

**Стенограмма круглого стола  
«Законопроект «Об обязательном медицинском страховании»:  
новые перспективы или новые проблемы?»**

5 июля 2010 года  
12.00-14.30

Институт современного развития  
г.Москва, ул.Делегатская, д.7, стр. 1

**Гонтмахер.** Уважаемые коллеги! Во-первых, я рад вас приветствовать в Институте современного развития. У нас повод для встречи очень интересный – это проект Закона «Об обязательном медицинском страховании». Мы проводим наш круглый стол по этому поводу вместе с Российской медицинской ассоциацией и с целым рядом других специалистов.

Буквально два слова об этом проекте Закона.

То, что реформа здравоохранения у нас назрела – это все давно понимают. Когда я пришёл в 1997 году в Аппарат Правительства покойная Татьяна Борисовна Дмитриева была министром здравоохранения. И уже тогда мы с ней обсуждали эту тему. Тогда была, помните, Правительством утверждена Концепция развития здравоохранения и медицинской науки. Можно сейчас говорить о том, насколько она была хорошей или неудачной. Но факт остается фактом: мало что сдвигалось с тех пор. Например, хроническое недофинансирование – оно было и есть. Но даже не в этом главное, а главное в том, что, как мне кажется, с той поры мы всё-таки заблудились между даже не трёх, а двух сосен: бюджетная медицина и ОМС.

Я помню послание Владимира Владимировича Путина, по-моему, 2002 года, где он сказал, что надо переходить на страховые принципы в медицине. Потом он на следующий год в своём послании сказал, что Правительство не отреагировало на его указание. Потом, я помню, уже Дмитрий Анатольевич Медведев сказал, что его не устраивает та система обязательного медицинского страхования, которая есть, потому что она неэффективна.

Как видите, на таких высоких уровнях было признано, что что-то надо делать, и вот, наконец, вдруг появился этот проект Закона. Он был вывешен на сайте Минздравсоцразвития, по-моему, 25 мая. Вроде бы правильно сделано - конечно, надо его обсуждать. Но всего через несколько дней уже в Думе этот документ внесён группой депутатов, и на 7 июля назначено первое чтение.

Этот стиль, с моей точки зрения, мягко говоря, не очень правильный, потому что обсуждения как такового не было. Мы сейчас нашими усилиями как-то попробуем восполнить этот пробел.

Если же говорить о сути законопроекта, то здесь тоже очень интересная ситуация. Ведь ситуация с двумя соснами, о которой я уже говорил, требует какого-то кардинального решения для выбора оптимальной модели системы здравоохранения для России. В мире разные модели, но нет единой модели. Есть и бюджетные модели, которые достаточно эффективно работают, есть страховые модели тоже неплохие. А у нас как-то всё это смешалось. В этом законопроекте, как было сказано Министром здравоохранения Татьяной Алексеевной Голиковой, только косметические правки нынешней системы. Наверно, надо в чём-то быть консерваторами. Но в данном случае получается, что система ОМС, которая признана неэффективной, только чуть-чуть корректируется. Там, конечно, есть отдельные положения, с которыми можно соглашаться, с какими-то нельзя соглашаться, но суть, в общем, от этого не меняется. Принятие этого Закона никак не решит проблему выбора модели.

А выбор модели, как мне кажется, для России – это сейчас самое главное. Это должен быть общественный запрос: что все мы хотим от здравоохранения? При всём уважении к врачам, но всё-таки есть общество, которое должно сказать: «Мы хотим от вас вот это, вот это, вот это». Например, у нас сейчас продолжают развиваться негативные тенденции в состоянии здоровья населения, несмотря на некоторое повышение продолжительности жизни. Положение с заболеваемостью по-прежнему очень неблагоприятное. Наверно, общество хочет, чтобы эти тенденции были, по крайней мере, остановлены. Общество хочет, чтобы услуги здравоохранения были доступными. И общество хочет, наверно, чтобы где бы российский человек ни оказался, он получал по одним и тем же медицинским показаниям один и тот же набор услуг. И уже от этого надо, видимо, идти, а не от того, сколько денег в системе ОМС. Потому что у меня ощущение, что этот проект закона исходит из того, что денег сейчас в системе немного и так всегда и будет. Плюс мы имеем ещё закон о бюджетных учреждениях, который очень красиво ложится с предложениями по «реформированию» ОМС.

Например, предполагается, что можно будет по новому Закону выбрать врача. Правда, если только он это пожелает, конечно. Допустим, он этого пожелает. Получается, что часть врачей окажется без пациентов и это не банкротство, это не приватизация, конечно, но это учреждение будет жить, видимо, получая госзадание в размере минимальной заработной платы (4330 рублей в месяц) тому персоналу, который там есть, и рано или поздно оно будет, конечно, закрыто тем или иным способом.

Хорошо это или плохо? Я думаю, скорее, плохо, потому что мы с вами знаем, что никто не может объективно ответить на вопрос: а что такое хороший врач? Критериев-то нет, а есть разговоры. Мне знакомый сказал, что вот этот человек хорош лечит. Может быть, он действительно хорошо лечит, а может быть, нет. Я напомним, что в Великобритании более 200 параметров оценки работы обычного врача. В их числе и результаты опросов населения, и объективные показатели. А у нас получается, что это вроде бы такое либеральное, вроде такое демократическое положение о том, что я свободен, я выбираю врача, – а оно обернётся на самом деле тем, что более ни менее квалифицированная медицинская помощь будет недоступна для большинства. Появится группа хороших врачей, которая сформируется как бы неким общественным мнением, к ним будет стоять очередь, что само по себе плохо, и на качестве лечения это может сказываться. Я уж не говорю о коррупции, которая здесь может возникнуть. Это я разобрал только один из принципиальных вопросов, которые содержатся в этом проекте закона.

Получается, что это даже не п косметика. Мне кажется, что это даже во м ухудшение даже той ситуации с ОМС, которая есть.

Возвращаясь к общественному запросу необходимо отметить его принципиальное значение. Ведь он должен формироваться путём переговоров всех основных заинтересованных сторон: конечно, и врачей через их организации, конечно, и пациентов, конечно, и политических партий, и общественных организаций, – все должны придти к какому-то общему мнению: здравоохранение должно у нас функционировать по такой-то модели и столько мы должны на нее тратить может быть даже независимо от нашего бюджетного финансового положения, потому что это абсолютный приоритет. Как раз, кстати говоря, в условиях недостатка финансов как раз надо тратить больше денег на образование и здравоохранение. Это важнейшая антикризисная мера, потому что давайте посмотрим что может произойти уже через несколько лет. Наша экономика станет инновационной, будут создаваться современные рабочие места. А кто на них будет работать? Система образования – это отдельная тема, а с точки зрения состояния здоровья? Кто будет выводить Россию в передовики? В Сколково, может, наберут несколько тысяч здоровых молодых людей, и то, может быть, не нашего происхождения. А вся остальная наша страна?

И в этом смысле, мне кажется, вопрос о реформе здравоохранения стоит не косметически, а очень остро. Потому что мы уже дошли, кажется, до такого достаточно критического состояния, когда недовольны тем, как у нас работает здравоохранение, все, в том числе врачи, безусловно. Набралось огромное количество диспропорций – и финансово-экономических, и структурных, и каких угодно, и на эти вопросы нет ответа. Очень многого не хватает для того, чтобы начать реформу. Одно дело – сочинить в кабинете паллиатив и быстренько сказать, что это и есть реформа, другое дело – к ней подготовиться, может быть, потратить один–два–три года – столько, сколько надо, но потом действительно это всеобщими усилиями это дело начать.

Лично я не сторонник страховой модели в нынешней России. Я считаю, что пока рано ее вводить. Мне кажется, что бюджетная модель пока себя не исчерпала. Не советская, конечно. От нее мы уже ушли безвозвратно. Но бюджетная модель с применением всех возможных экономических новаций, и стандартов, и оценки качества работы, и т. д., и т. д. – это, мне кажется, для нас это актуально будет ещё несколько десятков лет, пока мы не станем страной более богатой, более здоровой, – тогда, может быть, надо будет переходить на страховые принципы. А то ведь сейчас - вы посчитайте - повышенный страховой тариф в размере 5,1%, который будет введен со следующего года – это же копейки, которые будут, в общем...

**Вопрос.** А они будут вообще-то?

**Гонтмахер.** Это другой вопрос. Работодатели будут платить не в том объёме, в котором надеются, потому что уже известны два варианта ухода от повышения тарифа: первый – это, конечно, уход в тень, а второй более хитрый – просто работодатель будет фонд оплаты труда оставлять неизменным. То есть, вы понимаете, начисления на заработную плату увеличатся, а заработная плата, выдаваемая на руки, уменьшится. Причём работодатель скажет работнику: «Слушай, мы ж тебя страхуем, ты же получаешь дополнительные услуги по медицинскому страхованию, то есть я ж не себе в карман кладу, – работодатель скажет, – то есть я не выступаю каким-то эксплуататором».

Поэтому с точки зрения того, будет ли реально увеличение сборов – оно будет, но, наверно, не в той степени, в которой это прогнозируется. Странная ситуация, когда собираются очень небольшие деньги через страховые взносы и туда будут постепенно вливаться деньги из бюджета. Какое это страхование? Вообще, по моему мнению, если бы мы хотели перейти на страховую медицину, без бюджетной подпитки, то тариф должен был бы быть совершенно другой. Можно посчитать. Он должен быть не 5,1%, процентов 8-10 от заработной платы. Причём он должен был бы, конечно, включать в себя семейные компоненты, например, что я мог бы страховать свою жену, детей, родителей. Нынешние платежи за неработающее население, которые делают региональные бюджеты, – это вообще непонятно, что это такое: то ли это налог, то ли это страховой взнос, который регион хочет – платит, не хочет – не платит. Наверно, в первом чтении этот законопроект примут - такова практика нашей Государственной Думы. Они скажут, что ко второму чтению можно будет вносить какие-то существенные поправки. Посмотрим. Есть разные варианты. Вы помните, Закон о транспортном налоге был принят в третьем чтении, передан Совету Федерации, а потом вдруг его сама же «Единая Россия» развернула. То есть шанс на то, что можно предотвратить какие-то негативные вещи, всегда есть.

Поэтому цель нашего стола – сформировать наше общее мнение по этому поводу. Тут собрались специалисты, люди, которые знают эту проблематику досконально. Мы, наверно, сделаем на базе этого, я думаю, материал, который мы передадим Председателю попечительского совета нашего Института - Президенту Российской Федерации Дмитрию Медведеву.

Так что я всех призываю к свободной дискуссии. Думаю, что не в последний раз мы эту тему будем обсуждать, потому что она очень важна, тем более, что в ноябре

пройдет юбилейный Пироговский съезд, на котором принципиальная позиция медицинского сообщества будет высказана.

А теперь хотел бы предоставить слово Саркисяну Ашоту Григорьевичу.

**Саркисян.** Спасибо большое. Я скажу просто два слова, потом, если можно, я вам покажу слайды по всероссийскому медицинскому обсуждению.

Дело в том, что социально-политическая ситуация, которая существует в России последние годы, обусловлена рядом факторов, главным из которых является административная реформа и связанная с ней социальная реформа. Приняты три Закона – 95-й, 131-й и пресловутый 122-й Закон, вы все прекрасно знаете. И поэтому с 1 января 2006 г. в Российской Федерации в полном объёме действует законодательство, регламентирующее разграничение полномочий между органами государственной власти различного уровня и органами местного самоуправления. И получается, что законодательно определено, что основная нагрузка по оказанию медицинской помощи населению ложится на муниципальный сектор здравоохранения. Это более 80% лечебно-профилактических учреждений – это муниципальный сектор: это и больницы, и поликлиники. Около 70% врачей работает в муниципальном секторе. И получается тогда, мы задаём сами себе риторические вопросы: а готовы ли муниципальные образования обеспечить за свой счёт, за счёт своих ресурсов оказание первичной медико-социальной помощи? И равны ли финансовые возможности муниципальных образований? Вот это такие риторические вопросы. А после этого мы уже перейдём к тому, что называется ОМС и т. д., и т. д.

Дело в том, что в последние годы полностью разрушена управленческая вертикаль, отрасли здравоохранения как таковой не существует, однако при принятии решения Министерство здравоохранения до сих пор считает, что отрасль есть, что министр здравоохранения – это главный врач всяя Руси. Но это же не так. Поэтому те решения, которые принимаются нашими органами здравоохранения на самом верхнем уровне – в Министерстве, они почему-то считают, что пока до сих пор есть этот принцип отраслевой. Нет его. Отсюда и все эти непонятные манипуляции, я по-другому даже не скажу, когда выкатывается, грубо говоря, по-другому даже не скажешь, проект Закона, через 3–4 дня его оттуда забирают, придумали очень классный ход – уже не правительство, а группа депутатов от «Единой России» очень «озабочена».

Что показывает анализ ситуации? Беспрецедентное уменьшение количества и ухудшение качества населения, деградация среды обитания и жизнедеятельности человека, неспособность здравоохранения и социальных систем защитить жизнь и здоровье человека. Рост уровня люмпенизации, надо признать, что ужасно, об этом мы будем говорить. Большой слой врачей полностью деградирует. Критическое снижение трудового и оборонного потенциала России. И прогнозы очень плохие: здоровье будет ухудшаться, а при малозаселенных территориях в экстремальных климатических условиях это равнозначно величайшей угрозе её национальной безопасности. То, что мы всегда говорим «безопасность», «национальная угроза» – это никто ничего не воспринимает. Вот оно всё есть.

Российская медицинская ассоциация создана в 93-м году, объединяет более 300 000 врачей по всем регионам. Цель организации – содействовать осуществлению эффективной профессиональной деятельности врачебного персонала. Региональные отделения, представительства, филиалы.

С 2001 г. Российская медицинская ассоциация является членом Европейского форума медицинской ассоциации и имеет партнёрское Соглашение с Минздравом, Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав, к Министерству экономического развития и торговли Российской Федерации. И совершенно такое экзотическое у нас соглашение – мы очень серьёзно работаем с Исламской республикой Афганистан. Правительство Афганистана

заключило Соглашение с Российской медицинской ассоциацией по поводу создания общественной системы здравоохранения республики. Не с Минздравом, не с Правительством России, а с Российской медицинской ассоциацией. Вот мы сейчас в этом плане тоже работаем.

Пироговское движение было воссоздано в 1995 году, когда объединились врачи и объявили о возрождении Пироговского движения в России и о воссоздании проведения Пироговских съездов врачей. Пироговские съезды врачей всегда были высшими профессиональными медицинскими форумами дореволюционной России. Это трибуна для конструктивного диалога общества, власти и врачебного сообщества. Итоги Пироговского съезда врачей – это Кодекс врачебной этики, Концепция регулирования профессиональной деятельности. Мы издавали в течение шести лет «Врачебную газету». К сожалению, нам никто не помог, и пришлось этот проект закрыть. Это была бесплатная газета, мы раздавали ее по всем регионам членам Российской медицинской ассоциации. Была отработана Медико-социальная хартия Российской Федерации, которую взяли за основу европейцы, американцы, после этого они создали свои медико-социальные хартии, Конвенция о правах и обязанностях врачей. Российская медицинская ассоциация впервые поставила вопрос в 1997 году о необходимости трёхстороннего договора государства, общества и врачей. Но, к большому сожалению, будучи даже депутатом Государственной Думы, я не смог поставить даже на заслушивание этот вопрос – о хартии, о трёхстороннем договоре.

За четыре года, которые я провёл в Думе, я пытался провести два законопроекта – это о правах и ответственности пациентов и о страховании профессиональной ответственности врачей. Тоже не нашёл понимания, даже в своём комитете.

В июне 2001 г. нас принял, делегатов IV Всероссийского Пироговского съезда врачей, Президент Российской Федерации Владимир Путин. На этой встрече по его предложению была создана межотраслевая комиссия по формированию системы государственно-общественного управления здравоохранением Российской Федерации, прошло совместное заседание коллегии Минздрава и президиума Управления Российской медицинской ассоциации. И провели после этого во всех федеральных округах и более чем в пятидесяти субъектах выездные пленумы совместно с Минздравом и Администрацией Президента.

Что такое государственно-общественное управление здравоохранением? Это процесс вовлечения в управление корпоративных общественных объединений с передачей им части управленческой функции в сфере повышения и подтверждения профессиональной квалификации, оценки профессиональной деятельности, привлечения к профессиональной деятельности, контроля и отстранения от нее в случае необходимости. Мы ничего нового не придумываем. Во всём цивилизованном мире это существует. И, кстати, у нас до революции тоже было Пироговское движение, Пироговское общество врачей. Произошло распределение полномочий, то, что я говорю – 95-й, 122-й и 131-й Законы, и единственное, что может исправить это положение – это переход от отраслевой деятельности к системе государственно-общественного управления здравоохранением. И проблемы реформирования могут быть успешно решены только совместными усилиями государственного и врачебного сообщества. Нельзя принимать какие-то келейные решения, о которых не знают ни население, ни врачи, хотя мы имеем конституционное право знать вообще, что творится.

По итогам этих пленумов была составлена Концепция системы государственно-общественного управления. Далее по предложению наших медицинских сестёр, фармацевтических организаций мы пришли к тому, что необходимо создать некую организацию, которая объединила бы всё, что работает в системе охраны здоровья. В 2002 г. был проведён учредительный съезд Российского медицинского союза, где основой явилась Российская медицинская ассоциация, а вокруг – Российская ассоциация

медицинских сестёр, фармацевты, провизоры, – в общем, всё, что работает в системе охраны здоровья.

Проблемы здравоохранения мы можем подразделить на четыре раздела – политический, финансово-экономический, медицинский, организационно-управленческий. Можно остановиться только на организационно-управленческой проблеме здравоохранения. Тут можно сказать, что огромную роль сыграл профессор Пиддэ, это его большая работа, и мы ему, конечно, в этом благодарны. Определены объёмы и способы финансирования. Но когда берутся за что-то, надо, наверно, провести инвентаризацию, посмотреть, что у тебя есть вообще. Вот был нацпроект «Здоровье». Куда эти деньги ушли? Где эти Центры высокотехнологичной помощи? Что, грибок их съел, как нам объясняют? Ну что за бред какой-то?

Учитывая всё это, Российская медицинская ассоциация приняла такое решение – проводить ежегодный мониторинг мнения врачей по поводу того, что вообще творится. Приняло участие около 80 000 врачей из всех субъектов Российской Федерации. Это 2005-2009 гг. Кстати, будучи членом межведомственной рабочей группы по приоритетным национальным проектам, я попросил Татьяну Алексеевну Голикову: давайте ознакомим членов этой комиссии с тем, что вообще творится, с мнением врачей. Несколько раз я попросил – так и не приняли моё предложение, а просто меня оттуда убрали, из этой комиссии, чтоб я не бузил там дальше.

Конечно, мы VI Пироговском съезде врачей поддержали приоритетный национальный проект «Здоровье», но при условии, если он будет рассматриваться как первый этап, начало системных реформ здравоохранения.

Но реализация нацпроекта вызвала глубокий пессимизм как при общей оценке идеи, так и при исполнении, полный пессимизм у врачей, которые не стали его сторонниками. А как могут люди поддержать то, чего они не понимают? Итог: не получен ожидаемый результат, потрачены миллиарды, громадное количество денег, и существенно снижена ценность государственных усилий. И теперь, когда говорят, что 460 млрд. будет потрачено на замену оборудования – врачебное сообщество на это смотрит со скепсисом.

Оценка врачами состояния здравоохранения Российской Федерации: 93 % – что переживает кризис, 89 % – нужна реформа здравоохранения.

**Гонтмахер.** Вот это очень важно, потому что многие говорят, что врачи консерваторы, что они не хотят ничего менять, дайте деньги, и всё. На самом деле врачебное сообщество хочет реформ, просто эти реформы должны быть продуманы и с их участием. Вот это важно.

**Саркисян.** А вот теперь посмотрите заинтересованность в реформе: 68% – медицинские работники, 66% – население, а органы управления здравоохранения – 21% заинтересованы в реформе. Страшная цифра. По сути своей мы консерваторы в хорошем смысле этого понятия, но 22% врачебного сообщества требует акций протеста. Я даже больше скажу, что мы получали письма, где врачи говорят, что мы просто начнём идеологически обрабатывать население, если нас не будут слушать. Оппозиция необходима, конструктивная оппозиция.

Вот кратко то, что я хотел сказать.

**Гонтмахер.** Спасибо большое, Ашот Григорьевич.

**Кравченко.** Уважаемые коллеги, я – профессор Кравченко, работала 14 лет в Федеральном фонде ОМС, занималась реализацией первого Закона об ОМС, была одним из соавторов этого Закона, и основной разработчик Программы государственных гарантий. Сегодня мы представили вам и раздали замечания и предложения по проекту нового Закона. Они были нами подготовлены (рядом со мной сидит мой сотрудник, руководитель лаборатории) только после тщательного анализа вообще тех моделей здравоохранения, которые есть. И тем более мы увидели в повестке дня сегодня вопрос: какую же модель здравоохранения выбрать. Так вот дело не в выборе модели, а, наверно,

в рациональном изучении подхода к этим моделям, и потом уже можно сказать, что же для России подходит, что не подходит. Здесь непосредственно мы показали методологию классификации и оценки моделей здравоохранения, именно базис модели – это общественная ценность здоровья, вопрос ключевой.

**Гонтмахер.** Вот это важно: не надо рассматривать здравоохранение как сферу производства услуг. Это, мягко говоря, узкий подход, который ведёт в тупик.

**Кравченко.** Совершенно верно. Поэтому общественная ценность здоровья, и здоровье создаёт стоимость и является балансом интересов всех участников системы. А четыре главных игрока в любой системе (наша ли, другая ли система) – это, прежде всего, государство, население, работодатели или плательщики, которые платят в конечном итоге за всё и вся, и здравоохранение в широком смысле этого слова, и конкретно производство медицинской помощи, это медицинские работники.

Поэтому исходя из вот этой методологии, мы дали эволюцию моделей здравоохранения. С тех пор, как появилась профессия врача, был уже обмен между врачом и пациентом. Но далее уже появляется рыночная сетевая модель массового оказания медицинских услуг. Речь не идёт, что лучше – страховая или бюджетная, потому что страховая или бюджетная – это лишь источник денег и источник финансирования. С нашей точки зрения, можно тут поспорить: правильнее говорить «рыночная сетевая модель» или «социальная сетевая модель». Так вот рыночная сетевая модель – это пример США в чистом виде до принятия Президентом Джонсоном программ «Medicare» и «Medicaid», потому что дальше она уже пошла не только как страховая, а пошла как смешанная: социальная модель массового медицинского обслуживания – это в чистом виде, и сейчас её называют «модель Семашко» или «модель СССР», какой-то степени английская модель Бевериджа. Гибридные социально-рыночные модели существуют сейчас практически во всех современных странах.

**Гонтмахер.** Баланс интересов.

**Кравченко.** Возьмите баланс интересов, когда существует самая простая рыночная индивидуальная схема: врач и пациент. Здесь всё равно разбалансированность интересов между государством и населением. И работодатели ничего не платили, но получали от удовлетворённости населения мотивацию работать хорошо.

Я бы хотела больше остановиться на модели, которую в привычном обиходе принято называть страховой. На самом деле это рыночная сетевая модель массового оказания медицинских услуг, то есть это типичная страховая модель. К ней можно отнести добровольное страхование, например, как в США. Здесь опять четыре главных игрока – государство, население, лечебно-профилактическое учреждение (ЛПУ) и работодатель. Что является товаром? Медицинские услуги страховой модели прежде всего. А мы подчёркиваем, что не только медицинская услуга. Если мы будем на неё настраиваться, то всё время будет рост, рост, рост этих услуг. И товар № 2 – это непосредственно услуги по организации сетевого медицинского обслуживания. И действительно, в страховой модели, если хотите, рыночной модели – там страховщик участвует, и создаёт, и отвечает за организацию медицинской помощи, то есть он застрахован, ему предлагают медицинские учреждения услуги, то есть он организатор. Если он взялся, если он страховщик, то он организует эту медицинскую помощь. Работодатель непосредственно платит государству, работодатель через зарплату покупает полисы страховки, и поэтому работодатель выигрывает, потому что он мотивирует работника на передачу ему части выплат через медицинское страхование. Но не выигрывает от этого население, потому что стоимость медицинских услуг всё время растут. И поэтому в страховой модели, как было ещё в Америке решено, нужно вводить такие социальные программы, как «Medicare» и «Medicaid». Население не выигрывает, государство не выигрывает. Выигрывают ЛПУ. Очень интересен фильм американского

журналиста Майкла Мура как раз о работе этой страховой модели, который назвал его «Здравоохранение».

Следующая модель – это социальная модель. В чистом виде эта модель была наиболее развита и хорошо работала в СССР, когда государство полностью брало на себя ответственность и финансировало здравоохранение, организовывало медицинскую помощь. Это был наш первый медицинский коммунизм – каждому по потребности, от каждого по возможности. Но была экономическая отсталость и незамкнутость всех интересов. Работодатели проигрывали, сеть лечебных государственных учреждений проигрывала, и поэтому система тоже пришла к своему критическому состоянию. И решили, что если мы такую хорошую социальную модель насытим элементом страховым, коммерческим элементом, рыночным элементом дополним, то все будут счастливы. И вот и назвали нашу модель, сегодня действующую – бюджетно-страховая, и она получилась ни бюджетной, ни страховой.

А теперь подробнее про то, что сегодня у нас есть, и тот проект закона, который мы обсуждаем. Посмотрите, насколько сложнее стало по сравнению с социальной моделью. Стало больше игроков. Основные игроки остались – государство, население, работодатели и ЛПУ. Но сколько внутри посредников – фонды ОМС, Фонд социального страхования, страховые медицинские организации, страховщики добровольного медицинского страхования. И несколько видов товаров, где товар – медицинские услуги. Дальше социально-медицинские услуги по фиксированным ценам, то, что стараются сделать через ОМС. Дальше платные медицинские услуги по свободным ценам, услуги добровольного медицинского страхования, просто платежи чёрным налом и т. д.. А дальше государство сверху – дождь бюджетных дотаций Федеральному фонду ОМС, в т.ч. дотации на дополнительное лекарственное обеспечение (ДЛО), дополнительное лекарственное страхование, дотации и федеральные бюджетные выплаты врачам первичного звена – терапевтам, педиатрам. Еще одна линия – дотации на страхование неработающих пенсионеров из Пенсионного фонда, дотации из государственного бюджета через ОМС на страхование детей-сирот, которые находятся в детских домах. Дальше дотации на родовые сертификаты, материнский капитал. Сейчас говорят, что лечебные учреждения материальную базу улучшить - 460 млрд. будет на это дано. Да, я много лет работаю в здравоохранении, да, материально-техническая база изношена, 70 % у нас плохие здания, сооружения. Но как эти деньги через страховой механизм хотят провести? Они никогда не входили в ОМС, потому что ОМС – это страхование, это тариф, это застрахованный человек. А если ты хочешь выстроить здание, фундамент, как ты этот фундамент через тариф будешь проводить? Я не знаю. Но в проекте Закона написаны какие-то эквилибры в то время, когда нужно построить и иметь программу строительства – где, что, когда, и зачем, и почему построить. Почему надо это вот так делать – это я пока не понимаю.

Сегодня наша система такая, что работодатели должны платить 3,1% от фонда оплаты труда в виде страхового взноса, а 2011 года - 5,1%. Но когда работники и работодатели приходят в лечебное учреждение, то им говорят: «В программе ОМС это не предусмотрено, то не предусмотрено, надо платить за ДМС». Работодатель берёт, нанимает страховщиков и хотя бы своим работникам делает ДМС. Но если этого нет, он просто напрямую должен платить в кассу ЛПУ. Так работодатели – зачем это им нужно? И они платят уже трижды: они обязательные взносы в ОМС выплатили, они ДМС выплатили и напрямую заплатили в кассу. Работодатель явно проигрывает. Государство тоже проигрывает. Население тоже недовольно. И в этих условиях только автономные ЛПУ – твори что хочешь, кто очень шустрый, тот выиграет, а тот, кого не выберут вообще, он погибнет и проиграют пациенты, потому что будет некого выбирать. А потом, когда мне говорят: «У вас нет конкурентной среды, нужно ее создать», я всегда говорю: «Я очень наивная, мало живу на белом свете. Скажите мне, в районе, где одна-единственная больничка, там три врача, и один врач. С кем он должен конкурировать?»

**Гонтмахер.** В Москве один кардиолог на четыре муниципальных поликлиники. Какая конкуренция?

**Кравченко.** А потом, это невозможно. Если в селе, в районе 5000 человек, 3000 человек, или в Якутии какой-нибудь улус, где 300 человек, то с кем кого конкурировать? С поварами, или с парикмахерами, или со школой? Я не знаю, про какую конкурентную среду говорят.

Есть ли выход? Вопрос мы поставили на повестке дня с подвохом. Да, конечно, пока оптимальной модели нет как таковой. Но задача – сбалансировать все интересы, чтобы выгода была у всех: государства, работодателей, населения, национальной сети ЛПУ. Можно этого добиться только в рамках сетевого управления системой. Можно сделать такую модель, но надо ещё работать очень много. Автономные ЛПУ и свободный выбор врача, какого врача, где, чего – всё проводят через этот проект Закона Продвижения я в этом абсолютно никакого не вижу, кроме как легитимация беспорядка, который уже сложился. Чтобы система стала сбалансированная, нам нужно очень хорошо над этим поработать. И товаром может быть не услуга, а здоровье население, выраженное в экономических эквивалентах – в сохранении трудоспособности, долголетия трудового и за счёт прироста трудового потенциала, прироста экономики. Задача очень большая, но по этому направлению надо идти. Спасибо за внимание.

**Гонтмахер.** Да, совершенно правильно. Ведь в этом, наверно, и заключается итог работы системы здравоохранения – в частности, в приросте трудового потенциала. Есть объективные критерии, которые могут позволить оценивать как сработала система здравоохранения. Интересно, что страховщики плачут, их не устраивает проект этого закон, хотя Вы показали, что в данной системе они выигрывают.

**Кравченко.** Страховщики, если бы они были такими страховщиками, как они должны быть в системе... Вы сказали, что страхования-то и нет как такового, потому что страхование – это есть когда страховщик полностью отвечает и за организацию, и за доступность помощи, и за результат, и пациент доволен. А у нас они пристроились к Закону об ОМС, оттуда берут и ни за что не отвечают, и ещё осуществляют добровольное страхование. А их немножко хотят потеснить.

**Гонтмахер.** Что нужно было сделать? Как в своё время в пенсионной реформе, помните – сначала сделали персонифицированный учёт. Давайте сначала его сделаем, давайте сделаем электронные истории болезни, давайте сделаем единую информационную систему по всей стране. И вот на этой базе, наверно, можно уже размышлять о каких-то ролях страховщиков и пр. А сейчас что? Нужна перестановка последовательности того, что надо делать – вот о чём разговор.

**Кривошеев.** Кривошеев Геннадий Гаврилович, вице-президент Российской медицинской ассоциации.

Отличительная особенность нашей системы в том, что у кого нож и кто распределяет торт, тот всегда может своему человеку помочь отрезать кусок. Мы вот этого никак не хотим понять или боимся сказать об этом. А что тут стыдного? Мы – страна, которая 80 лет шла другим путём и вынуждена была возвращаться куда-то на общую дорогу. Но 80 лет – что, они просто потеряны? Мы не должны были их потерять, и мы имеем возможность их не потерять. Но главное – мы не должны пытаться соединить скипидар и питьевую воду в одном флаконе, из этого Кока-Кола не получится, это будет какая-то гадость, которую пить нельзя. Вот примерно так же, когда нас спрашивали страховщики: «Скажите, а почему не работает у нас система добровольного медицинского страхования? За рубежом она работает, а у нас не работает», я говорю: «Так никто ж не пытается объединить в одном флаконе административно-командную, модернизационно-распределительную систему и рыночную». Фактически все наши беды от того, что наши новации пошли этим путём.

Второе – я абсолютно согласен с Натальей Александровной, что без нормальной легитимации медицинской деятельности и здравоохранения мы дальше никуда не пойдём, мы просто упрёмся в сплошную бетонную стену, и разобрать её как Берлинскую стену не получится, потому что у нас медицина и здравоохранение в своём правовом положении, в своей правовой основе резко отстали от всех других сфер деятельности (я не говорю – отрасли, а сфер деятельности). Потому что у нас врач и учится, и работает по советским, социалистическим нормам, принципам и правилам. И так все привыкли.

Мы всё-таки когда-то должны называть вещи своими именами. Когда люди говорят о платном образовании – давайте рассматривать, на каких основах. Главное рыночное право – рынок не в том, что один предлагает товар, он собственник товара и он запрашивает максимально возможную цену, а другой – покупатель – с ним торгуется. Не в этом рынок. А рынок в том, что человек, который вложил, создал что-то своим трудом, тем более на свои деньги, он имеет полное право распоряжаться результатами своего труда по своему усмотрению. Вот это совершенно другой подход.

Значит, если врач-студент создаёт свою квалификацию, то почему это не считается товаром? Это его товар, это он создал благо для себя, для общества, для своей семьи, для семьи своих родителей своим трудом и на свои деньги. А мы считаем, как бы ничего не произошло. Это наша первая ошибка и главная, может быть, потому что это касается не только медицины и не только здравоохранения, но вообще многих сфер человеческой деятельности.

Минздрав то ли действительно не понимает, то ли не хочет понимать, что отрасли здравоохранения в её советском, социалистическом понимании не стало. А что осталось? Осталась деятельность, её никуда не уберёшь. И нужно перейти к управлению профессиональной деятельностью – врачебной деятельностью, сестринской деятельностью, акушерской деятельностью, фельдшерской деятельностью, – каждая имеет свою специфику и каждая может быть измеряема. Поэтому, чтобы перейти к управлению деятельностью, мы в своё время выдвинули Концепцию государственно-общественного управления. Речь не шла о том, что какие-то врачи, разные профессоришки и т. д., как нам вскользь говорили, пытаются перехватить то, что положено государственным чиновникам. Мы не рвались к тому, чтобы заменить Минздрав. Но считаю, что пациенты и врачи, сёстры, фельдшера - главные фигуры в здравоохранении. Нет пациента – и врач не нужен, медицинский работник не нужен, если нет пациента. Это главная истина, которая должна проходить рефреном через любые концепции, через любые законы. У нас этого нет.

В принципе, у нас в Ассоциации есть своё видение, что нужно делать, как нужно делать.

Честно говоря, в 1997 году, когда я делал доклад на Правлении ассоциации о регулировании профессиональной врачебной деятельности в условиях рыночной экономики, меня побивали камнями. Потому что очень уважаемые люди, которые в принципе не понимали, что такое рынок, откровенно возмущались. Было нелегко. Но, тем не менее, ещё раз: рынок – это не торг, не торжище, это не спекуляция, это не обман, а единственный спекулянт – это студент, потому что он берётся за такое дело, из которого неизвестно чего получится, и вкладывает туда очень немалые деньги. Мы с вами мало-помалу всё-таки изучаем экономику по-настоящему и должны сделать выводы. Спасибо большое.

**Комаров.** Комаров Юрий Михайлович, исполком Пироговского съезда врачей.

Во-первых, конечно, я понимаю, что этот Закон будет продавлен и он будет принят, тут вопросов даже нет. Другое дело, как его расценивать и можно ли внести в него какие-то изменения, насколько это реально? И вообще мне кажется, что если даже его примут, то через какое-то время от него придётся отказываться.

Вначале несколько частных вопросов по проекту Закона - какие есть несурезицы, а потом о концептуальных положениях. Во-первых, конечно, там несурезиц очень много. Скажем, скорая помощь включена в полис. Это просто идиотизм. Я себе представляю: лежит больной без сознания, а у него шарят по карманам, ищут у него, есть ли у него полис или нет. Вообще это глупость, конечно, полная. Ещё одна глупость есть: скажем, базовая программа обязательного медицинского страхования по статье 31-й будет реализовываться по Закону, а она составной частью входит в программу государственных гарантий, которая вводится Постановлением Правительства. Чушь собачья! Получается, что Постановление Правительства выше Закона. Это же, кстати, не первый случай у нас в стране. Я вам должен сказать, что в своё время, ещё в 1996-м году 27-м Постановлением Правительства фактически были утверждены правила предоставления платных услуг, что полностью противоречило 41-й статье Конституции. То есть уже не первый раз Правительство у нас поднимается как бы над законами, над всем.

Дальше. Парадокс заключается в том, что страховые медицинские организации могут увеличить свой доход за счёт некачественной работы медицинских учреждений. Замечательно! То есть они будут экономически заинтересованы не в том, чтобы учреждения работали лучше, а чем хуже они будут работать, тем больше у них будет доход.

Дальше. Принципы, которые сохраняются в медицинском страховании. Скажем, оплата за пролеченного больного. (Принцип этот сохраняется, он был и в предыдущем Законе, и в этом тоже сохраняется.) Такого нет ни в одной стране мира. Это полный идиотизм! То есть получается, что система здравоохранения заинтересована в том, чтобы было больше больных. Чем больше будет больных, тем больше денег придёт в систему и в каждое учреждение. Понимаете, какая штука?! Мало того, не только учреждения здравоохранения, вся фармацевтическая сеть заинтересована в этом, потому что чем больше будет больных, тем больше они будут потреблять медикаментов, тем больше прибыли это принесёт. Мало того, они даже больше заинтересованы в увеличении числа тяжёлых больных, потому что чем больше будет тяжёлых больных, тем больше времени они проведут в нашей системе здравоохранения и тем больше денег придёт в систему. Это совсем не в ту сторону вектор развития.

Тот же самый принцип – деньги следуют за пациентом. Вот это право свободного выбора врача, и получается, деньги следуют за пациентом. Это полный идиотизм! Я уже давно говорю о том, что нужно разработать маршруты движения пациентов. Ещё со времён Николая Ивановича Пирогова, которому мы поклоняемся, в 1854–55 гг. во время Крымской кампании были разработаны эти маршруты движения. Легло это в основу нашей военно-медицинской доктрины в годы Великой Отечественной войны, которая показала свою результативность и эффективность. А что сейчас происходит? Происходит следующая вещь, что все пациенты направляются туда, где они что-то слышали, что это лучший врач, лучшее учреждение и т. д. Во-первых, выбора всё равно нет, во многих случаях нет выбора, а там, где есть (скажем, в крупных городах есть выбор), вот туда и направляются без показаний. Маршруты движения пациентов означают показания для направления на тот или иной уровень. 30 лет бесполезных разговоров с Минздравом.

Я всё-таки хочу вам напомнить, потому что я прочитал все тома «Опытной медицины в годы Великой Отечественной войны» – это потрясающая работа, на меня она произвела неизгладимое впечатление. Как была построена сортировка? Сортировочный пост – легко поражённый, тяжело поражённый, легко раненный, тяжело раненный, легко больной, тяжело больной. Сортировочная площадка – рука, голова, шея, нога. И так далее вплоть до тылового сортировочного госпиталя. То есть система была организована так, чтобы больной, раненный или поражённый как можно быстрее был доставлен туда, где ему будет оказана наиболее адекватная медицинская помощь. 80% выхода в строй.

Уникальная была система. Сейчас больного с пневмонией можно встретить как в сельской участковой больнице, так и в областной клинической больнице. Где эти маршруты?

Следующее. Основные принципы страхования какие? Богатый платит за бедного, здоровый платит за больного, работающий за неработающего. Это известный принцип. Что же у нас получается? Два принципа работают, а вот богатый платит за бедного – не получается никак, у нас наоборот – бедный платит за богатого. Дело в том, что когда вводился этот принцип и система страхования в 90-е гг., у нас других источников кроме как зарплаты не было, не было других доходов, была только заработная плата, а других источников не было. Сейчас появилось множество других источников получения дохода, и очень часто те, кто имеют высокие доходы, занижают свою зарплату, и получается, что бедный платит за богатого. Это полный идиотизм! Это, конечно, никакое не страхование.

Дальше. Вообще система страхования – это система для бедных. Это надо иметь в виду. Потому что это по типу кассовой взаимопомощи, которая у нас когда-то существовала. В кассу взаимопомощи богатые не вступали, им там нечего было делать. Но она была системой солидарной. Но в этом проекте закона солидарность полностью теряется. Вообще всё, что у нас происходит, никакого отношения к страхованию, на мой взгляд, не имеет. Это налог, , это обязательный платеж.

Что интересно? Страхование – это всегда риск. Вот представьте себе: какая-то компания застраховала целый посёлок, и посёлок вдруг весь загорелся – всё, страховая компания прогорела, и её учредители должны расплачиваться. Назовите мне хоть одну страховую организацию, которая прогорела в системе обязательного медицинского страхования. Ни одной не назовёте. То есть это никакой не риск, и вообще это не страхование.

Единственное преимущество системы медицинского страхования – что это целевой платеж, который нельзя использовать на другие цели. Вот это единственное, на мой взгляд, преимущество. Так почему нельзя сделать в рамках бюджетного финансирования целевой налог? Кто нам мешает? Получается, что государство сокращает своё бюджетное финансирование и постепенно перекладывает это всё на плечи работодателей. Фактически широкого обсуждения с привлечением общественных организаций не было, общественные организации вообще как-то ни к чему.

Что получается? . Кое-что улучшилось, конечно, там появилось то, чего не было в предыдущем Законе, но все эти улучшения вызывают новые вопросы и новые проблемы. Этот проект закона никак не корреспондируется с 83-м Законом новых формах медицинских учреждений. 83-й Закон вообще нужно будет скоро отменять, по крайней мере в отношении здравоохранения. Почему? Простая вещь: потому что к учреждениям здравоохранения отнеслись точно так же, как к театрам, кинотеатрам. Театры и кинотеатры – это самостоятельные учреждения, они никак не связаны в системе, они могут существовать и работать автономно. Ни одно медицинское учреждение не может работать в автономии, только в системе, потому что весь набор необходимой медицинской помощи оказать не может. Поэтому медицинские учреждения могут работать только в системе.

Я вот был в Томске, где попытались перейти на автономные учреждения. Это же был какой-то ужас! Там умерла областная консультативная поликлиника из-за того, что деньги следуют за пациентом и они перестали туда поступать. Я говорю: «Ребята, что же вы делаете? У вас же в ЦРБ всего пять отделений, пять специальностей максимум. А если больной нуждается в какой-то специализированной помощи, куда ему деваться?» Они говорят: «Мы направляем в эту областную консультативную поликлинику, но без денег». Я говорю: «Как?» – «За свой счёт». Вам такая система понравится? Мне такая система, например, не нравится.

Самое главное, что во всех этих системах большой недостаток – всё мы забываем о пациенте, мы забываем, ради чего существует система здравоохранения. Она существует

для пациента. Поэтому абсолютно прав Евгений Шлемович, когда он говорит, что вообще должен быть общественный запрос. Это абсолютно правильно. Но для того, чтобы он был правильно сформирован, мы должны предложить варианты. Нужно показать, что одной системе принципы будут такие, а в другой системе будут принципы другие. И люди должны выбрать, что им больше подходит. Я понимаю, всё реализовать не удастся. Но это будет та модель, к которой хотя бы надо стремиться поэтапно.

Что ещё я хотел сказать? В законопроект страховые медицинские организации не являются страховщиками, то есть страховщиками выступают фонды ОМС, а они являются как бы посредниками со всякими налоговыми последствиями (вполне понятно) и не имеют никакого экономического интереса в оптимизации расходов по ОМС, в улучшении качества медицинской помощи. Вообще там нет слова ни о качестве, ни о стандартах – вообще ничего нет, и будет ли это хорошо для пациентов или нет. Поэтому страховые медицинские организации нужны ли в системе ОМС тогда? В роли посредников? Они вообще не нужны.

**Кравченко.** Фонды ОМС названы страховщиками, а функции себе не прописали.

**Комаров.** Согласен. В мире сформировалась оптимальная национальная модель здравоохранения, финансируемая из бюджета, но с целевым налогом на здравоохранение и дополненная добровольным медицинским страхованием, которое даёт право пациенту возможность выбора. Вот это оптимальная модель. Это рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

Совсем недавно я был на одном собрании общественного объединения медицинских работников, и там выступали немцы. Был депутат бундестага – врач, который говорил, какие переживания сейчас в системе страхования в Германии. И действительно, там колоссальные проблемы. Надо отказываться от этой системы и переходить на другую, потому что улучшить её нельзя. А там проблема очень простая: растёт средняя продолжительность жизни у людей, значит, больше становится пожилых людей, больше требуется медицинской помощи, а число работников осталось то же самое, то есть страховые взносы те же самые. Значит, возникает несколько вариантов. Первый вариант – увеличить страховой взнос. Против этого встали работники и профсоюзы. Второй вариант – уменьшить доходы врачей. Я был на двух съездах немецких врачей, где они подняли такой шум, что не дай бог. Значит, отказались от этого варианта. И третий – ввести минимальные стандарты для пожилых людей. Но пожилые восстали, они сказали, что это нарушение прав человека. И всё, сейчас правительство ищет варианты.

Это нас тоже ожидает. Спасибо.

**Александрова.** Александрова Оксана Юрьевна, доктор медицинских наук, профессор Московской медицинской академии и Академии народного хозяйства при Правительстве Российской Федерации. Я хотела бы сказать чисто по новому законопроекту, свести дискуссию не к общим вопросам, а к тому, что есть непосредственно в этом законопроекте.

Первое. В данном законопроекте закреплена, по сути дела, не страховая медицина, а право социального обеспечения. Как бы мы ни называли Закон об обязательном медицинском страховании, безусловно, в данном законопроекте победили позиции, что страховой медицине у нас быть рано, потому что страховщиком является Федеральный фонд ОМС. В чём вообще главная разница с правовой точки зрения между правом социального обеспечения и страховым правом? В роли страховых медицинских организаций, страховых компаний. В данном проекте закона роль страховых компаний, по сути дела, сведена к минимуму, и она остаются действительно посредниками, а страховщиком становится Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. Ругать или не ругать это, наверно, сейчас уже нет смысла, потому что все предыдущие 10 лет ругали страховые компании, но никто не решился всё-таки, кроме того законопроекта, который был представлен во времена Михаила Юрьевича Зурабова, сделать страховые

организации коммерческими организациями. Выбор простой между страховой и не страховой медициной: либо делать страховые организации коммерческими, и тогда это будет страховая медицина, и тогда мы будем иметь все последствия... Тогда не будут нести риски, и будут формировать контингент из застрахованных, но мы получим очень большие риски для государства. Поэтому на эти риски не пошли, и в этом законопроекте, по сути дела, это право социального обеспечения. Страховщик – это Федеральный фонд ОМС. У страховых организаций остаётся функция посредника, они наделены отдельными функциями страховщика, и они оставлены только для того, по сути дела, чтобы выполнять рутинную работу – контролировать объём медицинской помощи, которую осуществляют медицинские организации, и очень важная у них функция – защищать права застрахованных, как вневедомственная система защиты прав застрахованных. Всё. Две функции остаётся, никак не связанных со страховой медициной. Поэтому это право социального обеспечения.

Почему, несмотря на то, что, безусловно, это право социального обеспечения, и там очень много денег бюджета, всё-таки это страхование? Именно потому, что в этом законопроекте остаётся принцип – деньги следуют за пациентом. Если мы ликвидируем это в чистом виде, ликвидируются все механизмы страхования. Ругать или не ругать этот принцип? Он, может быть, имеет какие-то недостатки, но даже сам факт включения дорогостоящей, а точнее, высокотехнологичной медицинской помощи в систему обязательного медицинского страхования для пациента даёт значительные преимущества. Вот сейчас мы по квотам имеем медицинскую помощь. Заранее распределяем между медицинскими организациями, и наш пациент совершенно не имеет права выбора. Между тем я сталкиваюсь с правовыми проблемами в стране, постоянно анализ ко мне приходит по регионам, и везде одна и та же проблема: больной хочет взять эту квоту и выбрать медицинскую организацию, где такой же уровень медицинской помощи, но не в Москве. Поэтому мы, ругая этот принцип – деньги следуют за пациентом, должны учитывать, что в данном случае была попытка, наоборот, защитить права граждан на выбор медицинской организации.

К тому же данный принцип защищает ещё одно требование нового закона, которое введено, по сути дела, ещё предыдущим, ныне действующим Законом, но усилено с правовых позиций в этом новом законопроекте. В осуществлении программы гарантий в её реализации имеют право участвовать все организации всех организационно-правовых форм и форм собственности. Это значит, что в перспективе государственное задание может распределяться на частные организации, и это вполне нормально и хорошо, и ничего страшного в этом нет. Например, медицинские организации, оказывающие стоматологическую медицинскую помощь, уже сейчас в Московской областной программе госгарантий, они рвутся туда, их устраивают тарифы, и они обеспечат качественную медицинскую помощь. Думая о пациенте, думая о гражданине, ничего страшного в этом нет. В заявительном порядке в законопроекте вводится вот этот механизм, просто в заявительном, без всяких ограничений, и там опять деньги следуют за пациентом. Без этого принципа мы не сможем реализовать эту идею. В проекте закона она заложена.

Следующий момент из законопроекта - то, что здесь прозвучало как критика – это проблема разделения полномочий. Эта проблема существует ещё со времён принятия 1993 году Конституции, потом 122-й, 258-й, 230-й законы – все закрепили разделение полномочий. Так вот впервые за последние годы вместе с новым Законом об ОМС принимается пакет нормативно-правовых актов, в том числе вносятся изменения в 131-й и в 184-й законы. И там меняются полномочия в области охраны здоровья, и вместо полномочий субъектов Российской Федерации ответственно местное самоуправление. Если вы читали, там ликвидируются полномочия местного самоуправления. Единственное полномочие, которое у них остаётся – это создание условий для оказания доступной

медицинской помощи. Всё. По сути дела, это тоже новелла законодательства, которая, на мой взгляд, очень позитивна.

Следующий момент, который проект закона чётко прописывает (очень дискутируемый момент) – введение одноканального финансирования через систему ОМС. Назовём это правильно. Это не из средств ОМС, потому что денег у ОМС всё равно будет меньше, чем денег бюджета. И невольно возникает вопрос: а чего бы нам не сделать одноканальное финансирование из бюджета, если уж оно идёт через бюджет? Почему мы всё-таки через ОМС делаем? Чтобы сохранить принцип – деньги следуют за пациентом, больше ничего нет. Это просто такой механизм, который действительно позволяет в системе страхования финансовые потоки направлять за пациентом. Так вот невольно, если говорить о логике финансирования, когда хочется, чтобы все этапы медицинской помощи финансировались из одного источника, поскольку у нас один и тот же больной, одна и та же модель, пациент один, его скорая привезла в поликлинику или сразу в стационар, не оказали помощь на уровне ЦРБ – пошли в субъект и т. д. Так вот именно по этой логике скорая помощь, дорогостоящая, высокотехнологичная медицинская помощь пытаются ввести в систему ОМС.

И тут возникают очень серьёзные проблемы. Проблема с дорогостоящим – она чисто финансовая проблема, это проблема нехватки денег. Если дорогостоящую введут в систему ОМС, просто сразу эта высокотехнологическая медицинская помощь сожрёт все деньги, не останется на всё остальное. А вот проблема включения скорой медицинской помощи в одноканальное финансирование через систему ОМС – это проблема не только экономическая, но и серьёзная правовая проблема. Почему? Существует разница между медицинской помощью и медицинской услугой. Медицинская услуга – это чисто термин гражданско-правового института. Медицинская помощь и медицинская услуга, сколько бы многие юристы на этом ни настаивали – это не одно и то же. Даже как пример: может ли наступать уголовная ответственность за неоказание медицинской услуги? Нет не может. Только медицинская помощь. А медицинская услуга – чисто гражданско-правовое понятие, деньги–товар–деньги – вот вещные отношения. Да, юридическое понятие чисто гражданско-правовых отношений, деньги–товар–деньги, здесь вечные имущественные отношения. Государство не может позволить себе институт страхования, который является гражданско-правовым институтом, полностью распространить на всю сферу медицинской помощи. Потому что существуют требования готовности определённых служб, медицинских организаций, когда медицинская помощь должна быть оказана вне гражданско-правовых отношений, именно как такое бюджетное поручительство. Если какая-то катастрофа, невозможно, действительно, ездить скорой помощи и по карманам шарить, искать полис ОМС, и всех, кто не гражданин и не полис, оставлять без медицинской помощи. Это невозможно. Поэтому для введения вот этого института в скорую для определения этапности нужны серьёзные ещё правовые позиции, дополнительные к этому проекту закона, обязательно серьёзные правовые позиции. И экономические нужно формировать серьёзные резервы в системе ОМС, и правовые.

И тут ещё очень важное противоречие с позиции права. Система страхования, когда мы говорим о том, чтобы делать одноканальное финансирование через ОМС – это страховой институт. Доступ к благам страхования возможен только там, где эту страховочку купили, только для застрахованного лица. Вы не можете отремонтировать свою машину, если вы разбились, по КАСКО соседа. Только доступ для того, кто застрахован. А у нас и в новом законопроекте остаётся эта проблема – громадное количество населения является незастрахованными, хотя это обязательное государственное страхование. Это не только те, которые будут получать скорую медицинскую помощь, это иностранцы, находящиеся на нашей территории – узбеки, молдаване – неважно, что они не застрахованы системой ОМС, им должна будет медицинская помощь оказана за счёт тех, кто платит страховой взнос. Это неправильно в

принципе с позиции экономики, но с позиции оказания медицинской помощи это исключительно правильно, потому что иначе будет уголовная ответственность для медика, который не оказал помощь этому узбеку. Но ещё громадный пласт незастрахованных граждан – военнослужащие и т. д. Данный законопроект, вы видели, не решает этой проблемы, они остаются незастрахованными. И получается, что доступ к благам страхования будет иметь громадный пласт населения в случае введения одноканального финансирования за счёт застрахованных. Это серьёзное нарушение страховых принципов.

Теперь ещё некоторые вопросы, которые касаются чисто правовых позиций, позиций прав и обязанностей граждан. Впервые в законопроект введена новелла: помимо прав граждан, введены обязанности граждан в системе ОМС. Сначала про права. Права несколько изменены. Сделан очень мощный акцент на выбор страховой медицинской организации, который, на мой взгляд, совершенно не существует.

Кстати, если мы говорим ещё о системе страхования, исключён главный договор – договор страхования. У нас теперь вместо трёх договоров, которые были в действующем Законе, типовых договоров, теперь только два типовых договора. Исключён первый договор, самый главный – договор страхования. Поэтому вообще о страховании что говорить, если в этой системе нет договора страхования. Вот как бы так получится, что страховой взнос у нас появляется, но исключён договор страхования.

Но всё-таки я хотела бы вернуться к правам. Большое внимание в правах граждан теперь уделяется выбору страховой медицинской организации. Такие права, как выбор медицинской организации, о чём мы сегодня говорили, и выбор врача – это право, которое действует и сейчас в действующем Законе 1991-го года. Ничего нового не вносит здесь проект нового закона. Как был выбор медицинской организации, так и есть. Но однако право ограничено, хотела бы я обратить ваше внимание. Раньше звучало так, что гражданин в системе ОМС в 6-й статье действующего Закона имеет право на выбор медицинской организации и врача в соответствии с договорами ОМС и ДМС. Получается, что медицинскую организацию в другом субъекте или в Москве, например, которая работает в соответствии с договорами, можно ещё выбрать. Сейчас конкретизирована норма. По-другому звучит. Как звучит? Звучит так: выбор медицинской организации из участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования. Это серьёзное ограничение. То есть можно выбрать только на территории. Это первое.

Во вторник мы заседали в Федеральном фонде ОМС, по поводу законопроекта обсуждение тоже шло. И звучит ещё большее ограничение. Например, выбор медицинских организаций только амбулаторно-поликлинического звена. А как же мы будем частную систему привлекать тогда? А как же мы будем тогда высокотехнологичную медицинскую помощь выбирать? Нет. Я думаю, что можно детализировать, расшифровывать на уровне подзаконных актов, но всё-таки эту норму на выбор медицинской организации нужно оставить. И как она сейчас звучит – «в реализации территориальных программ ОМС» она уже имеет серьёзное ограничение. Без этого выбора мы просто ликвидируем даже те позиции, которые существовали. На самом деле на выбор медицинской организации не было особенных жалоб. Реализуется это право. Если больной настаивает, право есть. Главное – знать свои права и настаивать на своих правах. Если врач не соблюдает и говорит: «У нас нет бесплатной медицинской помощи», если больной говорит: «Хорошо» и он заплатит, то мы можем бесконечно менять законодательство, но мы при этом не изменим менталитет, больной просто не будет защищать свои права. Это другая проблема, это не проблема формирования законодательства.

А вот что нового действительно появилось в правах граждан – это выбор врача, он и был, но возникла формулировка – «с учётом согласия врача». Получается, по сути дела,

согласие врача полностью нивелирует возможность пациентом выбора врача. Либо вообще ещё не вводить, либо убирать эту формулировку. Потому что есть регионы, которые подготовили готовую форму на основании прав пациента, 30-я статья Основ законодательства об охране здоровья, в ней написано: «Я, врач Иванов, не согласен лечить больного», и вписывают только фамилию больного. Какой смысл в таких формах? К тому же нужно иметь в виду, что есть 158-я статья Основ, которая чётко определяет, когда же действительно можно отказаться от лечения пациента. В статье чётко прописано, что «врач может отказаться по согласованию с руководителем медицинской организации, в случаях, если нет угрозы жизни...» – и эти случаи перечислены. Всё. Либо мы приводим корреляцию соответствующим законодательством, либо мы исключаем эту норму.

Ещё серьёзная правовая проблема – это обязанности пациента. На мой взгляд, и это вообще правовая позиция, что это не конституционно, во-первых, вводить дополнительные обязанности гражданина. Во-вторых, когда мы вводим обязанности, нужно сразу подразумевать, какая ответственность наступает за неисполнение обязанностей. Все обязанности пациента, застрахованного гражданина в проекте закона – полная глупость. Но помимо глупости, они могут привести к серьёзным правовым последствиям. Например, требование предъявлять полис ОМС при обращении за медицинской помощью, кроме случаев, когда невозможно его предъявить в связи с состоянием здоровья. Это приведёт к ошибочному мнению, зная нашу правовую среду медицинской деятельности, медицинских работников, которые будут уверены, что они защищены, и могут не оказывать медицинскую помощь в том случае, если им не предъявлен полис ОМС. Это приведёт к судебным искам как абсолютной, однозначной ответственности медицинских организаций и врачей, вплоть до уголовной ответственности. Это очень серьёзная вещь. Мы будем иметь серьёзные последствия. Норма абсолютно не защищает, никто не может ограничить прав гражданина в возмещении вреда, причиненного жизни и здоровью, уголовные и гражданские иски будут. Норма никак не защитит врача, но мы её вводим как обманку. Это очень большая ошибка, на мой взгляд.

Ещё два момента. Целая глава в законопроекте посвящена экспертизе качества медицинской помощи. И эта глава полностью, по сути дела, повторяет 111-й Приказ Федерального фонда ОМС об экспертизе качества медицинской помощи. Но если первые два этапа – медико-экономический контроль и медико-экономическая экспертиза – не вызывают каких-то сомнений, то экспертиза качества медицинской помощи вызывает очень серьёзные опасения – с позиций доступа к медицинской документации экспертов страховых компаний. Что лоббировали всё время страховые компании? Изменить 61-ю статью Основ - «Врачебная тайна». Там шесть пунктов, они исчерпывающие, предлагали добавить седьмой. Но не давали это страховым компаниям. Только с согласия гражданина возможен доступ к медицинской документации. В этом законопроекте, если мы вводим всё-таки экспертов страховых компаний к медицинской документации, значит, нужно однозначно менять 61-ю статью Основ, посвящённую врачебной тайне, и вводить дополнительные изменения.

Поэтому законопроект требует, на мой взгляд, коррекции с позиций прав граждан в системе обязательного медицинского страхования и всех вот этих юридических уточнений и тонкостей. Благодарю за внимание.

**Венедиктов.** Венедиктов Дмитрий Дмитриевич. Я думаю, у каждого из нас есть очень много, что мы могли бы сказать по обсуждаемым вопросам – по здравоохранению, по проекту Закона и т. д. Но мне хотелось бы подчеркнуть несколько важных, принципиальных позиций.

Мы все говорим о системе здравоохранения, о системных реформах, о системном подходе, но почему-то сводим этот системный подход лишь к двум аспектам системы здравоохранения – к финансированию и к управлению. Система здравоохранения –

гораздо более широкое понятие, которое охватывает все мероприятия, которые общество осуществляет для защиты здоровья каждого человека и всего населения в целом. Это осуществляется на двух уровнях – общегосударственном и ведомственном. Ведомство существует в большой системе как Генеральный штаб, потому что никто, кроме врачей, кроме специалистов, не может судить о характере системы здравоохранения с точки зрения её функций, её задач. Управление, таким образом, делится на две части: политическая и экономическая. Вы говорите: что хочет общество? Общество, действительно, чего-то хочет. И общество может выделить на это какие-то средства и не больше того, что оно может или хочет выделить. А вот как их израсходовать, куда их направить – это задача специалистов. И не дай бог, когда у нас начинают смешивать эти два понятия, и в системе здравоохранения происходит полный кавардак, когда неизвестно кто рекомендует или диктует что делать.

Вот мне представляется следующее: что нам нужен сейчас очень серьёзный диалог в обществе и в профессии – и в медицинской профессии, и в экономической профессии, в социальной и т. д.

Теперь следующее. Все модели, которые мы сегодня обсуждаем, и все наши дискуссии идут только по двум из шести крупнейших блоков здравоохранения, то есть это ресурсы, финансирование и материально-технические ресурсы, которые необходимы, и это управление – муниципальное ли, федеральное ли или ещё что-нибудь такое. Нужно сказать, что вот именно в этих блоках за последнее время мы внесли такой кавардак и такую путаницу, что, по-моему, никто не понимает, что сейчас в этой системе происходит.

Между тем, вот Юрий Михайлович сказал вещь, которую мы часто повторяем: есть уже сейчас мировая теория, общая единая системная теория здравоохранения. Как нужно строить систему здравоохранения? Я должен сказать ещё раз для тех, кто не знает, что авторами этой теории, первопроходцами этой теории была наша страна – Советский Союз, Россия. Это закончилось триумфом этой модели здравоохранения в Алма-Ате в 1978-м году. Но дело-то не в этом. Это модель, которую мы начинали, и к ней был присовокуплён опыт английский, французский, американский и т. д., и т. д., – она есть. Эта модель основана на современной научной теории социального управления обществом и с учётом опыта развития здравоохранения в мире, в том числе и в нашей стране, и во всех других странах, вместе взятых. Отсюда можно толковать, отсюда можем брать любой блок и сразу же его разбирать, потому что там очень много уровней работы и уровней детализации, но без этого сделать ничего нельзя.

И последнее, что я бы хотел сказать – что очень нужен такой разговор. Мы всё время агитируем друг друга за советскую власть. Уже пора кончать. Вот вопрос Юрий Михайлович поднял – это вопрос о будущем. Действительно, Германия сейчас подошла к такому барьеру, наверное, когда они, в общем-то, сочетая бисмарковскую, и нашу теории, и общую теорию, и рекомендации ВОТ и т. д., должны что-то поменять. Высокоразвитая страна, население живёт на достаточном уровне, население стареет – и возникают новые проблемы, я уж не говорю этического характера. Это проблемы организационного характера, это проблемы финансового характера. И мы к ним идём. И вот поэтому нам нужно сейчас обращать внимание на анализ, на стратегию и т. д.

Чего нам не хватает сейчас, в настоящее время? Первое – нужен системный диагноз ситуации, но диагноз не такой, как делали Буратино, когда там были врачи, которые сказали – пациент скорее жив, чем мёртв, а другие говорили – пациент скорее мёртв, чем жив. Это не диагноз, что у нас система в кризисе и очень тяжело больна. Настоящий научный диагноз требует: причиной этого состояния является то-то, то-то и то-то, либо рак, либо сердечное заболевание, либо опухоли, либо травмы, либо ещё что-то, или сочетание этих вещей. Второе – должна быть оценка, насколько исчерпаны силы организма и силы той системы, которая обязана организм поддерживать и защищать. И, наконец, только из этого может вытекать врачебный рецепт, о котором мы говорим и

который был основной наших Пироговских съездов. Он тоже не должен быть так: дайте нам больше денег. Да не просят врачи больше денег. Вот все Пироговские съезды 15 лет долбят или бьются в одну точку – с состоянием здоровья плохо, система здравоохранения разрушается, мы не можем оказывать помощь даже на том уровне, который у нас был. Обратите внимание, вы проводите какие-то реформы, вы что-то там меняете, скажите – что вы там делаете? Ну, спросите нас, ну, расскажите нам, что делать. Мы готовы в этом участвовать. И вот пока медицинская общественность не получила ответа на эти вопросы. Шесть Пироговских съездов, были обращения и встречи с Президентом. К чему мы подошли? Что только сочетание государственного управления и врачебного управления, государственно-общественное управление может дать выход. Потому что система здравоохранения – это не система медицинской помощи только, это плюс наука, это плюс профилактика, это плюс медицинские кадры и образование, это плюс медицинская промышленность и это плюс активное участие населения во всём этом деле. Вот эти задачи нужно решать.

И мне представляется, что мы находимся сейчас в очень крутом периоде. У нас предстоит VII Пироговский съезд. В общем-то, мы готовимся к нему, есть трудности, в т.ч. и организационные. Но самая-то большая трудность – мы сегодня должны сказать окончательно: либо мы это сделаем, либо страна мобилизуется на этом, и тогда мы выйдем ещё, у нас есть ещё резерв, у нас есть опыт, у нас есть врачи. Если мы этого не сделаем, грош нам цена и грош цена этому государству, и будут очень большие социальные потрясения.

Я горячий сторонник системной теории здравоохранения. Слава богу, несколько десятков лет я провёл на острие, когда мы своё здравоохранение сравнивали – мы их ругали, они нас ругали, и вот мы, сравнивая, пришли потом к целому ряду общих пониманий. Система здравоохранения в мире уже международна, уже глобальна. Мы сегодня защищаемся от гриппа, который неизвестно где появился. Если мы не учтём это, если мы не используем это, то мы ничего не сделаем.

**Гонтмахер.** Спасибо, Дмитрий Дмитриевич. **Пиддэ.** **Пиддэ Александр** Львович, Российская академия государственной службы при Президенте Российской Федерации, ещё и вице-президент Российской медицинской ассоциации.

Вот Оксана Юрьевна ушла, я абсолютно с ней согласен по тем замечаниям, которые она сделала с точки зрения юридического содержания. Но я бы хотел вот о чём сказать. В принципе, закон у нас можно принять любой, и у нас так делают, но выполняется он так, как выполняется, независимо от того, какой он. То есть это всё будет адаптировано. Я тоже согласен с Юрием Михайловичем Комаровым, что, видимо, этот Закон примут, потом его адаптируют, потом в регионах начнутся поиски оптимизации этого Закона, будут создаваться новые зоны, где это будет всё обсуждаться, будут там какие-то перемены, новые модели и т. д. В принципе, этот проект – абсолютно неплохая инструкция по контролингу в системе оказания помощи. Там чётко написано, фонд ОМС там всё планирует у нас, цены ставит, проводит аудит, промежуточный, контроль всех результатов, и рассказывает, кому, что, как нужно делать, – чистойшей воды контролинг.

Следующий момент. На мой взгляд, что тут не учитывается в проекте закона, и это у нас такая российская практика - там вообще нет врачей. Вот там всё есть, а врачей там нет. Там есть медицинские организации, как они оказывают помощь. Только у нас в стране медицинские организации оказывают помощь. Во всём мире врачи оказывают помощь-то. Я у своих слушателей в академии спрашиваю: «Где у нас лечатся люди?» Они все говорят: «В поликлиниках, в больницах». Никто не говорит, что у врачей. Вообще нет этого представления, что врачи у нас людей-то лечат. А вообще в мире высококвалифицированные медсёстры выполняют очень чётко назначения врачей. Поэтому ну что мы будем говорить? Если мы будем организовывать и дальше в любом Законе, в любом нормативном акте, в постановлении правительства и ещё в чём-то

деятельность медицинских организаций, и будем понимать, что у нас медицинская организация – это источник оказания медицинской помощи, – мы вот так и будем ходить вокруг вот этого костра и будем туда подбрасывать разные поленья, искры будут от этих поленьев в нас отлетать, и мы будем: «Ой-ой-ой! Да что же это так у нас искры-то летят?!»

Самое простое – поручить поликлинике лечить больных. Написал приказ: «Вы будете их лечить!» – «У нас нету штата». – «Набирайте». И так ведь и происходит. Послушайте, что происходит сейчас с прикреплением населения. Никто, никакие штаты не увеличивают на прикрепленное население. А население прикрепляется. Штаты рассчитаны на то население, которое закреплено территориальным планом поликлиники. Это везде так. Причём тут свободный выбор? Никто не будет никого увеличивать. Если одного врача выберут 120000 человек – и что он будет делать? И он будет ко всем 120000 домой ходить? Или что это будет? В этой связи мне представляется: взаимодействие врача и пациента должно быть прописано в любом законе, в том числе о медицинском страховании. Если не будет стандартов этого взаимодействия, что должен делать врач? Потому что сейчас у нас чего только нет – и протоколы ведения больных, и какие-то документы, которые читаешь и удивляешься. Их пишут люди, которые, на мой взгляд, даже не представляют, что там. Да, в военной медицине было расписано, что ПМП – он только тогда ПМП, когда там есть те-то, те-то, те-то, есть те-то, те-то лекарства; если этого нет – ПМП нет. Ну разве у нас так? У нас медицинская организация – и всё. А там есть что, нет – это второй вопрос.

Следующий момент. Раз нет стандартов, значит, нет тарифов, включающих сюда затраты на это взаимодействие. Тарифы считаются из того, сколько есть денег. Абсолютно правильно - откуда возьмутся 700 млрд. на страховые взносы в 2013 году? И мы от тех 700 гипотетических миллиардов считаем, что тариф медицинской помощи будет такой. В мире есть обычная вещь – вот это стоит столько. И нам - нравится это или не нравится, но производство стакана стоит ровно столько-то, а при лечении пациента затраты есть очень чётко, жёстко, ясно и понятно прописанные. Но если нет стандартов, они нежёсткие, неясные, непонятные, тогда у нас тарифы – мы берём всю сумму, делим на каждого и получается вот такой тариф. И тогда только может быть высчитана вся стоимость вот этой самой медицинской помощи. Вот Наталья Александровна десятки лет занимается подсчётом различных показателей. Я прекрасно помню, какую выпустили замечательную литературу к десятилетию фонда, там всё было написано. Но ведь тариф был какой? Вот денег нам дали столько, мы собрали столько, дали, ещё добавили, мы сложили и разделили на всех – вот такой у нас тариф. Ну, если это можно называть тарифом, тогда давайте мы на этом остановимся и скажем: тариф у нас – это вот это, вот это, вот это.

Поэтому, на мой взгляд, то, что следует включить в этот проект закона, хоть в какой-то степени, это - прислонить к нему хоть каких-то медицинских работников, помимо учреждений, – мне кажется, это очевидно. Будет это сделано или не будет это сделано? Если это будет сделано – это будет один вариант (но я в этом сомневаюсь). Если этого сделать не будет, то мы будем получать цифры, которые мы получаем с 1996 года. Порядка 39% врачей, которые ныне действуют, не понимают, в чём наше медицинское российское страхование, и в этой связи они просто, не понимая, говорят, что это ерунда или говорят, что это ничего хорошего, ничего плохого, только лишние бумаги. Ни для пациентов, ни для врачей этот законопроект, на мой взгляд, не приносит ничего нового. Хотя я воспользуюсь им с точки зрения контролинга как пример, какой нужен контролинг при оказании медицинской помощи, обязательно воспользуюсь.

**Шаталова.** Шаталова Елена Юрьевна, председатель общероссийского общественного движения «За здоровую Россию». Я от пациентов можно скажу? На самом деле, когда происходит реформирование структуры, о которой никто ничего не знает, и те

врачи, которые находятся внутри этой системы, которая реформируется, тоже в 40% случаях не понимают, что происходит, что же происходит с несчастным пациентом, который понятия не имеет, в какой ситуации он находится?

**Реплика.** Пациент – он застрахованный.

**Шаталова.** То, что он застрахованный, он тоже этого не знает, потому рассматривает обязательное медицинское страхование не как страхование, а обычную бюджетную помощь, о чём мы с вами всегда и говорим. Поэтому появление любого нового законопроекта в этой сфере приводит пациента в состояние паники и невозможности получения той помощи, на которую он рассчитывает. И мне кажется, что одним из самых важных моментов - это всё таки информирование пациента. Но для того, чтобы его информировать, надо самим чего-то понять.

**Нехайчук.** Меня зовут Юрий Нехайчук, я из информационного агентства «Прайм-ТАСС». Я просто присутствовал на обсуждении в РСПП, перед этим было мероприятие вместе с господами Ворониным и Зеленским из Минздрава как разработчиками. Две цитаты я себе позволю. Шохин сказал, что мы не можем найти авторов законопроекта. Резник на прошлой неделе, несмотря на то, что он является автором законопроекта, который внёс в Госдуму, «я не понимаю здесь роли страховых медицинских организаций». В РСПП было озвучено, что законопроект занесли в пять минут девятого вечера в Госдуму, на следующее утро в 10 часов Совет Госдумы его уже одобрил для рассмотрения.

**Рогозин.** Рогозин Андрей Васильевич, Московская медицинская академия. Если подытожить обсуждение, все чётко понимают, что существующая система здравоохранения работает по принципу хаоса, она бессистемна. Новый законопроект в силу того, что его готовили люди с разной компетенцией, увеличивает степень хаоса, за который заплатят. Более того, этот хаос уже начинает пиариться. Людям говорят, что у них будет двойной, тройной выбор. Это очень опасная вещь, я хочу сказать. Это с одной стороны. Поэтому ключевой момент – проект закона не улучшает ситуацию, увеличивая хаос, и создаёт новые, ещё не просчитанные никем риски.

**Лукьянцева.** Лукьянцева Дарья Валерьевна, Московская медицинская академия, отдел стандартизации. Я бы хотела немножко подытожить.

Безусловно, в Законе нет и пациента. Второй момент, конечно, касается – всё поделить, тарифы не отражают действительную ситуацию, сегодня помощь не просчитана и нет основы, как уже сегодня говорилось здесь, что нет единой информационной системы, нет стандартов, нет базы для того, чтобы это делать. И в заключение хотелось бы ещё обратить внимание на последнюю статью, которая говорит о том, что новый законопроект, который, когда вступит в силу, не отменяет предыдущий в части, не противоречащей настоящему закону. Это опять не вносит никакой прозрачности. На это тоже надо обратить внимание.

**Гонтмахер.** Спасибо, коллеги. Мне кажется, что состоялся интересный разговор, очень много материала. Обязательно сделаем, как я и обещал, резюме и попробуем привлечь внимание ко всему сказанному.

Спасибо.