston Consulting Group мы посчитали, что до 2029 года нужно вложить порядка 90 млрд руб. для того, чтобы построить необходимую инфраструктуру и запустить работу кластера на полную мощность. Мы хотели бы сделать это даже быстрее — к 2025 году. Первые два корпуса — клинико-диагностический и терапевтический — строятся за счет правительства Москвы. Далее специализированные клиники, а их будет, по нашим расчетам, около 15, будут строиться в основном за счет частных инвесторов.



Михаил Югай отмечает основные направления развития медицинского кластера: кардиология, сердечнососудистая патология, онкология, нейрохирургия, неврология и реабилитация

— Когда будет закончено строительство первого корпуса? — Мы планируем сдать его осенью этого года, первые пациенты смогут посетить его в первом квартале 2018 года. — Кластер планирует работать в трех направлениях — медицинская помощь, образование, научные разработки. Какое из направлений является приоритетным? И как вы их планируете развивать? — Одно без другого не работает, но ключевое направление — это все-таки медицинская помощь. Обязательное условие вхождения участников с медицинскими компетенциями в кластер — ведение образовательной деятельности. У всех крупных клиник, с которыми мы ведем переговоры, существуют свои собственные образовательные программы. На этапе переговоров мы говорим им: у вас будет возможность зарабатывать деньги, используя конкурентные преимущества кластера, но все-таки кластер — это история не про финансы, а про трансферт технологий и знаний. Поэтому для нас очень важен образовательный компонент, важно понимать, какие программы предлагает клиника, какие финансовые средства она готова вложить в образование. Что касается научных исследований, то все известные мне клиники высокого уровня занимаются наукой, потому что сегодня медицина без образования и без науки не живет. Мы рассчитываем, что существова-

ние в медицинском кластере, как в технопарке, позволит участникам генерировать новые разработки. — Как вы планируете выстроить образовательные программы? — Кластер — это то место, где медики смогут получить современные компетенции. И дело не только в стандартах лечения, а в подходах, философии и рациональности работы. Образовательные программы будут ориентированы не только на врачей, но и на медсестер и медицинских руководителей. Наши специалисты будут проходить стажировки за границей в клиниках — резидентах кластера. В то же время иностранные медики, которые придут работать на территории кластера, будут делиться своими знаниями и опытом в России. — По каким медицинским направлениям будет развиваться кластер? — На первом месте — кардиология, сердечно-сосудистая патология. Сегодня по статистике в России смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в трудоспособном возрасте кратно превышает смертность в развитых странах. На втором месте — онкология, которая очень сильно распространяется по всему миру, и Россия, к сожалению, не исключение. В-третьих, мы ориентируемся, конечно, на спрос Москвы. Сегодня для нее актуальны нейрохирургия, неврология, реабилитация. — Появилась информация, что оператор первого объекта — клинико-диагностического корпуса — практически уже определен. Это так? — Израильская клиника «Хадасса» — одна из тех, кто заявил свой интерес к проекту. Поскольку раньше такой проект, как МММК, никто не делал, для всех это первый подобный опыт, разработка четкого алгоритма переговоров и процедуры отбора занимает значительное время. Финансы, которые инвесторы планируют вкладывать в проект, большие, поэтому переговорный процесс с медицинскими операторами долгий. К середине июня станет понятно, кто будет первым резидентом МММК. — В итоге сейчас участники проходят процедуру отбора? — Мы пришли к тому, что нужно сформировать некий порог из количественных и качественных показателей, которые будут играть роль первичного фильтра. Процедура отбора состоит из трех этапов. На первом этапе кандидат подает документы в фонд на соответствие определенным критериям. Мы проверяем, соответствует ли он требованиям закона. На втором этапе кандидата оценивает Экспертный совет, который состоит из представителей феде-

рального правительства, московской профессуры и международных экспертов. Эксперты оценивают, насколько то, что предлагает участник, действительно поднимет уровень нашего здравоохранения. И третий этап — это наблюдательный совет, председателем которого является мэр Москвы. В состав совета входят также вице-мэры Москвы, представители «Сколково», Москомархитектуры. Наблюдательный совет принимает решение, подписывать соглашение с кандидатом или нет. При положительном решении ему предоставляется статус участника МММК со всеми соответствующими льготами. — Сколько операторов дошли до второго, до третьего этапов? — Мы рассматриваем только связь «оператор плюс инвестор». Одна такая связка у нас уже прошла экспертный совет, в начале июня должна рассматриваться на наблюдательном совете. На экспертный совет подано две заявки. В феврале мы начали международное роуд-шоу, и сейчас находимся в процессе переговоров еще с 20 потенциальными медицинскими операторами. — Клиники из каких стран проявляют больший интерес и кто выступает инвестором? — Интересуются большие многофункциональные медицинские клиники либо небольшие сетевые клиники, которые уже имеют зарубежные филиалы. Самый больший интерес мы видим из Израиля — думаю, в силу исторических и культурных связей. На втором месте — Южная Корея, затем — Европа: Австрия, Италия, Германия, Франция, Испания — и, конечно, США. Среди инвесторов преобладают российские. И это вполне закономерно. Они хорошо понимают особенности рынка, знакомы с правилами ведения бизнеса, имеют опыт общения с представителями власти. Наличие российского партнера-инвестора значительно облегчает процесс вхождения в кластер международных клиник. Поэтому связка «иностранная клиника и российский инвестор» кажется нам вполне рабочей. — Кто будет пациентами клиник, расположенных в кластере? — Правительство Москвы пока рассчитывает на два источника — платежеспособное население, которое хочет и может обеспечить себе более высокий уровень медицинской помощи, и добровольное медицинское страхование. Мы рассчитываем, что клиники в кластере станут жемчужиной в программе ДМС любой страховой компании. Мы также думаем над возможностью заключать прямые договоры с предприятиями. **Беседовала Дарья Николаева**

здравоохранение практика

У смерти мужское лицо

— администрирование —

Если к 2018 году мы хотим достичь ожидаемой продолжительности жизни 74 года, то придется поэтапно увеличивать финансирование государственной системы здравоохранения как минимум до 5% ВВП (сегодня — 3,5% ВВП). Мнение, что от деятельности системы здравоохранения ожидаемая продолжительность жизни зависит мало, для нашей страны неверно. Расходы на здравоохранение и эффективность их трат — это самый главный показатель, который влияет на ожидаемую продолжительность жизни в России. Доказано, что при расходе на здравоохранение от \$400 до \$1700 ППС (паритет покупательной способности) на душу населения в год (в России — \$850 ППС в 2016 году) есть прямая зависимость ОПЖ от госфинансирования. Начиная с 2005 года в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» и Программы модернизации российской системы здравоохранения до 2012 года в отрасль шли деньги, при этом ожидаемая продолжительность жизни росла, а смертность снижалась, что доказывает прямую зависимость ОПЖ от уровня финансирования. Если мы хотим, чтобы ожидаемая продолжительность жизни в России была как в новых странах ЕС (Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения, Чехия, Эстония), необходимо тратить на здравоохранение в полтора раза больше, чем сегодня: примерно \$1300 ППС на душу населения.

Девальвация указа В 2012 году вышли майские указы президента РФ, в которых была поставлена задача увеличить ожидаемую продолжительность жизни до 74 лет к 2018 году и повысить оплату труда врачей до 200% по отношению к средней по экономике, а среднему

медицинского персонала — до 100%. Указы предполагали установление базовых окладов по основным квалификационным категориям и прозрачный механизм оплаты труда. Предусматривались совершенствование комплекса мер по обеспечению доступности первичной медико-санитарной помощи, обеспечение системы здравоохранения кадрами, ликвидация дефицита, меры социальной поддержки и непрерывное повышение квалификации кадров. Были поставлены задачи сократить сроки ожидания медицинской помощи до показателей других стран. Предполагалось развитие первичной медико-санитарной помощи и горячих линий, чтобы население могло информировать о проблемах и задавать вопросы. После кризиса 2014 года и девальвации рубля, когда объемы финансирования здравоохранения стали сокращаться, президент дал перечень поручений по вопросам развития здравоохранения, в том числе не сокращать консолидированные средства региональных бюджетов на здравоохранение. Это основные документы, в соответствии с которыми должна была строиться политика здравоохранения. В 2012–2016 годах была принята госпрограмма «Развитие здравоохранения» с 11 подпрограммами с ежегодными показателями, которых необходимо достичь. Однако в этом документе не были выделены важнейшие приоритеты и не было предусмотрено достаточных механизмов его реализации. Целевые показатели не были сбалансированы с необходимыми ресурсами. Недостаточно провозгласить, что сроки ожидания медицинской помощи будут короткими. Если в системе не хватает врачей, то никакие сроки ожидания не будут соблюдены. Если была поставлена задача снизить смертность и увеличить ожидаемую продолжитель-

ность жизни, должно было произойти расширение мощности системы здравоохранения. У нас же, согласно письмам Минздрава РФ и разработанным им же «дорожным картам», напротив, произошло снижение мощности здравоохранения: сокращение числа коек и объемов стационарной помощи, увеличение платных медицинских услуг. По сравнению с советским временем общая заболеваемость в стране выросла на 50%. Чтобы принять и обслужить возросший поток больных, мощности системы здравоохранения должны были вырасти вдвое, но они были сокращены. По данным Росстата, с 2012 по 2015 году самостоятельных амбулаторно-поликлинических учреждений стало почти на 50% меньше, снизилось на 7% число их посещений. Обеспеченность врачами участковой службы сократилась на 2%. В 2015 году дефицит врачей участковой службы достиг 40 тыс. человек, или 56% от расчетного норматива. Число больничных учреждений уменьшилось на 11%, обеспеченность койками — на 11% (124 тыс.). Сократились объемы бесплатной медицинской помощи: число госпитализаций снизилось на 9%. Число фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов сократилось на 5%, участковых больниц — на 24%. Численность среднего медицинского персонала, работающего в фельдшерско-акушерских пунктах, сократилась на 9%. При этом с 2012 по 2015 год число больных людей в нашей стране (поток пациентов) увеличилось на 1,4 млн человек. Как следствие, нарушен ключевой баланс — соответствия мощностей системы здравоохранения сложившемуся потоку больных. Сейчас в России обеспеченность койками и практикующими врачами ниже, чем в Германии, на уровне старых стран ЕС, а число больных людей, нуждающихся в меди-

цинской помощи, больше как минимум в полтора раза (если считать по смертности). В результате внутрибольничная летальность с 2012 года выросла на 10%, и эта тенденция сохраняется. В России только льготные категории имеют доступ к бесплатным лекарствам, а в развитых странах — все категории больных, которым врач выписал лекарство по установленной ограниченной цене. По сравнению с новыми странами ЕС расходы на лекарства на душу населения у нас почти в четыре раза ниже, чем в новых странах ЕС. **Коэффициент смертности** Согласно Программе развития здравоохранения, к 2016 году общий коэффициент смертности должен был составить 12,3 случая на 1 тыс. населения в год, но он составил 12,9, то есть на 0,6 больше. Скорее всего, в 2017 году он останется на том же уровне, а по официальным документам к 2020 году он должен составить 11,4 случая на 1 тыс. человек. Ключевой показатель эффективности здравоохранения — ожидаемая продолжительность жизни — почти на шесть лет ниже, чем в новых странах ЕС, сопоставимых с Россией по уровню экономического развития. При этом у нас катастрофически высокая разница между ожидаемой продолжительностью жизни мужчин и женщин — почти 11 лет. Наши мужчины живут на семь с лишним лет меньше, чем мужчины в новых странах ЕС, тогда как в советское время разница была всего два года. Стандартизованный коэффициент смертности (КСК) от всех причин на 55% выше, чем в новых странах ЕС, КСК от инфекционных болезней — в 3,6 раза выше, КСК от туберкулеза — в 7,5 раза выше. С 1970 года первичная инвалидность взрослого населения выросла в два раза, притом в последние го-

ды она регулируется административным путем. С 1995 года инвалидность выросла на 10%, причем в 47% случаев ее получают люди трудоспособного возраста. С 1980 года в РФ доля детей, родившихся больными и заболевших в период новорожденности, увеличилась в четыре раза. Первичная заболеваемость детей в возрасте от 0 до 14 лет и подростков выросла в разы по всем классам болезней. Сегодня смертность детей от 0 до 14 лет в два раза выше, чем в новых странах ЕС. В результате единственное, чем мы можем похвастаться, — рост коэффициента рождаемости, который сегодня выше, чем в странах Европы, но не растет последние несколько лет. Младенческая смертность в стране снижается, и это действительно серьезное достижение Минздрава, но она остается на 50% выше, чем в новых странах ЕС, не говоря уже о старых. В настоящее время мы наблюдаем сокращение численности граждан трудоспособного возраста, поскольку больше по численности поколении уходит на покой, а меньшее по численности вступает в трудоспособный возраст. Из 100% россиян, которые умирают в трудоспособном возрасте, 80% — мужчины. Увеличение числа граждан старше трудоспособного возраста приведет к тому, что поток пациентов увеличится на 3 млн человек. Рост рождаемости приведет к тому, что число детей к 2020 году увеличится на 2 млн, хотя педиатров стало меньше почти на 9%.

Перераспределение расходов

Сейчас мы тратим на здравоохранение в полтора раза меньше, чем новые страны ЕС. А если перевести в сопоставимые цены (доллар, оцененный по ППС), то в 1,6 раза меньше. При этом в 2016 году мы потратили больше 3 трлн руб. В 2017 году в текущих ценах отмечается сокра-

щение финансирования на 3%, а в реальных ценах с учетом 4% инфляции — на 7%. Главными приоритетами сейчас в отечественном здравоохранении должны стать здоровье российских мужчин и российских детей и подростков. Кроме того, необходимо пересмотреть действующие тарифы ОМС. Например, в сельской местности, труднодоступных и малонаселенных пунктах, даже если у региона есть деньги, то при низком тарифе и малых объемах медпомощи лечебное учреждение не хватает на жизнь. Поэтому одной из самых первых мер должно стать введение повышающих коэффициентов для оплаты медицинской помощи, чтобы могли выживать даже маленькие сельские больницы и врачебные амбулатории в труднодоступных сельских регионах или в арктической зоне. Четвертым приоритетом должна стать массовая профилактика. В ближайшие два года придется закрыть все капитальное строительство, за исключением фельдшерских пунктов и врачебных амбулаторий. Обеспечить финансирование орфанных заболеваний из федерального бюджета. Это позволит сэкономить до 100 млрд руб., которые необходимо пустить на приоритетные направления. Нужно упразднить страховые медицинские компании, которые являются лишним звеном — посредниками, в которых оседает около 50 млрд руб. Анализируя текущую ситуацию, приходишь к выводу, что коренные проблемы нашего здравоохранения — это недостаточное финансирование и низкий уровень организации здравоохранения, который необходимо повышать, поскольку без эффективного управления немисливо высокое качество медицины. **Светлана Белостоцкая** (с использованием материалов Росстата и Высшей школы организации и управления здравоохранением)