

Сергей ДАВЫДОВ, частный бизнес-консультант, старший партнер  
Management Centre Europe (Практика фармацевтического бизнеса в России и СНГ)

# A Posteriori: здравоохранение — ПУТИ РАЗВИТИЯ. ЧАСТЬ 2

## SUMMARY

**Keywords:** *healthcare, Russia, finance, Health Care Models*

The Article «A Posteriori: Healthcare» written by Davydov Sergey, senior partner of the MCE Company, a leading supplier of strategy implementation programs in Europe, Russia, CIS and the Middle East. It presents a series of articles by Sergey Davydov on global experience in the pharmaceutical business under the title «A Posteriori», which translated from Latin («from the subsequent») means knowledge derived from experience. First part of the article was devoted to the international healthcare, second — to the Russian healthcare.

**Sergey DAVYDOV**, Senior Associate of Management Centre Europe (MCE).

**A POSTERIORI: HEALTHCARE.**

*Деньги потеряешь — ничего не потеряешь, время потеряешь — много потеряешь, здоровье потеряешь — все потеряешь.*

*Пословица*

Представляем очередную публикацию из цикла статей об опыте фармацевтического бизнеса под общим названием «A Posteriori» (лат., буквально — «из последующего») — знание, полученное из опыта. Первая часть статьи была посвящена международному здравоохранению, вторая — здравоохранению в России.

Утверждением, что со здравоохранением в России в настоящий момент дела обстоят плохо, удивить кого-либо сложно. Напомним только из предыдущей статьи, что по рейтингу здоровья Bloomberg (данные ВОЗ, ООН, ВБ для стран с населением > 1 млн — это 145 стран мира) Россия — на 97-м месте, а Бангладеш — на 94-м. В чем причина? Их много, и первая, наиболее бросающаяся в глаза, — недостаточное государственное финансирование.

### ● ФИНАНСИРОВАНИЕ

Есть всего 4 вида оплаты медицинских услуг:

1. «Плачу сам»: гражданин полностью берет на себя оплату всех возможных медицинских услуг, т. е. если средств у него нет, то помощь не оказывается совсем. «Деньги были, деньги будут, сейчас денег нет»: кассовый разрыв преодолевается с помощью кредита в банке, источником погашения которого будут будущие доходы, залогом — надежность источников дохода (или неспособность источников дохода (или неспособность человека к трудовой деятельности). Этот уровень неприемлем для лиц без существенных текущих и будущих доходов: пенсионеры, инвалиды, хронические больные, а также тех, для кого будущие доходы просчитать достаточно сложно: дети, безработные, лица со сложными заболеваниями. Не стоит думать, что этот вариант очень редкий: напротив, даже в США он составляет значительный процент.

### Ключевые слова:

*здравоохранение, Россия, финансирование, модели здравоохранения*

2. «Страхуюсь сам»: гражданин сам определяет объем страховых услуг и сам оплачивает их. Страховка лиц, которые



Сергей Давыдов

наплеватьски относятся к своему здоровью, имеют плохое здоровье, занимаются рискованной деятельностью, стоит дороже. Полное страхование стоит дорого, и большинство покупает сокращенную страховку.

3. «Платят другие»: благотворительная помощь оказывается гражданами и организациями на добровольной основе.

4. «Страхуют другие»: государство (компания) — это обязательное страхование, по факту и с момента рождения. Государственный бюджет складывается из 4 источников: доходов от деятельности государства как собственника, сборов за предоставленные государством услуги (пошлины), прямых налогов (прини-

## MANAGEMENT CENTRE EUROPE (MCE)

MCE является ведущим поставщиком программ реализации стратегии в Европе, России, странах СНГ и Ближнего Востока. Мы помогаем компаниям, работающим в сфере здравоохранения, успешнее воплощать свои стратегии с помощью развития управленческих навыков менеджеров высшего, старшего и среднего уровня. Для этого мы предлагаем консалтинг, услуги по процессам трансформации бизнеса и реализации стратегий, командный и индивидуальный коучинг и наставничество, формируем обучающие рабочие группы для отдельных менеджеров и проводим корпоративное обучение. MCE работает только с опытными экс-топ-менеджерами в сфере здравоохранения, имеющими богатый российский и международный опыт.

[www.mce.eu](http://www.mce.eu)

[www.mce.eu/industry-expertise/pharma/](http://www.mce.eu/industry-expertise/pharma/)

**таблица 1** Составляющие финансирования здравоохранения России в 2010—2017 гг.

(комитет Госдумы по охране здоровья, Ассоциация медицинских обществ по качеству медпомощи, медобразования и др.)

Бюджет здравоохранения, трлн руб.	2010	2011	2012	2013	2014*	2015*	2016*	2017*	Сумма	Средне-годовой темп роста
ФОМС	0,5	0,6	0,7	1,0	1,2	1,7*	1,8	1,8	9	19%
Региональный	0,5	0,6	0,6	0,9	0,8	0,7	0,8	1,1*	6	11%
Федеральный	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	4	0,7%
Итого	1,4	1,6	1,7	2,5	2,5	2,8	3,0	3,3	19	12%
ВВП	44,9	54,6	62,6	66,7	72,7	81,3	89,6	89,9		
% от ВВП	3,2%	2,9%	2,7%	3,7%	3,5%	3,4%	3,3%	3,3%		
Рост ВВП		22%	15%	7%	9%	12%*	10%	0,4%		

\* Прогноз. Рост на 35% сомнителен. Рост на 37% сомнителен. Рост в 12% сомнителен.

дательные платежи с имущества и дохода), косвенных налогов или налогов на потребление определенных видов товаров. Две основные модели социальной защиты населения:

А. Бисмарк (1881): основная цель — полная или частичная компенсация доходов: изначально созданные фонды соцстраха платили расходы на лечение, выдавали пособие по безработице, пенсии и т. д., постепенно выделились больничные кассы. Источник средств — процент от заработной платы: большая часть — работодатель, меньшая — работник. Доходы государства не используются (Германия, Франция, Нидерланды). Гонорарный принцип оплаты (стимулировал назначение излишних и дорогостоящих процедур), заменен на оплату по количеству заработанных баллов, исходя из результатов лечения

В. Бевериджа (1911): основная цель — доведение доходов до уровня прожиточного минимума. Источник средств — государственный бюджет (Великобритания, Дания, Норвегия). Расчет Бевериджа на то, что бесплатная государственная медицина позволит лучше лечить пациентов и приведет к снижению расходов на здравоохранение, оказался утопическим. Расходы, наоборот, увеличились в несколько раз. Требования пациентов к здравоохранению возросли, как только стало очевидным, что за лечение больше не нужно платить.

С. Восточноевропейские страны, использовавшие модель Бевериджа (модель Семашко — аналог), столкнулись с дефицитом государственного бюджета

**таблица 2** Количество врачей по специальностям в России в 2012 г. (Росстат, округлено до тысяч, без аспирантов, клинических ординаторов и интернов)

№	Специальность	Тыс.	%
1	Терапевт	168	24%
2	Хирург	71	10%
3	Педиатр	68	10%
4	Стоматолог	63	9%
5	Акушер-гинеколог	44	6%
6	Невролог	28	4%
7	Психиатр и нарколог	24	3%
8	Рентгенолог и радиолог	20	3%
9	СЭС и общей гигиены	18	3%
10	Офтальмолог	17	2%
11	Отоларинголог	13	2%
12	Общей практики	10	1%
13	Фтизиатр	9	1%
14	Лечебная физкультура	4	1%
	Другие	147	21%
	Итого	703	

и стали активно развивать модель Бисмарка. В процентах от ВВП это составляет: в Польше 9%, Болгарии 8%, Румынии 7% (2/3 финансирования — страховые взносы плюс 1/3 — госбюджет).

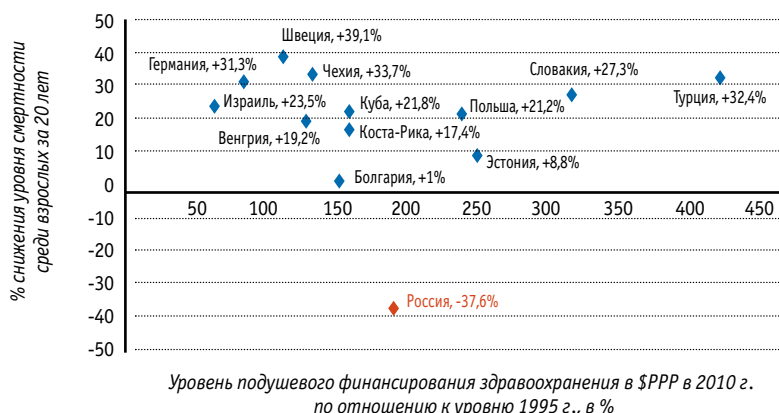
Надо отметить, что во многих странах малоимущие получают медицинскую помощь бесплатно за счет государства. Программа для малоимущих в США<sup>1</sup> Medicaid (с 1965 г.) предоставляет бесплатную медицинскую помощь, включая расходы на все виды лечения, в т. ч. сложные операции, транспортные расходы на поездки в поликлиники и больницы, 90% расходов на медикаменты.

Расходы на здравоохранение России финансируются из трех источников: федерального и регионального бюджетов и Фонда обязательного медицинского страхования. В настоящий момент они составляют порядка 3,5% от ВВП. Напомним из предыдущей статьи: Германия, Франция — 12%, Португалия, Греция по 10%, США — 16% (!). Итак, текущее положение неудовлетворительное. Отдавая себе отчет в том, что в настоящее время любые прогнозы (и даже планы) имеют весьма незначительную достоверность, рассмотрим прогноз расходов на здравоохранение России в *таблице 1*.

Федеральный бюджет практически не меняется, но не стоит забывать, что статьи его расходов сокращаются, остаются т. н. социальные заболевания (сахарный диабет, туберкулез, психические болезни, вакцинация и т. д.), а также новое строительство, капремонт и закупки дорогостоящего оборудования. Так, правительство РФ утвердило сокращение расходов на 22% в апреле 2014 г. на

<sup>1</sup> < 15 000 долл. в год на человека или 28 000 долл. в год на семью, это около 10 млн человек из 321 млн человек населения США.

**РИСУНОК 1** Снижение уровня смертности среди взрослых в зависимости от увеличения подушевого финансирования здравоохранения (WHO, CIA, 2011)



ли этого для улучшения ситуации? Ответ: нет, ими нужно еще и эффективно распорядиться. А как обстоят дела в этом направлении?

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Тоже не очень хорошо: Россия единственная страна (из представленных на рисунке 1), в которой уровень смертности среди взрослого населения вырос, несмотря на то, что рост подушевого финансирования выше многих стран. То есть и те деньги, которые есть, дают меньший эффект по сравнению с многими другими странами, где расходы меньше.

**Вывод 2:** даже те относительно небольшие деньги, которые есть, расходуются неэффективно. Скорее всего, выбраны не те критерии: расходы («освоение средств») есть, работа кипит, а результаты слабые, поскольку, в частности, были использованы не те параметры качества здравоохранения.

**ПАРАМЕТРЫ КАЧЕСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

В свое время показателями качества здравоохранения были выбраны: количество больничных коек и врачей на душу населения, которые, вообще говоря, являются не показателями качества, а показателями ресурсов здравоохранения. А при снижении финансирования это автоматически привело к удерживанию этих показателей в ущерб другим (чудес не бывает) — снижению закупок оборудования и расходных материалов, медикаментов, расходов на ремонт, зарплат: койки и врачи есть, а всего остального все меньше и меньше. Немного статистики: по количеству врачей на 1 000 человек Россия занимает 4-е место в мире! Это > 2 млн медицинских работников (2013). Фонд оплаты труда приближается к 50% всех расходов на здравоохранение (табл 2).

Но большое количество врачей в целом не означает отсутствие их дефицита в определенных районах и специальностях. В Москве не хватает 5 000 врачей общей практики (+8 000 других специальностей), а вот ряда узких специалистов избыток. Напротив, в районных

2 программы: «Развитие здравоохранения» и «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности» (приняты в конце 2012 г. на период 2013—2020 гг.). Вторая программа с конца 2012 г. включила в себя программу «Фарма-2020», а первоначальный бюджет с 122 млрд руб. (2010) сокращен до 99 млрд. Остальные расходы передаются в систему ОМС<sup>2</sup>. Региональные бюджеты должны вырасти, вот только большинство регионов России дотационные, т. е. убыточные<sup>3</sup>. Так что рост доходов региональных бюджетов более чем сомнителен. Перевожу: денег нет.

Резко растет страховая источник, и это понятно — это же часть заработной платы: ОМС при создании наполнялся в 3,6% от фонда оплаты труда, потом даже сократился до 3,1%, а вот в 2011 г. был резко увеличен до 5,1%. Собственно, это уже не государственные деньги, а заработанные населением, и их доля в расходах на здравоохранение достигнет к 2017 г. почти 50%. Но и этого не хватает: дефицит фонда 55 млрд в 2011 г., и он продолжает расти. Поэтому теперь взносы в фонд будут платить и те, у кого зарплата меньше 600 тыс. руб. в год<sup>4</sup>. Про текущий кризис и так много пишут, напомню лишь, что курс рубля упал в 2 раза, существенная часть расходов здравоохранения привязана к импорту, импортозамещение произойдет не так быстро,

**РИСУНОК 2** Количество госпитальных коек (на 1 000 человек)



да и составляющая импорта в сырье и комплектующих останется высокой, так что ситуация только усугубляется.

**Вывод 1:** неудовлетворительно низкие расходы на здравоохранения в % от ВВП сохраняются, и бюджет здравоохранения будет и дальше неуклонно сокращаться.

Представим себе, что денег стало больше, существенно больше. Достаточно

<sup>2</sup> Федеральный и 89 подконтрольных ему фондов ОМС собирают страховые взносы: работающие — 5,1% фонда оплаты труда от работодателей, неработающие — местные бюджеты. Затем они распределяют их страховым компаниям или филиалам территориальных фондов ОМС, которые заключают договоры на предоставление медицинских услуг с медицинскими учреждениями.

<sup>3</sup> По прогнозу на 2015 г., из 85 регионов 78 будут дотационными (данные Standard and Poors, Ведомости №213 (3735)).

<sup>4</sup> Точнее — 624 000 руб.

поликлиниках есть нехватка узких специалистов. Причины (в частности): непропорциональность нагрузки — у врачей одной специальности и должности это 100–150, а у других — 400–600 пациентов в месяц, а уровень оплаты не соответствует уровню нагрузки.

Очевидно, что и коек тоже много — сравним с другими странами (рис. 2). Россия на втором месте после Беларуси!

Количество госпитальных коек сокращается в большинстве стран, в т. ч. и в России (рис. 3). Однако их количество (около 10 на 1 000 человек) по сравнению с развитыми странами (например, США — 3) остается одним из самых высоких, а сокращение — минимальное.

Какое количество коек является оптимальным? Это, прежде всего, зависит от загрузки койки. Так, например, считается<sup>5</sup>, что эффективная загрузка койки должна быть порядка 75% — это 270 дней в году или 90 госпитализаций × 3 дня каждая. В зависимости от специализации эти целевые показатели разные, и средняя продолжительность госпитализации будет выше, например в кардиологии, что означает меньшее количество госпитализаций, но аналогичную эффективность загрузки койки. Повышение КПД — это увеличение доли амбулаторного обслуживания от общего числа обслуженных пациентов, например > 85%<sup>6</sup>, и более эффективное лечение в клинике, позволяющее сократить продолжительность пребывания в ней. В 2013 г. в России сокращено 76 поликлиник и 302 больницы (49 000 коек). В Москве планируется закрыть 28 стационаров, а в конечном итоге оставить 35 многопрофильных стационаров (> 1 000 коек в каждом). Понятно, что почти любое сокращение болезненно, сопряжено с ошибками и, возможно, нарушениями.

◆ **Вывод 3:** врачи и больницы будут сокращаться, но при этом обязательно должна вырасти эффективность их деятельности, иначе население не получит даже той медицинской помощи, которая есть в настоящий момент.

<sup>5</sup> Данные Европейского медицинского центра.

<sup>6</sup> Данные ЕМП.

<sup>7</sup> Н.В. Гоголь «Ревизор», попечитель богоугодных заведений Земляника.

**РИСУНОК 3** Сокращение госпитальных коек на 1 000 человек



### ● ПРОИЗВОДИТЕЛЬНОСТЬ: ВРАЧЕБНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Зарплата врача зависела (и в значительной мере зависит) от специализации, квалификации и ученой степени, а не от результатов деятельности, что приводит к снижению количества медицинских услуг и качества лечения. Нужно честно признать — уровень оплаты труда большинства врачей низкий. Они уходят из профессии, и значительная часть врачей непensionного возраста готова уволиться, их не хватает (в поликлиниках трудно найти определенных специалистов), существенная доля работающих — пенсионного и предпенсионного возраста, появились врачи-гастарбайтеры (извините за сленг). Высок уровень врачебных ошибок: ежегодная смертность составляет около 50 тыс. случаев (Центр медицинского права), но, скорее всего, больше. Порядка 60% умерших в больнице пациентов подвергаются вскрытию, в результате чего констатируется до 15% расхождений между клиническими диагнозами и результатами патолого-анатомического исследования. Однако большинство людей в России умирает дома, а в этом случае уровень ошибок значительно выше. Очевидно, что даже в странах с развитым здравоохранением врачебных ошибок совершается много,

но в России этот уровень значимо выше. Снижается уровень медицинского образования и качества лечения, налицо значительные диспропорции в нагрузках на врачей, существенное время в работе врачей занимает не врачебная деятельность (псевдонаучная деятельность и многое другое). Понятно, что при этом растет теневой рынок: 50% россиян хотя бы раз платили за медицинскую помощь, оказываемую в государственной клинике, 25% давали деньги или подарки напрямую врачам.

◆ **Вывод 4:** один из основных факторов эффективности лечения — деятельность врача. И к показателям качества лечения и количества пролеченных больных должны быть привязаны и уровень их оплаты, и стандарты образования, и основное рабочее время. Хороший врач должен заниматься своим делом и иметь возможность зарабатывать достойные деньги. Как это сделать, в принципе, известно — многие страны прошли через этот этап, и не стоит сейчас изобретать велосипед заново, тем более что речь идет о построении целой взаимосвязанной системы. Одно подчеркну: закрытое принятие решений будет всегда самым плохим вариантом.

Вновь проведем мысленный эксперимент: доля средств на здравоохранение от ВВП составляет двухзначное число, критерии качества здравоохранения четко и правильно внедрены, врачей значимо меньше, но они высокопрофессиональные (и пользуются спросом за рубежом) и получают достойные зарплаты, лечат качественно и много, больниц меньше, но они высокоэффективные и прибыльные. Означает ли это, что население начнет «все, как мухи, выздоровливать»? А вот и нет.

### ● ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗДОРОВЬЕ

В 80-е гг. XX столетия эксперты ВОЗ определили 4 группы факторов, влияющих на здоровье, и их ориентировочное соотношение (%). Поскольку есть страновая специфика, то для России<sup>8</sup> в 1994 г. это соотношение в целом было

<sup>8</sup> федеральные концепции «Охрана здоровья населения» и «К здоровой России» Межведомственной комиссии Совета безопасности РФ по охране здоровья населения.



Заболевание	Неблагоприятный фактор			
	Образ жизни	Генетика	Внешняя среда	Медицина
Цирроз печени	70%	18%	9%	3%
Транспортный травматизм	65%	3%	27%	5%
ИБС	60%	18%	12%	10%
Самоубийства	55%	25%	15%	3%
Рак	45%	26%	19%	10%
Диабет	35%	53%	2%	10%
Пневмония	19%	18%	43%	20%
Среднее	50%	23%	18%	9%

утверждено следующим образом:

- ◆ условия и образ жизни людей — 50–55%;
- ◆ состояние окружающей среды — 20–25%;
- ◆ генетические факторы — 15–20%;
- ◆ медицинское обеспечение — 10–15%.

Как видно из *таблицы 3*, вклад факторов при различных заболеваниях разный. Фактор образа жизни дает 70% при циррозе печени (ну, кто бы сомневался), при пневмонии внешняя среда дает 43% и 20% — медицина, генетика дает 53% при диабете. Но в среднем образ жизни влияет в половине случаев, а вот медицина составляет менее 10%. Вспомним *таблицу 1* в начале статьи — вот почему в лидирующие страны попали не только страны с самым высоким уровнем расходов на здравоохранение. Справедливости ради нужно отметить, что и лечение может приводить не только к улучшению здоровья, но и ухудшению. Даже в сферах деятельности с повышенным риском, например в авиации и на атомных станциях, уровень безопасности намного выше, чем в здравоохранении. Так, например, лишь один человек из миллиона, совершающих полеты, подвергается риску причинения вреда здоровью, в то время как такому риску во время получения медицинской помощи подвергается один человек из 300 пациентов. Каждый 7-й пациент (каждый 10-й — в развивающихся странах) из 100 госпитализированных заражается внутрибольничными инфекциями. К этому надо добавить врачебные ошибки и побочные действия препаратов.

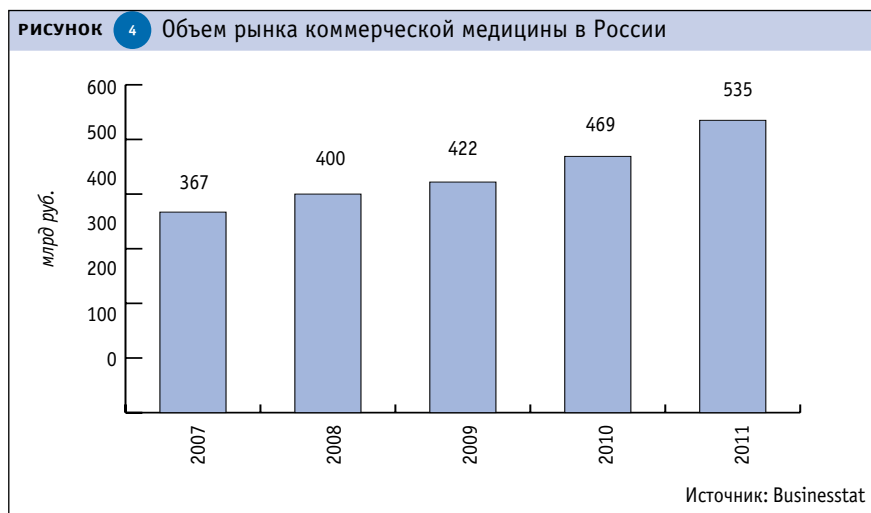
◆ **Вывод 5:** медицина не является основным фактором повышения здоровья населения, и в показатели качества здравоохранения должны быть включены и другие факторы. Частная медицина всегда и везде была, есть, будет и должна быть потому, что есть спрос. Тем более в области, касающейся жизни и здоровья, всегда найдутся люди, готовые отказаться от многого, но получить лучшее из того, что есть сейчас. Есть спрос — есть предложения.

### ● ЧАСТНАЯ МЕДИЦИНА

Каков спрос? Согласно опросам, население России применяет: 55% — бес-

ганизаций, 8 300 — работают в системе ОМС, (2013, Минздрав РФ). Рынок коммерческой медицины растет (млрд руб.): 367 (2007) — 535 (2011) ([www.business-stat.ru](http://www.business-stat.ru), *рис. 4*), это порядка 17 млрд долл. (для справки — рынок в США > 3 трлн долл.).

Развитие частной медицины поощряется государством: многие медицинские учреждения получили статус автономных, будут акционированы и переданы в управление частным лицам (ФЗ №83 2010), клиники освобождены от налога на прибыль (с 2012 г.). Частные клиники амбулаторных услуг (от общего количества): Россия 7%, Израиль 12%, ЕС 15%, США 20%. Наиболее прибыльные: стоматологические, мануальная терапия и неврология, гинекология и урология, офтальмология, косметология, дерматология и эстетическая хирургия. Наибольшая часть клиник сосредоточена в Москве, Санкт-Петербурге и Новосибирске. К известным клиникам можно отнести Европейский медицинский центр (ЕМС). Он был организован в 1989 г. при участии французской компании Europ Assistance на базе поликлиники №6 в Москве. Его врачи, преимущественно французы, предложили услугу «семейный доктор», поскольку его пациенты — это неболь-



платное лечение, 32% — самолечение, 6% — платное лечение, 6% — не лечатся, 1% — обращается к целителям. А неудовлетворенный? Примерно 43% удовлетворены состоянием своего здоровья (ВЦИОМ, 2013).

Что предлагается? Лицензии на медицинскую деятельность есть у 65 000 ор-

шая, но очень состоятельная аудитория — около 5 тыс. дипломатов и иностранных специалистов, проживавших в Москве. В 1994 г. ЕМС арендовал особняк в Спиридоньевском переулке, а москвичи пошли активно лечиться в 2004 г. ЗАО «Медси» (владелец АФК «Система») также было создано на ба-

зе поликлиники №6 в 1996 г. Частных клиник появляется все больше. А что с финансовым обеспечением потребительского спроса?

ДМС пользуются около 10% населения, в 97% случаев это корпоративное страхование, где роста уже почти нет. Стоимость прямой покупки полиса ДМС физлицом в полтора-два раза дороже, и для большинства населения ДМС недоступно: как правило, обычный человек готов платить за полис ДМС большие деньги только в том случае, если точно знает, что потом их «отобьет». А в корпоративном страховании действует принцип «здоровый за больного»: одновременно страхуется масса людей, большинство из них болеют нечасто. Помимо прямой оплаты услуг и ДМС, ряд частных клиник принимает больных и по ОМС. Полис ОМС покрывает расходы лишь частично, и расчет идет на оказание дополнительных платных услуг тем же пациентам и перспективу, когда полис ОМС станет весомее<sup>9</sup>.

Государственные медицинские учреждения также становятся конкурентами за деньги пациентов: правительство РФ<sup>10</sup> ввело новый порядок предоставления платных медицинских услуг в государственных поликлиниках и больницах и доплачивать надо за самостоятельное посещение профильного врача без направления терапевта, диетическое питание в больнице, послеоперационный уход, аналоги лекарств. При этом цену на многие процедуры медучреждения, возможно, смогут устанавливать самостоятельно (при ограничении рентабельности).

◆ **Вывод 6:** рост частной медицины продолжится и дальше, что хорошо. Никакие уговоры или наказания не заставят работать хорошо тех, кто этого не хочет. Потребитель услуг, Пациент (именно с большой буквы), голосуя деньгами в условиях конкуренции, — обязательный фактор развития здравоохранения.

Но конкуренты могут появиться и с другой стороны, в прямом смысле слова — в других странах.

## ● МЕДИЦИНСКИЙ ТУРИЗМ

Услуги по лечению все больше выходят из местных рамок в международные,

образуя новое и очень быстрорастущее направление бизнеса — медицинский туризм. Ежегодный мировой оборот в сфере медицинского туризма — 60 млрд долл. (ВОЗ, 2011). Медицинских туристов в азиатском регионе — до 10 млн в год, Таиланд, Индия и Сингапур будут контролировать более 80% рынка (2015 — прогноз). Некоторые данные: Таиланд: удвоение рынка медицинских услуг за 5 лет (2015 vs 2011), 3,6 млрд долл. (2012), существенная доля — стоматологический туризм. Индия: доля рынка в азиатском регионе = 18,7% (2008), 0,5 млн туристов<sup>11</sup> в год (2015 — прогноз) (Сингапур — до 1,0 млн, Южная Корея — 0,5 млн). В других регионах это Иордания — 1,25 млрд долл. и 0,25 млн туристов (2012), Коста-Рика, Израиль и др. Медицинский туризм становится фактором конкурентоспособности страны на международном рынке.

Каков рынок выездного медицинского туризма в России (въездной — 15 тыс. иностранных гостей в санаториях в 2010 г. по данным [www.sankurtur.ru](http://www.sankurtur.ru))? Российские туристы на лечение за рубежом потратили около 1 млрд долл. (2011, +50%). Это 100—300 тыс. граждан, в 2012 г. рынок вырос еще на десятки процентов ([www.marketing.rbc.ru](http://www.marketing.rbc.ru) и др.). Услуги оказывают многочисленные компании, часть из них не имеет медицинской лицензии, представительств в России, часть представляет собой чистых «посредников» — сайт и компьютер дома. Профессиональных — порядка 20, например [www.medberlin.ru](http://www.medberlin.ru), [www.patient-mt.ru](http://www.patient-mt.ru), [www.berlin-medical.ru](http://www.berlin-medical.ru) и ряд других. Они предлагают несколько вариантов клиник для лечения, готовят медицинские документы пациента для этих клиник в соответствии с международными стандартами. Оплата рассчитывается фиксировано (300—1 000 евро) как процент с пациента или в виде комиссии от клиники (до 30%). В наиболее популярных странах — Германии и Израиле (30 тыс. медтуристов, потративших в стра-

не 150—200 млн долл. в 2010 г.) — клиники «облеплены» посредниками, которые берут 10—20% от стоимости лечения. Кстати, немецким компаниям (как и российским), организующим лечение пациентов из других стран, не нужно получать медицинскую лицензию. Для подтверждения уровня качества оказываемых услуг госпиталя должны пройти аккредитацию, например, JCI (Joint Commission International)<sup>12</sup> или НАС (Healthcare accreditation council). В Москве сертификат JCI есть только у многопрофильной частной клиники ОАО «Медицина» ([www.medicina.ru](http://www.medicina.ru)). Интересно, какой процент госпиталей в России пройдет такую аккредитацию?

Почему вообще возник вопрос о медицинском туризме? Во первых, качество диагностики: западные врачи не доверяют диагнозам, поставленным в России, часто требуют заново пройти обследование или хотя бы предоставить материалы, потому что реальный диагноз может кардинально отличаться от поставленного ранее. Во вторых, качество лечения: из России чаще за рубеж едут лечить самые сложные и тяжелые заболевания, в технологиях лечения которых отечественная медицина отстает, от которых врачи в России отказались. Относительная легкость получения виз, доступность авиабилетов для значительной части населения, повышение уровня доходов, открытость информации, более высокое качество медицинских услуг в одной стране по сравнению с другой, рост ценности здоровья и другие факторы — вот и поехали! Отмена виз (или более долгий срок), авиадискаунтеры, специализированные сайты с открытым доступом, рост качества услуг (или падение в другой стране) приводит к тому, что получение услуг за рубежом (не только для россиян) становится экономически РЕНТАБЕЛЬНЫМ! Область конкуренции для обеспеченных потребителей медицинских услуг перестанет ограничиваться территорией собственной страны. Это касается и лидирующих стран: высокое качество медицины не мешает 600 000 американцев ежегодно уезжать за рубеж вставлять зубы или делать пластику, менять суставы и

<sup>9</sup> Исследования страхового аспекта медицинских услуг проводит, в частности, компания «Страховой Маркетинг». [www.insmarketing.ru](http://www.insmarketing.ru).

<sup>10</sup> Постановление от 4 октября 2012 года №1006.

<sup>11</sup> Здесь и далее — медицинских туристов.

<sup>12</sup> <http://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/jci-accredited-organizations>.

ТАБЛИЦА 4 Средняя стоимость 5 медицинских процедур в 7 странах

	Средняя стоимость процедур, \$К				
	Стентирование коронарных артерий	Зубной имплант	Протезирование коленного сустава	Протезирование клапана сердца	Лазерная коррекция зрения
США	140	3	50	170	5
Израиль	49	1	18	52	
Южная Корея	29	4	20	44	6
Британия		4		22	7
Таиланд	15	4	13	22	2
Малайзия	11	0,4	7,0	11	0,5
Индия	5	1	6,5	5,5	0,5

Источник: IndianProfile, Patients Without Borders, DoctorIsrael, AngloMedical

даже делать операции на сердце или мозге. И понятно почему, посмотрите на таблицу 4.

◆ **Вывод 7:** медицинская индустрия развивается и будет развиваться по общим законам. Наступает этап, когда она становится транснациональной, а конкуренция уже не ограничивается одной страной.

И в заключение возникает традиционный вопрос: так что же делать? Совершенно очевидно, что простого и быстрого решения быть не может, это скорее процесс совершенствования, чем простой набор мер. Но можно предположить, что ряд принципов, которыми стоит руководствоваться на этом пути, могут помочь пройти его менее болезненно.

### ● ПРИНЦИПЫ

◆ 1. Стандарты. По максимальному количеству заболеваний уже созданы стандарты лечения. Необходимо честно и открыто для всех зафиксировать в них 2 уровня лечения: наилучший способ лечения на сегодняшний день и второй, тот который должен быть бесплатным для всех на сегодняшний день в России (исходя из возможностей). Все открыто для всех в Интернете, с указанием ответственных специалистов за каждый стандарт (в частности, главные специалисты страны). Что страшит государство и почему это, а не другое, сколько это стоит, каков КПД использования средств, какие услуги (заболевания) войдут в страхование при увеличении финансирования и т. д. Стандарты обновляются по мере появления значимых изменений, существует приоритетность (как ни

печально) лечения по заболеваниям и людям.

◆ 2. Оплата и страхование. Все пациенты платят некоторый процент за все медицинские услуги и ЛС: пациент имеет право и должен знать реальную стоимость услуги, что повышает его заинтересованность в результатах лечения. Возмещение страховки в денежной форме запрещено.

◆ 3. Эффективность вложений. Задача государства — повысить эффективность вложенных средств, направляя их на оказание медицинской помощи тем гражданам и при тех заболеваниях, где возвратность максимальна. Например, количество рабочих дней, возвращенных в результате лечения по сравнению с отсутствием лечения, выраженное в денежном эквиваленте, или стоимость 1 рабочего дня. Чем ниже этот показатель, тем лучше (причем, возможно, что в каких-то случаях болеть дешевле, чем лечить). А также: общая стоимость лечения, вероятность и степень излечения с возвращением к эффективной трудовой деятельности и определенному качеству жизни. Все данные открыты.

◆ 4. Повышение производительности труда врачей. Основное направление — перевод в виртуальную реальность, цифровую форму.

◆ 5. Свобода выбора. Пациент имеет право на самостоятельный выбор врача и медицинского учреждения, и ни-

кто не имеет права препятствовать ему в этом. Доходы медицинского учреждения и врачей зависят не от количества оказанных ими услуг, а от результатов лечения, оцениваемых независимыми медицинскими учреждениями.

◆ 6. Профилактика. Одно из наиболее эффективных вложений средств: лечение заболеваний на ранней стадии обходится в несколько раз дешевле, чем лечение заболеваний средней тяжести, и в десятки раз дешевле, чем лечение тяжелых и хронических заболеваний. Необходима система не только морального, но и материального поощрения здорового образа жизни, например, стоимость страховок.

Здравоохранение в России находится в критическом состоянии и продолжает ухудшаться. Оставить «так, как было раньше», просто увеличив финансирование, и невозможно, и неправильно. Решения есть, но для их принятия необходима не только политическая воля, но и открытость, трезвая оценка реальной ситуации в экономике и ее прогноз, желание учиться у лучших и, самое главное: создавать не систему запретов, наказаний и ограничений, а систему разрешений, поощрений и свобод.



Предыдущую статью можно прочитать на сайте журнала  
«Ремедиум»: [www.remedium.ru](http://www.remedium.ru).

Предыдущие 14 статей можно прочитать на сайте компании MCE:  
[www.mce-ama.com/Pharma-in-Russia-and-CIS](http://www.mce-ama.com/Pharma-in-Russia-and-CIS).