

ГЛЕБ МИХАЙЛИК: «НАШ УРОВЕНЬ ПОЗВОЛЯЕТ РАЗРАБОТАТЬ И ПРИВЛЕЧЬ ИНВЕСТИЦИИ В ПРОЕКТЫ ЛЮБОЙ СЛОЖНОСТИ»

РАЗВИТИЕ ЧАСТНОГО МЕДИЦИНСКОГО СЕКТОРА ИДЕТ МЕДЛЕННЕЕ, ЧЕМ МОГЛО БЫ. БИЗНЕС СЧИТАЕТ, ЧТО ПРИЧИНА ТОМУ — ДЕЙСТВУЮЩАЯ СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ МОГУТ ОКАЗЫВАТЬ ЛЮБЫЕ ПЛАТНЫЕ УСЛУГИ, А ЧАСТНЫЕ КЛИНИКИ В РАБОТЕ С ОМС ОГРАНИЧЕНЫ. КРУПНЕЙШАЯ ЧАСТНАЯ КЛИНИКА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА «СКАНДИНАВИЯ» ДАВНО ПРЕДПРИНИМАЕТ ПОПЫТКИ ДОБИТЬСЯ ПРАВА УЧАСТВОВАТЬ В ГОСПРОГРАММЕ ПО ЛЕЧЕНИЮ БЕСПЛОДИЯ. О ТОМ, КАК РАЗВИВАЕТСЯ СИТУАЦИЯ В ЧАСТНО-ГОСУДАРСТВЕННОМ ПАРТНЕРСТВЕ, ПЕРИНАТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ И О ДАЛЬНЕЙШИХ ПЛАНАХ КОМПАНИИ, РАССКАЗАЛ ЕЕ ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДИРЕКТОР ГЛЕБ МИХАЙЛИК.

МАРГАРИТА АРАНОВСКАЯ

Б: Насколько востребованы сегодня услуги по лечению бесплодия? Как вы можете охарактеризовать конкурентную среду на рынке?

ГЛЕБ МИХАЙЛИК: Изначально это направление развивалось как коммерческое, и до определенного момента государство не вкладывало в него почти ничего. Бесплодие вообще не считалось заболеванием, скорее проблемой, которую каждый должен был решать самостоятельно. Поэтому и сейчас, когда о проблеме бесплодия заговорили на государственном уровне, до 75% всех циклов ЭКО проводятся коммерческими организациями. Муниципальное финансирование этого направления в рамках программы развития высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) запущено с 2002–2003 года в Москве, с 2006 года его включают в национальный проект «Здоровье», и государство начинает выделять квоты на проведение ЭКО. Конечно, это дало рынку определенный импульс для развития, многие государственные клиники стали предлагать новую услугу, но частным клиникам стало сложнее. Несмотря на то, что у многих пациенток появилась возможность получить услугу ЭКО за счет государства, выбор мест для лечения оказался ограничен, так как по действующему закону частные клиники могут проводить ЭКО за государственные деньги, только если в регионе нет или недостаточно госучреждений, которые оказывают такие услуги.

Б: Насколько бюджетное финансирование увеличило количество проводимых циклов?

Г. М.: За счет бюджета покрывается сегодня лишь небольшая часть потребностей в ЭКО. В Петербурге самое большое количество средств на лечение бесплодия было выделено в 2008 (75,73 млн руб.), в этом году выделяется всего около 46 млн руб. Это позволяет оплатить 409 циклов, которые примерно в равных долях распределены между двумя госучреждениями: Центром планирования семьи и репродукции и отделением ЭКО при Государственной Мариинской больнице. Скоро откроется перинатальный центр при Центре сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова, который возьмет на себя часть от суммы, выделяемой в рамках целевых программ оказания ВМП.

Б: В Финляндии тоже есть программа госфинансирования лечения бесплодия?

Г. М.: Да, но там другая система, там, в отличие от нас, разрешено софинансирование.



У них пациент имеет право выбора — идти бесплатно в государственную клинику, где страховка полностью покроет расходы и где, возможно, придется ждать очереди, или доплатить сверх действующего тарифа и идти в частную клинику. Похожая практика была в Казани — там действовала система, при которой пациент оплачивал медикаменты. Они проводили около 700 циклов в год, был довольно высокий процент наступления беременности. Как только эту систему отменили и начали делать процедуры полностью бесплатно, процент случаев наступления беременности сократился. Объяснялось это просто — когда человек ничего не платит, он более безответственен, например, не следует рекомендациям врача. В результате государственные деньги стали тратиться гораздо менее эффективно.

Б: Если бы у нас была разрешена система софинансирования, сколько бы пришлось доплатить пациенту, чтобы ему провели ЭКО не в государственной, а в частной клинике?

Г. М.: При тарифе, утвержденном сейчас комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга — около 115 тыс. рублей, — ничего. Более того, мы готовы работать дешевле даже притом что у нас в себестоимость услуги включено гораздо больше, чем у государственных клиник. У них себестоимость — это только зарплата персонала и медикаменты, даже амортизационные выплаты они включили лишь недавно. Мы же полностью

платим аренду, покупаем в кредит оборудование, плюс у нас должна формироваться какая-то прибыль. Но даже при всем при этом мы готовы работать по прежнему тарифу в 115 тыс. рублей, причем были бы вполне довольны рентабельностью.

Б: Насколько я знаю, вы пытались добиться включения «Скандинавии» в перечень клиник, оказывающих услуги по госпрограммам. Чем закончились эти попытки?

Г. М.: Да, мы подавали жалобу в ФАС на исключение нас из городской программы лечения бесплодия, подавали просьбу включить нас в перечень клиник, оказывающих услуги по федеральным квотам ВМП, так как у нас есть необходимая лицензия и прочее. От ФАС мы получили просьбу перенести срок ответа на июль — видимо, идет анализ законодательства, а из департамента ВМП при Минздраве мы получили ответ, что в соответствии с Бюджетным кодексом бюджетное финансирование могут получать только государственные организации. И в заключение говорится, что решение данной проблемы возможно только после «модернизации системы здравоохранения». В результате нам остается ждать ее.

Б: Сколько вы проводите циклов ЭКО в год?

Г. М.: Около 3 000, мы крупнейшая клиника в России.

Б: В рамках городской программы вы могли бы взять на себя лишь часть из 409 циклов. Почему это для вас так важно?

Г. М.: А почему мы должны от этого отказываться? Мы можем помочь людям, мы знаем, что мы лучшие, это подтверждено статистикой, опросами, независимыми премиями.

Б: Какие еще проблемы развития частного бизнеса в этой области вы можете выделить?

Г. М.: Прежде всего это ожидаемый спад рождаемости. Скоро мы попадем в ту демографическую яму, когда в детородный возраст вступит самое малочисленное в послевоенной России поколение 90-х. Сравните сами, исторический максимум был отмечен в 1985 году, когда родилось 85 тыс. детей. В прошлом году в Петербурге их родилось около 47 тыс. А, например, в 1993 году — всего 31 тыс.

Еще одна проблема — это проблема кадров. Медицинские вузы готовят только общих специалистов, а врачей для ЭКО приходится готовить самим или отправлять учиться за рубеж.

Б: Какие у вас дальнейшие планы развития?

Г. М.: Планов у нас много, мы уже вышли за пределы Санкт-Петербурга, достигли соглашения о получении кредита от IFC (Международная финансовая корпорация, входящая в группу Всемирного банка) на \$12,5 млн. Скоро мы откроем филиал в Вологде. Мы успешно сотрудничали с этим регионом как раз в рамках проведения циклов ЭКО по государственной программе, так как у них нет соответствующих госучреждений. Мы открываем большую клинику в Казани, объем инвестиций в проект составляет около \$20 млн. Причем у нас выстроены очень хорошие отношения с местной администрацией, которая этот проект поддерживает и заинтересована в привлечении инвесторов в социальную сферу. Несмотря на то, что Казань работает в том же правовом поле, что и администрация Петербурга, они пытаются решить проблему участия частных клиник в госпрограммах. Например, мы будем бороться в тендере за право управления Республиканским центром планирования семьи в рамках концессионного соглашения. Это позволит нам его реконструировать и участвовать в программах государственных гарантий бесплатной медицинской помощи. Нам также интересны и другие города, где есть потенциал рынка медицинских услуг.

Б: Рассматриваете ли вы для себя какие-то новые области медицины?

Г. М.: Уровень развития нашей организации позволяет разработать и привлечь инвестиции для проекта любого уровня сложности в области здравоохранения, в том числе, например, и в области кардиологии, где люди операций ждут годами. Вопрос — зачем вкладывать миллионные инвестиции, если мы росчерком пера чиновников оказываемся вычеркнутыми из конкурентной среды? Потому что деньги на лечение у нас идут не за пациентом, а за учреждениями. И до тех пор, пока это будет продолжаться, мощного стимула для развития частной медицины у нас не будет и качество обслуживания пациентов будет оставаться низким. При этом посмотрите — у нас больше врачей по отношению к количеству населения, чем в Европе, мест в стационарах значительно больше, но люди по-прежнему не могут получить качественную медицинскую помощь. А ведь часто это вопрос жизни или смерти, возможности избежать инвалидности. ■