

Здоровый капитал

Существует немало инвесторов, готовых вкладывать деньги в российское здравоохранение

Отечественный рынок медицинских услуг находится пока на самой ранней стадии развития. Например, по оценкам экспертов, первая десятка крупных игроков в секторе поликлинических услуг имеет долю не больше 10%. Поэтому вложить в растущую отрасль немало желающих. Но что выбрать: стационар или поликлинику, онкологию или косметологию? Каковы подводные камни инвестирования в здравоохранение? Об этом шла речь на конференции «Инвестиции в здравоохранение», организованной Regent Capital Communication и прошедшей в Москве 23 июня.

Елена Калиновская

Деньги есть, объектов нет

Инвесторов очень интересует здравоохранение. По словам исполнительного директора EuroMed Group **Илья Иванова** (Санкт-Петербург), в последние несколько лет компания заметила ощутимый рост интереса со стороны банков и фондов прямых инвестиций.



Олег Теонидис: «В России частная медицина в зачаточном состоянии, когда крупный игрок занимает не более 5%, а десятка крупнейших — не больше 10% рынка»

«Для фондов медицина интересна в первую очередь стабильными денежными потоками. Это контрциклический сектор. Когда в стране экономические неурядицы, то население в кризис может даже усилить внимание к здоровью. Мы видели это в 2009 г., когда люди в преддверии потенциальной потери работы стали лечить зубы, проверять здоровье», — поясняет управляющий директор инвестиционного фонда Da Vinci Capital **Олег Теонидис**.

Отрасль привлекает внимание владельцев капиталов по всему миру, и особенно в тех странах, где рынок в начальной стадии развития. К таковым относится и Россия. «В России частная медицина в зачаточном состоянии, когда крупный игрок занимает не более 5%, а десятка крупнейших — не больше 10% рынка», — продолжает господин Теонидис. — Здесь еще не появились большие сети частных медицинских центров, которые есть в Европе, Азии, Америке».

Основная проблема, с которой инвесторам приходится сталкиваться, — ограниченное количество объектов. «Новая реальность, в которой мы оказались чуть больше года назад: уменьшение количества инвестиционных фондов, которые работают в России», — говорит финансовый директор компании «Медицина» **Вадим Вишняков**. — Если пару лет назад косяки инвесторов бороздили просторы России, теперь их можно посчитать на пальцах если не одной руки, то двух хватит точно. Плюс ко всему «окно» IPO закрыто на ближайшие несколько лет.

Тем не менее частные клиники ощущают большой интерес со стороны Private Equity (PE) фондов. За многими качественными медицинскими активами PE фонды, скажем так, стоят в очереди. Конкуренция за качественные проекты не уменьшилась, а увеличилась».

Спрос есть, денег нет

Еще одно затруднение при развитии рынка медицинских услуг — ограниченный платежеспособный спрос. «Спрос на медицинские услуги огромный, а вот платежеспособный спрос почти нулевой», — восклицает генеральный директор медицинской компании «Ава-Петер Скандинавия» **Глеб Михайлик** (Санкт-Петербург).

«У инвесторов действительно существует миф о том, что во время кризиса катализмы не коснутся здравоохранения, — вторит ему Илья Иванов. — Обращение к платному врачу у нас воспринимается как роскошь, дополнительное потребление. Мы на себе чувствуем, что платежеспособный спрос ограничен. Как только люди начинают бояться, они перестают покупать платную медицину».

Не совсем согласен с этим **Вадим Вишняков**: в 2008 г. у них был суперрост, правда, сейчас такого нет. Большими темпами растут стационар, онкология, новые направления. Но есть серьезное падение по стоматологии, т.е. люди откладывают те вещи, которые можно сделать позже. Поликлинические же услуги растут меньшими темпами, чем хотелось бы.



Илья Иванов: «Есть миф, что работать с ОМС убыточно. Это не так»

Разные ситуации в 2008 г. по Москве и остальной стране вполне объяснимы. Как говорит Олег Теонидис, в столице сосредоточено 65% рынка ДМС. По словам Глеба Михайлика, рынок медицинских услуг регионально чувствителен, то, что происходит в Москве, трудно сделать в Петербурге и почти нереально в других регионах.

Кризис такой кризис

Тем не менее возможности для роста у частной медицины еще есть. «Государственное здравоохранение ухудшается. Для игроков на рынке медицинских услуг это плюс, поскольку если человек не может получить бесплатную медицинскую помощь, значит, он за нее платит», — констатирует **Вадим Вишняков**.

Или другая возможность — своеобразное импортозамещение медицинских услуг. Речь идет о медицинском туризме. «В нашей практике есть несколько случаев, когда в онкологию выбирали нас, а не Израиль. При критичном изменении курса валюты съездить в Израиль или Германию далеко не все могут позволить. Плюс какие-то вещи мы делаем не хуже. При химиотерапии вообще не имеет смысла куда-то ехать. Этот поток постепенно поворачивается к нам. Мы общались с агентами, отправляющими больных в Израиль, поток в эту страну серьезно уменьшился, примерно на 70%», — говорит представитель компании «Медицина».

Еще одним инструментом могут стать соплатежи граждан. Глеб Михайлик считает, что платежеспособный спрос увеличился бы, например, если бы существовала программа ОМС плюс. Естественно, при условии, что пациент сам выбирает подходящую клинику, а не идет только в государственное учреждение.

ОМС против ДМС

Если рост ДМС ограничен, то возможно ли оказание частными клиниками услуг в рамках ОМС? «Есть миф, что работать с ОМС убыточно», — отвечает Илья Иванов. — Это не так. Два с половиной года назад стартовал наш проект с государством. Мы стали открывать центры врачебной практики, которые обслуживают людей по ОМС по участковому принципу. Сейчас у нас таких клиник 18 в двух регионах в Петербурге и Ульяновской области, кроме того, работают 30 летних врачебных амбулаторий в садоводствах».

По его словам, так называемые центры врачебной практики — это клиники площадью 300 м², в которых сидят участковые врачи, делают анализы, УЗИ, ЭКГ, дают больничные листы. Власти региона просто покупают у EuroMed Group услуги и оплачивают их по тарифам ОМС.

«Нам на протяжении 25 лет не удается получить доход в ОМС. Эта область убыточна и все, работать можно только с высоко-технологичной медицинской помощью. Вы реально покрываете операционные затраты приемов терапевтов?» — недоумевает **Вадим Вишняков**.

«Абсолютно. У вас Москва, другая реальность ОМС. Тарифы здесь раньше не отражали экономику», — поясняет Илья Иванов.

«У вас выше тарифы? Условно сколько стоит прием терапевта?» — продолжает Вишняков.

«500 рублей. А у вас 100», — держит ответ Иванов.

«Тогда все понятно», — заключает москвич.

Так что инвестору про такие особенности стоит знать: ДМС процветает в Москве, в остальной России — ОМС.

Меньше государства

Впрочем, инвесторы в один голос говорят, что чем меньше будет государства в проекте, тем лучше. «Среди наших клиентов многие хотят инвестировать в здравоохранение. Но есть риск непредсказуемого изменения рынка за счет конкуренции со стороны государственного сектора, неуправляемый фактор перераспределения в рамках ОМС, отсутствуют механизмы защиты инвесторов, после того как они зашли в проект», — перечисляет руководитель группы «Медицина»



Вадим Вишняков: «Если пару лет назад косяки инвесторов бороздили просторы России, теперь их можно посчитать на пальцах если не одной руки, то двух хватит точно»

и здравоохранение» компании «Пепеляев Групп» **Сергей Клименко**.

В частности, по мнению директора Russia Partners **Юрия Машинцева**, для частного капитала в будущем перспективны вложения в госпитальный сектор. С ним согласен Глеб Михайлик: «Вложения в поликлинический сектор не такие объемные. Если у нас введут лицензирование врачей, то сегмент и вовсе отойдет частнопрактикующим врачам. Вот тогда частный капитал пойдет в госпитальный сектор».

Прорыв мог бы произойти и в ближайшее время. Дело, конечно, не в отсутствии лицензирования врачей, дело в государстве. «80% дохода федеральной больницы составляют коммерческие услуги. Государство инвестирует огромные деньги в создание материальной базы, а потом эти объекты оказываются на рынке. Пока такое положение не будет преодолено, ни о каком серьезном развитии говорить не приходится», — констатирует г-н Михайлик.

«Это одна из причин, почему мы боимся госпиталки. Частный доктор должен конкурировать с бесплатной медсестрой, бесплатным дорогим оборудованием, операционной», — подтверждает Олег Теонидис.

Впрочем, все участники согласились, что все это пока болезни роста. Рано или поздно проблемы будут разрешаться тем или иным способом. «Когда у государства мало денег, оно начинает принимать разумные решения», — с надеждой заключил Глеб Михайлик.

Окончание. Начало на стр. 1

Анна Курская

Проблемы экономики здравоохранения стали традиционной частью дискуссии на ПМЭФ, который прошел 18—20 июня в Санкт-Петербурге. Правда, далеко не все острые темы нашли там свое отражение: в основном дискуссия развернулась вокруг двух тем — профилактики заболеваний и тарифов ОМС. Тем не менее руководители российского здравоохранения сделали на форуме несколько примечательных заявлений.



Эдуард Гаврилов: «Получив задачу оптимизировать расходы, Минздрав России неверно выстроил приоритеты, сделав ставку на сокращение коек и врачей. Предпринимаемые действия позволили увеличить фонд оплаты труда остающихся в строю медработников лишь на 0,5%».

В Багдаде все спокойно

Министр здравоохранения РФ **Вероника Скворцова** сообщила в своём выступлении о том, что с отраслью все в порядке. «Сферы здравоохранения не коснулись те финансовые ограничения, которые возникли временно в целом государстве», — заявила она.

По данным министра, в 2015 г. в России на 265 млрд руб. увеличился общий объем финансирования здравоохранения, и в большей степени за счет бюджета ОМС.

Почти любому человеку, знакомому с работой государственной системы здравоохранения снизу, это заявление может показаться странным. Но здесь все дело в том, как и что считать, полагают эксперты.

«Как ни удивительно, в этом году, по информации Минфина, на здравоохранение действительно планируется потратить огромные средства, больше 3 трлн руб. Но проблема в том, что это — консолидированный бюджет здравоохранения, в котором почти 40% составляет средства региональных бюджетов. Поэтому вопрос здесь в том, найдутся ли реальные деньги на осуществление этих прогнозов», — рассказала «ФВ» директор Института экономики здравоохранения НИУ «Высшая школа экономики» **Лариса Попович**.

По ее словам, регионы сейчас сокращают свои расходы на здравоохранение, им не удается выполнить поставленные планы. Поэтому неясно, насколько реалистично увеличение финансирования с их стороны до конца года.

«Может быть, денег меньше не стало, но тогда непонятно, почему смертность возросла, помощь стала менее доступной и почему у нас люди платят за медицинскую помощь и таблетки покупают сами», — рассказал «ФВ» президент Лиги

защитников пациентов, член экспертного совета при Правительстве РФ **Александр Саверский**.

Утверждение Вероники Скворцовой, сделанное накануне Дня медицинского работника, вызывает горькую улыбку у врачей, считает директор Фонда независимого мониторинга «Здоровье», член Общероссийского народного фронта **Эдуард Гаврилов**. Несмотря на то что финансовое обеспечение программы госгарантий в 2015 г. выросло, деньги в системе здравоохранения тратятся неэффективно, считает эксперт.

«Получив задачу оптимизировать расходы, Минздрав России неверно выстроил приоритеты, сделав ставку на сокращение коек и врачей. Предпринимаемые действия позволили увеличить фонд оплаты труда остающихся в строю медработников лишь на 0,5%. По данным нашего опроса, около половины медработников имеют менее 20 тыс. руб. дохода в месяц. Тарифная политика в системе ОМС непрозрачна, врачам надо буквально жить на трех работах, чтобы обеспечить себе достойный заработок», — сообщил он «ФВ».

Долгожданное возмещение

Государство может частично компенсировать стоимость лекарств, применяемых в амбулаторных условиях для профилактики и лечения лиц из высоких групп риска заболеваемости, также сообщила Вероника Скворцова в дни форума.

«Мы рассматриваем возможность частичного государственного возмещения цены на лекарства, используемые людьми из групп высокого риска заболеваемости в амбулаторных условиях. Это тема непростая, потому что она требует дополнительных финансовых ресурсов. Но эти ресурсы мы подсчитали и очень надеемся на поддержку наших коллег по правительству», — заявила она.

Министр уточнила, что речь идет о лекарственной терапии, необходимой при некоторых хронических состояниях или других факторах риска, например недавно перенесенном инфаркте. Возмещение предполагается осуществлять по референтным ценам.

Попытки снизить расходы пациентов на лекарственное обеспечение — позитивная тенденция, но здесь все зависит от конкретной реализации этой меры, и для начала нужно понять, каким будет перечень заболеваний и на каких условиях будет софинансирование, считает **Эдуард Гаврилов**.

«Разговоры о референтном ценообразовании, когда государство платит за самый дешевый препарат с конкретным МНН, а пациент имеет право доплатить за оригинальный препарат из своего кармана, идут очень давно, но серьезных подвижек в этом вопросе пока нет», — отметил он.

Лариса Попович сообщила, что не очень понимает, как Минздрав собирается определять категории пациентов высокого риска: «Возможно, будут установлены какие-то формальные критерии. Но, как всегда, дьявол может скрываться в деталях, и надо будет еще внимательно посмотреть на эти критерии».

Минздраву в этом году обязательно нужно закончить подготовку к запуску пилотного проекта по лекарственному возмещению, полагает эксперт. Однако, по ее словам, идеология модели до конца еще не определена, конкретных документов пока никто не видел, хотя хорошо уже то, что о лекарственном возмещении говорят в принципе.

Не хотят прививаться и лечиться

Вице-премьер **Ольга Голодец**, выступая на ПМЭФ, заявила, что Россия работает в условиях ограниченных расходов на здравоохранение — на нужды отрасли выделяется 3,7% от ВВП страны, что существенно меньше, чем в других странах, например, в США медицина обеспечена 15—16% ВВП. При этом она подчеркнула, что при таких низких издержках на здравоохранение в стране достигнуты хорошие показатели по младенческой, материнской смертности и устойчивые показатели по продолжительности жизни.

«Если говорить о соотношении расходов и результатов, то получается, что наше здравоохранение довольно эффективно. Цифры по смертности и продолжительности жизни относительно стран с высокими расходами на здравоохранение находится на сопоставимом уровне, что говорит о том, что мы все-таки способны оказывать медицинскую помощь», — сказала вице-премьер.

Очевидно, что тема продолжительности жизни возникла в ее выступлении неслучайно. Ранее **Дмитрий Медведев** заявлял, что за первые четыре месяца этого года уровень смертности в России вырос на 3,7%, и **Владимир Путин** потребовал разобраться в причинах этого явления.

Основной причиной роста смертности в России в начале года стало распространение инфекционных заболеваний, заявила **Ольга Голодец** журналистам в кулуарах ПМЭФ.



Ольга Голодец: «Россия работает в условиях ограниченных расходов на здравоохранение — на нужды отрасли выделяется 3,7% от ВВП страны, что существенно меньше, чем в других странах, например, в США медицина обеспечена 15—16% ВВП».

«Одной из серьезных причин является недостаточная готовность населения к инфекционным заболеваниям. У нас есть ситуации, когда 50% людей отказываются от прививок, уже доставленных в поликлиники и школы», — отметила **Ольга Голодец**.

По ее словам, очень много было смертей «случайных», когда «человек продолжает ходить на работу, будучи больным, и смерть наступает на той стадии, когда уже ничего врачи не могут сделать». Также существенным фактором роста смертности она назвала общее старение населения России.

Эксперты категорически не согласны с подобной интерпретацией статистики. За два месяца с момента, когда выяснилось, что смертность возросла, выявить точные причины этого явления было просто физически невозможно, считают они.

«На чем основывается утверждение, что количество вакцинированных россиян уменьшилось? Почему бы не сказать, например, сколько людей умирает от прививок? Такого мониторинга тоже нет. Каждый подобный тезис должен быть обоснован специальными научными исследованиями. В противном случае я могу с таким же успехом объяснить рост смертности отменой перехода на летнее время», — заявил **Александр Саверский**.

В России постоянно расширяется календарь прививок; вспышки заболеваемости гриппом и ОРВИ происходят ежегодно, поэтому считать объективными такие обоснования роста смертности нельзя, при этом растет смертность от болезней органов пищеварения и новообразований, рассказал **Эдуард Гаврилов**.

Тезис о старении населения также, по мнению экспертов, не выдерживает критики. По данным Росстата, в 2014 г. смертность среди лиц нетрудоспособного возраста снизилась на 1,5%. Чаще россияне стали умирать в трудоспособном возрасте — от 15 до 19 лет и от 30 до 49 лет.

КПД ниже, чем у паровоза

Реальная причина роста смертности — недостаточная эффективность системы здравоохранения, убеждены эксперты.

С 2002 по 2014 г. подушевое финансирование здравоохранения в долларах по паритету покупательной способности было увеличено на 210%, а смертность от сердечно-сосудистых заболеваний снизилась на 25%, рассказала **Лариса Попович**.

«Как видно, КПД совсем невелик. Мы просто заливали проблему деньгами. У нас в 1970—80-е гг. уровень смертности был многократно меньше, а средства на здравоохранение тратились совсем копеечные», — подчеркнула она.

Ключевой вопрос в том, что первичное звено оказания медицинской помощи было ослаблено оптимизацией, полагает **Эдуард Гаврилов**.

«Дефицит кадров в первичном звене, затягивание нормативных сроков оказания врачебного приема и диагностических процедур ведут к вытеснению пациентов в платный сектор медицины, а некоторым категориям населения коммерческая медицина недоступна. По нашему мнению, именно эти пациенты и вносят вклад в показатели роста смертности, поскольку не могут вовремя получить медпомощь», — подчеркнул он.

Эффективность расходов на здравоохранение эксперт предложил оценить, сравнив Россию с ближайшим соседом — Беларуссией.

«С 2009 по 2013 г. показатель смертности на 1 тыс. человек населения в РФ был ниже, чем в Беларуссии, однако в 2014 г. ситуация изменилась: в Беларуссии смертность продолжила снижаться до 12,8, а в РФ смертность продолжила расти и составила по итогам года 13,1. При этом, по данным агентства Bloomberg, в РФ затраты на медицину 887 долларов на жителя, в то время как в Беларуссии почти в 3 раза меньше — 339 долларов на человека», — сообщил он.

Нужно серьезно разбираться с эффективностью системы здравоохранения, резюмировали эксперты.

Девизом Невского саммита 2015 г. были слова «Время действовать: совместными усилиями к стабильности и росту!». Хотелось бы надеяться, что российское здравоохранение достигнет стабильности и роста успешнее, чем это случилось с «доверием в эпоху преобразований», заявленным ПМЭФ в прошлом году. ■