Инновации в финансировании здравоохранения: как совместить общественную солидарность и личную ответственность граждан?

Стенограмма семинара в Государственном университете — Высшая школа экономики (ГУ-ВШЭ)
26 февраля 2008 г.

ЯСИН Е.Г.- Научный руководитель ГУ-ВШЭ.

Наш семинар сегодня и последующие семинары мы проводим вместе со страховой компанией «РОСНО-МС». Это моя давняя мечта, чтобы подобные вопросы мы прорабатывали и обсуждали вместе со страховщиками.

Создается такое впечатление, что острота проблемы реформирования здравоохранения усиливается, а время принятия радикальных мер по улучшению ситуации приближается. По-моему мнению, уже есть такое ощущение у наших властей, что дальше откладывать некуда и что-то нужно предпринимать. Пока это все выражается в том, что увеличивается суета вокруг этих проблем, но рано или поздно, я думаю, слово общественности будет услышано, поэтому мы должны работать.

Государство тратит больше на здравоохранение, это правда, но большой пользы от этого пока нет, потому что платность нарастает в неконтролируемых формах. Я бы даже поставил вопрос несколько иначе. Есть некая тенденция, которая связана с тем, что медицинские учреждения стараются заработать больше, их можно понять. Страховые компании должны чинить препятствия в этом деле, но более важно, по-моему, другое, что мы не вполне осознаем: реальная платежеспособность населения на медицинские услуги возрастает и этот вопрос принципиальный.

Необходимо оценить эту ситуацию. Мы не сможем за счет государства оплачивать все, что хочет получить население и, самое главное, когда я говорю «хочет», я имею в виду, что оно может и хочет за это платить. С учетом этого обстоятельства нужно рассматривать наши проблемы.

Принципиальный вопрос, тот который мы уже ставили. Это то, что сейчас все, кто работает на ниве медицины, довольны - и врачи (не все правда), и страховщики и, прошу прощения, чиновники, а пациента что-то никто не слушает. Он уже хочет почувствовать, что тоже к чему-то пригоден, и его не обязательно надо обманывать, он должен быть информирован и т.д. Вот видите какая масса проблем чрезвычайной важности. Вот эти вопросы мы должны обсуждать.

Сегодня на нашем семинаре главным докладчиком будет Владимир Вадимович Гришин с идеями системы личных накопительных счетов на медицинскую помощь. Важно, конечно, что он помощник Председателя Счетной палаты Российской Федерации, но я его знал раньше в разных качествах, как Гришина, а не как помощника или советника. Пожалуйста, Владимир Вадимович.

ГРИШИН В.В.- помощник Председателя Счетной палаты Российской Федерации.

Уважаемый Евгений Григорьевич, спасибо за приглашение. Уважаемые коллеги. Вы знаете, я нашел как-то фразу Евгения Григорьевича, она звучит таким образом: «За всеми частными проблемами стоит ощущение нерешенности ключевых принципиальных вопросов». Вы сказали эту фразу в интервью, она меня задела и в течение последних двух лет, посещая ваши семинары, я ощущал, что мы касаемся одних и тех же проблем. Участвуя в дискуссиях, я ставил некоторые вопросы, касающиеся и развития здравоохранения, при этом несколько раз упоминал систему социальных накопительных счетов.

Сегодня я предлагаю свою концепцию развития системы медицинских накопительных счетов, свой взгляд на экономические и организационные проблемы здравоохранения. Идея «гуляет» по миру, она начала свое хождение в конце 90-х годов. И мы должны ее обсудить и подумать о том, как эту идею применить в нашей стране.

Предварительный обмен мнениями с участниками семинара показывает, что в принципе при обсуждении реформы здравоохранения мы ставим перед собой одни и те же вопросы, на которые пока, к сожалению, не можем найти ответы.

Не буду традиционно начинать с анализа состояния здоровья населения. Потому, что здоровье - это следствие государственной политики, следствие действия многих факторов, которые наполняют нашу жизнь, общество, страну.

На заседании Общественной палаты Российской Федерации (комиссия под руководством Л.М. Рошаля) было сказано, что достоверных данных о здоровье на сегодняшний день по территориям России мы не имеем, и есть разница значений показателей до двух раз по ряду территорий.

Поэтому, уважаемые коллеги, позвольте коснуться некоторых основополагающих моментов. На основе анализа условий, в которых сегодня находится пациент, мы попробуем установить те причины, которые влияют на потребление услуг, на бесплатность и доступность, прежде всего финансовую, поскольку мы находимся в Высшей школе экономики.

Могу сразу сказать, что система медицинских накопительных счетов - это следующий этап развития медицинского страхования. По крайней мере, так его трактуют в различных странах. У нас был период перестройки здравоохранения, будем так говорить. В середине 80-х была интенсификация коечного фонда, потом был новый хозяйственный механизм - в середине 80-х годов бывший министр здравоохранения И.Н.Денисов все это претворял в жизнь; в начале 90-х годов стало развиваться обязательное медицинское страхование.

Многим в начале 90-х внедрение системы медицинского страхования казалось утопией. Вы, наверное, с этим согласитесь, потому что никто не мог предположить, что патерналистскую систему здравоохранения можно вот так в одночасье поменять, внедрить частный сектор, внедрить иные цепочки финансовые, другую ответственность и т.д. Тем не менее, мы эту утопию со многими здесь присутствующими претворили в жизнь. Построили и систему, и структуру, и финансовые потоки (государственные и частные). И все это было сделано за каких-то 4-5 лет. К 1998 году фактически система была построена, и она работает, как я говорил на заседании Общественной палаты, уже 15 лет.

Одновременно нужно учитывать, что если 15 лет исполнилось системе ОМС, то 20 лет - развитию платности медицины. Когда принималось решение по развитию кооперативов,

большие были сомнения. Тем не менее, именно развитие медицинских кооперативов и индивидуальной трудовой деятельности повернуло многое в здравоохранении. Мы увидели, что кооперативы заработали. Почему? К ним пришел платежеспособный пациент. Люди стали получать помощь - какую им необходимо, где им необходимо и как им необходимо. Это - принципиальнейший вопрос. Поэтому сегодняшнее мероприятие - приглашение к обсуждению происходящих внутри отрасли процессов: ведь мы стоим на пороге принятия новой концепции, где нужно ответить на такой вопрос: кто стоит в центре здравоохранения. Вы, Евгений Григорьевич, абсолютно правы, говоря, что ключевым звеном системы должен стать пациент.

Часто нашу страну сравнивают с зарубежными странами. Сразу скажу о своих сомнениях. Нельзя сравнивать с зарубежным здравоохранением в полной мере. Почему? Они - снижают расходы, ищут пути оптимизации затрат и рационального использования всех ресурсов на основании стандартов. Мы, наоборот, ищем пути повышения объема ресурсов в условиях экономически необоснованных взносов, отсутствия стандартов и прозрачности, взрывоопасного развития платности по произвольным ценам и многих других бесконтрольных процессов. Можно сказать, что в определенной мере потеряна управляемость отрасли.

Общим фоном выступления предлагаю сделать то, что за два десятка лет наша страна провела кардинальные изменения в экономике, в законодательстве. Мы поменяли политическое и экономическое устройство, основой всего стали права и свободы граждан, которые сейчас сами принимают различные усилия по получению медицинской помощи. Прошлый раз компания «Росно» приводила примеры, что порядка 500 миллионов евро ежегодно вывозятся за рубеж для получения медицинской помощи. Но мы не уникальны в этом процессе. Например, англичане и канадцы также выезжают за рубеж за лечением, и до одного миллиарда долларов вывозится канадцами в США для получения медицинской помощи. Это – общая тенденция. Поэтому у нас нет оснований возврата к прежней патерналистской модели. Мы ее уже не можем ее восстановить.

К сожалению, нам в принципе не удалось построить классическую систему медицинского страхования. Бюджетно-страховая вариация ее, из-за необоснованных тарифов и финансирования, не позволила это сделать. Если у нас нет необходимых денег, то мы не можем говорить ни о стандартах, ни о защите прав пациента, ни о качестве услуг в системе ОМС. Е.Ш.Гонтмахер абсолютно правильно утверждал, что мы шарахаемся из стороны в сторону. Более того, последнее время как следствие введения единого социального налога, регрессивной шкалы, казначейской системы и проч. система социального страхования постепенно преобразуется в социальное обеспечение.

По оценкам специалистов, количество людей, испытывающих постоянное затруднение в получении медицинской помощи, просто затруднение, достигает 50-70 % населения страны. Это не то, что говорил С.В.Шишкин о платных услугах, - у Вас упоминаются экономические затруднения. Главная проблема - пациент платит, но остается бесправным. Медики получают что-то за эти услуги, часто нелегально, но они также бесправны, не могут реализовать свой профессиональный потенциал.

Прежде чем говорить о системе накопительных счетов, кратко, буквально абзацами, поскольку здесь присутствую профессионалы, затрону такие принципы отечественного здравоохранения, как солидарность, планирование, выравнивание, бесплатность и доступность, прежде всего, финансовую доступность.

Принцип солидарности, он у нас отсутствовал с советских времен. Вы знаете, как у нас распределялись деньги между союзными республиками? Получали территории, внутри территорий тоже был дисбаланс, затем наступал дисбаланс между городами, районами и т.д. В конце концов, деньги доходили до медучреждений. Все это знают, и мы это уже обсуждали. (Реплика Ясина Е.Г. – уже забыли!). Да, уже забыли. Но при этом единственным шагом по возможности скомпенсировать, сдержать этот фактор так называемой солидарности - это был принцип планирования. Он осуществлялся исходя из численности населения, т.е. строительство социальных инфраструктур осуществлялось на основе некоторых плановых усредненных расчетных показателей с небольшим приростом. В самом начале я уже сказал, что мы с вами не знаем достоверной картины по здоровью населения. Когда мы все это свяжем, то у нас получается, что мы вроде бы планируем, но пока непонятно, на основе чего, что и как. Более того, у нас своеобразное соревнование, т.е. мы знаем, что медики хитрят, уменьшая численность на участках, одновременно просят повышения зарплаты, пациенты вроде туда прикреплены, но не ходят. Все эти нюансы никто не учитывает. В итоге устраивается своеобразное «соревнование», а государство все это должно содержать.

Более того, об этом уже многие говорили и знают, что, несмотря на дополнительные выплаты врачам, кардинального изменения первичной помощи (доступной и полноценной) мы за последние два года не получили.

Обратимся к уплате единого социального налога. О каком принципе солидарности мы тут говорим? Единый социальный налог платится по регрессивной шкале, значит богатый не платит за бедного. И еще пример – ДЛО. Солидарность и дополнительное лекарственное обеспечение - казалось бы не сопоставимые вещи. Тем не менее, смотрите, что произошло. Прозвучала фраза, что при реализации программы ДЛО, если бы солидарный принцип не отменили, все было бы хорошо. Кому было бы хорошо? Было бы хорошо чиновникам, можно было бы и перебросить деньги, закрыть брешь и так далее.

Нет солидарности у нас, скажем, и в социальном страховании, при нетрудоспособности и т.д. Механизм уплаты взносов зачетный, заболели, выплатили, получили.

Упомяну такой момент, говоря о численности населения и необходимости планирования сети и кадров на эту численность. В Санкт-Петербурге, (недавно на одном из семинаров прозвучал пример) при планировании сети медицинских учреждений в одном из районов города упустили необходимость строительства поликлиники и получилось, что там строится частное медицинское учреждение. Это означает, что мы завтра должны платить ему по полным тарифам, по совсем другой системе, т. е. мы должны полностью обеспечить его содержание, чтобы оно получало прибыль. Но деньги мы будем получать из муниципального бюджета и должны быть готовы к этому процессу. Более того, уже сегодня известны случаи, когда ряд предпринимателей купили и отдали в лизинг бюджетным учреждениям ядерно-магнитные томографы - более 30 штук. Дорогостоящие аппараты лучевой терапии поставляются в институт нейрохирургии по лизингу, т.е. процесс изменения порядка системы планирования уже пошел. Идет строительство частных клиник, частных центров медицинских. Они явно не спрашивают о принципах планирования у руководства данных территорий.

Выравнивание условий финансирования. Выравнивать можно двумя путями. Первый путь, о котором мы давно уже говорим, - выравниваем возможность предоставления медицинской помощи. Этот принцип сегодня и действует. Мы покупаем, оснащаем, надуваем колеса. Но надо планировать по однотипным территориям, и не сравнивать Ханты-Мансийский округ с Краснодарским краем или Адыгейской республикой.

Второй принцип - то, чему посвящена наша сегодняшняя беседа. Это накопительные счета. Можно выравнивать возможности получения медицинской помощи в расчете на человека. Тогда человек будет сам выбирать. Тогда цепочка заработает в обратном порядке, и тогда организаторам будет понятно, как реагировать на спрос, что нужно делать в порядке предложения, какие нужны виды медицинской помощи и т.д.

Мы сегодня упомянули о платной медицине. Эта тема очень мне хорошо знакома, я занимаюсь ей 25 лет. И здесь сразу сошлюсь на те позиции, о которых писал С.В.Шишкин в одной из своих работ: до 50% пациентов отказываются от медицинской помощи из-за отсутствия денег для оплаты лечения. Среди бедных таких 60%. Еще одна цифра, которую мы здесь слышали: прямые платежи составляют от 30 до 60 %. всех расходов на здравоохранение. Более 50% пациентов платят в стационарах, 30% за амбулаторно-поликлинические услуги и 65% на стоматуслуги. Платная медицина сегодня находится вне какого-либо контроля.

Конечно, платная медицина принесла ряд положительных результатов. Платность вышла из тени. Более интенсивно стала использоваться материально-техническая база, кадровые ресурсы и т.д. Конечно, это сняло остроту бюджетного дефицита в период перестроечных лет. Платные медицинские услуги способствовали активному внедрению новых медицинских технологий - в любом случае они приблизились к людям, но только - за свои «кровные».

Говоря о платном секторе, мы перебрасываем мостик к анализу деятельности страховых компаний. Здесь присутствуют представители страховых компаний, поэтому не буду касаться финансово-экономических вопросов. Однако, тенденция использования государственного сектора для оказания платных услуг сохранилась и при медицинском страховании. На базе государственных медицинских учреждений наши страховые компании обеспечивают все добровольное медицинское страхование для граждан. Отсюда и конфликты. Отсюда очереди - вне очереди, отсюда платные – бесплатные услуги и их замещение.

Итак, у нас сегодня есть общие налоговые поступления, единый социальный налог, добровольное медицинское страхование, у нас есть страхование жизни и страхование на случай причинения вреда здоровью. У нас уже много законодательно закрепленных источников финансирования охраны здоровья. Анализ показывает, что у страховых компаний нет особой заинтересованности в страховании физических лиц. Как правило, это корпоративное страхование, рассчитанное на более здоровый контингент. До 30 % застрахованных при корпоративном страховании страховкой не пользуются. То есть, существует возможность большие ресурсы экономить при получении добровольного медицинского страхования.

Евгений Григорьевич, еще раз ссылаюсь на Вас: чтобы управлять финансовыми ресурсами, надо знать, что происходит с финансами. За последние 15 лет государство не сделало ни одного шага, чтобы увеличить объем расходов на здравоохранение. Даже про национальный проект ныне действующий министр сказал, что это долги государства за предыдущие годы. Общественной палате я предложил сравнить потери по единому социальному налогу и потери от регрессивной шкалы с объемами средств, которые выделяются по национальным проектам.

Итак, в новых экономических условиях на нынешнем этапе развития страны необходимо переоценить все действующие ранее принципы организации

медицинской помощи гражданам и попытаться найти выход из создавшейся ситуации.

Поэтому перехожу непосредственно к предлагаемой мною концепции - системе медицинских накопительных счетов. Перед нами сейчас стоят несколько задач. Первая. Нам необходимо вывести зарплату из тени. До трети заработной платы или до половины официально выплаченной находится сегодня в тени. Есть предложения, которые касаются вывода заработной платы из тени, но ни одно из них не касаются активизации роли работника.

Вторая задача, которую нам необходимо решить, - это найти неинфляционные пути «вброса» средств в отрасль. Или по крайней мере минимизировать инфляцию.

Третье: нам необходимо сокращать уровень платности до 5-7% в год, чтобы это было видно населению.

Четвертое: внедрять механизмы сокращения коррупции и активно вовлекать граждан в процесс организации медицинской помощи.

Предложение, которое касается системы медицинских накопительных счетов, - довольно простое. Основополагающим моментом является то, что мы должны сделать пациента платежеспособным. В каком смысле? Чтобы пациент сам мог контролировать оплату полученных медицинских услуг. Это не означает прямой платности медицинских услуг. Ни в коем случае. Он просто должен иметь некие средства и пытаться свои потребности и свой спрос соотнести с экономическими возможностями, соотнести с возможностью предоставления этих услуг сетью и кадрами, которые у нас на сегодня есть.

Накопительные счета за рубежом относятся не только к медицине, но и к другим сферам – образовательным услугам, пенсионным расчетам, покупке жилья и т.д. С кем бы я не беседовал на эту тему, и в Государственной Думе, и в Правительстве тут же предлагают на накопительные счета сбрасывать деньги, адресно направляемые на медикаменты, или средства социального страхования. Предложений очень много и они самые разнообразные.

Каков порядок создания и работы системы МНС? Первое условие медицинских накопительных счетов - это открытие счета в банке для каждого гражданина. Для каждого. Счет открывается целевой на собственные медицинские нужды и нужды членов семьи.

Источниками могут быть частные предприниматели, иностранцы, трудовые иммигранты - платят сами за себя. Наемные работники компаний всех форм собственности - также сами платят. Для государственных служащих может платить государство - за счет общегосударственных источников. Для пенсионеров, малообеспеченных, инвалидов - из средств местных бюджетов. Для каждой категории граждан необходимо определить источник финансирования.

Мною уже упоминалось, что у нас сегодня есть законодательные разрешенные источники - на обязательное медицинское страхование (3.1% ФОП), добровольное страхование, страхование жизни и здоровья и т.д.. Их надо объединить в определенной степени. Основополагающим моментом в нашей схеме является объединение средств на добровольное и обязательное медицинское страхование.

Второе: средства на счете делятся на две части. Я открываю счет, я работаю на предприятии или на госслужбе. Средства на счет перечисляются от фонда оплаты труда. Одна часть счета идет на страхование стационарной помощи. Эта часть сразу переводится страховой компании. Вторая часть счета – это амбулаторно-поликлиническая помощь. Без каких-либо налогов и сборов на этот счет можно положить собственные деньги, деньги родственников. Пример: писатель написал книгу. Получает гонорар, часть переводит на накопительный счет, а потом уже с оставшейся суммы платит все налоги.

Поэтому основополагающим принципом должна быть система доналогового отчисления. Это очень важно. Владелец счета и члены семьи получают в банке медицинскую расчетную карточку, пластиковую. Все расчеты в аптеках тоже можно проводить по карточке. Все расчеты - только безналичные. Это обязательно. В случае вызова врача на дом: в поликлиниках устанавливаются банковские терминалы и через них осуществляются все платежи.

При системе медицинских накопительных счетов мы получаем реальный выбор страховой компании, мы получаем реальный контроль средств, мы получаем безналичные платежи, а также связываем огромную массу денег.

О готовности банковского сектора. Мне часто задают этот вопрос. Могу сказать , что по данным Банка России, уже выдано 103 миллиона банковских карточек. Сегодня осуществляется более 1,5 миллиарда банковских операций. Что это значит? У нас каждый пациент в среднем делает 10 посещений в год. У нас 145 миллионов граждан. 5 миллионов иммигрантов и того - 150 миллионов. Банковская система готова осуществлять эти платежи.

Приведу пример США: медицинские счета имеют самый высокий темп роста среди банковских продуктов. Например, средний расчетный счет имеет остаток в США 550 долларов, средний медицинский накопительный счет имеет остаток 1800 долларов. Медицинские накопительные счета - единственный социальный продукт, который универсально включает в себя банковские счета, инвестиционные, страховые продукты, кредитные инструменты, привлекая сюда сектор страхования, банковский сектор, инновационный, телекоммуникационный и т.д. Естественно, что средства на счете находятся под контролем пациента, страховой компании и банка, на них начисляются проценты по остатку, и они могут быть использованы в некоторых накопительных элементах, о которых можно уже сегодня говорить и которые обсуждаются в той же пенсионной системе.

У меня было очень много звонков и писем -пожилые люди предлагают положить на медицинский накопительный счет деньги на погребение, которые сегодня лежат у них под подушкой. Они говорят: какая нам разница, пусть лучше лежат в банке, хоть под 1%, но это деньги все равно я их коплю на свою старость, на свою смерть.

О роли страховой компании можно говорить в двух аспектах. Первая: в стационарных условиях вам все сразу понятно. В амбулаторно-поликлинических учреждениях - два варианта участия. Первый: Вы не участвуете в них, я сам иду и сам оплачиваю. Есть вроде развитая судебная система, можно куда-то вроде обратиться с иском и т.д. Вроде как бы пациент может это сделать.

Второй вариант: клиент застраховался в вашей компании и вы защищаете его права в амбулаторно-поликлиническом секторе. И со штрафных санкций 25% идет в страховую компанию, а 75% - на медицинский накопительный счет пациенту. Все. Система крайне

простая, но она выводит массу бумажных операций. Я пришел, оплатил, деньги списали через банк. Больше того, операции в банке можно сделать комплексно. Средства пациента, средства медицинского учреждения, средства врача и другого персонала, средства страховой компании - все это можно иметь в одном банке, деньги не выходят из круга. Это означает связывание огромной денежной массы, которая не будет давить на рынок.

Почему я стал активно изучать этот вопрос? Участвуя сейчас в различных группах по написанию Концепции развития здравоохранения, вижу, что ни в одной из них нет центрального звена - пациента. Вы можете прочитать все материалы: что-то увеличиваем, что-то снижаем, покупаем, оснащаем, но ничего о пациенте. Кто-то пошутил: может концепцию 1997 года подправить, даты поставить новые и на этом закончить. Поправить - думаю уже не пройдет: в стране изменилось ситуация. Требование времени - активизация позиции пациента изменение его роли в процессе получения медицинской помощи.

Мною предлагается другая идеология, иной концептуальный подход, в основе которого накопительные счета, другой подход к вопросу изменения финансирования и организации здравоохранения. Эта система может рспространяться на другие виды социального страхования.

Что получается при данной системе? Выигрывают граждане. Они будут контролировать свои деньги. Выигрывает страховой сектор. Деньги не надо собирать, они напрямую идут за застрахованными. Собственно говоря, само страхование начинается именно при данной системе. Не так как сегодня. Приехал на территорию, денежки откатил кой-кому - получил страховое поле за неработающих граждан в системе ОМС. Все мы это знаем прекрасно. Поэтому собственно страхование начинается при внедрении предлагаемой мною идеи медицинских накопительных счетов. И мы к этому шли 15 лет.

Выигрывает банковский сектор. Предварительный разговор с ассоциацией банков показал их неподдельный интерес. Налоговая служба хочет администрировать, пожалуйста, можем отдать администрирование этих средств налоговой службе. Но у них огромный объем бумажной работы всякой, он уменьшается сразу. Потому что работник активно выступает в роли инициатора и контролера выхода зарплаты из «тени». Выигрывают финансовые органы и, конечно, политическое руководство страны, поскольку у нас основная задача сегодня – это найти пути «вброса» средств и обеспечить эффективное их применение.

Спасибо за внимание и предоставленную возможность изложить некоторые концептуальные моменты своей концепции развития здравоохранения и обязательного медицинского страхования. Они изложены также в средствах массовой информации – «Независимая газета» (от 29 января 2008 г.); «Медицинский вестник» (№3-4 от 1.02.2008 г. , №8 от 7.03.2008 г.); «Национальные проекты» (№3, 2008 г.); «Финансовый контроль» (№2, 2008 г.); «Время новостей» (13.03.2008 г.).

ЯСИН Е.Г. Спасибо Владимир Вадимович. Я так думаю, что мы прослушаем все доклады. У нас еще два доклада - это Шейман Игорь Михайлович и потом Плехов Сергей Валентинович. После этого, я попрошу всех присутствующих записать вопросы отдельно по докладчикам и мы проведем дискуссию.

ШЕЙМАН И.М., профессор кафедры государственного управления и экономики общественного сектора ГУ-ВШЭ.

Уважаемые коллеги, я продолжаю тему, которую поднял Владимир Вадимович, – пути «вброса» средств в здравоохранение. Я хотел бы поговорить о такой новации, как фиксированные соплатежи населения - в сравнении с доминирующей сегодня формой платных медицинских услуг по их полной стоимости. Но начну с более широких вопросов политики государства в области личных платежей населения.

В стране идет нарастание платности медицинской помощи, причем в совершенно не контролируемых формах. Рост государственного финансирования практически не сдерживает этот процесс. Согласно расчетам Сергея Владимировича Шишкина, последние полтора десятилетия частное финансирование росло заметно быстрей, чем государственное, причем эта динамика прослеживается даже в периоды заметного прироста государственных расходов. Из этих данных следует, что процесс замещения бесплатной помощи платной приобрел определенную инерцию, и пока не прослеживаются пути преодоления этой тенденции.

Некоторые сравнительные оценки доли личных расходов в общем объеме расходов на здравоохранение (государственных и личных). В России, по данным ВОЗ, эта доля составляет примерно 40%. Это намного больше, чем в других странах постсоветского пространства, например, в Чехии, Словакии, Эстонии, Венгрии, где эта доля составляет 10-25%. И заметно меньше, чем в закавказских и среднеазиатских государствах, где она достигла 70-75%. Существует эмпирически доказанная закономерность: в странах с более высоким уровнем экономического развития относительное бремя личных расходов на медицину снижается по сравнению с более бедными странами (доля личных расходов ниже). Из слайда следует, что среднее значение этой доли по 15 странам ЕС составляет 25% (в совокупных расходах на здравоохранение), а в странах СНГ – 43%. Эта закономерность отражает повышение роли принципа общественной солидарности в покрытии расходов на лечение по мере экономического роста. В развитых государствах финансовое бремя таких расходов снижается. Кстати говоря, в Концепции долгосрочного социально-экономического развития России до 2020 года заложено некоторое сокращение доли частного финансирования (это предварительный вариант расчета, поскольку программа еще не опубликована).

Сегодня в России действуют четыре формы личных расходов на медицинскую помощь – прямая покупка лекарственных средств, платные медицинские услуги по полной стоимости, неформальные т.е. незаконные платежи и добровольное медицинское страхование (ДМС). Доминируют первые две формы. Вот некоторые оценки: ДМС по отношению к объему платных услуг составляет всего лишь 29% в 2006 г. (хотя чуть больше, чем в 2000 г. –25%), при этом часть ДМС – это скрытая формы возмещения платных услуг.

Что такое доминирование оплаты лекарств и платных услуг по полной стоимости? Это значит, что люди с большими потребностями в медицинской помощи вынуждены полностью полагаться на уровень своей платежеспособности при решении вопроса, что и в каких объемах покупать. А для части больных людей возникает проблема «катастрофического риска», т.е. риска неприемлемо высокого финансового бремени оплаты медицинской помощи. ВОЗ количественно определяет этот риск в размере затрат на лечение выше 50% располагаемого дохода. У нас такие расходы, согласно расчетам, несут уже многие. При этом действует два дополнительных фактора, которые необходимо учитывать на будущее. Первый – постоянное удорожание медицинских технологий, второй – растущая выявляемость заболеваний. В рамках национального проекта «Здравоохранение» была проведена масштабная программа диспансеризации, которая

позволила выявить новые случаи серьезных заболеваний, а что с ними делать пока никто не знает: гарантирует ли государство их бесплатное лечение?

Помните, на прошлом семинаре мы обсуждали вопрос о том, где будет лечиться средний класс в будущем. В частном секторе или в государственном секторе? Я задаю другой вопрос: а выдержит ли средний класс эти растущие расходы в 2015 или 2020 году, когда стоимость используемых медицинских технологий возрастет в разы? Думаю, что нет – больные люди по своему имущественному положению скатятся на уровень, не свойственный среднему классу. Замечу, что в Европе уже никто не вынимает из собственного кармана 10-20 тыс. евро за кардиохирургическую операцию, там используются значительно более солидарные формы оплаты медицинской помощи – за счет налоговых средств, дополняемых ДМС и частичным покрытием стоимости потребленной медицинской помощи (соплатежом). С позиций современного человека, живущего в экономически развитой стране, платные медицинские услуги по их полной стоимости - это варварство, это возвращение в добисмарковский период, когда каждый больной отвечал сам за свои проблемы и никто ему в этом не помогал. Вывод: нужны более солидарные формы личных платежей населения. Если государство не дает достаточно средств на бесплатную помощь, то формы личных платежей нужно строить таким образом, чтобы снизить финансовое бремя больших затрат на лечение.

Теперь возьмем другую проблему: платные медицинские услуги и эффективность использования ресурсов здравоохранения. Есть все основания для вывода о том, что платные медицинские услуги оказались вне сферы управляющего воздействия государства. Органы управления здравоохранением, страховщики в последние годы пытаются управлять объемами медицинской помощи, оказываемыми в бюджетных учреждениях в рамках программы государственных гарантий, делая акцент на оптимизацию объемов стационарной помощи, снижение необоснованных госпитализаций и проч. Но эта политика не распространяется на область платных услуг. Здесь требования к обоснованности госпитализации намного ниже, если вообще таковые существуют.

Недавно звонит приятель и говорит, что собирается на пару недель лечь в больницу для обследования. На мой вопрос, нужен ли для этого стационар, отвечает: я договорился за плату, кого это должно волновать. И приняли, хотя нужды в этом не было никакой. Что это означает? Это означает, что больница сможет обосновать необходимость больничной койки, хотя она, возможно, требует сокращения. Замечу, что речь идет не о частном учреждении, которое, возможно, не должно задавать себе вопрос об обоснованности госпитализации, а о государственной больнице, мощности которой создаются в расчете на интенсивное лечение, требующее постоянного наблюдения (именно так определяется стационарная помощь). Если эти мощности лишние, то их надо закрыть – независимо от источника финансирования (бесплатной или платной помощи).

Во многом из-за платных услуг возникают лишние мощности учреждений, которые приходится содержать с большими затратами. Возникает категория «неоперирующих» хирургов, которых, по-хорошему надо давно уволить и проч. Ресурсы больниц «размазываются» на большое количество случаев госпитализации, как следствие - снижается стоимость одного случая, а значит и качество медицинской помощи.

Расчеты Высшей школы экономики по 89 субъектам РФ показывают статистически значимую позитивную связь между объемом платных услуг и показателями, характеризующими масштабы структурной неэффективности регионального здравоохранения. Чем больше объемы платных услуг на душу населения, тем выше уровень и длительность госпитализации, тем больше коечный фонд. То есть, платные

услуги снижают требования к эффективности использования ресурсов и усиливают структурные диспропорции в системе. Отсюда следует вывод, что нам нужны не только более солидарные формы личных платежей, но и экономически более рациональные формы.

Когда говоришь с региональными руководителями здравоохранения, очень часто можно услышать, что платные медицинские услуги это не их дело. Внятная государственная политика в этой области отсутствует. Не ясно, чего мы добиваемся в области частного финансирования и как должны строить политику в ситуации удорожания медицинских услуг уже в ближайшем будущем. Эти вопросы, безусловно, должны быть отражены в Концепции развития здравоохранения, которая сегодня разрабатывается Минздравом и общественностью.

Я попытался сформулировать эти задачи (слайд):

1.Обеспечить приток дополнительных средств без замещения государственных гарантий

-нужна их конкретизация

2. Обеспечить максимально возможную солидарность

-снизить объем «катастрофических расходов»

3. Защитить частного пациента:

-контроль качества услуг
-исключение «накрутки» счетов

4. Снизить объемы необоснованных платных госпитализаций в ЛПУ

5. Снизить масштабы неформальных платежей

6. Начать поэтапный перевод платных медицинских услуг из бюджетных учреждений в частные медицинские организации

Последнее очень важно. Без этого сложно проводить реструктуризацию сети медицинских учреждений. Государственные и муниципальные учреждения создаются на основе доказательной потребности в бесплатной медицинской помощи. Планирование мощностей больниц должно быть ориентировано на оптимальные объемы стационарной помощи, а не на услуги, оказываемые с сильным ослаблением требований к их обоснованности. Пример с моим приятелем: хочешь обследоваться и можешь платить, иди в частную больницу. А мощности государственной больницы должны использоваться по их прямому назначению.

Как лучше организовать частные платежи? Я попытался разделить возможные опции на две группы. Это предварительный платеж и платеж в момент потребления (слайд):

Предварительный платеж:

•Государственные дополнительные программы медицинского страхования, к которым могут присоединиться граждане

•Поощрение ДМС с помощью налоговых льгот

•Объединение взносов, уплачиваемых в рамках ОМС и ДМС

•Система личных накопительных счетов на медицинскую помощь с использованием механизмов долевого участия государства

Платеж в момент потребления услуг:

•Регистрационный взнос врачу с правом на налоговый вычет

•Фиксированный соплатеж пациента

Сразу скажу, что предварительный платеж, т.е. платеж преимущественно по страховому принципу, должен доминировать. В развитом государстве при дорогостоящих медицинских технологиях население в принципе не должно платить много в момент потребления. Какие формы существуют? Первое, это государственная дополнительная программа медицинского страхования, типа ДЛО (точнее, если бы ДЛО осуществлялась по страховому принципу), скажем, программа стоматологической помощи для взрослых, программа врача общей практики и т.д. Гражданин имеет право со своим взносом присоединиться к такой дополнительной программе. Некоторое время назад обсуждали эту тему, даже в законопроекте об ОМС она нашла свое отражение, но никакого движения пока не обнаруживается.

Дальше. Это поощрение ДМС с помощью налоговых льгот. Сейчас начали об этом говорить. Равно как об объединении взносов, уплаченных в рамках ОМС и ДМС (это тема следующего доклада). Система личных накопительных счетов на медицинскую помощь с использованием механизмов долевого участия государства - именно так я понимаю эту систему. Безусловно, интересная идея, ее надо апробировать в регионах, но надо знать негативные моменты, риски такой системы.

Платежи в момент потребления услуг. Первая форма - регистрационный взнос врачу с правом на налоговые вычеты. Это одна из последних идей министра Зурабова. Идея, по-моему, очень разумная. О чем идет речь? Простите, уже в моей интерпретации, может быть, я что-то не так понял. Речь идет о том, чтобы каждый из нас имел возможность при заболевании выбрать врача. Любого врача, не только участкового врача и не только врача общей практики. Заключаем с ним договор на обслуживание, платим деньги, потом государство возмещает их часть на основе налогового вычета. Очень важно, чтобы этот взнос делался не только на эпизод лечения, но и на постоянное наблюдение в течение определенного времени – мы должны добиваться комплексности обслуживания и повышения ответственности лечащего врача за результаты лечения. Должен быть предусмотрен некий «Юрьев день» - достаточно отсроченный от момента регистрации к врачу – как минимум, на полгода.

Я условно отнес эту опцию к платежу в момент потребления, хотя здесь присутствует элемент страхования в части постоянного наблюдения: кому-то оно требуется, кому-то нет, но все обязаны делать взнос и на постоянное наблюдение. (Реплика Ясина Е.Г.: в чем идея Зурабова, я не понял?). В том, чтобы выбрать врача, зарегистрироваться к нему, заплатить и получить возмещение в виде налогового вычета. Считаю, что эту идею нужно хорошо обсудить и апробировать в регионах.

И наконец, фиксированный соплатеж пациента, о котором чуть подробней. Что это такое?

Это установленная законом оплата части стоимости посещения врача, госпитализация и т.д. То есть, это форма соучастия государства и населения. Государство (в системе ОМС – страховщик) оплачивает полученную медицинскую помощь, а пациент доплачивает определенную сумму. Платят все, кроме исключаемых категорий (льготников). Платят примерно одинаково, независимо от тяжести заболевания. Общественная солидарность проявляется в том, что дорогостоящая кардиохирургическая операция и сравнительно недорогая апендектомия обходятся пациентам примерно одинаково. То есть менее больной человек косвенно оплачивает медицинскую помощь более больного человека. Чем большее число пациентов платит, тем ниже размер соплатежа. И все эти платежи идут непосредственно в лечебное учреждение.

Формы соплатежей (все это существует в ДМС): 1) франшиза, 2) процент от стоимости медицинской помощи, 3) фиксированная сумма со-оплаты (последняя форма используется чаще).

Распространенность соплатежей в ОМС в 11 странах Центральной и Восточной Европы в 2007 г. (слайд):

•Лекарства, изделия медицинского назначения – во все странах
•Диагностические услуги – во всех странах
•Амбулаторные посещения врачей: 1-2 евро – в 6 странах (существенно выше при отсутствии направлений первичного звена)
•Госпитализации: 1,5-4 евро в день – в 6 странах
•Вызовы скорой медицинской помощи: 2-4 евро- в 3 странах

Формы регулирования этих соплатежей (слайд):

1)Исключения из соплатежей. Венгрия (2007г):
-педиатрия
-экстренная помощь при жизненных показаниях
- профилактика, услуги по родовспоможению

2) Установление лимита дней госпитализации с соплатежами: Венгрия – не более 20 дней (максимум 24 евро за госпитализацию)

3)Установление годового лимита расходов: Чехия – не более 200 евро в год

Некоторые результаты введения системы соплатежей. Для примера возьмем Венгрию, где они были введены в январе 2007 г (слайд):

- впервые фонд ОМС не имел дефицита
- рост зарплаты врачей общей практики на 25%, педиатров – на 17%
- снижение объемов стационарной помощи на 29%, посещений на 23%
- сокращение числа выписок лекарств на 1 млн. (январь – август 2007 г.)
- врачи получили возможность тратить больше времени на каждого пациента

Соплатежи в российском контексте. Что нужно учитывать? Главные риски. Прежде всего, это риск замещения. Вводится соплатеж, но одновременно снижаются государственные обязательства по гарантиям. Вполне реальный риск. Помните, когда ввели взнос на ОМС, из бюджета стали давать меньше. Как с этим бороться? Нужны твердые обязательств государства в отношении роста государственного финансировании на среднесрочную

перспективу, как минимум, на 3-4 года. У нас все это уже делается, хотя денег все равно очень мало - в сравнении с гарантиями бесплатной помощи.

Второе: вероятность снижения доступности услуг для отдельных категорий граждан. Как с этим бороться? Нужна политика селективного исключения отдельных категорий населения из соплатежа – детей, инвалидов и проч. Но при этом следует помнить: чем больше людей мы делаем льготниками, тем выше размер соплатежа для остальных. Он может быть совершенно минимальным для покрытия дефицита программы государственных гарантий (пример Венгрии и Чехии), но только если платит подавляющая часть населения. Скорее всего, в наших условиях это нереально – льготников будет больше, чем в Европе. Размер соплатежей будет выше, чем в упомянутых странах. Но если сравнивать со стоимостью платных услуг, то размер соплатежей даже для массовых случаев лечения будет в разы ниже.

Третье. Иногда выдвигают аргумент, что трудно дифференцировать размеры соплатежей по территориям в силу сильно различающихся региональных условий. Действительно, трудно. Но нельзя на все смотреть только глазами федерального Минздрава. Мы и так в последнее время делаем только то, за что берется федеральный центр. Мне кажется, этот вопрос надо отдать регионам. Пусть они сами устанавливают размеры соплатежей - в зависимости от финансового наполнения программы государственных гарантий. Если региональная власть не дает достаточно денег на здравоохранение, предпочитая строить цирки, то соответственно размер соплатежа будет высоким. Все абсолютно прозрачно. И общественные силы будут иметь объективную информацию, чтобы судить о политике власти. Достаточно, сравнить размер соплатежа с соседним регионом со сходными экономическими условиями.

Большие административные расходы – еще один риск. Не думаю, что они будут больше, чем расходы по платным медицинским услугам. Самый главный риск, на мой взгляд, – это риск возможных политических спекуляций. Вообще говоря, все, что мы обсуждаем сегодня, все это может быть представлено как призыв к свертыванию государственного финансирования. Нет коллеги, речь идет совершенно о другом. Речь идет о поиске варианта «меньшего зла». Принцип общественной солидарности должен быть основой финансирования здравоохранения. Другое дело, как строить эти личные платежи. Варварскими способами, как сейчас, или попытаться приблизиться к более солидарным формам. И это надо объяснять людям, предотвращая политические спекуляции.

Все предложенные опции надо попробовать в регионах. Возможно, и что-то иное, что будет вами предложено. Но сначала обсудить факторы за и против, оценить все возможные риски. Для меня риски введения личных накопительных платежей представляются значительно более высокими по сравнению с системой соплатежей – готов обсуждать эту тему.

Как строить систему соплатежей? Возможный вариант (слайды):

1) *По видам медицинской помощи:*

- услуги участковых врачей остаются бесплатными, услуги врача общей практики – небольшой соплатеж

- консультаций узких специалистов, диагностические исследования, услуги по реабилитации и долечиванию

- стационарная помощь: первые 2-3 дня бесплатно для экстренных случаев, при этом устанавливается лимит общих платежей

- лекарственные средства по рецептам врачей. Соплатеж - разница между ценой необходимого лекарства и референтной ценой по классу лекарств

2) *По хирургическим и терапевтическим случаям*. Размер соплатежа на стационарную помощь для хирургических случаев на 20-30% выше.

3) По высокотехнологичным и обычным видам стационарной помощи. Соплатеж по высокотехнологичной помощи выше на 50-70% (но не в разы).

4) По порядку получения помощи. Самый высокий размер соплатежа при госпитализации без направления - в 3-4 раза выше

5) По категории заболеваний. Освобождаются социально значимые заболевания, онкология 3 и 4 стадии и проч.

6) Для основной части населения и льготников. Льготники по ДЛО освобождаются от соплатежей на медицинские услуги, но имеют опцию доплаты за необходимые лекарства

И еще одно. Мне кажется, что соплатежи, это продолжение того курса, который мы наконец-то стали артикулировать, - курса на создание одноканальной системы финансирования здравоохранения. Личные средства в данном случае соединяются с государственными средствами и являются объектом управляющего воздействия страховщиков. Это означает, что страховщики контролируют качество, участвуют в планировании объемов помощи, участвуют в управлении объемами помощи. Кстати, вот в этом-то как раз я вижу большой риск введения соплатежей. Пока наши страховщики в системе ОМС, а тем более в системе ДМС, не умеют управлять объемами медицинской помощи. И может так получиться, что мы заставим людей платить, но дополнительные средства будут использоваться столь же неэффективно, как и государственные.

Выводы:

1)Сложившиеся формы личных платежей должны уступить место иным формам – более солидарным и нацеленным на реструктуризацию здравоохранения.

2)Государство должно заниматься эффективностью использования не только налоговых, но и личных средств.

3)Предварительные платежи лучше решают эти задачи. Но возможно их сочетание с платежами в момент потребления.

4)Нужны региональные эксперименты.

Ясин: Спасибо. Прошу Вас Сергей Валентинович.

Ясин: Спасибо. Прошу Вас Сергей Валентинович.

ПЛЕХОВ С.В.- Заместитель Генерального директора страховой компании «Газпроммедстрах».

Уважаемые коллеги, тема моего содоклада – «Объединение обязательного и добровольного медицинского страхования, проблемы и подходы к решению».

Я хочу сказать, что эта тема совершенно не нова, она уже много раз обсуждалась, и Вы все много раз знакомились с различного рода материалами, поэтому я постараюсь не повторяться. Я сейчас хочу посмотреть вместе с вами насколько близко или далеко разошлись две эти системы медицинского страхования, как это влияет на систему здравоохранения и на пациента. И что нам делать, что можно предлагать в этой сфере.

Давайте посмотрим, как развиваются системы ОМС и ДМС. Вот слайд, на нем хорошо видно: справа компании - лидеры по добровольному медицинскому страхованию, слева – лидеры по обязательному медицинскому страхованию. Кто в лидерах? Справа - один перечень компаний, слева - другой перечень компаний. Здесь нет цифр, я не привожу цифры, потому что для нас важна тенденция. Тенденция такая, что ОМС занимаются одни компании, а ДМС другие. Почему же эти блоки не пересекаются? Мы понимаем, что в правой стороне многие компании являются группообразующими. Это - СОГАС, РОСНО, Ингосстрах, РЕСО, Росгосстрах, Капитал и другие. Они все образуют соответствующую страховую группу и в состав этой группы входит страховая медицинская компания, а их мы можем увидеть в левой колонке – МАКС-М, РОСНО-МС, Газпроммедстрах, Капитал - медицинское страхование и другие. Так вот, с одной стороны, одни лидеры, с другой стороны другие лидеры. Как видим, в страховых медицинских компаниях, собственно добровольного медицинского страхования нет. Это очень серьезный вопрос. А почему? Давайте сейчас попробуем на него ответить.

Прошу следующий слайд. Он нам тоже наглядно показывает, какой вклад внесли страховые медицинские компании, занимающиеся обязательным медицинским страхованием, в развитие собственно добровольного медицинского страхования. Вот он этот вклад, вверху в виде узкой темной полосы. Внизу, синее поле, это то, что универсальные страховщики собирают по ДМС, а вверху - это то, что собрали страховые медицинские компании все вместе взятые. Мы видим, что вклад страховых медицинских компаний в осуществление добровольного медицинского страхования ничтожно мал, и он уменьшается с 6,8% в 2004г. до 5,1% в прошедшем.. Это очень серьезная тенденция, над которой нам сейчас предстоит поразмышлять и я вас к этому призываю.

Итак, посмотрим, что же общего у систем ОМС и ДМС на сегодняшний день. Тут это прописано. Пять основных факторов, которые мы выделили. Вы, может быть, сможете назвать больше.

Теперь посмотрим, что различает эти две системы? Вот тут у меня таблиц будет побольше. И это тоже существенно. Пожалуйста, первая таблица - охват населения. Естественно, ОМС это солидарная система, и все группы населения охвачены, по ДМС же идет селекция по финансовым возможностям, месту работы.

Объем программ страхования. ОМС – всеобъемлющая, труднее сказать, что не входит в нее, чем что входит. По ДМС это конкретно лимитированные программы по многим показателям. Достаточно существенное различие между двумя системами.

Условия оказания медицинской помощи. Условия оказания, обращаю внимание, в ОМС – мало конкретны, имеют значительную региональную дифференцированность. По ДМС - обычно четко конкретизированы и примерно соответствуют цене. Тоже большое отличие.

Способы определения условий страхования. В ОМС они определяются законодательно по решению местных органов и в соответствии с базовыми и территориальными программами. В ДМС определяются в Договоре между страховщиком и страхователем. Следующее - финансовое обеспечение. Важнейший показатель. На сегодняшний день мы говорим о дефицитности программ обязательного медицинского страхования. Как правило, они закладываются с дефицитом, реализуются с дефицитом и доля платежей по ОМС, за исключением тех территории, которые сейчас участвуют в эксперименте по одноканальному финансированию, не превышает в настоящий момент 30% от объема средств поступающих в здравоохранения. Т.е. влияние системы ОМС сейчас на систему здравоохранения уменьшается, особенно с включением нацпроектов. Естественно, в системе ДМС, сколько денег собрали на те деньги и живем, она обеспечивает 100% покрытие себестоимости медицинской услуги и конечно, эта система очень интересна для медицинских учреждений.

Следующее. Тарифообразование. В ОМС мы знаем как считаются тарифы – зачастую обратным счетом, вот столько денег собрали, потом попытались их разделить на объем планируемой медицинской помощи, когда разделили, оказалось 20-30 % не хватает. И еще чего-нибудь подрезали, осталось 15%, на том и решили, а дальше выкручиваемся. В ДМС, конечно, это только актуарные расчеты. Никто без актуарных расчетов, если только эта компания не живет последний день, страховать не будет. Поэтому, в ДМС осуществляется очень серьезная селекция рисков, тариф полностью зависит от риска наступления страхового случая.

Кроме того, в тарифе оказания медицинской помощи по ОМС заложено, это мы знаем, - 5 статей, т.е. оплачивается только часть себестоимости медицинской услуги. И часто не самая большая. За исключением тех регионов, которые опять же участвует в пилоте по одноканальному финансированию. В ДМС закладываются средства на оплату полностью медицинской услуги и еще норма рентабельности на развитие бизнеса. Очень интересно и очень правильно.

Теперь способы унификации. В ОМС сколько субъектов - столько программ. Хотя есть единый закон и вроде бы какая-то единая нормативная база, но она дробится на количество субъектов. Свести концы с концами в этой системе еще никому не удалось. Везде системы разные. Сейчас существуют попытки унификации, но посмотрим,, что из этого будет получаться. В ДМС унификация идет на уровне страховщика, в разных территориях реализуется с небольшими вариациями одни страховые программы, которые как раз и лицензируются.

Ценообразование. Важный фактор. Ценообразование в ОМС административное, и не зависит от требования страховщика. Практически, страховщиков в ОМС при тарифообразовании мало кто спрашивает, насколько велики тарифы или малы. В ДМС четкая обусловленность тарифов, зависит от рыночных принципов взаимоотношений, и возможности договориться страховщика со страхователем и страховщика с лечебным учреждением.

Следующий слайд. Вы видите очередные различая. Их очень много, их можно долго перечислять. Вы их прочитали с экрана, не буду даже комментировать. Остановлюсь на последнем – орган, который регулирует деятельность страховщика. В ОМС это

территориальный фонд обязательного медицинского страхования. В ДМС – это федеральная служба страхового надзора. Вы скажете, что это неправильно. Да, по большому счету, неправильно. Мы все получаем лицензии в Федеральной службе страхового надзора. Когда доходит до конкретного обсуждения: ОМС - это страхование или не страхование, то правильно здесь говорили, что ОМС в последнее время, к сожалению к нашему огромному, скатывается к форме некоего социального перераспределения средств.

И наконец - финансовая устойчивость страховщиков. К сожалению, у всех ОМС-ных страховщиков, вне зависимости от того есть у них какие-то активы или нет, всегда положительная, потому что нет рисков.

Итак, к каким это приводит проблемам? В настоящее время, мы просто можем констатировать, что в ОМС и ДМС гораздо больше разделяющих факторов. И это порождает, к сожалению, разнообразные проблемы. Из этих проблем (наверное, можно тоже посоревноваться, кто больше этих проблем назовет) я постарался выделить, по нашему мнению, главные. Они представлено на слайде.

Во-первых, процесс лечения больного искусственно разрывается. Мы видим: ОМС-ные компании обеспечивают лечение сами по себе, ДМС-ные сами по себе. Объемы медицинской помощи, оказанной в рамках этих двух систем, мало или вообще не координируются. Одни платят из своих источников, другие вынуждены платить из своих, но других, источников за те же услуги. Часто идет двойная оплата или платеж только из средств ДМС по медицинским услугам, входящим в программу ОМС, отсюда и высокая цена полиса ДМС и его малая доступность населению.

Во-вторых, морально - этические проблемы. Часто застрахованные не понимают: они лечатся по ОМС или по ДМС, получают одни и те же услуги. В чем различие? И почему и за что они должны платить - за услугу или за сервис? Поверьте, это - большая проблема. И у застрахованных по ОМС, когда их отодвигают в очереди. И у застрахованных по ДМС, которые вынуждены за свои же деньги сидеть в этой же очереди и чувствовать себя не комфортно, когда их проводят за руку перед бабушками, дедушками или женщинами с детьми.

Теперь о краткосрочном характере ДМС. Почему так, да потому, что ДМС, в общем-то, является этаким придатком к системе ОМС, которая, в общем-то, не четко регламентирована. Система ДМС не расклассифицирована, в основном, закрывает бреши в системе ОМС и перспектива этого процесса неясна. Естественно, больше чем на один год никто ничего планировать не может. Нет у нас накопительных систем в реальном ДМС. Поэтому процветает накопительное страхование на один год. Это абонемент некий. Ни о каком долгосрочном планировании, когда человек может внести деньги в страхование сейчас, чтобы они были использованы в старости на его лечение, когда у него риски значительно возрастут, к сожалению, у нас речи нет. Поэтому система добровольного медицинского страхования, в частности, из-за проблем нормативной неопределенности и нестабильности ОМС, работает не более чем на 10% своего потенциала, потому, что люди могут платить сегодня и за этот год. А когда он старый станет, естественно, у него денег не хватит. Все - этот человек выпал из платежеспособного спроса. Ну и отсюда высокая стоимость полиса ДМС и т.д.,в общем, замкнутый круг.

И вот еще коротко. А почему же все-таки действительно по ОМС работают одни компании, а по ДМС - другие? Почему разделяют эти риски, почему уходят деньги ДМС

из страховых медицинских компаний? Это очень важный вопрос. И надо правильно на него ответить. А я вам скажу об очень важном факторе. Знаете каком? Боятся страховщики деньги частных страховых фондов держать в страховых медицинских компаниях, которые работают по ОМС. Почему? Они оттуда могут быть легко изъяты. А еще раз, почему ? А потому что тарифы в ОМС формируются административно не в связи с экономикой во многих случаях. И легко любую страховую медицинскую компанию, работающую в ОМС, загнать в долги, а дальше изъять деньги общественных фондов – это уже будет делом техники. А кто ответит перед застрахованными? Вот это очень большая проблема ДМС. В результате мы получаем две отдельных функционирующие системы.

Я в принципе мог бы на этом закончить свой доклад, но я с вашего разрешения пойду дальше. Есть разные способы разделить медицинские услуги. Вот эти в ОМС, вот эти в ДМС. Мы считаем, это путь тупиковый. Он у нас сейчас как-то по наитию формируется и это неправильно будет. Мы предлагаем путь гармонизации программ обязательного и добровольного медицинского страхования. Главное при этом создать условия, когда медицинская услуга независимо по ОМС или ДМС, оплачивалась полностью. Вот это очень важный фактор. Т.е. медицинская услуга, еще раз повторю, должна полностью 100% оплачиваться вне зависимости от того из какой системы (ОМС или ДМС) она оплачивается. Тогда можно требовать адекватного качества оказания медицинской помощи в любой из систем. Тогда уже все застрахованные, идущие с тем или иным полисом, становятся равно интересны для лечебных учреждений и они начинают за них конкурировать. И полисы ДМС или программы ДМС должны идти, как дополнение к программам ОМС, чтобы не было двойной оплаты за одно и то же, а оплата была за расширение конкретных объемов или за использование новых технологий, создание сервисных условий.

Пожалуйста, следующий слайд. Вот что мы предлагаем. Мы не хотим и считаем неправильным, когда деньги ОМС будут куда-либо выводиться, выход из системы ОМС - это разрушение принципа солидарности. Это сейчас мы видим в дополнительном лекарственном «страховании», которое превратилось в лекарственное обеспечение. К чему это приводит? Система все больше и больше становится убыточной, в ней остается только те, кто заболели. Мы предлагаем сбалансированную систему, которая содержит базис, который предоставляется бесплатно всем гражданам и финансируется только из средств ОМС. Затем, идет следующий второй уровень – расширение базового, предполагающий использование новейших технологий лечения и диагностики, более сложного оборудования и др., т.е. того, что не вошло в базовый уровень. Эти услуги предоставляются на принципах софинансирования, но именно по четко определенным стандартам и условиям. Человек должен знать, за что он заплатил и что ему гарантировано. На этом уровне за определенные категории граждан должно доплачивать государство и это тоже блок ОМС, а другие – платят сами, хотите из собственных средств, хотите страхуйтесь по ДМС. И дальше уже два сервисных уровня. Это ДМС – уровень третий, когда обеспечение в улучшенных условиях и четвертый – пожалуйста, фантазируйте – санаторно-курортное и другие услуги, все что хотите и все что с этим связано.

Следующий слайд. Вот тут я постарался расписать более подробно, поскольку время лимитировано, что мы в каждый уровень закладываем. Можно будет почитать и подискутировать.

Я хочу сказать, что по способам финансирования 1 уровень ОМС финансируется из общественных фондов, 2 уровень – софинансирование, для кого-то бесплатное (дотируемое по полному тарифу), для других частичное. 3, 4 уровни – только ДМС.

Коллеги много говорили о том, как софинансировать. Я считаю тоже, что надо четко определиться с объемами, медицинскими программами, необходимо четко определить те группы населения, которые будут получать государственную дотацию и те, которые будут софинансировать сами. Это важный шаг.

И заключительный слайд. Для того, чтобы эта программа единая сформировалась и начала работать, нам нужны четкие институциональные изменения, которые гарантировано определят для населения, что оно может получить, что не может, что может получить бесплатно и за что данная категория должна доплатить. Нужна технологическая определенность, должны быть стандарты. Не стандарт ОМС-ДМС, а стандарт лечения, который может быть разделен на уровни в зависимости от технологичности и чего-то еще. Дальше. Необходимо обеспечение здорового баланса между рыночным регулированием и государственным регулированием. Сейчас, к сожалению, рыночное регулирование у нас отставлено на второе и третье место. Почему? Особенно в ОМС, эта тема отдельного разговора и многим понятна. Необходимо четкое определение этапов и сроков реализации этого проекта. Очень хорошо сказал Владимир Вадимович, что никто не верил, что за 3 - 4 года можно ввести ОМС, однако люди не испугались и сделали. Я считаю, в этом предложении тоже нет ничего невозможного, надо просто захотеть. Должно это происходить в режиме диалога с обществом, стать продуктом общественного согласия и должно быть закреплено государством. При этом частный плательщик, который будет платить деньги должен четко понять, за что он платит. Что его соплатежи справедливы по отношению к нему и обществу и что будут гарантии, четкие гарантии, что эти деньги не будут разворованы и будут использованы в его интересах в долгосрочной перспективе. И они должны все пройти легально. Спасибо.

ЯСИН Е.Г. Спасибо. У нас еще есть небольшой содоклад – Степеннова Ольга Михайловна. Обещали, что коротко. По тому же вопросу**.**

Степеннова О.М. – заместитель генерального директора компании РОСНО

Постараюсь коротко. В предыдущем докладе добровольного медицинского страхования (ДМС) немного коснулись. Хочу остановиться подробнее на некоторых аспектах ДМС, но в первую очередь прокомментировать то, что было сказано предыдущими докладчиками.

Первый общий комментарий: ДМС - это на сегодня единственная система, где пациент (клиент, застрахованный) действительно стоит в центре системы. В предыдущем выступлении прозвучало, что ни в одной системе, призванной обеспечивать медицинское обслуживание наших граждан, сам человек не стоит в центре системы. Но согласитесь, что это не так, поскольку, когда человек платит сам за медицинские услуги, которые ему необходимы или могут быть необходимы, то он, как мы все хорошо понимаем, естественно претендует на качественное обслуживание в соответствии с медицинскими стандартами, а также имеет определенные ожидания относительно сервисной составляющей покупаемой услуги. И если его ожидания не оправдываются, то следующий раз он выбирает другого страховщика. Таким образом, именно в системе добровольного страхования клиент стоит в центре системы и борьба за него, на уровне качества обслуживания, все более и более обостряется.

Если говорить о рынке ДМС в целом, то, начиная с 2003 года, ежегодный прирост составляет 23%. И это в первую очередь говорит о том, что население не удовлетворено качеством обязательного медицинского страхования. С другой стороны, очевидно, что

растет реальная платежеспособность населения. Это именно то, что сказал Евгений Григорьевич: сформировался определенный сегмент, который в систему ОМС уже не идет. Представители этого социального слоя готовы платить за свое медицинское обслуживание и не только за то, что не обеспечивается ОМС, т.е. дополнительно к ОМС, но и базисный уровень ОМС их уже не устраивает. Это пример не эффективного использования государственных средств.

Характерной особенностью рынка ДМС, как уже было сказано, по-прежнему остается наличие существенной доли, так называемого, не рискового страхования (почти половина объема рынка). Это тот самый абонемент, тот самый накопительный в течение года продукт.

Другой характерной особенностью рынка ДМС является то, что концентрация, произошедшая в последние 3 года, сохраняется. Сохраняется и лидерство: это 5 ведущих компаний. Очевидно, что лидируют СОГАЗ и РОСНО (мы использовали разные источники информации с предыдущим докладчиком, но данные совпали, что подтверждает бесспорность распределения позиций на рынке).

Очень хорошо было отмечено в предыдущем докладе, что позиции на рынке компаний, работающих в системе ОМС и в системе ДМС, совершенно не совпадают, несмотря на то, что, как правило, это компании, принадлежащие одной группе (СМО – дочерняя компания материнской компании, работающей по ДМС). Причины такого положения очень хорошо были объяснены в предыдущем докладе.

Еще одна характерная особенность рынка ДМС сегодня - это портфель на 95% состоящий из корпоративных договоров. Корпоративную страховку ДМС работодатель приобретает для своих работников как часть своей социальной программы, дающей ему дополнительное преимущество на рынке труда. Однако, отказ работодателя от обеспечения своих работников страховкой ДМС вовсе не означает, что он может сэкономить 30% денежных средств (как прозвучало в первом докладе). Не буду останавливаться на причинах и экономике выбора работодателя в пользу ДМС, отмечу лишь, что корпоративный страхователь, также как и страхователь-физическое лицо, очень и очень внимательно относиться сегодня к своим деньгам и к качеству предоставляемых ему за эти деньги услуг. Работодатель действительно начинает осознавать необходимость заботы о здоровье и удовлетворенности своих работников, непосредственно влияющих на производительность труда, эффективность и рентабельность производства. В рамках своей социальной программы работодатель проводит опросы работников на предмет их удовлетворенности медицинским обеспечением, предоставляет работникам право выбора лечебного учреждения, а работник, осознавая, что страховка ДМС – это по сути часть его заработной платы, старается максимально воспользоваться медицинской страховкой.
Таким образом, экономия работодателя за счет корпоративной страховки, по факту оборачивается еще большими затратами.

Если говорить о том, что же сегодня востребовано на рынке, то это – комплексная программа, покрывающая все основные риски. Исключения составляют программы, которые выводятся из базовой, но они в системе ДМС предлагаются как отдельные специальные программы.

Как было справедливо отмечено в первом докладе, поставщиками медицинских услуг в системе ДМС действительно являются, в основном, ведомственные лечебные учреждение как наиболее востребованные у наших клиентов. В первом докладе прозвучал некий укор в адрес страховщиков, что в системе ДМС используется государственный сектор, т.е.

материально-техническая база государственных заведений. Во-первых, у этих государственных заведений есть лицензия на ведение коммерческой деятельности, во-вторых, выбор ЛПУ определяется предпочтением застрахованного, который стоит в центре системы ДМС. И если наш застрахованный выбирает сегодня государственные или ведомственные клиники (а именно так и происходит: человек все-таки идет в ЦКБ и другие ведомственные лечебные учреждения больше, чем в коммерческие), и при этом мы ничего не нарушаем с точки зрения закона, то, конечно, мы заключаем договоры с востребованными ЛПУ. Но в этом никак не есть интерес страховщика, занимающегося добровольным медицинским страхованием. Как уже было сказано, основная проблема заключается в том, что законодательство, касающееся системы здравоохранения и системы медицинского страхования (для ОМС и ДМС – это один и тот же закон), не отвечает потребностям времени и требует кардинального пересмотра.

Если вернуться к структуре портфеля ДМС, то около 5% - это физические лица. Здесь характерной особенностью является то, что физическое лицо покупает страховку в основном тогда, когда уже болен или планирует решить конкретные задачи, связанные со здоровьем. Т.е. происходит явная антиселекция рисков - страхователь выбирает и готов платить премию за покрытие страховщиком именно тех рисков, вероятность наступления которых приближается к 100%.

Если говорить о солидарности, то именно в системе ДМС она и имеет место, когда оплата страховой премии, произведенная за одного, по факту идет на покрытие части затрат на другого застрахованного. Особенно это показательно, когда в рамках одного корпоративного договора, несмотря на то, что застрахованный и страхователь – разные лица, один (не обращающийся) платит за другого (страховой случай с которым произошел). В меньшей степени солидарность имеет место в части портфеля физических лиц по причине антиселекции рисков, рассмотренной ранее.

С учетом вышесказанного, мы также считаем, что единственно возможный путь развития - это объединение систем ОМС и ДМС. Видим четыре варианта развития.

Первый вариант - это собственно та модель, которая сегодня существует. Требуются лишь минимальные законодательные изменения: уточнение объемов и порядок обеспечения государственных гарантий. Однако, реального эффекта от таких изменений ожидать трудно.

Поэтому перейдем ко второму варианту, который, на наш взгляд, является наиболее оптимальным: ДМС как частичное замещение ОМС. Клиент может приобрести программу ДМС, которая включает в себя, как базовую часть, программу ОМС. Соответственно, в этом случае часть убытков, в объеме программы ОМС, будет возмещаться из системы ОМС. Основное преимущество такого подхода – повышение эффективности контроля объемов предоставляемых услуг и реальное существенное повышение качества обслуживания застрахованных. Кроме того, при таком подходе легализуется существующая в ряде регионов практика. Совмещение финансовых потоков приведет к тому, что ДМС будет доступно гораздо более широкому кругу населения. Все преимущества этого варианта – это действительно ценностные предложения для клиента. К недостаткам подхода можно отнести то, что на практике потребуется более серьезный контроль взаимоотношений поставщиков медицинских услуг (ЛПУ) и страховых медицинских компаний. Также на этапе внедрения возрастут административные расходы. Однако, все эти недостатки носят исключительно административный характер в отличие от конкретных преимуществ, которые получит клиент.

Далее можно говорить о комплексной многоуровневой системе медицинского страхования. Это практически та же модель, что показал предыдущий докладчик. Форма представления отличается, но принцип - тот же. Единственное, о чем все-таки нужно упомянуть в связи с этой моделью, - это то, что потребуются институциональные изменения в части дифференциации категорий населения, поскольку базовые программы ОМС уже не у всех востребованы.

Далее, по нарастающей. На третьем варианте останавливаться не буду, поскольку в предыдущем докладе этот вариант был достаточно освещен.

Вариант четвертый – это многоуровневая система с обязательным дополнительным страхованием и соплатежами в ОМС. Это тот вариант, когда ДМС становится уже неким полуобязательным видом страхования (в отличие от третьего варианта, при котором ДМС остается добровольным видом), что теоретически расширяет возможности рынка ДМС, но несет в себе риск недостаточно широкого использования. Т.е. людей надо будет агитировать, т.к. на сегодня культура страхования все-таки остается достаточно низкой.
В заключении подчеркну, что мы поддерживаем вариант, предложенный «Газпроммедстрахом», и еще раз обращаю ваше внимание на то, что только действительно эффективное взаимодействие двух систем, в том числе в части финансовой, может привести к повышению уровня участия ДМС в системе обеспечения медицинской помощью населения и в общей структуре здравоохранения. Система медицинского страхования станет более прозрачной, т.е. более понятной широким слоям населения, у которого появится реальный выбор как страховщика, так и лечебного учреждения с учетом своего финансового положения. Существенно повысится качество обслуживания клиентов, высокотехнологичная медицина приблизится к пациенту, а программа дополнительного страхования ДМС станет более доступной по цене.

Однако все перечисленное будет возможно только при внесении соответствующих изменений в законодательную базу.

Ясин Е.Г. Спасибо, Ольга Михайловна. Докладчики закончили. Есть предложение задать вопросы, но на четверых докладчиков я отведу 8 вопросов. Потом будет дискуссия Пожалуйста. Сначала дама. Представляйтесь.

Михеева Ю.Е. - Министерство здравоохранения и социального развития РФ. Я бы хотела задать вопрос не как сотрудник министерства, а как соискатель экономического факультета Московского университета. В докладе Владимира Вадимовича не было достаточной информации о сберегательных счетах медицинского страхования. Владимир Вадимович (это больше реплика, чем вопрос) отразил как бы «хвост» системы - как деньги попадают в лечебное учреждение. А вот как эти деньги аккумулируются в системе сберегательных счетов, об этом, к сожалению, ничего не говорилось.

И еще одна ремарка. Система сберегательных счетов в мире в принципе признана неудачной. По опросам института Фрейзера, в 42% случаев ее назвали неудачной. Надо ли нам помогать банкам получать деньги с неясными последствиями для системы здравоохранения? Если мы посмотрим на цифры, то увидим, что США тратят 20% ВВП на здравоохранение, Канада, которая внедрила счета, - 9,5%. А у нас система дефицитная, и эта система должна сэкономить 20% средств. Что будем экономить мы? Вот что я хотела бы спросить Владимира Вадимовича.

В докладе было много нестыковок чисто экономических, особенно по вопросам стратегического планирования. Мой вопрос: что они (*западные страны – ред.*) сделали, чтобы аккумулировать деньги на сберегательных счетах? Что нужно сделать для того, чтобы эту сумму денег получить на карточке? Тем же банкам нужно помочь, страховым компаниям – это все-таки второй этап. У нас не полный тариф, у нас сметное финансирование. Как эти деньги отобрать? Во всем мире эти деньги - отчисления работодателей. А у Вас прозвучало, что это деньги наемного работника, самозанятого, родственников; почему-то взносы благотворительные появились. Поэтому я спрашиваю: на основании материалов какой страны делаются такие предложения и вписываются ли они в действующую экономику РФ?

Теперь по вопросу стратегического планирования. Как один из разработчиков закона о медико-социальном страховании скажу, что мы предлагали и подоходный налог, и акцизы. Нам не дали эти деньги влить в систему, потому что говорили о том, что мы можем понять уровень инфляции. Как можно вбросить не инфляционно, аккумулировав в банковской системе карточки на 143 миллиона человек? Вот это мне, как экономисту кафедры макроэкономического планирования и государственного регулирования, не понятно. Я бы хотела от Владимира Вадимовича получить грамотный экономический ответ, особенно учитывая то, что мы находимся в стенах Высшей школы экономики.

О самой системе счетов информации не было. Да, мы поможем банкам, страховым компаниям. Но мы тратим на здравоохранение 3,2% ВВП. У нас дефицит 30%, а там мы экономим 20% . Мы с какой целью будем внедрять новую систему? Чтобы оставить 10%? Я впервые задаю здесь вопросы от лица Московского университета, и мне кажется, что в позиции Владимира Вадимовича было очень много критики системы здравоохранения. Я не считаю это правильным.

И еще. Я думаю, что система счетов действует тогда, когда большинство учреждений здравоохранения приватизированы и находятся в частных руках. У нас система бюджетная. У нас 97% учреждений - бюджетные. Как в таких условиях внедрить систему счетов? Вы все-таки отвлекитесь от радужных перспектив. Не готовы у нас банки. И главное замечание, которое я хотела бы высказать всем ораторам (реплика Ясин Е.Г.: Это уже замечание?). У нас нет системы персонифицированного учета. Как мы будем объединять ОМС и ДМС, когда у нас нет этой системы, когда мы ее только создаем? В докладе об этом ничего не говорилось. Я считаю, что нужно начинать именно с персонифицированного учета! Объединение ОМС и ДМС - это вопрос даже не третий, а десятый.

Ясин Е. Г. Я вам гарантирую, в следующий раз я вам предоставлю слово для отдельного доклада. Спасибо.

Михеева Ю.Е. Нам все-таки бы хотелось получить ответ.

Ясин Е.Г. Конечно, конечно. Просто, Вы уже сказали так много, что я боюсь, Владимиру Вадимовичу потребуется еще столько же времени.

Гришин В.В. Я буду коротко.

Ясин Е.Г. А то мы уже два часа сидим. Давайте. Короче говорить – это не означает менее содержательно.

Гришин В.В. Первое: я не критиковал систему, поскольку в ней работал и кое-что в ней сделал. Второе: принципы организации системы – мы их не выполняем. Третье: Институт Фрейзера, я в курсе. Был задан вопрос, и население сказало, что все проводимые реформы направлены на то, чтобы снизить расходы. Так что ответы я знаю хорошо. Дальше. Как будут аккумулироваться средства? Я назвал источники: государство, работодатель, работник, личные накопления и проч. То же самое сейчас предложено в пенсионной системе: на 1000 руб. своих денег столько же добавляет государство. (Реплика Михеевой Ю.Е: Там есть система персонифицированного учета). Вот здесь сидит Нина Дмитриевна – мы с ней персонифицированный учет начинали в системе медицинского страхования в 1995-96 году. Она так и не создана сегодня, и если мы не ее не создадим, то вообще никуда не придем. Ответ получен? (Михеева - Нет, ответ не получен.).

Гришин: Я знаю многое по системе учета. У нас (*в Федеральном фонде ОМС, где Гришин был директором в 90-е годы – ред.*) брали данные МВД, ФСБ, и все знали, у нас была отличная система. (Михеева не соглашается). Дальше. Что Вы говорили об экономии, в общем правильно. Американцы сэкономили 20%. Я не собираюсь экономить. Я сказал, что деньги нужно добавить. И объединение системы ОМС и ДМС нужно начинать изначально с тарифов страховых взносов, а он у нас может выйти на 6% (*от фонда оплаты труда – ред*). И источники могут быть разные – программы целевые, поддержка профилактическая, страховые взносы, бюджетные средства и т.д. Дальше. По-поводу помощи банкам. Я не собираюсь помогать банкам, но если предлагается один из финансовых механизмов, вы все равно сегодня идете и берете там карточку. Никто не собирается помогать банкам. Ищутся варианты, где деньги аккумулировать. В частности, что первое я сделал, работая с Парамоновой много лет назад, - «загнали» деньги обязательного медицинского страхования в Центральный банк России, чтобы не потерять. Все равно банк нужен.

По-поводу стратегического планирования. Мы что спланировали сейчас? У нас несоответствие полное, диспропорция сетевая полная. По-поводу того, что сеть должна быть приватизирована, действительно, канадцы так пишут. (Михеева Ю.Е.: американцы). У американцев все проще, у них там все хорошо. А канадцы так пишут: чтобы система работала, нужны другие формы хозяйствования. А мы зачем с вами АУ (*автономные учреждения – ред)* вводим? (Михеева Ю.Е.: А мы пока не вводим). Что сейчас делается? Разделяются стационары и поликлиники, за счет государственного бюджета оснащаются, готовится полностью база, чтобы ее затем по существу приватизировать на оказание платных услуг. Я специально занимался этим вопросом. И никто больше не думает ни о какой солидарности, ни о каком ОМС и ДМС. Платные услуги – выручка мне в карман. Вот что такое сегодня медицинские учреждения (реплика Ясина Е.Г.: Совершенно верно).

Дальше. По-поводу инфляционного влияния. Самый важный вопрос. Если государство проводит политику (а оно собирается проводить антиинфляционную политику), то задам вопрос: что такое один триллион рублей в нанотехнологии? Там никакого продукта не будет. А здесь создается продукт. Инфляция бывает длинная, бывает короткая и т.д. Деньги связываем. Есть услуги, они будут произведены и оплачены. (Михеева говорит одновременно с Гришиным. Ясин Е.Г. прекращает дискуссию).

Ясин Е.Г. Я прошу прощения. Мы это в рабочем порядке доспорим. Единственно, что я могу себе позволить прокомментировать. Две позиции. Первое. Это то, что счета по ОМС и ДМС (и вместе взятым и отдельно) ни в каких банка храниться не могут. Только в страховых компаниях. Если вы хотите заниматься страхованием, занимайтесь. Каждый застрахованный должен от вас получить бумагу, в которой все написано и в которой он все видит. А если вы хотите прибегать к услугам банка, ваши дела. Это как бы договор

ответственности - риски несет страховая компания, и тут двух мнений быть не может. Что касается инфляции. Это уже по моей части. Я в Высшей школе не могу это отдать даже Владимиру Вадимовичу. Хочу сказать, что у нас есть сложная проблема монетизации экономики. Мы слышим от Минфина и Центробанка - ни одного рубля в экономику, Я бы их так перевел: мы на самом деле создаем очень большой резерв прочности. Они выполняют свою задачу, но проблема монетизации состоит в том, чтобы насыщать экономику деньгами. У нас сегодня 30% монетизации от ВВП. А если вы хотите иметь нормальную рыночную экономику, то это будет 80% , а где-то есть и больше - 100%. Поэтому позиция должна быть здравая. Если деньги оборачиваются и приводят к тому, что расширяются рынки, расширяется объем денежного оборота и т.д., то никакой инфляции не будет.

Михеева Ю.Е. Система счетов не имеет отношения к вбрасыванию денег. Это есть система расходования денег. Она совершенно не инфляционная. Потому что дополнительных средств не привлечет.

Ясин Е.Г. Да, конечно, это нормальный товарный оборот, тут никаких проблем нет. Все. Пожалуйста, Сергей Михайлович.

Шишкин С.М. – зам директора НИСП. По одному вопросу к каждому докладчику. Владимир Вадимович, в схемах накопительных счетов, принципиальное значение имеет, какую роль играет государство. В ваших предложениях – доплачивает государство за медицинскую помощь гражданам? Человек накопил что-то, потом он потратил что-то, деньги кончились на счету. Что в этой ситуации происходит? Поясните.

К Игорю Михайловичу вопрос. Постараюсь сейчас не вдаваться в дискуссию. Ключевая проблема при введении фиксированных соплатежей в условиях нашей страны состоит в том, что введем соплатежи, а с пациентов все равно будут тянуть деньги за платные услуги и в карман тянуть. Как вы предполагаете с этим бороться? Все остальное лирика. Т.е. не лирика, а как бы мечтания, без этого центрального вопроса.

И Сергею Валентиновичу вопрос. Когда мы несколько лет назад пытались пробивать идею объединения ОМС и ДМС было два основных аргумента против со стороны Минфина и т.д. Первый аргумент был ровно противоположный тому, что вы говорили: нельзя мешать деньги государственные с частными. Вот нельзя и все! Потому, что они могут быть использованы для оказании помощи платным пациентам. Второй аргумент был такой: посмотрите, сейчас в программах ДМС нет дорогостоящего лечения. Они не включают онкологию. Когда мы предлагаем объединить ОМС и ДМС, мы же не можем обязать страховщика. Они просто не будут включать онкологию. Что делать в этих условиях? Пакет будет не полным. Мне бы хотелось знать Ваше мнение по-поводу этих двух аргументов.

Ясин Е.Г. Пожалуйста, ответы. Только очень коротко.

Гришин В.В. Государство обязательно участвует. У нас уже есть актуальные расчеты. Есть группы рисков, есть половозрастной состав. Исходя из этого рассчитываются затраты, и они определяются в виде лимита средств на каждом счете. Если потратил, не хватает, на первое время, особенно на первые два года, предлагается перестраховочный фонд (условно - в фонде медицинского страхования), куда средства могут добавляться по тем же самым критериям. Что касается других функций государства, то еще раз говорю: государственные программы и планирование, в том числе стратегическое, - все это

сохраняется. Государство участвует обязательно в процессе накопления тем гражданам, которым не хватает.

Шейман.И.М. Я согласен, что ключевая проблема: смогут ли фиксированные соплатежи заменить неформальные платежи? Первое. Много зависит от того, какой будет размер этих соплатежей и, как он будет соотноситься со сложившимися неформальными платежами, т.е. многое зависит от дизайна. Второе, никто, естественно, вам не скажет, как быстро будет меняться потребительская культура населения. Когда начинали в Кыргызстане, тоже были такого рода сомнения – а вдруг соплатежи добавятся к уже действующим платежам. Но Вы знаете последние данные по этой стране, мы вместе их изучали. Они показывают, что первой реакцией на введение фиксированных соплатежей, было заметное сокращение неформальных платежей. Последняя статистика, которая имеется по этой стране за период с 2000 по 2003 год показывает, что те регионы, которые раньше начали с фиксированными соплатежами, в 2003 г. значительно меньше тратили в форме неформальных платежей. Уже есть доказательство того, что такого рода замещение неформальных платежей реально происходит. Многое, конечно, зависит от объема государственного финансирования, и если дефицит будет таким же, то возможности соплатежей заменить действующие платежи будут менее значительными.

Плехов С.В. Я готов ответить на вопрос. Этот вопрос, который вы задали, по-поводу того, можно ли общественные фонды передавать частным страховщикам и не смешают ли они их. Он перекликается с сентенцией, которую я, к сожалению, тут услышал, что страховщики не умеют управлять деньгами. Эта фраза тут прозвучала и она меня резанула. (реплика Шеймана И.М.: Не умеют управлять объемами помощи) Хорошо, пусть объемами, не принципиально. А кто им дал это делать? Если тут сидят страховщики, я думаю, они меня на 100% поддержат! Всеми объемами управляет департамент здравоохранения в регионе. В настоящий момент страховщики ничем не управляют, потому что нечем управлять. Они готовы управлять, но к их мнению мало прислушиваются. Это очень серьезная проблема.

Теперь отвечаю конкретно на вопрос о смешении денег общественных фондов и частных. А почему у Минфина не возник вопрос по ОСАГО? Они платят в частные страховые компании за страхование транспорта бюджетные деньги. Им почему-то можно и все нормально, ничего не украли. Все страхуется, риски возмещаются, а в медицине нельзя. (Реплика: кто-то возражает) Подождите, я отвечаю конкретно на вопрос. Мне кажется, эти утверждения не аргументированы, они оскорбляют медицинское сообщество и страховое сообщество. Поэтому я считаю, что на такие вопросы, на такие сентенции можно давать адекватные ответы. Но они обсуждаются в кулуарах и мнение субъектов системы никто не спрашивает. Слава Богу, у нас есть дискуссионная площадка, где каждый человек может выразить свое личное мнение. Я сейчас выражаю свое личное мнение.

Теперь по дорогостоящей помощи. Объем государственного финансирования не должен сокращаться. И к нему должны прирастать частные деньги. «Дорогостой» может остаться в этой государственной части. И соотношение рыночного и государственного регулирования - разумное без злоупотреблений - оно как раз и создано для равных условий развития бизнеса и государственного сектора на базе единой тарифной системы. Единой, а не для 5 статей затрат. Естественно в ОМС ни одно частное медицинское учреждение не войдет никогда по 5 статьям затрат, оно не сможет функционировать. Поэтому объединение нужно вводить поэтапно, и государство должно регулировать этот процесс. Общество должно понять, что все это в его интересах. И поверьте, наш народ не

такой глупый. Люди могут платить, они только должны знать, за что платят. И эти средства не будут разворованы.

Ясин Е.Г. Я хочу поддержать Сергея Валентиновича в одном важном моменте. В том, что мы сами должны иметь трибуну для свободного высказывания мнений, и сами разрабатывать и предлагать проекты документов, настаивая на их рассмотрении. Потому что сейчас Минздравсоцразвития, по-моему, опять пошел не потому пути - ограничить скамейку участников обсуждений. Опять чиновники насочиняют черт знает что, а мы будем расхлебывать. Это я Вам. Не как соискателю.

Михеева Ю.Е. Мы, честное слово, не сочиняем.

Ясин Е.Г. Ну кто-то другой сочиняет. Невозможно ни к кому подступиться (Шум в зале, многочисленные реплики).

Шейман И.М. Коллеги, извините. Замечание организационного порядка. Идет запись, мы собираемся все это напечатать. Не только те, кто в первый раз выступает, но и те, кто с места посылает какие-то реплики, пожалуйста, все равно представляйтесь.

Улумбекова Г.Э. – исполнительный директор АСМОК (Ассоциация медицинского общества по качеству) – Евгений Григорьевич, я хочу сказать по-поводу закрытости обсуждений. Я - один из представителей комиссии по разработке концепции развития здравоохранения, являясь ее ответственным секретарем. Хочу сказать, что этот процесс исключительно открытый, даже имеется сайт. Я потом подойду и дам название этого сайта.

Ясин Е.Г. Я прочитал об этом статью Татьяны Алексеевны и даже вырезал ее. Но я знаю, что вы там делаете с этими сайтами.

Улумбекова Г.Э. Евгений Григорьевич, насколько слов. Сейчас разработка концепции происходит поэтапно. Созданы 9 рабочих групп. Готовятся проекты материалов. В состав этих рабочих групп вот, пожалуйста, Гришин входит и Игорь Николаевич Денисов. Когда материалы будут готовы, они будут все вывешены для открытого обсуждения в течение 2-3 недель. Этот процесс очень открытый. А теперь у меня два вопроса. Первый - к Владимиру Вадимовичу. Каковы административные издержки по реализации программы по сравнению с программой обычного медицинского страхования? Второй вопрос - к председателю компании СОГАЗ. В случае предложения дополнительных методов диагностики для тех пациентов, которые получили дополнительное страхование по ДМС (плюс к базовому по ОМС), будет ли действовать принцип солидарности? И третий. Вы представили перечень компаний. Первой идет СОГАЗ, потом ЖАСО по объему добровольного медицинского страхования. Было бы очень интересно узнать, какую долю в этих компаниях составляет ведомственный контингент. Потому что изначально эти компании формировались за счет денежных средств ведомств.

Шейман И.М. Дополнительно к Вашему вопросу, чтобы не задавать специально. Вы говорили о многоуровневой системе страхования, о дополнительных страховых пакетах. У меня такое ощущение, что вы говорили об этом так, как будто государство уже четко определило гарантии по базовой системе. На самом деле, границы остаются мутными. Есть только определенная линия на использование стандартов лечения в качестве меры гарантий. Причем, по замыслу Минздрава, это будут стандарты полноценные, не какая-нибудь «осетрина второй свежести». Если стать на такую позицию, то возникает вопрос:

как тогда дифференцировать пакеты гарантий? Ведь осетрина может быть только первой свежести. Лечить так лечить.

Плехов С.В. По-поводу дифференциации услуг по уровням. Если говорить о том, как мне это видится, то я вижу, что должен быть стандарт, который позволяет человека вылечить, и этот стандарт должен быть оплачен и полностью тарифицирован. Он должен быть оплачен в рамках системы ОМС. Дальше могут быть уровни другие. Это расширение и применение новых методов исследований, может быть неинвазивных. Применение «тяжелой» техники (либо лечебной, либо диагностической) может быть заменено более легкими для пациента методами. То есть возникает несколько уровней. Это как раз тема для дискуссии. Я докладывал, практически без цифр, я хотел пройтись по принципам. То, что вы говорите, как продифференцировать в ситуации стандартов, - это очень серьезная тема, и ей надо заниматься более глубоко. Здесь можно принять «соломоново решение», здесь можно найти баланс разумного и необходимого.

Теперь вопрос о составе застрахованных и компаниях. На первом месте СОГАЗ, на втором РОСНО, на третьем ЖАСО. Где они собирают взносы - в корпоративном страховании или в частном? Да, основные деньги собираются в корпоративном. Частники, насколько я знаю, (коллеги из РОСНО меня поправят) составляют 5-7% объема страхования у всех компаний. Так что тут не должно быть иллюзий - корпоративное страхование доминирует, люди вряд ли будут сами платить много. Потому что больные за счет своего полиса ДМС получает те же услуги, которые им гарантированы по ОМС. Они не понимают, что ему «всовывают».

Улумбекова Г.Э. Вы меня не поняли. Я просто хотела сказать, какое число корпоративных клиентов, например из АО РЖД, составляет в объеме всех клиентов, застрахованных в ДМС .

Плехов С.В. Знаете, я на самом деле ни в ЖАСО, ни в СОГАЗе не работаю. И это, наверное, не тема нашего сегодняшнего разговора. Я страховая компания «Газпроммедстрах» - заместитель генерального директора.

Улумбекова Г.Э. Хорошо, тогда по СОГАЗу.

Плехов С.В. Страховая группа СОГАЗ, безусловно, какая-то часть, наверное, существенная, примерно 30% .Может быть 40%. Я сейчас буду фантазировать. Вам это надо?
Ясин Е.Г. Ладно, не фантазируйте.

Плехов С.В. Дальше. Программа госгарантий не лимитирована, как вы сказали. Я, к сожалению, не развернул это в своем докладе. У меня есть соответствующие слайды. ДМС будет непонятно эфемерным, пока мы четко не определим программу государственных гарантий: что предоставляется бесплатно, за что надо доплатить, каким категориям населения. У нас сейчас программа без гарантий, она лишена конкретности. И без этого никакого движения не будет - ни в ОМС, ни в ДМС. Это - краеугольный камень реформы.

Гришин В.В. Евгений Григорьевич, у меня еще вопрос.

Ясин Е.Г. Нет уже все. Больше вопросов не будет.

Гришин В.В. Вопрос был задан.

Ясин Е.Г. Ну, давайте, только коротко совсем. Уже больше вопросов не будет.

Гришин В.В. По-поводу административных издержек. Этот вопрос делится на три части. Первое. Экономия есть на уровне поступления средств: зачисления работодатель-работник. Второе. На всех этапах прохождения средств. Я могу назвать все этапы, как проходят деньги. И на всех «отпиливаются» средства. Третье. На этапе оплаты услуги. Откуда информация и почему я это знаю? Я работаю несколько лет с американской стороной, с канадцами, чехами. Встречаюсь с ними постоянно и обсуждаю эту тему. Так вот: примерно наполовину возможна экономия на административных затратах в амбулаторно-поликлиническом звене, а в стационаре - в среднем на 17-23%.

Ясин Е.Г Кто желает выступить?

Омельяновский В.В. – Совет Федерации РФ, председатель секции по социальным вопросам охраны здоровья населения России. Я не являюсь экономистом, я - клинический фармаколог и хотел бы обратить ваше внимание вот на что. Уважаемые коллеги, мы сейчас все стоим на том этапе, когда ДЛО разрушается и превращается в какие-то мелкие кусочки. Я хочу сказать, что ДЛО является моделью для изучения ошибок. Никто пока не проанализировал отрицательный и положительный опыт ДЛО. И когда мы говорим о различных системах финансирования – о системе соплатежа, системе личных накоплений и проч., то мне кажется, что мы можем наткнуться на те же самые проблемы, с которыми столкнулось ДЛО. А именно: мы не знаем рынка. Когда производитель телевизоров выходит на рынок, он всегда сначала анализирует, что и сколько продается. Мне кажется, что нам тоже нужно знать больше о рынке медицинских услуг.

Второй момент. Когда запускалась программа ДЛО, не существовало логистики ДЛО и не существовало стандартов оказания фарматерапевтической помощи. Не существовало информационных систем. То же самое и в рассматриваемых системах. Пока не понятно, как будет осуществляться логистика. Мы можем только предполагать. По-прежнему не определены стандарты оказания медицинской помощи и фармпомощи. Мне очень понравилось, что сегодня сказали о том, что наша система сегодня не готова к приходу больших денег. Для того, чтобы эти деньги освоить, не только теневым образом, но и конструктивным образом, мы должны знать, как, сколько, куда и почему. Мы не готовы к приходу этих больших денег. Мы сначала должны создать инфраструктуру, и только после этого постепенно насыщать систему денежными вливаниями. Прежде всего, нужен персонифицированный учет. Тогда мы сможем посчитать и сказать, сколько сегодня денег нужно и сколько сегодня денег мы можем дать по системе государственных гарантий и дополнительно по системе ДМС или частных платежей. (Реплика из зала: извечная мечта россиянина.) Извечная мечта россиянина, но если не будет мечтаний, то мы никогда не придем к тому, к чему мы должны прийти. Или хотелось бы прийти. Спасибо.

Гурдус В.О. – генеральный директор ЗАО «Медси».Уважаемые коллеги, тема нашего обсуждения инновация финансирования здравоохранения. Я бы хотел сказать несколько слов о том, зачем вообще мы обсуждаем инновацию - ради какой сверхзадачи. Наверное, все-таки все инновации финансирования здравоохранения преследуют цель повышения качества оказания медицинской помощи населению. Иначе, ради чего все эти игры? Финансирование здравоохранения осуществляется нарастающими цифрами, все идет вверх и т.д. Так вот мне кажется, у нас произошел разрыв в восприятии механизмов финансирования здравоохранения и механизмов контроля качества. На сегодняшней день та система, которая сложилась (бюджетно-страховая), никак не влияет на качество

оказания медицинской помощи. Отдельно деньги, отдельно качество. Ну «снимет» страховая компания немножко услуг с лечебного учреждения, якобы не качественно оказанных. Ну «дорисует» лечебное учреждение необходимое количество услуг. Так ведь все происходит. Работает «игровая» модель финансирования здравоохранения: на воротах стоит строгий швейцар, требует пропуск. Если пропуска нет, то пропускает без него. Можно дальше продолжать так играть. Но любые инновации должны быть направлены на то, чтобы попытаться повысить качество медицинской помощи.

Как это сделать? Первое необходимое условие - недостаточное, но необходимое. Это оплачивать медицинскую помощь адекватным образом. Невозможно сформировать рыночные механизмы ни в одной отрасли, если ты платишь по «игровым» ценам. Невозможно наладить производство качественных телевизоров, если эти телевизоры покупаются по цене 100 рублей за штуку. Ну, невозможно. Никакой инвестор не пойдет, никто не будет заниматься усовершенствованием технологий, никто ничего не будет делать. Потому что и так заплатят 100 рублей, больше не заплатят, может быть, 120 в следующем году. (реплика Ясина Е.Г.: точно модель ЖКХ) Ну, видимо так. Я в ЖКХ не очень хорошо разбираюсь.

В здравоохранении, мне кажется, это сильно больной зуб - адекватность оплаты услуг. Поэтому, первое, чтобы я предложил включить как инновационное предложение – это оплачивать медицинскую помощь в адекватном размере. Объем должен покрывать все статьи себестоимости услуг медицинского учреждения. При этом я продолжаю считать, что уровень зарплаты сотрудников здравоохранения недостаточен для того, чтобы требовать качественную медицинскую помощь. Рассчитывать цену от нынешней заработной платы, возможно, от более высокой, но тем не менее, хотя бы с чего-то надо начинать.

Следующий момент. Для меня важно разделение частного и государственного здравоохранения. Если завтра возникнут референтные цены и возникнет реальный финансовый интерес побороться за клиента, можете мне поверить: все учреждения, которые входят в группу компаний «Медси», будут стремиться качественным образом бороться за этого клиента и работать по государственным ценам. За любого клиента. Только, пожалуйста, заплатите за этого клиента адекватную цену, пускай там не будет высокой рентабельности. Хотя бы покроются статьи затрат. Уверен, что буду конкурентоспособен. Никаких сомнений. Уважаемые коллеги, приглашаю всех принять участие в этом эксперименте. Если этот механизм финансирования пойдет. И тогда решать все вопросы: и инвестиции в здравоохранение, и контроль за частным здравоохранением, который если считается недостаточным, то его можно усилить. На самом деле, лицензии выдаются также, СЭС проверяет также, пожарные проверяют также, взятки все берут также.

Идея, связанная с участием населения в оплате. На мой взгляд, ее не стоит абсолютизировать, я бы, честно говоря, вводил дифференцированные подходы к финансированию помощи пожилым людям, детям, неработающим и проч. Аналог программы «Медикер» в США. Те, кто может соплатежи осуществлять, – работающие люди, предприятия за своих сотрудникови и т.д. – соответствующие программы надо максимально стимулировать через налоговые механизмы. Это тоже один из апробированных механизмов, но первое условие - надо оценить, сколько платить в форме соплатежей. Ну почему 1 евро надо брать, или 20 рублей? Может быть, 120 надо брать? Но с тех, кто реально может заплатить. За остальных государство должно взять ответственность на себя - платить полноценным рублем за этих людей.

Последний момент. Идея накопительных счетов или идея перехода от добровольного медицинского страхования к страхованию здоровья, мне лично очень нравится. Я ее в своих лечебных учреждениях, которые в системе ОМС не работают, эту идею реализую применительно к работе со своими клиентами. У нас в структуру медицинского направления входит и фитнес-клубы, где люди могут здоровьем заняться, и СПА – люди могут красотой заняться и т.д. В принципе никто не стимулирует их тратить деньги только на поход к хирургу или к урологу. Можно потратить свои деньги на профилактические оздоровительные мероприятия. Отлично, если это будет стимулировано, я это горячо поддерживаю как правильную идею на государственном уровне. Механизмы, как это внедрить, наверное, подлежат обсуждению, но это правильно. Надо стимулировать не лечение, а здоровье. Это с точки зрения государственных интересов, наверное, более правильный подход.

Может быть, взять какую-нибудь часть амбулаторно-поликлинической помощи и посмотреть, как это повлияет на качество обслуживания и удовлетворенность населения. Если повлияет положительно, а я уверен, что повлияет положительно, тогда расширять на следующие сегменты отрасли здравоохранения (а может быть, и на жилищно-коммунальные услуги). Спасибо.

Ясин Е.Г. У нас везде, где не работает рынок, наблюдается одно и тоже. Никаких вариантов. Просто поражает, что каждый на своей делянке думает, что у него что-то такое особенное. Есть особенное в профессиональном плане, но с точки зрения экономики просто поразительно, как одно и то же. Какая разница? Вы платите за свет, за воду или за медицинское обслуживание. Законы одни. В этом все дело.

Шишкин С.В. Я коротко постараюсь. Я хочу солидаризоваться с Владимиром Оскаровичем практически во всем, что он сказал, кроме того, что все наши инновации должны быть направлены на повышение качества, что естественно справедливо, но есть еще и другие важные задачи у системы здравоохранения, как минимум две. Должна быть справедливость - хотя бы в распределении финансового бремени на лечение, и должно быть эффективным использование ресурсов. Как минимум, две дополнительные задачи.

Я хочу с этих позиций отнестись к предложенным сегодня вариантам, не претендуя на широкий обзор всех реформ здравоохранения. Накопительные счета – крайне интересно с либерально-экономической точки зрения. Сделать пациента потребителем, дать ему инструменты контроля за врачом и т.д. Но проблема заключается в том, что реальный опыт использования таких накопительных счетов в Сингапуре, США, Китае, (реплика Шеймана: И больше нигде)…. Да, практически больше нигде. Этот опыт говорит, что есть три ключевые проблемы, с которыми столкнулись все эти страны, ну в разной мере, естественно. Накопительные счета не сдерживают рост расходов на здравоохранение. Вроде бы пациент контролирует, но все равно ему «втюривают» большой объем услуг и т.д. Сами по себе накопительные счета еще не является гарантией того, что вам не «втюрят» больший объем услуг, т.е. это не есть необходимое условие и даже не есть достаточное условие. Раз растут расходы, то получается неэффективное использование средств – это проблема, с которой они все столкнулись.

Следующая проблема – там, где есть участие государства (это в Китае было), там получается сразу социальная несправедливость. Те, кто вкладывает на эти счета больше денег своих, те от государства получают больше добавки. Выстроить иначе может быть можно, но сложновато. Поэтому надо иметь в виду, что такие проблемы есть, и я не в коей мере не есть противник, категорический противник этой идеи. Ее надо, наверное, попробовать, в отдельных регионах она может быть даже апробирована в богатых

регионах для богатых граждан. Но, по крайней мере, то, что мы знаем сейчас и то, что мы можем твердо говорить - в нынешней ситуации не предложено таких вариантов накопительных счетов, которые мы можем с минимальным риском рекомендовать в качестве решения для всей нашей страны. Вот это абсолютно точно.

Следующее – это фиксированные соплатежи. Мы давно с Игорем Михайловичем спорим, аргументы – контраргументы. Сегодня у него получился там новый контраргумент. Прежде всего, что хочу сказать. Когда Игорь Михайлович ссылается на опыт Кыргызстана, коллеги, там было все-таки немного не так. Не сократились неформальные платежи, а введение этих фиксированных соплатежей легальных, привело к тому, что темпы роста неформальных платежей в двух регионах, в которых эти ввели, были меньше, т.е. соплатежи оказали сдерживающее влияние. Да, меньше росли, но росли все равно. И эти данные относятся к первому году после введения соплатежей, 2002-2003г. Ну, к двум годам. С тех пор эти обследования не проводились там. Только в 2007 году они собирались их провести, данных пока нет, посмотрим. Я уверен, что в 7 году все там выравнилось и неформальные платежи платятся, как и до эксперимента. В любом случае это только сдерживающий фактор в условиях Кыргызстана.

Если мы введем это у нас, да, наверное, мы сдержим рост неформальной платы. Но, имеет ли смысл ради такого результата затевать такую большую сложную систему? Поскольку, еще раз повторю аргумент, который я всегда привожу против фиксированных соплатежей: чтобы не ухудшить от их введения доступность медицинской помощи для части категорий населения, надо предусматривать очень сложную систему исключений и очень точно назначить размеры соплатежей. Все обследования наши, которые мы проводили, свидетельствуют о том, что сочетание платности-бесплатности, цены, правила неформальных платежей - все это сильно различается и между регионами и внутри каждого региона. Поэтому, вводя некую единую схему, даже на уровне региона единую схему, мы рискуем очень сильно ущемить ряд категорий населения. Игорь Михайлович сегодня выдвинул новый аргумент против этого. Пусть регионы сами тогда определяют размеры соплатежей. Вроде бы контраргумент. Нет. Почему? Потому что сейчас у нас, как показывают данные социологических исследований, в более богатых регионах доля получающих помощь бесплатно оказывается выше. А в бедных - доля платящих выше. Как только Игорь Михайлович скажет – регионы определяйте сами, бедные регионы назначат высокие соплатежи. Богатые их сделают низкими или вообще не назначат. К чему это приведет? К еще большему разрыву в доступности медицинской помощи между регионами и в справедливости несения бремени расходов. В богатых будут по-прежнему получать услуги бесплатно или с минимальными соплатежами, а в бедных – они будут вынуждены еще больше платить из своего собственного кармана. Мне кажется, что это результат не лучший. Поэтому лично я против, по совокупности этих причин, против введения и даже апробации фиксированных соплатежей по отношению к медицинской помощи. По отношению к лекарствам, я за. Нужно проверять, делать. По отношению к медицинским услугам, не стоит ради сомнительных результатов, ради красивой идеи. Идея абсолютно правильная, красивая. Да, надо повысить солидарность участия, да, сегодняшние условия плохие. Но, коллеги, предложение напоминает рассуждение революционеров. Когда делается революция: вот сегодняшняя система плохая, а мы предлагаем систему, которая будет хорошо работать, она такая замечательная. Вводят эту замечательную систему, и получается, как Виктор Степанович говорил, – хотели, как лучше, а получилось, как всегда. Давайте вспомним о том, что революции происходят не по тому, что предлагается новая система, которая в идеале лучше, чем сегодняшняя плохая. Они происходят тогда, когда большая часть населения или элита не хочет жить по старой системе. Вот сейчас у нас, не знаю, к счастью или к сожалению, и элита и население ругаются, но готовы жить по прежней системе. Менять ее сильно не хотят.

Стоит ли нам предпринимать такие радикальные изменения с высокими рисками, чтобы получит мифически более хорошую систему. Я в этом не уверен.

Что касается добровольного ОМС-ДМС, мне кажется, что это более перспективный путь, здесь как раз обеспечивается сдерживание роста расходов. Такая система не будет влиять на справедливость распределения финансового бремени,. Проблема здесь в другом. Понятно, что этой системой воспользуется в лучшем случае средний класс. Мы знаем, что даже в богатой Америке ДМС не охватывает все население. Даже если мы сейчас «вкачаем» туда средства обязательного медицинского страхования, страховки ДМС будут покупать не все. Я за этот путь, но не надо при этом забывать, что для половины населения, для большей половины, этот инструмент недоступен. И нам надо все равно думать, а что делать для них? Мне кажется, что в сегодняшних условиях другого выхода, кроме того, чтобы проводить последовательно политику ограничений и запрещений предоставления платных услуг в государственных медицинских учреждениях, одновременно с увеличением зарплаты их работникам. А ожидание медицинских работников – в 2,5 раза выше, наши опросы это показывают. Среднее ожидание - в 2,5 раза надо увеличить зарплату, чтобы они стали хоть на что-то реагировать. Они считают, что им несправедливо платят. Им надо повышать зарплату, надо насыщать оборудованием, надо стараться, чтобы качество понемножечку повышалось, но пока медицинские учреждения оказывают платные услуги, одновременно бесплатные, мы никакой легализацией соплатежей и, к сожалению, никакими стандартами проблему не решим.

Ясин Е.Г. Вот так вот.

Михайлова Ю.В. – директор НИИ организации и информатизации здравоохранения. Сидящие здесь Игорь Михайлович, Владимир Вадимович и еще ряд коллег подтвердят, что мы вернулись в 1991-93 годы, когда разрабатывали закон о медицинском страховании (вот нас кучка маленькая в живых осталась) и те же самые вопросы поднимали. Именно тогда уже стоял вопрос о том, сколько нам нужно денег для того, чтобы определить величину государственных гарантий бесплатной медицинской помощи. Этот вопрос был поставлен на Верховном совете, и все было просчитано. Денег нам нужно было 9,8% от фонда оплаты труда по ОМС и 6% бюджетных средств от ВВП. Тогда мы получили пример политической спекуляции, о которой как раз говорил Игорь Михайлович. Реально дали 3,4%, а бюджет существенно снизился до уровня 1990 г. Поэтому ключевой вопрос сегодня такой же, как тогда, - четкое определение государственных гарантий бесплатной помощи. Все остальное – производное от него.

Тут я с Шишкиным не согласно в отношении соплатежей. Он говорит, что это не надо вводить, потому что это не доказано, другое не доказано. Но у нас огромная страна, можно сделать в рамках эксперимента и реально проверить. Если будем сидеть, извините меня, еще больше народа умрет. То, что народ вроде бы уже смирился с платными услугами, - прямое следствие иллюзий и безразличия. Каждый думает: вот я заболею, где-то меня подлечат или я заплачу, но никто не знает сколько.

Давайте не будем строить иллюзий: без соплатежей, без соучастия пациента государство не потянет выполнение объявленных гарантий. У нас есть опыт не только Кыргызстана, но и Белоруссии. Когда мы переходили на медицинское страхование, и я такая вся воодушевленная выступала, что у нас все проблемы будут решены - деньги будут идти за пациентом, качество медицинской помощи поднимется, страховые компании будут конкурировать за нас - белорусы нам сказали: а мы пойдем по другому пути, оставим государственную систему. Мы четко определим: первичная помощь будет бесплатной, а

вот стационарная помощь, высокоспециализированная помощь - тут будем думать. Какие результаты? Сегодня самая высокая продолжительность жизни из всех стран СНГ именно в Белоруссии. Где самая маленькая младенческая смертность? В Белоруссии. За счет того, что в первичном контакте пациент- врач выявляются патологии и больные не доходят до критичного уровня, т.е. до высоких технологий - примерно 70% больных. Но они сейчас столкнулись с проблемой, когда уже этого мало, нужно заниматься высокими технологиями.

Резерв первичной помощи очень большой. В нашем институте просчитано: значительная часть смертности - это результат потерь в первичном секторе. Его надо укреплять. В докладе СОГАЗа было показана выстроенная пирамида оказания услуг, она должна быть действительно доступна и бесплатна. Могут ли быть здесь соплатежи? Вот тут, Игорь Михайлович, надо подумать. Может быть, исходя из очень плохого состояния здоровья, населения надо мотивировать его к тому, чтобы больше лечились в поликлинике. Для этого сделать первичные услуги полностью бесплатными, а вот дальше уже соплатежи. Я абсолютно не согласно с Шишкиным, что соплатежи не уменьшат неформальные платежи. Да, мы, как и гаишники, морально опустились уже настолько, что повышай – не повышай зарплату, все равно, наверное, теневые платежи будут. Но не все же решать в один день. Если пациент будет платить законно, то он будет более требовательным, он подумает, нужно ли что-то давать в карман: ведь денег у него не так уж много, он уже один раз заплатил, он другой раз не заплатит. Наверное, и у врачей совесть заговорит: ведь им уже заплатили деньги, и фонд оплаты же увеличился. Значит, будет не столько брать, как сейчас.

Сегодня был затронуты очень актуальный вопрос объединения ОМС и ДМС. Действительно, по страхованию наших автомобилей как-то легко согласились с объединением средств в одной компании, а вот тут все время боимся. (Обращается к Шейману): Почему соплатежи нам с тобой в 93 году не дали провести в Государственной Думе? Нас пугали, что народ поднимется. Водку в 10 раз больше стали пить и она намного дороже стала - народ не поднялся. А вот 1%-ый соплатеж, который мы предлагали, Дума категорически отвергла. При разработке законодательной базы мы проявили явную слабость. Я призываю, давайте немножко побудем ястребами и будем остро ставить все эти вопросы. Пусть чиновники боятся, мы научные работники не боимся. Спасибо.

Ясин Е.Г. Спасибо. Последняя выступающая.

Шамшурина Н.Г. – профессор кафедры экономики здравоохранения Московской медицинской академии им. И.М Сеченова. Сегодня обсуждалось практически четыре доклада, которые имеют разное содержание и разную направленность. В докладе Владимира Вадимовича речь шла о совершенно новом механизме финансирования здравоохранения. Игорь Михайлович, на мой взгляд, предложил усовершенствовать существующую систему. Уважаемые докладчики, представляющие систему медицинского страхования, говорили о том, что нужно изменить ее функции и изменить ее структуру. Мне кажется, что ключевая проблема лежит в плоскости экономических интересов участников системы здравоохранения. Прежде всего, медицинских работников и пациентов. Каков интерес медицинских работников? Естественно, получать за свою работу достойную зарплату. Это элементарно. Какой интерес пациента? Получить качественную медицинскую помощь и недорого. Но в силу низкой покупательной способности населения (об этом все говорили), возникает ситуация, когда пациент обращает свой взор к государству. Евгений Григорьевич справедливо отметил, что рыночные законы действуют везде и неумолимо. Но в здравоохранении есть «провалы»

рынка, о чем много писал Игорь Михайлович в своих книгах. А значит участие государства неизбежно.

На мой взгляд, на сегодняшнем этапе - достаточно переходном, в этой разноголосице мнений - есть опасность того, что введение абсолютно новой системы финансирования может разрушить то, что мы уже создали за последние 15 лет. Поэтому было бы разумно сохранить систему обязательного медицинского страхования, но сделать ее системой одноканального финансирования. В этом случае мы получаем одного ответственного за обеспечение гарантий медицинской помощи населения со стороны государства. Платить надо по полному тарифу, но по тарифу не безмерному, а определенному на основе стандартов медицинской помощи. Такую систему вполне реально создать.

Евдаков В.А. – главный врач Московской городской поликлиники № 224. Я хотел бы уделить внимание лишь докладу Игоря Михайловича. Тему, которую он сегодня поднял, он уже осветил в своих публикациях. Люди имели возможность ознакомиться с его позицией. Есть оппоненты. Сергей Владимирович - ярый оппонент, мы обсуждали с ним эту тему. Он не согласен с этим подходом. Я как практикующий главный врач, могу сказать: не дай бог вам оказаться больным в нашей системе здравоохранения - обратиться в учреждение, где у вас нет знакомых. Вы сами, Сергей Владимирович, говорите, что 50% населения платят за медицинскую помощь из кармана. Это уже не коррумпированная система. Это уже преступная система. Но платят как? Не зная сколько, кому и, самое главное, без государственного регулирования.

Что предлагает Игорь Михайлович? Соплатеж населения. Почему только в бедных регионах? Возьмите сегодняшнюю Норвегию. Это ведь сегодня одна из самых богатых стран мира. У них существует предварительный страховой соплатеж населения и соплатеж во время получения медицинской помощи. Я беседовал с людьми. Не с врачами, с пациентами. Они удовлетворены этой системой - практически бесплатной медицинской помощью в момент ее потребления. Вот Линденбратен не выступает, но явно оппонирует: брали взятки, и будут брать. Да берут взятки. Для меня, как для главного врача, – это бич. Я на бочке с порохом сижу. Придет ОБЭП, снимет одного, другого, снимут меня. В Москве многих сняли за эти взятки. Это же сейчас тяжелейшая проблема. Более того, мы пытаемся ввести какую-то систему материального стимулирования сотрудника, но взятка в карман низводят ее на нет. Все наши старания стираются в пыль.

Соплатежи позволят навести порядок. Надо закрепить эту систему законодательно и установить контроль - как со стороны пациента, заинтересованного в трате своих денег, так и со стороны администрации учреждения. И мне кажется, что эксперимент такой провести надо. Вот я бы готов сразу представить свою поликлинику под этот эксперимент. Я вижу в этом смысл, я вижу в этом необходимость в современных условиях. У нас что, сегодня деньги в карман врачу – это лучше? Спасибо за прекрасный доклад, Игорь Михайлович.

Ясин Е.Г. Я должен сказать по поводу взяток. С моей точки зрения, в медицине то, что платят врачу, это не взятки. Это дополнение к рыночной цене. Только никак не регулируемое, потому что нет механизма регулирования. Вы не можете от этого уйти. Единственный способ – это легализовать, привести в какие-то рамки, в какие-то формы. В народе говорят, что если вы хотите сделать дорогу, по которой будут люди ходить, посмотрите, где прошла тропка.

Шейман И.М. По-поводу накопительных счетов. Первый вопрос, который не прозвучал в докладе. Как мы будем определять долевое участие государства? С пенсиями там легко,

там все знают свои будущие потребности. А в части медицинской помощи будущая потребность для конкретного гражданина определяется очень плохо. Все под богом ходим. Когда в Европе обсуждалась идея медицинских ваучеров (по существу накопительных счетов), от нее отказались в общем-то из-за технической проблемы – сложности справедливой «раздачи» государственных денег. Есть большая литература по этому поводу, из которой следует, что только 10-15% ожидаемых расходов предсказуемо на индивидуальном уровне. Это если не иметь персонифицированной статистики о прежних расходах индивидуума. Если она есть, то можно повысить предсказуемость затрат. Но такая база данных создается годами и стоит недешево.

Второе: неизбежность трансформации накопительных счетов в обычное коммерческое страхование. В ситуации, когда все под богом ходим и не знаем, сколько реально нужно средств государственного соучастия, придется создавать страховой пул, который будет выравнивать большие отклонения в ожидаемых расходах держателей накопительных счетов. Кому-то этих средств точно сильно не хватит. Это Сингапур доказал и Америка сегодня доказывает.

Третье (я усиливаю тезис Сергея Владимировича). Накопительные счета не только не способны сдержать расходы, они их сильно увеличивают. Нужно быть готовым к эскалации расходов. О какой экономии вы говорите? Существует понятие «спрос, спровоцированный предложением». Этот эффект сильней всего действует при прямом контакте между пациентом и врачом. Страховщик способен несколько смягчить его действие, поскольку существует контроль обоснованности услуг и другие формы управления издержками. Пока накопительные счета будут дрейфовать в сторону институтов медицинского страхования, мы можем ожидать быстрого нарастания расходов – государству в своей части придется «раскошелиться». (Реплики с места). Я вам про это и говорю. А в системе соплатежей личными средствами управляет страховщик. Когда мы что-то доплачиваем за посещение или за госпитализацию, эти деньги идут по каналам ОМС и ими управляет страховщик.

Ясин Е.Г. На самом деле, реально все разговоры об обязательном медицинском страховании – это просто разговоры о бюджетной системе здравоохранения. И больше ничего. Не вижу я тут ничего! Какие-то фокусы, «бантики» и т.д., а на самом деле больше ничего.

Шейман И.М. По-поводу соплатежей больше не буду говорить. Мы с Сергеем Владимировичем по два раза в день обсуждаем эти вопросы. По поводу объединения ОМС и ДМС. Упрек, который прозвучал в отношении рисков объединения, Вы «отбили» как бы с морально-этических позиций: чем мы хуже, воровать не будем. На самом деле, когда разводили ОМС и ДМС имелось ввиду немножко другое, и не только у нас. Это опасность перекрестного субсидирования: деньги общественные (ОМС) могут поддерживать застрахованных по ДМС. В Израиле, в Германии все это тоже существует. Мне кажется сильней звучит Ваш аргумент по поводу возможности преодолеть фрагментацию оказания медицинской помощи в рамках объединенных программ. В самом деле: при разъединении ОМС и ДМС врачи не дополняют друг друга, система распадается на отдельные фрагменты. Из одного кармана платим за одно, из другого кармана – за другое, все это дублируется, накладывается друг на друга, утрачивается системность обслуживания застрахованного. Если объединим эти средства в руках одного страховщика, то ожидаемая экономия и выигрыш для потребителя, я думаю, перекроют возможные потери и риски. Все, я больше не комментирую выступления.

Большое спасибо за активное участие. Хочу вас предупредить, что с сегодняшнего дня мы вместе с компанией РОСНО, во-первых, активизируем эти семинары, немножко их учащаем, может быть, в связи с тем, что сейчас идет обсуждение концепций.(Реплика. Ясин Е.Г. На сайте нужно разместить. Там такой живой журнал. Дорога ложка к обеду). Во-вторых, будем публиковать стенограммы, в том числе и этого семинара. Большая просьба ко всем выступавшим и даже к не выступавшим, в письменной форме прислать нам ваши выступления и соображения, которые могут появиться. Кто не успел выступить - постеснялся или не было времени - пожалуйста, присылайте, адрес у вас есть. Все это будет опубликовано.

И в порядке анонса. Следующий семинар, который мы планируем, будет иметь условное название «Лекарственное обеспечение или лекарственное страхование?» (Реплика: Ясин Е.Г.: хороший вопрос.) Эта тема сегодня всех волнует, Обсуждение предполагает некую инвентаризацию сложившихся процессов и механизмов, а также размышлений о будущем.

Я призываю всех к еще более активному участию. В нашем списке приглашенных 130 человек. Мы многим отказали даже, многих не пригласили в расчете на то, что у нас все желающие не поместятся. (реплика: Ясин Е.Г. возьмем большой зал.) Поэтому я призываю ваших коллег, которые хотели бы участвовать в этом семинаре, зовите их (реплика Ясин Е.Г. в следующий раз будем проводить на Покровке, возьмем большой зал на 600 человек). Наше желание - сделать Высшую школу серьезной площадкой общественных обсуждений (реплики из зала, общий поддерживающий шум). Будучи старым идеалистом (теперь еще и «революционером»), я сохраняю надежду на то, что такие обсуждения будут полезны. Да и мозги наши надо «дисциплинировать» в ходе этих обсуждений. Очень рассчитываем на более активное участие Минздрава. Стародубов еще утром говорил, что приедет, Рейхарт обещал, Яковлева обещала.

Ясин Е.Г. Ну все. Теперь я скажу два слова под занавес. Я ничего в этом не понимаю, но вы меня «завели», поэтому терпите. Первое, что мне кажется важным сказать. Это то, что государство наступает. В том смысле, что мы имеем шанс в ближайшее время скатиться снова на позицию государственного здравоохранения. За все будет платить государство, деньги будут получать учреждения и дальше можно рассчитывать только на совесть. Так мы и будем жить, полагаясь на то, что совестливые врачи не перевелись. Система медицинского страхования придумана не зря. Она придумана именно для того, чтобы создать механизм согласования экономических интересов, страховые компании должны выступать представителями пациентов. Потому что рынок медицинских услуг - чрезвычайно своеобразный. Там очень большая ассиметрия информации, Там совершенно не стыкуется врач с пациентом. Если вы хотите их оставить один на один, то понятно кто всегда будет выигрывать.

Сейчас наступление сторонников государственной бюджетной системы. На заседаниях Общественной палаты я это почувствовал. Все врачи хором - вернемся назад. Первый Давыдов провозгласил: долой все эти реформы, раньше было лучше. И даже мой любимый академик Воробьев и тот сказал – мы это изобрели, мы то изобрели, получаем мало, давайте больше денег. И все. Ребята, так дело не пойдет. Я теперь хочу обратиться к вам, господа страховщики, и сказать: Вы собираетесь работать или нет? Я прошу прощения, вы отрабатываете номер. Я скажу, как это выглядит со стороны: вам небольшую толику денег дали, ну и все. Вы боитесь поднять голос. Вы хотите возвращения бюджетного здравоохранения? Вы его получите, если будете молчать. Нужно говорить во весь голос. Массам говорить, перед правительством и т.д. Есть определенная категория людей, которая вам верит и есть, которая считает, что вы им не нужны. Это пациенты. Значит, вы должны с пациентами работать, дорогие мои, их надо

убедить, иначе ничего не выйдет. Их надо убедить. Вот в этом мне кажется очень важная задача. Я понимаю, что вы не в состоянии соревноваться со всеми лечебными учреждениями. Силы вроде бы не равны. Но если появятся сигналы того, что улучшается качество, что врачи перестают бездумно выписывать дорогие лекарства, которые платить приходится пациенту, что вы реально пациентов защищаете, то отношение к вам изменится (Реплика из зала: Мы этим занимаемся). Ну где? Я ничего не знаю про это.

Женский голос: Я могу сказать, что за один год только наша компания и только по Москве, сэкономила системе здравоохранения денег столько (ликвидация приписок, необоснованных услуг и проч.), сколько нужно на годовое содержание 1000-коечной больницы.

Ясин Е.Г. Что же обязательное медицинское страхование вам даже спасибо не сказало. Ну, я не знаю. Это вопрос, вы можете сами себя похвалить. Я вам говорю как пациент. Я пациент и ваши цифры, может быть, Зурабов знает, Голикова знает, а я не знаю. И мне до лампы. Поэтому важно активизировать доказательства вашей необходимости. Если вы не докажете это и не будете доказывать каждый день, ничего не будет получаться. Я понимаю, есть такие места, какие-то медвежьи углы, нет конкуренции. Там страховые компании не нужны. Но таких мест будет все меньше и меньше, люди стягиваются в большие города. Там есть выбор, есть конкуренция. В этом направлении надо идти. Иначе ничего не выйдет.

Теперь в отношении Чехии. Вы меня умилили просто. Я скажу почему. Потому что социалистические страны Восточной Европы не отменили практически никаких социальных гарантий, ну так получилось. Ну, благо, они сейчас вступили в этот Европейский союз, и какое-то время поковыряется, но вообще-то Восточная Европа еще больше Западной больна избыточными социальными гарантиями. Это никто не считал по настоящему. Поэтому для нас это не пример. Посмотрите, что делается в Америке. Есть бесплатные программы для бедняков, есть такое неприятное явление, что 80% всех расходов на здравоохранения - затраты богачей, особенно в последние годы. Они хотят протянуть, продлить жизнь. Вроде бы нехорошо. Но обратите внимание, что все-таки прогресс медицинской технологии и всего, что касается лекарственных препаратов, это главным образом Америка. Была бы там другая система, и там было бы по-другому.

Я бы считал так: ели мы хотим выйти на правильное решение, мы не можем брать за пример европейские страны. Там слишком сильны позиции собеса. Но мы не можем брать и американский опыт. Давайте сделаем что-нибудь свое. У нас еще есть возможность. Не знаю, сколько времени у нас на это осталось. Я должен сказать, что я категорически за объединение обязательного и дополнительного медицинского страхования. Больше того, убежден, что если все будет продолжаться так, как сейчас, у нас обязательное медицинское страхование умрет. Останется только дополнительное, потому что люди хотят быть здоровыми.

К сожалению, существуют очень многочисленные слои населения, которые как выразился доктор Осипов, не хотят жить. Не хотят лечиться, у них такое лежачее положение: выпил водочки, съел селедочки, и все дела. А что будет завтра, его не волнует. Цена жизни равна нулю. Нас с каждым днем становится меньше. Значит, есть определенный класс, это средний класс, какие-то слои населения, у которых появились деньги и которые хотят жить и хотят быть здоровыми. Они будут нести деньги, сколько хотите. Потому что дороже здоровья ничего нет. Поэтому я вам желаю успеха. Будьте здоровы. Спасибо