

19 Медицинские инвесторы предпочитают соглашения о ГЧП концессию

20 Перспективы социальной модели обслуживания пожилых людей

Цветные тематические страницы №17–20 являются составной частью газеты «Коммерсантъ». Зарегистрировано в Роскомнадзоре ПИ № ФС 77-64424 31 декабря 2015 года. Распространяются только в составе газеты. Подписчики получают цветные тематические страницы: «Дом», «Телеком», «Банк», «Страхование», «Лизинг», «Стиль» и другие.

С начала 2017 года 81 поликлиника Санкт-Петербурга перешла на подушевое финансирование терапевтических служб. В течение года все государственные и частные поликлиники, работающие в системе ОМС, должны перейти на новую модель оплаты. Реформа призвана заинтересовать медучреждения в более качественном лечении прикрепленных граждан. Однако новая модель грозит недофинансированием поликлиник в неблагополучных районах и частных центров в новостройках.

Россиян полечат от души

— реформа —

В конце 2016 года Высшая школа экономики представила исследование «Проблемы перехода на подушевой принцип оплаты первичной медико-санитарной помощи». Главный его вывод таков: государство должно перейти к подушевому принципу финансирования медицинских учреждений первичного звена, иначе его расходы будут возрастать, а качество оказываемой помощи — снижаться. По данным исследования, сейчас в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) подушевой принцип оплаты медицинских услуг не востребован, а оплата фактических объемов амбулаторных услуг (по показателям врачебных посещений и числу консультаций, диагностических тестов, процедур), напротив, доминирует. В результате поликлиники превышают показатели. Так, в России число врачебных посещений на одного жителя в год составляет 9,5 против 6,9 в среднем по ЕС (на 37% больше), а в Великобритании и скандинавских странах число посещений врачей в год ниже в два-три раза.

В то же время оплата по фактическим объемам помощи не создает у поликлиник экономического стимула заниматься профилактикой. Предупреждение заболеваний складывается из действий, которые сложно оплачивать по бюджетным тарифам. К ним относятся, например, организация различных пациентских школ и мониторинг состояния пациентов. В результате медуслуг становится все совокупность действий медперсонала, которые обеспечивают постоянное наблюдение за населением. Однако сейчас поликлиникам выгодно каждое дополнительное обращение пациентов с обострениями хронических заболеваний, что приводит к постоянно растущей частоте вызовов скорой помощи и высокой нагрузке на стационар.

С учетом этих факторов, а особенно в условиях сокращения числа больниц, которое произошло за последние годы (только в 2013–2014 годах число больниц уменьшилось на 9,3%, а коечный фонд — на 4,5%), поликлиники необходимо финансировать с помощью подушевой оплаты за медуслуги, а впоследствии — в рамках фондоудержания.

При этом методе поликлиники получают средства на часть объемов стационарной помощи и оплачивают их из собственных средств. «Если они активно занимаются, например, больными с высоким артериальным давлением, то снижается вероятность их попадания в стационар с инфарктом или инсультом. Следовательно, возникает общая экономия средств в системе здравоохранения», — говорит автор исследования ВШЭ Игорь Шейман. По его мнению, поликлиники будут заинтересованы в лучшем наблюдении



Меняя систему финансирования, регулятор стремится избежать «залечивания» пациентов вследствие зависимости поликлиник от количества приемов

нии за больными в амбулаторных условиях, если медучреждения будут заинтересованы в экономии средств на стационарную помощь.

«Предыдущая система создавала экономическую заинтересованность в увеличении количества посещений. А сейчас это уходит. Каждая поликлиника понимает, что определенный объем финансирования она получит гарантированно. И это должно облегчить работу участковых, позволит им сосредоточиться на диспансерных больных, на профилактике — это приоритеты амбулаторного звена, и они всегда выделяются и стимулируются при подушевом финансировании», — согласен заместитель председателя комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга Константин Ключковкин.

Плановый курс

Переход на подушевое финансирование за медицинскую помощь в амбулаторных условиях был предопределен постановлением правительства «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской

помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» от декабря прошлого года. Правительство рекомендовало регионам подготовить территориальные программы на 2017–2019 годы.

Аналогичный документ на 2015–2017 годы, по оценке господина Шеймана, содержал размытые формулировки и правила, в соответствии с которыми можно было бы перевести поликлиники на новые методы оплаты.

В Петербурге комитет по здравоохранению в 2015 году утвердил концепцию поэтапного перехода на подушевое финансирование исходя из количества прикрепленных к поликлинике людей — и использовал ее как метод планирования для перехода на новую систему. С начала 2017 года на подушевой норматив в городе перешло 81 учреждение, в основном городские поликлиники, имеющие в своей структуре и первичную участковую, и специализированную службу. По новому нормативу им оплачивается только работа участковой службы: участковых терапевтов и педиатров, врачей общей практики и семейных врачей. «Этот вариант минимизирует риски, в том числе основной риск для пациентов — снижение объемов помощи, ее доступности и качества. Кроме того, сохраняется финансовая стабильность учрежде-

ний. Порядок оплаты медицинской помощи врачей-специалистов не меняется. Сохраняется оплата и за посещения при диспансеризации и профилактических осмотрах, которые проводятся в соответствии с приказами Минздрава. Это обеспечивает экономическую заинтересованность учреждений сохранять и даже увеличивать объемы профилактической работы», — рассказывает в пресс-службе комитета по здравоохранению.

Администрация Петербурга планирует до конца 2017 года перевести на подушевой норматив все городские поликлиники. Как обещают в комитете по здравоохранению, для их пациентов и врачей при этом ничего не изменится.

В пресс-службе Территориального фонда обязательного медицинского страхования (ТФОМС) сообщили, что в течение года подушевой норматив начнет действовать в части помощи врачей-специалистов и в частных медицинских организациях, работающих в системе ОМС.

Риски системы

Каковы результаты перехода на подушевое финансирование 81 поликлиники за прошедшие пять месяцев с начала года, не ответили ни в комитете по здравоохранению, ни в ТФОМС. Один из основных кажущихся рисков этого перехода — это

вероятность того, что из экономии поликлиники будут пытаться ограничить количество посещений хронических больных, которым чаще нужно обращаться к врачу. На это в конце января Константин Ключковкин отвечал так: «Поликлиники утрачивают экономическую заинтересованность в большом количестве посещений. Заметной экономии от того, что врачи будут реже приглашать больных, они не получают, но если мы говорим, например, о пациентах с хроническими заболеваниями, то снижение числа обращений может отразиться на качестве диспансерного наблюдения. Для учреждения это проявится ростом госпитализации, числа вызовов скорой, ухудшением показателей выживаемости онкологических больных. Поэтому главные врачи понимают, что экономить на посещениях смысла нет».

Второй риск касается появления «мертвых душ», дорисованных, подобно тому, как это происходило с дописанными медицинскими услугами при предыдущей схеме финансирования. Чтобы противостоять этому, ТФОМС добавил в существующую информационную систему (она обеспечивает взаиморасчеты и информационный обмен в сфере ОМС) функцию учета прикрепленного населения. Это программный

модуль, который позволяет мгновенно отражать перемещения пациента между медучреждениями, к которым он может быть прикреплен в разные периоды своей жизни.

В пресс-службе ТФОМС сообщили, что для контроля количества реально оказанной пациентам помощи в фонде каждый месяц сравнивают объем финансирования медучреждений, которые работают по разным нормативам. Какие результаты показывает это сравнение, в терфонде не пояснили.

Нечеткий переход

Константин Ключковкин уверен, что подушевое финансирование медицинской помощи при правильном внедрении становится сильным экономическим регулятором, который мотивирует первичное звено заниматься здоровьем населения, а не просто оказывать медуслуги и получать за это плату. «Все другие способы оплаты стимулируют увеличение числа услуг, порождают экономическую заинтересованность в том, чтобы пациенты чаще обращались к врачам», — говорит заместитель председателя комитета по здравоохранению.

Однако городские медики до сих пор не имеют четкого представления о механизме перехода на подушевую модель финансирования поликлиник. «Мы опасаемся, что нам норматива будет не хватать. Мы надеемся получить разъяснения о том, как это будет работать. Пока же я могу констатировать: обращаемость клиентов сильно зависит от прикрепленного контингента. Если это пенсионеры, маленькие дети, если это неблагополучный район, то там большое количество обращений — и тарифа подушевой оплаты не хватает», — говорит генеральный директор «Медицинского центра „XXI век“» Анна Соколова. По ее словам, в системе подушевого финансирования тяжело работать маленьким центрам, которые открываются в новых районах: там еще не приписана к медучреждению большая часть жителей. «В этом смысле у поликлиник, работающих 10–15 лет, большая форa, потому что они получают финансирование и на пациента, который обращался к ним за помощью 15 лет назад, но при этом прикреплен к этому учреждению», — поясняет руководитель «XXI века».

Главный врач одной из государственных поликлиник, уже перешедших на систему подушевого финансирования, оценивает ее внедрение как далекое от совершенства. «Первым шагом к внедрению методов подушевой оплаты должно было стать формирование методических рекомендаций со стратегиями и механизмами этого перехода. К сожалению, их не было и нет, поэтому обстановка среди руководителей медучреждений сейчас неспокойная», — оценивает собеседник издания.

Влада Гасникова

На разных полисах

— исследование —

Применить в России американский вариант медицинского страхования, то есть полный переход на ДМС, невозможно по ряду объективных причин: модель, работающая на Западе, недоступна нам в силу высокой стоимости страховки, дефицита качественных медучреждений в регионах и исключения из российских полисов ДМС ряда серьезных заболеваний. Но и нынешнее положение дел не удовлетворяет игроков рынка. Оптимальным решением они видят создание гибридной системы получения медицинских услуг с участием государства и собственных средств жителей.

Согласно опросу исследовательской компании MAR Consult врачей-кардиологов в 50 регионах России, почти 70% респондентов считают, что в стране неприменима

модель безальтернативного добровольного медицинского страхования. В ряде западных стран пациент самостоятельно выбирает и оплачивает полис ДМС, исходя из своих потребностей и возможностей. Но наши врачи считают, что даже через 15–20 лет подобная модель в России маловероятна. И этому, перечисляют они, есть несколько причин: дороговизна ДМС, менталитет, недостаток образованности, а также тот факт, что пожилые люди и льготные категории граждан просто не могут самостоятельно оплачивать полис.

Все опрошенные «Ъ» страховщики и представители медицинского сообщества сочли приведенные в исследовании данные правдоподобными. Кроме того, практически все согласились с тем, что в среднесрочной перспективе полный переход на систему ДМС в России невозможен сразу по ряду причин. И главная из них — высокая стоимость добровольного

страхования. «Уровень жизни населения в России очень сильно разнится, поэтому полностью заменить ОМС на ДМС невозможно. Люди обеспеченные давно приобретают полисы ДМС — за свой счет, либо за счет работодателя. Но для людей малообеспеченных это непоколебимая роскошь, тем более что они понимают, что получат бесплатную медицинскую помощь от государства. Разве неработающий пенсионер с пенсией 9 тыс. рублей или студент со стипендией 2 тыс. рублей в месяц может приобрести полис ДМС?», — выражает общее мнение генеральный директор страхового общества «Помощь» Александр Локтаев.

В стране, где 20% населения живет ниже порога бедности, переход на ДМС привел бы к социальной катастрофе, категорична руководитель департамента исследований в медицине и фармацевтике MAR Consult Ксения Медведова.



Для широкого развития ДМС в стране не хватает коммерческих медицинских центров, а муниципальные не могут оказать помощь на предусмотренном платным полисом уровне

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 Алекян**. 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 голметаллическими. 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 (СГЧП), 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 СГЧП 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 СГЧП инвестор приобретает право собственности на объект соглашения. По концессионному соглашению инвестор обязан оказывать медицинские услуги на объекте соглашения, а по СГЧП 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 СГЧП стремится к нулю, так как зачастую при реконструкции будет сложно решить вопросы распределения собственности на вновь возводимый 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 СГЧП 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

здоровоохранение

Номер с тростью

Пансионаты для пожилых людей в России условно делятся на три вида. Для приехавших отдохнуть и подлечиться — так называемые объекты санаторно-курортного типа. Вторая группа предполагает проживание людей, не имеющих возможности полностью себя обслуживать: пациенты после инсульта, инфаркта, перелома шейки бедра. Специально для них разрабатывается программа реабилитации, частично или полностью восстанавливающая утраченные двигательные функции и навыки. И наконец, самые сложные и распространенные на данный момент медико-социальные учреждения — дома, где проживают люди, требующие пожизненного ухода. Таким пациентам, страдающим болезнью Альцгеймера, деменцией, перенесшим несколько инсультов, оказывается паллиативная помощь. Речь пойдет о последних двух категориях.

— социальная ответственность —

Первые частные пансионаты для пожилых людей появились в стране в 2008 году и были обустроены на арендованных территориях коммерческого сектора. Лидеры таких медико-социальных объектов, сделав ставку на качество предоставляемых услуг, как это происходит на Западе, видели перед собой задачу полностью поменять восприятие среднестатистического обывателя, считающего (и вполне справедливо) дом престарелых «местом скорби», где «никому не нужные одинокие старики доживают свой век». Начиная с доказательной базы, создавая по-настоящему комфортные условия для проживающих в учреждениях людей. Изучали успешный зарубежный опыт и адаптировали его под российский менталитет. В итоге частные пансионаты, в отличие от многих государственных, стали привлекать большое количество людей, имеющих пожилых родственников.

«Степень востребованности подобных услуг мы можем определить по нарастающему с каждым годом спросу, а это в среднем 40%, — рассказывает Алексей Маврин,

председатель совета директоров СПЦ «Опека». — Если говорить о частном сегменте, то в 2008 году в Санкт-Петербурге и Ленинградской области было около 130 коек. Сейчас, в 2017 году, наш маркетинговый отдел насчитывает примерно 2,5 тыс. коек. Рост колоссальный. И с каждым днем необходимость в услуге увеличивается, так как занятые на работе люди, не обладающие временными, ни техническими ресурсами, позволяющими ухаживать за престарелыми родственниками, все чаще прибегают к помощи профессионалов».

Взрослый спрос

Вице-президент компании NAI Весаг Дмитрий Сороколетов считает, что объем рынка коммерческих домов престарелых в России развивается активно, прибавляя по 7–12% в год. Увеличение спроса отмечает и Екатерина Танаева, член «Советов GLG» и соавтор «Инновационной модели социального обслуживания пожилых людей РФ». «Оказавшись очень востребованной, услуга продемонстрировала еще и огромный латентный спрос. Изначально количество людей, требующих специализированного ухода, считали по тем, кто стоял в очереди на зачис-



Каждый год появляются новые проекты, направленные на улучшение качества жизни людей преклонного возраста

ние в государственное учреждение. Латентный спрос поднял целый пласт нуждающихся в посторонней помощи, но, зная о низком качестве услуг в домах престарелых, не подавших туда заявку, — рассказывает госпожа Танаева. — Рынок этот весьма перспективный и имеет серьезный потенциал развития, в первую очередь, за счет востребованности медико-социальных услуг в качественно новой форме их предоставления и постоянно растущей целевой группы».

Кстати, согласно данным, полученным ВОЗ, самостоятельно себя обслуживать из-за плохого состояния здоровья не могут около 18% россиян старше 70 лет, и лишь 2% из них находятся в специализированных учреждениях. По словам Алексея Сиднева, гендиректора «Сениор групп», сейчас в России на 1 тыс. жителей приходится 14 коек в таких домах — частных и социальных, предназначенных для пожилых людей, в Польше — 27, в Германии — 33, во Франции — 46, а в США — 65.

Теперь, когда популярность частных пансионатов набирает обо-

роты, мы наблюдаем энергичный процесс становления ГЧП в данной области. И, возможно, следующим шагом станет полный переход рынка медико-социальных услуг в частный сектор. Екатерина Танаева приводит весомый аргумент в пользу этой гипотезы. Основные функции государства — это законотворчество, контроль и регламентирование. Передача медико-социального сегмента в частные руки позволит ему большую часть времени заниматься решением первостепенных задач, а поскольку любой бизнес, нацеленный на достижение максимального результата за счет высокого качества, старается оптимизировать свои затраты, себестоимость самой услуги значительно снизится.

В планах у Минфина, напоминает Алексей Сиднев, в 2018 году отдать частным организациям не менее 20% от общего объема социальных услуг. В 2019 году доля частных игроков может достичь 40%, а в 2020 году — уже 60%.

Конструктивизм за частный счет

Глобальные перемены в отношениях между государством и предпринимателями начали происходить в 2013 году. Именно тогда плотное взаимодействие этих двух струк-

тур помогло людям, относящимся к «тяжелой» категории граждан, самим определять место своего дальнейшего пребывания. Схема эта довольно проста, понятна и предельно прозрачна. Человек смог самостоятельно, ориентируясь, прежде всего, на отзывы о компании, выбрать поставщика медико-социальных услуг. На основании этого в закон (в проект закона о социальном обслуживании) были внесены определенные правки. Многие предложения из этой модели вошли и в сам Федеральный закон № 442 «Об основах социального обслуживания граждан в РФ», который вступил в силу с 1 января 2015 года, и в пятилетний план Минтруда.

Основные идеи инновационной модели социального обслуживания заключались в обеспечении входа частных поставщиков услуг на данный рынок и создании здоровой конкуренции между частными и государственными домами престарелых, что гарантировало повышение качества обслуживания и выход на новый уровень. В чем плюсы этой модели? Во-первых, и это крайне важно, малоимущие граждане, не способные оплачивать пребывание в частном пансионате, могут туда попасть наравне с платежеспособными соотечественниками (имея,

разумеется, потребность в услуге). А во-вторых, человек, не получивший услуги надлежащего качества, может перейти от одного поставщика к другому. Кроме того, сейчас упрощена и сама процедура оформления документов.

Форма оплаты базируется на следующем принципе. Так же, как и в госучреждениях, в зачет стоимости принимается до 75% пенсии пользователя услуг — это стандартная процедура, она была и ранее. Оставшуюся сумму берут из местного бюджета. В Санкт-Петербурге это комитет по социальной политике. Программа продолжает работать, и за последние три года услугой воспользовались более 300 человек из Петербурга и Ленобласти. «В наших пансионатах около 70 человек из 400 живет по этой системе, и это только начало», — констатирует Алексей Маврин.

Гаранты долголетия

Эксперты в один голос заявляют о перспективах развития медико-социального направления и внимании инвесторов. В частности, фонд региональных и социальных программ «Наше будущее» дает беспрецедентные кредиты, поддерживающие социальных предпринимателей.

«Инвесторы хотят определенных гарантий», — объясняет господин Маврин. — Их можно предоставить либо путем залога движимого или недвижимого имущества, либо, как это делаем мы вот уже на протяжении восьми лет, продемонстрировать качественный результат. Наш ежегодный рост и развитие работают на привлечение инвестиционных средств».

Екатерина Танаева резюмирует: интерес большего количества инвесторов, создание положительного инвестиционного климата вполне возможно благодаря минимизации входных барьеров. «Уже сейчас государственные структуры (Совет Федерации и Госдума), включившись в совместную работу, поддержали открытие нескольких пансионатов, так называемых государственно-частных проектов. Вообще, модель такого бизнеса тиражируема, ее можно развивать по всей стране, но для этого нужно еще более тесное взаимодействие с властью и упрощение систем заключения договоров», — заключает она.

Маргарита Рамазян

Сообщество вершков и корешков

с19 — ГЧП —

Пример жизнеспособности

Самый распространенный формат ГЧП в здравоохранении — участие коммерческих клиник в программах ОМС. «Это проект, позволяющий, с одной стороны, разгрузить муниципальные медучреждения, с другой стороны — повысить качество предоставляемых государством медицинских услуг, с третьей стороны — дает возможность частным клиникам повысить пациентопоток и привлечь дополнительных клиентов», — рассказывает руководитель департамента исследований в медицине и фармацевтике MAR Consult Ксения Медведева. Она приводит в пример клиники «АВА-Петер», «Скандинавия» (принадлежат одной группе) и «Мать и дитя», которые занимаются лечением бесплодия и осуществляют процедуру ЭКО по ОМС. В клиниках Fresenius NephroCare и «Фесфарм» по полису ОМС можно получить процедуру гемодиализа.

«В рамках проекта „Доктор рядом“ государство предоставляет инвестору помещение за чисто символическую арендную ставку на долгосрочный период (рубль за квадратный метр). Обязанности инвестора: оборудовать помещение за собственные средства и организовать бесплатный прием населения врачом общей практики (устанавливается минимальный требуемый порог по числу пациентов, которых клиника должна обслуживать в рамках ОМС), речь идет об оказании общей медико-санитарной помощи. В остальном же клиника имеет право оказывать платные медицинские услуги, на которых и зарабатывает», — приводит пример Ксения Медведева.

Юрист Capital Legal Services Анастасия Беляева называет успешным образцом ГЧП в здравоохранении проект строительства и эксплуатации отдельного корпуса Центра экстренной помощи гемокоррекции

и трансклинической физиологии в Самаре. Концессионером по проекту выступает ООО «Фарм СКД», концессионное соглашение с которым было заключено в 2014 году на 15-летний срок. За период с 2014 по 2016 год концессионер завершил строительство нового корпуса центра на предоставленном концедентом земельном участке. Стоимость проекта составляет 350 млн рублей, бюджетное финансирование не предусмотрено — создание и оснащение объекта полностью легло на частного инвестора.

Принципиально иной механизм лежит в основе реализации проекта по созданию лечебно-реабилитационного корпуса СПб ГБУЗ «Городская больница № 40» Курортного района Санкт-Петербурга. В декабре 2015 года по нему было подписано ГЧП между Санкт-Петербургом, ООО «Невская медицинская инфраструктура» (учрежденная итальянским строительным концерном Pizzarotti Group

совместно с ООО «Газпромбанк — Инвест Девелопмент Северо-Запад») и городской больницей № 40.

«Право собственности на здание нового корпуса больницы будет принадлежать частному партнеру, который будет осуществлять техническое обслуживание и содержание созданного им объекта. Непосредственно оказывать медуслуги будет городская больница № 40. Срок реализации проекта — 11 лет, при этом общий объем инвестиций на создание объекта соглашения составляет 8,2 млрд рублей», — рассказала госпожа Беляева.

Замдиректора практики по работе с инфраструктурными проектами и проектами ГЧП KPMG в России и СНГ Наталия Резниченко считает, что государственно-частное партнерство в здравоохранении в стране сейчас очень интересно для инвесторов, потому что открывает для строительных компаний, медицинских операторов, операторов медицин-

ского оборудования новый рынок и возможности. «На краткосрочном горизонте у таких проектов достаточно шансов, чтобы стать более востребованными и тиражироваться по стране. Это связано с тем, что проекты небольшие по размеру (в среднем до 10 млрд рублей), срок соглашения более короткий по сравнению с другими отраслями, где мы видим ГЧП (от 10–20 лет). Такие проекты меньше ориентированы на прямую государственную поддержку», — полагает госпожа Резниченко.

Острые проблемы

Наиболее привлекательны для инвесторов проекты, которые позволяют применять высокие тарифы ОМС (например гемодиализ), характеризуются низким медицинским риском (когда медицинская составляющая остается вне зоны ответственности частного партнера или ограничена), а также средние по размеру проекты (до 10 млрд рублей), с

четкой политической волей, то есть поддержкой государства.

ГЧП в здравоохранении будет развиваться, поскольку отрасли нужны инвестиции, а государство не справляется с ее нуждами. «Но в регионах с низким уровнем платежеспособности населения инвесторы не всегда могут „добрать“ необходимые средства за счет платных услуг. Возможность получения дохода от реализации таких проектов существенно ограничена, хотя именно эти регионы остро нуждаются как в специализированных медицинских центрах, так и в оказании первичной медицинской помощи. ГЧП развивается в первую очередь там, где все и так неплохо, а там, где есть острая потребность в увеличении объема оказываемой медицинской помощи, подобное сотрудничество инвесторам не всегда выгодно», — констатирует Ксения Медведева.

Влада Гасникова

Уважаемые господа!

Если вы не успели оформить подписку на газету «Коммерсантъ»,

Подписываемся под каждым словом. Подпишитесь и вы.

это можно сделать в альтернативных агентствах: ООО «СЗА „Прессинформ“» (тел. 337-16-26), ООО «Урал-Пресс СПб» (тел.: 378-66-44, 677-32-07).

Доставка газеты начнется со следующего месяца.

Ежедневная общенациональная деловая газета «Коммерсантъ» в Санкт-Петербурге — главные новости о событиях в бизнесе, политике и обществе.

В составе газеты выходят тематические гляцевые приложения формата А2*: «Недвижимость», «Культурная столица», «Санкт-Петербург. Инвестиции и девелопмент»; деловые специализированные приложения формата А3** Business Guide: «Итоги года», «Топ-менеджеры года», «Экономический форум», «Юридический форум», «Финансовые инструменты/Банк», «Энергетика. Нефть. Газ», «Экономика региона», «Недвижимость», «Военно-морской салон»; приложения формата А3 Social Report: «Лица города», «Социальная ответственность»; приложения формата А3 Guide: «Территория комфорта», «Стиль», «Элитная недвижимость», «Стиль СПб. Путеводитель».