

# Здравоохранение

## Железо не в счет

В условиях недостаточного финансирования здравоохранения услуги лабораторной диагностики становятся более востребованными, поскольку помогают сократить расходы на лечение. При этом данный рынок в стране трансформируется, лаборатории при клиниках укрупняются, конкурируя с более мелкими игроками и предоставляя гражданам дорогие услуги по полисам ОМС, что становится возможным благодаря снижению себестоимости диагностических исследований.

— диагностика —

По данным аналитической компании Kalorama Information, в последние годы потребность в лабораторной диагностике стабильно растет. Так, в 2016-м мировой рынок подобных услуг увеличился до \$108,5 млрд. По мнению аналитиков, росту сегмента среди прочего способствует развитие персонализированной медицины (анализы, позволяющие подобрать пациенту индивидуальное лечение, а также мониторинг течения болезни и эффективности лекарственной терапии). Тенденция становится все более явной и в России. Поэтому в условиях постоянного удорожания медицинских услуг лаборатория становится все более значимой частью процесса лечения, позволяя за счет адекватной и оперативной диагностики сократить время и расходы и на постановку диагноза, и на лечение, и на контроль состояния пациента после окончания лечения.

По данным компании BusinessStat, в 2016 году объем российского сегмента платных исследований в денежном выражении вырос на 14% — до 40,1 млрд руб., а в натуральном прибавил 1,9%, достигнув 75,9 млн исследований. Стоимостный объем ис-

следований по ОМС в 2016 году составил 34,3 млрд руб. В 2017 году объем рынка услуг лабораторной диагностики в России по сравнению с 2016-м вырос незначительно и составил 27,3 млн исследований. Из них по программе обязательного медицинского страхования было проведено 72,2% исследований, остальные 27,8% — коммерческими учреждениями.

По оценкам, ежегодный рост объема рынка лабораторных услуг в ближайшие несколько лет будет составлять около 1,5%.

Сейчас в России происходит консолидация коммерческого рынка лабораторных услуг, в сегменте определились лидеры, многие из которых активно развивают свои франчайзинговые сети. Это станет одним из факторов роста коммерческого сектора лабораторных услуг в России в 2018–2022 годах.

Приведем лишь один пример: в прошлом декабре холдинг «Росэлектроника» госкорпорации «Ростех» и компания «Сименс Здравоохранение» подписали соглашение, которое предусматривает, в частности, создание совместных централизованных лабораторно-диагностических центров. Инвестиции на первом этапе оценивались в 4 млрд руб. лабора-

тории должны создаваться в административных центрах субъектов РФ. Центры будут предоставлять услуги по централизованной обработке биоматериалов пациентов на основе диагностического оборудования Siemens. В перспективе рассматривается возможность локализации производства лабораторного оборудования Siemens и расходных материалов на территории России.

Сектор ОМС также будет демонстрировать рост в натуральном объеме рынка. Свою роль сыграют и проводимые Минздравом РФ мероприятия, направленные на развитие фундаментальной, трансляционной и персонализированной медицины, например разработка и внедрение новых тест-систем для диагностики пациентов, страдающих социально значимыми заболеваниями.

Тенденции развития лабораторной диагностики подтверждает и недавнее заявление исполнительного директора госкорпорации «Ростех» Олега Евтушенко о намерении начать в стране создание крупных лабораторных центров совместно с ведущими иностранными компаниями. «Сам по себе проект (лабораторной диагностики. — „Б“) предусматривает создание с местными администрациями сети „фабрик анализов“. Пилотные лабораторные центры откроются в следующем году в Курганской и Самарской областях, в дальнейшем — в других регионах», — рассказал господин Евтушенко в недавнем интервью ТАСС.

Сегодня по статистике на рынке медоборудования в нашей стране преобладают иностранные производители — 83% против 17% российских. В основном оборудование завозится в Россию из Европы — 50% (из которых 22% приходится на Германию), США — 19,5%, Китая — 9,2%, Японии — 7,4%. А крупнейшими игроками на российском рынке остаются Siemens,



Цены на лабораторные услуги по ОМС в государственной поликлинике с высочайшим уровнем автоматизации оказались на 10–15% ниже, чем в коммерческих центрах

Roche, Abbott, Johnson & Johnson, General Electric. По крайней мере три первые компании поставляют на российский рынок оборудование для лабораторной диагностики.

По словам главного врача городской поликлиники №107 города Санкт-Петербурга Андрея Комарова, договор, заключенный с компанией «Сименс Здравоохранение» на поставку диагностического оборудования, позволил клинике стать крупнейшим диагностическим центром в городе и Северо-Западном регионе (лаборатория подобного масштаба и уровня автоматизации уникальна для государственных медицинских учреждений страны). При этом средние цены на лабораторные услуги по ОМС в их государственной поликлинике оказались на 10–15% ниже, чем в коммерческих центрах.

Кроме того, основная часть работы диагностического центра поликлиники №107 связана с предоставлением гражданам услуг именно по системе ОМС. «Частные центры работают по ОМС очень просто: закончилось плановое задание — будем рады видеть вас в следующем году. А мы делаем сверх плана и закладываем это в свою себестоимость. Порядка 90% у нас — это работа по ОМС. 10% — бюджет и платные услуги, другие источники финансирования. В итоге у нас себестоимость не по тарифу. У нас себестоимость — это тариф минус те счета, которые нам не платят. А это 25%», — рассказывает Андрей Комаров.

Классический пример ГЧП: компания поставяет, устанавливает и обеспечивает лабораторию, запускает и осуществляет наладку оборудования, контролирует работу, проводит оперативный ремонт, оставляет собственником оборудование. Клиника предоставляет площади, помещение, сотрудников (число которых резко со-

кращается под большим объемом анализов) и оплачивает реагенты поставщику за счет ОМС. Контракт заключается на срок около пяти лет, за это время предполагается амортизация оборудования, после чего контракт либо разрывается и поставщик демонтирует оборудование, либо продлевается на новый срок, и тогда оборудование обновляется, также за счет поставщика.

Можно предположить, что драйвером рынка лабораторной диагностики в ближайшее время будет сотрудничество государственных и частных клиник с мировыми поставщиками оборудования: властям сейчас выгодно создание на рынке конкурентной среды среди участников ОМС. И хотя маржинальность при работе по ОМС низка, для лабораторий и, соответственно, для производителей — поставщиков дорогого оборудования партнерство все равно сулит выгоду при наличии большого и прогнозируемого объема спроса на лабораторные анализы.

Константин Анохин

## Цена обещаний

— реформа —

Год назад, выступая на конгрессе Национальной медицинской палаты «Российское здравоохранение сегодня: проблемы и пути решения», замминистра здравоохранения РФ Наталья Хорова сообщила, что с 2012 по 2016 год среднемесячная зарплата врачей, среднего и младшего медперсонала увеличилась соответственно на 48,7%, 46,2% и 75,3% и составила 50 667 руб. у врачей, 28 174 руб. у среднего медперсонала и 18 436 руб. у младшего медперсонала.

По итогам 2016 года соотношение средней заработной платы врачей, младшего и среднего медперсонала к средней заработной плате по РФ составило соответственно 155,3%, 86,3% и 56,5%. При этом есть некоторое отставание от контрольных цифр «дорожной карты» (159,6%, 86,3% и 70,5%).

В первом полугодии 2017 года средняя зарплата врачей составила 52 900 руб., среднего медперсонала — 29 400 руб. и младшего медперсонала — 19 368 руб., сообщила госпожа Хорова. Однако к 1 октября 2017 года соотношение средней зарплаты врачей, среднего и младшего медперсонала должно было достигнуть 180%, 90% и 80%, а к 1 января 2018 года — 200%, 100% и 100% соответственно.

В 2018 году объем расходов на федеральную субвенцию из Федерального фонда ОМС в территориальные фонды ОМС будет увеличен на 333,2 млрд руб. (21,7%) и составит 1 трлн 879 млн руб., что обеспечит достижение показателей, предусмотренных указом президента, заявила Наталья Хорова.

### Неправильные цифры

В текущем году Росстат, как уже было сказано, опубликовал данные о зарплатах медицинских работников в 2018 году, полученные из Минздрава РФ: средняя зарплата врачей — 72 тыс. руб. в месяц, медсестер — 36 тыс. руб.

Вاپреле «Общероссийский народный фронт» (ОНФ) провел свой опрос медработников, в котором приняли участие 4,6 тыс. человек, и получил с учетом всех нацбавок цифры в полтора-два раза ниже официальных. 86% врачей-специалистов ответили, что получают за свой труд гораздо меньше, чем указал Росстат. Так, в первом квартале 2018 года зарплата 22% опрошенных врачей оказалась меньше 25 тыс. руб. в месяц, 32% — менее 30 тыс. руб., 19% — в диапазоне 40–55 тыс. руб. и лишь в отдельных случаях — более 80 тыс. руб.

При этом 40% опрошенных (1559 человек) работают на полторы и более ставок. Каждый десятый врач совмещает две ставки и более. Нередко врачи выходят на работу даже

после суточного дежурства, что категорически запрещено во всем мире.

Эту информацию подтверждает центральная профсоюзная газета «Солидарность». По данным издания, в первом полугодии 2018 года средняя зарплата в сфере здравоохранения составила 39 433 руб. (93% от средней по стране).

По экспертным оценкам, на выполнение указа президента о повышении зарплат медиков не хватает 71 млрд руб.

На «Горячую линию» Всероссийского союза пациентов», которая работает в девяти часовых поясах, обращаются и врачи, которые спрашивают, почему они раньше получали 40 тыс. руб., а сейчас — 24 тыс. руб., а при этом им объясняют, что их зарплата увеличена. Оклад других в 2012 году составлял 7 тыс. руб. плюс 23 тыс. руб. — надбавки, а в 2017 году — 14 тыс. руб. безо всяких надбавок.

В Ивановской области врач общей практики с 35-летним стажем

получает 18 тыс. руб., а опытный фельдшер — 13 тыс. руб. И таких примеров тысячи.

### Диспропорция сохраняется

«Эффективный контракт» так и не решил проблему зарплат врачей, зато порадовал руководителей учреждений, ежемесячные зарплаты которых кое-где стали семизначными. Даже в самых проблемных в финансовом отношении регионах после года работы по новой системе руководители учреждений покупали квартиры в Москве, в то время как рядовым медицинским работникам зарплаты в 7 тыс. руб. задерживали по полгода.

В сентябре 2015 года ОНФ поднял проблему вопиющей диспропорции в оплате труда руководителей учреждений и медицинских персонала в регионах. Президент отреагировал оперативно. Уже в ноябре вышли поручения президента Пр-

2335, пункт 3г которых предписывал устранить существующие диспропорции, передав полномочия по установлению соответствующих коэффициентов в регионы. В результате, например, в Забайкальском крае предельный уровень соотношения средней зарплаты руководителей государственных учреждений здравоохранения и средней зарплаты медицинских работников составил 6,5:1. В Ханты-Мансийском автономном округе — 6:1. При этом доля оплаты труда работников основного персонала должна составлять не менее 60% от общего фонда оплаты труда, а доля руководителей — соответственно 40%.

### Логика абсурда

Происходящее последние годы в отечественном здравоохранении не поддается никакой логике. Издали указ, но не обеспечили финансово и при этом заставили его выполнять. Хотели удержать врачей, но плати-

### РАСХОДЫ НИЖЕ — ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЫШЕ

Повысить эффективность медицинской помощи можно без дополнительных затрат — напротив, снизив объемы капиталовложений, считают сторонники инновационной медицины. Экономике здравоохранения надо менять, переходя от оплаты за услуги к оплате за качество, от оплаты за объемы медицинской помощи к оплате за результат.

### Цилиндр вместо треугольника

Один из глобальных вызовов современности — старение населения во всех развитых странах. Если раньше демографический срез представлял собой треугольник, в основании которого были лица молодого и среднего возраста, а у вершины — более старшее поколение, то сейчас это почти цилиндр, ибо численность пожилых граждан приближается к суммарному количеству представителей более молодых групп.

С ростом продолжительности жизни заболеваемость сердечно-сосудистыми, онкологическими и неврологическими заболеваниями в старшей возрастной группе будет нарастать, увеличится и число потребителей льготных лекарств, чего не выдержит ни один бюджет. С каждым годом усложняется и медицинская помощь. Если раньше тяжелые больные были редкостью, то сейчас это данность. И такие пациенты требуют новых подходов. Все это серьезные вызовы и для государства, и для экономики, и для всей системы здравоохранения.

### Не процесс, а результат

Организаторы здравоохранения во всем мире считают, что пришло время пересмотреть сами подходы к оказанию медицинской помощи. Если медицина прошлого ассоциируется с низкими расходами, слабыми технологиями и низкой эффективностью, медицина сегодняшнего дня — это высокие расходы, высокие технологии и средняя



Врачебное сообщество настаивает на анализе последствий десятилетней реформы здравоохранения в России, а также квалификации и профпригодности проводивших ее управленцев

эффективность, то медицина будущего должна сочетать низкие расходы, высокие технологии и высокую эффективность. Но возможно ли это?

Сегодняшняя модель здравоохранения сконцентрирована на интересах участников системы предоставления медицинской помощи — врачей и больниц. Индикаторы оказания помощи связаны в основном с количеством процедур, операций, коек.

Прогрессивная модель должна строиться исходя из интересов пациента и быть направлена не на процесс, а на результат. Оценивая эффективность медицинской помощи надо не по тому, как быстро больной выписался из больницы, а по тому, насколько он повторно поступает на госпитализацию в стационар.

Экономике здравоохранения необходимо менять от оплаты за услугу, объема медицинской помощи, лечение острых состояний к оплате за результат, качество, популяционное здоровье.

Изначально эта технология была предложена в онкологии, но оказалась перспективной и при лечении сердечно-сосудистых патологий.

Однако главные надежды возлагаются на технологию редактирования генома. Во всем мире это направление ускоренно развивается. Гигантский прогресс в онкологии связан с тем, что можно быстро создать препарат, способный изменять геном раковой клетки и запускать процесс ее гибели. Это открывает новые перспективы в лечении многих онкозаболеваний, в частности меланомы.

### Однократное введение

В нынешнем году в России зарегистрирован первый CAR — модифицированный лимфоцит для лечения лейкоми у детей. Сама процедура довольно проста. У пациента берут порцию крови, из которой выделяют «убийц» раковых клеток — Т-лимфоциты. Их подвергают генно-инженерным изменениям, после чего опять вводят больному. «Отредактированные» Т-лимфоциты активно размножаются в организме и борются с раком. Стоимость процедуры высока — около \$500 тыс., но однократного введения препарата достаточно для полного излечения пациента. И хотя CAR-терапия — весьма затратный метод, это все равно колоссальная экономия средств по сравнению с традиционным, тоже достаточно дорогим пожизненным лечением.

В ближайшее время эта технология будет использоваться и в кардиологии. В Национальном медицинском исследовательском центре им. В. А. Алмазова в Санкт-Петербурге идут работы по редактированию генома для восстановления функций митохондрий с помощью активатора транскрипции. Это способ лечения не только онкологических, но и редких кардиологических заболеваний.

Однако самый быстрый прорыв ожидается в трансплантологии. Современные технологии позволяют быстро получать генно-модифицированные органы без рецепторов, которые связаны с антигенной совместимостью, отвечающей за отторжение

пересаженных органов. Уже есть примеры, когда антигенная совместимость снижается в 1 тыс. раз. Так что в самом ближайшем будущем каждый госпиталь будет сам печатать органы для своих пациентов.

### Ценообразование и возмещение

Сегодня мировое медицинское сообщество призывает к скорейшему переходу к генной терапии. Но чтобы обеспечить доступность такого лечения для пациентов, необходимо изменить систему ценообразования и возмещения. Внешнее референтное ценообразование в данном случае не работает, поскольку пока в мире существует только два таких препарата — и оба американские, остальные лекарства находятся в третьей стадии клинических испытаний. Остается расщорка клеток или соглашения о разделении рисков (риск-шеринг). Ряд стран готов платить за результат, если лечение помогло пациенту. Если же лекарство не работает, расходы берет на себя компания-производитель.

В России переход на генную терапию пока не обсуждается, хотя даже при лечении редких и высокостатных нозологий это позволит сэкономить огромные средства. Безусловно, внедрение передовых медицинских технологий потребует существенных изменений в российском здравоохранении. Переход к персонализированной медицине возможен только в условиях «больших данных» (Big Data) — оценки и генетических, и эпигенетических данных на основе фенотипа и окружающей среды. Для этого нужны биобанки, регистры, медицинские информационные ERP-системы...

Задача регуляторов — выстроить стратегию этого развития, иначе наше здравоохранение так и останется высокостатным, Россия выйдет из контекста мировой медицины, а российские больные будут по-прежнему лечиться вчерашними методами, отрезанные от новых возможностей лечения, существующих в мире.

Светлана Белостоцкая