

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Тематическое приложение
к ежедневной деловой газете РБК
Пятница, 28 сентября 2018 | № 167 (2891)

РЕШЕНИЕ: КАКИЕ ПЕРЕМЕНЫ НЕОБХОДИМЫ СИСТЕМЕ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ | **РЫНОК:** ЧТО ДЕЛАЕТ МНОГОПРОФИЛЬНЫЕ СЕТЕВЫЕ КЛИНИКИ ПРИВЛЕКАТЕЛЬНЫМИ ДЛЯ ЧАСТНЫХ ИНВЕСТОРОВ



ФОТО: АЛЕКСАНДР РОМИН/ТАСС

РЕЦЕПТ ЗДОРОВОГО СПРОСА

ПАДЕНИЕ ДОХОДА ПАЦИЕНТОВ СТАЛО ОТРАЖАТЬСЯ НА ВЫРУЧКЕ ЧАСТНЫХ КЛИНИК. ДРАЙВЕРОМ ДАЛЬНЕЙШЕГО РОСТА ПЛАТНОЙ МЕДИЦИНЫ ДОЛЖНЫ СТАТЬ НОВЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ И ВЫСОКИЕ ТЕХНОЛОГИИ. **ГАЛИНА ПАПЕРНАЯ**

По сравнению с другими потребительскими рынками, существенно просевшими в предыдущие три года, сфера платных медицинских услуг оказалась устойчивой к турбулентности. «В кризис падения рынка платных медицинских услуг, несмотря на снижение реальных доходов населения и существенный рост цен, не произошло», — пришли к выводу авторы отчета «Российский рынок частной медицины 2018», подготовленного «РБК Исследования рынков».

В 2015–2016 годах рынок продолжал расти в пределах инфляции, оставаясь количественно на уровне 2014 года. В прошлом году объем рынка платных

медицинских услуг вырос на 1,9% по сравнению с предыдущим годом (или на 14,1 млрд руб.) и достиг 746,5 млрд руб.

Объем сектора частных клиник по итогам 2017 года (без добровольного медицинского страхования; ДМС) увеличился на 2,9% по сравнению с 2016 годом и составил 485,7 млрд руб. Последние несколько лет доля частных клиник в структуре рынка платного медицинского обслуживания динамично увеличивалась и в 2017 году достигла 32%. Сегодня более половины работающих на российском рынке частных сетевых клиник — многопрофильные, они создаются как аналог традиционной поликлиники с набором услуг всех основных врачебных специальностей.

Оптимизация государственных медучреждений, а также увеличение доли платных услуг и при этом низкий уровень сервиса в госсекторе стали ключевыми факторами роста рынка частной медицины, отмечают в «РБК Исследования рынков». Многие россияне были вынуждены либо эпизодически, либо полностью переключаться на услуги частных медицинских учреждений, говорится в отчете.

ПРИВЫЧКА ПЛАТИТЬ

Напомним, что с 2013 года государственные больницы и поликлиники официально получили разрешение на оказание платных услуг. Таким образом, в систему платных медуслуг стало вовлекаться фактически все экономически

активное население. Согласно результатам опроса «РБК Исследования рынков», 9% респондентов с доходом свыше 75 тыс. руб. в месяц обслуживаются только в частных клиниках. Полностью перешли на обслуживание в частных клиниках только 4% участников опроса.

Среди потребителей платных медицинских услуг уже сегодня представлены россияне всех групп по уровню дохода. Почти четверть клиентов частных клиник — люди со среднемесячным заработком менее 20 тыс. руб., что в целом соответствует общероссийскому распределению населения по уровню дохода. Для граждан с таким

ВРАЧИ НА ПРЕДЕЛЕ

ДЛЯ РАЗВИТИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРЕДСТОИТ МОДЕРНИЗИРОВАТЬ ВСЮ СИСТЕМУ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ. **ИРИНА РЕЗНИК**

Подготовка медработников не отвечает потребностям рынка. Выпускники медвузов не обладают необходимыми для самостоятельной работы компетенциями, плохо работает система повышения квалификации и переподготовки врачей, в отрасли сохраняется дефицит специалистов. К таким заключениям пришли авторы исследования «Здоровое здравоохранение: шаг в будущее для российской медицины» международной The Boston Consulting Group (BCG).

Молодой российский врач на старте карьеры не готов к практической работе, говорится в исследовании: «При обучении в университете студент-медик получает слабые практические навыки, сопоставимые с уровнем подготовки медсестер на Западе».

Стандарты медобразования устарели, говорится в исследовании BCG: «Обучение в ординатуре и на курсах профессиональной переподготовки повсеместно курируют профессора, незнакомые с принципами доказательной медицины и результатами современных исследований».

Архаичны и некоторые специальности, например «ультразвуковая диагностика» и «функциональная диагностика». На Западе использование УЗИ — привычная практика для любого специалиста, отмечает в BCG.

Формально УЗИ входит в обязанности специалиста по ультразвуковой диагностике, такая практика ограничивает врача-гинеколога, например, в проведении такой процедуры самостоятельно, говорит ректор Смоленского института последипломного медицинского образования, вице-президент Национальной медицинской палаты Наталья Аксенова.

Постдипломное образование не систематизировано, работа преподавателей строится чуть ли не на общих началах, отмечает директор Фонда профилактики рака Илья Фоминцев: «Вместо точных критериев оценки ординаторов — масса формальных документов, ни один из которых не ориентирован на конечную цель обучения — научить принятию решений, общаться с пациентом, владеть мануальными навыками».

Мало информированы о роли участия ординаторов в клинической практике и сами пациенты, отмечает главный врач московской городской больницы им. В.В. Виноградова Ольга Шарапова: «В клинической больнице есть кафедры, где проходят обучение молодые специалисты. Вместе с заведующим отделением пациентов должен вести и клинический врач-ординатор».

Система повышения квалификации врачей и оценки качества их работы формальна, отмечают аналитики BCG, в том числе и в руководящем звене. Низкий заработок — препятствие для самостоятельного обучения. Не развита система вневузовских грантов и стипендий.

30% врачей не умеют пользоваться электронной почтой, не говоря уже о более сложных информационных системах цифрового здравоохранения, говорит директор НИИ организации



ФОТО: АЛЕКСАНДР РОМИН/ТАСС

здравоохранения и медицинского менеджмента Давид Мелик-Гусейнов.

В стране не хватает радиологов (проводят диагностику и лечение методами лучевой терапии), психиатров, геронтологов (занимаются болезнями старческого возраста), врачей скорой помощи, неонатологов (занимаются здоровьем новорожденных детей) и др. Дефицит врачей первичного звена составляет, по оценкам Минздрава РФ на 2017 год, порядка 27 тыс. специалистов.

КАДРЫ РЕШАЮТ

Кадровая политика — одно из основных направлений утвержденного в начале сентября нацпроекта «Здравоохранение», определяющего развитие отрасли до 2024 года.

Уже в следующем году число бюджетных мест в ординатуре должно увеличиться в 2,5 раза — до 11,5 тыс., в специалитете — до 22,5 тыс., об этом ранее заявляла глава Минздрава Вероника Скворцова. За шесть лет более чем в 17 раз должно вырасти число специалистов, вовлеченных в систему непрерывного образования.

Реформировать кадровую систему начали два года назад. С 2016 года отменена интернатура для трех базовых врачебных специальностей: участковый терапевт, педиатр и общий стоматолог допускаются к работе сразу после вуза. Это, по данным Минздрава, позволило в прошлом году закрыть 6 тыс. вакансий в первичном звене, а в перспективе полностью решить проблему нехватки кадров.

Отказаться от седьмого года обучения позволила в том числе новая система первичной аккредитации выпускников, заявляла ранее глава Минздрава. С 2017 года аккредитацию по международным стандартам проходят все выпускники медвузов, а с 2021 года профессиональное тестирование практических навыков в медицинских симуляционных центрах и оценка личных профессиональных достижений станут обязательными для всех практикующих врачей. В среднем процедуру будут ежегодно проходить 130 тыс. врачей и 300 тыс. медсестер.

Впрочем, профессиональное сообщество считает нововведения слишком

поспешными. Первичное звено — ответственный участок, здесь решается 80% проблем здоровья человека, говорит председатель Московского городского терапевтического общества, д.м.н. Павел Воробьев: «Подготовка такого специалиста требует постдипломного обучения в ординатуре, вместо этого в поликлинику идут работать неопытные врачи-лечебники».

Рассчитывать на возможность поступить на бюджетное место в ординатуру теперь можно только после трехлетней отработки в общей лечебной сети, и это отбивает желание учиться дальше, отмечает он. «К этому моменту у врача уже появится семья, ему будет сложно снова сесть за студенческую скамью», — говорит Павел Воробьев.

Система аккредитации не изменит сам принцип допуска к профессии, уверен директор сети клиник «Семейная» Павел Бранд: «Сдать сложный многоступенчатый экзамен, учитывая современные медицинские тенденции, большинству врачей будет не под силу. Значит, скорее всего, экзамен будет формальным, иначе некому будет работать».

Высокий уровень теоретической подготовки — по-прежнему сильная сторона российского медобразования, говорит Павел Бранд, но система подготовки требует смены учебных пособий и принципов лечения. Основопологающим, по его мнению, должен быть, как во всем мире, стать принцип доказательной медицины.

РЕЦЕПТ ОБУЧЕНИЯ

Нужны компетенции, говорит Илья Фоминцев: «Молодой доктор может перечислить виды пролежней, а принять решение, что с ними делать, он не способен». Проведенное в этом году фондом исследование показало, что система оценки в вузах не зависит от способности студента решать ситуационные задачи, принимать рациональные клинические решения. Методологи обучения, которая не позволяет формировать общемедицинские компетенции, и систему оценки необходимо менять, считает Илья Фоминцев. Необходимо перестраивать и языковую подготовку в медвузах, отмечает

эксперт. Студенты медвузов и врачи лишены возможности перенимать лучший иностранный опыт из-за слабого знания иностранных языков, говорит Илья Фоминцев.

По словам Давида Мелик-Гусейнова, медицина — это область знаний, где «нельзя закрывать глаза на тройки». Действующая система финансирования вузов не создает условий для ротации студентов в пользу более талантливых и успевающих, считают эксперты.

Необходимо увеличивать часы практических занятий в клинических отделениях, говорит главный врач московской городской клинической больницы №40 Сергей Аракелов: «Студентов уже на младших курсах необходимо обучать на базе клиник. Контакт с реальными пациентами — совсем другое дело, нежели теоретические представления о клинических случаях».

Практику нельзя заменить занятиями в симуляционных центрах, говорит Ольга Шарапова: «Такие центры есть во всем мире и очень важны для опытных врачей. Но студентов нужно брать в реальную операционную». По ее мнению, необходимо вернуться к практике обучения в небольших академических группах (по 10–15 человек). «Подготовка врачей никогда не стояла на потоке, это в том числе индивидуальный подход», — отмечает Ольга Шарапова.

Приходится чуть ли ни с нуля восстанавливать систему клинических баз для обучения студентов, говорит Ольга Шарапова: «На базе нашей больницы сегодня работает больше 30 кафедр, практически все заведующие отделениями являются сотрудниками этих кафедр и одинаково заинтересованы в качестве оказания медицинской помощи и в подготовке студентов и ординаторов».

По данным ресурса Vademecum, сегодня на всю страну действует только 25 полноценных университетских клиник.

Право преподавателей всех медвузов заниматься медицинской деятельностью вернули лишь три года назад. «У нас кафедра госпитальной хирургии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова работает еще с 1978 года», — отмечает Сергей Аракелов.

Проект «Московский врач», в рамках которого столичное правительство доплачивает специалистам, успешно прошедшим квалификационные экзамены, по словам Давида Мелик-Гусейнова, показал важность материальной мотивации в отрасли.

Модернизация потребует переобучения и самих преподавателей медицинских дисциплин, подчеркивают в BCG. Обучение преподавателей медвузов в ведущих мировых университетах с подписанием контрактов на разработку российских учебных программ, комплексная переподготовка медперсонала, включая курсы английского языка и цифровых инструментов, и внедрение специальных программ обучения медицинскому менеджменту с упором на управление бизнесом — первоочередные задачи, по мнению аналитиков.

«ФРАНШИЗА МЕДЦЕНТРА ТРЕБУЕТ ВЫСОКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ИНВЕСТОРА»

ОБ ИНВЕСТИЦИОННОЙ ПРИВЛЕКАТЕЛЬНОСТИ РАЗВИТИЯ ЧАСТНЫХ МНОГОПРОФИЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ КЛИНИК В РОССИИ РБК+ РАССКАЗАЛ РУКОВОДИТЕЛЬ СЕТИ КЛИНИК «НИАРМЕДИК» **АЛЕКСАНДР НЕНЮКОВ**

— По прогнозам ЕУ, рынок частной медицины до 2020 года будет расти в среднем на 5–10% ежегодно. Что сегодня может стать драйвером роста? — 5–10% в год — это стабильный показатель роста. В 2017 году кривая спроса в сфере платных услуг пошла вверх, каждый третий пациент обращался за помощью в частную клинику. Мы наблюдаем определенное оживление в секторе добровольного медицинского страхования (ДМС).

Можно сказать, что рынок уверенно вышел из состояния стагнации и продолжает тенденцию роста, характерную для 2014–2015 годов. Некоторые сегменты рынка опережают прошлые темпы и развиваются активнее, например лабораторная и функциональная диагностика, стоматология, а в последние годы еще гинекология и урология. Рынок частной медицины постоянно трансформируется, в том числе за счет изменения условий обязательного медицинского страхования (ОМС), оптимизации системы и реформ в государственном сегменте услуг.

— Как новые технологии, использование big data по историям болезни пациентов, например, влияют на развитие рынка частной медицины?

— Технологии — часть нашей долгосрочной бизнес-стратегии. Наши информационные системы уже интегрируют в себя все важнейшие сервисы для пациента: электронные карты, СМС-оповещения, результаты анализов, приходящие на электронную почту пациентов. По отдельным услугам мы практикуем прямые онлайн-консультации с лечащим врачом.

ИТ-решения на основе big data в диагностике — наиболее перспективная область для создания полноценных экспертных медицинских систем и разработок обоснованных стандартов лечения.

В ближайшее время мы планируем внедрение первых пакетных программных продуктов в области систем поддержки принятия врачебных решений, прежде всего для подбора сопутствующей терапии (диеты, ЛФК, медикаментозной и немедикаментозной терапии). Мы готовы сотрудничать с крупными ИТ-компаниями и стартапами в области обработки и анализа больших объемов медицинских данных. При этом в медицине ключевым производственным фактором остаются знания и мастерство специалистов.

Где-то в 1998 году, уже уйдя из ВНЦХ РАМН и перейдя на работу в отдел продаж кардиоваскулярного подразделения американской компании Вахтер, я приехал к руководителю отдела сердечно-сосудистой хирургии Института клинической кардиологии Российского кардиологического научно-производственного центра РАМН академику Р.С. Акчуруну, чтобы продемонстрировать ему новую американскую разработку — катетер, предназначенный для облегчения забора большой подкожной вены нижней конечности при аутовенозном аортокоронарном шунтировании.



ФОТО: АЛЕКСЕЙ ЗЮБОВ/РБК

Его слова я запомнил на всю жизнь. Ренат Сулейманович посмотрел на катетер, потом на меня и сказал: «Вот что я тебе скажу, Саша, если у хирурга есть руки, твой катетер ему не поможет, а если нет — он его не спасет». Поэтому у нас принцип простой: первичная задача — найти высококлассного специалиста, а уже потом обеспечить его адекватными средствами лечения.

— Насколько остро стоит проблема с кадрами в отрасли?

— Престиж медицинской профессии в глазах молодого поколения сильно обесценился: компенсационный пакет медицинского персонала по паритету покупательной способности в два-три раза отстает даже от стран Восточной Европы. За счет более конкурентоспособных зарплат, системы мотивации, возможности обучения и роста негосударственным медицинским учреждениям удается нанимать наиболее классных специалистов. Но в целом это бесперспективно. Сегодня отрасль опирается на специалистов, подготовленных в 1970–1980-х годах. Уже сейчас в частной медицине не хватает высококвалифицированных кадров — гинекологов, урологов, отоларингологов. Через каких-нибудь 20–30 лет мы можем столкнуться с гораздо более серьезными проблемами.

— Здравоохранение в России привлекательно для частных инвестиций?

— Нужно понимать особенности инвестирования в разные сегменты рынка. Проекты на рынке фармацевтических биомедицинских продуктов слишком рискованны — девять из десяти разработок не пройдут дальше этапа первых клинических испытаний. Новые технологии в диагностике требуют долгосрочных инвестиций, которые могут себе позволить компании-гиганты. Сегмент коммерческих медицинских учреждений не сулит сверхприбылей, но это надежный источник для сравнительно безрисковых инвестиций. Период выхода на самоокупаемость — от трех до

пяти лет на стабильно растущем рынке. Мы вкладываемся в развитие этого направления. Только за последний год наша сеть пополнилась двумя новыми клиниками, на старте — еще две. На рынке инвестиций сформировался определенный спрос на качественные медицинские франшизы. При этом предложить эффективную франшизу на текущий момент могут единицы. Сеть клиник «Ниармедик» одной из первых открыла франшизу многопрофильного медцентра. Сегодня наши франчайзинговые клиники в Москве и регионах приносят хорошую прибыль и выполняют важную социальную функцию — обеспечивают доступную медпомощь там, где плотность лечебных учреждений была недостаточной. Мы продолжаем расширять франчайзинговую сеть, формировать команду партнеров.

— В чем особенность вашего бизнеса, с какими сложностями может столкнуться инвестор без опыта в медицинском бизнесе?

— Медицинские услуги — продукт репутационного спроса. Для стартующих компаний риски слишком велики, ведь цена медицинской ошибки очень высока и бьет по бренду, как ни в одной другой отрасли. Франшиза медцентра требует огромной вовлеченности и высокой ответственности инвестора. Входной барьер на рынок при этом довольно высокий. Открытие небольшой медицинской клиники (около 500 кв. м) потребует порядка \$1 млн инвестиций.

Кроме того, многопрофильная клиника — сложный механизм взаимодействия с различными группами контрагентов: помимо розничных клиентов предстоит работать с пациентами ДМС и ОМС, юридическими лицами. Это требует дополнительного обучения персонала, разработки четкой системы контроля назначений и их обоснованности. Иначе инвестор рискует попасть в черный список и не получить финан-

«ПЕРВИЧНАЯ ЗАДАЧА — НАЙТИ, ПОДГОТОВИТЬ ВЫСОКОКЛАССНОГО СПЕЦИАЛИСТА, А УЖЕ ПОТОМ ОБЕСПЕЧИТЬ ЕГО АДЕКВАТНЫМИ СРЕДСТВАМИ ЛЕЧЕНИЯ»

совых выплат за уже оказанные услуги из-за необоснованности, с точки зрения экспертов страховых компаний. Однако франшиза авторитетного медцентра гарантирует оптимизированные и стандартизированные бизнес-процессы, понятную финансовую модель, возможность обучения и адаптации персонала, единую систему контроля качества и клиентского сервиса, подключение к единой информационной системе, контакт-центру, CRM, поддержку на всех этапах открытия и развития.

— Насколько велик сегодня риск для инвестора столкнуться с мошенничеством на рынке франшизы в медицинской сфере? Как минимизировать такие риски?

— Такой риск существует. Чтобы его минимизировать, я бы рекомендовал очень внимательно подойти к выбору и проверке франчайзера. Необходимо изучить историю головной организации, узнать ее руководителя: когда образовано юридическое лицо и сайт компании, сколько в сети собственных и франчайзинговых филиалов. При этом следует критически относиться к информации в интернете, на сайте. Посещение офиса компании позволит оценить ее масштабы. Обслуживание сети клиник требует большого штата, небольшой офис с двумя-тремя комнатами — повод засомневаться в достоверности компании. Стоит выяснить, сколько реальных клиник в сети, пообщаться с каждым франчайзи и проверить реальную посещаемость клиник. Опасение должно вызывать отсутствие в клинике пациентов, а в большинстве кабинетов — врачей, это явный признак убыточности бизнеса. Не стоит доверять презентациям, необходимо проверять реальные бухгалтерские отчеты, стандарты сервиса, регламенты и инструкции. Общение с контрагентами сети, со страховыми компаниями также позволит лучше узнать компанию-франчайзера.

← Начало на с. 1

уровнем зарплаты принципиальное значение имеет наличие полиса обязательного медицинского страхования (ОМС) — более 32% респондентов заявили, что просто не обойдётся без него. Сокращение реальных доходов не позволяет гражданам отказываться от бесплатной медицинской помощи, отмечают авторы исследования «Российский рынок частной медицины 2018».

При этом полис ОМС сегодня — пропуск к услугам частного рынка. В результате либерализации государственной программы страхования к ней подключились уже около 40% российских частных клиник, 10% из них специализируются на обслуживании пациентов ОМС, доля которых в пациентопотоке клиник превышает 30%.

ИГРОКИ РЫНКА

Наибольшую долю в обороте российского рынка платных медицинских услуг, по предварительным подсчетам «РБК Исследования рынков», занимает ГК «Мать и дитя», ей принадлежит 2,33% оборота рынка. В тройку лидеров по доле рынка входят также компании «Медси» (1,87%) и Европейский медицинский центр (1,73%). Окончательные итоги еще не подведены, уточняют авторы исследования: на момент его выхода отсутствуют данные по финансовым результатам многих компаний. «РЖД-медицина», которой принадлежит 253 точки, или 7,3% общего числа сетевых частных клиник, — крупнейшая сеть в стране.

Финансовые результаты крупных сетевых медклиник по итогам прошлого года говорят о замедлении темпов роста годовой выручки. У лидеров в области перинатальной помощи ГК «Мать и дитя» годовой прирост выручки снизился с 21% в 2016 году до 10,3% в 2017-м. Примерно такая же ситуация у Европейского медицинского центра, «Скандинавии», «Семейного доктора».

На фоне замедления темпов роста выручки у топовых игроков, по информации «РБК Исследования рынков», приводимой со ссылкой на данные отчетности СПАРК «Интерфакса», в прошлом году существенно выросла



PHOTO: GETTY IMAGES RUSSIA

выручка только у сети клиник «Медси» — на 20,6% к объему 2016 года, что в абсолютных цифрах превысило 11 млрд руб. Авторы исследования предупреждают: учитывая сложную организацию бизнесов, не все подсчеты могут считаться окончательными.

По прогнозам директора по финансам и инвестициям АО «Группа компаний «Медси» Ольги Шакировой, в 2018 году рост выручки компании составит более 40% по сравнению с предыдущим годом: 20% выручки сети поступит по ОМС, 40% — по программам ДМС и 40% — от физических лиц.

«Мы существенно нарастили количество стационарных коек, которые работают как по ОМС, так и по ДМС, и открыли три новые клиники в Москве», — пояснила Ольга Шакирова РБК+ причины быстрого роста.

Приток инвестиций в частный сектор медотрасли обеспечило появление крупных лечебных центров в рамках государственно-частного партнерства (ГЧП). Одним из первых таких проектов в 2013 году стал «Доктор рядом», в рамках которого инвесторы могли арендовать у государства помещения на льготных условиях. По итогам 2017 года в проекте участвовали порядка 30 инвесторов, которые арендовали 61 помещение. Euromed Group совместно с государством запустила проект «Полис. Участковые врачи» — сеть центров общей врачебной практики оказывает бесплатную медпомощь всем, у кого есть полисы ОМС. «Медси» в рамках ГЧП с правитель-

ством Москвы было передано в собственность пять поликлиник, три стационара и три санатория.

По данным Национального центра ГЧП, по итогам прошлого года в стадии реализации находятся 84 проекта государственно-частного партнерства. В целом схема ГЧП помогла привлечь в здравоохранение 60 млрд руб., 50 млрд из которых — частные инвестиции.

ЭКОНОМИЯ НА ЗДОРОВЬЕ

Цикл быстрого роста сектора на исходе, государственная реформа медицинского обслуживания и сокращение количества лечебных учреждений и врачей практически завершились, объясняют аналитики «РБК Исследования рынков»: «Сети не могут развиваться былыми темпами. В существующих условиях открывать новые клиники и скупать локальных игроков становится сложнее».

Основная причина снижения темпов роста доходов участников рынка — падение платежеспособного спроса, говорит медицинский директор сети клиник «Семейная» Павел Бранд: «У нас выручка по итогам 2018 года будет на 12–13% больше, чем годом раньше. При том что рынок в среднем может рассчитывать на рост 7–10%. Но этот рост во многом будет обеспечен ростом цен на услуги частных медицинских клиник».

Пациенты оптимизируют затраты на медицину, снижается платежеспособность медицинских организаций, задерживают оплату услуг государственные медицинские учреждения, рассказала в интервью «РБК Исследования рынков» генеральный директор сети «Северо-Западный центр доказательной медицины» Марина Красичкова.

С 2013 года цены на медицинские услуги выросли более чем на треть, а реальные располагаемые доходы россиян снизились на 11%.

Снижение обращаемости во многих клиниках достигало 10–15%, говорит исполнительный директор международного медцентра «СОГАЗ» Алексей Власов: «Крупные частные клиники отмечали тенденцию увеличения доли сложных случаев и тяжелых пациентов. Это связано прежде всего с тем, что в кризис уменьшилось число обращений с профилак-

тической целью и профилактика отошла на второй план прежде всего по экономическим причинам».

В ПОИСКАХ НОВЫХ ДРАЙВЕРОВ

До сих пор главным вектором развития рынка платной медицины было расширение профиля оказываемых частными клиниками услуг, формирование и укрупнение сетей медицинских учреждений. Каждая пятая из 393 сетей частных клиник была основана в Москве.

Сегодня меняются сами принципы работы частных медклиник. В частности, в секторе стали появляться центры, работа которых соответствует принципам доказательной медицины, использующие новейшие научные данные и методики, одобренные в Евросоюзе и США.

Такие научно обоснованные практики, являющиеся результатом обязательных клинических исследований, часто оказываются противоположны тем, которые традиционно используют в отечественной медицине и преподают в медицинских вузах. Особенно это затрагивает такие быстро развивающиеся сферы, как онкология, перинатальная медицина, травматология.

«Если лет пять–десять назад это мало волновало коммерческий сектор, то сейчас ложится в основу бизнеса ряда клиник. В нашей клинике мы тоже делаем акцент именно на доказательные методы лечения. Возможно, мы потеряли в среднем чеке, не назначая бессмысленные исследования, но точно выиграли в репутационной составляющей и в качестве лечения», — говорит Кирилл Скоробогатых, совладелец Университетской клиники головной боли.

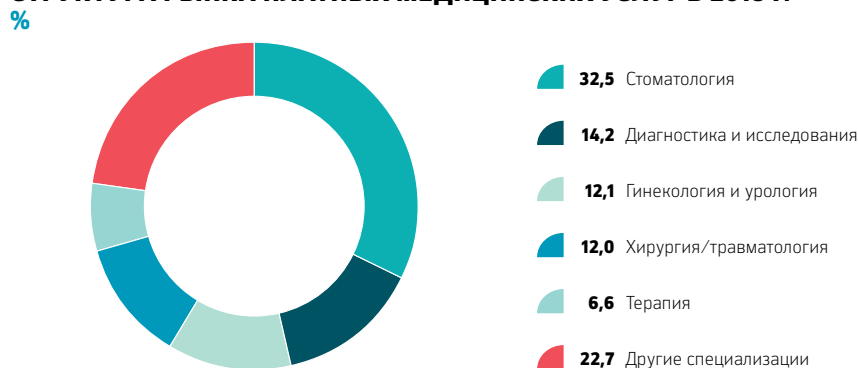
Дальнейшее развитие рынка аналитики РБК связывают с технологическим ростом: передовые медицинские компании будут внедрять новые технологии лечения, за счет чего смогут лучше конкурировать с государственной медициной и несетевыми игроками даже при более высокой стоимости медицинских услуг.

И все больше сектор будет нуждаться в квалифицированных специалистах, прогнозирует Кирилл Скоробогатых. Высококласные врачи уже становятся предметом конкурентной борьбы между частными клиниками (о системе образования врачей см. материал на с. 2).

«Медицинское образование по-прежнему далеко от международных стандартов, и совершенно непонятно, кто будет работать во всех этих новых стационарах, которые сейчас открываются и анонсируются», — говорит Кирилл Скоробогатых.

Отрасль живо отреагировала на майские указы президента относительно снижения смертности от онкологических заболеваний и, как следствие, на выделение огромных бюджетов на борьбу с онкологическими заболеваниями. Уже анонсировано строительство нескольких новых центров позитронной эмиссионной томографии (ПЭТ) и протонной терапии.

СТРУКТУРА РЫНКА ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В 2018 Г.*



* По специализации услуг; в стоимостном выражении.
Источник: «РБК Исследования рынков»

«ЗДРАВООХРАНЕНИЕ» (18+)

Тематическое приложение к «Ежедневной деловой газете РБК»
Является неотъемлемой частью «Ежедневной деловой газеты РБК»
№ 167 (2891) от 28 сентября 2018 г.

Распространяется в составе газеты

Материалы подготовлены редакцией партнерских проектов РБК+
Партнер: ООО «НИАРМЕДИК ПЛЮС». Реклама

Учредитель: ООО «БизнесПресс»
Издатель: ООО «БизнесПресс»
Директор ИД РБК: Ирина Митрофанова

Главный редактор партнерских проектов РБК+:
Наталья Кулакова

Шеф-редактор печатной версии РБК+: Юрий Львов
Редактор РБК+ «Здравоохранение»: Юлия Хомченко

Выпускающий редактор: Андрей Уткин
Дизайнер: Сергей Пивоваров
Фоторедактор: Алена Кондюрина
Корректоры: Татьяна Поленова,
Маргарита Тарасенко

И.о. главного редактора газеты:
Игорь Игоревич Тросников

Рекламная служба: (495) 363-11-11, доб. 1342
Коммерческий директор издательства РБК: Анна Брук

Директор по продажам РБК+:
Евгения Карлина

Директор по производству: Надежда Фомина
Адрес редакции: 117393, Москва, ул. Профсоюзная, 78, стр. 1