

## КАК РЕАНИМИРОВАТЬ «ЗАМОРОЖЕННУЮ» СИСТЕМУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ?

**В** 2006 – 2007 гг. в Государственном университете – Высшая школа экономики действует семинар по проблемам экономики и политики здравоохранения. Семинар возглавляет научный руководитель ГУ – ВШЭ Е.Г. Ясин, координатором является профессор И. М. Шейман.

30 мая 2007 г. состоялся семинар «Как реанимировать «замороженную» систему обязательного медицинского страхования?». В его работе принял участие Министр здравоохранения и социального развития Российской Федерации М.Ю. Зурабов, представители Администрации Президента Российской Федерации, сотрудники Минздравсоцразвития России, Минэкономразвития России, органов власти субъектов РФ, руководители страховых медицинских организаций и лечебных учреждений, представители Всероссийского союза страховщиков, многочисленные эксперты и ученые. Вел семинар первый проректор ГУ – ВШЭ Л. И. Яковсон.

Для обсуждения были предложены следующие вопросы:

- ▶ Почему оказались завышенными ожидания в отношении роли обязательного медицинского страхования (ОМС)?
- ▶ Почему страховые медицинские организации (СМО) не стали информированными покупателями медицинской помощи застрахованным?
- ▶ Какие институциональные изменения необходимы для повышения роли СМО в системе ОМС?
- ▶ Какие функции должны нести СМО для обеспечения более существенного вклада в повышение качества медицинской помощи и эффективности использования ресурсов здравоохранения?
- ▶ Нужно ли сохранять СМО в системе ОМС при сложившейся ее организации?
- ▶ Как построить действительно конкурентную модель организации медицинского страхования?

С основным докладом «Актуальные проблемы медицинского страхования населения Российской Федерации» выступил В. О. Гурдус, первый заместитель Генерального директора – исполнительный директор ОАО «РОСНО».

Ниже следует несколько сокращенная стенограмма семинара.

**ЯКОБСОН Лев Ильич**, *первый проректор ГУ – ВШЭ (ведущий)*: Мне очень приятно, что мы здесь собрались, несмотря на летнюю погоду и множество соблазнов. Естественно, большой честью для нас является присутствие здесь Министра здравоохранения и социального развития – Михаила Юрьевича Зурабова.

Актуальность темы никому доказывать не надо. Так что, не затягивая введение, предлагаю перейти к основному докладу.

**ГУРДУС Владимир Оскарович**: Хотя мой доклад назван «Актуальные проблемы медицинского страхования», я постараюсь отразить вопрос о том, как нам разморозить «замороженную» систему обязательного медицинского страхования (ОМС).

Законодательное оформление этой системы и технологическая модель ее реализации приходится на первую половину 90-х годов. С тех пор социально-экономическая ситуация в стране существенно изменилась, прежде всего улучшились финансовые условия ОМС. Определенные сдвиги происходят и в понимании социальной справедливости. Если при создании системы ОМС акцент делался на принципе «богатый платит за бедного, здоровый платит за больного», то теперь достаточно актуальным во всяком случае, в теоретическом аспекте стал вопрос о том, чтобы обеспечить адекватность страховых взносов реальным возможностям получить медицинскую помощь. Те, кто вносит больше средств в систему, хотят получить больший объем и лучшее качество медицинских услуг. Но этого действующая модель не обеспечивает.

Несколько сместилась цель системы ОМС. Если в начале 1990-х основная задача была – сохранение финансирования медицинской системы в условиях инфляции, то сейчас на первый план выступает проблема обеспечения потребности в качественном медицинском обслуживании различных социальных групп.

До сих пор остается проблема разнообразия организационных моделей ОМС и отсутствия вертикали управления в этой системе. С одной стороны, это позволяет системе развиваться в различных моделях и искать более правильные пути. С другой – институт использования best practice пока не очень работает, лучшие региональные примеры развития системы недостаточно эффективно тиражируются. Обратная связь с обществом в рамках системы обязательного медицинского страхования еще не полностью налажена.

Эклектичность существующей системы финансирования здравоохранения приводит к ее недостаточной прозрачности и низкой эффективности использования ресурсов. Снижаются объемы финансирования через систему обязательного медицинского страхования, уменьшается роль страховщиков и их управляющее воздействие на деятельность лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ). Если на этапе запуска системы через ОМС проходило 60 – 70% государственного финансирования здравоохранения, то в 2006 году эта доля составила 31,2% от примерно 900 млрд. рублей финансирования

системы здравоохранения. А в 2007 году – 31,4% от почти триллионного финансирования. В этой ситуации происходит снижение влияния ОМС на процессы, происходящие в здравоохранении.

Роль застрахованных в системе ОМС ничтожна – они ничего не выбирают. Конкуренция страховщиков направлена на лиц, принимающих решения (работодателей и местных чиновников), а не на клиентов. Ну, а реальные рыночные регуляторы и страховые принципы действуют только в системе добровольного медицинского страхования (ДМС).

Позволю себе повторить несколько достаточно известных тезисов. Основная задача страховых медицинских организаций (СМО) в системе ОМС – профессиональная деятельность в области финансового менеджмента при организации медицинской и лекарственной помощи населению. Их роль состоит в том, чтобы стать информированными покупателями медицинской помощи и на этой основе оказывать влияние на инфраструктуру этого рынка. Результатом активного воздействия страховых организаций на процессы оказания медицинской помощи должно стать повышение качества услуг и, как следствие, улучшение показателей здоровья населения. То обстоятельство, что страховые организации административно не связаны с медицинскими учреждениями и не имеют интереса финансировать эти учреждения только ради их сохранения, закладывает основу для повышения качества. К сожалению, данный тезис пока носит в основном теоретический характер.

Основные задачи, которое общество и государство должны ставить перед страховыми компаниями в рамках этой модели, – снижение уровня необоснованных затрат в системе оказания медицинской помощи через все формы медико-экономической экспертизы, стандартизацию процедур, введение технологии персонифицированного учета, страховую защиту интересов застрахованных и, что наиболее важно, через управление страховыми рисками, т.е. управление потоками пациентов и взаимоотношениями с медицинской сетью.

Основные причины, которые, по нашему мнению, сдерживают эффективность деятельности СМО, сводятся к следующему:

- ▶ Чрезмерное разнообразие организационных моделей реализации ОМС в различных регионах РФ;
- ▶ Значительный (в 20 раз) разброс подушевых нормативов финансирования медицинской помощи между субъектами РФ;
- ▶ Изменчивость расходов на ведение дела, неопределенность финансовых условий деятельности страховых организаций;
- ▶ Отсутствие актуарных расчетов при определении необходимых объемов финансирования медицинской помощи;
- ▶ Низкие требования к финансовой устойчивости страховых медицинских организаций;
- ▶ Отсутствие критериев эффективности деятельности участников системы ОМС;
- ▶ Недостаточность полномочий у СМО при выборе ЛПУ;
- ▶ Сохранение устаревших принципов оплаты труда врачей в новой рыночной системе отношений;
- ▶ Сильная зависимость СМО от произвола администрации регионов;
- ▶ Отсутствие санкций за превышение полномочий другими участниками системы ОМС.

До сих пор достаточно активно проводится мнение, что страховые организации должны конкурировать в основном на уровне цены выполнения своих услуг, что должны проводиться аукционы на снижение цены. На мой взгляд, в сложившейся ситуации конкурсный отбор приводит к снижению качества выполняемых ими функций: выигрывают не те, кто реально выступает в роли информированного покупателя медицинской помощи в интересах застрахованных, а те, кто предлагает более низкую цену. Тем не менее это существующая практика, с которой приходится считаться.

*Низкие требования к финансовой устойчивости страховых медицинских организаций.* С одной стороны, для тех, кто создает страховые организации, это создает возможность получить достаточно эффективный возврат на сделанные вложения. С другой – мелким компаниям не под силу выполнение многих функций страховщиков, они не могут оказывать активное влияние на систему оказания медицинской помощи.

Теперь о причинах, сдерживающих эффективность деятельности страховых медицинских организаций в системе ДМС. К их числу следует отнести:

- ▶ Неблагоприятный налоговый режим для работодателей и физических лиц;
- ▶ Отсутствие культуры страхования и низкая платежеспособность населения;
- ▶ Незрелость страхового рынка ДМС;
- ▶ Антиселекция рисков при страховании физических лиц;
- ▶ Несовершенство законодательства, регулирующего медицинское страхование, необходимость дважды оплачивать медицинскую помощь – в системе ОМС и в системе ДМС;
- ▶ Отсутствие на рынке программ с ограничением ответственности страховщика;
- ▶ Несовершенство организационно-правовой формы у большинства поставщиков медицинских услуг;
- ▶ Отсутствие конкретизации программы государственных гарантий, размытость обязательств государства;
- ▶ Развитый рынок теневых услуг, отсутствие целенаправленной государственной политики по борьбе с теневым оборотом в сфере здравоохранения;

*Неблагоприятный налоговый режим для работодателей и физических лиц.* Определенные позитивные тренды в этом вопросе присутствуют, скажем, для физических лиц увеличился объем вычитаемой из налогооблагаемой базы суммы, которая может быть потрачена на здравоохранение, медицинское страхование. Тем не менее до сих пор режим остается таким же, как и 15 лет назад. Дополнительные стимулы для работодателей к социальной защите работников не создаются.

Работодатель вынужден дважды оплачивать медицинскую помощь работникам, делая страховые взносы на ОМС (часть ЕСН) и приобретая полисы ДМС на объем услуг, предусмотренных базовой программой ОМС. Это также не стимулирует расширение ДМС.

*Антиселекция рисков при страховании физических лиц.* Страхуются преимущественно болеющие люди, нет осознанного желания застраховать членов своей семьи. Позитивные изменения происходят только в отношении детей, причем только в крупных городах – главным образом в Москве и Санкт-Петербурге.

*Отсутствие программ с ограничением ответственности страховщика.* Здесь попенять можно только на рынок: рынок эти программы не воспринимает. При наличии нелимитированных программ или лимитированных формально программ у основных участников этого рынка готовность покупать программы с какими-то ограничениями пока отсутствует или присутствует только у единичных клиентов.

*Отсутствие конкретизации программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.* Эти программы утверждаются на каждый год, но они носят декларативный характер, не обеспечивая финансово пакет услуг по ОМС. Соответственно граница между государственными гарантиями и личными вложениями оказывается размыта, что также препятствует развитию ДМС.

*Наконец, развитый рынок теневых услуг, отсутствие целенаправленной государственной политики по борьбе с теневым оборотом в сфере здравоохранения.* Этот рынок продолжает устойчиво расти, несмотря на новые вложения государства. По моему общению с моими коллегами – выпускниками Мединститута я делаю вывод, что у них все в порядке: финансирование здравоохранения растет, но в основном теневым способом.

Основные изменения, необходимые для реанимации системы ОМС:

- ▶ Переход к преимущественно одноканальной страховой системе финансирования здравоохранения, включая ДЛО и национальные проекты;
- ▶ Чёткое определение объема государственных гарантий медицинской помощи;
- ▶ Повышение требований к капитализации страховщиков, занимающихся обязательным медицинским страхованием;
- ▶ Создание саморегулируемой организации медицинских страховщиков для обеспечения устойчивости системы ОМС и профессиональной сертификации участников рынка ОМС;
- ▶ Изменение организационной модели системы ОМС, введение рисковей составляющей в деятельность страховщика;
- ▶ Законодательное закрепление ОМС-дополняющего ДМС и введение налоговых льгот по страховым взносам в систему ДМС;
- ▶ Расчет страхового тарифа системы ОМС на основе актуарной статистики, позволяющий снизить тарифы в системе ОМС- дополняющего ДМС;
- ▶ Создание благоприятного инвестиционного климата для привлечения инвестиций в здравоохранение;
- ▶ Создание конкурентной среды для производителей медицинских услуг;
- ▶ Создание системы страховой защиты производителей медицинских услуг.

Прежде всего необходимо выбрать между страховой и административно-распределительными моделями. Выбор в пользу последней, на мой взгляд, имеет свои плюсы и не является предметом данного доклада. При принятии такого решения все сказанное на предыдущих слайдах, за исключением добровольного медицинского страхования, утрачивает свою актуальность. Если же выбирать реальную страховую модель реализации ОМС и двигаться в ее сторону, то требуется многое: переход к преимущественно одноканальной системе финансирования здравоохранения через страховые медицинские организации, т.е. увеличение объема финансирования программы госгаран-

тий через системы обязательного медицинского страхования; создание саморегулируемой организации медицинских страховщиков для обеспечения устойчивости системы ОМС и профессиональная сертификация участников рынка. На мой взгляд, пока есть только один позитивный пример взаимодействия страховщиков на рынке ДМС – это деятельность РСА, которая, несмотря на проблемы этого рынка, позволила его относительно сбалансировать. Этот опыт заслуживает переноса на ОМС.

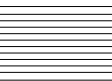
Необходимо повышение требований к капитализации страховщиков в системе ОМС. Главное направление действий – постепенное доведение размера страхового тарифа до уровня, который позволит не нести убытки и иметь реальную возможность обслуживать вложенный в медицинское страхование капитал.

Создание благоприятного инвестиционного климата для привлечения инвестиций в здравоохранение. На этом пункте я хотел бы остановиться чуть более подробно. На мой взгляд, на сегодняшний день привлечение частного капитала в систему здравоохранения является весьма важным. Не только потому, что это дополнительные вложения, но и потому, что появляется конкурирующий эффективный собственник, который готов побороться за свои деньги, в том числе в форме конкуренции на рынке медицинских услуг. Привлечение частных инвесторов является стратегически важным ресурсом развития системы здравоохранения, и я бы предложил, в том числе пользуясь присутствием Михаила Юрьевича, более подробно эту тему обсудить.

Создание конкурентной среды для производителей медицинских услуг; снятие административных барьеров к привлечению учебных учреждений и организаций разных форм собственности к оказанию услуг по ОМС; создание системы страховой защиты производителей медицинских услуг; формирование условий для развития программ добровольного медицинского страхования, дополняющих базовую программу ОМС – все это может существенно улучшить ситуацию. На мой взгляд, это аргументы в пользу того, что страховые компании могут быть полезны в системе ОМС.

Основные этапы реализации необходимых изменений:

- ▶ Изменения в Положении о страховых медицинских организациях в системе ОМС, включенного в Постановление №1018 (в части снятия ряда ограничений на деятельность страховщиков в системе ОМС);
- ▶ Разработка и принятие Приказа ФССН, детально регламентирующего процедуру передачи страхового портфеля в системе ОМС;
- ▶ Изменения в Постановлениях, регламентирующих организацию системы ДЛО и реализацию национального Проекта «Здоровье» (привлечение страховщиков к реализации ДЛО и Национального проекта «Здоровье»);
- ▶ Поправки в закон «О медицинском страховании граждан в РФ» (создание саморегулируемой организации страховщиков);
- ▶ Регистрация СРО и создание нормативных документов, необходимых для начала процедуры добровольной профессиональной сертификации страховщиков в системе ОМС;
- ▶ Принятие нового Закона «Об обязательном медицинском страховании»;
- ▶ Принятие Закона (Постановления) «О государственных гарантиях»;
- ▶ Принятие Закона об изменении организационно-правовых форм ЛПУ;



- ▶ Принятие Закона «Об обязательном страховании профессиональной ответственности медицинских работников»;
- ▶ Изменения в Налоговом кодексе.

Я не буду останавливаться на этом слайде подробно – это изменение целого ряда нормативных документов – приказов Минздравсоцразвития, постановлений Правительства, приказов Федеральной службы по страховому надзору, некоторых законов. Готов прокомментировать каждое из предложений, если эта презентация будет рассылаться.

Организация рисков модели системы обязательного медицинского страхования основана на разделении финансовых рисков между территориальными фондами ОМС и СМО – с одной стороны, между СМО и ЛПУ – с другой. Я не буду на этом подробно останавливаться. Скажу только, что при движении в эту сторону надо обсудить ряд вопросов: что может быть предметом рискованной составляющей, как эта рискованная составляющая должна финансироваться, каким образом страховые компании могут разделить риски с государством.

Модель многоуровневой системы медицинского страхования – тема, которая не утратила своей актуальности. Первый уровень для всех категорий населения – это базовые программы ОМС и целевые программы для определенных групп населения. Второй уровень – это дополнительный взнос работодателей и граждан, расширяющий объем покрытия, присоединяющий добровольное медицинское страхование либо в сервисные составляющие, либо в плане объема и гарантий медицинских услуг. И, наконец, дополнительный взнос граждан по программам, превышающим это добровольное медицинское страхование.

Данный многоуровневый подход практикуется во многих странах, например в Нидерландах. Там оправдано присутствие медицинских страховщиков различной формы собственности, поскольку они реально конкурируют за клиентов, предлагая расширение страхового покрытия как конкурентное преимущество. В Германии существует также многоуровневая модель. Там, правда, предлагается выбирать между участием в обязательном и добровольном медицинском страховании. Из германской модели я бы предложил, может быть, более внимательно рассмотреть опыт страхования здоровья, т.е. перехода от добровольного медицинского страхования или оплаты уже состоявшихся страховых событий к накопительной модели, при которой человек, не пользующийся медицинской помощью, накапливает определенные ресурсы, может тратить их на профилактику своего здоровья и, таким образом, снижать свои риски и снижать платежи в систему добровольного медицинского страхования. Во Франции тоже двухуровневая система: ОМС и ДМС как дополнительная оплата части затрат на лечение сверх программы обязательного медицинского страхования.

Наши выводы:

1. Основной проблемой здравоохранения в Российской Федерации является недостаточное включение рыночных регуляторов в отношения между потребителем и производителем медицинской помощи, высокий уровень административного регулирования отрасли.
2. Роль и функции страховых организаций в медицинском страховании, а также потенциал страховщиков как движущих сил реформирования здравоохранения недооценены.

3. Наиболее перспективной с точки зрения потребителя медицинской помощи представляется модель многоуровневой организации Программы государственных гарантий, дающая толчок развитию как обязательного, так и добровольного медицинского страхования.
4. Основными направлениями реформирования системы обязательного медицинского страхования должны стать мероприятия по повышению требований к страховщикам и переход на рисковую модель страхования.
5. Для стимулирования развития добровольного медицинского страхования в первую очередь необходимы изменения налогового режима.
6. Для более эффективной защиты своих интересов и с целью реального внедрения страховых принципов в здравоохранении необходимо объединение медицинских страховщиков в рамках саморегулируемой организации.

И еще несколько слов. Многое из представленного уже давно и бесплодно обсуждается. Злободневность этого обсуждения, к сожалению, не снижается. Но мне кажется, что уже есть накопленная критическая масса для выбора вектора развития системы медицинского страхования. Надо определиться, могут ли страховщики принести какую-то дополнительную ценность, участвуя в этой системе, или не могут. Если могут, то надо создать обстоятельства, позволяющие эту ценность у страховщиков извлечь. Если нет, то тогда надо двигаться в сторону административной модели финансирования здравоохранения государством, оставив за страховщиками исключительно добровольное медицинское страхование и данный сегмент рынка. Спасибо за внимание.

**Шейман Игорь Михайлович**, профессор ГУ – ВШЭ: Я хотел бы начать с того, на чем закончил Владимир Оскарович, – каков вектор изменений системы ОМС с акцентом на роль страховых медицинских организаций. Собственно, это тот предмет, который мы сегодня обсуждаем: не вообще ОМС, а в первую очередь роль страховых компаний. По-другому сформулировать эту проблему можно таким образом: либо это конкурентная модель обязательного медицинского страхования, либо это неконкурентная модель, которую обозначил Владимир Оскарович, т.е. мы возвращаемся назад, правда, совсем необязательно к административной системе. Можно строить систему финансирования на страховом принципе, но совсем необязательно с участием 350 страховых медицинских организаций, которые сегодня действуют в системе ОМС. Кстати, это большое заблуждение, что конкурентная модель ОМС является универсальной. Как раз наоборот: число стран, которые реализуют конкурентную модель, намного меньше, чем реализующих неконкурентную.

Развилка «конкурентная – неконкурентная модели» сегодня очень актуальна, хотя ее серьезное обсуждение только началось. В свете того, что сказал Владимир Оскарович о незначительной роли СМО в системе ОМС, думаю, что настало время, когда кто-то, принимающий решения, скажет, что «король-то голый», что никакой эффективной конкуренции у нас нет. Более того, ее и не может быть, поскольку нет оснований для такой конкуренции: в системе ОМС действует единый страховой взнос, пакет гарантий един для всех, и отсутствует индивидуальный выбор страховщика. Основания для конкуренции по качеству, о котором многие говорят, мне кажутся хлипкими по многим причинам: отсутствие необходимых средств для реального обеспечения качества и отсутствие информации для выбора страховщика. Даже



если бы мне предложили выбирать (пока никто не предлагает), у меня нет данных, чтобы судить о том, кто из вас, страховщиков, лучше, какие лечебные учреждения лучше и т.д.

И все-таки конкурентная модель выглядит привлекательно, бросать эту идею не хочется. Поэтому уместен вопрос: как построить действительно конкурентную модель? Думаю, что начинать надо с самого начала, поскольку для построения такой модели пока не сделано практически ничего. Только голая риторика о том, что конкуренция хорошо, а монополия плохо.

Я бы выделил 10 главных условий построения конкурентной модели. Очень коротко о каждом. *Первое*, и, наверное, главное – это индивидуальный выбор страховщиков. Сегодня выбирает страхователь. Это существенно сужает сферу конкуренции за потребителя, снижает возможности позитивно влиять на качество помощи и эффективность использования ресурсов, а во многих случаях – будем говорить прямо – является источником административного диктата и коррупции. Индивидуальный выбор – движущая сила конкуренции. Такой выбор должен быть: а) индивидуальным, б) экономически мотивированным, в) информированным.

*Второе* – переместить сферу конкуренции из ОМС в объединенные программы ОМС–ДМС. Мне представляется, что в системе ОМС серьезные основания для потребительского выбора создать практически невозможно. Эта система солидарна по своему назначению, дифференцировать страховые взносы и пакеты гарантий в ней крайне сложно, в том числе по политическим причинам. А вот в объединенной системе это сделать можно: там действуют разные пакеты услуг по ДМС и, соответственно, разные тарифы. В законопроекте «Об обязательном медицинском страховании», подготовленном два года назад, предусматривается правило зачета взноса страхователя на ОМС при приобретении полиса ДМС, то есть он не платит дважды – сначала за ОМС, потом за ДМС. Если эта конструкция будет принята, то ДМС станет дешевле и доступней, а страховщики будут реализовывать обе программы сразу – на реальной конкурентной основе.

Это первый вариант. Второй – перемещение конкуренции в сферу сочетания ОМС и дополнительных программ медицинского страхования. Мне кажется, что та идея, которая была когда-то высказана Минздравом по поводу дополнительных программ медицинского страхования, – это очень разумная идея. Как я ее понимаю, это что-то среднее между ДМС и ОМС. От ОМС дополнительные программы отличаются тем, что они не являются обязательными для работодателей, муниципальных образований и граждан: хочешь – присоединяйся к любой такой программе, например к программе льготной стоматологической помощи. Главное отличие от ДМС – то, что используются правила ОМС, прежде всего регулируемые тарифы на медицинские услуги (цены трехсторонних соглашений).

Вот два поля, где возможна реальная конкуренция. Повторяю: пакет ОМС–ДМС и пакет ОМС–дополнительные программы медицинского страхования. И здесь нужны конкурирующие страховщики.

*Третье условие* – необходимо перейти от системы контроля к системе обеспечения качества медицинской помощи. Можно много говорить об этом контроле качества. Сотни диссертаций пишут на эту тему. А мир живет уже другим. Конкурируют программы обеспечения качества, то есть программы достижения показателей результатов лечения конкретных заболеваний.

Мне как застрахованному важно не как проконтролируют предоставленные мне медицинские услуги (может, уже поздно будет), а какие средние результаты лечения моего заболевания – как его лечат в больнице, предлагаемой мне по страховой программе. Застрахованному при его выборе важно знать, как лечат кардиологические заболевания, как лечат диабет и т.д. И эти пакеты систем обеспечения качества по определению различаются по медицинским организациям и страховым компаниям. Вот это уже серьезное основание для конкуренции. Соответственно договора с ЛПУ должны быть иными: не те убогие нынешние договора – «вы что-то сделайте, а мы вам оплатим, но сначала проконтролируем», а качественно иные договора, включающие согласованные программы обеспечения качества. Не выполните эти программы, совокупный платеж будет снижен, и пойдет «сигнал» в лицензионную комиссию.

И отсюда следует *четвертое условие* – информация для потребителя. Весь мир сегодня бьется над тем, как сделать выбор действительно информированным. Для этого собираются и распространяются показатели деятельности больниц. Ясно, что если опираться только на показатели смертности, скажем, от ишемической болезни, то врачи будут избегать сложных случаев. Нужны более тонкие инструменты, и они уже разрабатываются во многих странах.

*Пятое условие* конкурентной модели – нейтрализация селекции рисков, проще говоря, отбора страховыми компаниями наиболее здорового контингента населения. Сейчас мы практически не сталкиваемся с этой проблемой в силу того, что страхуются большие группы населения и риски «перемешиваются». Но как только мы обеспечим индивидуальный выбор страховщика, эта проблема встанет во весь рост. Об этом свидетельствует опыт Германии, Нидерландов, других стран, реализующих действительно конкурентную модель. Везде актуален вопрос: как совместить эффективность и солидарность? Т.е., с одной стороны, заставить страховые компании и медицинские учреждения чувствовать рыночное давление, а с другой стороны, сделать так, чтобы для них все застрахованные были одинаковыми. Как это сделать – огромная задача. Никто ее не решил. Голландцы немного больше продвинулись – у них не так остро стоит эта проблема, как, скажем, в Германии.

Наша цель – заставить страховщиков заниматься оптимизацией издержек, реально влиять, как сказал Владимир Оскарович, на систему оказания медицинской помощи. Если будет искушение отбирать здоровых, то вложения в этот отбор могут стать более выгодными, чем вложения в оптимизацию издержек и повышение качества медицинской помощи. То есть, от условий финансирования страховщиков в системе ОМС (от выравнивания их финансовых рисков) зависит их мотивация, а следовательно, и результаты реализации конкурентной модели.

*Шестое* – система разделения финансовых рисков. Мы когда-то с Михаилом Юрьевичем очень активно это обсуждали, это его идея. С одной стороны, система разделения рисков между территориальным фондом и страховыми медицинскими организациями, т.е. страховщики должны нести значительную часть финансовой ответственности за отклонения фактических расходов на оказание медицинской помощи от тех плановых расходов, которые рассчитаны на основе нормативов подушевого финансирования страховщиков. Но эта система должна быть сквозной – и в отношениях с ЛПУ тоже. Не просто оплачивать счета больниц за фактически оказанные

услуги, а сделать больницы носителями финансовых рисков. Каждая больница должна знать, что за какую-то часть помощи сверх согласованных объемов страховщики будут платить по более низким тарифам, а может быть, вообще не будут платить. Тогда стационары будут думать, прежде чем принимать случаи, которые можно легко переместить на амбулаторный этап, и мы не будем «размазывать» дорогие ресурсы на лечение банальных заболеваний. При такой сквозной системе разделения рисков страховщики будут поставлены в ситуацию, когда им действительно придется влезать в вопросы организации медицинской помощи. Кто не сможет, тот проиграет – страховой тариф будет выше, люди будут голосовать своими кошельками.

*Седьмое* – научиться планировать объемы медицинской помощи и проводить весь комплекс мероприятий по управлению медицинской помощью. Пока в сознании страхового сообщества функция планирования – это что-то такое чуждое системе страхования. Мне один большой страховой начальник говорит: «Игорь Михайлович, вы какие-то советские идеи отражаете, призывая к планированию». Между тем мы реально не повысим управляющее воздействие страховщика на систему оказания помощи, если не будем планировать и управлять объемами. Речь идет о комплексе мероприятий: как выявлять зоны неэффективности, как планировать потоки пациентов, как строить селективные договорные отношения с медицинскими организациями. Со всеми ЛПУ заключать договора или только с лучшими?

Когда начинали медицинское страхование, то исходили из необходимости противопоставить страховщика медицинской организации, вбить клин между ними и на этой основе усилить давление на медиков. И на каком-то этапе это сработало. Но сегодня эта парадигма, на мой взгляд, должна уступить место совершенно другому принципу – принципу партнерства между страховщиком и медицинской организацией. Страховщик и медицинская организация совместно планируют мероприятия по организации помощи и повышению ее качества. Если принять этот принцип, то следует поощрять создание страховщиками собственной сети медицинских организаций или формирование замкнутых медико-страховых комплексов, включающих не все территориальные ЛПУ, а лишь их часть.

*Восьмое* – универсальная система обоснованных тарифов, которые отражают реальные затраты на оказание услуг. Конкуренция цен может дать реальные рыночные стимулы к оптимизации издержек только при условии возможности сравнения соотношения цена – качество. Иначе выиграют те ЛПУ, которые предложат более низкую цену в ущерб качеству. Кроме того, нужны ясные ориентиры для перемещения ресурсов между секторами здравоохранения. Скажем, если первичное звено берет на себя часть функций по лечению астмы, предотвращению приступов и обеспечивает тем самым экономию на стационарной помощи, почему не поощрить это первичное звено более высоким тарифом? Но этот тариф должен отражать реальные затраты.

Первым шагом должен стать безусловный переход на принцип полного (включающего все статьи затрат) и единого тарифа. И лишь на этой основе на каком-то этапе можно допускать элементы свободного ценообразования. Голландцы, например, сейчас в сфере амбулаторно-поликлинической помощи в системе ОМС согласовывают тарифы с каждой врачебной практикой, а в больничном секторе отпустили цены примерно на 10% объемов стацио-

нарной помощи – больше не могут, боятся. Для этого надо много информации. Нам до этого очень далеко. Мы не знаем реальных затрат на оказание отдельных услуг. Наши тарифы слабо связаны с используемыми медицинскими технологиями.

Именно поэтому очень своевременна инициатива Минздрава об обосновании финансовых нормативов в рамках пилотных проектов. Цены должны отражать требования клиничко-экономических стандартов. Как их считать – на основе стандартов по отдельным нозологиям или используя укрупненные группы заболеваний – особый вопрос для обсуждения. Но ясно, что без создания единой системы обоснованных затрат ценовая конкуренция невозможна, а значит, будут сужаться основания для конкуренции. Не будем обольщаться: чтобы создать систему обоснованных тарифов, потребуются годы.

*Девятое* – борьба с картельными соглашениями страховщиков. То, о чем Владимир Оскарович говорил (псевдоконкуренция за близость к начальникам). В западноевропейских странах с рыночной моделью ОМС в разряд антикартельных соглашений входят наши законные соглашения о ценообразовании. То есть на каком-то этапе принцип селективных договоров с медицинскими организациями, в том числе и по параметру цены, должен замещать эти соглашения.

*Десятое* – создать более конкурентную среду оказания медицинской помощи. В секторе амбулаторной помощи вектор изменений примерно ясен – создание независимых общих врачебных практик (лучше групповых), выравнивание экономических условий деятельности частного медицинского бизнеса и ЛПУ, формирование гибких форм кооперации общих врачебных практик с узкими специалистами поликлиник и стационаров. В больничном секторе все намного сложнее. Не исключено, что во многих регионах потребуется, наоборот, укрупнять и сливать мелкие больницы. Современные технологии под силу преимущественно крупным стационарам, да и экономия на масштабах оказания услуг – явление, в общем, доказанное. Но если произойдет технологически обусловленное укрупнение стационаров, то смогут ли мелкие страховщики вести с ними диалог на равных? Вопрос риторический – не смогут. Поэтому поддерживаю тезис Гурдуса о необходимости ужесточения требований к уставному капиталу СМО. Нам нужна олигополистическая конкуренция крупных страховщиков, а не имитация конкуренции мелких компаний.

Наконец, *последнее*: нужны большие вложения в мозги людей. У меня много друзей среди страховщиков, поэтому имею основания оценивать: большинство катятся по инерции. Нужно формировать иную систему взглядов, переходя от убогих представлений о страховщике как контролере качества к пониманию того, что страховщик, как сказал Владимир Оскарович, – это информированный покупатель медицинской помощи с совершенно иным фокусом в работе.

В заключение задам вопрос: по плечу нам это все? Года два назад многие из присутствующих участвовали в семинаре профессора Ван де Вэна, одного из архитекторов голландской модели. Так вот в конце семинара он сказал, что прошло 15 лет после начала рыночной реформы, «но мы не знаем, прошли ли мы половину пути». Недавно мы с Шишкиным Сергеем Владимировичем были на конференции в Иерусалиме: вопросов к нам о рыночной модели ОМС в России было много, и не все приятные....

Словом, нужно принять политическое решение: либо мы прекращаем имитацию нашей якобы конкурентной модели и строим по-настоящему конкурентную модель, либо переходим к более простой системе одного покупателя медицинской помощи.

**Кузьминов Ярослав Иванович**, *ректор ГУ–ВШЭ*: Я хотел бы высказаться только по одному вопросу – в отличие от Игоря Михайловича, чье выступление было очень интересным. Этот вопрос касается информации для потребителя, точно так же, как и информации для страховщика. По-моему, отсутствие у нас развитого рынка объясняется в первую очередь тем, что вопросы качества медицинской помощи и его сравнения между отдельными медицинскими учреждениями остаются абсолютно черным ящиком. Полностью отсутствует какая-либо информация. Вы можете сказать: как же, вот есть медицинская статистика, есть сопоставительные показатели неудачных случаев и т.д. Но для людей, которые отдают свои деньги в систему добровольного медицинского страхования, ключевым является совершенно другое – качество обслуживания, где у нас нет вообще никаких оценок.

Мне кажется, что построение нормальной системы информации для потребителей и посредников в системе медицинского страхования – есть отдельная задача, выходящая за рамки формирования новой системы медицинского страхования и являющаяся частью концепции цивилизованного развития медицины в нашей стране. Создание системы оценок и рейтингов учреждений могло бы стать задачей как для Министерства здравоохранения, так и для профессионального сообщества.

Нам надо возрождать сейчас объединение медиков как более широкое профессиональное сообщество, выходящее за рамки медицинской элиты, например, из Российской академии медицинских наук. Широкая дискуссия по вопросу критериев качества работы медицинских учреждений, как в медицинской среде, так и за ее пределами, могла бы стать одной из опорных точек формирования такого профессионального сообщества.

**Шишкин Сергей Владимирович**, *директор научных программ НИСП*: Часто можно услышать, что мы в начале 90-х годов намеревались создать конкурентную модель обязательного медицинского страхования, но это не получилось. Я не был у истоков рождения закона о медицинском страховании, но мне представляется, что намерение строить конкурентную модель – это миф. Конкурентную модель не создавали. Что реально сделали – просто разрешили участие многих частных страховщиков в этой системе. Может быть, руководствуясь иллюзиями, что стоит только допустить участие многих, они начнут конкурировать, но вся практика, и мировая, и последующая наша, российская – показывают, что государству нужно очень сильно стараться, особенно в таких сферах, где рынок обладает многими изъянами, чтобы развивать конкуренцию, вкладывать в это много административных усилий и денежных средств. Конкуренция просто так сама не возникнет. Голландский опыт как раз ярко подтверждает этот вывод: 20 лет там строят конкурентную модель, и только с 2006 года они допустили полноценное участие в системе обязательного медицинского страхования частных страховщиков, берущих на себя почти полностью риски, связанные с финансированием медицинской помощи. Они прошли этот путь в 20 лет, целенаправленно двигаясь к конку-

рентной модели. И я сразу задаю себе вопрос: а мы-то способны вот так вот двигаться? Прошедшие 16 лет показывают, естественно, что не были способны. Поэтому и модель у нас не конкурентная, а с множеством страховщиков.

И возникает вопрос: что делать со сложившейся у нас моделью? И если позиция по отношению к ней Игоря Михайловича – это, можно сказать, позиция «злого дознавателя», то я хочу выступить как бы в роли «доброе дознавателя». Давайте зададимся вопросом: а сколько лет нужно, чтобы построить все то замечательное, о чем рассказывал Игорь Михайлович и с чем, как с идеалом, я, подчеркиваю, согласен почти во всем. Это надо делать. Но сколько лет на это потребуется? А мы вроде бы сейчас подошли к такому моменту, что надо что-то решать в ближайшее время в отношении сложившейся модели, потому что она уже всех перестала устраивать.

И в этой связи мне кажется, что мы должны четко дать себе ответы на очень простые вопросы. Вопрос первый: уменьшатся ли расходы системы, если мы выведем из нее частных страховщиков? Думаю, что уменьшатся.

Второй вопрос: уменьшится ли эффективность, сегодняшняя низкая эффективность системы ОМС, если из нее вывести частных страховщиков и оставить их функции территориальным фондам ОМС? Эффективность уменьшится или нет? По-моему, не сильно уменьшится.

Без ответа на эти ключевые вопросы обсуждение перспектив системы ОМС может уйти в детали, но, главное, будет не очень понятным для непрофессионалов.

Дальше: кто вообще способен быть более эффективным покупателем медицинских услуг – территориальный фонд ОМС, государственный орган управления или частная страховая организация? В теории – частная организация, а в нашей реальной практике ответ не столь очевиден.

Если мы все-таки считаем, что частные страховщики способны быть эффективным покупателем, тогда возникает следующий вопрос: а каких усилий от государства и в течение какого времени потребует создание такой конкурентной модели? Мне кажется, что в масштабах страны конкурентную модель создать будет очень сложно, и наше государство неспособно это сделать в обозримой перспективе. Тем не менее я не столь пессимистичен и думаю, что нужно просто изменить масштаб поиска ответа на этот вопрос. Если мы спустимся на региональный уровень, то увидим, что сейчас в регионах под руководством Минздравсоцразвития начинается очень интересный пилотный проект. Почему бы не подумать о том, чтобы в будущем в рамках развития этого проекта в некоторых регионах, где сильная административная власть, где накоплен опыт использования сложных механизмов финансирования здравоохранения – вот в этих регионах апробировать конкурентную модель ОМС. Для этого, разумеется, не один год потребуется, это должна быть долгосрочная программа, но там, где власти готовы длительное время прилагать усилия к развитию конкурентной модели, – нужно это попытаться сделать.

А в остальных регионах – усилить требования к результативности действий страховщиков, вывести путем процедур сертифицирования из системы тех, чья предельная эффективность минимальна, и дальше уже смотреть по ситуации: если модель в пилотных регионах будет развиваться успешно, то это даст основание для ее расширения на другие регионы. Если нет – можно оставить ее в ряде регионов, дальше уточнять, а в остальных регионах все-таки страховщиков, видимо, вывести из системы ОМС.

**Зурабов Михаил Юрьевич**, *Министр здравоохранения и социального развития*: Я, во-первых, хотел бы поблагодарить Владимира Оскаровича, Игоря Михайловича и Сергея Владимировича за интересные соображения. Не буду скрывать, что никаких открытий в том, что сейчас прозвучало, для меня не было, и я всего лишь благодарю за желание раз за разом возвращаться к этой проблеме. Теперь в чем, с моей точки зрения, основная проблема, и мои оценки относительно того, насколько она может быть решена в ближайшее время.

Проблема, о которой я сейчас скажу, чем-то напоминает проблему изготовления парка авиационной техники. Вот у нас есть министр транспорта, который считает, что его основная задача – это обеспечить безопасность полетов, и есть министр промышленности, который говорит, что безопасность полетов – это, конечно, важная задача, но мне нужно загрузить мои авиационные предприятия, которые должны производить самолеты, потому что если они их производить не будут (и тут мы слышим голоса тех, к чьему мнению мы прислушиваемся обычно, даже не пытаясь с ними полемизировать), то мы утратим признаки национальной безопасности. И поэтому мы должны производить самолеты, а вы должны на них летать.

В каком-то смысле то, что мы обсуждаем, – это похожая проблема. Вопрос ведь, по сути, состоит в следующем: что государство в качестве обязательств приняло на себя? Финансировать содержание медицинских учреждений или взять конкретные публичные обязательства в части, касающейся предоставления бесплатной медицинской помощи гражданам? Государство, коллеги, никаких публичных обязательств на себя пока не взяло и, похоже, в ближайшее время не возьмет. А если так, то ни о каком конкурентном рынке, ни о каком реальном медицинском страховании речи быть не может.

Что мешает государству взять на себя публичные обязательства? Давайте по этому поводу порассуждаем. Во-первых, что такое публичное обязательство? Если говорить в терминах действующего законодательства, то это никакого отношения не имеет к деньгам. Это имеет отношение к программе государственных гарантий бесплатной медицинской помощи. Мы должны дать населению внятный ответ на вопрос, что платно, а что бесплатно. Такого ответа мы не даем, только говорим, где люди могут получить формально бесплатную медицинскую помощь – в государственном и муниципальном лечебном учреждении.

Второе. Сметная модель финансирования здравоохранения является наилучшей из всех существующих, потому что управление расходами здесь гарантировано. То, что я отдал медицинским учреждениям в рамках сметной модели, т.е. профинансировал как учредитель, – этим ограничиваются мои обязательства по отношению к населению. И существование в течение 14 лет этой модели привело к тому, что здравоохранение по факту уже приватизировано. И приватизация произошла в латентной форме, она произошла на уровне ЦРБ, она произошла на уровне областной больницы, она произошла в Москве, где все центры на сегодняшний день – это по существу частные центры. Для того чтобы поменять руководителя, нужно провести операцию такую же, как захват дворца Амина.

Порассуждаю дальше, не знаю – как добрый дознаватель или как злой. Вряд ли кто-либо из присутствующих выразит предположение, что я – человек неактивный. Вы можете себе представить, что мне с моей настойчивос-

тью понадобилось 2,5 года для того, чтобы федеральные клиники частично перевести на финансирование на основе государственного задания. При этом это не финансирование по классическому государственному заданию, это всего лишь некая его имитация. Потому что классическое финансирование медицинской помощи на основе государственного задания предполагает проведение конкурса на распределение объемов помощи.

Все то, что мы сейчас говорим, – это очень интересные взгляды на складывающуюся ситуацию. Тем не менее существуют реалии, которые зафиксированы в действующем законодательстве: нет необходимости проводить какие-либо конкурсы, если вы передаете средства от учредителя к учреждению, и модель передачи средств – это смета, исполнение которой контролируется казначейством.

Теперь, как выживает здравоохранение? Я сейчас вернусь к теме распределения госзадания – к той теме, которую я по пути бросил, а именно к теме фактически приватизированного здравоохранения. Сегодня учреждение получает гарантированный объем средств. Большой или маленький – это зависит от возможностей региона. Хорошие нормативы или совсем низкие нормативы финансирования расходов в расчете на койку, на питание, на медикаменты; может быть более высокий уровень оплаты труда. Но это все равно сметный принцип: оплата никак не связана с объемами оказываемой медицинской помощи. А все остальное здравоохранение собирает с населения – в той или иной форме. И поскольку человек не понимает, что платно, а что бесплатно, диктат врача по отношению к больному возникает, как только у больного появляются признаки заболевания. Вот пока он здоров, ему кажется, что там его ждут. Там его действительно ждут – ждут тогда, когда он придет к ним больной.

Вы видели квартиры людей, у которых случилось несчастье, и человек заболел онкологическим заболеванием? Вы извините меня за резкость, я вам скажу откровенно: я просто чувствую себя одним-единственным человеком, который что-то пытается изменить. Я даже не хочу обсуждать эту тему, этих всевозможных придумок прессы, потому что по каждому пункту подробнейшим образом могу объяснить, в чем суть конфликта.

Итак, это частное здравоохранение, и оно бы и дальше могло существовать в такой модели, потому что есть модель платежей населения в момент оказания медицинской помощи. Но дело в том, что уровень дохода населения таков, что для очень многих эта медицинская помощь уже недоступна. И 2,3 млн. смертей ежегодно – это признак недоступности медицинской помощи, а не чего другого. Потому что нет возможности заплатить.

Коллеги говорили абсолютно справедливо (особенно Сергей Владимирович) о том, что государство должно всерьез заняться подготовкой инфраструктуры оказания медицинской помощи в стране. Итак, представим себе, что мы описываем публичные обязательства. Что из этого вытекает? Из этого вытекают три вещи. Первое: требование к медицинскому учреждению по уровню его материально-технической оснащенности, т.е. соответствие табеля оснащенности медицинских учреждений и лицензирование медицинских учреждений не в целом, а предоставление ему права оказывать определенные виды медицинской помощи в соответствии с установленными технологиями и квалификационным уровнем специалистов. Когда мы начали проводить инвентаризацию учреждений перед запуском националь-



ного проекта, то обнаружили, что в первичном звене 60% медицинских учреждений не могут быть отлицензированы ни при каких условиях. Вот Сонечка Кулевед (помните эту историю?) – нелегализованное медицинское учреждение, неаттестованный врач. Вы что думаете, мы можем сейчас дать соответствующую юридическую или правовую оценку этим действиям? Вы увидите, там будет оправдательный приговор.

Возвращаемся к вопросу перехода на оплату медицинской помощи. Это не только уровень материально-технической оснащенности медицинских учреждений, уровень квалификации, укомплектованности кадрами – это медицинские стандарты ее оказания. Мы можем эти стандарты предъявить в качестве требования по лицензированию по всей стране?

Можно было бы другим путем пойти, например, как Восточная Германия. Там начали создавать врачебные практики и предоставили возможность взять кредиты на приобретение оборудования и обустройство своего офиса. Послушайте, кому и какие кредиты мы могли бы выдавать? Каким лечебным учреждениям? Каков их правовой статус? Где гарантированные объемы медицинской помощи, под которые их можно было бы кредитовать? Поэтому мы явочным порядком выбрали наиболее дорогостоящее оборудование и закачали деньги для того, чтобы учреждения хоть как-то подтянуть к стандартам оказания медицинской помощи. Только это нам дало возможность провести в прошлом году диспансеризацию 7 млн. человек. Масштабы запущенности заболеваний огромные – 1000 случаев свежего туберкулеза! Я вам про другие параметры не хочу говорить. Да все мы прекрасно знаем. Кто помнит фамилию или телефон своего лечащего врача?

Модель, которая существовала до этого, – это модель, акцентированная на стационарной медицинской помощи. Я сейчас не буду объяснять, почему это произошло. Но она привела к тому, что у нас сейчас средняя продолжительность жизни при выявлении хронической патологии – 6–7 лет. Во всем мире – 20–22. Во всем мире женщины не умирают от рака молочной железы, а у нас 45 000 смертей, потому что маммографов просто нет. Значит, мы сделали на первом этапе 4 элементарных операции, которые привели к тому, что за два последних года у нас идет снижение смертности по 8–9% в год.

Мы сделали следующее: сказали – «какой там рынок»?! Нужно просто утром строить на плацу, проверять подворотнички и заставлять маршировать строем, чего уже давно никто не делал. Когда я об этом говорю, то имею в виду следующее: ответственность врача, этапы оказания медицинской помощи, выполнение национального календаря прививок, иммунизация, диспансеризация населения, изменение функции врачебной помощи в первичном звене, расширение задач, связанных с работой со здоровым населением, получение ясной картины в отношении структуры заболеваемости, формирование индивидуальных карт здоровья, что является предстраховочным обследованием.

У нас нет оценок того, сколько стоит здравоохранение и сколько оно может стоить в ближайшие годы. ДЛО показало абсолютную неуправляемость расходов. Если бы мы сейчас с той же моделью пришли на рынок медицинских услуг, у нас коллапс был бы в 1 000 раз больше, потому что никто бы на себя эти риски не взял, потому что переход на новую модель финансирования здравоохранения с публичными обязательствами потребует от государства разделить с кем-то риски. За этими рисками государство придет на рынок страховых компаний с вопросом: вы их возьмете? А при такой капитализа-

ции они что могут взять? Там капитализации нет! Был ли случай, когда у нас средства в системе ОМС оставались и переходили как остаток на будущий год? Да нет, конечно. Потому что это, по сути, финансирование сметы за счет двух источников.

Теперь – кто в этом помог? В этом нам помогли экономисты, которые (мы с симпатией к ним относимся) свили гнездо, в том числе здесь. Объясню вам почему. Вся система практически полностью утратила перспективу, когда был снижен ЕСН, потому что невозможно заместить это снижение никакими государственными дотациями в эту систему. Невозможно! И идея по поводу того, что снижение ЕСН даст нам значительный рост налогооблагаемой базы, порочна в принципе. Потому что нет у населения мотивации показывать легальную заработную плату. Потому что население в другой парадигме живет: ты получаешь социальный пакет бесплатно в рамках патерналистской модели. Заработная плата моя не на пенсию, не на медицинское обслуживание, ни на что другое не влияет. А работодатель говорит: «В конверте возьми, чего тебе мучиться?».

Коллеги, я ведь не пытаюсь какой-то итог нашему разговору подвести, я просто пытаюсь вас как-то «развернуть». У меня есть очень большой интерес сотрудничать и с Высшей школой экономики, и с теми коллегами, которые работают сейчас в Центре стратегических исследований. Мне хотелось бы использовать ваш потенциал в разработке вопросов, которые, с моей точки зрения, имеют перспективу быть продвинутыми в течение относительно короткого промежутка времени. Но нет у нас сейчас перспективы создавать конкурентную модель в системе обязательного медицинского страхования!

Почему нам нужно сохранить страховщиков? Они, как то сено во дворе: козы еще нет, но сено уже лежит. Вы его выбросите, а когда коза появится, будет проблема. Поэтому мы стараемся как-то их заинтересовывать, чтобы они продолжали работать – занимались вопросами экспертизы качества оказания медицинской помощи, смотрели бы за соблюдением стандартов. На самом деле это просто имитационная модель – я буду говорить откровенно. Потому что они даже в судах проигрывают. Вот когда они не оплачивают счета и медицинская организация обращается в суд, то человек, который «заточен» на то, чтобы давать срок по 206 статье, в это вникнуть не может. Он сразу что делает? Он, конечно, заботится о врачах, а не о каких-то сомнительных страховщиках, которые пытаются оставить врачей без заработной платы. Вот они раз иски выставят, два иски выставят, потом главный врач ЦРБ говорит своему руководителю муниципалитета, тот жалуется еще куда-то, и эксперимент закончился.

Теперь я вернусь к теме распределения госзаказа. Я думаю, что все присутствующие прекрасно понимают следующее: можно создать рынок, только если перейдем на полный тариф или частично полный. Если можно будет возмещать хотя бы 80% текущих расходов, связанных с оказанием медицинской помощи. Тогда руководитель медицинского учреждения скажет «хочу в АУ» (автономное учреждение. – *Ред.*). Почему? Он будет понимать, что от него зависит. Но мы с нашим страховым тарифом не в состоянии наполнить систему деньгами, а надеяться на то, что муниципалитеты или регионы начнут давать деньги в виде взноса на ОМС неработающих – это утопия. Потому что они в первую очередь помнят о субсидиарной ответственности по заработной плате, видят лица политических деятелей, которые объясняют, что

нужно в ближайшее время повысить минимальный уровень оплаты труда; понимают, что зарплата определяется ЕТС, которую невозможно изменить, поскольку любая декомпрессия или компрессия этой системы оплаты труда приводит в бешенство все профсоюзы.

Вот я встречаюсь с медиками, и мне говорят: «Михаил Юрьевич, как вы все правильно делаете, как вы все правильно говорите». Подлизываются? Нет, не думаю, не всегда. А по факту у нас в этом вопросе нет кинетической энергии, непонятно, как продвинуть. С тарифом 2,8% система неререформируема.

Мы провели анализ. В рамках национального проекта, не принимая никаких законов, отработали все, что нам нужно для ясного понимания того, где, что, сколько стоит и что нужно делать на первом, втором и третьем этапах. Просто все отработали.

Сейчас остановлюсь на том, что, с моей точки зрения, является ключевым. Мы посмотрели – в Пенсионном фонде ведется база персонифицированного учета – этот учет мы начали вести в Фонде социального страхования, потому что сама система ОМС в территориальных фондах неререформируема, там если есть 2–3 живых фонда, то слава богу. Остальная часть фондов просто неживая, на них нельзя опираться. Мы сказали, что когда будет поступать счет из системы ОМС на финансирование медицинской помощи работающим, то 25% к этому счету будет добавляться из системы соцстраха. Все здравоохранение знало, какие там деньги. Все знали, все бились за эти счета. Суммарная оплата счетов по стране – 4,5 млрд. рублей. Вот вы умножьте и получите объем реально выставленных счетов за работающее население. А где остальные деньги? За год! За прошлый год! А остальные деньги, коллеги, – это деньги на неработающих.

Поэтому первый вопрос, который мы задали: слушайте, мы можем отделить работающих от неработающих? Сохранить в отношении неработающих модель советскую и понятную, назовем это государственное бесплатное социальное обеспечение – и ни полисов вам никаких не нужно, ничего. Приходите и лечитесь. Эта модель понятна, потому что мы можем этими расходами управлять, мы можем бюджетодержателем сделать медицинское учреждение. Мы ему довели средства до лимита и говорим: слушай, управляй, оптимизируй. Нам сказали «нет» – губернаторы и Минфин, потому что это означает перекачивание денег с одних на другие категории, а они же должны закрыть дефицит, возникающий в этой связи, и их уже не интересует, сколько это миллиардов. Хотя понятно, что деньги, которые мы получили, позволили бы перевести на полный тариф работающих.

Нам сказали: «нет, не годится». Хорошо, мы отъехали. Причем я вам скажу так: у нас есть шесть разных комбинаций. Я говорю: задайте мне параметры, с которых мы вам разработаем закон. У нас шесть разных базовых условий, у нас под каждое базовое условие готов закон. Мы не можем базовые условия от них получить. Это первое: работающие – неработающие.

Второе. Мы говорим: дайте возможность выйти. Они говорят: ухудшающий отбор. И тут они вспоминают Игоря Михайловича, которого они очень хорошо помнят по его выступлениям, и говорят слова мудреные: селекция, ухудшающий отбор, здоровые, более высокий уровень доходов, что будем делать с оставшимся населением. И это нельзя!

Тогда я предлагаю третий вариант. Мы провели анализ и установили: за 16% населения в 2005 году работодатель уплачивал взносы на ОМС и в

Пенсионный фонд с заработной платы меньше 700 рублей. За 43% – с заработной платы 2 400. Улавливаете? Я сказал: коллеги, вы нам установили тариф, стимулирующий рост заработной платы, теперь я вам объявляю, что бесплатный социальный пакет мы можем предоставить гражданам, у которых заработная плата не ниже 4 800 рублей. У вас есть кто-то с более низкой заработной платой?

Мы говорим: давайте установим социальный МРОТ. Если кто-то не может, центры жилищных субсидий есть, назовите их теперь «центры социальных субсидий». Пришел, зарегистрировался, получил субсидию. Речь идет о совсем небольшой сумме. Заодно на рынке труда начнем наводить порядок.

Вторая часть – это самозанятое население. Третья часть – это трудовые мигранты – 10 млн. человек. Мы имеем гигантское перекрестное субсидирование между теми, кто работает легально и нелегально. Мы говорим: давайте установим минимальный взнос. Нас спрашивают: а какие последствия? Я говорю: последствия простые – мы ведем персонифицированный учет, подходит конец года, мы передаем страховщику все данные, он берет из налоговой службы заработную плату и дальше делает следующее: проверяет, уплатил ли работодатель или сам человек страховой взнос, исходя из минимального уровня оплаты труда. А если не заплатил, то оплати счет, хотя бы 50%. Они через год будут платить страховой взнос!

Есть изъяны у этой конструкции? С нашей точки зрения, их нет. Но экономисты нам объяснили, что есть. И это предложение тоже было отвергнуто. Коллеги, я не рекламирую то, что делает Минздрав, я просто хочу, чтобы вы поняли, что у нас идет непрерывная работа по поиску компромиссного решения. Все это выглядит так, как один раз сказал Христенко: «Знаешь, кто такой верблюд? Это арабский скакун, который прошел все этапы согласования».

И тогда мы задумали третий ход, чтобы это стало надо всем. У нас самая большая проблема здравоохранения – это кадры. Вот вам никто об этом не говорит, потому что страшно сказать, какая это проблема. В медицинских вузах работников моложе 55 надо поискать. В первичном звене (только вот сейчас начали туда приходить) средний врач работает приблизительно 30 – 35 лет, ротация ежегодная – 22 – 24 тысячи, это столько, сколько выпускают наши вузы. А качество выпуска вообще не хочу сейчас обсуждать, потому что их нужно помощниками врачей делать. Это не врачи, это не советское образование. А происходит дальше следующее: мы должны были бы 22 тысячи ежегодно получать, а закрепляется у нас через 2 года примерно 8 тысяч. И распределение после института мы никогда не восстановим.

Значит, основной мотив прийти работать в здравоохранение – это деньги. И эти деньги здравоохранение будет с населения собирать, уменьшая доступность медицинской помощи. Немолодые врачи еще работают «за идею», а молодые этих сантиментов лишены. Хотя есть, конечно, и разные ситуации.

Посмотрите, что у нас в бюджете записано: темпы индексации фонда заработной платы – 7 – 8%, а темпы индексации минимального уровня оплаты труда – 30% в год. И мы дойдем до 5 000 руб. «минималки» через 2 года. Что произойдет? Тарифная система устоять не сможет, а это основа бюджетной модели. Осенью мы предложим новую модель оплаты труда для федеральных клиник. Чтобы ее внести на обсуждение при прямых поручениях всех руководителей страны, потребовалось 2 года.

Теперь я вам следующее скажу: если государство это не проломит со всей настойчивостью, то возникнет ситуация 1993 года – будет принят какой угодно закон, он будет адаптирован под условия регионов и работать не будет.

Чтобы реформу провести, помимо инфраструктурных вопросов надо ввести систему, которую я называю «регистрационный взнос». Смысл этого регистрационного взноса очень простой. Человек должен выбрать себе врача – не обязательно в первичном звене, любого врача. Второе, он может выбрать медицинское учреждение или групповую практику, он может выбрать страховую компанию. Человек сделает регистрационный взнос – оплатит, скажем, 1 500 рублей на год, а квитанцию об оплате регистрационного взноса принесет по месту работы и получит на эту сумму вычет из подоходного налога. И все. И модель заработает.

Это будет добровольно – как родовой сертификат. Не хочешь – не получи. У нас в регионах, коллеги, родовым сертификатом охвачены 95% всех беременных женщин, потому что это реальные деньги. Вот если бы мы стоимость родового сертификата повысили бы до 25 000 рублей за роды, у нас реструктуризация в службе родовспоможения произошла бы за год. У нас все неэффективные койки сразу бы закрылись. Это вопрос соотношения между тем, что вы отдаете на содержание и что вы отдаете за медицинскую помощь.

Мы начнем с относительно небольших сумм, но они будут уже сигналами выбора и эффективности. У нас будет другая модель! Тогда можно говорить о конкурентном рынке, и то придется очень медленно идти, потому что существует огромное количество ограничений, о которых я не сказал. Извините, у меня произошло что-то вроде содоклада.

**Якобсон:** Мне кажется, что мы действительно подошли к сути, к тому, что имеет смысл обсуждать. По-моему, главное – обсудить не то, к какому светлому будущему мы стремимся, а то, какими должны быть ближайшие действия с учетом реальных ограничений – ресурсных, политических, административных и всяких иных. Сейчас Михаил Юрьевич изложил свой взгляд именно на это. Может быть, есть вопросы к Михаилу Юрьевичу?

**Вопрос с места:** Михаил Юрьевич, все-таки мы переходим на конкурентную систему или нет?

**Зурабов:** Обычно в таких случаях в известных кинофильмах щелкают зажигалкой и спрашивают: «С кем ты работаешь?». Значит, коллеги, альтернативы переходу на конкурентную модель нет. Вопрос только лишь в одном: эта модель возникает вначале в системе оказания медицинской помощи или в системе управления расходами? Я хочу сказать, что если вы начнете с системы управления расходами, то она модернизировать здравоохранение сама не сможет. Она может работать пока только по заказу нового покупателя. Вообще идеальная административная модель в стране выглядит следующим образом: Министерство здравоохранения является покупателем медицинской помощи, но у него нет сети медицинских учреждений.

А где сеть медицинских учреждений? А кто, собственно, знает, где она? Вот в этом году мы в истерике отдали 2,5 млрд. рублей на высокотехнологическую медицинскую помощь в регионы, которые нам предложили более дешевую, абсолютно соответствующую стандартам. А почему эта истерика

была? Да потому, что мы эти объемы сняли с федеральных клиник. Откуда эта нелюбовь академиков? Во-первых, академиком меня избрать сложно, ну просто невозможно, я бы сказал. Во-вторых, они не могут понять следующее: почему мы укрепляем первичное звено, почему мы в регионах строим центры высокотехнологичной медицинской помощи.

Когда мы эти центры туда вынесли, все спросили: а чем мы будем загружены? Первый раз, когда мы распределил объемы медицинской помощи по центрам, они поехали в регионы за больными. У нас нет листа ожидания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи. Нет его! Не выявляют пациентов врачи! А даже если выявляют, то ничего не предлагают, потому что у нас идет разрыв технологического процесса по этапам оказания помощи.

Вы знаете, коллеги, пройдет пять лет, вы вспомните меня добрым словом. Сейчас вы меня будете, конечно, ругать, но еще раз говорю: пять лет пройдет. Нельзя двигаться в направлении нового здравоохранения, не создав более-менее нормальное первичное звено. Но без раннего выявления, профилактики, диспансеризации это все нереально. Туда нужно было загрузить деньги прежде всего. Следующий этап – это, конечно, стационар. И мы начали эти эксперименты проводить в 19 регионах, пытаюсь создать инфраструктуру для новой модели. И вы знаете, есть регионы, например Нижний Новгород, которые говорят: «Отдай мне все деньги, и я всех профинансирую сверху донизу». А когда я ему говорю: «Если ты возьмешь эти деньги и не по смете будешь отдавать, то тебе придется конкурс провести». Он этого не понимает, он говорит: «Какой конкурс?». Я говорю: «Конкурс – это закон 94-й имени Министерства экономического развития и торговли».

Почему в здравоохранении я был против того, чтобы эти АУ создавать? Потому что ни один главный врач не возьмет на себя риски перехода в АУ и участия в конкурсе по размещению государственного задания на медицинскую помощь, потому что он просто не имеет прогноза по объемам финансирования. А если его в этот момент, когда он ушел в АУ, захотят наказать, то сделать это можно элементарно. Где у него находится трудовая книжка? А что такое Санэпиднадзор? А что такое административный контроль? А пожарные?

**Шамшурина Нина Григорьевна**, профессор Московской медицинской академии им. Сеченова: Позвольте задать, может быть, риторический вопрос. В самом начале было сказано, что государство не берет на себя публичные обязательства по поводу предоставления населению медицинский помощи. Кто же несет ответственность за улучшение здоровья населения, если Министерство здравоохранения не имеет поля для руководства? Я имею в виду, что лечебные учреждения вышли из под контроля, превратились по существу в приватизированные организации – так прозвучало в докладе, если я правильно поняла.

И второе: какая роль отводится территориальным фондам ОМС в этой системе?

**Якобсон:** Может, мы соберем вопросы, а потом уже Михаил Юрьевич на них ответит? Кто-то еще поднимал руку.

**Фадин Дмитрий Вадимович**, консалтинговая компания «Омбис»: Если двигаться к конкуренции именно в среде медицинских учреждений, а не страховых компаний (что, на мой взгляд, очень разумно), то возникает вопрос качества медуслуги. Кто здесь будет судья? Пока судья – это те же самые академики, о которых вы говорили, те же самые академические институты.

**Зурабов:** Коллеги, можно я буду отвечать, а вы потом по ходу задайте еще вопросы? С вашего вопроса и начну. Расскажу вам о наших текущих бедах. Вот построили мы высокотехнологичный медицинский центр, предположим, в Астрахани, заканчиваем первый этап в Пензе, Чебоксарах, Краснодаре. Когда начинали строить, стали писать медико-техническое задание, всех академиков привлекли. Я спросил: где будем брать кадры? На что мне сказали: «Ну что вы, Михаил Юрьевич, мы же даже легкое пересаживаем!» Вот я сейчас хочу, чтобы вы поняли следующую вещь: у нас нет массового качественного здравоохранения. Его никогда толком не было – массового здравоохранения. В Советском Союзе была более управляемая система – это вне всякого сомнения; она была ориентирована на профилактику, и это давало свои результаты. Но массовой качественной услуги тоже не было. И вот что у нас произошло. Из-за того, что начали появляться центры, мы начали заниматься кадрами. Выяснилось, что у нас крайне мало действующих кардиохирургических бригад. Каждый человек на счету. А надо делать 450 тыс. операций в год как минимум. Это если мы хотим число смертей с этой патологией снизить с 1, 2 млн до хотя бы 600 тыс.

Если бы кто-нибудь понимал, какие у нас проблемы возникнут на третьем-четвертом этапах, нам бы никто не дал сделать первый шаг. Поэтому мы всегда действуем так, чтобы сначала залезть в проблему, а потом начинать решать уже то, что у нас появится по пути. Я в свое время собрал руководителей учреждений и говорю: «Вам, наверное, обидно, что врачи первичного звена получили выплату в 10 тыс. рублей (это вообще тема отдельного доклада). Хотите, мы нечто подобное сделаем и в отношении наиболее продвинутых врачей-специалистов – тех, кто определяет лицо здравоохранения? Или давайте попробуем создать нечто подобное Общественной палате: я туда назначу 5 – 6 человек, вы назначите, и по основным медицинским профилям мы определим элиту, например тех, кто является категорией А. И при выполнении объемов оперативной активности я буду доплачивать 50 тысяч рублей в месяц». Как вы думаете, получил согласие? Хорошо, 100 тысяч буду доплачивать – это не вопрос суммы. Тогда вы признаете, что неформальные платежи являются обычной нормой.

Ну хорошо, давайте это здравоохранение не трогать, давайте его закроем на ключ, отойдем в сторону и будем на пустом месте формировать что-то другое. Я все время разговариваю с медицинской общественностью, спрашиваю: «Вы хотите получить последний шанс для общественного здравоохранения?» Вы говорите: «Не хотим». Тогда нет вопросов! 4 – 5 лет пройдет, начнет формироваться рынок больничных услуг; он начнет формироваться – хотите вы этого или не хотите. Сейчас мы уже 1,5 млрд. ежегодно вывозим за границу на медицинскую помощь.

Теперь о месте фондов медицинского страхования. Считаю, что они не нужны в принципе. Вот если бы меня спросили, что с ними делать, я бы сказал: их надо реорганизовать в региональные больничные кассы. Чтобы не

мучались регионы по поводу выбора страховых компаний. Тебе нужна региональная больничная касса – загрузи туда все нерабочее население, финансируй его как считаешь нужным и отвечай за качество медицинской помощи. Я считаю, что надо два фонда объединить – ОМС и соцстраха. Мы за три последних года наладили работу фонда соцстраха. В любой момент можно получить по каждому человеку детальнейшую информацию о том, что и когда он получил. Мы всю систему персонализированного учета сейчас создали на базе двух фондов – фонда пенсионного и фонда соцстраха.

Все проблемы ДЛО были связаны с абсолютной невозможностью на уровне медицинского учреждения или региона управлять расходами. Мы заплатили за создание информационных систем контроля за правильностью назначения выписываемых лекарственных препаратов 1 млрд. рублей – на техническую базу территориальных фондов ОМС. И что они нам принесли? 16 регионов нам не могут «слить» базу выписанных рецептов за прошлый год. И не сольют. А те регионы, которые дали информацию (на 25–30%), имеют неправильно выписанные лекарственные препараты, с жесточайшими нарушениями. Вы можете представить: врач-стоматолог выписывает лекарственные препараты больному шизофренией. И мне это предлагают оплатить! И тогда в начале года я сказал, что платить не буду, ценой своей репутации, чего угодно. Все регионы встали как один, все политические партии. Вопрос то в чем был? Кто закроет 12 млрд. выписанных лекарственных препаратов, которые мы не можем пропустить по стандартам?

**Шейман:** Каково ваше отношение к персонализированному учету? У вас прозвучало два аргумента в пользу этого учета, которые я не приемлю. Первое – это то, что нам нужен персонализированный учет, чтобы знать, сколько денег в системе. Думаю, что для этого не нужен персонализированный учет, для этого нужно планирование на основе крупных агрегатов. И второй ваш аргумент: чтобы установить минимальный страховой платеж, нужно определить фактическое потребление услуг каждым человеком – пресловутым киосчиком, который не платит, но лечится. На мой взгляд, для этого нужно совсем другое – нужно знать, делал ли он взнос и взыскивать этот взнос по факту обращения в медицинское учреждение. Фактическое потребление к этому не имеет никакого отношения. Думаю, что для обоснования больших затрат на создание персонализированного учета нужно четче разъяснить, зачем это делается. Иначе снова окажемся в ситуации: информации много, но не знаем, как ей пользоваться.

**Зурабов:** Я хочу задать вам встречный вопрос. А вы знаете какую-нибудь систему здравоохранения из европейских, где человек не знает размера своего счета за лечение?

**Шейман:** В европейских системах ОМС пациенты не знают, сколько за ними идет денег.

**Зурабов:** Хорошо, я вам такой пример приведу. Когда началось софинансирование расходов ОМС за счет фонда соцстраха, мы, конечно, счета все эти оплачивали, потом в двух мегаполисах отправили на проверку – сделайте «контрольную закупку». Пришли наши сотрудники из Росздравнадзора,



выбрали истории болезни, выбрали счета, обзвонили людей и спросили: «Вы посещали медицинское учреждение?». Из 100% опрошенных 40% ответило «нет». Вы о чем говорите мне? Не надо мне рассказывать про эти укрупненные нормативы. На сегодняшний день это укрупненный вариант сметы. Мне нужно, чтобы выставлялся конкретный счет за лечение конкретного человека, он мне необходим.

**Вопрос из зала:** Короткий вопрос, который имеет прямое отношение к теме нашего обсуждения. Все-таки у нас тема, что делать с ОМС. И если я правильно понял Вашу позицию, то это вопрос преждевременный для обсуждения и для принятия решений, поскольку не создан ряд предпосылок, которые Вы обрисовали. Вопрос такой: по Вашей оценке, сколько лет нужно на создание этих предпосылок?

**Зурабов:** Если бы не было заданности в политическом календаре, которая существует в настоящий момент, я считал бы возможным что-то сделать уже в этом году. О стоимости страхового года как о минимальной стоимости бесплатного социального пакета Президент должен был сказать в этом году. Такого рода поправки в закон абсолютно несложные. Не размениваясь на минимальный уровень заработной платы, ввели бы его как минимальный объем обязательств в отношении любого работающего. То есть работодатель должен купить социальный пакет своему работнику. Здравоохранение получило бы, по нашим оценкам, приблизительно 80 – 100 млрд. дополнительно, что дало бы возможность сбалансировать объемы медицинской помощи для работающих граждан.

Или же можно было бы определить «выпускную сумму» или тариф, который бы мы распределили на две части: оставили часть в системе медицинского страхования, а часть перевели на страхование работающих, либо право выхода тоже с определенной суммой, которая бы оставалась. Этот шаг имел бы очень серьезные последствия. Так же, как родовой сертификат меняет картину всей работы службы родовспоможения. Думаю, что коллеги, которые работают в здравоохранении, это подтвердят. Казалось бы, надо закон какой-то принять – никакого закона не принимали. Все постановлением Правительства регулируется. У нас на самом деле постановления Правительства выполняют функции законов, потому что мы опасаемся проводить эту идеологию через законодателя, получив «верблюда».

Поэтому я считаю так: в 2008 году можно ввести регистрационный взнос – очень спокойное решение. Хочешь – регистрируйся, не хочешь – оставайся в той же самой модели. Можно попробовать ввести минимальный платеж, можно разнести это по годам. Значит, для того чтобы новый хозяйственный механизм в здравоохранении заработал, нужно три года.

**Якобсон:** Понятно, что было затронуто много разных проблем, каждая из которых важна, но я бы попытался сфокусировать нашу дискуссию на постановке вопроса, мне лично очень близкого: конкретно – что делать сейчас? Не как хотелось бы жить лет через 20, а что сделать в ближайшие годы. Об этом говорил Михаил Юрьевич, об этом говорил Сергей Владимирович. Вы помните, у него свое видение: фактически упразднить ОМС в неготовых к тому регионах (неважно, под каким соусом) и развивать там, где есть для

этого предпосылки. Михаил Юрьевич предложил регистрационный взнос, прозвучали и другие тоже вполне конкретные предложения. Давайте попытаемся внимательно отнестись к этим рекомендациям и предложить что-то еще. Пожалуйста.

**Гурдус:** Большое спасибо Михаилу Юрьевичу за то, что делается, потому что нельзя не поддержать 99% его инициатив. Я хотел бы в пределах трех минут какие-то акценты поставить о том, что является рычагами, позволяющими перевернуть систему здравоохранения с головы на ноги. Мне кажется, что прежде всего надо отказаться от коммунистического принципа, сохранившегося в системе здравоохранения: «от каждого по способностям, каждому по потребностям» (который действует, правда, в игровом режиме). Вот как Михаил Юрьевич пока использует страховые компании в игровом режиме, мы бегаем с пластмассовыми пистолетиками, кого-то там пугаем, боевых патронов не имеем, но когда-нибудь обещали выдать один боевой для себя. В данном режиме вся система здравоохранения, к сожалению, функционирует, и изменения начинаются, как Михаил Юрьевич сказал, только в той ситуации, когда с игрового режима переходят на реальный. Появляется родильный сертификат, наполненный реальными деньгами, – появляется интерес к пациенту.

Вот посмотрите, какой игровой режим действует у нас в здравоохранении: мы играем в зарплаты врачей, а доплаты в Москве составляют по моим оценкам, порядка 40 – 50% к тому повышенному фонду оплаты труда, который есть у врачей. В регионах, наверное, чуть меньше, но вряд ли ниже 25 – 30%. Мы играем в страховое финансирование здравоохранения, а реально оплачивается, наверное, 30% от того платежа, который должен быть. Мы играем в то, что работодатели страхуют свое население, а реально никто не страхует. Что такое 1 000 рублей в год, которые, как большой компромисс предлагается использовать? Да ничего. Ничего нормального на эти деньги не сделать.

Поэтому я думаю, что существует два ключевых момента. Первое: начать адекватно платить за реальную деятельность. Вот, скажем, концептуальным является (абсолютно согласен) усиление первичного звена. Давайте адекватно оплачивать первичное звено. И второе: ответственность тех людей, которые получают адекватное финансирование за свою работу. Если тебе адекватно платят, значит, не надо рассматривать это как подарок, а ты свои деньги будешь продолжать добирать с населения. Я думаю, что все врачи с радостью восприняли получение 5 – 10 тысяч рублей, но при этом от своих «карманных доходов» ни один человек не отказался. Если ты соглашаешься за эти деньги работать, если эти деньги все участники процесса считают нормальной оплатой твоего труда, то, пожалуйста, не бери деньги с населения за тот объем, который тебе оплачен. И если ты берешь деньги, ты садишься в тюрьму, как в любом другом сегменте рыночных отношений. Если ты – работодатель и не заплатил пусть 1 000 рублей в год, твой персонал не обслуживается в этой системе. Эти правила не могут быть игрой в правила.

Давайте заплатим нормальные деньги не за все, а хотя бы за что-то вполне определенное. Нельзя обеспечить нормальный подушевой норматив страховым компаниям, но можно хотя бы какой-то сегмент деятельности оплатить нормально (пусть пятую часть), потребовать выставить нормальный рисковый капитал против этого и нормально – не в игровом режиме, не с пласт-

массовыми pistolетиками – выполнять свои функции. Далее со всеми останковками. Абсолютно согласен, что сначала надо создать рыночную среду обитания среди медицинских учреждений, потому что иначе возникает иллюзия, что страховые компании могут за что-то конкурировать. Давайте начнем. Нельзя везде? Давайте создадим сегмент конкуренции с нормальной оплатой в первичном звене, попробуем туда направить нормальные деньги.

Еще раз повторю: если мы будем выступать в качестве строгого швейцара, который у всех требует пропуск, но если пропуска нет, пропускает без него, то вся система развалится и никаких изменений к лучшему не будет.

**Зурабов:** Одна короткая реплика. Вы знаете, можно реформу провести по-другому. Она может быть проведена с опорой на административный аппарат. И в этом случае она включает в себя три элемента. Первое – принятие закона о защите прав пациента. Второе – принятие закона о страховании профессиональной ответственности врача. Третье – принятие закона, который выводит патологоанатомическую службу из медицинских учреждений и вводит независимую экспертизу медицинской помощи на основе данных патологоанатомических вскрытий. Очень жесткая модель. Но она автоматически сработает. Просто на месте страховщиков будут юристы. Но что произойдет со здравоохранением, я даже не берусь сказать. Тут никто с пластмассовыми pistolетиками бегать не будет.

Я часто бываю в регионах, собираю там всех, и по 1,5–2 часа обсуждаем. Если думать о четырех ближайших годах, то со здравоохранением мы, конечно, немного опоздали. Все надо было делать в текущее 4-летие, потому что следующие 4 года – это рынок труда. И вот наложение одного на другое может создать дополнительные риски.

**Ясин:** Я, во-первых, хотел бы выразить большую благодарность Михаилу Юрьевичу за то, что он приехал и выступил. Я давно не имел возможности услышать такое развернутое изложение позиции Министерства. А надо было сделать это давно. По крайней мере, не только на этом семинаре. Читаешь про вас столько всяких гадостей, а можно было бы все объяснить.

Я не являюсь специалистом в здравоохранении. Чувствую, что там беда. И поэтому мы занялись этим вопросом, стараемся как-то помочь. У меня сложился определенный подход к реформе здравоохранения, где конкуренция играет важную роль. Почему? По одной простой причине: реформа должна создать некий механизм, в который государство не должно каждый раз лезть и тыкать пальцем, раны ворошить. Нужно, чтобы заработали страховые компании. Тут говорили о конфликте с медицинскими учреждениями. Это не конфликты, а естественное столкновение интересов. Потому что страховщики выступают защитниками пациентов, которые не могут быть носителями полной информации.

На первом этапе нужно сделать так, чтобы была конкуренция лечебных учреждений там, где это возможно. Наверное, в Урюпинске невозможно, а в Москве, в Питере – возможно. И компании должны заработать. Почему они сегодня бегают с этими пластмассовыми pistolетиками? Я согласен, надо было давно отдать 80% всех государственных средств в ОМС. Тогда был бы большой стимул, чтобы крутиться. И создавать конкурентную среду.

У меня такое ощущение, что все-таки это модель реформирования сверху. Тогда как интересы пациентов, организаций, сообществ не задействуются. При всем к вам уважении, Михаил Юрьевич, зная вашу активность и настойчивость, сомневаюсь, что вам одному удастся что-то сделать. Надо поднимать массы, выделять на местах людей, пропагандировать опыт. Это должно вырастать.

Я понимаю, скажем, проблему с подготовкой кадров, но ведь мы должны учесть то обстоятельство, что в ближайшие годы она будет только обостряться. Количество оканчивающих школу через год существенно уменьшится.

Когда мы начинали, нам тоже говорили: давайте сначала подготовимся, примем многочисленные законы по разным вопросам. Сколько же на все это нужно было времени? Лет 20. А как жить все это время? В магазинах ничего нет и т.д. Что-то надо было решать. Сейчас у меня такое впечатление, что в здравоохранении обстановка близкая к тому, что тогда было в экономике. Не буду вам советовать, вы лучше меня знаете, что конкретно делать. Но хотел бы подчеркнуть такую мысль, что надо вводить естественный конкурентный механизм. Он апробирован, хотя и говорят: «Только одна Голландия, и они 20 лет работают». Дескать, нам-то с нашими всеми бедами и отсталостью, разве мы что-то можем сделать? Неправда это. Можем. Надо пробовать. ...У нас в этом году на апрельской конференции выступал профессор из Германии, который написал книжку целую (я вот думаю – переводить ее или нет) о том, что немцы должны ввести плоскую шкалу налогообложения, которую внедрила Россия. Значит, мы можем пойти вперед для спасения от беды в здравоохранении, сделать необходимые шаги реформирования, которые бы создали сильные стимулы и пробудили массы людей.

Я понимаю, что есть еще более сложная проблема интересов. Мое впечатление такое: у врачей все в порядке, у страховщиков все в порядке, у чиновников, кроме самых совестливых, – все в порядке, никому ничего не надо! Только один пациент страдает. Если мы не задействуем все эти группы, то вряд ли что-то получится, при всем к вам уважении и понимании. Да, надо первичное звено технически подготовить, наладить учет и проч. – я согласен. И ОМС запускать всерьез. Потому что мы его на самом деле в 1993 году ввели только наполовину. И ждем, что из этого что-то получится. А ничего не получится.

**Зурабов:** Короткая реплика, если можно. Я обращусь к коллегам из практического здравоохранения: за 2 года что-то изменилось? Изменилось, конечно.

Еще одно замечание в связи с выступлением Владимира Оскаровича. Со всей моей симпатией и извинениями – это немного напоминает передачу «Спокойной ночи, малыши», когда Хрюша спрашивает Степашку: «А если им заплатить сейчас по-нормальному, они больше денег брать не будут?» И Хрюша говорит: «Будут!»

Почему у нас относительно легко прошли реформы – налоговая, бюджетная, межбюджетных отношений и т.д.? Они, вообще говоря, все прописаны в учебниках. Почему у нас такие гигантские проблемы с реформой социального страхования и вообще социальной сферы? Потому что когда мы из социализма вошли в капитализм, люди имели заработную плату по 150 рублей и огромный бесплатный социальный пакет. И что в тот момент гипотетически мы должны были бы сделать? Мы должны были бы все бюджетные деньги

разделить в виде снижения налогов и создать инфраструктуру для того, чтобы человек сам выбрал, купил себе полис страховой, либо работодатель заплатил, либо еще что-то произошло. И мы начали в этой логике последние годы действовать – мы снизили ЕСН, рассчитывали, что сейчас заработная плата повысится. Можно и подоходный налог снизить, и адекватным образом уменьшить объемы обязательств: передадим их домохозяйствам, работодателям – пожалуйста, заработную плату увеличивайте или принимайте на себя какие-то расходы.

Что мы в итоге получаем? Любые налоги, которые оставляем, не идут на принятие на себя тех затрат, которые с себя снимает государство. Монетизация это подтвердила. Мы выплаты сделали, люди получили деньги и пошли получать лекарства в регионе, потому что остались региональные программы. Они тут получили деньги, а тут пришли и сказали: «Ты знаешь, у меня сахарный диабет, я должен получить инсулин, иначе умру».

Нам нужно провести радикальную реформу доходов населения. Мы просто этой темы не касались. Без реформы доходов населения мы не создадим эффективную систему. Но ее надо проводить одновременно с подготовкой инфраструктуры для последующего предоставления качественной медицинской помощи – о чем говорил Евгений Григорьевич. Иначе произойдет то же, что в ЖКХ: мы переведем на 100%-ную оплату, а кошкой той же самой будет пахнуть в подъезде. Человек скажет: «Слушайте, что же вы меня все время обманываете?»

Почему я вам сказал, что рынок труда у нас – это ключевая тема? Потому что нет рынка труда в стране, нет его! Рынок труда заработает, когда будет заработная плата достойная, потому что невозможно человека уговорить сохранять свое здоровье, если он получает заработную плату 4000 руб. Но если вы проведете реформу доходов населения и минимальной заработной платы, у вас возникнет напряженность на рынке труда: у вас вся латентная занятость превратится в явную, у вас юг начнет болеть одним, центр страны – другим, запад – третьим.

В цивилизованной стране нет такого объединения: министр здравоохранения, социального развития и труда. Почему? Потому что там ключевой человек – это министр труда и занятости. Если у человека есть работа, у него все в порядке. Ему все социальный пакет предложат. А у нас этот социальный пакет распределен по всем местам: часть заработной платы, часть патерналистской системы, Соцстрах, Медстрах и т.д. Как выпутаться? И самое главное – какой первый шаг сделать?

**Попович Лариса Дмитриевна**, первый заместитель Генерального директора, исполнительный директор ОАО «РОСНО-МС»: Михаил Юрьевич, мы пусть даже не рационально, но интуитивно понимаем, какие сложные проблемы стоят перед вами. И поэтому на вопрос, «с кем вы?» – мы однозначно отвечаем, что мы со здравоохранением и с Вами.

Но только мы просим вас понять: мы не трава во дворе и даже не козы для этой травы. Мы – профессиональные управленцы. И если Вы хотите нас использовать, то нужно относиться к нам именно как к профессиональным управленцам. Не нужно играть в игру «сделайте там что-нибудь, что мы пока точно не определили, а мы потом с вас спросим по полной программе». Перед нами нужно поставить четкую управленческую задачу. Вы говорите, что Вам

нужны карты здоровья? Да пожалуйста, у нас есть вся необходимая информация, и мы это сделаем вам сейчас. Вам нужна сертификация ЛПО и сертификация врачей? Пожалуйста. Вам нужна помощь в обучении врачей? И это делаем. Вам нужна идентификацию работающих и неработающих – конечно, сделаем. Персонифицированный учет – пожалуйста.

Главное – поставьте четко задачу. Давайте просчитаем себестоимость нашей работы и перестанем играть в то, что кто-то там на уровне территориального фонда определит, сколько это стоит с потолка, и сделает вид, что нам проплатит, а мы сделаем вид, что мы решаем задачу. Мы – взрослые люди, мы готовы вам помогать, но давайте относиться друг к другу по-взрослому. Кстати, сделать нужно совсем не так много: нужно четко прописать полномочия и ответственность участников. И тогда мы перейдем в плоскость конкуренции в области профессионализма, и мы не будем говорить о какой-то странной конкуренции по предоставлению услуг, когда перед нами ставится нечеткая задача, а мы должны соревноваться в ее исполнении.

Мы можем уже сейчас подойти к нормальным критериям эффективного управленца. И завтра вы сумеете выбрать тех из нас, которые реально смогут управлять конкуренцией на конкурентном рынке.

**Зурабов:** Отвечаю. Вы, наверное... это я уже к представителям медицинского сообщества обращаюсь в том числе. Вы обратили внимание, что в своих предложениях в отношении регистрационного взноса я поставил на один уровень не только страховую компанию, а поставил врача. С точки зрения управления расходами просто разные модели существуют. Есть частичное фондодержание, это частичное фондодержание может быть как на медицинском учреждении, так и на конкретном враче. Даже возвращаясь к этим 10 000: первоначально эта модель, которую мы предложили, была другой: мы предложили заключить с врачами прямые договора гражданско-правового характера, выведя их из ЛПУ напрямую, и поставить заработную плату ему не 10 000, а 30 000. И появился бы у человека медицинский адвокат. Вот, собственно, и все. Потому что на следующем этапе медицинской помощи, если вы ее начнете переводить в нормальный режим оплаты труда, у вас должен появиться либо доверенный врач страховой компании, либо тот врач, который будет одновременно со страховой компанией управлять расходами на лечение. И тут уже можно эти риски каким-то образом сегментировать.

**Шамшурина:** Мне хотелось бы вернуться к теме обсуждения сегодняшнего семинара – роли страховых компаний в системе ОМС. Поскольку речь идет о необходимости создания конкурентной модели, то хотелось бы обратить внимание на два аспекта, которые характеризуют рынок услуг здравоохранения. Первое – это рынок асимметричной информации. И, следовательно, здесь конкурентная среда не всегда возможна. Второе: мы все знаем из теории рынка, что главным сигналом рынка является цена. Но если мы тариф устанавливаем в системе ОМС существенно ниже себестоимости, то, естественно, эта система просто изначально не может быть эффективной.

Часто на это слышишь возражения: здравоохранение – это отрасль, которая как губка: сколько ей ни дай, она все впитает. Не могу согласиться с этим. Во-первых, и сама губка имеет форму, все ее видели, какая она. Во-вторых,

есть технологии лечебного процесса. Михаил Юрьевич говорил о стандартах медицинской помощи, которые необходимо и дальше разрабатывать. Они как раз определяют размер тарифа. Но в том-то и дело, что если посчитать тариф по стандарту медицинской помощи, то он будет, наверно, в 4 раза выше, чем сегодня.

Таким образом, если мы видим специфику рынка услуг здравоохранения, то, наверно, модель создания конкурентной среды здесь все-таки имеет определенные ограничения. Тогда возникает вопрос – и он задавался: что же делать сейчас, в частности, какова роль страховых медицинских организаций? На наш взгляд, если их сохранять в системе ОМС, то в этом случае они должны изменить свои функции – взять на себя те функции, которые бы сделали их реальными участниками экономических отношений.

И последнее: к сожалению, из этой системы отношений постоянно выпадает лечебное учреждение, а ведь оно – равноправный партнер по закону о медицинском страховании. В связи с этим нужно, безусловно, предусмотреть повышение роли и расширение участия лечебного учреждения в формировании тарифов, принятии на себя государственного и муниципального заказа. Именно это определит его роль как участника рыночных отношений, а не исполнителя чужой воли, которая была определена сверху.

**Зурабов:** Я в самом начале сказал о том, что, конечно, средств ОМС не хватает. Если вы находите все-таки средства в систему ОМС, то мы можем перейти на полный тариф. Если перешли на полный тариф, то почему частное здравоохранение не берет на себя заказ? Потому что часть средств в здравоохранение поступает по смете. Оплачивается только ограниченное количество статей. Как только вы переходите на полный тариф, у вас сразу же возникает рынок. И вы отказываетесь от регулирования рынка в нынешних формах. Начинает работать сертификация, начинает работать лицензирование, повышенные квалификационные требования. И тогда, естественно, на рынок могут прийти те, кто будет помогать управлять финансовыми расходами. Вот в чем квинтэссенция перехода на полный тариф.

Но есть большое количество людей, которые работают в здравоохранении, эти люди голосуют, эти люди имеют влияние. И я вас уверяю, что их влияние достаточно велико, в том числе и потому, что начальники болеют, болеют их родственники. Я много могу рассказать, как у нас вообще здравоохранение развивалось в стране в связи с возникновением у руководителя или у его жены того или иного заболевания. И вы, наверно, знаете по этому поводу немало. Это реалии. Это серьезные влиятельные группы. И просто так административно скомандовать не удастся – у них есть что противопоставить. Поэтому суть того, что я говорил, – это полный тариф. Но для того, чтобы сформировать полный тариф, нужны дополнительные средства. Мы не можем ЕСН увеличивать, мы не можем дополнительные налоги вводить, поэтому идея, которую я сегодня высказывал, – дать человеку деньги, дать ему аналог родового сертификата, «прикрепительный» талон, чтобы он выбрал этого врача. Давайте мы на первый год тысячу за ним закрепим.

Мы всего лишь часть функций заводим на гражданина, который превращается из просто получателя медицинской помощи в плательщика. А поскольку

денег у него нет, мы говорим: давайте мы каждому предоставим возможность предъявить к возмещению эту сумму у работодателя. Вот и вся конструкция. И первый этап, который сделаем, принесет другой результат.

**Пиддэ Александр Львович**, *Российская Академия Госслужбы*: Уважаемые друзья, я не знаю, почему Михаил Юрьевич не сказал о тех проблемах, которые были созданы разграничением полномочий между органами власти в сфере здравоохранения. Мне кажется, что это сейчас – один из камней преткновения в деятельности всех субъектов, в том числе и страховых медицинских организаций. Когда медицинская помощь и ее организация закреплены за разными уровнями власти, зачастую крайне сложно определить, с кем иметь дело в этой жизни. На мой взгляд, здесь вопросы конкуренции крайне ограничены. Все расписано, что и где делать. Кто и с кем тут будет конкурировать – для меня неясно. Не сочетается, на мой взгляд, такое разделение полномочий с медицинским страхованием.

Второе. Нужен ответ на вопрос: у нас страхователь является истинным страхователем? Или он является плательщиком некоего платежа и больше ни за что не отвечает? Страхователь в системе страхования тоже должен нести свою ответственность. Сколько бы мы ни обсуждали стратегии действий страховой медицинской организации, она останется лишь одним из участников отношений в системе ОМС. Есть и другие, и их роль не менее значительна.

Следующий момент. Еще один участник – это сам застрахованный. Давайте честно ответим на вопрос: у нас люди вообще чувствуют, что они застрахованы? Сильно в этом сомневаюсь. Если сейчас спросить у большинства, где он получил страховой полис, он вам в лучшем случае скажет, что на работе или в поликлинике. Он вообще застрахованным себя не чувствует. Он чувствует себя человеком, имеющим полис. И зачастую не знает, что этот полис ему дает. Эта проблема, на мой взгляд, первоочередная для реформирования ОМС.

Еще один вопрос. Многие амбулаторно-поликлинические учреждения превратились в клубы по интересам, где собирается определенный контингент людей, которые хотят получить в единственном оставшемся в нашей стране месте хоть что-нибудь бесплатно, в том числе и лекарства. И вот они туда ходят, у них там общение. Они записываются к любому врачу, у которого есть запись. Этим тоже надо заниматься. Как? Я не готов рецепт дать, но надо каким-то образом страхованию придать суть страхования.

И последнее: единый социальный налог – это страховой механизм или нет? Если конкретно говорить: давайте отменим ЕСН и вернем страховые взносы. Можно много подобного предложить, чтобы сделать псевдострахование реальным страхованием.

**Зурабов**: Уважаемые коллеги, я хочу вам напомнить, что страховые взносы в соответствии с действующим законодательством Конституции – это индивидуальные возмездные платежи. И то, о чем вы говорите, должно абсолютно правильно всеми восприниматься. Т.е. это означает следующее: неуплата взносов освобождает государство, а следовательно, медицинское учреждение от предоставления медицинской помощи. Вот это очень чувствительная тема. Я предлагаю вам предоставить трибуну, чтобы с этой идеей поделиться.



**Исакова Людмила Евгеньевна**, *Сибирский фонд развития менеджмента социальной сферы и страхования, Кемерово*: Я, с одной стороны, хотела добавить еще одну проблему к сказанному. А второе – пути к решению этой проблемы. Мне очень импонирует идея развития конкуренции между производителями медицинских услуг. Именно этого мы в свое время в новом хозяйственном механизме добились. Но что сейчас этому препятствует? Как ни печально, препятствует полное отсутствие экономической и финансовой грамотности. Понимаете, они не смогут конкурировать, эти общие врачебные практики. Их можно создать, а кто за них будет считать их доходы и расходы? Сегодня они на это абсолютно не способны. В это упираются все наши реформы.

Кто может научить? И вот сразу ответ. Извините, у нас куча страховщиков. Со страхового поля они не уйдут, и вы прекрасно знаете почему. Так пусть они это делают. Вот функция экономических и финансовых менеджеров. И не только – клинические фармакологи, которые у них есть и которые должны помогать учить врачей. И нечего ждать, пока у нас возникнет конкурентная среда. Они сегодня должны это делать – абсолютно все. Масса механизмов, надо только им поставить задачу, как они сами и говорят. И они ее выполняют.

Наконец, мы хотим выяснить, что же там происходит на самом деле с населением. Телефонные опросы, анкетирование – все это хорошо. Чего не хватает? Не хватает желаний органов управления здравоохранением вот эти вот материалы брать и принимать управленческие решения. На это нужна политическая воля. И там, где есть эта политическая воля, эти вопросы решаются. Есть серьезные наработки, нам не надо начинать с нуля. Эти годы работы в ОМС не прошли зря. И вот сейчас нужно просто поставить задачу. И мощнейший экономический интерес использовать – как раз для решения той задачи, которую вы ставите.

Развитие конкуренции – я за. Между производителями медицинских услуг прежде всего, в первичном звене. Хотя стационары – не уникальные, а обычные многопрофильные – также могут конкурировать за пациента. И мы в «новом хозяйственном механизме» это видели. Экономические механизмы действуют очень сильно. Но нужны грамотные страховщики. Именно они, на мой взгляд, должны стать операторами системы фондодержания, о которой сейчас все говорят. Надо, чтобы они этим занимались. А у нас сегодня получилось, что реформа идет, но страховщик из нее исключен. И этот серьезный потенциал пропадает. Я за то, чтобы он не пропал.

**Зурабов**: Вы помните, я свое выступление начал со следующего: я сказал, что ключевой вопрос – это превратить государство в покупателя медицинской помощи. Я сказал о том, что без описания публичных обязательств никто это на себя не возьмет. У вас замгубернатора – молодой и активный человек, мы его хорошо знаем и понимаем, что он не ленив, поэтому он все это двигает. Но не может система, как справедливо говорит Евгений Григорьевич, быть рассчитана на человека. Задача состоит в том, чтобы сделать эту работу и ввести ее в стационарный режим. Она в каком-то ручном должна какое-то время побыть, а потом должна выйти в стационарный режим. Поэтому еще раз вам повторю, публичные обязательства – это ключевая тема. Вопрос только, с какого момента мы эти обязательства в отношении граждан будем описывать.

И второе: как только мы переходим на выполнение публичных обязательств, что бы вы, коллеги, ни говорили, это как минимум трехкратное увеличение затрат на здравоохранение. И кто-то должен за это платить. Вы не можете остаться в модели 3% ВВП, которые вы сейчас по смете отдаете. Вот у нас по ДЛО в чем проблема возникла? Никто никогда гемофиликов не лечил, мы начали лечить. Так нам человек обходится (вы можете в это поверить?) в 12 млн. в месяц! И вот тут мне сказали, что ты выбирай: либо то, либо другое. Я ответил: «Тогда скажите, сколько у нас человек должен жить. Дайте мне параметр. 59 лет? Тогда мне этих денег достаточно. Если вы говорите 65 – я вам другую предложу сумму, а если вы мне скажете 70 лет, то я вам предложу другую модель здравоохранения». Потому что эта, даже если ты ее накачаешь деньгами, она не даст 70 лет жизни.

**Прохоренко Николай Федорович**, президент Ассоциации страховых компаний Самарской области, замдиректора «Самара-Мед»: Мы начали тему о месте и роли страховщика и потом поднялись до уровня обобщения проблем здравоохранения. Михаил Юрьевич сказал, что действительно существует масса проблем, которые являются более актуальными и сложными в настоящий момент. Если подняться на следующий уровень обобщения, то можно говорить о том, что и страховщики, и управленцы, работающие в правительстве, – это люди со своей мотивацией и разным уровнем ответственности. Так вот без создания системы абсолютно симметричной ответственности всех субъектов, участвующих в любом деле – будь-то здравоохранение или производство авиационного парка, – мы не создадим равноправную и эффективную систему. И никогда у нас никакие стимулы работать не будут. Поэтому основной вопрос, на мой взгляд, состоит в определении понятия вот этой симметрии – материальной ответственности врача и материальных доплат населения, системы юридической ответственности лечебного учреждения и государственных структур. Если не определимся с этим, то отсутствие правил останется главным нашим правилом.

**Зурабов:** Я изучал марксизм-ленинизм. И должен вам сказать, что там есть все ответы на наши вопросы. Ленин говорил о том, что революцию можно сделать, если понимаешь ее движущие силы. Где они? Вот вы когда предложение делаете, вы должны мне подсказать, кто в нем заинтересован. Вот умнейший Евгений Григорьевич, который, кстати, имел непосредственное отношение к моему образованию (потом, наверно, пожалел) правильно задал вопрос: «Кто заинтересован?» Не в ответственности, а в изменениях кто заинтересован? Система во внутреннем гомеостазе находится: ты ей добавишь денег, она пережует, и ничего не изменится. Еще добавишь – то же самое произойдет. Когда мы этими лекарствами начали заниматься (я вам как-нибудь лекцию про лекарства специально прочитаю), потребовалось 4,5 месяца для того, чтобы на рынок зашли маркетологи. Система сетевого маркетинга через 5 месяцев уже работала и уже выплачивала комиссию врачам от количества выписанных рецептов по конкретным препаратам. А если бы были страховщики в ДЛО, то часть комиссии выплачивали бы страховщикам. Вот он, реальный интерес.

**Фадин:** У меня, может быть, не самое важное замечание, но мне кажется, можно было бы руководствоваться принципом малых шагов. Понятно, что 100%-ный тариф пока невозможен, но по некоторым медицинским услугам он реально существует, и я точно знаю отдельные направления, по которым тариф уже 100%-ный. Но почему бы их не направить на 94-й ФЗ? Это первое предложение.

Второе: вот вы говорили, что имеете возможность построить без «снипов», нормативов и этой устаревшей нормативной базы центр в Астрахани, а частные инвесторы, которые могли бы прийти и делать что-то более эффективное, не имеют такой возможности. Это все-таки нормативная база уровня Минздрава, а не Правительства. Вот тут что-то можно было бы подправить, мне кажется.

**Зурабов:** Короткая реплика опять. Я исхожу из того, что медицинское учреждение передано главному врачу и фактически главный врач этим медицинским учреждением распоряжается. Установить ему арендную плату невозможно. Ввести какие-то косвенные параметры, связанные с использованием этого ресурса, тоже невозможно. Поэтому мы сейчас идем другим путем. Я собрал всех академиков (не знаю, насколько это их порадовало) и объявил им, что с осени поэтапно мы будем вводить новую систему оплаты труда. Детали вам рассказывать не буду, но в рамках этой системы оплаты труда мы установим среднюю заработную плату медицинского персонала. И если средняя зарплата не достигнет 1 500 долларов в течение ближайшего года, я меняю руководителя. Я установлю стоимость рабочей силы. Вот пусть руководитель легализует доходы, делает что угодно, но он официально через кассу среднюю заработную плату должен заплатить. Вот вам и решение. И не нужно какие-то законы менять.

**Реплика с места:** Тогда с меня будут в конвертике брать не 1 000 рублей, а больше.

**Зурабов:** В конверте уже брать не будут, потому что нужно деньги через кассу провести. А как только вы заплатите через кассу эти деньги, то вы получите счет, и вы хоть в каком-то смысле будете защищены этим счетом. Мы признаем, что реально есть соплатежи и они минуют легальную систему. И будут миновать – нет ни одного заинтересованного лица. Привяжите это к главному врачу. Я тебе этот ресурс отдал, ты его используешь. Так заплати арендную плату за него своему персоналу – столько, чтобы мне не приходилось краснеть по поводу размера заработной платы. В противном случае они работать не будут! Ведь все же знают стоимость своей рабочей силы.

Я скажу, что будет происходить: руководитель найдет управляющего, который будет заниматься экономикой организации. А что касается наших федеральных клиник, то там вообще заработной платы ниже 100 тыс. не бывает. Там заработная плата руководства: 100 – 150 – 180 тыс. Это официально, а неофициально, конечно, еще больше. Для них доплата в 50 тыс. – слабый стимул. Они все это имеют.

Я вам расскажу, как можно быструю реформу провести: установить минимальную заработную плату 10 тыс. рублей по стране – и все. Вот вам и реформа. У вас рынок труда сформировался бы за полгода. Тот, кто не может

заплатить эту заработную плату, начал бы думать, что делать. А мы с трудом ползем (2 300 руб. и т.д), потому что нам говорят: «А как же рабочие места? А как же конкурентоспособность? А как же? А как же? А как же?» Поэтому вопрос в том, какую мы задачу ставим, с чего мы начинаем реформы.

**Сантимиров Анатолий Петрович**, *Страховая группа РЕСО*: Я возвращаюсь к конкретной теме деятельности страховых организаций в системе ОМС. Очень конкретный вопрос-предложение: Михаил Юрьевич, вот в рамках того доклада, который делал в начале Владимир Оскарович... Понятно, что в страховании для нас единственными потенциальными заинтересованными в качественных услугах могут быть только те застрахованные, которые готовы заплатить либо через систему доплаты, либо действительно через компенсацию – так почему бы не начать реализацию этой схемы на работающих?

Что бы это дало системе? Во-первых, страховщикам было бы легче сохранить свое место... Мы теряем в конкурентной борьбе с территориальными фондами, и вы прекрасно это понимаете. Есть фонды, которые выполняют те же функции, и они же нам устанавливают тарифы на нашу деятельность. Конечно, они падают. Скоро нас выживут – еще год-два, и нас размажут по стенке рублем. Дайте возможность поработать, просто набрать опыта.

Вопрос капитализации – опять-таки на меньшем объеме меньше капитализации, но страховой рынок растет – капитализация тоже, и без законодательных изменений. Вот очень практическое предложение. Эта модель позволит сделать одно: она создаст какой-то слой людей, которые получают хотя бы какую-то заинтересованность в более качественной медицинской помощи. Может быть, получится.

**Зурабов**: Риск связан с тем, что вот этот условно регистрационный взнос (как угодно его назовите) или другая форма платежа не будут универсальными. Я сначала думал, что нам удастся охватить тот же контингент, который сейчас выбирает частные управляющие компании в пенсионной реформе, – они более активные. Но это более молодые люди, скорее всего, у них не будет интереса страховать (то, о чем говорили коллеги во многих выступлениях). И мы получим в качестве клиентов тех, кто часто болеет. Если вы начнете выбирать клиентов, то возникнет серьезное напряжение. Все скажут: видите, страховщики не берут их на себя, потому что им это коммерчески невыгодно. У нас будет все время происходить ухудшающий отбор. А как разбудить активность населения? Мы провели эксперимент в Перми, раздали прикрепительные талоны. Из 100 тыс. жителей, которые получили эти талоны, в медицинские учреждения с ними пришли только 8 тыс. А все остальные не отреагировали.

**Найговзина Нелли Борисовна**, *зам. начальника экспертного управления Администрации Президента РФ*: Уважаемые коллеги, поскольку у нас разговор уже вышел за рамки повестки дня, я хотела бы поднять несколько проблем, которые, как я считаю, очень актуальны. Да, я согласна с Михаилом Юрьевичем, что проблема врачебных кадров очень острая, но не менее острая, а может, еще более острая проблема (просто нарыв для здравоохранения!) – это средние кадры. Их квалификация низка, а численность не удовлетворяет потребности отрасли. Мы должны определить рациональное

соотношение врач – сестра и поставить целевые задачи на 10 – 15 лет, может быть, даже на 20 лет. Определить функцию врача: врач у нас врач – сестра или врач? В зависимости от этого у него и должна быть заработная плата.

Нам надо пересмотреть номенклатуру врачебных специальностей. А это предполагает большую работу по стандартизации в здравоохранении. Кроме того, необходимо рассмотреть вопрос о переходе части учреждений в городах на двухуровневую систему обслуживания больных, потому что у нас по факту третьего звена нет, может быть, за исключением сельской местности. И мы делаем вид, что так и должно быть. Мы имеем большой объем внутрибольничных инфекций, а они потребляют как минимум 30% ресурсов стационарной помощи. И если мы точно пойдем на оптимизацию издержек в здравоохранении, то борьба с внутрибольничными инфекциями должна стать важнейшим направлением совершенствования организации медицинской помощи. Это поможет сократить ресурсы здравоохранения. Весь мир идет по этому пути.

Я считаю, что мы должны отойти от укоренившегося понятия амбулаторно-поликлинической помощи и рассматривать широко понятие амбулаторной помощи, ее структуру, преемственность. И только тогда мы сможем определить, что делает поликлиника, что делает диагностический центр и какова роль стационаров в оказании амбулаторной помощи. Если мы 70 – 80 лет развивали стационары, то в одночасье мы не сделаем поликлиники высокого уровня. Михаил Юрьевич, я считаю, что стационарам надо дать возможность при необходимости (это каждый регион должен решить, может быть, даже каждый муниципалитет сам, по правилам, определяемым Минздравом) оказывать амбулаторные услуги по тарифам поликлиник. Мы смогли бы повысить уровень поликлинической амбулаторной помощи. Для этого ничего не надо делать, кроме приказов Минздрава.

Я, Игорь Михайлович, не согласна с Вами в противопоставлении контроля качества обеспечению качества. Система управления качеством подразумевает и то, и другое, и всегда это было в системе здравоохранения. А мы за эти годы, да, действительно, противопоставляли и где-то перетягивали канаты. Все это надо ввести в норму; для этого ни законов, ничего не надо – просто несколько нормативных актов и ежедневная работа. Для этого мы должны перейти на критерии качества. США, например, имеет 487 критериев качества. Если мы каждый год будем вводить 10 – 15 критериев качества, я думаю, что за какой-то период мы сможем к этим критериям перейти. Допустим, такой точечный критерий – больному инфарктом миокарда тромболитическая терапия должна быть назначена не позднее чем через 30 минут со времени контакта с системой здравоохранения, где бы он ни состоялся – в карете скорой помощи, дома – неважно. Это критерий качества. Измерение давления самим пациентом-гипертоником и т.д. Что для этого нужно? Наверное, ничего особенного. Желание и знание опыта других стран.

Подписка на врача – да, Михаил Юрьевич, я согласна, только вот тут надо обсудить, на какого врача. Наверно, лучше на врача первичного звена. Михаил Юрьевич, я знаю, что вы постоянно говорите об этапности оказания медицинской помощи. Ее надо укреплять, закрепляя в программе госгарантий.

По налоговым вычетам для самозанятого населения есть поручение Президента до 1 сентября. Может быть, нам надо ускорить исполнение этого поручения.

**Зурабов:** Вы помните, мы включали это, когда проводили Президиум госсовета в Кургане. Такое поручение появилось. Мы, конечно, рассчитывали, что нам удастся в этом году получить в Послании Президента отсылку к этой проблеме. Нелли Борисовна, можно попробовать, но у меня есть некоторые сомнения, что нам удастся со всеми договориться.

**Найговзина:** Если будут развилки, надо их обсуждать и не ждать до 1 сентября. Теперь по разграничению полномочий: 12 декабря прошлого года подписан ФЗ 258 с поправками по разграничению полномочий. Конечно, я понимаю, что 633-ий приказ Минздрава сложен для понимания, думаю, что этот закон «развязывает» многие противоречия. Поправки в законодательство о разграничении полномочий будем вносить, и если есть свежие идеи, то надо их обсуждать.

Михаил Юрьевич, по поводу вашего предложения о поддержке медицинской элиты: может быть, грантами поддержать региональных талантливых врачей, как поддерживаем лучших учителей и талантливую молодежь. Такой механизм в образовании отработан. Это те точечные меры, список которых надо расширять. Построение новой модели не исключает повседневной кропотливой организационной работы в здравоохранении. Если не заниматься земным, то никакая модель не будет эффективной.

**Яacobсон:** Пришла пора подводить итоги. Не мое дело оценивать, что было сказано правильно, а что неправильно. Однако несколько разрозненных соображений хотел бы высказать.

Первое: мне кажется, что семинар удался. Я хочу напомнить, зачем мы затеяли этот семинар (здесь многие регулярно его посещают). Затеяли потому, что ощутили острую потребность в площадке для диалога между органами здравоохранения и участниками процесса – медицинской общественностью, страховщиками, представителями пациентов (их-то, к сожалению, пока меньше всего слышно). Необходимость диалога очевидна. Мы неслучайно начали серию семинаров после известного шума, обвинений всяческих. Есть глубокое взаимное непонимание. И если удастся внести некоторый вклад в то, чтобы понимания становилось больше, мы делаем благое дело. В этом отношении, мне кажется, сегодняшний семинар, в первую очередь благодаря участию Михаила Юрьевича, был в каком-то смысле прорывным.

Следующее соображение. Почему диалог в данном случае так труден и так необходим? Вопрос имеет прямое отношение к тому, что здесь говорилось большинством выступавших. Все дело в том, что система здравоохранения у нас (причем не только сейчас, но и в советское время) не имеет четко определенных обязательств. В одной своей недавней публикации, вполне академической, я назвал это «мягкими социальными обязательствами государства». Кто несет обязательства? Да никто. Но если их завтра кто-то всерьез будет нести, система развалится, а на ее место ничего не придет. Вот такая вот ловушка. А в условиях, когда мы имеем организованное лицемерие по поводу обязательств, диалог вести очень трудно, потому что одни говорят: «В законе же так написано, вынь да положь!». А другие говорят: «А у меня такие-то ограничения, в силу которых ваши требования невыполнимы». И каждый прав. А лицемерие разрушить в одночасье нельзя. Его нельзя разрушить, потому что оно функционально. Об этом Михаил Юрьевич говорил:

мы от социализма унаследовали систему, когда вот эти 12 млн. рублей вообще-то каждый месяц положено давать всем страдающим гемофилией, если исполнять законы. А средств таких в здравоохранении нет.

Приходится лукаво отделять букву законодательства от его духа. Бесплезно кого-то упрекать, надо искать выход. Прямого и простого решения нет.

Но все же главный вопрос: а делать-то что? Где тот коридор возможностей, по которому можно идти в этих сложнейших обстоятельствах? Путь, очевидно, предстоит долгий и ухабистый, но идти-то надо вперед, а не назад. И мне кажется, что на эту тему сегодня действительно был очень и очень полезный разговор. Разные были предложения, но два ключевых я для себя выделил: это предложение Михаила Юрьевича о регистрационном взносе и предложение Сергея Владимировича о региональной дифференциации моделей. Думаю, (опять-таки в логике коридора возможностей) они друг другу не только не противоречат, а скорее, дополняют. Введение регистрационного взноса было бы большим шагом вперед. Кстати, не могу не сказать, уж раз у нас академический семинар, что, еще будучи студентом, я нечто подобное прочитал в «Богатстве народов» Адама Смита про образование. Адам Смит писал, что оплачивать образование полностью многие не смогут, но пусть хоть чуть-чуть платят. И объяснил еще тогда, почему это целесообразно. Замечательная идея – вычет сумм регистрационного взноса из подоходного налога, людям это ничего не будет стоить, а некую динамику системе может придать.

Идея Сергея Владимировича мне тоже очень близка. Нравится нам сегодняшнее разграничение полномочий или нет, оно реально, причем не столько законодательное разграничение, как оно зафиксировано реформой Козака, сколько реальное разграничение возможностей. Извиняюсь за еще одну ссылку на свою публикацию, в данном случае давнюю, я вспомнил одну свою статью в покойной ныне газете «Сегодня», в которой я когда-то регулярно печатался, она называлась «Власть не бывает бедной». Тогда, лет 10–12 назад, обозначился процесс централизации бюджетных средств. Как реагировали на это носители реальной власти, губернаторы и часть мэров? Вводили разного рода квази-фискальные механизмы от довольно сложных схем с разными фондами до прямых поборов с бизнеса (я имею в виду пополнения не собственного кармана, а мобилизацию ресурсов для нужд территории). Только вот возможности разных территорий неодинаковы, а потому и схожие по своей природе процессы шли в них по-разному. Говорю об этом потому, что в такой, казалось бы, сверхуправляемой сфере, как общественные финансы, жизнь неизбежно находит лазейки, в том числе вполне легальные, в волевых требованиях закона, если он этой жизни не вполне соответствует.

Валовой региональный продукт на душу населения различается у нас по субъектам Федерации примерно в 50 раз, а по муниципалитетам – ещекратно больше. Конечно, идут процессы перераспределения, но какова, скажем, фиксируемая статистикой разница? С поправкой на различия в величине прожиточного минимума? И опять же, это по регионам, а по муниципалитетам она гораздо больше.

Может ли в таких обстоятельствах здравоохранение быть повсюду одинаковым? Является ли оно одинаковым сегодня, и знаем ли мы как сделать его

одинаковым завтра? И еще один вопрос, казалось бы, технический: готовы ли мы повсеместно обеспечить квалифицированный менеджмент экономических процессов в здравоохранении?

Я, к сожалению, не готов уверенно ответить «да» на все эти вопросы. А раз так, следует присмотреться к предложению Сергея Владимировича.

Думаю, что у каждого из нас прошедшая сегодня дискуссия вызвала много интересных соображений и желание продолжить разговор. Что ж, мы это сделаем на следующих заседаниях семинара, который возобновим в начале осени. А сейчас я бы хотел еще раз искренне поблагодарить всех участников и пожелать хорошего летнего отдыха!