

Ведущий. Прошу, Лариса Дмитриевна, присаживайтесь.

Попович. Всё равно придётся встать.

Ведущий. В этот тёмный декабрьский вечер...

Попович. Полный надежд и сомнений...

Ведущий. ...мы очень рады приветствовать всех, кто добрался сегодня к нам, потому что записалось намного больше народу, а люди, видимо, то ли в пробках, то ли в магазинах скупают последнее, то ли еще что-то, хотя тема, которую сегодня обсуждаем здесь мы, с моей точки зрения, гораздо более близка каждому из нас. Эта тема – здравоохранение и то, что с ним сейчас происходит, а самое главное – то, что с ним будет происходить в ближайшее время.

Я представлю наших сегодняшних экспертов, экспертов высокого уровня в данной области. Это Лариса Дмитриевна Попович, директор Института экономики здравоохранения НИУ «Вышки», да?

Попович. Да

Ведущий. И Владимир Станиславович Назаров, директор Научно-исследовательского финансового института, то есть института Министерства финансов, самого большого и главного.

Попович. Вот кто нам всё расскажет.

Ведущий. Я напомню вкратце наш с вами регламент, по которому мы будем работать. Вот Владимир Станиславович у нас уже был, а Лариса Дмитриевна, по-моему, в первый раз.

Попович. В первый раз.

Ведущий. Поэтому для неё и для всех, кто, может быть, забыл. Сначала даётся двадцать минут первому выступающему, после чего оппонент задаёт два коротких вопроса, получает быстрые ответы и сам после этого имеет свои двадцать минут и, опять же, встречно получает два вопроса и тоже на них отвечает. После чего мы открываем сессию вопросов и ответов. Тот, кто хочет задать вопрос, поднимает руку, встаёт, задаёт этот вопрос. Сегодня мы не будем письменно собирать вопросы, потому что аудитория у нас маленькая, людей мало; давайте так вот будем по-домашнему разговаривать. Представьтесь, естественно, когда будете задавать вопрос, скажете, кому он адресован, и наши уважаемые эксперты на эти вопросы ответят. Ну и потом последняя часть нашего заседания – выступления из зала. Если кто-то хочет выступить по теме, то обязательно поднимает руку и тоже говорит всё, что думает, не скрывая от нас своих самых сокровенных мыслей. В конце мы дадим, естественно, время нашим уважаемым оппонентам выступить ещё по паре минут, а всё мы должны завершить ровно через два часа, как обычно всё это и делается.

И в конце я сделаю объявление о том, что нас ждёт на следующем диспуте, потому что следующий диспут состоится уже очень быстро, 15 января. То есть вот только-только промелькнули наши долгие праздники, в которых всем придётся позаботиться о здоровье – и сразу же будет диспут. Мы, видимо, на этой неделе уже сделаем рассылку, так что, чтобы все были готовы сразу после праздников насыщаться интеллектуально на нашем очередном диспуте.

Итак, я предоставляю слово Ларисе Дмитриевне. Лариса Дмитриевна, пожалуйста.

Попович. Спасибо огромное за приглашение, здесь практически родная альма-матер, хотя я заканчивала биофак. Постараюсь все изложить в быстром темпе, поскольку для меня было удивительным про регламент. Итак:

про здравоохранение вообще можно говорить много. Любые фантазии, которые на сегодняшний день есть у людей, в общем, реализуются сейчас в здравоохранении: и в новых технологических трендах, и в различных интересных подходах. Меняется вся система оказания медицинской помощи, фармацевтики, меняется и сам технологический уклад. Мир переходит к так называемой персонализированной медицине, которая позволяет учесть все особенности реакции конкретного человека и, наконец, избавиться

от ситуации, когда лекарства, даже правильно выбранные, не приносят пользы, а даже могут нанести вред. Как видите на слайде, такие ситуации встречаются довольно часто, и население удивляется, почему это медицина у нас такая беспомощная. А проблема в индивидуальной особенности реакции организма. Поэтому прорывом будет то, что в ближайшее время мы перейдем к геномной терапии. И мир об этом сейчас серьёзно говорит. Эти шуточные картинки здесь не случайно. Возможно, совсем скоро перед получением рецепта на лекарство нам будут делать геномное исследование. Далее. Все информационные ресурсы, которые сейчас активно развиваются в сфере здравоохранения и становятся доступными для пациентов, естественно, сильно повышают требовательность людей к системе здравоохранения, и зачастую врачи жалуются на то, что пациенты знают больше о своей болезни, чем они сами. А значит, меняются критерии квалификации медицинского персонала и необходимо перестраивать систему обучения.

Понятно, что здравоохранение с его технологическими и информационными изменениями становится всё дороже, и при этом одновременно наблюдается иной тренд – тренд постарения населения. Постарение населения идёт достаточно быстро, и оно будет сопровождаться ростом хронических заболеваний, а, следовательно, ростом потребления медицинской помощи. Причем за счет общественных источников, потому что в пожилых возрастах, когда потребность в помощи существенно возрастает, у человека падает возможность ее самостоятельно оплачивать.

Накладывающиеся тенденции приводят к тому, что в ближайшее время все страны будут уже практически в «красной зоне», и если будет продолжаться тот же самый тренд на развитие здравоохранения, который есть сейчас, то доля затрат на здравоохранение будет превышать 20%, 30%, а то и 50% ВВП в отдельных странах. Поэтому, конечно же, проблема того, каким образом выстраивать системы здравоохранения, стоит перед любой страной в мире, и оптимальные модели организации здравоохранения являются первым номером социальных реформ в повестке дня практически у любого государства.

При этом надо понимать, что здравоохранение всегда стоит перед дилеммой, какие направления и фокус внимания выбрать. Арифметика здравоохранения такова, что 0,5% населения потребляют 25% ресурсов, а 50% населения – только 3% ресурсов. Поэтому всё здравоохранение как бы раздваивается: либо сконцентрировать ресурсы на развитии высоких технологий, которые обеспечат потребность вот этих самых 0,5% населения, либо обеспечить массовые технологии, которые покроют потребности остальных 50%. И этот дуализм в развитии здравоохранения, в общем, отражается в тех или иных моделях, которые выбирает страна. Конечно же, в основном, учитывая все серьёзные технологические тренды в сфере здравоохранения, государства выбирают максимально рациональную модель, которая позволяет, обеспечивая высокотехнологичные тренды для категорий серьёзно больных людей, тем не менее, ориентироваться на профилактику, на массового потребителя, стараясь снизить риски развития самых тяжёлых заболеваний, на которые требуются значительные ресурсы системы здравоохранения. Фокус направлен на устранение так называемых «зон неэффективности». Как это достигается?

Самым главным современным этапом развития здравоохранения, который позволяет существенно экономить ресурсы, является переход к так называемой модели пациентоцентризма. Что это такое? Это хитрая концепция, которая предполагает, что помимо инфраструктуры, полностью необходимой пациенту и делающей доступными и высокотехнологичные, и повседневные потребности, в систему вкладывается очень глубокий психологический смысл. Главное в пациентоцентрической системе – не стены и оборудование, главное в пациентоцентрической системе – отношения врача и пациента, отношение доверия и партнерства в сохранении биологического потенциала человека. Потому что в этой сфере можно достичь значительно больших успехов, чем при наращивании технологического потенциала. Доверие к врачу и системе здравоохранения со стороны населения, наряду с сочувствием пациенту и демонстрацией мотивации ему помочь наилучшим способом со стороны медиков - это главные стимулы для населения

сохранять себя здоровым. Это совершенно очевидно и понятно уже в мире, поэтому психологические принципы отношений являются обязательным атрибутом любой хорошей системы здравоохранения, и во многих системах здравоохранения их качество оценивается ровно по уровню дружелюбности системы к пациенту. И это позволяет совсем иначе аллоцировать ресурсы, расходовать их более рационально, поскольку все участники системы работают сообща и в итоге ориентированы на сохранение здоровья, т.е. на снижение потребности в медицинской помощи.

Система пациентоцентризма, в принципе, выглядит как трёхзвенная система. Вы, наверное, слышали, что мы её тоже вроде как строим, хотя и на иных принципах. В мире она ориентирована следующим образом. Основную, базовую составляющую (третий уровень пациентоцентричной системы) составляет домашнее обслуживание с использованием современных телекоммуникационных возможностей, web-диагностика, лекарства, которые можно покупать без рецепта и услуги по оздоровлению. При необходимости на втором уровне для пациента формируется доступ к комплексной диагностике и лечению в крупных диагностических центрах. И только по витальным, то есть по жизненным, показаниям в острых ситуациях, требующих экстренного вмешательства, оказывается специализированная помощь (первый уровень). При этом такая помощь достаточно краткосрочна, интенсивна и делается практически индустриально, потому что пациенту в больнице делать нечего, он хватается там дополнительную инфекцию, и это увеличивает затраты системы здравоохранения. Это концепция, которая принимается практически всем миром. Четыре-пять дней, вывод из жизнеугрожающего состояния и долечивание на второй и третий уровень.

По идее, идеальная «луковица» системы здравоохранения должна выглядеть вот ровно таким образом. Самопомощь, и это важный элемент хорошей системы здравоохранения; так называемая концепция ответственного самолечения, когда пациент отслеживает, что происходит с его организмом, и внимательно следит за тем, чтобы биологические возможности организма сохранялись как можно дольше на хорошем уровне. В этом ему помогает врач-консультант индивидуальной помощи. В случае необходимости у пациента есть возможность обратиться в микросистему помощи; это второй уровень, я вам его показала. Наконец, есть макросистема помощи. Это то, что мы называем госпитальной высокотехнологичной помощью. И, конечно же, должна быть создана нормальная общественная атмосфера, поддерживающая хорошее, дружелюбное, толерантное и доверительное отношение пациента к системе здравоохранения и формирующая среду для появления желания сохранить здоровье правильным поведением.

Конечно, в реальности, в жизни всё выглядит по-другому. Все эти системы разбалансированы. Они, в общем, существуют сами по себе где-то как-то. Они мало интегрированы, и задача западных систем здравоохранения – создать эту интеграцию как можно более быстро и оптимально.

Системы действительно очень разные в мире, и цели они ставят разные, и выстраиваются очень по-разному. Но главным и обязательным условием любой модели организации здравоохранения является то, что она чётко определяет три компоненты. Володя наверняка будет ссылаться на этот слайд.

Назаров. Да.

Попович. Это картинка Криса Дэвиса, замечательная картинка, которая демонстрирует, что любая система здравоохранения обязательно должна ответить на три вопроса: кому, что и при каких условиях общество будет предоставлять помощь за счет общественных ресурсов системы здравоохранения.

Что происходит в Российской Федерации? Вот теперь поговорим о нас. В Российской Федерации создана воистину уникальная система здравоохранения, которая обещает нам в качестве государственных гарантий лечение всех болезней, входящих в международную классификацию болезней (МКБ-10), бесплатно. Вдумайтесь - все болезни, которые есть сейчас в мировом классификаторе болезней, включены как

гарантии бесплатной медицинской помощи. При этом по закону граждане имеют право на свободный выбор медицинской организации – т.е. могут обратиться в любое медицинское учреждение. Более того, в законе написано, что застрахованными могут быть не только практически всё население Российской Федерации, но и иностранные граждане и лица без гражданства. То есть мы обещаем, что будем лечить «всё, всем, задаром и в условиях свободного выбора». И неважно, что в страховой системе может участвовать только тот, за кого заплатили. Мы же широки душой – обещаем благо всем.

При этом в систему социального страхования не поступают платежи как минимум за тридцать миллионов человек. И уровень подушевого государственного финансирования во много раз ниже, чем в большинстве соседних европейских стран. И по уровню здоровья Россия находится на 97-м месте в мире, слегка опережая Африку и отдельные страны Азии. А мы позволяем себе обещать «всё, всем, задаром и в условиях свободного выбора» но за очень-очень ограниченные деньги.

И вот эта проблема неконкретности программы государственных гарантий сопровождает нас с самого первого дня образования системы обязательного медицинского страхования. Да, конечно, можно рассчитывать на то, что сохранение социальных гарантий, о которых сегодня сказал президент, позволит нам достичь такой доли расходов на здравоохранение, которая будет соответствовать расходам на национальную оборону. И, как вы видите, если следовать основным направлениям бюджетной политики – возможно, Володя меня поправит, но пока в этом документе рост наблюдается к 2017 году только национальной обороны и здравоохранения; всё остальное либо падает, либо не растёт. Это потрясающий документ, оптимистичный и говорящий о том, что здравоохранение, наконец, вроде стало национальным приоритетом в нашей стране. И, в общем, слава богу, потому что рост затрат Российской Федерации на здравоохранение происходил куда медленнее, чем в других странах. Вот на слайде можно видеть уровень затрат Российской Федерации. Вот это все остальные страны, это ЕС, это страны ЕС с мая 2004 года, то есть бывший соцлагерь, ну, вот тут как бы остальные, СНГ; мы чуть побольше, чем они. Рост идёт очень маленький. Уровень финансирования крайне низкий, реально низкий. При этом происходит вот такой рост частного финансирования здравоохранения, со значительным скачком, начиная с 2006 года. Если посмотреть по доле, то с 1995 года, в сравнении, рост государственных расходов произошёл в четыре раза, рост частных расходов – в семь с половиной раз. Таким образом, частные платежи постепенно вытесняют государственное финансирование. При этом очень неравномерно распределяются эти частные платежи по территории Российской Федерации. Есть территории, в которых низкий душевой доход, но очень высокие расходы на медицинскую помощь. Вот эти территории-лидеры здесь. Есть территории с обратной динамикой. К сожалению, очевидно, что никакого регулирования цен на платную медицинскую помощь, несмотря на неэластичность этого товара, не происходит. В Российской Федерации отсутствует сколь-нибудь нормальное регулирование предоставления платных медицинских услуг.

К сожалению, нет нормального ценового регулирования и в государственном секторе предоставления медицинской помощи. Посмотрите: здесь представлены данные о том, насколько отличаются цены на медицинскую помощь в системе ОМС. Это колебания стоимости единицы помощи. Обращения в связи с заболеванием. Отличия между регионами – в восемь раз. При этом по бюджетной составляющей программы государственных гарантий – в двадцать три раза. Стоимость единицы посещения с профилактической целью – по бюджетной составляющей отличие в шестнадцать раз. Стоимость вызова «Скорой помощи» между субъектами – разница в восемь раз. Разброс интенсивности использования оборудования. Флюорографы, число флюорограмм. Отличие – в тридцать один раз между субъектами. Флюорограмм на десять тысяч населения – в четырнадцать раз. Та же самая история – томография: в двенадцать, в восемь с половиной раз. Это в одной стране. Тарифы ОМС на МРТ-диагностику в ряде

регионов выше, чем эти же тарифы на платные услуги. А ведь это государственное оборудование, это государственные медицинские учреждения. Вот, пожалуйста. И разброс тоже, вы видите, в десять раз практически. Печально, что, купив томографы и другую тяжёлую технику, мы так и не научились её нормально использовать. Здесь представлены данные об обеспеченности томографами на миллион населения, вот разные страны. А это компьютерные томографы. А вот это частота использования одного аппарата в сутки. Как вы видите, имея значительное, в два раза больше, чем в Израиле, количество томографов на миллион населения, мы имеем, соответственно, в три с половиной раза меньше интенсивность его применения. Итого считайте сами, умножьте одно на другое, вот как бы разница в эффективности использования. Та же самая история касается и компьютерных томографов.

Но самая интересная тема касается лекарств. Здесь представлены данные о стоимости одного курса лекарственной терапии от группы онкологических заболеваний, что усредняет разницу между конкретной нозологией. Разница между стоимостью лечения, скажем, в Курганской области и в Кемеровской области – сто шестьдесят раз. Это разница между стоимостью одного курса лечения онкологических больных, живущих в разных регионах, но в одной стране.

Конечно же, неэффективность такого рода и различия такого рода очень плохи. Но плохо то, что внутри системы, помимо них, есть ещё огромные зоны неэффективности. Пожалуйста, здесь представлены данные о причинах госпитализации, которая признана необоснованной. Больше трети госпитализаций вообще не должны были проводиться; об этом уже все достаточно активно говорят. Из них у пожилого населения 46% госпитализаций – это социальные показания. Понятно, что использование ресурсов здравоохранения просто требует колоссального изменения. Средняя длительность госпитализации в России, меняющаяся по годам. Вы видите, она несколько уменьшается, но уменьшается мало – и всё равно остаётся в разы больше, чем средняя длительность госпитализации в других странах. Наши больные подолгу лежат в больницах без необходимости или из-за нерасторопности диагностической службы. Конечно, Министерство здравоохранения в этих условиях пытается рационально сократить коечный фонд, говоря о том, что он используется неэффективно. Однако готовы ли альтернативные условия для долечивания? Те самые вторые и третьи уровни пациентоцентрической системы? Или мы просто сокращаем койки? Посмотрите, к чему приведут в 2018 году планы Минздрава. Обеспеченность койками упадёт практически на 15%. Не сложно догадаться, что именно мы получим, если у пациентов не будет возможности или желания лечиться в поликлиниках. И если неправильно эту реформу позиционировать, не подготовив население, не получив его доверия и согласия. Московская история у всех на глазах.

Но есть ещё очень серьёзная проблема – обеспеченность врачами. Мне странно слышать московскую риторику о профиците врачей. В России их катастрофически не хватает. Посмотрите: у нас штатных единиц врачей – семьсот девяносто две тысячи, реально физических лиц – четыреста шестьдесят четыре тысячи. Вот вам уровень нехватки. В некоторых территориях обеспеченность, например, детскими онкологами – ноль. Тридцать три территории – ни одного детского онколога. Пожалуйста, посмотрите слайды. Минимальная обеспеченность врачами городского населения, регионы, где семнадцать врачей. Доля пожилого врачебного персонала – вот здесь 44% врачебного персонала старше шестидесяти пяти лет. И это в стране, где уровень смертности – между Ботсваной и Мали, и ожидаемая продолжительность жизни у мужчин не растёт и в шестнадцать раз меньше, чем в развитых странах. И это в стране, где при более-менее низком уровне выявляемости онкологических заболеваний смертность от рака значительно выше других стран. И это в стране, где при огромной смертности от сердечно-сосудистых заболеваний население говорит, что у него нет заболеваний сердца и оно совершенно спокойно относительно своего здоровья. Прогноз ВОЗ о развитии

сердечно-сосудистой патологии в России крайне неблагоприятен. В России растёт смертность от инфекционных заболеваний. Мы потеряли инфекционную настороженность. Но самая главная на сегодняшний день проблема Российской Федерации - помимо того, что уровень заболеваемости очень и очень высок - это сверхсмертность трудоспособного населения.

В России крайне низка эффективность использования системы здравоохранения. Годы потерянной жизни – вот она, Россия, – никак не ложатся на общий тренд всех других стран. При этом и ещё удовлетворённость здравоохранением крайне низка. Слайд интересный, его стоит потом внимательно рассмотреть. Оказывается, что удовлетворённость населения вообще никак не зависит от объёма финансирования. Она зависит от совершенно других элементов, которые должны присутствовать в системе здравоохранения. Это как раз та самая психологическая компонента пациентоцентричности, о которой мы говорили раньше.

К сожалению, в нашей системе здравоохранения очень много зон неэффективности. Однако, как мы видим, одной из важнейших является неправильное выстраивание психологии отношений врача и пациента. Значимая причина неудовлетворённости – невнимание врача к пациенту.

Если ничего не менять, то сложившаяся система с социальными обязательствами по зарплате съест все деньги системы обязательного медицинского страхования. И лекарства, и оборудование, и содержание медицинских учреждений смогут финансироваться только за счет денег, которые будут платить в систему здравоохранения региональные бюджеты. И эти суммы должны будут к 2018 году увеличиться вдвое. Реально ли это в современных экономических реалиях? Скорее всего, нет.

Вывод: в условиях тех трендов и вызовов, которые стоят перед здравоохранением, повышать эффективность российского здравоохранения нужно катастрофически быстро.

Есть общие представления о том, какие зоны неэффективности существуют в здравоохранении; вы внимательно их посмотрите. Они есть у всех стран, и они совершенно справедливы по отношению к России. Что нужно делать дополнительно к тому, чтобы убирать стандартными методами зоны неэффективности в Российской Федерации? На слайде все написано подробно, лишь перечислю главное. Конкретизация и дифференциация программ государственных гарантий, внедрение дифференцированной шкалы возмещения, или так называемых референтных цен на медицинские услуги, и введение системы соплатежей при ценах на медицинскую помощь выше референтных цен на медицинские услуги. Это то, что касается системы повышения мотивации пациента к сохранению своего здоровья. Равный доступ к государственному заказу учреждений с различной формой собственности. Субсидирование процентной ставки по кредитам на открытие частных групповых практик и субсидирование кредитной ставки на оборудование. Перевод врачей первичного звена в частный сектор. Это то, что снимет проблему бюджетной обеспеченности заработной платы и повысит мотивацию медицинского персонала к повышению производительности труда. И, наконец, сервисная модель оказания помощи, закупка не оборудования, а собственно услуги с использованием этого оборудования на конкурентной основе, включение в ДМС всех сопутствующих платежей, связанных с охраной здоровья, и персонифицированное долгосрочное накопительное страхование на случай катастрофических рисков. В Российской Федерации есть все основы для внедрения современных технологий организации помощи на основе компьютерной техники. Слайд это демонстрирует явно. Это то, что нужно сделать для изменения системы организации. Таким образом, необходимо действовать одновременно по трем направлениям: мотивация пациента, мотивация медицинского персонала, организация системы оказания помощи.

И, конечно же, чем быстрее мы начнём действовать, тем будет лучше для всех.

Ведущий. Спасибо большое.

Два вопроса, Владимир Станиславович.

Назаров. У меня первый вопрос достаточно конкретный. Что Вы думаете по поводу идеи «погружения» капитальных расходов в тариф стоимости медицинской услуги?

А второй вопрос – более «философский». Все, что Вы говорили, наверное, (даже не наверное, а точно), много раз обсуждалось в самых разных кабинетах, но прогресс, мягко говоря, неочевиден. Мы видим, что по институциональным направлениям, по всем тем направлениям, которые Вы назвали, мы продвигаемся удручающе медленно либо стоим на месте вообще. Почему это так и как этот процесс ускорить?

Попович. Говоря о капитальных расходах, я говорила о том, что необходимо капитальные расходы вывести из тарифа и оплачивать собственно услугу с возможностью предусмотреть рентабельность, для того чтобы медицинское учреждение само разбиралось со своими капитальными расходами. Сервисная модель предполагает ровно это. Не нужно вешать на плечи государства и на плечи системы обязательного медицинского страхования расходы на содержание имущества, на покупку оборудования. Нужно из государственных средств на конкурсной основе платить за собственно услугу, делая её рентабельной. И только в этом случае мы сможем уйти и от коррупционных схем при закупках, и от коррупционных схем при строительстве и прочем. Вполне возможно, интересной моделью здесь будет то самое государственно-частное партнёрство, которое тормозится сейчас и которое на самом деле в здравоохранении могло бы быть полезно.

Что касается второго Вашего вопроса, почему мы двигаемся медленно. Ровно потому что у нас есть в некоторых сферах негативный опыт. Например, лекарственное страхование. Негативный опыт внедрения так называемого ОНЛС или ДЛО (дополнительного лекарственного обеспечения) не даёт нам сейчас возможности нормально внедрить систему лекарственного страхования. Срабатывает стереотип «Рубль – вход, десять – выход». Мы не сможем ничего сделать сейчас с неудачной моделью лекарственного возмещения, которая есть, не можем в результате построить новую модель, пока не придумаем, как мотивировать людей на добровольный переход в новую систему. Та же самая история касается тех изменений, которые нужно делать по реструктуризации. Насколько чувствительная сфера – вы видите по Москве. Мы плохо работаем с психологией. Мы не понимаем, что здравоохранение – это сфера социальной психологии.

Ведущий. Спасибо.

Сейчас двадцать минут.

Назаров.

На самом деле проблема здравоохранения характерна не только для нашей страны, а для всего мира. Нет такой страны мира, которая была бы довольна своей моделью здравоохранения. Во всех странах имеют место достаточно высокие темпы роста расходов, как на этом графике показано, и при этом во всех странах проводят реформы, иногда в прямо противоположных направлениях.

Во многом это связано с тем, что в большинстве развитых стран мира государство доминирует в сфере здравоохранения, а там, где доминирует государство, там, по-моему, не может быть эффективного распределения ресурсов. Там, где присутствует государство, всегда будет дефицит. Если государство поставить управлять пустыней – там будет дефицит песка. И, соответственно, наличие государства в сфере здравоохранения приводит к тому, что в этой сфере неэффективно используются ресурсы и, соответственно, идёт значительный дефицит, неудовлетворённая потребность в медицинской помощи.

Но это не заговор такой, это такая сфера достаточно тяжёлая, которая объективно так устроена, что, сделать там идеальные, ну, не идеальные, просто нормальные рыночные отношения не так-то просто. Потому что если открыть любой учебник по микроэкономике, то вы прочтаете, что рынок здравоохранения такой специфичный, на нем есть целый ряд ограничений, чтобы там создать нормальные рыночные условия.

Например, то, что потребность может возникнуть у человека достаточно непрогнозируемым образом и в объёме, который сильно превышает его возможности накопления. Отсюда, соответственно, у вас возникает необходимость страхования. Если возникло страхование, то тут же возникает проблема отбора: страховые компании будут стараться страховать самых здоровых и не болеющих, а наиболее больных выкидывать из этой системы. На это мы, соответственно, вынуждены наложить то ограничение, что если мы живём в относительно цивилизованном, в нашем случае, в случае Европы, христианском обществе, в обществе традиционных ценностей, то мы, в общем-то, не очень склонны позволить принять мысль, что мы позволяем человеку просто умереть, потому что у него нет денег на медицинскую помощь. Конечно, это происходит повсеместно, но вот так это задекларировать и сказать, что это нормально, это хорошо, так и надо – в странах нашей цивилизации, нашей культуры невозможно. И отсюда мы говорим: значит, плохо, что страховые компании выкидывают таких больных из системы. Значит, нам надо вмешаться и сделать эту страховку доступной, распространить на всё население, сделать её обязательной. Так, значит, на этот рынок должно войти государство, и если уж оно туда вошло, то дальше начинаются все проблемы принципал-агентских отношений государства и поставщиков этих услуг. Потому что, соответственно, государство – не собственник, оно не заинтересовано в максимально эффективном распределении ресурсов, оно не может собой подменить рынок, оно не может установить правильные цены, ну и, в общем, дальше уже весь набор искажений, которые оно вносит в рыночную экономику. Но, к сожалению, в сфере здравоохранения это носит во многом объективно неизбежный характер, и эти проблемы будут сняты, но гораздо позже.

Тем не менее, наша страна отличается в худшую сторону от большинства стран. Здесь представлены, соответственно, расходы по паритету покупательной способности на душу населения и продолжительность жизни. И мы видим (несмотря на то, что мы говорим, что очень мало тратим на здравоохранение, а сейчас паритет покупательной способности сильно упадёт), что на недавний момент наша страна выглядела очень прилично. Мы, в общем, тратили средства, вполне сопоставимо с Турцией, с Чехией, с Чили, с более-менее нормальными странами, и при этом имели продолжительность жизни радикально более низкую, а количество потерянных лет здоровой жизни радикально более высокое, чем следовало бы.

Почему это так устроено в нашей стране? Потому что ни одно звено в нынешней системе здравоохранения не заинтересовано в максимально эффективном использовании ресурсов. Население получает, соответственно, всё бесплатно, и у нас есть «трагедия общин», когда люди, соответственно, стремятся получить как можно больше медицинской помощи, совершенно не задумываясь над тем, сколько это стоит. Страховые компании никак не заинтересованы в эффективном использовании средств, они только их держат, через них эти средства проходят, они получают некоторые деньги за ведение дела, и всё. Правильно ли установлены тарифы, хорошо ли лечат людей – им, в общем-то, немножко индифферентно. Ну да, они какие-то штрафы получают, но чем дальше, тем больше государство считает, что эти штрафы – зло, что эти деньги уходят из системы здравоохранения, что страховые компании на этом жируют и надо у них эти штрафы забрать. И вот когда государство заберёт у них эти штрафы полностью (а оно склонно это сделать), то у страховых компаний не будет вообще никаких стимулов заниматься системой здравоохранения, кроме того, чтобы создавать бумажную боль для медицинских организаций.

Соответственно, само государство опять-таки заинтересовано больше в том, как правильно распределить ресурсы «внутри себя», то есть гораздо большую для него значимость приобретает, кто будет закупать томографы, кому достанутся освободившиеся здания в центре Москвы – это гораздо более интересные для государства вопросы, чем вопросы качественного оказания медицинской помощи.

Соответственно, обречены ли мы жить в этой системе? Я считаю, что нет, что можно и нужно вводить рыночные элементы в систему здравоохранения. Значительную часть этих элементов Лариса Дмитриевна уже описала. Я, наверное, их не буду повторять. Скажу лишь только, что вот она не говорила про страховые компании. Я считаю, что можно и нужно их мотивировать на повышение качества медицинской помощи, на то, чтобы именно они отвечали за, допустим, превышение фактических объёмов над плановыми, то есть нужно делать их полноценными фондодержателями в этой системе.

Но помимо этого я считаю, что при нынешней системе здравоохранения мы во многом обречены на то, что система настроена так, чтобы нас не вылечить, а лечить, чтобы как можно больше денег потратить на наше лечение, чтобы мы как можно дольше протянули, но были бы не очень здоровыми. То есть она не заинтересована радикально решить вопрос о повышении продолжительности здоровой жизни. Это можно говорить и о фармкомпаниях, и о медицинских учреждениях. И эта сфера сильно зарегулирована как на Западе, так и у нас, поэтому ожидать, что она сама из себя произведет какое-то радикально иное качество, не приходится. Поэтому – да, её надо финансировать, да, надо повышать её качество, но ожидать от неё каких-то чудес я бы не стал. Я бы, на самом деле, больше ожидал чудес от инноваций в других сферах. И, условно говоря, именно инженеры в «Google» внесут радикально больший вклад в развитие здравоохранения даже в России, чем всё Министерство здравоохранения вместе взятое, все нынешние врачи Российской Федерации могли бы сделать, при всём моём к ним уважении. Поэтому именно на инновации в параллельных секторах я бы делал в основном ставку. Но это история двадцати-тридцати лет, когда эти инновации придут к нам. Но, действительно, я читаю много научных (почти научно-фантастических) журналов, чем сейчас занимаются различные фирмы – будь то работа с big data, будь то геном, – в любых сферах, которые близки к здравоохранению, но вплотную не регулируются министерствами здравоохранения, страховыми компаниями и фармкомпаниями. Вот во всех побочных, во всех периферийных сферах идёт очень мощный прогресс, и именно на него надо ориентироваться, внимательно за ним следить и при первой же возможности попытаться имплементировать собственно в сферу здравоохранения.

Здесь вот дальше я порассуждал, какая модель нужна в России, бюджетная или страховая. У нас на эту тему идет длительный диспут. Сейчас у нас такой гибрид ежа с ужом: у нас есть всё, причём по несколько раз. У нас есть и территориальные фонды, и страховые компании, и федеральные министерства, и региональные министерства. Были даже в своё время и муниципальные органы управления здравоохранением. Всё, короче, у нас есть (кроме, допустим, системы оценки технологий здравоохранения), но порядка нет.

Я считаю, что более перспективна страховая модель. У неё масса рисков, масса минусов, но она всё-таки более рыночная, она направлена на привлечение частного капитала в эту сферу. Она позволит фактически разрушить сложившиеся бюрократические системы, которые ориентированы в основном на сохранение статус-кво. Поэтому, как показывает международный опыт, в страховых системах население более удовлетворено качеством медицинской помощи и предъявляет меньше требований, кстати, к государству по финансированию здравоохранения. Поэтому мне, как представителю Минфина, более симпатична страховая модель здравоохранения, несмотря на то, что она стоит дороже. Как правило, дороже, хотя это тоже нельзя абсолютизировать. Но, как правило, давление на бюджет в таких моделях меньше, поэтому в целом я считаю, что она лучше, в основном из-за большей удовлетворённости населения такими медицинскими услугами.

Ну, вот этот квадрат – я здесь, в общем, с Ларисой Дмитриевной абсолютно согласен, его надо каким-то образом урегулировать, надо понять, что мы не можем всем всё даром предоставить. Действительно, всю программу госгарантий надо пересмотреть, выделить (скорее всего это будет очень маленький) кусочек, который надо вообще из этой программы госгарантий убрать и сделать полностью платным, а по всей остальной

истории вводить соплатежи населения с, соответственно, избавлением от этих соплатежей социально уязвимых категорий.

Про полный тариф мы, наверное, с Ларисой Дмитриевной солидарны. Необходимо, конечно, «погружать» и прибыль медицинских организаций и страховых компаний в тариф, и амортизацию на оборудование. Тогда, в общем, мы уйдём от этих крайне неэффективных закупок, которые осуществляет государство, и это позволит сделать более равномерными эти процессы. У нас вот раз в ...дцать лет начинается какая-нибудь огромная кампанейщина в модернизации, заваливают всю страну томографами, потом никто не знает, как ими пользоваться. Вот когда организация сама бы покупала их на свои деньги, она бы тысячу раз подумала, что она покупает, есть ли у неё люди, которые будут на этом работать. Потому что, если у неё нет людей, она деньги потратит, а никто на этом оборудовании работать не будет – и, соответственно, организация не получит никаких денег. Поэтому, в общем-то, повышение самостоятельности организаций здравоохранения – это тоже очень важная задача: на первом этапе делать их автономными, а на втором этапе приватизировать.

Ну и, конечно же, ещё очень важный элемент – это оценка технологий здравоохранения. У нас этот элемент очень слабо использован.

Попович. Мы это делаем постоянно.

Назаров. Я рад за вас, что вы это делаете постоянно, только системе здравоохранения от этого ни жарко, ни холодно.

Попович. Неправда. ОК, я не прерываю.

Назаров. Просто если бы мы это делали постоянно, мы бы точно понимали, что часть лекарств, которые мы покупаем, можно было бы купить гораздо дешевле, и они бы были гораздо более эффективными. Если бы мы это делали, мы бы по-другому тратили деньги. И потом, выстроить нормально приоритизацию расходов здравоохранения можно всё-таки именно за счёт оценки медицинских технологий. Приведу тот же пример орфанных заболеваний, – очень острая тема. Сейчас это огромная проблема недофинансирования. Минздрав говорит, что мы должны потратить, условно, тридцать шесть миллиардов рублей на то, чтобы закрыть эту проблему. Мы, соответственно, посмотрели, что и как они собираются закрывать с помощью методологии мультикритериального анализа. Посмотрели, какой вклад эти лекарства, эти технологии вносят в улучшение здоровья населения, в повышение продолжительности здоровой жизни. Отсортировали, выкинули, соответственно, то, что вообще никакого отношения к качеству здоровой жизни не имеет. Получили вместо тридцати шести миллиардов уже двадцать четыре, и по оставшимся лекарствам мы точно можем определить приоритеты. То есть, если у нас будет не двадцать четыре миллиарда, а, допустим, десять, то мы их направим на это. Понятное дело, что тут тоже куча проблем. Оценка медицинских технологий – во-первых, удовольствие недешёвое; во-вторых, есть опасность «захвата регулятора», как в любом регулировании. Но существует достаточно обширный опыт, как сделать эту систему наиболее прозрачной. Вот здесь как раз государство могло бы сыграть большую роль в том, чтобы создать эту систему, а затем в неё постараться не вмешиваться.

Спасибо за внимание.

Ведущий. Спасибо. Сэкономили три минуты.

Назаров. Антикризисный фонд.

Ведущий. Антикризисный фонд.

Лариса Дмитриевна, Ваши вопросы, пожалуйста.

Попович. Слушайте, у меня на самом деле столько вопросов возникло.

Ведущий. Ну задайте лишние.

Попович. Можно использовать Ваши антикризисные минуты?

Ведущий. Если Владимир Станиславович позволит.

Попович. Нет, ну если захочет.

Владимир Станиславович, первый вопрос у меня такой. А что делать сейчас с реализацией социальных обязательств в отношении заработной платы? Причем в условиях того роста расходов на здравоохранение, который предусмотрен, который, естественно, приводит к тому, что зарплата просто съест все деньги здравоохранения. Там не нужна будет оценка медицинских технологий, потому что там просто не будет денег ни на лекарства, ни на оборудование, ни на что. Мы понимаем, что эта вот прослойка региональных бюджетов, из которой должно финансироваться все остальное – её просто не будет. Что сейчас делать, как решать?

Назаров. Понял.

Попович. Второй вопрос. Считаете ли Вы правильным всё-таки, говоря о дифференцированной программе государственных гарантий, переходить к разным объемам обязательств для разных категорий граждан? Как я понимаю, Вы именно об этом говорите. Не считаете ли Вы правильным всё-таки разделить систему на два фрагмента – социальное обеспечение, где, в общем, одинаковые гарантии для тех, кто не в состоянии заплатить, не может или не хочет платить, и социальное страхование, о котором я говорила, куда включаются уже все дополнительные вещи, которые, может быть, выстроены, в том числе по страховой модели, о которой я Вам потом расскажу, потому что любая система общественного здравоохранения по сути является страховой... Ну, это потом расскажу.

И третий, маленький уже, вопрос. Понимаете ли Вы, что когда говорим об орфанных заболеваниях, то нельзя здесь опираться на оценку медицинских технологий, поскольку она однозначно даёт отрицательный экономический эффект от использования лекарств для больных орфанными болезнями. Потому что при «лобовом подходе», при прямолинейном экономическом анализе очевидно, что толку от них для экономики нет, а лекарства стоят дорого? Двадцать два миллиона стоит курс лечения ребёнка с мукополисахаридозом. Ребёнок живёт до шестнадцати лет.

Назаров. Спасибо.

Ведущий. Прошу.

Назаров. По социальным обязательствам, по заработной плате ответ очень простой. Забыть, раз и навсегда забыть. Это привело и к гигантскому дефициту в системе, и к принятию очень резких мер по сокращению численности медицинского персонала, что мы сейчас видим в Москве, и к вымыванию других расходов на те же самые медикаменты. Поэтому, если мы будем выполнять эти указы, то, в общем, и никаких денег не хватит, и система будет, выполняя эти указы, продуцировать чудовищные социальные риски и социальную напряжённость. Поэтому я считаю, что чем быстрее мы это дело как-то «замотаем», чем лучше.

Более того, я считаю абсолютно неправильной ориентацию на стоимость какого-либо фактора производства и на объёмы какого-либо фактора производства. Мы должны ориентироваться исключительно на предоставление качественной медицинской услуги. Допустим, вот мы гарантируем, что каждому человеку с воспалением аппендикита аппендикит будет вырезан хорошо и качественно в соответствии с протоколами лечения и т. д. и т. п. Вот для меня что важно. Сделали это. И дальше уже из имеющихся ресурсов мы это дело оцениваем.

Вопрос, как эти ресурсы распределяются между трудом и капиталом. В каких-то странах очень дешёвый труд, можно нанять огромное количество врачей. В каких-то странах труд безумно дорогой, поэтому врачей будет очень мало. Соответственно, их будет обслуживать огромное количество медсестёр, а записывать их рекомендации будут вообще индусы, как в Соединённых Штатах это делается. Врачи надиктовывают, потом в Индии расшифровывают, что надиктовал американский врач, и присылают обратно. То есть это дело рынка – определять стоимость рабочей силы, стоимость оборудования и так далее. Мы должны определиться только, что мы предоставляем населению, бесплатно или с соплатежами, это первое, и второе – сколько у нас есть на это ресурсов. Всё. Если мы

видим, что мы пообещали всем вырезать аппендицит, а не получается, по каким бы то ни было причинам – оборудования нет или врачей нет, потому что им мало платят, – мы просто должны добавить денег в стоимость услуги. А дальше уже рынок сам должен разобраться, надо ли ему подготовить больше врачей, купить ли новое оборудование. Это будут решать медицинские организации по всей нашей стране и, может быть, даже не нашей, потому что некоторые услуги можно закупать и за рубежом. Так же как есть надежда, что рано или поздно из-за рубежа будут приезжать к нам лечиться. И некоторые, кстати, приезжают, но мало, к сожалению. Это по заработной плате.

Попович. То есть не платить заработную плату, я поняла.

Назаров. Нет, заработную плату платить. Требование это абсолютно снять. Вот есть у нас стоимость услуги. Если есть проблема в том, что услуга оказывается плохо, некачественно, нет на неё денег, очереди огромные, тогда надо увеличивать стоимость услуги, чтобы туда пришло больше врачей, больше оборудования и так далее. Если, соответственно, всё нормально, услуга оказывается, – замечательно, не надо никому ничего увеличивать, всё хорошо, ресурсов хватает. Вот и всё. Если граждане с чем-то не согласны – они выходят на выборы и голосуют за партию, которая предлагает увеличение расходов на здравоохранение. Если их всё устраивает или они не хотят платить, а хотят покупать страховку ДМС – они, соответственно, выходят на выборы и голосуют за прямо противоположную партию. Вот и всё.

По орфанным заболеваниям. Ну как вам сказать? Вот если бы мы жили в Спарте, то конечно да, то есть если бы спартанцы применяли оценку медицинских технологий, они бы, конечно, всех орфанников первым делом выкинули и дали бы им спокойно умереть. Но так как всё-таки у нас немножко другая цивилизация, мы не можем от этого так отмахнуться, мы должны всё-таки адресоваться к людям, даже если их лечение стоит очень и очень дорого. Но всё-таки это нужно делать с некоторым применением здравого смысла. То есть мы должны, во-первых, выделить категорию людей, чьё лечение стоит безумно дорого, взять имеющиеся у нас ресурсы и дальше сопоставить, и только внутри этой категории применить жёсткий подход. Если всё, что мы получаем от этой дорогой технологии, – это один год диких мучений этого человека, то, значит, надо от этого отказаться. А если – да, несмотря на то, что мы затратим даже миллиард рублей, но обеспечим здоровую жизнь этому человеку от нуля и до ста лет – надо, наверное, найти этот миллиард. Но опять-таки, чётко проранжировать, какие технологии дают какой результат по годам здоровой жизни и сколько это стоит, и дальше уже убрать самое неэффективное. К сожалению, самое неэффективное действительно придётся убрать, но уже внутри этой категории, потому что иначе, если этих больных погрузить в общую систему, то они все действительно будут обречены.

Попович. Как правило, орфанное заболевание имеет одно лекарство и, в общем, сложно из него выбирать.

Назаров. Не всегда.

Попович. У меня был третий вопрос – социальное страхование и социальное обеспечение.

Назаров. Всё равно кто-то за это будет платить. Условно говоря, это уходит в соцзащиту, и за этих людей государство платит как соплатёж, так и, в каких-то уникальных случаях, и полную стоимость услуги. То есть по соплатежам мы социально уязвимые слои населения точно закрываем, мы говорим, что их соплатежи – это наша проблема, а, соответственно, все остальные платят соплатежи. Вот только в этом всё отличие.

И более того, даже в этом случае, ну, я не говорю про детей и стариков, а вот просто бедные граждане, которые находятся в более-менее дееспособном возрасте и способны принимать какие-то самостоятельные решения – я бы на месте государства в основном использовал систему медицинских счетов для таких категорий граждан, когда

мы не оплачиваем эту услугу за них, а даём им ресурсы, чтобы они ими распорядились. Конечно, с ограничениями, но право их выбора тоже очень важно.

Ведущий. Спасибо.

Друзья, вопросы. Я думаю, что они должны быть. Давайте начнём отсюда. Я просто прошу без микрофона, у нас сегодня такой интимный, медицинское общение, поэтому. Прошу Вас. Представляйтесь, пожалуйста, все знаем.

Норкин. Норкин, Институт проблем управления. Вот вам известен факт, что в США была забастовка медиков, и при этом благодаря этой забастовке смертность людей упала? Было исследование специально проведено, установлено, что это коррелированные события, то есть именно она упала из-за того, что медики забастовали. И вот в конечном итоге это есть результат платной медицины, если вот так разобраться. Или это неизвестно?

Вопрос. Забастовка – в смысле перестали лечить и, соответственно, убивать людей?

Ведущий. Или деньги перестали брать у людей?

Норкин. ...врачи рекомендовали проводить дорогостоящие хирургические операции, которые были не нужны.

Ведущий. Так, пожалуйста, Ваш вопрос.

Попович. Нет, подождите, это очень тяжело отвечать оптом.

Ведущий. Нет, давайте соберём.

Попович. Нет-нет, давайте отвечать по мере поступления.

Ведущий. Хотите так – давайте так.

Попович. А кому вопрос?

Назаров. Кому вопрос?

Ведущий. К обоим, наверное, вопрос.

Назаров. Да, это установленный факт. Это не только в США, во многих странах во время забастовки «Скорой помощи» падает смертность. Это, в общем, нормально. Люди мобилизуются, стараются и выживают. Вот то, что они специально там убивали людей – я в этом сильно сомневаюсь, потому что системе неинтересен мёртвый человек. Нет, иногда интересен, но если это с трансплантологией связано. Вот сейчас, например, в Санкт-Петербурге есть некоторый конфликт травматологов и трансплантологов, потому что травматологи после программ модернизации научились вытаскивать из комы-2, и, в общем, радикально сократили смертность от целого ряда травм, чем помешали бизнесу трансплантологов. Поэтому бывают такие случаи в медицине забавные, но связывать это исключительно с платной медициной я бы не стал. Да, она достаточно цинична, хотя государство не менее цинично, там просто по-другому будут людей убивать.

Попович. Вы знаете, я сказала, что я заканчивала биофак. Это означает, что меня приучили эксперимент ставить чисто. Есть в медицине так называемое понятие доказательной медицины. Если вы хотите следовать женской логике: если два явления следуют одно за другим – они причинно-связанные, – не возражаю. Но на самом деле, для того чтобы доказать, что есть причинная связь между забастовкой врачей и ростом смертности, нужно очень серьёзное исследование делать.

Назаров. Со снижением.

Норкин. Оно и было проведено.

Попович. Нужно смотреть, насколько чисто было сделано это исследование, потому что оно требует контроля, а контроля, естественно, в этой ситуации сделано не было.

Теперь по поводу, что могло здесь происходить. Если речь идёт о, например, скорпомощной больнице, которая отказалась лечить, и пациенты пошли в другие больницы – да, смертность в этой больнице упала, просто потому что контингент поменялся. Это первая ситуация.

Вторая ситуация. Я показывала, правда очень бегло, что сто шесть тысяч пациентов ежегодно в Соединённых Штатах умирают от правильно выписных лекарств, просто потому что существует невосприимчивость к препаратам и существует индивидуальная чувствительность. Поэтому слова «персонифицированная медицина» и генетический код, о котором я тоже мельком сказала, – это будущее медицины, которое позволит снизить смертность, связанную с незнанием врачей, с неправильным применением чего-то.

Теперь третий аспект Вашего вопроса, касающийся роли оплаты труда медиков. Она может быть благом, может быть вредом. Всё зависит от того, на что направлена эта плата. Если, как в Англии, например, платят за здоровый контингент, то врачи заинтересованы в том, чтобы уровень госпитализации и заболеваемости падал. Если, как в Соединённых Штатах Америки, платят за посещение, то есть за поголовье, то врачи заинтересованы в том, чтобы к ним больше ходили, и поэтому там будет расти заболеваемость. Если, как в Российской Федерации в 1993 году, стоимость факта констатации смерти была в два раза выше, чем стоимость терапевтического приёма, то, как мы шутили, мы получим страну патологоанатомов. Да, всё зависит от правильно выстроенных приоритетов. Но это исследование я не склонна всё-таки обсуждать на уровне слухов и бытовых шуток, не надо.

Ведущий. Спасибо.

Следующий вопрос.

Муж. Было заявлено, что представитель Минфина рассматривает проблему с позиций экономики и философского аспекта. А вот политэкономический аспект упущен вроде бы. В смысле том, что было заявлено где-то в 1990-х политиками, что в России столько народу – сто сорок миллионов – вроде совсем ни к чему, достаточно сорока, чтобы обслуживать трубу. Соответственно, было посажено правительство, которое это дело реализует. Можно ли в таких условиях при этой самой системе управления государством, что-нибудь в жизни наладить, чтобы продолжительность жизни была, как везде, нормальной?

Ведущий. А Вы не может конкретизировать, какое правительство было посажено? С тех пор сменилось достаточно много правительств.

Муж. Чубайс остался.

Ведущий. Подождите. Сто лет, как нет Чубайса.

Попович. Хорошо, давайте, к кому у Вас вопрос?

Ведущий. К кому вопрос, к Минфину?

Муж. К обоим, опять же.

Попович. Давайте я начну.

Муж. Можно ли в таких условиях повысить или сохранить уровень жизни так же, как на Западе хотя бы или в третьих странах, в России? Какова специфика отношения России... Запада к России.

Попович. Вы знаете, давайте... Вы просто в первый раз спросили про ожидаемую продолжительность жизни, а в другой – про качество или уровень жизни. Это разные вещи. Поэтому если мы говорим об ожидаемой продолжительности жизни, то это функция, вообще говоря, не только здравоохранения и не столько здравоохранения, сколько здравого смысла, который существует в стране. Наладить можно, если страна пойдёт по пути здравого смысла, то резко будет увеличиваться ожидаемая продолжительность жизни.

Муж. В каком смысле это здравый смысл?

Попович. Ну, поскольку я всё-таки занимаюсь здравоохранением, в моих терминах это будет называться пациентоцентрический подход, когда в середине, в центре системы здравоохранения является человек с его нуждами, и вокруг него выстраивается вот эта так называемая, как я сказала, идеальная «луковица» здравоохранения.

Муж. Когда это в России был такой центр, скажите, в истории человечества?

Попович. Вы знаете, всё зависит от того, на какой вопрос Вы хотите получить ответ.

(говорят одновременно)

Попович. Нет, нормально, нормально.

Муж. Она говорит – нормально.

Попович. Нормально. Я показала, что «луковица» – это идеальная модель. Она есть где-то в мире, наверное, но, в принципе, жизнь, в общем, там тоже не бывает такой. В России всё может быть. В России, как известно, как Губерман говорит: «Все дороги в России беспутные, все команды в России пожарные, все эпохи российские смутные, но надежды всегда лучезарные». Поэтому совершенно очевидно, что такую модель мы должны построить, у нас просто другого выхода нет. Потому что ситуация настолько плоха, что ниже падать, наверное, можно, но не хочется.

Муж. До сорока миллионов ещё далеко.

Ведущий. Это точно.

Дальше, пожалуйста, будьте добры.

Зыкова. Кристина Зыкова. У меня такой один вопрос. Если мы говорим о пациентоцентризме, Вы говорили о том, что нехватка кадров существует значительная в России, и относительно социальной психологии, взаимоотношений между пациентом и врачом, каким образом можно вывести эту психологию до каких-то здоровых вообще состояний? Потому что отсутствие, наверное, какого-то имиджа у профессии врача на сегодняшний день существует. И второй момент – это то, что пациент всегда лучше врача знает, что ему нужно, какие анализы ему нужны, что нужно делать.

Попович. Очень хороший вопрос. Вы знаете, великолепный вопрос, спасибо. Я действительно сожалею, что у меня было мало времени, потому что ответы на них были в презентации, Вы можете потом увидеть. Там есть очень интересное исследование, которое мало кто видел. Это исследование – опрашивали пациентов: «Почему вы не покупаете лекарства, которые вам выписали, почему вы не лечитесь так, как вам советовали?» И вот оказывается, что две трети пациентов, а в некоторых опросах даже больше, не верят так или иначе, в той или иной степени, говорят: «Мы не верим врачу». А дальше я показывала, почему не верят, тоже пропустила.

Речь идёт о том, что независимо от возраста, пола и образования, и даже материального состояния и места жительства, наше население в 80% случаев верит средствам массовой информации. Вот что есть там – то есть в жизни. Чего нет там, значит, в жизни этого не бывает. Так вот, когда мы с экранов телевизоров, во всех средствах массовой информации называем врачей убийцами, без конца смакуем ошибки, без конца говорим о том, что все врачи некомпетентны – вот это приводит к тому, что наши пациенты перестают верить нашим врачам. При этом надо понимать, что в тех условиях, которые я вам показала, 40%-ного дефицита врачей, а по некоторым специальностям – ещё больше (у нас дефицитнейшими являются реаниматологи, анестезиологи, врачи приёмных отделений), – при этой ситуации у нас новых врачей не появится. Когда мы говорим о том, что нам не хватает врачей-терапевтов в первичном звене, и при этом средствами массовой информации говорим, что эти врачи – лузеры, ничего не знают, ничего не понимают, – мы никогда не добьёмся того, чтобы туда пошли нормальные врачи.

Поэтому должна быть совершенно другая система организации. И, конечно же, поднятие престижа врача – это обязательное условие формирования прежде всего у них чувства достоинства, для того чтобы дальше уже общаться с пациентом, чтобы социальная психология сработала. Первый путь – это собственно работа с логикой врача и повышение его мотивации. Почему нужно стимулировать выведение врачей на частную практику, врачей первичного звена, давая им возможность реально зарабатывать за реально обслуживаемых. Тогда они смогут прикрепить к себе не тысячу сто, как сейчас по нормативам, хотя при этом они реально тянут лямку за три тысячи человек,

прикреплённых к ним, но получают как за тысячу семьсот. Они реально возьмут на обслуживание две-две с половиной тысячи, но будут заботиться о том, чтобы эти люди меньше болели. Тогда и работа будет посильна, и участок не в тягость. Если врачи будут заинтересованы в том, чтобы работать с большим количеством населения, то будет так же, как в Англии. Каждое утро врач обзванивает по графику с вопросом: «Как вы себя чувствуете?», плюс сестринский персонал на объезде, плюс все телекоммуникационные возможности удаленного контроля, Володя о них говорил, и я тоже пролистала. Это всё позволяет совершенно по-другому выстроить систему отношений на современных принципах и современной мотивации. Но начинать надо всё равно с врачей.

Норкин. Вы имеете в виду систему family doctor, да?

Попович. Да.

Ведущий. Вы хотели вопрос задать.

Зульфикаров. Я очень извиняюсь. У меня будет ещё один вопрос. А сколько здесь врачей в аудитории?

Попович. Нет. А, есть врачи, да.

Зульфикаров. Маловато.

Ведущий. Маловато.

Попович. Неважно. Всё равно есть.

Зульфикаров. Неважно. Вот желательно «от сохи» врачей. Но в самом врачебном сообществе, не забывайте, существует абсолютная дедовщина по отношению к первичному звену, и врачи стационаров кровно заинтересованы в том, чтобы врач первичного звена потерял всякое уважение у пациента.

Реплика. Но это опять неправильно выстроенные психологические принципы

Ведущий. Так, начинается уже совсем диспут.

Зульфикаров. Они завязаны на левые деньги.

Ведущий. Будьте добры, пожалуйста.

Винокуров. Сергей Винокуров. Прежде всего, маленький буквально личный опыт по поводу обзванивания потенциальных пациентов. Не так давно захворал, ходил на работу, получил температуру тридцать девять. Супруга вызвала «неотложку». На следующий день мне позвонили из поликлиники и спросили, как я себя чувствую, не нужно ли мне ещё «неотложку». Я говорю: «Спасибо, обошлось». То есть я был потрясён.

Попович. Объясню.

Винокуров. То есть вот звонят и спрашивают, жив я?

Попович. Хотите – объясню, почему? Потому что в этот период в Москве была введена оплата «Скорой помощи» по вызовам, а это означает...

Винокуров. Это не «Скорая», «Неотложная помощь».

Попович. «Неотложка» - это поликлиническая помощь тоже, понимаете? Когда в Москве (ну, в некоторых регионах тоже) ввели из возможных вариантов оплаты именно этот вариант оплаты, то это напоминало ситуацию, когда пожарной команде платят за количество пожаров, и «Скорая помощь» начала ездить хорошо. Это здорово, но только это дорого стоит.

Когда мы в 1993-1994 годах платили врачам, системе ОМС за каждую услугу, то они любили систему ОМС невероятно, просто потому, что система ОМС тогда была ещё финансово состоятельна, там деньги накопились, и всё было хорошо, это был paradise вообще системы ОМС. А дальше начинается...

Винокуров. Врач отреагировала очень своеобразно. Когда я ей пожелал поменьше больных в новом году, она сказала: «Нет, поменьше не надо».

Попович. Это говорит о фокусе интересов.

Винокуров. А вопрос мой в следующем заключается, к обоим докладчикам. Как вы оцениваете идею всеобщего медицинского страхования обязательного в том виде, в котором её реализует президент Обама в Соединённых Штатах? Напомню, что там эта идея, побуждением которой были самые лучшие чувства, поскольку в Америке много

людей не застраховано, а медицина там дорогая, и Обама решил решить эту проблему и предложить страховку практически всем. Это вызвало бурю возмущения, очень неоднозначную реакцию, хотя, казалось бы, что плохого? Вот как вы оцениваете именно с точки зрения общества, с точки зрения, скажем, деятельных людей, которые зарабатывают деньги, которые видят, что те, кто ничего не делают, на улицах целый день, имеют ту же страховку, что и тот, кто работает по пятнадцать часов в день? Социальная справедливость в этом присутствует или она резко искажённая?

Назаров. Ну как вам сказать. Там ещё возмущение было из-за того, что они погрузили это бедное население в систему, то есть ввели некоторые черты ОМС; они, по сути дела, вынудили страховые компании ухудшить страховые планы для всех остальных. То есть когда они ввели в систему страхования бедных (как правило, ещё и немного более больных, чем более богатое население), а тариф оставили прежним, то, соответственно, они вынуждены были ухудшить положение среднего класса.

Ведущий. Прогрессивное налогообложение.

Назаров. Так положение застрахованных ухудшилось, то есть они получили меньше услуг, меньше всяких «плюшек» от системы здравоохранения, и ничего больше не произошло для них. Понятно, что они не очень были счастливы от этого мероприятия.

Можно долго рассуждать, как неправильно устроена американская система здравоохранения – она совсем не лучшая, далеко не лучшая в мире, а по стоимости, пожалуй, одна из самых дорогих систем в мире. Но мне кажется, что в целом идеология, что здоровый платит за больного, а, соответственно, богатый за бедного – она во многом неизбежна, то есть мы от неё не можем совсем уйти. Конечно, можно продвигаться в плане того, что давать более обеспеченным слоям населения возможность через систему добровольного медицинского страхования получать лучшее качество медицинской помощи, но от перераспределительных процессов мы достаточно долго не уйдём. Конечно, в конце пути, в «либертарианском раю», условно говоря, богатые будут добровольно отдавать свои деньги в благотворительные фонды, из которых будут финансироваться услуги для бедного населения. А поскольку там всё будет уже достаточно дешёвое – не миллионы долларов одна операция, а всё будет уже более-менее стандартизировано, потому что научно-технический прогресс сделает медицинские услуги гораздо более дешёвым удовольствием, то в целом эта система станет больше похожа на адресную социальную помощь. Вот если в богатом обществе ввести нормальную адресную социальную помощь – это, в общем, удовольствие недорогое. Не так дорого сделать так, чтобы никто в стране не умирал от голода. Даже в нашей стране это стоит 2-3% ВВП, это недорого. Если сравнить с любой нашей социальной системой, хоть пенсионной (9% ВВП), хоть остальной социальной помощью (4% ВВП), 2-3% – это копейки. То же самое произойдет и с медицинской помощью в более богатом и технологически развитом обществе. Каждый приличный человек отдаст 10% своего дохода на благотворительность, в том числе на медицинскую помощь малоимущим, и этого будет достаточно.

Попович. Вообще система социального страхования, если она есть, всегда, действительно, выстроена ровно так, как говорит Володя. В системе американской, когда попытались от капиталистического как бы распределения перейти к социалистическому (именно в этом обвиняли Обаму), нужно было бы просто договориться с обществом. В системе социального страхования всё время существует общественный договор. Мы понимаем, что собираем деньги с тех, кто может, отдаём, кому нужно, но при этом главная задача любой общественной системы здравоохранения (их две, собственно) – это защита от финансовых рисков – «никто не должен стать нищим из-за того, что он заболел». И второе – ресурсы должны быть распределены справедливо, тому, кому больше нужно, они должны поступить в большей степени. Вот если общество договорилось, что оно называет справедливостью, если оно договорилось, до какой степени оно защищает – бога ради. Любая система будет тогда нормально выстроена. У

Обамы – ему просто не удалось убедить в справедливости такого перераспределения при сохранении верхнего объёма финансирования. Поэтому средние и малые предприятия просто разорались, и должны были разориться, если бы эта реформа не остановилась. Это, конечно, неправильно.

Мне представляется, что вариант, скажем, шведской модели для Америки был бы куда более привлекателен. Это модель, когда там пороговое значение, ты дошёл до какого-то порога платежей – дальше тебе уже начинают помогать, значит, ты реально болен. А до этого момента ты работаешь сам, ты сам отвечаешь за систему. Плюс, естественно, в Америке (опять же пролистала слайды очень быстро, у меня об этом было в докладе) семьсот миллиардов потерь на неэффективной организации системы здравоохранения из триллиона четырёхсот, которые они тратят. Половина. То есть у них там «Богатые тоже плачут». У меня так назывался слайд. Там показано, на чём они теряют. Мы, кстати, на этом теряем тоже.

Ведущий. Наталья Васильевна.

Зубаревич. Зубаревич, МГУ. У меня два вопроса, если можно.

Мы сейчас наблюдаем трансформацию в регионах. Это распределение финансирования от бюджетов регионов в территориальные фонды обязательного медицинского страхования. Это заметно. Последние два года физические рубли, которые были из бюджета на здравоохранение, сокращаются. Можете ли Вы назвать как бы финальный паритет, вот к чему всё это дойдет? – первое внутри этого вопроса. И второе – почему это так по-разному идёт в разных регионах, в чём причины?

И второй вопрос увязан с централизацией системы здравоохранения в регионах. Всё достаточно быстро переносится на уровень региональный. Услуги концентрируются в региональном центре. Соответственно, вот эта модель скоропомощная или там минимум в райцентре услуг – я логику этой модели понимаю, это эффект на масштабе, это повышение интенсивности использования оборудования. У меня детский вопрос. А кто-то подумал о территориальной доступности этой услуги, потому что регионы большие? И второе. Вот человека уже отправили домой, где он будет долечиваться потом и где он будет наблюдаться? Вот Вы видите простроенность этой части схемы или она подвешена? Спасибо.

Попович. Перераспределение будет, на мой взгляд, происходить достаточно долго. На уровне федерального бюджета или региональных бюджетов останутся только очевидные бюджетные части, то есть социально-значимые заболевания и то, что мы будем называть высокими технологиями. Число этих высоких технологий сокращается, значит, будет сокращаться бюджетная составляющая. Сейчас она сокращается, Володя меня поправит, если я по памяти ошибусь: она к 2018 году будет уже триста шестьдесят миллиардов при двух с половиной триллионах ОМС-составляющей. И это, в общем, правильно, потому что система ОМС куда более прозрачна, чем бюджетная составляющая. Это в целом, да.

Зубаревич. То есть это не региональное?

Попович. Нет, это в целом. И это правильно, потому что система обязательного медицинского страхования – это очень чётко учитываемая система, там все деньги окрашенные. Другой вопрос, что там масса внутренних неэффективностей, это отдельная тема, но там понятно, куда пошли деньги. И если мы уберём ещё оттуда затраты на перинатальные центры, которые из ОМС почему-то финансируются, и массу других таких странных расходов, а оставим действительно только расходы на сервисную модель, то есть на собственно услуги, то мы вообще существенно могли бы улучшить ситуацию и сделать её прозрачной. Поэтому я ничего плохого не вижу в этом перераспределении.

Почему по-разному? Просто потому что разная инфраструктура медицинской помощи и разное соотношение потребности вот в этой бюджетной компоненте, то, что за счёт бюджета, лекарства туда входят, в том числе льготные, они разные в разных территориях, и возможности, и структура заболеваемости, структура льготников очень

разная; у меня есть эти данные. И очень разные потребности в высокотехнологичной помощи. Поэтому они не могут быть, действительно, одинаковые. Но крайне важная тема, о которой Вы говорите – это доступность и вообще планирование межтерриториальное. Мы попытались; по крайней мере, Минздрав, когда он давал право свободного выбора пациентом медицинского учреждения, он как бы старался попробовать сделать так, чтобы пациенты из Калмыкии могли лечиться в Астраханской области, потому что они живут на границе Калмыкии, им проще поехать в Астрахань, чем поехать в Элисту. И таких ситуаций очень много. Мы в Сибири это обсуждали. Не получилось.

Зубаревич. Я говорю о внутрирегиональной.

Попович. Что касается внутрирегиональной. Мне кажется, нужно быть совершенно реалистом. Поставить томографы в каждом дворе не получится. Я вообще считаю, когда показываю трёхзвенную систему, что нам надо выстраивать индустриальную витальную помощь, то есть помощь высоких технологий, третьего уровня, где операции и всё прочее, где четыре-пять дней пребывания на койке. Но самое главное, чего действительно в России нет, в некоторых регионах только есть, и там прошла реформа спокойно, не так, как в Москве, – нам нужно выстраивать среднее звено, включая туда и диагностику, но самое главное – реабилитацию. Вот если человек идёт в госпиталь, и ему некуда выписаться, то это просто чудовищно, если врачи его выкидывают. Почему в Москве вся эта история произошла? Я всё время сейчас комментирую эту историю. Потому что взяли один кусок и не сделали системно остальные вещи; сократив койки, не подумали, а где будут лечиться эти несчастные старушки, которых выпишут или не будут госпитализировать. Есть устное распоряжение не госпитализировать при определённых заболеваниях в Москве. Тридцать семь градусов – уже не госпитализируют вообще никогда, даже не приедут, так что Ваш случай для сегодняшней ситуации не реален. Понимаете, не продумав, в результате, и не подумав ещё о том, что у нас лекарства бесплатные только в стационаре, а в поликлинике – плати за свой счёт. Не показывала вам, показывала только данные по онкологическим препаратам, но если проанализировать, сколько в платных услугах составляют лекарства – то видно, что их доля составляет две трети. Четыреста пятьдесят миллиардов платит само население. То есть вообще у нас на самом деле перевернутая система организации. У нас проблемы даже не с деньгами. Почему я хотела вам показать, что удовлетворённость населения здравоохранением не связана напрямую с объёмом финансирования. Самые удовлетворённые были Куба и Индия, в которых объёмы финансирования здравоохранения на порядок меньше, чем в России. Соединённые Штаты Америки, в которых в восемь раз больше финансирование – уровень удовлетворённости в полтора раза выше, чем в России, только в полтора раза. В России при нашем, и в общем не самом маленьком уровне финансирования, удовлетворены только 35%. Отсутствует рациональность системы организации, порядка нет. Недостаток нормальной системы управления и понимания того, что огромные зоны неэффективности – это реалии, это не слова сумасшедших экономистов или, там, отвязной Попович. Нет, это действительно реальные вещи, из-за которых мы теряем деньги и годы жизни населения. И если мы с этим не будем разбираться – так будет продолжаться и дальше, и территориальная доступность, к сожалению, будет падать.

Зубаревич. Не решается пока, да?

Попович. Нет, к сожалению. Мы пытались разобраться с методами обеспечения межтерриториальной доступности, исследовали эту историю при подготовке материалов к госсовету, когда мы ездили в Ханты-Мансийск, специально смотрели, как работает санитарная авиация. И я даже просчитывала, пыталась просчитать, можно ли эту модель индустриализовать на такого рода территориях – не получается. У нас свои особенности.

Норкин. Лариса Дмитриевна, Вы сказали, что не продумано было в Москве. А может быть, наоборот, продумано, может, с другой целью?

Попович. Я не хочу на эту тему.

Муж. Чтобы получить такой результат.

Норкин. Да.

Муж. В этом плане Вы говорите...

(говорят одновременно)

Ведущий. Кругом враги. Давайте врагов оставим.

Норкин. Тема очень затрагивает.

Зубаревич. Простите, не ответили на мой вопрос.

Норкин. Ответили, спасибо.

Зубаревич. Нет. Владимир Станиславович.

Назаров. Я практически во всём согласен с Ларисой Дмитриевной. По разнице в пропорции бюджетного финансирования и финансирования из ОМС по регионам – это отчасти определяется политикой и бюджетной обеспеченностью региона. Если в регионе денег нет, то он будет по максимуму финансироваться из системы ОМС, и, соответственно, бюджетное финансирование там будет низкое. Если деньги есть, то тут есть опция, что будет происходить. Либо регион эти деньги отправит в систему ОМС, либо он их будет направлять как-то в ручном режиме самостоятельно.

Попович. Тоже в систему ОМС, но в другом порядке расходования. Именно так.

Назаров. Да.

Зубаревич. Это за неработающее население?

Попович. Нет-нет.

Назаров. Нет, это отдельно. Это не неработающее население, за него регион просто отдал в ФФОМС – и забыл. А есть ещё собственно его бюджетные средства. Часть регион обязан направить на социально значимые программы, на то, что он должен профинансировать. А есть ещё часть территориальной программы, не базовой, а территориальной программы госгарантий, которую он может проводить, если есть деньги, а может и не проводить.

Попович. Совершенно справедливо.

Назаров. И вот в этой части регион, соответственно, свободен. Он может эти деньги ещё доложить в систему ОМС, а может сказать: «Нет, плохо там всё как-то, не понимаю я этого. Вот у меня есть учреждение А, оно погибает, там не выполняют указы президента, заработной платы не хватает. Дам я ему ещё госзадание на что-нибудь и профинансирую его руками из средств бюджета».

Попович. В Москве, чтобы вы знали, в системе обязательного медицинского страхования за каждого платят официально двенадцать тысяч, как требуется, и ещё четырнадцать тысяч сверх того – так называемая программа «Московское здравоохранение», которая распространяется только на москвичей. В результате двадцать шесть тысяч в Москве подушевой норматив в системе, три тысячи – в Дагестане, хотя подушевой норматив – девять по России. Вот так. Финансирование идёт сверху, полномочия – сверху, ответственность – внизу. Такую систему ОМС мы выстроили.

Ведущий. Ещё вопросы, господа. Будьте добры

Муж2. Два вопроса, Владимир Станиславович. Вопросы такие. Есть пожелание, чтобы страховые медицинские организации отвечали за повышение критических объёмов медицинской помощи и за качество медицинской помощи. Считается ли это возможным, реализация этих предложений в условиях существующего законодательства? Это первый вопрос.

И второй вопрос следующий. Как, по Вашему мнению, эта идея медицинских индивидуальных счетов корреспондируется с базовыми принципами страхования?

Назаров. Смотрите. Чтобы страховые компании несли ответственность за превышение объёмов и низкое качество медицинской помощи, они должны быть заинтересованы ровно в обратном – в повышении качества медицинской помощи и в снижении её объёмов. Сейчас в законодательстве нет для этого нормальных условий, то есть у них нет возможности формировать резервы в соответствующем объёме. Они хотя и

привлекаются в рамках территориальных региональных комиссий по установлению тарифов, но не играют там ключевой роли, то есть они почти не влияют на цену. Страховые компании никак не влияют на пациентопотоки, то есть, в общем-то, они выключены из этой системы. Я бы не настаивал на включение их в систему, если бы не считал это политэкономически более правильным. При преобразовании, на мой взгляд, гораздо легче опереться на крупные страховые компании, с помощью них преобразовывать отрасль, чем полагаться на нынешних чиновников. А, в общем-то, анализ бюджетных и страховых систем здравоохранения не говорит нам о том, что вот страховые – просто идеальные системы, а бюджетные – просто ужасные. Нет, есть по-дурацки устроенные бюджетные системы, есть по-дурацки устроенные системы, где доминируют страховые принципы, поэтому это не главное. Но в сложившихся политэкономических условиях я бы предпочёл работать со страховыми компаниями, чем с закостенелым бюрократическим сообществом, которое реформированию вряд ли будет поддаваться.

Но законодательство действительно под это не предусмотрено, и вот мы предлагали в своё время в некоторых регионах сделать пилотную такую модель, посмотреть, как это будет вообще работать в нашей стране. И определённые правила переходного периода, когда, конечно, не сразу на страховые компании весь этот риск обрушивать, а, как это было сделано в Голландии, они несли ответственность только частично за превышение объёмов, вначале в размере 5%, и потом на них постепенно эта ответственность полностью перекладывалась.

Поэтому ответ самый прямой – нет, в законодательстве этого нет. На мой взгляд, самое хорошее – это посмотреть в нескольких пилотных регионах. Китайцы ровно так и делают. Они разные модели здравоохранения апробируют на разных территориях и смотрят, что получается. Вот, кстати, с медицинскими счетами они ровно так и делают. Это, на мой взгляд, очень правильно, потому что, может быть, я неправ и, может быть, эта модель неправильная и в нашей стране не пойдёт.

Поэтому я считаю, что если бы мы совсем всё делали по уму, то в некоторых пилотных территориях можно было бы эту модель обкатать, а дальше, если бы мы увидели, что всё нормально, можно было бы её распространять на всю страну. Но, к сожалению, это предполагает очень большую работу Минздрава и его политическую волю. А, как я уже сказал, мы не видим с его стороны политической воли по институциональному преобразованию отрасли, поэтому путь постепенных преобразований, скорее всего, не про нас. Я очень боюсь, что система просто рухнет в условиях хронического недофинансирования, и дальше мы на коленке быстро в условиях отсутствия денег слепим что-то наподобие Грузии. То есть, условно говоря, страховая медицина для бедных бесплатная, а для всех остальных просто платная медицинская помощь. Я не говорю, что это хорошая система, но я очень боюсь, что мы ровно туда и валимся. Либо мы будем, как в девяностые, делать вид, что у нас старая советская система, только мы её не финансируем, что всё как при Семашко, только без денег, ну и дальше каждый выживает как может. Поэтому вот будут два варианта – либо советский, либо грузинский. Но я бы хотел другого.

По медсчетам – я считаю, что да, это, конечно, отход от страховых принципов, но эта система и не заменяет всю систему медицинского страхования, она комплементарна к ней. То есть мы вводим это для чего? Первое – для того, чтобы люди могли расплачиваться по определённому набору платных услуг, который положительно влияет на здоровье. Ну, не пластическую хирургию, условно говоря, а что-то более-менее нормальное, типа зубов, которые, скорее всего, будут выведены из программы госгарантий. На платные медицинские услуги, на соплатежи в рамках обязательного медицинского страхования и на лекарства. Причём вот на лекарства – на мой взгляд, на определённую группу лекарств. Очень дорогие нельзя туда включать, потому что денег никаких не хватит у человека накопить, а более-менее дешёвые и стандартизированные

лекарства, о которых мы всё знаем, – сейчас же они всё равно за деньги для большинства населения. А если мы определённую часть людей побудим сберегать на это деньги, а другой части дадим на это деньги – в общем, ситуация только улучшится и люди, я надеюсь, будут нам благодарны.

Ведущий. Вы хотели задать вопрос, да?

Зульфикаров. Я –сын практического врача. То, что я скажу, украдено из разговора с одним человеком, который...

Ведущий. Выступления у нас потом. Если Вы хотите вопрос задать – задайте вопрос.

Зульфикаров. Нет-нет, это вопрос.

Ведущий. Вопрос, да?

Попович. Кому?

Зульфикаров. Обоим. Больше – Ларисе Дмитриевне. Как вы смотрите на то, чтобы снижать налоговые отчисления в фонд обязательного медицинского страхования у работающего населения и переложить ежегодное финансирование взносами работающего населения, теперь * право так делать, на работающее население? То есть заплатил, квиточек принёс – принимают, не заплатил, квиточек не принёс – не принимают. Это первый вопрос.

И второе. Да, введение соплатежей, входной билетик в поликлинику – сто рублей, * сто рублей.

Попович. А можно я буду по очереди? Я не сохранию в голове.

Зульфикаров. Ничего страшного.

Попович. Ничего страшного?

Зульфикаров. И введение франшиз до определённого уровня.

И второй вопрос – реализуемо ли импортозамещение лекарств у нас? Спасибо.

Ведущий. Раз больше Вам, то это больше Вам.

Попович. Да, конечно.

Ведущий. Я напомню.

Попович. Нет-нет, нормально. Да, я понимаю. По поводу импортозамещения –Вы знаете, пока не понимаю, как будет обстоять дело. Пока ни одна из фармкомпаний, с которыми я работаю, не сказала, что они уйдут из Российской Федерации, я имею в виду – западных компаний. Они локализируются, но зачем они это делают – они теперь уже тоже не понимают. Думаю, что с импортозамещением будет сложности. Но давайте посмотрим пока.

Теперь по поводу соплатежей, по поводу участия самого пациента – категорически «за». Вы знаете, что я даже выступала с этим. По крайней мере, я первая буду голосовать, если спросят об этом.

Зульфикаров. Я у Вас же и украл.

Попович. Я понимаю. Теперь о страховании. Существуют пять признаков страхования в принципе.

Первое – это чёткое определение того, кто в системе застрахован. Почему я сказала – у нас этой системы нет? Потому, что у нас застраховано «всё, что движется». А в страховой системе мы должны точно знать, кто в этой системе бенефициар.

Второе, обязательный принцип – кто за этих бенефициаров платит. И должна быть жёсткая связь между тем, кто застрахован, и кто за него платит, обязательно. В страховании по-другому не бывает. Если за вас никто не заплатил и ваш дом сгорел – извиняйте, но сами выкручивайтесь. Здесь та же самая история.

Третье обязательное условие – определённость во времени. Нужно понимать, в какой период это всё будет происходить.

Четвёртое – определённость в условиях, при каких условиях это всё срабатывает.

И пятое – самое главное – принцип нуля. Если мы знаем первые четыре, то мы точно знаем, сколько денег нам нужно с учётом застрахованных, с учётом условий, чтобы

собрать всех, кто за них будет платить. И вот этот принцип нуля – сколько собрали, столько выплатили – завершает систему страхования.

Что в российской системе известно? Только год планирования. Все остальные элементы непонятны. Поэтому для того чтобы превратить её в страховую, как говорит Владимир Владимирович Путин, нам необходимо чётко определиться, кто в системе застрахован и кто за него платит. Мы эту систему, вообще эту связь, разрушили. У нас платят в одном месте законопослушные страхователи, а пользуются в другом месте все, кто считается застрахованным. В том числе тридцать миллионов, за которых никто не платит. Мы увеличиваем взносы сейчас на страхование с тех, кто платит, мы наказываем законопослушных, для того чтобы незаконпослушные получили ещё больший бонус. Поэтому, конечно же, без квиточка о том, что за тебя заплатили, ты полис получать не должен. Я всё время об этом говорю. Страховой принцип начнётся тогда, когда мы точно будем знать: десять человек застрахованы, за них заплачено. Не заплачено – гуляй или плати сам. Это то, о чём я опять говорила.

Зульфикаров. Но это не ДМС?

Попович. Это не ДМС.

Норкин. Это нужно знать, куда деваются доходы от страхового фонда.

Попович. Доходы от страхового фонда в системе обязательного медицинского страхования – это единственные прозрачные деньги в системе здравоохранения.

Норкин. Да?

Попович. Все бюджетные расходы непонятны. Все расходы в системе ОМС сейчас прописаны до деталей, и это, кстати, большая проблема, потому что никакую копейку без согласования с фондом расходовать невозможно. Поэтому здесь, на мой взгляд, даже перекося есть. Поэтому куда идут деньги в бюджетной системе – вот это хороший вопрос, с этим давайте разбираться.

Вопрос. А кто будет разбираться?

Попович. Общество. А кто ещё?

Назаров. Я бы, на самом деле, не фетишизировал страховые взносы, которые мы выплачиваем с заработной платы. В любом случае в системе идёт мощнейшее перераспределение: богатый за бедного, здоровый за больного. Поэтому факт уплаты взноса работодателем за работника – ну здорово, заплатил. А если не заплатит – мы что, лечить не будем? Будем. А если он – безработный? А если она – домохозяйка? Будем лечить. Да, может быть, положим в палату, где куча народу, но всё равно же не выкинем. Поэтому максимум, что мы можем сделать – это мигрантов как-то более-менее формализовать. А всё остальное мы вынуждены будем делать, хотим мы этого или нет, поэтому я вообще сторонник от этих страховых взносов отказаться. Это бессмысленная нагрузка на фонд оплаты труда. И я бы лучше повысил НДС процента на два, потому что база, соответственно, более широкая, и снизил бы нагрузку на фонд оплаты труда, чтобы повысить конкурентоспособность отечественной экономики. Это чисто фискальный макроэкономический вопрос, не имеющий к системе страхования никакого отношения.

Попович. Это точно.

Зульфикаров. Дело в том, что заставлять человека платить самостоятельно, делать взнос самостоятельно – вы получите гораздо больше денег в систему.

Назаров. Это вот через соплатежи. Я могу же это сделать через соплатежи.

Попович. Нет, через соплатежи не всегда получится.

Зульфикаров. Потому что будут платить и из тех доходов, которые в тени.

Попович. Давайте так. Соплатёж бывает на входе и на выходе.

Зульфикаров. Это не соплатёж.

Попович. Подождите. Соплатёж на входе называется франшизой, то есть той частью, которую застрахованный платит сам за себя. Это вот то, о чём как раз говорил Артур (Зульфикаров). Соплатёж на выходе – это соплатёж в момент потребления медицинской помощи. Это самая несправедливая вещь. Будет больше платить тот, кто

больше болеет. Поэтому, когда мы говорим о соплатежах, мы должны понимать, что речь может идти только о соплатежах на входе, о соучастии в страховании, если мы хотим создать ту самую справедливую систему, которая является основной целью общественной системы здравоохранения.

И здесь сразу, ну, вопрос – не вопрос. Наверное, вопрос всё-таки, Володя. Медицинские счета – это хорошая тема, она действительно в Сингапуре реализована, и правильнее (вот то, о чём я как раз говорила) – медицинские счета нужны на катастрофические риски. Это дополнительная система страхования, которая управляется иначе. В страховании есть понятия «эксцедент убытка» и «эксцедент убыточности». Эксцедент убытка – это риск, который один, но очень большой, катастрофический. А эксцедент убыточности – это много-много мелких рисков. И вот когда мы говорим об очень тяжёлом заболевании, об орфанном заболевании, или о генетическом сложном, об онкологическом заболевании, о рассеянном склерозе, о чём угодно, о том, что требует очень дорогого лечения, о дорогой операции – на это нужно действительно собирать долго, например, накопительным образом, как в Сингапуре. У них несколько типов индивидуальных счетов привязано. Но когда мы говорим об убыточности, о многих мелких рисках, то это социальное страхование. Вот здесь справиться можно только вместе.

Назаров. А я бы делал ровно наоборот. Вот там, где большие риски, я беру это на себя как государство. Когда маленькие риски – я отдаю это людям.

Зульфикаров. Вы не противоречите тому, что говорит Лариса Дмитриевна.

Попович. Потому что я говорю о франшизе. Потому что то, о чём Вы говорите – это как раз соучастие пациента на входе до определённого момента. Почему я сказала о шведской системе? Потому что в шведской системе ты платишь до какого-то момента, пока не станет ясно, что ты болен, дальше тебя берёт общество. В нашей системе системы-то как раз и нет

Зульфикаров. Температуру не надо лечить.

Попович. Спокойно, Артур.

Зульфикаров. Я очень извиняюсь, уважаемый коллега, но не нужно Вас лечить при тридцати девяти, честно.

Попович. Спокойно. Нужно. Успокойтесь. Сейчас полечат. И Вас полечат, подождите.

Проблема, например, в том, что в России можно было бы сделать, для того чтобы оптимизировать нерациональное использование амбулаторных мощностей. Например, первые два посещения – бесплатно, с третьего по восьмое – платно. Начиная с восьмого – бесплатно. Потому что понятно, если нужно так много – значит, ты реально болен, и это дальше уже бесплатно.

Реплика. Правильно.

Попович. Проблема в том, что внедрить что-то рациональное в стране, которая привыкла к двухходовке, и третий ход уже не реализуется, очень сложно. Поэтому мы сейчас пытаемся Минздрав уговорить на то, чтобы хотя бы на лекарствах опробовать систему соплатежей; там проще это сделать. Конечно же, ну и соглашусь или не соглашусь, что нужно выстраивать рациональную систему, позволяющую решать, какие лекарства выбирать, но это отдельный специальный профессиональный разговор, не будем сейчас. Но внедрить референтную систему нужно здесь. Я говорила о медицинских услугах, но эта идея идёт из лекарственного страхования. Есть цена, по которой мы возмещаем тебе твои затраты. Вот медицинская услуга определённого качества в определённых условиях. Хочешь лучше – доплати за лучше, но не плати базовую стоимость. Она референтна, она возмещается. Эта идея пришла из системы лекарственного возмещения. Если ты хочешь молекулу с бантиком или с дополнительными свойствами – доплати разницу между самой молекулой и её дополнительными свойствами. Это система лекарственного возмещения. Та же самая история – для стимулирования интереса

пациента к тому, чтобы думать о своём кошельке и о своём здоровье. Это способ вовлечь его в систему здравоохранения. И в этом смысле я с Володей тоже соглашусь. И с франшизой тоже. И в результате я ответила не на вопрос, а на комментарий.

Ведущий. Ещё есть? Да, пожалуйста.

Муж. Я в НИИ ВШЭ тоже работаю. У меня такой вопрос, наверное, к обоим нашим выступающим, диспутантам, который, наверное, такой несколько философского плана, политэкономического именно в смысле политэкономии. Мы сегодня сказали о том, что существуют разные модели построения системы здравоохранения с точки зрения целеполагания, в том числе, как мы все хотели бы, идеальная модель была бы, чтобы нам общество и система здравоохранения обеспечивали здоровье, а не сам процесс лечения. Есть ли шанс в наших реальных условиях (понятно, что теоретически он есть), и в чём конкретно, какие конкретные шаги мы могли бы предпринять как общество? Это вот первый вопрос общий. И, если позволите, у меня будет ещё один.

Норкин. Лариса Дмитриевна об этом уже тут говорила.

Назаров. Да. Есть целый ряд чисто технических моментов. Ну вот, например, когда тот же врач общей практики получает подушевой норматив, а не плату за посещение, то он заинтересован в том, чтобы к нему прикрепилось определённое количество пациентов, которые были бы здоровы, которые бы, в общем, не беспокоили ни его, ни диагностические центры, тем более – не вызывали «Скорую помощь» и не попадали в стационар, но и не умирали при этом. Поэтому у него возникает правильная мотивация, это называется механизм фондодержания, особенно если при этом ещё учитываются определённые показатели качества – допустим, если у врача запущенные больные попадают в стационар, то мы его как-то штрафует за то, что он их довёл до такого состояния. Есть чисто технические элементы, как внутрь системы встроить стимулы для отдельных акторов этой системы, будь то врачи общей практики или узкие специалисты.

Муж. Я как раз об этом. Не об инструментах вообще, а что нам надо сделать сегодня, сейчас.

Попович. Сейчас расскажем.

Муж. То есть один шаг, два шага, может быть, три; сколько вы захотите. Самое актуальное.

Назаров. Я считаю, что фондодержание на уровне врача общей практики – это хороший инструмент, его надо применять. То же самое я думаю про страховые компании. Когда мы их сделаем, по сути, фондодержателями, дадим им деньги, возможность управлять пациентопотоками, и они будут заинтересованы в том чтобы, с одной стороны, к ним пришло как можно больше людей, с другой стороны, чтобы снизилось именно количество обращений за медицинской помощью, то мы можем всегда уровнем тарифов отрегулировать их ответственность. Если они просто будут отфутболивать людей, а люди потом будут умирать, чтобы это им стоило очень дорого. Соответственно, один и тот же инструмент можно применить и к врачам общей практики, и к страховым компаниям. Ну и за рамками системы здравоохранения приоритет человеческой жизни в обществе настроен именно на это. Мне кажется, что, если мы возьмём, допустим, итальянскую систему здравоохранения, она не самая дорогая, не самая лучшая, но люди там живут дольше, продолжительность жизни выше. Там вино, море, хорошее отношение к жизни...

Ведущий. Оливковое масло.

Назаров. Да, оливковое масло. Это тоже очень важно. То есть далеко не всё зависит от системы здравоохранения. Очень многое зависит от нас самих и от других систем, как они устроены.

Попович. Я же показывала, что у нас 80% населения верит средствам массовой информации. У меня впечатление, что для того чтобы в России стало интересно быть здоровым, нужно сделать несколько вещей. Конечно, с одной стороны, население должно захотеть быть здоровым и уважать это государство, потому что ради его процветания,

собственно и нужно работать. А если воспитать патернализм, да еще перевернутый – то получим абсурдную систему. Ну, зачем мне быть здоровым, когда мне все дотации, субсидии и льготы дают, только когда я болен? Вот зачем как бы, да? Мне лучше государство немножечко «пощипать», придя в больницу и получив от него хоть крошку бесплатных благ. То есть перевернутая система ценностей. Однако система ценностей меняется несколькими путями, мы понимаем с вами. Это как бы ментальная революция, это образование, это средства массовой информации и это культурная среда в том числе. Почему вот эту «луковицу» показываю? Потому что желание быть здоровым должно присутствовать у человека. Он сам должен этого хотеть. Насильно оздоровить невозможно, но и насильно заставить быть больным можно только противоправными действиями третьих лиц. Обычно в хронических ситуациях люди сами, причем добровольно, подвергаются риску. Я – категорический противник курения, наркомании и алкоголизма, потому что знаю цену им. Это к вопросу оценки медицинских технологий, мы у себя отшлифовали эту вещь совершенно, и мы посчитали, что потери, которые несёт Российская Федерация от алкоголизма, курения и наркомании – это два бюджета здравоохранения ещё. Два бюджета здравоохранения!

Муж. И при этом никак не можем их остановить. Только вот сейчас что-то...

Попович. Совершенно справедливо. В обществе слишком толерантное отношение к некоторым вещам, к которым относиться толерантно нельзя. Здоровье начинается а) с желания быть здоровым б) с условий, когда ты можешь это сделать. А условия – это что? Это не диспансеризация в нашем русском варианте. Это та система самоконтроля, которую я пропустила в слайдах быстро, которая сейчас в мире вместо диспансеризации. Самоанализ, самоконтроль, система специальных опросников, Артур (Зульфикаров) прекрасно знает, это великолепная вещь. Плюс при пациентоцентричной модели что еще необходимо? Обязательная материальная база и система логистики. Ты должен четко представлять, куда ты пойдёшь, где ты это всё получишь, если у тебя что-то не так, если ты это видишь – у тебя тут же должна быть возможность это вылечить. Плюс ты должен хотеть быть здоровым, а для этого ты должен верить этому государству и этому микросоциуму, который вокруг тебя. Здесь много наук, здесь действительно не только медицина. Медицина в данном случае выступает как такой аналог центра починки автомобиля, но за автомобилем хозяин должен следить сам. Поэтому сделать нас здоровыми можно, у нас правда меняются в голове ценности, молодые люди, у которых есть цель в жизни, следят за своим здоровьем, они требуют информации о том, как сохранять своё здоровье. Не случайно все эти пациентские и общественные организации всё время обмениваются информацией в сфере охраны здоровья. Государство от этого ушло. Государство в этом не участвует, и здесь я с Володей не соглашусь: рынок здравоохранения может быть лишь в отдельных элементах. Рынка здравоохранения в полном смысле в принципе быть не может. Государство должно выполнять свою основную функцию – сохранение общественного договора с обществом о создании вот этой самой системы распределения общественного пирога, в том числе ориентированную на здоровье, и тут я с Володей соглашаюсь.

Муж. В свете того, что Вы только что говорили, у меня к Вам персонально вопрос. Вы упомянули, что есть позитивный опыт истории успеха оценки технологии здравоохранения, который вот Вам известен. Можно один-два примера?

Попович. Да, пожалуйста. У нас вот предпоследняя интересная, на мой взгляд, работа – это оценка возврата на инвестиции вложения в лечение заболеваний опорно-двигательного аппарата. Колоссальный возврат на инвестиции: на рубль вложений вы получаете четыре рубля выгоды. Это много.

Вторая история. Сейчас мы сделали новую модель, даже получили профессиональную премию в области методологии. Мы сделали модель оценки возврата на инвестиции в организационную схему профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. В Соединённых Штатах возврат на инвестиции (ROI) составляет три – три с

половиной. В России, если будет реализовано всё то, что сделано (кстати, очень неплохая программа сделана), то мы получим возврат на инвестиции семь рублей на рубль вложений. Поэтому очень интересный и занимательный результат этой работы.

Всё, что касается табакокурения. Мы сделали этот расчёт, и он был использован в Госдуме при рассмотрении вопросов по закону о табаке. Сейчас активно пытаюсь пробить использование наших данных по алкоголизму (это сложнее), по наркотикам. В представительстве ООН я докладывала о том, что у нас по наркотикам возврат на инвестиции такой же, как в Соединённых Штатах Америки. При, в общем, более простых схемах борьбы, которые мы тем не менее считаем малоэффективными. Однако – три с половиной рубля на рубль вложений. Это тоже очень неплохо. Когда ROI положительный – уже хорошо, а здесь он больше единицы.

Поэтому у нас эти исследования ведутся, я с удовольствием всё время о них рассказываю. С ними можно знакомиться, они полезны для общества.

Ведущий. Спасибо, господа. Теперь приступаем к последней нашей с вами стадии сегодняшнего обсуждения. Если кто-то хочет высказаться – поднимите, пожалуйста, руки. Только не про Чубайса, умоляю вас.

Реплика. Уже забыли про него.

Ведущий. Так, три. У нас уже время с учётом... Полторы минуты каждому. Хватит?

Муж. Мы платим, что ли, за посиделку?

Ведущий. Ну как – платим за посиделку?! У нас существует годами установленный жёсткий регламент, которому я являюсь хранителем, а не распорядителем. Поэтому давайте полторы минуты на брата. Слушаю Вас.

Норкин. Когда я работал с Лужковым, то мне он сказал: «Кемер, разберись с медициной». Что я понял? Во-первых, то, что Лариса Дмитриевна права, что самое главное – это забота о здоровье самого человека. Вот ваш покорный слуга прожил девять в квадрате лет. За всё это время...

Попович. Покаобразишь, сколько...

Норкин. Восемьдесят один год. Когда я организовывал движение «Здоровье здоровых», то получилось так, что я подсчитал, что за всю свою жизнь я проболел пятьдесят дней, за всю жизнь вот, и лежал в больнице всего два раза, то есть на мне медицина заработала колоссально. Так я что хочу сказать? Что вот очень я советую в Интернете посмотреть, кто такой К. Б. Норкин. И там почему-то вот моя деятельность по поводу движения «Здоровье здоровых» рассмотрена, это первое.

Второе, что я хочу сказать, что категорически платная медицина несовместима с бесплатной. То есть я специально исследовал этот вопрос. Сто процентов это криминогенная коррупционная составляющая.

И, наконец, последнее. И вообще, другого нет пути, кроме как вовлечение, по крайней мере, на уровне family doctor социальных кругов на нижнем уровне.

Ведущий. Время...

Норкин. Нет, подождите. Я против несправедливости, потому что я соблюдал с вопросами нашу старую дисциплину, а многие полемизировали во время вопросов. Я ещё одно только слово скажу и всё, одну очень важную вещь. Несовместима, вообще говоря, медицина с деньгами. Вот что вы со мной ни делайте. Краткий пример.

Ведущий. Всё, пример уже не получается.

Попович. Но кто-то должен платить за это.

Муж7. По поводу общественности, чтобы она заучаствовала. Потому что в Интернете у Вас был один пункт активизации общественности в этих проблемах медицины. Вы об этом совершенно ничего не сказали, а меня как раз больше всего интересует. В августе этого года госсовет вместе с Путиным посидели и озаботились подъёмом уровня жизни и обеспечения пенсионеров. Соответственно, госсовет выпустил программу стратегии совместных действий, о чём тут тоже ничего не сказали. И в этом

плане социальный заказ от общественности, чтобы эта общественность освоила, осмыслила, что же им, в конце концов, нужно, сформулировала чётко, затем выделили под это дело денежки и посчитали, и эта самая общественность чётко контролировала эти самые расходы. По районам в Москве, где район – это сто тысяч, стотысячный город, это типовой по России. Его там все проблемы будут совершенно спокойно очевидно решены, потому что я вот смотрю на вас обоих – вы чиновники, между собой бодаетесь и между собой решить не можете. И тот, кто пролоббирует в Госдуме, тот будет из вас прав. А общественность там не представлена, и поэтому она всё сделает сама прекрасным образом.

Муж8. Я хотел сказать одну простую вещь, которая, может быть, в какой-то степени поставит восклицательный знак в конце этой дискуссии. Это возможность нас, как экономистов, повлиять на ту сферу, которую мы обсуждали, экономику здравоохранения, через нашу обычную профессиональную деятельность, которую мы так называем обычной, она не совсем так уж обыденна, через наших студентов. Меня удивил пример одной из студенток, которая поставила себе вопрос «Экономика ожирения», и сегодня, сейчас она является директором центра экономики здравоохранения в Йельском университете, это там развивает и так далее. Но сама постановка вопроса для студентки третьего курса – согласитесь, это впечатляет.

Попович. Очень хорошо.

Муж8. И в этом ракурсе мы, наверное, могли бы тоже принести и обществу, и самим себе, и государству пользу. Спасибо.

Ведущий. Спасибо.

Завершаем тогда, завершающее слово. Лариса Дмитриевна начинала, тогда сейчас Владимир Станиславович, прошу Вас кратко.

Назаров. Я три тезиса озвучу.

Первый тезис, что бесплатной медицины не бывает, то есть за бесплатную медицину тоже кто-то платит.

Второй, что у нас нет какой-то волшебной палочки, что всё равно эта система будет вносить массу искажений в наше поведение и в функционирование экономики, там всегда будет неэффективность – до тех пор, пока не исправятся те базовые ограничения для внедрения нормальных рыночных отношений, о которых я говорил. Но для этого должны измениться технологии.

И третье: это если хочешь быть здоровым – будь им. Поэтому будьте здоровы.

Попович. Отлично.

Хочу сказать, что общество всегда заслуживает то здравоохранение, которое имеет, поэтому без общественного запроса мы, в конце концов, ничего не поменяем. Только общественный запрос приведёт к изменениям в системе организации. И, конечно же, очевидно, что в России не может быть одной реформы здравоохранения на всех. У нас очень разные территории и в разных историях они существуют. Но самое главное, что мы поняли, о чем говорим во всех аудиториях, и даже у меня в институте висит этот лозунг: «Вложения в здравоохранение – это не расходы, а инвестиции». Здоровый человек – здоровая экономика. Если мы, экономисты, сумеем донести эту простую мысль на примере тех расчётов, пожалуйста, которые делают Володе, которые делают мне, и достучимся до чиновников – что-то может измениться. Мы не чиновники. Но если достучимся до них, если убедим их, что нужно убирать зоны неэффективности, куда деньги утекают, если мы сумеем вместе это сделать – общество нас поддержит, и мы построим то здравоохранение, которое реально должно быть в этой очень хорошей стране.

Ведущий. Спасибо большое. По-моему, сегодня получилось интересно и очень живо. Большое спасибо нашим сегодняшним участникам за это.

Попович. Спасибо вам.

Ведущий. Ждём всех 15 января на диспут. Мне кажется, будет интересный диспут. Будет диспут между Андреем Яковлевым и Владимиром Дребенцовым на тему «Либерализация условий ведения бизнеса в России».

Будьте здоровы! С Новым годом!