



Современные механизмы устойчивого финансирования здравоохранения РФ

О роли государства, частного сектора и пациентских организаций в повышении доступности медпомощи, а также об эффективных схемах государственно-частного партнерства (ГЧП) в здравоохранении в своем интервью рассказал исполнительный директор некоммерческого партнерства «Равное право на жизнь», заместитель председателя правления Ассоциации онкологов России Дмитрий Александрович Борисов.

На решение каких задач направлены новые проекты НП «Равное право на жизнь»?

– Наша организация была создана в 2006 году по инициативе ведущих онкологов страны. Спустя 7 лет, в июле прошлого года, она получила специальный консультативный статус в UN ECOSOC (Экономический и социальный совет ООН). НП «Равное право на жизнь» является членом экспертной группы Гарвардского университета по повышению доступности лечения онкологических заболеваний (GTF, CCC), Всемирного союза по контролю за онкологическими заболеваниями (UICC), а также общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре. Все эти годы мы занимаемся вопросами внедрения социальных программ в сфере здравоохранения, в первую очередь в области онкологии.

Сейчас мы очень активно готовим к реализации ряд новых проектов, направленных на повышение доступности и качества лечения не-



некоммерческое партнерство
РАВНОЕ ПРАВО НА ЖИЗНЬ



инфекционных заболеваний. В первую очередь речь идет о тех четырех группах заболеваний, которые являются основной причиной смертности (уносят более 70% человеческих жизней): это сердечно-сосудистая, онкологическая патология, болезни легких и сахарный диабет.

В 2011 году была принята декларация, призывающая все страны – члены ООН развивать и усиливать системы здравоохранения с целью обеспечения наиболее полноценной и всеобъемлющей медицинской помощи населению, направленной на снижение смертности пациентов с этими заболеваниями.

Проблема неинфекционных заболеваний сейчас очень активно обсуждается в ООН. Довольно большое внимание уделяется механизмам устойчивого финансирования и всеобщего охвата услугами системы здравоохранения. Приведу для наглядности некоторые пункты резолюции, на которые был сделан акцент на 67-й сессии Генеральной ассамблеи ООН (прошла 12 декабря 2012 года):

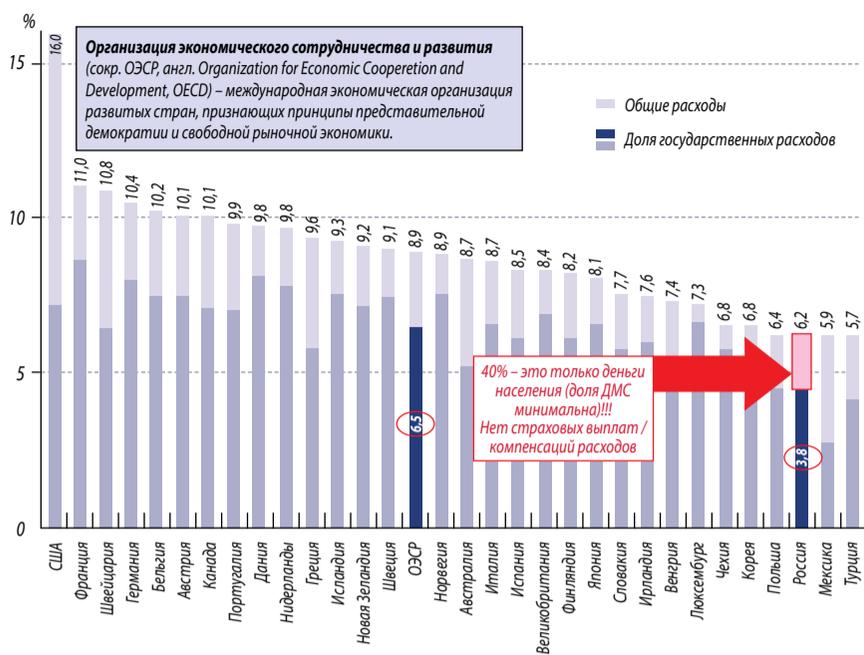


Рис. 1. Расходы на здравоохранение в РФ и странах ОЭСР (в доле ВВП)

п. 16. Государства – члены ООН должны обеспечить развитие систем финансирования здравоохранения таким образом, чтобы не допустить значительных прямых платежей в моменты предоставления услуг... с тем, чтобы избежать катастрофически высоких расходов на медпомощь и обнищания отдельных лиц из-за необходимости поиска требуемого медицинского обеспечения;

п. 19. Правительства должны обеспечивать для тех, кто не имеет достаточных средств, необходимую защиту от финансовых рисков и доступ к медицинским услугам без дискриминации.

Все страны должны при построении своих национальных стратегий отталкиваться именно от этого документа. Его формулировки не допускают двоякого толкования: человек не должен оставаться один на один с медицинской проблемой и полностью нести все возникшие финансовые риски. Стратегия ВОЗ по обеспечению всеобщего доступа к здравоохранению предусматривает конкретные инструменты ее реализации:

- базовые клинические рекомендации, которых придерживаются врачи в своей работе;
- при планировании расходов на здравоохранение должны использоваться стандарты лечения;
- системы финансирования;
- система защиты от финансовых рисков.

– На ваш взгляд, развитие каких именно механизмов позволит добиться более устойчивого финансирования системы здравоохранения в РФ?

– На прошедшем в конце июля 2013 года заседании президиума Госсовета «О задачах субъектов РФ по повышению доступности и качества медицинской помощи» президент нашей страны В.В. Путин подчеркнул, что на современном этапе значимым компонентом устойчивого финансирования рос-

сийской системы здравоохранения является ГЧП, и что оно должно внедряться как на региональном, так и на федеральном уровне.

Понятие «устойчивое финансирование» затрагивает 3 блока вопросов: экономические, социальные, а также защиту окружающей среды. Остановимся на финансировании системы здравоохранения. На рисунке 1 представлена структура затрат на медицинскую помощь во многих странах мира, в том числе и РФ. В России в 2010 году государственные расходы на здравоохранение в доле ВВП составили 3,7%, что в 1,8 раза ниже, чем в среднем в странах ОЭСР – 6,5%. Это достаточно низкий показатель.

Я бы хотел обратить внимание на то, что помимо государственных вложений существуют еще затраты частного сектора и то, что платят сами пациенты за диагностику, лекарства, медицинскую помощь.

Эти расходы примерно равны расходам государства, причем для российских пациентов это прямые платежи. К сожалению, на сегодняшний день у нас программы добровольного страхования не позволяют в полной мере защитить человека от больших финансовых рисков в случае установления какого-либо диагноза, особенно если он достаточно серьезен. Финансовые затраты для многих членов нашего общества являются критичными.

Если говорить о динамике, то в России последовательно проводятся достаточно серьезные и мощные реформы здравоохранения. Мы слышим всевозможные критические отзывы, но я как человек, очень давно работающий в области российской онкологии, могу сказать, что за последние 10 лет у нас произошел прорыв в плане доступности медпомощи. За этот период государственное финансирование увеличено более чем в 12 раз, что отразилось на качестве оказываемой помощи, на количестве спасенных жизней наших пациентов, на условиях работы врачей.

Государство действительно предпринимает очень серьезные шаги в плане инвестиций в здравоохранение. В абсолютных цифрах бюджет на здравоохранение растет. Но средства, которые выделяются в настоящее время, не позволяют в полном объеме обеспечить нынешние потребности российского здравоохранения.

Согласно планам Минфина, объем финансового обеспечения здравоохранения из средств государственного бюджета (в доле ВВП) сокращается (рис. 2). К 2020 году он составит порядка 2,8%. Эта цифра подвергается всеобщей критике (как со стороны врачебного сообщества, так и со стороны экономических экспертов).

Минфин объясняет эту ситуацию тем, что финансовое планирование приводится в соответствие с действующим законодательством, в котором прописано повышение ответственности регионов. Весь дефицит из-за недофинансирования системы здравоохранения бюджетом федерального уровня должен компенсироваться бюджетом ре-

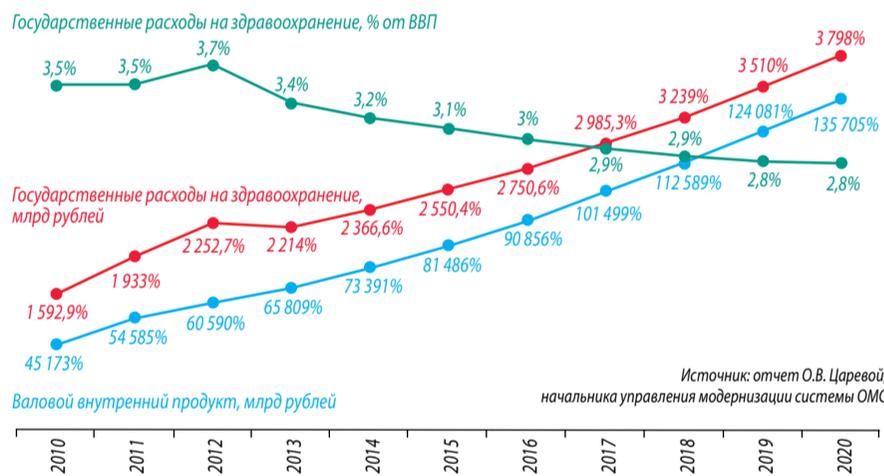


Рис. 2. Объемы финансового обеспечения здравоохранения в РФ. Расходы (в доле ВВП) сокращаются





гионального уровня. Данная ситуация не вызывает оптимизма и у наших коллег – врачей из регионов.

У нас по-прежнему остается проблемой то, что врачи знают, как лечить заболевание, но не могут выполнять свою задачу в полном объеме, потому что у них не хватает ресурсов, недостаточно развиты механизмы финансирования системы здравоохранения.

Пациенты знают, что по закону им положены определенные объемы медицинской помощи, но они ее недополучают в связи с тем, что бюджет (неважно, федерального или регионального уровня) не способен финансировать эту помощь на 100%.

Всегда есть определенная разница между тем, как должно быть в идеале, и тем, что государство может себе позволить. Как раз эту нишу должны закрывать ресурсы, которые могут привлекать, аккумулировать сообщества через механизмы ГЧП.

В такой ситуации необходимо вести диалог с государством, обсуждать вопросы, как повышать уровень финансирования системы здравоохранения. Мы считаем, что роль гражданского общества, включая неправительственные организации, в том, чтобы содействовать тем положительным изменениям, которые сейчас происходят.

– Как на деле не допустить увеличения прямых расходов граждан РФ?

– По данным аналитических агентств, у нас объемы государственного финансирования онкологической помощи населению, особенно в зоне лекарственного обеспечения, – это основной вопрос, который сейчас обсуждается, помимо получения квоты на высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП), хирургическое вмеша-

Разговоры о том, что для онкологических пациентов все всегда бесплатно, – это миф. Я заявляю это совершенно ответственно, поскольку три года возглавляю отделение общественного совета по защите прав пациентов при управлении Росздравнадзора по г. Москве и Московской области.

тельство. За последние 10 лет действительно достигнут колоссальный прорыв в области лекарственного лечения рака, и многие виды онкологических заболеваний сейчас излечиваются на 100%. Происходит это благодаря тому, что используется комплексный подход: хирургическое вмешательство, радиотерапия и применение инновационных лекарственных препаратов. В результате картину течения этой болезни в корне удастся изменить.

Если говорить об абсолютных цифрах, то у нас объем финансирования приближается к 40 миллиардам рублей (кто-то из аналитиков считает, что он составляет 38 миллиардов, кто-то – 36 миллиардов). Это государственное финансирование из бюджетов всех уровней. За счет программы дополнительного лекарственного обеспечения менее чем за 10 лет эффективное лечение удалось получить тысячам российских пациентов. Врачи, наконец, увидели те препараты, кото-

рые до этого времени применялись лишь в рамках клинических исследований.

Но в связи с тем, что в ближайшие 2 года будет осуществляться «бюджетный маневр», проводимый Минфином, объем федеральных субвенций регионов будет сокращен на 34%. И в соответствии с ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» ответственность за финансирование здравоохранения передается российским регионам. Они должны будут эту «дельту» каким-то образом перекрыть, но каким именно, пока неясно.

Проанализировав зависимость регионального финансирования лечения онкологических пациентов от субвенций федерального бюджета, мы с рядом экспертов из Высшей школы экономики и Первого МГМУ имени И.М. Сеченова с ужасом обнаружили, что есть ряд территорий, где зависимость от субвенций составляет более 70%. Если эти деньги из федерального бюджета не придут в регионы, то как их перекроет региональный бюджет, из каких ресурсов, непонятно. Мы надеемся, что власти оценят реальную ситуацию в регионах и изменят приоритетность финансирования.

– За что сейчас российские пациенты платят самостоятельно?

– На сегодняшний день это прежде всего расходы на лечение онкологических заболеваний. Каждая третья упаковка лекарств для лечения рака покупается за деньги пациента. Это происходит потому, что данных препаратов просто нет в клиниках. Разговоры о том, что для онкологических пациентов все всегда бесплатно, – это миф. Я заявляю это совершенно ответственно, поскольку три года возглавляю отделение общественного



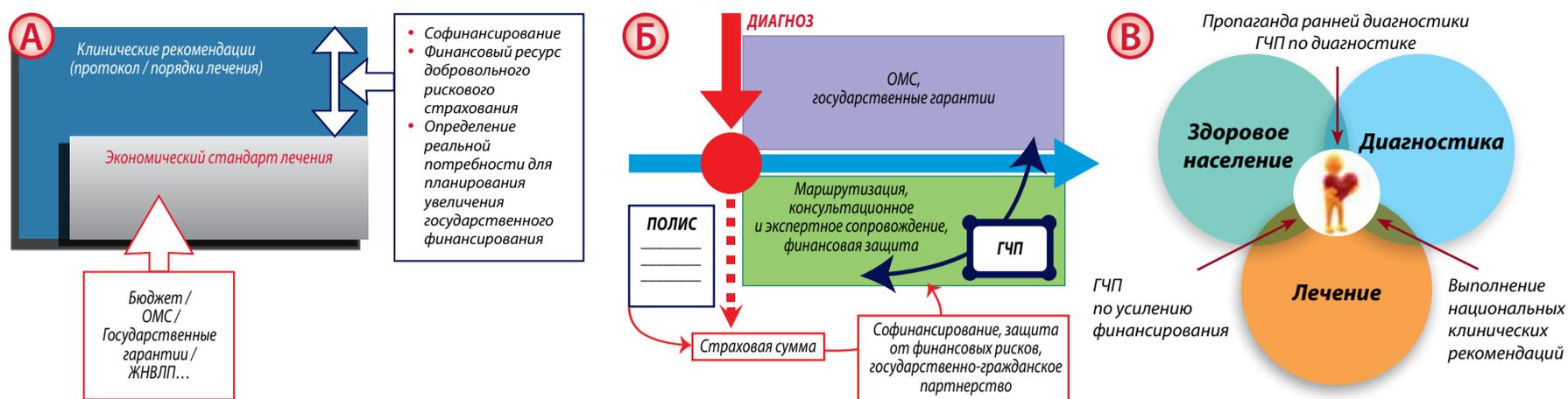


Рис. 3. ГЧП как инструмент повышения доступности лечения

совета по защите прав пациентов при управлении Росздравнадзора по г. Москве и Московской области. И количество поступающих жалоб и обращений, особенно из Московской области, говорит само за себя. Понятно, что люди покупают лекарства самые дешевые, их качество и происхождение оставляют желать лучшего. Мы считаем, что эффективное решение этой проблемы – это программы ГЧП.

– Каким образом средства частного сектора могут дополнять государственные?

– Наша задача – обозначить одно из перспективных направлений устойчивого финансирования системы здравоохранения. ГЧП в этой области должно активно развиваться. Данная система будет поддерживать эффективность государственных затрат и дополнять их за счет тех средств, которые могут быть аккумулированы через систему дополнительного добровольного медстрахования (рис. 3 а).

В момент постановки диагноза гражданин получает право на бесплатную медицинскую помощь. Все законы, включая ФЗ № 323 «Об

основах охраны здоровья граждан в РФ», все положения об ОМС гласят, что она оказывается в рамках конкретных стандартов, регламентов, списков. Таким образом, существует определенный порядок оказания медицинской помощи, под который выделяется финансирование. Но это не означает, что все, что необходимо пациенту, будет обеспечивать государство. Если для лечения пациента необходимо применение каких-либо новых технологий, пока не включенных в этот регламент, а бюджет какого-либо уровня не успевает по техническим или объективным причинам своевременно такое лечение финансировать, то человека могут поставить в очередь – это указано в порядке оказания медицинской помощи.

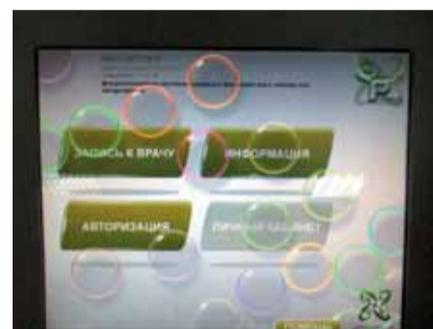
Если пациент не хочет ожидать, а хочет получить помощь сейчас, то государство такое лечение не оплачивает (рис. 3 б), человек вынужден тратить свои средства. Для многих пациентов это представляет собой финансовую угрозу, иногда приводит к финансовому кризису.

Предлагаемая нами модель ГЧП должна дополнить затраты госу-

дарства на помощь больному, более того, сделать так, чтобы средства гражданина помогли ему получить более эффективную помощь в дополнение к ресурсам, которые выделены государством (рис. 3 в).

Мы считаем, что такая модель очень эффективна, и обозначили несколько направлений, по которым сейчас развивается проект в области ГЧП. Это работа частных клиник в рамках программы ОМС, когда организации заключают соглашение и оказывают населению бесплатные услуги, оплачиваемые из фонда ОМС. Это нормальная практика. В настоящее время во много раз увеличилось количество частных клиник, которые хотят работать с государственными деньгами, но данная система не обеспечивает в полном объеме получение той помощи, которая может быть необходима человеку.

Сейчас ГЧП очень активно развивается в рамках совместных инвестиционных программ по строительству дополнительных медицинских сооружений, развитию инфраструктуры. Очень важный компонент оказания эффективной ме-



дицинской помощи пациенту – это привлечение дополнительных финансовых ресурсов. Такая ориентированность на потребности пациента помогает использовать технологии, необходимые для конкретного больного.

– Не станет ли система ГЧП мешать государственной системе финансирования, стараясь забрать у пациента всю страховую выплату?

– Я могу сказать, что все это могло бы быть так. По данным из открытых источников, несколько сот тысяч наших граждан имеют страховки, которые им предоставляет работодатель на случай критических заболеваний. Страховые компании делают эти выплаты. Но с кем бы я ни общался по поводу того, что страховая компания заплатила человеку сразу потому, что ему поставили диагноз «рак», никто не сказал мне об эффективной работе этой системы, никто не видел этих пациентов. Мы считаем, что выплаты в таком случае должны быть связаны с маршрутизацией этого больного. Человек должен понимать, что максимальную помощь он получит, если придет в государственную клинику, потому что государство выделяет на него деньги. Да, бюджет не справляется на 100%, но можно профинансировать 1-2 месяца лечения самостоятельно, причем за счет тех средств, которые выдает страховая компания, а дальше продолжить лечение в плановом режиме за счет бюджетных денег. Более того, пациента на этом пути будет сопровождать «сервис аварийных комиссаров», который будет следить за тем, чтобы человек без необходимости не оплачивал лечение самостоятельно, будет вести диалог с органами управле-





ния здравоохранением о том, что человеку положено и что должно быть сделано. Мы считаем, что лучше сделать совместное финансовое планирование лечебного процесса с департаментом здравоохранения на уровне регионов, чем обрекать человека на финансовые риски, потому что людей, стоящих в очереди на лечение, очень много. Если у пациента онкологическое заболевание, то ожидание для него чревато осложнениями, болезнь может очень быстро прогрессировать. Здесь должен быть очень четкий контроль. Система софинансирования повысит транспарентность (прозрачность) системы финансирования. Будет понятно, за что заплатит человек сам и что ему профинансировало государство. Эти данные должны быть доступны, они должны использоваться в качестве моделей для планирования бюджетов в последующих периодах. На сегодняшний день госорганы финансирования

Система софинансирования повысит транспарентность (прозрачность) системы финансирования. Будет понятно, за что заплатит человек сам и что ему профинансировало государство. Эти данные должны быть доступны, они должны использоваться в качестве моделей для планирования бюджетов в последующих периодах.

системы здравоохранения при составлении планов отталкиваются от суммарного бюджета периода прошлого года, добавляя какие-то поправочные коэффициенты. Реальную потребность в системных технологиях никто не анализирует. В каждом департаменте здравоохранения есть главный специалист, который составляет планы, подгоняя их под те объемы средств, которые спускаются сверху. Во главе угла стоит не пациент с его потребностью в помощи, не врач с обязательствами по диагностике и лечению больного, а бюджет, за рамки которого нельзя выйти. Такая система требует эволюционного развития. А роль частного сектора – обеспечить стабильность финансирования, что позволило бы развивать программы ГЧП.

– Какова средняя сумма, которую пациент в случае онкозаболевания может оплатить сам, а на какую ему нужно застраховаться?

– Сумма, которая сейчас прописана в полисе дополнительного добровольного страхования по программе ГЧП, не может покрыть все лечение. И такая задача сейчас

не ставится. Это именно финансовый инструмент помощи пациенту, который получает лечение в рамках системы государственных гарантий, это ресурс для софинансирования. Если говорить о каких-то конкретных цифрах, то есть расчет объема финансирования той же лекарственной составляющей или подушевых расходов на онкологическую помощь в пересчете на душу населения. Это показатель, позволяющий сравнивать между со-

бой регионы, страны и т.д. В России этот показатель колеблется в районе 3 евро на душу населения. Европейский норматив, рекомендованный экспертами, составляет порядка 10-11 евро на душу населения. Нам необходимо увеличить этот объем финансирования в 3-4 раза. Это задача государства, но, на наш взгляд, частный сектор здесь тоже должен сыграть свою роль. В Европе система кумулятивная (накопительная): в объеме финансирования есть доля и частного сектора, и государственного.

– Какие преимущества даст развитие ГЧП в сфере российского здравоохранения?

– Мы считаем, что развитие данного направления позволит, во-первых, повысить экономическую привлекательность российского здравоохранения, о чем сейчас много говорят. К сожалению, система финансирования нашего здравоохранения остается недостаточно стабильной, что приводит к восприятию его международными и российским бизнес-сообществами как достаточно рискованной. Привлечение страхового ресурса, на наш взгляд, позволит стабилизировать эту систему с позиции финансового рынка.

Это очень важный социальный вопрос, который заслуживает особого внимания, поскольку находится на стыке экономических и общественных интересов, интересов здравоохранения. Поэтому в ближайшее время мы направим наши предложения организаторам саммита «Большой восьмерки» (G8), который будет проходить летом 2014 года в Сочи под председательством России, о включении тематики неинфекционных заболеваний в повестку дня, в том числе и предложения рассмотреть конкретные программы в области ГЧП. Надеемся, что эти вопросы удастся обсудить во время саммита.





Для практической реализации концепции развития системы ГЧП, ее внедрения в регионах России в ближайшие несколько месяцев экспертным сообществом и Минздравом будут представлены региональные программы. Они будут учитывать все факторы, о которых я говорил, и направлены на то, чтобы систематизировать работу на региональном уровне, повысить доступность лечения для пациентов, улучшить качество инфраструктуры, разделить бремя расходов региональных бюджетов и частного сектора, который может привлекать ресурсы в систему здравоохранения и аккумулировать их.

На рис. 3 в наглядно представлены принципы реализации программы ГЧП по усилению финансирования. Это, в первую очередь, как раз работа с людьми без жалоб на здоровье, которая должна стимулировать их проходить раннюю диагностику и осуществлять профилактику заболеваний. При проведении работы со здоровым населением частный сектор может аккумулировать дополнительный финансовый ресурс, который должен направляться в зону лечения в тех ситуациях, когда человек заболевает. Данная схема должна дополнять существующую в нашей стране государственную систему. Участие здесь программ страховых компаний первостепенно. Мы достаточно давно обсуждаем с ними такую схему. Очень приятно, что страховщики откликнулись и заняли очень активную позицию в инвестировании развития этих проектов. Мы считаем, что это очень важно. Такое взаимодействие ориентировано на реализацию социальных гарантий в системе устойчивого финансирования здравоохранения.

Данные вопросы и положения обсуждались нами в рамках круглого стола, который прошел на 68-й сессии Генеральной ассамблеи ООН в декабре 2013 года. В этом мероприятии приняла участие наша деле-

гация в составе 14 человек, среди них было 9 ведущих онкологов, руководителей региональных онкологических служб, представителей федеральных онкологических центров. Все эксперты выразили готовность к дальнейшей работе в регионах нашей страны, поддержали идею ГЧП, оценили наш подход к работе в этой сфере как инновационный. Эксперты ВОЗ с большим интересом сейчас следят за тем опытом, который нарабатывается НП «Равное право на жизнь», ждут результатов реализации в течение нескольких ближайших лет нашего совместного проекта. Специалисты международного уровня считают, что этот опыт может быть полезен для использования в других странах.

– Где еще может быть применен этот опыт?

– Кроме России данный подход будет интересен в первую очередь странам СНГ, поскольку у нас очень схожа постсоветская система здравоохранения. Мы проводим активную работу совместно с украинскими и белорусскими коллегами по линии Фонда поддержки публичной дипломатии имени А.М. Горчакова. Эксперты этих стран проявили заинтересованность в участии в этом проекте, в его адаптации, рассмотрении специфики.

Помимо этого, мы очень активно общаемся и обмениваемся мнениями с международными экспертами, занимающимися специализированными программами в странах с низ-

ким и средним уровнем экономического развития, у которых или полностью отсутствует государственное финансирование здравоохранения, или оно находится на очень низком уровне. Как таковые механизмы, обеспечивающие систему устойчивого финансирования, там не развиты. Система страхования в этих странах, которая ориентирована на привлечение финансовых ресурсов здравоохранения, находится в зачаточном состоянии.

Наш опыт был воспринят международным сообществом с большим интересом, и нас попросили подготовить специализированные отчеты для представления в Гарвардском университете в Бостоне. Также мы начинаем подготовку к специализированной секции по вопросам финансирования в области онкологии, которая будет проводиться на Всемирном онкологическом конгрессе в 2014 году.

– Что делать российским пенсионерам? Смогут ли они получить помощь по программам ГЧП?

– Нынешняя программа ГЧП рассчитана на то, что человек в возрасте до 55 лет приобретет страховой полис, а покрыт он может быть до 65 лет. А если житель РФ его не имеет, то может обратиться к нам. НП «Равное право на жизнь» занимается организацией медицинского адвокатирования, бесплатных медицинских консультаций. Любой гражданин России может связаться с нашей организацией, и мы окажем ему всю возможную консультационную помощь. Правда, ресурс нашей благотворительной деятельности ограничен, т.к. нам тоже необходима инфраструктурная поддержка. Сейчас мы ее получаем в рамках грантов.

Благодаря ГЧП появляется больше возможностей, и мы сможем помочь в рамках этой системы правильно планировать диагностику и лечение большему количеству людей. Нужно понимать, что эта программа интегрирована в существующую систему государствен-

Сейчас огромное количество шарлатанов от медицины, а люди, находящиеся в критической ситуации, нередко хватаются за любую возможность вылечиться и могут стать жертвой таких мошенников.





ной медицинской помощи, здесь не будет никакой самодеятельности. Для застрахованных лиц привлекают в качестве дополнительных консультантов онкологов, причем с выполнением всех законодательных и нормативных требований. Смысл этой программы заключается в том, что помимо того, что человек общается со своим лечащим врачом, он имеет возможность получить второе, независимое мнение. Нередко люди узнают из Интернета о существовании каких-либо новых технологий лечения их болезни, но без специалиста не могут разобраться, нужны ли им эти новые методы. Сейчас огромное количество шарлатанов от медицины, а люди, находящиеся в критической ситуации, нередко хватаются за любую возможность вылечиться и могут стать жертвой таких мошенников. ГЧП не будет организовываться на базе частных клиник. Медорганизации, с которыми будет вестись работа, – государственные. Именно в них в рамках существующего законодательства можно работать по системе софинансирования лечения. Эта система будет понятна, отчетность будет видна и руководству клиники, и департаменту здравоохранения в регионе, а самое главное – самому пациенту, потому что в конечном итоге именно он будет принимать решение, хочет он там лечиться или нет.

По законодательству страховая компания выплачивает всю сумму человеку, и он вправе распоряжаться этими деньгами. У пациента будет возможность получить дополнительное независимое мнение врача, который будет его вести как второй медицинский консультант, получить помощь юристов в отношении обеспечения его прав, а также помощь психологов. Этот сервис будет предоставляться застрахованным лицам бесплатно. Специалисты НП «Равное право на жизнь» будут оказывать поддержку сотрудникам страховой компании, используя всю инфраструктуру, которая есть на сегодняшний день у на-

Специалисты НП «Равное право на жизнь» будут оказывать поддержку сотрудникам страховой компании, используя всю инфраструктуру, которая есть на сегодняшний день у нашей организации. Мы давно работаем в сфере онкологии, и наша задача – обеспечить максимальную доступность тех технологий, которые сегодня могут быть необходимы конкретному пациенту.



шей организации. Мы давно работаем в сфере онкологии, и наша задача – обеспечить максимальную доступность тех технологий, которые сегодня могут быть необходимы конкретному пациенту.

– Как повысить доверие населения к проекту ГЧП?

– Законодательная инициатива – это дело органов законодательной власти. Если кто-то из депутатского корпуса сочтет необходимым внести изменения в действующие законы, то мы готовы выступить в качестве экспертов. На сегодняшний день мы проанализировали все правовое поле, начиная от статей Конституции и заканчивая конкретными положениями региональных фондов ОМС. Мы считаем, что здесь вполне достаточный законодательный правовой коридор для того, чтобы развивать систему софинансирования. Сейчас мы ведем конструктивный диалог со специалистами федерального Минздрава и региональными органами здравоохранения. У нас с ними полное взаимопонимание. Кроме того, в ряде регионов планируется использовать данную систему как стимулирование, поддержку врачей, учителей. Региональному бюджету ничего не мешает поддержать тех людей, которые несут большую социальную нагрузку, обеспечить им какую-то дополнительную финансовую защиту на случай, если они столкнутся с такими критическими заболеваниями. У нас сейчас это получается, и к вопросам ГЧП относятся с очень большим интересом. Я надеюсь, что в рамках данного проекта мы сможем в первую очередь помочь онкобольным.

Если наше население будет финансово защищено, то оно будет иметь возможность получить адекватную помощь специалистов. Поэтому партнерство с представителями страховой индустрии обозначено. Я думаю, что индекс доверия – очень важная вещь. Мы будем на конкретных примерах показывать, что это действительно работающая система.