

здравоохранение

«Нельзя вскрывать грудную клетку, когда можно провести операцию через маленькое отверстие»

Сегодня почти половину операций детям с врожденными пороками сердца можно осуществлять малотравматичным катетерным методом, избегая большого операционного поля и общего наркоза. В случае с острым инфарктом миокарда эндоваскулярные вмешательства должны проводиться практически в 100% случаев, что позволит снизить летальность от этого недуга в пять раз, утверждает главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Российской Федерации по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению, академик РАН **Баграт Алекаян**. Несмотря на то, что эндоваскулярные технологии более щадящие, по сравнению с открытыми хирургическими операциями, в России их доля при лечении некоторых сердечно-сосудистых заболеваний недостаточно велика: в большинстве центров преобладают методы открытого хирургического лечения.

— интервью —

— По данным за 2016 год, сердечно-сосудистые заболевания являются причиной более половины смертей в мире. Что делается в России для снижения этих негативных показателей?

— За последние десять лет ситуация в нашей стране кардинально изменилась, когда заработал национальный проект «Здоровье» и были выделены большие государственные ассигнования.

Вторая программа, которая, на мой взгляд, способствует снижению летальности, это «Оказание медицинской помощи больным с острыми сосудистыми заболеваниями», то есть острым инфарктом миокарда и острым ишемическим инсультом. Благодаря проекту во всех субъектах Российской Федерации к настоящему времени созданы более 145 сердечно-сосудистых центров (в некоторых даже по два и более) по оказанию помощи этой категории больных. Выделены более £15 млн для оснащения каждого такого центра ангиокардиографическими установками, компьютерными томографами, ультразвуковыми аппаратами. Были созданы мультидисциплинарные команды врачей — неврологов, кардиологов и эндоваскулярных хирургов, которые вместе работают в этих центрах.

Сегодня Минздрав РФ предоставляет более 1 млн квот на оказание высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с различными заболеваниями, включая больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Огромные деньги поступают через федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования. В 2016 году по этой линии было потрачено около 1,7 трлн рублей.

— **Насколько широко в лечении заболеваний сердца и сосудов применяется эндоваскулярная хирургия?**

— При лечении ишемической болезни сердца как в мире, так и в России основным методом реваскуляризации является стентирование коронарных артерий (80–85%), в то время как операция аорто-коронарного шунтирования применяется у 15–20% больных.

Для лечения сосудистой патологии в западных странах доля эндоваскулярных операций достигает 80%, а открытых хирургических — только 20%. В нашей стране, к сожалению, доля эндоваскулярных операций составляет лишь 25–30%, в то время как открытые хирургические операции выполняются у 70–75% пациентов.

Недостаточна в России и доля эндоваскулярных операций при врожденных пороках сердца — 30%, в то время как на Западе она составляет около 50%.

— **Все ли врожденные пороки сердца можно лечить с помощью этих технологий?**

— К таковым можно отнести открытый артериальный проток, дефект

межпредсердной перегородки, стеноз клапана легочной артерии — все они в 90–95% должны исправляться эндоваскулярным путем. Ряд других пороков в 40–50% случаев также можно лечить малоинвазивными вмешательствами.

Я уверен, что нельзя выполнять операцию, вскрывая грудную клетку пациента, когда можно провести такое альтернативное вмешательство без скальпеля, через маленькое (2–3 мм) отверстие, без наркоза, после чего и ребенок, и взрослый пациент могут здоровыми выйти из больницы на второй день.

Необходимо отметить, что сегодня для диагностики врожденных пороков сердца и патологии сосудов катетерные методы применяются только у 15–20% пациентов. Преобладают ультразвуковые исследования и компьютерная ангиография. Основным методом диагностики ишемической болезни сердца является селективная коронарография. В 2016 году она была выполнена более чем у 400 тыс. пациентов в России.

— **А как делается выбор в пользу того или иного хирургического метода, какой документ определяет способ лечения пациента в медицинском учреждении?**

— В западных странах эти механизмы отработаны. Вопрос о методе лечения каждого конкретного пациента должен решаться на основании клинических рекомендаций и состояния больного на консилиуме

так называемой «сердечной команды», в состав которой входят кардиологи, сердечно-сосудистые и эндоваскулярные хирурги.

— **У нас достаточно ресурсов — больниц и специалистов, способных проводить малоинвазивные манипуляции?**

— Я с коллегами каждый год публикую данные по состоянию эндоваскулярной хирургии в стране. В 2016 году в России функционировало 315 сердечно-сосудистых центров, где оборудовано 505 рентгеноперационных и работает 1650 специалистов. За последнее десятилетие все эти показатели увеличились в 2,5–3 раза. На сегодня этого вполне достаточно.

— **А где они получают образование? Могут ли российские вузы дать необходимые знания в полном объеме?**

— В 2009 году Министерство здравоохранения России утвердило нашу специальность, мы разработали программу подготовки специалистов, открыли клиническую ординатуру. В некоторых вузах стра-



ны есть соответствующие кафедры, которые занимаются подготовкой специалистов.

Конечно, сегодня одной из главных задач является улучшение качества этой подготовки. Мы считаем, что необходимо увеличить срок обучения в клинической ординатуре как минимум до трех лет.

Большую роль играют организации и проведение серьезных конференций и конгрессов, а также мастер-классов. Буквально пару недель назад мы совместно с Фондом исследований сердца и сосудов США провели в Санкт-Петербурге ежегодный международный конгресс по нашей специальности. В его работе приняли участие более 50 ведущих мировых лидеров в эндоваскулярной хирургии, 60 российских специалистов и более 1500 участников из 50 стран мира.

— **Остается вопрос расходных материалов. В одном из интервью вы говорили о различных видах стентов, подкрепляя информацией статистику о возвращении больных на операционный стол**

в зависимости от использования того или иного вида этой продукции. Какие из них наиболее распространены на российском рынке и соответствует ли эта ситуация мировым тенденциям?

— Самые новые стенты — рассасывающиеся. Но результаты по ним пока не удовлетворяют мировое сообщество. Исследования продолжают, и в ближайшее время мы ожидаем появления новых продуктов такого типа.

На сегодня самыми лучшими являются стенты с лекарственным покрытием, которые доказали свою эффективность и безопасность по сравнению с обычными голыми титановыми. При применении последних в течение года сужения внутри сосудов возникают у 30% пациентов, в то время как при применении стентов с лекарственным покрытием — только у 5%. В связи с этим нам необходимо в России увеличить процент использования стентов с лекарственным покрытием до 80%.

Подготовила Елена Исаева

Сообщество вершков и корешков

— ГЧП —

В конце 2016 года глава Счетной палаты Татьяна Голикова доложила о степени износа основных фондов предприятий здравоохранения и социальных услуг в 57,4%. На фоне невысокого уровня технологического оснащения и сокращения бюджетного финансирования учреждений власти все чаще рассматривают в качестве возможности для развития новых и модернизации старых проектов партнерство с частным инвестором. Пока наиболее частой формой его реализации является концессия — бизнесу более понятны правила игры и выгоды такого сотрудничества. Однако схем распределения прав и ответственности намного больше, как и перспектив развития такой коллаборации в зависимости от региона.

По данным исполнительного директора Ассоциации участников государственно-частного партнерства «Центр развития ГЧП» Максима Ткаченко, в сфере здравоохранения существует 72 проекта, реализующихся в этом формате на разных стадиях. Из них уже на стадии строительства и эксплуатации — 61 проект. «Финансирование проектов ГЧП в социальной сфере, как правило, связано со значительными трудностями из-за неоднородности спроса, сложности прогнозирования потребительского потока и оценки социального эффекта. В этой связи ГЧП представляет собой рынок, где сторонам нужно уметь договариваться, а это, в свою очередь, требует специальных компетенций как со стороны публичного, так и со стороны частного партнера», — полагает господин Ткаченко.

Несмотря на то, что инвестиционные фонды отмечают значительную доходность российского рынка здравоохранения, пока частным

инвесторам неинтересно вкладывать деньги в проекты здравоохранения, констатирует управляющий директор проекта «ОнкоСтол» Ксения Ловцова. Это связано с несколькими факторами: непрозрачность отрасли и коррупция, низкая платежеспособность населения и отсутствие гарантий в возврате инвестиций за срок проекта, а также законодательные ограничения. «Структура тарифов должна включать инвестиционную составляющую. Сейчас она четко закреплена и даже не всегда окупает стоимость ведения пациентов и обслуживание высокотехнологичного зарубежного оборудования. Оплата услуг по линии высокотехнологичной медицинской помощи распространяется только на подведомственные государственные учреждения и недоступна для част-

ных структур», — перечисляет проблемы отрасли госпожа Ловцова.

Форма и содержание

Взаимодействие государства и частного инвестора в сфере здравоохранения на сегодняшний день может существовать в нескольких формах: соглашения о государственно-частном партнерстве (ГЧП), концессионные соглашения, инвестиционные договоры, договоры аренды с инвестиционными обязательствами. Еще есть контракты жизненного цикла, которые с 2016 года могут заключаться для выполнения работ по проектированию, строительству и реконструкции объектов капитального строительства в сфере здравоохранения. Основные формами ГЧП являются ГЧП и концессионные соглашения.

Между ними есть несколько ключевых различий, говорит юрист практики по инфраструктуре и ГЧП «Качкин и партнеры» Лусине Арутюнян. «По концессионному соглашению объект находится в публичной собственности, в то время как по ГЧП инвестор приобретает право собственности на объект соглашения. По концессионному соглашению инвестор обязан оказывать медицинские услуги на объекте соглашения, а по ГЧП инвестор вправе осуществлять только техническое обслуживание объекта. В связи с последней особенностью соглашений о ГЧП в оказание медицинских услуг можно вовлекать государственные учреждения — такой моделью ГЧП активно интересуются регионы», — рассказывает госпожа Арутюнян.

Часто проекты в сфере здравоохранения предполагают реконструкцию и строительство дополнительных корпусов уже существующего учреждения, в котором есть свой полноценный квалифицированный штат. «В таких ситуациях государство стремится сохранить профессиональных специалистов. Чтобы иметь такую возможность, публичная сторона оставляет за собой полномочия по оказанию медицинских услуг населению. В этом случае инвестору, помимо создания объекта, могут быть переданы лишь сопутствующие вспомогательные функции — например, осуществление текущего и капитального ремонта, работа регистратуры, аптечное обслуживание. Интерес сторон в реализации таких проектов на основе ГЧП стремится к нулю, так как зачастую при реконструкции будет сложно решить вопросы распределения собственности на вновь возведенный объект, а также не решены налоговые последствия применения такого механизма», — объясняет партнер Capital Legal Services Павел Карлушин. Поэтому, по мнению юриста, приоритетной формой ГЧП в сфере здравоохранения остаются концессионные соглашения.

Младший юрист Eterna Law Камилль Ситдиков называет преимуществом концессионных соглашений более широкий круг потенциальных частных партнеров: концессионером может стать иностранное юридическое лицо, индивидуальный предприниматель и простое товарищество. Стороной ГЧП может быть только российское юридическое лицо, соответствующее перечню требований. Кроме того, концессия выигрывает за счет того, что она больше известна рынку, инвесторам и финансовым организациям.

Плюс СПЧ в том, что предложить проект в такой форме может как частный, так и публичный партнер: это способствует появлению

большого количества проектов, в которых заинтересованы инвесторы, считает господин Ситдиков.

ГЧП-проекты в здравоохранении в части возврата инвестиций и получения прибыли сложны для частного инвестора, говорит главный юрист по сопровождению проектов государственно-частного партнерства IPT Group Валерий Федечкин. «Одна из таких сложностей — отсутствие законодательной установленной возможности обеспечения инвестиционной деятельности частного партнера. Дело в том, что структура тарифа ОМС не предусматривает инвестиционную составляющую, а объемы медицинских услуг, делегированных государством для выполнения их частным партнером, значительны. Это снижает возможность частному партнеру использовать объект здравоохранения в коммерческих целях и является одной из причин длительной окупаемости ГЧП-проектов в сфере здравоохранения, что делает их менее интересными для инвесторов», — объясняет господин Федечкин.

Структура и размер тарифа ОМС — одни из ключевых ограничителей развития этого формата в сфере здравоохранения, согласна старший юрист практики ГЧП и инфраструктуры Vegas Lex Ирина Долгих. «Проекты капиталоемкие: создается новый объект, он оснащается передовым оборудованием, за счет тарифа ОМС такие затраты не возместить. Поэтому наиболее привлекательными для инвестора остаются проекты, в которых, помимо ОМС и ДМС, есть высокий спрос на платные медицинские услуги, в частности, это проекты в сфере высокотехнологичной медицинской помощи (кардиология, сердечно-сосудистая хирургия), перинатальные центры, ПЭТ-центры (ПЭТ — позитронная эмиссионная томография. — „Б“) и спортивная медицина», — уточняет госпожа Долгих. c20



Частный бизнес, инвестирующий в многомиллиардные медицинские центры, ориентируется на проекты в сфере высокотехнологичной помощи