СЕМИНАР

Нужны ли страховые компании в системе обязательного медицинского страхования?

ГУ-ВШЭ 7 октября 2008 г.

Якобсон Л.И. – Первый проректор ГУ ВШЭ.

Коллеги, сегодня у нас несколько необычное заседание нашего традиционного семинара. Прежде всего, оно первое в новом сезоне. У нас сегодня очень интересные гости, которых я от души приветствую. Это профессор Норберт Клузен - Генеральный директор больничной кассы «Техникенкранкенкассен», профессор Ганноверского университета. И господин Ханнес Чопра – Генеральный директор РОСНО, Президент «Альянс Евразия». Позвольте их приветствовать от вашего имени.

Нам сегодня предстоит обсудить доклад «Роль страховой компании в здравоохранении Германии». Мы таким образом продолжаем серию обсуждений, которую начали в прошлом году. Это тема очень значимая для здравоохранения нашей страны. Все мы с одной стороны не слишком удовлетворены нынешним состоянием медицинского страхования, эффективностью работы прежде всего системы ОМС, которая сложилась в стране. А с другой стороны (чуть было не сказал – все), ну не все, а большинство, уверены, что систему надо не демонтировать, а развивать. Хотя это момент дискуссионный в нашей среде. Опыт такой страны, как Германия, который напомню, самый долгий и наиболее успешный, для наших дискуссий, сомнений и выработки политических решений, несомненно, интересен и полезен. Поэтому я предоставляю слово профессору Клузену.

Норберт Клузен – Генеральный директор больничной кассы «Техникенкранкенкассен».

Большое спасибо, дамы и господа за приглашение выступить перед вами, которое я получил. Это знаменитая Высшая школа экономики. Я впервые в России. Я уже прожил 60 лет на белом свете, но, тем не менее, я очень рад впервые оказаться здесь и увидеть вашу прекрасную столицу.

Что касается реформы в области здравоохранения, то мы считаем, что в западных странах реформы не носят законченного состояния. Они идут постоянно, причем это очень сложное и достаточно дорогостоящие «удовольствие». Люди имеют вроде бы примерно одинаковые заболевания, но при этом имеют разные пожелания, чтобы их по-разному лечили. В этом

смысле все реформы в области здравоохранения достаточно сложны, также как в политической области. Правительство должно угнаться за всеми этими пожеланиями, и поэтому нельзя сказать, что реформы подошли к концу. Очень часто в ходе реформ делаются определенные ошибки и считается, что в ходе следующих реформ вы эти ошибки исправите. Нынешняя реформа закончится в 2009 году, а следующая будет в 2010 году.

Сейчас я являюсь руководителем одной из крупнейших компании на страховом рынке Германии. И хотя работаю в ней более 15 лет, я по-прежнему не удовлетворен планами нашего правительства, и основная моя задача - добиться того, чтобы наша компания работала эффективно и не несла никаких экономических потерь. Я хочу рассказать вам, что такое «Техникенкранкенкассен». Я привез 40 слайдов. Конечно, все слайды я не прокомментирую, хотя в каждом слайде есть полезная информация, но если они все вас заинтересуют, пожалуйста, обратитесь ко мне по электронной почте и я дам вам полную информацию.

Как развивалась немецкая система медицинского страхования? Она зародилась еще в XIX веке. Германия стояла на пороге промышленной революции. Бисмарк хотел сохранить монархию, надо было идти на уступки социал-демократам. Было опубликовано, так называемое «Послание кайзера». По сути, это была первая система страхования, которая в то время охватывала не больше 10-15% всех работников, но она положила начало системе обязательного медицинского страхования, и был принят специальный закон.

Наша система работает более 100 лет. Это система социального страхования. Несколько лет назад объем страхования составлял 2,7 миллиарда евро. Сейчас запланировано повысить эту цифру до 4 миллиардов евро. Но для всей Германии это не такая большая цифра. Существует обязательная система взносов. Часть взносов, немного меньше 50%, оплачивает работодатель. Немцы все время жалуются на уровень медицинского обслуживания, что они не могут получить многого из того, чего они хотят.

Система обязательного медицинского страхования (ОМС) охватывает 81% всех немцев. Помимо этого имеется частная система медицинского страхования (ЧМС). Человек с доходом свыше определенного уровня может выйти в систему ЧМС. Ею охвачено более 10% населения.

Государственная система в течение многих лет стала достаточно бюрократичной, но все же она достаточна эффективна. Мы заключаем контракты с врачебными практиками, периодически меняем больницы, выбирая наиболее эффективные. Однако система стала очень и очень дорогостоящей. Надо было что-то делать, потому что люди жаловались и работодатели были не довольны. В 1996 г. была проведена реформа, которая

позволила возникнуть конкуренции в области здравоохранении. Это наиболее важная реформа последних лет в Германии. Раньше для большинства застрахованных в системе ОМС нельзя было менять страховые фонды. Реформа 1996 года сделала это возможным. Возникла конкуренция, появились возможности для притока на рынок новых страховых фондов. Некоторые крупные промышленные компании создали свои фонды. Несмотря на это, расходы на медицинское страхование все равно росли быстрыми темпами.

Реформа не привела к снижению затрат в ОМС, но у людей появился выбор фонда. Идея реформы заключалась, конечно, в снижении стоимости медицинского страхования для людей, но даже появление возможности выбора люди, занимающиеся реформами, считали большой удачей. Если говорить конкретно о моем фонде, то мы когда-то начинали с самой низкой стоимости страхового взноса. Сегодня мы находимся где-то в середине по этому показателю, но мы не потеряли никого из своих застрахованных и даже увеличили их количество.

Хочу показать, чего мы добились за 12 лет конкуренции. Одни говорят, что конкуренция это хорошо, другие с ними не согласны. Фактически миллионы людей из-за разницы размера страховых взносов сменили фонды. Первый период был периодом ознакомления с новыми условиями. Многие люди в этот момент, включая меня, говорили, что конкуренция это прекрасно, конкуренцию мы приветствуем. Теперь эти фонды стали больше заботиться о своих клиентах. Во главу угла ставятся интересы клиентов. В настоящий момент мы не можем сказать, что какие-то фонды плохие, а какие-то хорошие. Все отличаются только размером страхового взноса. Сегодня мы говорим о больничных кассах и специализированных фондах, например, для ученых или для работника средств массовой информации.

Количество фондов, которых в начале было больше тысячи, сегодня сократилось до 218. Есть фонды, которые имеют порядка 10 тысяч клиентов, т.е. это очень маленькие фонды, но количество таких фондов постоянно сокращается – они не выдерживают конкуренцию с крупными фондами, которые могут позволить себе более низкие страховые взносы. Теперь посмотрим, какие имеются варианты работы больничных касс. Если сравнить ситуацию в Германии с Францией, то дефицит средств в системе ОМС Франции намного выше – сегодня это 15 миллиардов евро. И они никак не могут вывести ее из убыточности. Президент Саркази ставит эту задачу перед своим кабинетом. Самая большая часть расходов – это больницы: 32% населения лечатся в больницах и, между прочим, это не такая большая цифра, если сравнить с США, где существует государственная система для бедных «Медикер». Сравнивая различные страны, мы видим, что Германия находится где-то посередине между крайностями по расходам на одного жителя. В США и Франции действуют самые дорогие системы, в Англии –

менее дорогие. Тем не менее, и для нас это проблема, поэтому каждые два года мы проводим какие-то изменения в ходе реформы.

В Германии в отличие от США никто не жалуется, что растут расходы на лечение. Система ОМС достаточна стабильна. На нее тратится устойчиво около 6,5% ВВП – эта цифра не сильно меняется в ходе реформы. Конечно, мы все еще не можем эффективно контролировать затраты, но наша система достаточно успешно функционирует, если сравнить ее с другими системами, например, Францией, Великобританией или Швецией.

Вопрос об управлении фондами в конкурентной среде. Наш фонд был основан в 1884 г. в Лейпциге в качестве организации самопомощи архитекторов, инженеров и техников. В 2008 году у нас застраховано 6,2 миллиона человек. Число сотрудников - более 10 тыс., включая филиалы. Общие поступления - 21 миллиард евро в год. Посмотрим общий оборот в 2007 году. Затраты на больничное лечение составляют 28%.

Существует система выравнивая рисков между отдельными фондами - в зависимости от состава застрахованных. Нам приходится платить 4 миллиарда евро в другие медицинские фонды, поскольку наш фонд страхует чуть более здоровые контингенты населения. Если у вас есть вопросы по этой части, можете их задать позже.

Поскольку мы работаем в условиях конкуренции, нам нужен хороший бренд, хороший маркетинг. Это не просто реклама, необязательно люди будут верить вашей рекламе. Мы должны дать обещание и стараться его выполнить. В этом вся проблема. Вы всегда можете говорить какие-то вещи, которые не являются истинными, или рекламировать что-то заведомо неосуществимое, но главное иметь хороший имидж. Если пациенты не чувствуют, что вы хороший фонд и что вы действительно о них заботитесь, вы потеряете свой бренд и потеряете своих клиентов.

Поэтому очень важно проводить различные инновации в системе здравоохранении, прежде всего стимулировать использование новых медицинских технологий. Например, новых диагностических технологий или новых открытий в области лечении рака. Мы обеспечиваем застрахованных этими услугами, заключая договора с лечебными центрами. 4-5 таких центров высоких технологий - это достаточно для Германии, и они сейчас строятся. В Хайделберге центр начнет работать с 1 января 2009 года. Там будет позитроноимиссионая томография и магниторезонансная маммография, плюс телемедицина. Все это является плодом коллективных усилий. При этом мы должны подумать о рентабельности этих центров. В конечном итоге будет более рентабельно использовать современные методы медицины.

Возьмем, например, телемедицину для пациентов с сердечной недостаточностью. После последних наших реформ мы заключаем контракты с группами врачей, но это не очень эффективно. Что же касается этих лечебных центров, я не могу руководить там работой, но у нас есть инвесторы, которые вкладывают деньги и управляют работой центров. В этих центрах прекрасное современное оборудование, они оказывают великолепные услуги. Вы не будете ждать больше 30 минут. Все понимают, что вам нужен выход в Интернет, что вам нужно где-то покушать, что есть маленькие дети и бабушки. И для всех в центре созданы все условия. Все это стоит денег, и мы за развитие и продвижение современной медицины, поэтому проводим соответствующую рекламную компанию.

Мы стараемся управлять фондом, как если бы мы были частной коммерческой компанией, хотя мы являемся некоммерческой организацией. Мы предоставляем множество услуг, и это стало возможным после реформы 1996 года, когда возникла конкуренция. Мы предоставляем услуги по профилактике, консультациям и поддержке здоровья застрахованных пациентов. Мы ввели новую услугу – ведение хронических заболеваний. Необходимо управлять людьми, которые нуждаются в постоянном лечении. Например, для успешного лечения пациенту нужно бросить курить или пить. Правительство выпускает соответствующее законы и устанавливает программы борьбы с хроническими заболеваниями. Эти программы не всегда совершенны и нуждаются в улучшении. Иногда они оказывают даже не то влияние, на которое мы рассчитываем. В США есть ряд решений относительно реализации такого рода программ. Должен сказать, работа эта нелегкая. Необходимо выяснить, о каких болезнях идет речь, какими болезнями проще управлять. Это могут быть больные с сердечной недостаточностью или диабет. Многие думают, что с диабетом легко справиться, но на самом деле не так просто заставить людей меньше пить и меньше есть того, что нельзя. Есть еще целый ряд моментов. Мы предлагаем своим пациентам соответствующие мотивационные программы или осуществляем мотивационные консультации, т.е. мы стараемся, чтобы люди отошли от алкоголя, чтобы они занимались реабилитационными мероприятиями.

Почему мы всем этим занимаемся, ведь нам за это не платят? Потому что мы считаем, что в перспективе это даст отдачу. Но мы должны платить за это сейчас, чтобы пожинать плоды через 10-20 лет. Некоторые не верят в наши подходы.

Теперь я должен сказать следующие. Как же мы осуществляем наше управление, какие услуги оказываем? Люди могут уйти от нас и перейти в другой фонд, нам это не нравится. Все сотрудники нашего фонда понимают, что они должны работать соответствующим образом, что люди платят за их работу. Не Бог, не государство, а наши клиенты им платят. У нас порядка 7

миллионов клиентов, 17 миллионов в год личных контактов и 18 миллионов входящих звонков, 60 миллионов частных обращений в год. Все это консультации и информационная работа, всем этим надо управлять. Это не просто. Два часа человек провел на телефоне, а бывает иногда разговор 20 секунд. Соответственно вам нужны люди, которые занимаются приемом телефонных звонков – это порядка 800 человек. Это очень квалифицированные люди, прошедшие специальную подготовку. Наш рейтинг измеряется соответствующими компаниями в Германии, и мы постоянно получаем наивысший рейтинг за оказанные услуги. Реклама у нас постоянно идет в соответствующих журналах и средствах массовой информации. Мы зарекомендовали себя очень хорошо, потому что мы оказываем хорошие услуги.

В настоящий момент мы говорим о том, что и дети должны быть охвачены программой профилактики. Мы проводим регулярные осмотры и, более того, у нас работают в онлайн режиме врачи 24 часа в сутки 7 дней в неделю. Мы всегда можем оказать консультацию любому нашему клиенту. Это заставляет нас делать конкуренция. Если бы у клиента не было права выбора, мы бы так не старались.

Страховщик должен выходить с какими-то новыми системами медицинского обслуживания своих клиентов. Сегодня мы обладаем большей возможностью менять такие системы медицинского обслуживания. 2-3 года тому назад было очень сложно договариваться о ценах, но сейчас мы имеем возможность договариваться о фармацевтических продуктах с теми или иными компаниями. Мы самостоятельно заключаем контракты и в прошлом году потратили 16 миллионов евро на лекарства для своих клиентов. Конечно это небольшая сумма, но мы получаем эти лекарства напрямую по сниженным ценам от компаний производителей. Это только начало.

Вы видите на этом слайде результат различных реформ медицинского страхования в Германии, начиная с 1989 года до 2008 года. После войны промышленность в Германии быстро росла, росла выручка и доходы, и это дало нам возможность создать хорошую базу для медицинского страхования. Дальше пошли реформы через два-три года, а то и каждый год. В результате новых реформ какие-то показатели снижались, но потом они снова повышались и проводились новые реформы и т.д. Наконец, мы пришли к выводу, что все реформы должны проводиться во имя наших клиентов, которые охвачены медицинским страхованием. В 2007 г. страховой взнос составлял 13,6% от фонда оплаты труда. Дальше показано, как система ОМС в Германии будет работать с 1-го января 2009 года. Растущая часть расходов будет оплачиваться самими клиентами в виде взносов в выбранный страховой фонд. Может сложиться ситуация, когда в одном фонде застрахованы люди с более высоким доходом, а в другом фонде - с более

низким доходом. Этот фонд будет терять позиции, потому что его клиенты менее состоятельные. Такая система ОМС несовершенна.

Краткое пояснение. Я уже говорил вам о тех возможностях, которые дает новая реформа. У нас имеется несколько систем страховых взносов (тарифов). В начале вы можете заплатить порядка 60 евро, и это будет давать вам право на самый низкий уровень медицинского обслуживания. Далее можно повышать этот уровень и соответственно этот уровень уже будет конкурировать с частными страховыми компаниями. Закон говорит о том, что фонд медицинского страхования не должен нести финансовые потери – это новшество, которое есть в последней реформе. Она начнется в следующем году.

Следующий слайд показывает долю ВВП, которая идет на здравоохранение в разных странах. Справа – затраты в долларах на одного человека. Все страны, показанные здесь, это страны, работающие в условиях свободных рынков, конкуренции на рынке. США занимает первое место, потому что большая часть крупнейших фармацевтических компаний мира находится у них, помимо этого, у них имеется системы «Медикейд» и «Медикер» – это системы для медицинского обслуживания малоимущих и пожилых людей, которые получают медицинское обслуживание за счет того, что другие граждане, охваченные медицинским страхованием, платят больше. Естественно, что на первом месте находятся те страны, которые располагают для этого ресурсами. Интересное исключение – Дубаи. Там государство достаточно богато, чтобы посылать своих больных и в Европу и в Америку. Они такую систему для себя создали. У них достаточно богатые фонды медицинского страхования. Конечно, это все связано с добычей нефти, высокие цены на которую позволили им создать первосортную систему медицинского обслуживания. Вы видите здесь разные цифры. В тех же Греции и Португалии (страны которые не отличаются самым высоким уровнем медицинского обслуживания) люди живут достаточно долго. Может быть, потому, что они едят чеснок или придерживаются средиземноморской диеты, может быть, потому что они на работе так не страдают, как в других странах, нет тех стрессов, которые переживают сотрудники в других западных странах. Не знаю. В этот список попала только одна страна из Восточной Европы – Чехия.

Несколько слов о медицинском страховании США. Здесь большое количество охвачено общественной системой медицинского страхования – 25% населения страны или 73 миллиона человек. 47 миллионов человек остаются, тем не менее, не застрахованными – это 16% населения. Многие американцы говорят, что это позор для такой богатой страны, как США, иметь такое количество людей без медицинской страховки.

Данные по Голландии – у них своя оригинальная система медицинского страхования. В какой-то степени они пошли по стопам Германии. С другой стороны, в Германии ведь тоже не все очень довольны даже новыми реформами. Потому что деньги поступают в фонд и фонд уже распоряжается этими деньгами. Фонд может переключать эти деньги с одного направления лечения на другое. В Голландии система гораздо больше организована. Там людей гораздо меньше и существует очень четкое разделение системы на государственное и частное страхование. Человек, выше определенного уровня, должен страховаться в частной системе медицинского страхования. В этом случае он может получить, например, частную медсестру. Интересно, что многие частные компании могут быть и коммерческими и некоммерческими. Они могут заключать различные по форме контракты с различными больницами, с различным уровнем обслуживания, с различными страховыми взносами. Сейчас сложно сказать, насколько хорошо «сработает» их система. Это эксперимент, где достаточно большое внимание уделяется работе именно коммерческих компаний. В этом и заключается особенность голландского эксперимента. Я также являюсь сторонником частных фондов, но для этого должны быть обязательно нормативные рамки.

В отличие от Германии, в Голландии каждый больной сначала должен обратиться к врачу общей практики и уже по его направлению обратиться к специалисту по нужному направлению. В Германии вы сами можете ставить себе диагноз и идти к любому специалисту. Есть еще несколько слайдов по Голландии, вы можете познакомиться с ними сами. Если возникнут вопросы, можно мне написать, и я с удовольствием отвечу.

Если во Франции или в Голландии нет листов ожидания на оказание медицинских услуг, то в Англии пациентам приходится стоять в очереди на получение этих услуг. За последние 10-20 лет в Англии не сделали больших шагов для устранения этой проблемы. Люди жалуются, что государство не выделяет достаточного количества средств на медицинское обслуживание. Чтобы сдвинуть систему с места, дать следующий толчок, мы должны говорить о присутствии частных фондов в системе медицинского обслуживания, о необходимости конкуренции. Но государство должно гарантировать, чтобы все граждане были охвачены системой обязательного медицинского страхования. Конечно, это стоит больших денег и усилий. Спасибо за внимание.

Якобсон Л.И. Большое спасибо профессору Клузену за столь интересную и информативную презентацию. Я думаю, нам есть о чем поразмышлять, причем, не только мечтая о дальнейшем улучшении системы медицинского страхования в Германии, но и примеривая на себя то, что уже в Германии достигнуто. Мы можем задать несколько вопросов, но я хотел бы ограничить их число - 3-4 вопроса не более. Потом будет возможность интегрировать

вопросы в свои комментарии, поскольку у нас есть два дискуссанта и явно есть у многих желание высказаться, давайте ограничим вопросы.

Рошаль Л.М Директор Московского НИИ неотложной детской хирургии и травматологии при РАМН.

Я хочу поблагодарить Вас и РОСНО за организацию этой встречи, это очень интересно. Спасибо и хозяевам, которые нас приняли. У меня два вопроса. Первый. Скажите, пожалуйста, могла бы система здравоохранения, о которой вы рассказывали, существовать, если бы доля здравоохранения в ВВП составляла 3,6 % ВВП?

Клузен Конечно нет, конечно, нет. Нет невозможно. Может быть, для 3,6% есть какое-то обоснование. Давайте посмотрим на опыт стран, где достаточно развито здравоохранение и нигде нет 3,6%, нигде. Даже в странах, где существуют системы, которые и не очень хорошо работают. Там, по крайней мере, 8-9% от ВВП.

Рошаль Л.М. Спасибо. Извините, но я знал ответ на свой вопрос. Второй вопрос. Вы знакомы с советской системой здравоохранения?

Клузен Н. Нет, я впервые в России, и меня пригласили поговорить о немецкой системе здравоохранения.

Рошаль Л.М. Но может быть Вы по газетам или книгам узнавали о советской системе здравоохранения? А вдруг она лучше той системы, о которой Вы рассказывали?

Клузен Н. Ей богу не знаю. Я кое-что видел по телевизору, конечно.

Рошаль Л.М. У меня есть еще к Вам вопросы, но я их пришлю по электронной почте.

Герасименко Н.Ф. - депутат Государственной думы. Спасибо, господин Клузен, за блестящую презентацию. У меня три вопроса. Каков охват государственным страхованием и частным, и зависит ли это от доходов? В чем разница организационно-правовой формы больничной кассы, фонда медицинского страхования и страховой компании? Зависит ли взнос застрахованного (я имею ввиду прежде всего работающее население) от образа жизни, например, взнос человека, ведущего здоровый образ жизни, и взнос курильщика?

Клузен Н. Наш охват обязательным страхованием - более широкий, чем охват частным страхованием. Например, частная страховка не охватывает реабилитацию. Потому что в частном страховании с вами заключают

контракт, и он составляется так, как хочет частная страховая компания. Конечно, есть какие-то правовые ограничения, но в конечном итоге они сами выбирают набор услуг. Но врачи получают больше денег от системы частного страхования, чем обязательного, поэтому застрахованным оказывается более качественная помощь. Вот почему я реагировал соответственно на создание лечебных центров с более высоким уровнем обслуживания. Принципы финансирования также различаются. Те, кто страхуется в частных компаниях, выплачивают премию независимо от дохода. Это - фиксированная премия.

Второй вопрос. Что касается больничных касс и страховых фондов – я их использую, как синонимы. Что такое страховая компания? Обычно это частная коммерческая компания. Она получает доход от продажи страховок. У нас принцип страхования в больничных кассах такой же. Мы отличаемся от того, как это организовано в США. В реальности, конечно, у нас есть отличия между разными формами и мы их по-разному называем, естественно, по-немецки.

Третий вопрос. Вы говорили о рисках. Я очень люблю этот вопрос. В Роттердаме много лет назад проводилось исследование. Кто-то, кто курит, со временем не требует больших денег. Скажем, болезнь Альцгеймера. Вы никогда не курили и не пили, каждый день бегали 10-15 км в день и по этой причине вы живете долго. Но в последние 8-10 лет у вас Альцгеймер и он портит все, и обойдется вам дороже, чем человек курящий, который умирает в 60-65 лет и даже с малыми затратами. Конечно, у человека может быть рак и это дорого стоит. Слишком серьезно это не воспринимайте. Я просто хотел пояснить, что речь идет не только о курении или пьянстве. Есть сотни и сотни нездоровых вещей, которые человек делает. Это отрицательные моменты, поэтому система здравоохранения отвечает за это дело и за наши ошибки тоже.

Якобсон Л.И. У нас было 5 вопросов. Я предлагаю отложить остальные на время дискуссии, а сейчас предоставить слово нашим дискуссантам. Николай Федоровичу Прохоренко. Пожалуйста.

Прохоренко Н.Ф. Президент ассоциации медицинских страховых компаний Самарской области, член общественной палаты Самарской области.

Из вопросов, которые прозвучали, ясно, что наша система работает совершенно в других условиях. Меня попросили поделиться опытом работы компании, которую я представляю, и обратить внимание на некоторые зоны неэффективности. В Самарской области развивалась модель медицинского страхования, наиболее близкая к тому варианту, который описан в законе о медицинском страховании. По этому варианту страховая компания заняла

центральное место в гражданско-правовых отношениях. Она имеет договор и с территориальным фондом ОМС на финансирование, и со страхователем в отношении третьего лица – застрахованного, и с лечебным учреждением на предоставление медицинской помощи. Функции страховой компании в системе ОМС различны и их можно по-разному классифицировать, но основные у нас представлены. Дальше я коротко остановлюсь на этих функциях.

Учет застрахованных и страхователей. У нас застраховано больше миллиона человек, мы имеем 18 тысяч договоров. Что мешает работать? Идут последнее время конкурсы с государственными учреждениями по 94-ФЗ. И они, на мой взгляд, абсолютно не обоснованы. Работа по регистрации страхователей – это функция территориального фонда, но нас заставляют ее делать - грозят вывести из баз данных всех тех, кто не получил регистрационный номер.

Защита прав застрахованных. Мы стараемся соответствовать высоким требованиям, которые сами себе ставим. 12 лет у нас работает круглосуточная служба, есть штатные эксперты, имеем лицензию на экспертизу качества медицинской помощи, судебная защита. В основном этим занимается Тольятти.

Объем медицинской экспертизы. Может быть, для федеральных компаний наш объем не столь существенен. У нас всего 30-40 миллионов, но по опыту Татарии (здесь находится коллега), там объем экспертизы качества медицинской помощи около 4 миллионов рублей, и с этой точки зрения работа даже одной нашей компании достаточна значима. Мы проводим целевые экспертизы по заданию министерства здравоохранения. Они позволяют специалистам министерства делать какие-то выводы в отношении тактики принятия клинических решений. В настоящее время мы проводим экспертизу по гипертонической болезни и по внедрению клинических протоколов по четырем заболеваниям.

*Операционное планирование***.** В основном эта функция была востребована, когда в Самарской области было фондодержание, именно тогда страховые компании могли проявить свои основные преимущества. При этом мы могли консультировать лечебные учреждения и непосредственно влиять на объем медицинской помощи, который там оказывается. В Самарской области уже в течение 3-4 лет фондодержания не существует, но некоторый «остаток» сохранился: допускается возможность компенсации в пределах 5% от заданий по амбулаторно-поликлиническим учреждениям. Это дает нам возможность не забыть эту систему и вернуться к ней в любой момент.

Оплата медицинской помощи. Здесь все ясно. Обращаю внимание, что у нас очень развита претензионная работа, работа по дефектуре лечебных

учреждений предыдущего этапа. Стационарные лечебные учреждения дают нам задания на соответствующую целевую экспертизу, а амбулаторные учреждения сообщают, какое задание стационары не выполнили.

Методологическая работа. Участие во всех работах, которые ведут к совершенствованию системы здравоохранения, реформированию системы здравоохранения, экспертные советы и т.д. Информационно-консультационная работа в отношении лечебных учреждений, осуществляем дополнительные контрольные функции, социальная работа, встречаемся со страхователями, используем потенциал ДМС. Два слова об этом. Часто возлагают достаточно большие надежды на привлечения дополнительных средств от ДМС. По опыту Самарской области, на настоящий момент, ДМС компенсирует 14% затрат на здравоохранение и составляет 10% от предпринимательской деятельности ЛПУ. Лишь 25% выплат идут в те медицинские учреждения, которые участвуют в реализации программ государственных гарантий.

В 2001 году состоялась конференция РОСНО «Об управлении медицинской помощью», где я рассказывал об опыте Самарского региона - этот слайд там был. С того момента ничего не изменилось – особых сдвигов нет. Мы все находимся на перепутье. Это уже начинает ощущаться в конкретных ситуациях. В этой дискуссии мне хотелось бы обратить ваше внимание на следующее. На самых первых лекциях по экономике обычно обращают внимание, что основа развития экономических отношений - это общественное сотрудничество для достижения своих целей. Обратите внимания, что при данной постановке вопроса, когда акцент делается на общественное сотрудничество, все вроде неплохо. Когда же акцент смещается на достижение индивидуальных целей, возникает некоторая неэффективность. В данном случае речь идет о той самой дискуссии - кому быть в системе здравоохранения - фондам или страховым компаниям. В этой борьбе, взаимных претензиях и требованиях мы, наверное, перегибаем палку очень сильно.

Мне пришла в голову аналогия, но в этих стенах мне трудно говорить о высоких экономических материях. Есть такая теорема Коуза, которая говорит о внешних издержках, экстерналиях - в ситуации, когда участники начинают при взаимодействии между собой эти издержки увеличивать. Система в результате работает неэффективно и резко возрастает необходимость вмешательства государства. Исходя из этой логики, территориальные фонды, воюя со страховыми компаниями, могут добиться каких-то тактических успехов, они могут резко ограничить роль страховых компаний, они могут вытеснить их, в некоторых регионах это произошло. Но в этом случае они терпят стратегическое поражение, потому что они делаются просто департаментом министерства здравоохранения региона, не имея возможности выполнять другие функции.

Было бы интересно подумать о цели нашей дискуссии. Вопрос « Нужны ли страховые компании в системе ОМС?» следует, на мой взгляд, заменить вопросом «Могут ли страховые компании быть частью системы здравоохранения?». До тех пор, пока мы не ответим на этот вопрос, трудно предъявлять требования к функциональным инструментам.

В заключении мне хочется сказать, что хорошо работающая страховая компания - это зеркало нормативных документов системы. Чем она лучше работает, тем больше видны несоответствия в законодательстве. И лицо этой страховой компании искажается.

На встрече Нового года, лет 5 назад, к нам подошел один из очень уважаемых врачей областного лечебного учреждения и сказал: «Я хочу поздравить вас, коллеги, и страховую компанию с человеческим лицом». На мой взгляд, этими словами он сформулировал нашу миссию. Спасибо за внимание.

Якобсон Л.И. Большое спасибо. Мне кажется очень интересное выступление, но не могу не оговориться относительно весьма вольной трактовки теоремы Коуза. Светлана Васильевна Бабарыкина, пожалуйста.

Бабарыкина С.В. – Генеральный директор страховой компании «Сибирь».

Уважаемые, коллеги, мы 16 лет работаем в системе обязательного медицинского страхования и я не помню года, когда бы мы не обсуждали эту тему – кто такие страховщики и нужны ли они? Посредники, трансляторы финансовых средств, что мы представляем собой в этой системе? Мне, наверное, повезло, что я живу и работаю в Кузбассе. Эта территория, которая начинала ОМС, и пусть сейчас мы не звучим так, как звучали ранее, но мы работаем по тем законам, которые сегодня действуют. Я считаю, что эти законы нужно и можно выполнять.

Сегодня я хотела бы поддержать своего коллегу в том, что много проблем возникает из-за того, что сама система не может распределить функции между субъектами ОМС. Кузбасс, это одна из территорий, где мы достаточно слаженно работаем и с территориальным фондом и с Департаментом здравоохранения.

Страховая компания «Сибирь» - это бывшая областная больничная касса «Кузбасс». Сегодня мы работаем на пяти территориях, и я считаю, что мы справляемся с работой - и в Кузбассе и на новой территории, на которой мы работаем – это Краснодарский край. Более 700 человек работает, 5.5 миллионов застрахованных граждан. По обязательному медицинскому

страхованию у нас оборот за 2007 год 12 миллиардов и 113 миллионов это добровольное медицинское страхование. Первое полугодие 2008 года - это 7 миллиардов и 82 миллиона.

Мы знаем, что есть традиционные функции, которые возлагаются на страховые компании. Если подходить к выполнению этих функций без глубокого их понимания, то мы будем иметь то, что имеем в очень многих регионах. Я считаю, что основная наша задача, это защита прав застрахованных в широком смысле. Это не должно сводиться к рассмотрению обращений и жалоб. Это должен быть комплекс мероприятий.

Что мы понимаем под этой функцией и как работаем? Безусловно, это и сама защита прав застрахованных, это обращения и жалобы граждан. Это - экспертиза качества оказания медицинской помощи, то есть ретроспективная экспертиза. Это - очная экспертиза, которая позволяет не только оценить медицинскую помощь, но повлиять на обследование больного и лечение в период ее оказания.

Кроме того, это мониторинг доступности медицинской помощи, то есть отслеживание очередности на прием, на различные виды обследований, на госпитализацию в круглосуточный стационар и в стационары дневного пребывания.

Есть такая функция, как контроль обоснованности оказания платных медицинских услуг. Многие регионы не могут определить, кто же должен заниматься этой проблемой. Оказана ли медицинская услуга в рамках территориальной программы государственных гарантий или сверх нее? Так как страховая компания имеет базу данных, то в Кузбассе эта функция возложена на страховую компанию. И мы ее выполняем.

Систематическое проведение социологических опросов населения позволяет оценить удовлетворенность пациентов. И еще – организация дежурств в лечебных учреждениях, чтобы максимально приблизить себя к застрахованным. Хотелось бы отметить, что реальная сумма возмещения для наших застрахованных за некачественно оказанную медицинскую помощь составляла в 2007 году порядка 11 миллионов рублей. Это выплаты либо за некачественное лечение, либо за неполное обследование. Динамика объемов экспертиз у нас остается примерно на одном и том же уровне. Мы не стремимся наращивать объем экспертиз и считаем, что для нас 5% - это тот объем, который позволяет оценить, насколько качественно оказывается медицинская помощь.

По очной экспертизе наша главная задача - это своевременность и обоснованность госпитализации. Акцент делаем на своевременную коррекцию проводимого лечения больного.

Мониторинг доступности – это ежемесячный контроль очередности, контроль выполнения нормативов лабораторно-диагностических исследований, социологические опросы и т.д. И самое важное, что по результатам мониторинга мы с заведующими отделениями, с главными врачами вырабатываем решения – что делать, как улучшить качество? Либо организована непрерывная запись, либо приобретается новое медицинское оборудование, если мы видим, что очередность на некоторые обследования отклоняется от нормативов, либо изменяются тарифы на клинико-диагностические исследования. Решаются вопросы укомплектованности штатов, оборудуются стенды с полной информацией о медицинских услугах.

Анкетирование больных позволяет нам понять, чем не довольны наши застрахованные, и мы видим динамику. В 2008 году мы сделали акцент на повышение доступности, показатели у нас улучшились. Неудовлетворенность доступностью составляет только 13%, а в 2007 году этот показатель составлял 24%.

Создание Call-центра. Я с удовольствием слушала доклад: поступление 80 миллионов звонков - это впечатляет. Таких цифр мы, наверное, достигнем нескоро. За 8 месяцев 2008 года у нас проконсультировано порядка 17 тысяч человек. Для нас эта цифра значимая и мы в режиме онлайн решаем все наши проблемы. Дежурство специалистов в лечебных учреждениях. Также позволяют решать многие организационные проблемы.

Но я хотела бы сделать акцент на тех функциях, которые оказывают управляющее воздействие на эффективность работы здравоохранения. Этим мы, наверное, отличаемся от других регионов России. Страховая компания непосредственно участвует в формировании заданий лечебным учреждениям. Планирование на следующий период начинается с того, что страховщик и медицинское учреждение рассматривают результаты предыдущей своей работы и формируют планы на следующий период.

Планирование потоков пациентов в различные медицинские организации, санкционирование получения некоторых видов медицинской помощи. Для того, чтобы это было выполнено, на базе страховой компании создан стратегический центр по управлению ресурсами. Я хотела бы отметить, в чем заключается работа данного центра. Специалистами страховой компании проводится анализ обоснованности планирования. Определяется квота по плановой госпитализации, по высокотехнологичным методам лечения, по объемам медицинской помощи, оказываемой как в самом муниципальном образовании, так и за его пределами. Мы имеем центры госпитализаций, которые занимаются упорядочением потоков больных на госпитализацию, квотированием плановой помощи, санкционированием (определением

обоснованности) плановой госпитализации. Именно страховая компания (с учетом потребностей пациентов) ведет листы ожидания на госпитализацию.

Как происходит санкционирование - это отдельная история. Мы имеем доступ к свободным местам стационара. Поликлиника обращается к нам, чтобы мы выдали им свободное место в том или ином стационаре для госпитализации. Что мы получили при создании диспетчерского пункта? Сокращение ожидания больными сроков госпитализации, уменьшение вероятности отказа в госпитализации, экономию времени врача и самого больного.

Я хотела бы сказать, что Call-центр завязывает не только информацию об обязательном и добровольном медицинском страховании, но и о лекарственном обеспечении. В страховой компании ведется база всех городских аптек и пациент, обращаясь в центр, получает информацию о наличии лекарств и о тех препаратах, которые положены ему, как льготнику.

Работа по определению рейтинга медицинского учреждения и рейтинга врачей. Это также возложено на страховую кампанию. Мы имеем информацию и для здравоохранения и для застрахованных по каждому из лечебных учреждений.

Медико-экономический контроль лекарственных препаратов в лечебно-профилактическом учреждении. Хотелось бы отметить, что в страховой компании работает 6 клинических фармакологов. Это позволяет при проведении экспертизы качества проводить экспертизу обоснованности назначения лекарственных средств и вести разбор фактов обращения граждан. Проводятся фармакологические конференции для повышения образовательного уровня врачей и для информации о новых современных препаратах и методах лечения.

Информационная деятельность очень важна для страховщика. Если страховая компания «на слуху», если имидж достаточно высоко оценен и самими застрахованными и администрацией здравоохранения, то доверие к страховщику позволяет выполнять все те функции, которые я перечислила.

В заключении я хотела бы поддержать, что те вопросы, которые мы сегодня обсуждаем, они действительно очень важны для работы системы обязательного медицинского страхования. Я хочу еще раз обратить ваше внимание на необходимость внесения изменений в 94-ФЗ. Особенно это касается проведения конкурса на неработающее население - в части требования перечислять средства на обеспечение выполнения государственных контрактов в размере от 10 до 30% его стоимости. Спасибо за внимание.

Якобсон Л.И. Спасибо. Мы переходим к свободной дискуссии, в рамках которой можно и вопросы задавать. Мы предоставим по традиции слово профессору Клузену в заключительной части семинара, и он сможет ответить и на реплики и на вопросы. Пожалуйста, кто хотел бы выступить?

Рошаль Л.М.Директор Московского НИИ неотложной детской хирургии и травматологии при РАМН.

Чем отличались доклады наших представителей от основного доклада доктора Клузена? У него критической оценки своей системы было гораздо больше, чем у нас. Мы поем песни о том, что у нас все замечательно, хорошо, прекрасно и мы очень нужны. Хотя дискуссия у нас в России идет. Я поставлю даже провокационный грубый вопрос – зачем вообще нужны страховые компании? Разве фонд обязательного медицинского страхования не может выполнять те функции, о которых вы нам так красочно рассказывали? Разве руководство организации здравоохранения– райздравы, горздравы и т.д.- не могут выполнять эти функции?

Нам в этой дискуссии не хватает третьего элемента – это учреждения, с которыми вы работаете. Вот я руководитель института, есть главные врачи больниц, поликлиник - с ними надо поговорить, насколько вы им нужны, что конкретно вы им даете. Снимаете деньги, если запятая не там поставлена? И какой уровень квалификации у тех, кто от вас приходит в стационары и делает замечания профессорам, ведущим специалистам, начинает их учить. У нас много ведь проблем в этом плане.

Фонды в различных регионах поставлены в неравные условия. И собираемость средств в ОМС разная по регионам, и возможности разные, и тарифы разные по стране - это полное безобразие. Вот те тарифы, которые вы устанавливаете, они удовлетворяют лечебные учреждения или нет? Они покрывают расходники или не покрывают? У нас очень много вопросов дискуссионных.

Профессор Клузен, я хотел бы предложить следующее. Мы вашу систему здравоохранения знаем лучше, чем Вы нашу. Я имею в виду советскую медицину. Вы пропагандируете и рассказываете честно о своей системе. Нам бы хотелось иметь дискуссию. Мне знаете, что хочется? Мне хочется собрать организаторов здравоохранения Запада и наших. Закрыться в комнате, просидеть 3-4 дня и поговорить о преимуществах систем здравоохранения. Чтобы вы посмотрели, может быть, у нас тоже есть что-то интересное. Может быть, вы бы тоже взяли что-нибудь интересное, что было наработано, а наработано было немало. Извините, я внес дискуссионную ноту, я прошу извинить, мне нужно вернуться на работу.

Якобсон Л.И. Спасибо Леонид Михайлович особенно за то, что внесли дискуссионную ноту, я думаю, что она будет подхвачена. Пожалуйста.

Гришин В.В.Советник председателя Счетной палаты. Уважаемые коллеги. Я попросил слово в начале только по одной причине. Леонид Михайлович задал тон. Внимательно выслушав представителя Самары и Кузбасса, считаю, что нам надо вернуться в 92 и 93 годы. В 92 году состоялось собрание большого количества страховых компаний. В присутствии зарубежного гостя я не буду говорить резких слов, но компании очень тогда выступали за частные формы страхования. Государство им не нужно, Минфин не нужен, Минздрав не нужен. Я тогда представлял министерство финансов, слушал это словоблудие, потом «рявкнул» на них и 7 лет они спокойно работали.

Потом я стал директором Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Тогда было поставлено несколько задач. Первая. Тебя назначают директором Федерального фонда, у тебя ничего нет, а тебе говорят, что нужно построить страховую систему. Передо тобой стоит армада облздравов, горздравов и проч., с которой нужно справиться. Потому что, если с ними не справиться (а это корпоративный и очень ярко выраженный интерес), то в условиях, когда изменилась социально-экономическая структура страны, когда пациент остался один на один с лечебным учреждением, верх возьмут интересы корпоративные.

Вы стоите перед проблемой и не понимаете, что надо делать. Естественно, Минздрав тебя просто убивает в лице министра. Первая задача, которая была поставлена перед сотрудниками Федерального Фонда, а их было всего два человека, - максимально организовать структуру. Привлечь страховые компании для борьбы за пациента и борьбы с органами управления здравоохранения, потому что они не могут этим заниматься, никогда ничего подобного не делали.

Вторая задача – кто будет оплачивать и проводить деньги? Третья задача – кто будет защищать права пациента? Нужно чтобы страховщики хорошо развивались. Тогда директор Фонда принимает единоличное решение, без Минздрава, - 5% средств ОМС расходовать на ведение дела. Быстро развить страховой бизнес в России. Потом этот процент снизился до 4 и до 3%, но это дало вам возможность быстро развиваться.

Следующий аспект. Вы говорите о частном или государственном страховании. Я внимательно слушал нашего коллегу из-за рубежа. С больничными кассами мы очень много работали и изучали их опыт. И я задаю вопрос – мы создаем всеобщую систему страхования или личного выбора? Если всеобщую, то это одна организационная структура, а если личного выбора, то другая. Сначала число филиалов фондов составляло 1200,

количество частных страховых компаний - 500. Это значит, что частных компаний 500, а государственных 1200. Я потому так за филиалы фонда боролся, потому что прекрасно понимал ситуацию.

Недавно в газете «Известия» прочел, что страховая компания говорит, что у них есть условные экономические единицы нагрузки на врача, что он должен принять 30-40 пациентов за смену, что это потогонная система и т.д. То есть, страховая компания начинает управлять процессом организации медицинской помощи, а этого не должно быть! Именно поэтому возникают конфликты. Минздрав позволил Федеральному фонду не допустить этого.

Мы неоднократно изучали опыт страховой компании РОСНО. Нельзя и не надо учить управлять системой. В РОСНО прекрасный стратегический совет, конечно, вы должны обязательно участвовать, у вас огромный опыт, прекрасные данные по поводу защиты прав пациентов. Очень плохо, что Федеральный фонд редко это озвучивает, это огромнейшая работа. … Когда в Кемерово говорят – прополощите уши при гнойном отите, конечно, это должно быть наказано. У вас 11 миллионов, умножаем на 80 территорий и получаем огромную сумму. Мы знаем, что такое корпоративный интерес, знаем, как трудно с ним бороться. Кто-то должен следить за этим, и кто-то должен наказывать. По первому образованию я врач и прекрасно понимаю, что такое корпоративный интерес и как он защищается. Никакие облздравы и горздравы никогда не смогут этого делать. Сегодня при снижении уровня интеллектуального потенциала органов управления здравоохранения это вообще становится проблемой.

Теперь про конкуренцию. О какой конкуренции мы можем говорить, если с 45 года у нас строилась система уровней и этапов оказания медицинской помощи? Это минимизированная система. Я могу выбрать страховую компанию, но какой выбор медицинской помощи вы мне можете предложить? Поэтому у нас платный сектор как таковой отсутствует. Вот только последние 4-5- лет компания МЕДСИ начинает создавать клиники. У нас не частный сектор, у нас платная медицина на шее государственного здравоохранения. У нас в сети медицинских учреждений «крутится» почти полтора триллиона рублей. И мы не можем понять, на что каждый из нас имеет право. Поэтому роль и функции страховых компаний важны, но у нас минимизированная система и мы вынуждены с этим считаться.

Правительство объявило о переходе от единого социального налога к страховым взносам. … Не надо смеяться. За последние 20 лет это третий поворот. У нас были общественные фонды потребления, в 92 году ввели страховые взносы, потом сделали налог в 2002 году, сейчас снова взносы.

Следующий вопрос был самый интересный – кто будет деньги собирать? Когда я получил приглашение на этот семинар, то решил, (возможно, это

будет странно звучать из моих уст), что фонды надо закрыть. Фонды медицинского страхования надо просто закрыть. Я выбираю страховую компанию, за мной идут деньги, они формируются в больничную кассу, это корпоративное страхование. Давайте сделаем просто – у нас будет 400 или 500 страховых больничных касс.

Михайлова Ю.В. заместитель директора НИИ организации и информатизации здравоохранения.

Я, как и предыдущий оратор, хочу вернуться в 92 год, когда решался вопрос, каким быть страховым компаниям и быть ли им. Мы, разработчики Закона, не так много понимали в медицинском страховании, а Закон надо было разработать, поэтому очень важно было мнение, опыт и использование этого опыта частных страховых компаний, которые только-только в России народились. Многочисленные наши дискуссии свелись к тому, что все-таки должны быть больничные кассы и именно разработчики из Кузбасса доказали, что только больничные кассы в условиях перехода от государственной системы наиболее эффективно будут работать. Но у нас были диктаторы – представители Всемирного Банка, которые были экспертами и которые ставили в прямую зависимость выделение кредитов нашей стране от того, какие будут компании, с какой формой собственности. И если накануне принятия Закона, мы, разработчики, вышли с больничными кассами, но на следующий день мы получили фразу в статье с организационно-правовыми формами.

Вот отсюда все и началось. Вроде все благополучно. Но уже тогда мы заложили абсолютное противоречие между социальным типом страхования и необходимостью получения прибыли частными страховыми компаниями, для чего, собственно, они и создаются. Это стало началом того, что развился страховой бизнес, о пациентах все давным-давно забыли. Надо было получать деньги, найти доступ к источнику денег. Я Вас очень уважаю, господин Гришин, но Вы говорите о корпоративности медиков, а я давно уже абсолютно задавлена корпоративностью чиновников здравоохранения, фондов и страховщиков. У нас большая страна и найти две страховые компании, как школы передового опыта, наверное, можно. Сказать, что так работают все страховщики, я не осмелюсь. Да, в Кузбассе изначально была больничная касса, и они построили свою систему в основном на защите прав пациентов. Это была единственная страховая компания, которая выплачивала что-то пациентам, когда в здравоохранении их обижали. Но сегодня выступал не директор страховой компании, а смесь начальника управления здравоохранением, потому что страховая компания квотирует сколько нужно на стационарную часть, она определяет, санкционирует в амбулаторном секторе лечиться или в стационаре. В каком Законе, в какой идеологии это прописано?

Случилось так, что в разных областях играет личностный фактор. Если сильная личность директор фонда – командует фонд, если сильный директор страховой компании, богатой и лоббирует прямые выходы, то командует страховщик. Кое-где остались в силе министры здравоохранения, которых по 10 раз не поменяли. По сегодняшней дискуссии можно сделать вывод, что население очень довольно работой страховых компаний. Но независимые социологические опросы говорят об обратном. Все больше и больше недовольного населения. Почему при таких идеальных условиях в нашем медицинском страховании у нас такое плохое здоровье и качество медицинской помощи? Сейчас стоит вопрос как же дальше быть медицинскому страхованию? 15 лет назад я была идеологом медицинского страхования, но сейчас надо решить либо это будет Фонд и больничные кассы, либо это должны быть страховщики, но с четко определенными параметрами. Это социальное страхование, отдельно государственные больничные кассы и тогда, я имею в виду, без фондов. Частное страхование должно быть всегда, это абсолютно точно. Вот эта «помесь», которая существует 15 лет, она дальше эффективно существовать не может.

В доказательство этого хочу сказать – 15 лет тому назад при встрече Министров в Белоруссии, обсуждался вопрос кому и как строить систему здравоохранения в странах СНГ. Мы все смеялись, кто пошел по медицинскому страхованию, над Белоруссией, которая сказала: нет, останемся на государственной системе. Посмотрите сводку продолжительности жизни, младенческой и материнской смертности – самые лучшие результаты в Белоруссии. Нам есть над чем очень сильно подумать. Спасибо.

Якобсон Л.И. Я не могу удержаться, чтобы не сказать следующее. Я надеюсь, это сможет помочь нашей дальнейшей дискуссии. Мне кажется, очень важно различать констатацию неблагополучия нашего медицинского страхования – да это точно так – и некоторые обобщения, которые звучат таким образом, что вообще нигде и никогда коммерческий интерес не совместим с заботой о здоровье и здравоохранении. Я напомню, мы же сегодня слушали доклад, и я хочу напомнить, что совместимость определяется не тем, что там люди хорошие, а у нас плохие, а правильно выстроенными институтами. Есть такой очень-очень старый Нобелевский лауреат по экономике Бьютенер, мне доводилось с ним встречаться. Он писал следующее: «Экономисту и законодателю не стоит размышлять над тем, в каких обстоятельствах хорошие люди будут поступать правильно. Надо выстраивать обстоятельства так, чтобы люди независимо от их моральных качеств поступали ожидаемым образом.» И опыт показывает, что это возможно. Может быть, это нам и поискать, ведь кому-то это удается в других странах. Пожалуйста.

Саверский А.В. Президент Лиги защиты пациентов, Председатель общественного совета при Росздравнадзоре.

Слушая обращения людей, которые приходят к нам с жалобами, мы вынуждены анализировать, почему они возникают и почему страховая система, которая себя хорошо позиционирует, как защитника пациентов, в этой части на самом деле не работает. О том, что система не работает, говорят две цифры Федерального фонда ОМС. Может быть, это будет для кого-то откровением, может быть ФОМС не прав, тогда все претензии к нему. За 2006 год страховые компании выступили на стороне пациентов в судах 21 раз. В тоже время было выявлено 750 тысяч дефектов медицинской помощи. А сколько пациентов узнали, что в отношении их здоровья были допущены дефекты медицинской помощи? Я думаю, что мало из этих 750 тысяч об этом узнало. Здесь возникает режим врачебной тайны.

На каком основании эксперты страховых компаний попадают в лечебные учреждения и изучают истории болезни? 61 статья Основ законодательства об охране здоровья «Врачебная тайна» содержит исчерпывающий перечень случаев, когда такая информация может предоставляться каким-то лицам. Экспертов страховых компаний там нет.

Проблема, конечно, глубже. На мой взгляд, основная проблема содержится в 15 статье Закона о медицинском страховании, где говорится, что страховая компания должна иметь договор с ЛПУ. Честно говоря, не понимаю, зачем он нужен? Задача страховщика страховать. Этот договор и порождает корпоративность между страховыми компаниями и лечебными учреждениями, делая одновременно невозможным для страховщика заплатить деньги за пациента в любой точке России при необходимости оказания медицинской помощи. Там начинается нечеткое понятие страхового случая. Из-за этого договора страховщик превращается в посредника. Я предлагаю серьезно посмотреть на эту статью и, возможно, убрать ее из Закона и тогда может быть мы получим страховую модель. Потому что тогда страховщики будут бороться не за договор с ЛПУ, а за пациентов.

Ситуация похожа на ситуацию с госзаказом, в которой почему-то между государством и государственным учреждением вклинивается частный посредник. Вот государство с деньгами, вот его учреждение, что там делает посредник – не понятно. Если у него должна быть страховая функция, то пусть она у него будет, на сегодня ее нет. Я даже не могу вам сказать, какие уродливые формы все это приобретает. Мы даже не можем сказать, сколько услуг реально оказывается в России, потому что действительно идет двойная - тройная бухгалтерия. Что такое ДМС в акушерстве? Это расчет на то, что женщина не родит что ли? Что является предметом страхового риска? Человек заплатил, страховая компания в этом поучаствовала, государство по родовому сертификату заплатило – это сколько слоев у всего у этого? И

сколько все это стоит на самом деле? Никто ведь не знает, мы посчитать ничего не можем. Поэтому я думаю нам надо мыслить предельно прозрачно. Если у нас есть государственный заказ и деньги и мы хотим использовать страховую систему, то мы должны на страховую систему возложить обязанности страховщика, не распределение денег, не бухгалтерия, не казначейство, а страховщика, чтобы она несла страховые риски на себе, а не перекладывала их на государство и была бы лишним посредником. Спасибо.

Герасименко Н.Ф. Государственная Дума РФ, заместитель председателя Комитета по охране здоровья.

На Алтае, наряду с Кемерово, мы одни из первых внедряли медицинское страхование, мы тоже шли по типу больничных касс. Раздельно страховали работающее и неработающие население. Я до сих пор убежденный сторонник больничных касс, но я не на этом хотел остановиться. Сейчас все признают, что результаты работы здравоохранения неудовлетворительны – высокая смертность, инвалидизация, недовольство населения медицинской помощью, есть вопросы по доступности. Недавно мы отмечали 15 лет работы обязательного медицинского страхования в России. Есть неудовлетворенность работой медицинских страховых организаций - как со стороны пациентов, так и со стороны лечебных учреждений. В чем-то они не виноваты, например, в отношении страхового тарифа, это зависит от того, сколько выделяют денег, и мы знаем, что взнос сначала планировался чуть ли не 10 %, потом установили для всех один тариф, уменьшили финансирование через бюджет.

Сейчас поставлена цель увеличить продолжительность жизни до 75 лет, снизить смертность в 1,6 раза и добиться в конце концов снижения депопуляции до 0, а потом начать прирастать. В связи с этим возникает ряд вопросов. Кто будет реализовывать эту цель? Для достижения любой цели нужна программа, программно-целевое планирование, нужны инструменты, нужны финансовые потоки, и вопрос ответственности – кто будет отвечать за достижение этой цели. У нас медицинское страхование необычное. В мире такой модели просто нет. Я бы хотел спросить доктора Клузена. Понятно когда налог собирается, это государственные фонды - в Америке, например, «Медикейд» и «Медикер», в Германии это больничные кассы, в Англии органы управления здравоохранением. Вопрос вот в чем: когда государственными финансами управляет частная компания – это экономически правильно или нет?

Второй вопрос возникает: несут ли страховые медицинские организации ответственность за достижение результатов? Раньше ответственность несли органы управления здравоохранением, спрашивали за результаты с Министра, руководителя облздрава, муниципального образования. А когда все деньги при одноканальном финансировании сосредоточены в страховых

медицинских организациях, кто будет нести ответственность за достижение результата? Способны ли они отвечать. Вопрос этот неслучайный. Я очень благодарен Высшей школе экономики, что тут есть место для дискуссий, в других местах места дискуссий вообще нет. Здесь собрались люди очень опытные и приходят сюда с удовольствием, чтобы обсудить каким путем идти дальше.

Есть проблемы с Фондом медицинского страхования. Было раньше предложение сделать фонды медицинского страхования страховыми компаниями. Страховых компаний просто не было и в ряде регионов, в Якутии, например, фонды работали как больничные кассы. Сейчас мы стоим как бы на распутье, какую концепцию развития здравоохранения выбрать и возникает ряд вопросов. Нужны ли страховые компании или нет. Если нужны, в каком виде они должны работать. Мне кажется, что эти вопросы и нужно обсудить. Будут нести ответственность – одна ситуация. Потоки денег – кто их будет контролировать, нужна прозрачность. В конечном итоге, чтобы были результаты. Спасибо.

Шейман И.М.Профессор кафедры государственного управления и экономики общественного сектора ГУ-ВШЭ.

Мне кажется, у нас сегодня очень интересная дискуссия, очень интересные выступления. Вчера Жванецкий в своем выступлении сказал, что мы живем в то время, когда все умеют задавать хорошие вопросы, но никто не собирается на них отвечать. Мы, организаторы семинара, задали острый вопрос, но ответа на него пока нет. Я бы сказал, что однозначно сегодня на него дать ответ очень сложно. Давайте, допустим, что все-таки страховые компании нужны. В каких условиях можно добиться наибольшего эффекта их деятельности? Я бы разбил эти условия на две группы. Первая группа условий - рыночного типа, то есть существует конкурентное давление на страховщиков, заставляющее их заниматься серьезными делами и активно влиять на показатели деятельности медицинских учреждений. И вторая группа условий – это давление государства. Государство устанавливает жесткие требования к ним, расширяет эти требования, проводит лицензирование, аккредитацию, мониторирует деятельность страховщиков и т.д.

Сначала по поводу первого типа условий. Мы все очень внимательно выслушали выступление немецкого коллеги. Не знаю, все ли обратили внимание на то, что в Германии существуют очень серьезные основания для конкуренции страховщиков. Какой бы они не были организационно-правовой формы и собственности. Есть вариация страхового взноса, есть вариация пакетов гарантий и есть вариация программ управления качеством медицинской помощи. Не контроль качества, не та глупость, которую мы когда-то придумали, а программа управления качеством. Которая

варьируется от компании к компании, и каждая из них дает нам, застрахованным, определенный сигнал в отношении результатов этих программ. И мы выбираем страховую компанию, которая реализует более успешные программы управления качеством медицинской помощи.

Готовы ли мы пойти сейчас на формирование действительно конкурентной модели - со страховыми взносами застрахованных, чтобы был ценовой сигнал? С разными пакетами программ государственных гарантий и т.д.? Я считаю, что, скорее всего, не готовы – и не только по политическим причинам, но и в силу отсутствия набора институциональных условий, формирование которых требует много времени и денег, а мы к этому еще не приступали (мы обсуждали эти условия на одном из наших семинаров).

Именно поэтому более разумно и актуально обсуждать проблему государственного, а не рыночного, давления на страховщиков для того, чтобы они работали совершенно по-другому. Что для этого нужно сделать?

Первое. Пересмотреть те функции, которыми они занимаются. Владимир Вадимович долго об этом вспоминал и рассказывал все это. Возможно, для того времени это и было какое-то движение вперед, потому что страховщики контролировали очень небольшие деньги и хоть чем-то их надо было озадачить. И родилась идея контроля качества, защита прав пациентов. Все это по большому счету - глупость. Какие-то движения были вперед. А потом все встало. Исчерпала себя эта тема. Не контроль качества нужен, а как сказали немецкие коллеги, – обеспечение качества или управление качеством, т.е. значительно более активное взаимодействие с медицинскими учреждениями, конечно же, на договорной основе. Что вы, медики сделаете для распространения новых медицинских технологий, новых форм обследования пациента, освоения новых хирургических операций? Сможете ли вы снизить частоту обострений заболеваний для «хроников», создавая, например, школы диабета или астмы? Если сможете, то я страховщик, оплачу вам эту работу.

Помните, профессор Клузен говорил о системе управления хроническими заболеваниями, реализуемой его компанией? Вот чем сегодня занимаются в Германии страховщики, и конкурентное давление заставляет их это делать. Нет у нас конкурентного давления, так давайте попробуем правильно поставить задачи перед страховщиками, ужесточив требования к ним, которые Росстрахнадзор устанавливает.

Я думаю, что выступление Светланы Васильевны из «Сибири» очень показательно. С одной стороны вся эта ерунда про контроль качества, экспертизы и т.д. там тоже присутствует, но с другой стороны это уже страховщик современного типа, который занимается оптимизацией издержек, планированием, управлением медицинской помощью,

мониторингом деятельности медицинских организаций. Даже обоснованностью платных услуг занимаются, хотя ни в одном нормативном акте об этом не говорится (а зря, я думаю). То есть, эта компания занимается значительно более широким кругом функций.

Если встать на вторую позицию, т.е. на позицию давления государства, а похоже власть сегодня к этому склоняется, то нужно пересмотреть элементарные вещи. Первое. Кто занимается надзором за страховщиками? Почему Минфин? Мы сегодня приглашали Илью Владимировича главу Рострахнадзора, он, к сожалению, не смог прийти. Я помню наш разговор с ним некоторое время назад, когда я заговорил о необходимости участия страховщиков в планировании объемов медицинской помощи, он сказал, что это противоречит природе страхового бизнеса. И он прав, если строго следовать логике страхования. Но сейчас для нас очевидно, что надо не «подтягивать за уши» ОМС к страхованию, как многие утверждают, а с точностью наоборот – нормативно установить качественно иной правовой режим их деятельности с акцентом не на страхование, а на управляющее воздействие страховщика на систему оказания медицинской помощи. Тогда все станет на свои места – и планирование объемов и управление потоками пациентов и проч.

В сложившейся путаной нормативной среде Росстрахнадзор обеспечивает финансовую устойчивость страховых компаний, а то, что мы с вами сейчас обсуждаем, никто фактически не регулирует. Реально медико-экономическая сторона деятельности страховых компаний, на мой взгляд, это поле лицензионной деятельности Минздрава. Или какого-нибудь другого органа, но только не Минфина. Это вопрос для обсуждения.

Вопрос о 94-ФЗ. Ну это же абсурд пытаться размещать заказ страховщикам в системе ОМС на основе заявленного размера административных расходов. Чем хуже работает страховая компания, ниже объем их функций, тем ниже размер расходов на ведение дела и выше шансы получить заказ на ОМС неработающего населения. Во многих регионах на этом основании исчезают со страхового поля те страховщики, которые способны хотя бы попробовать работать по-новому. Доминируют «карманные» компании: сначала они заявляют о своей «дешевизне», получают страховое поле, а потом получают положенные им по нормативным актам средства на ведение дела. Эта практика коррупционна и не имеет никакого экономического смысла. Я уж не говорю о каком-то позитивном влиянии на систему здравоохранения.

На мой взгляд, начать нужно с простых и всем понятных вещей. Поменять то, что противоречит здравому смыслу. Функции страховщиков расширить, спрашивать за выполнение этих функций, убрать ненужные нагромождения в регулировании, а самое главное – сделать акцент на укрупнение страховых медицинских организаций, то есть сохранение на рынке ОМС тех

организаций, которые могут реально выполнять более широкий круг функций в ситуации растущей концентрации рынка медицинских услуг (по крайней мере, больничных услуг). На мой взгляд, есть еще какие-то шансы, можно попробовать. Я хотел еще о многом сказать, но пока остановлюсь.

Якобсон Л.И. Спасибо, коллеги. Еще одну фразу не могу не вставить, поскольку любимая многими «мозоль» – 94-ФЗ был упомянут, я не предлагаю его сейчас обсуждать, но у меня есть предложение и оно имеет под собой основание. У кого есть конкретные предложения по отношению к здравоохранению, у меня большая просьба очень быстро мне их направить. Потому что сейчас некоторая порция изменений закона пойдет. Было двое желающих выступить, а сейчас рук гораздо больше. Я всем дам слово, но по 3 минуты. Пожалуйста.

Попович Л.Д. Первый заместитель Генерального директора - Исполнительный директор ОАО «РОСНО-МС»

Коллеги, закон о медицинском страховании это как красавица и чудовище в одном лице. Он и великолепен и отвратителен именно тем, что он все регулирует и ничего не регулирует конкретно. Именно поэтому требования к страховым компаниям, которые там прописаны, трактуются так, как каждый хочет их трактовать. Между тем, страховые компании РФ за эти 15 лет – это абсолютно новый и уникальный инструмент, который должен быть очень дорог стране, в которой каждый штык на счету в вопросах организации здравоохранения и улучшения здоровья нации.

В некоей страховой компании, во всяком случае, в крупной, руководитель не обладает образованием организатора здравоохранения, он является финансовым менеджером, он обладает аналитическим потенциалом. Инструменты, которые создали за 15 лет, очень полезны здравоохранению. Только их нужно правильно, грамотно использовать. А для этого нам с вами нужно определиться, как каждый из имеющихся специалистов, каждый из секторов, накопивших огромный груз знаний и опыта в этой сфере, будет использован. Я выступаю с докладами о государственно-частном партнерстве, я говорю о необходимости привлечения широкого круга партнеров для решения задач здоровья нации. Уж поверьте, страховые компании в этой ситуации, правильно ориентированные, правильно нацеленные, это прекрасные менеджеры. И именно менеджерский потенциал страховых компаний выбрасывать не только несвоевременно, это просто противоречит основной целевой задаче. Какое место займет каждый из нас, с какими функциями и с какими целевыми задачами? Мы менеджеры. Поставьте управленческую задачу, и мы ее выполним.

Никонов С. Росздравнадзор.

(*Смена пленки – ред.*) ….Разница и эффективность работы страховой компаний только что была продемонстрирована и я думаю, что эту тему дальше развивать не будем. Александр Владимирович ее четко показал. Как представитель Росздравнадзора, хочу сказать об одном, что без существенного изменения законодательных основ работы страховых медицинских компаний, они в этой системе не нужны. Как и Федеральный фонд. У нас очень много сейчас закреплено полномочий по контролю качества оказания медицинской помощи. Эти полномочия частично переданы субъектам. Сам лицензируй, сам контролируй, сам финансируй и сам проверяй. 258-ФЗ с 01 января 2008 г. вступил в действие. Эти же функции есть у страховщиков и у Фонда. Полное размытие ответственности. Из года в год мы с вами констатируем ухудшение ситуации с качеством медицинской помощи. Так дальше работать нельзя, поэтому повторю неоднократное наше обращение: надо консолидировать и добиться внесения изменений в законодательство. Спасибо.

Представитель страховщиков (не представился)

Добрый день. Я представляю страховщиков. Здесь выступали люди из государственных органов управления здравоохранения. Я хотел, чтобы у нас действительно была дискуссия, а ситуация напоминает погоню за черной кошкой в комнате, чтобы ее найти и уличить во всех грехах.

У нас в здравоохранении много грехов. Сейчас, кажется, есть желание повесить все на один из субъектов этой системы, а другие бьют себя в грудь и говорят, что они справятся лучше. Два слова скажу. Для чего создана система здравоохранения? Для удовлетворения потребностей населения в медицинских услугах в сложившихся финансовых условиях. Лечебные учреждения и органы управления здравоохранением, фонд и страховые компании – это всего лишь элементы этой сегодняшней системы. Сейчас мы ведем речь только об одном элементе – это страховые компании. Я хочу сказать, что первые, у кого надо спросить, нужны ли страховые компании, это пациенты и работодатели, но они сюда не попали.

Безусловно, со стороны лечебных учреждений мы слышим критику. Естественно, кто будет радоваться, если есть элемент в этой системе, который приходит и контролирует твою деятельность и при этом имеет право наказать рублем. В этом плане критика вполне понятна.

Безусловно, пациенты не удовлетворены деятельностью страховых компаний, если брать простых людей. Как и другими элементами системы здравоохранения. Давайте вещи называть своими именами. Страховщики не являются крайними в этой системе. Мы все вместе действуем неэффективно и поэтому мы стоим на пороге изменений и думаем, как их провести.

Еще два слова. Есть такое понятие: бытие определяет сознание. Я очень благодарен Льву Ильичу, который сказал: действительно в других системах страховщики действуют нормально. Давайте посмотрим с другой стороны. Чего у нас не хватает, чтобы страховщик действовал эффективно? Что сейчас мешает страховщикам? Есть ли у них условия, чтобы бороться за застрахованных и чтобы пациенты наши были довольны? Мы в этом кровно заинтересованы, нас к этому подталкивает конкуренция. Сейчас страховые компании пытаются угодить не пациентам, они пытаются угодить департаментам здравоохранения, территориальным фондам, потому что они поставлены в условия полной зависимости и абсолютного отсутствия самостоятельности в принимаемых решениях. Мнение страховщиков, извините, никого не интересует. Им просто спускают указания и смотрят, как они их выполняют. Систему надо регулировать с другого конца, а страховщики в нее встроятся максимально эффективно, именно за счет использования механизмов конкуренции, о которой говорил уважаемый Норберт Клузен.

Еще хочу сказать. Если вы поговорите с работодателями, которые поработали с нормальными страховщиками, то увидите, что они почувствовали разницу между государственными органами управления и страховщиками. Они могут нам поставить вопросы, их будут слушать и реагировать. Сколько бы мы не говорили и не пытались «обмазать» СМО, они нужны. Спасибо.

Пиддэ А.Л. Российская академия государственной службы.

Я хотел бы попытаться ответить на вопрос предыдущего выступающего: чего нам не хватает, чтобы все было хорошо. На мой взгляд, нам не хватает именно медицинского страхования. Потому что у нас медицинским страхованием называется некая система распределения денег и в принципе никакие компании, как бы они не работали, страховщики, застрахованные, страхователи, они не могут работать в том, что не является медицинским страхованием. Простой пример. На вопрос пациентам, где они застрахованы, вы услышите ответ – в поликлинике. Потому что страховой полис им в свое время выдавали в поликлинике. Поэтому ни один пациент не знает своих страховщиков.

Сейчас нам надо ответить на вопрос, нужно ли в стране медицинское страхование, а не на вопрос, нужны ли страховые компании в системе здравоохранения. Этот вопрос обозначил в своем выступлении Леонид Михайлович Рошаль. Когда мы ответим на этот вопрос положительно, с точки зрения экономических выкладок и политики государства, тогда мы сможем обсуждать, как должны страховщики работать в системе, которая нам нужна. Спасибо.

Акопян А.С. Республиканский центр репродукции человека.

Я благодарен Игорю Михайловичу за приглашение. Постановка вопроса мне показалась предельно точной и привлекательной. Нужны ли страховые компании в системе ОМС? Казалось бы, при заявленной модели социального страхования, которая в России принята на протяжении порядка двух десятилетий, сам вопрос представляется вроде бы некорректным. Но с другой стороны, прослушав презентацию двух представителей страховых компаний, мы страховых функций там практически не увидели.

Что произошло? С одной стороны, закон о страховании должен обеспечивать социальную защиту, с другой стороны, он предполагает эту защиту в пределах Федерации, то есть возможность получить любую помощь в любом месте. Но сегодня страхование - это своего рода прописка, дающая право аборигену пользоваться какими-то услугами на своей территории. В принципе это противоречит самой идее страхования. Если мы будем удерживать систему нормативно-директивного планирования по численности населения, по количеству коек, по структуре заболеваемости, по количеству условных посещений, то этот конфликт разрешить невозможно.

Речь должна идти об институтах здравоохранения. Очень многое зависит от того, кто кому начисляет зарплату, кто кого вызывает в кабинет и кто кого от туда выставляет. Вот для нашего немецкого коллеги этот вопрос не стоит, да и в США это вопрос решен однозначно – там все предоставление услуг частное. Отмечу, что в странах с развитыми системами социального страхования 90% амбулаторного сектора - это частные практики. Извините, что мы видим у нас? Мы не даем нашим заслуженным врачам работать в своих собственных кабинетах. Только тогда появится работа у страховых компаний, когда они смогут формировать прикрепленные контингенты и нанимать врачей. Только тогда появится ответственность врача. Будет ясно, сколько у него инсультов, сколько инфарктов, сколько онкологии на его участке, т.е. на первом плане будут координационные и организационно-диспетчерские функции врачей первичного звена. У страховых компаний появится работа. А сейчас что? Взнос собирает министерство по налогам и сборам, передает в территориальный фонд, фонд направляет в страховую компанию, которое вроде должна быть в центре системы финансирования, на самом деле она оказалась отлучена от принятия решений. Она получает свой 1% , держится за эти свои медицинские копейки для поддержания репутации, деньги делает совершенно в других секторах. Утрачивается понятие страхования.

Есть ли в стране медицинское страхование? По всей видимости, ответ будет отрицательный. Да, у нас есть второй канал государственного финансирования, позволяющий что-то удержать, что-то сохранить, но мне представляется, что без учета имущественных интересов медработников, ни

одна серьезная реформа не пройдет. Никто не говорит о полной передаче поликлиник в частную собственность. Пусть это будут фонды, трасты и проч. Собственность должна оставаться государственной, чтобы ее защитить от претензий со стороны. Но надо реформировать организационно-правовые формы в рамках существующей системы собственности. А вы знаете, что в рыночной экономике никакие другие регуляторы не работают. И практика это показывает. Когда возникают конфликтные ситуации, начинает работать критическое право.

Вообще, надо страховым компаниям предоставить возможность заниматься их родовой деятельностью, а не пытаться заставить их работать между фондами и управлением медицинскими организациями. Потому что на сегодняшний день, к сожалению, институциональная структура отрасли такова, что практически органы управления не являются управляющим звеном для своих учреждений. Извините, я понимаю – время. Но мотив моего выступления понятен. Если не будут решены институциональные вопросы, даже несмотря на всю их сложность, мы никогда из этой петли не выйдем. Мы уже по нескольку раз прошли все круги, но, по всей видимости, стоит наконец-то, поговорить о том, с чего надо было начинать. Благодарю за внимание.

Кривошеев Г.Г. Вице-президент, Российская медицинская ассоциация.

Я хотел поблагодарить за приглашение, потому что, если за грехи родителей расплачиваются дети и внуки, то за ошибки предшественников расплачиваются их ученики и последователи.

Я хочу сказать, что врачи с большим интересом следят за работой Высшей школы экономики, за деятельностью экономистов. Миф о бесплатности здравоохранения был создан в Советском Союзе, но нам ясно, что медицина никогда не была бесплатной, она дорого стоит. Поэтому наши экономические знания в массе на нулевой отметке. Сегодняшние выступления ряда товарищей, убедительное тому подтверждение, к великому сожалению и огорчению.

Первое. У нас отсталое здравоохранение: если в технологиях что-то пытаются делать, то практически ничего не делается в системном механизме обеспечения доступности медицинской помощи – он остался на том уровне, на котором был в 92 году. Мы пытаемся сохранить систему Семашко. Но правовое поле ушло вперед. И сегодня это правовое поле не позволяет вносить существенные коррективы в систему здравоохранения. Поэтому, я не хочу долго рассуждать, в Российской медицинской ассоциации есть свое видение проблемы.

Давайте выступать вместе, давайте говорить правду. У нас времени с вами на то, чтобы что-то поменять уже почти не осталось. Спасибо.

Якобсон Л.И. Спасибо и за оценку работы семинара и за приглашение. Я его очень серьезно воспринимаю. Давайте встречаться и работать вместе. Пожалуйста.

Шамшурина Н.Г.Профессор, доктор экономических наук, ММА им. Сеченова.

Если вернуться к вопросу, который поставлен в программу семинара – нужны ли страховые компании в системе ОМС, то понятно, что этот вопрос как бы уже и ответ, потому что ясно, что в ОМС они нужны. Если отвечать на этот вопрос по просьбе нашего председателя, нужны или нет, то здесь прозвучали ответы разные и, как правило, компромиссные. Возникает вопрос – мы, что боимся на него ответить? Потому что он содержит в себе экономические интересы уже созданной системы и субъектов этой системы? Или мы все-таки хотим ответить на этот вопрос?

Я попытаюсь это сделать. Если давать экономическое обоснование поставленному вопросу, то в действующей системе взаимоотношений субъектов ОМС они не нужны. Потому что эти функции может выполнять территориальный фонд. Но, как отмечали наши коллеги, можно изменить функции страховых компаний. И наш коллега из Германии показал, как должна действовать страховая компания в интересах пациентов. Но для этого требуется соблюдение многих условий. Например, пациент должен делить ответственность за страхование 50 на 50. Это - принцип работы больничной кассы. У нас такие принципы до сих пор не действуют. Поэтому еще раз повторяю, ответ – нет. Но если в системе изменится ситуация, то тогда, возможно, страховая компания займет свое место. Но было бы очень важно, чтобы сама страховая компания уже видела это место и, перечисляя свои функции, называла бы первой функцией страхование пациента и страхование рисков этого пациента. Спасибо.

Улумбекова Г.Э. Советник Губернатора Самарской области.

Я скажу с точки зрения субъекта Российской Федерации. Нам Губернатор поставил задачу повышения эффективности деятельности системы здравоохранения. Вот Николай Федорович как раз возглавляет рабочую группу. И вот те проблемы, которые перед нами встают в первую очередь, это недофинансирование системы здравоохранения, организация одноканального финансирования, повышение квалификации врачей (как наполнить систему здравоохранения квалифицированными кадрами, в первую очередь, медицинскими сестрами). Проблема наличия или отсутствия страховых медицинских компаний не стоит у нас сегодня на первом месте.

Наличие двух посредников передачи государственных средств для лечебно-профилактических учреждений, это, наверное, не оправдано. Но с точки зрения состояния практического здравоохранения сегодня, я здесь соглашусь с Ларисой Дмитриевной, каждый штык дорог, особенно в ситуации, когда у нас так мало управленческих квалифицированных кадров. И с точки зрения того, что есть цена передела, а ведь любой передел, (представьте, сейчас функции страховых компаний передаем фондам ОМС), это определенные риски и проблемы. На данном этапе важно сохранить страховые компании, но при этом государство должно продумать систему управления этими страховыми компаниями в своих интересах, то есть государственное регулирование. Спасибо.

Гурдус В.О. Президент Группы компаний МЕДСИ.

Уважаемые коллеги. Очень короткая ремарка. Очень интересная презентация была сделана в начале нашего круглого стола. Я хотел бы обратить ваше внимание на тот факт, который отражает мнение застрахованных, т.е обратную связь потребителей в системе. Мне была очень интересна реакция людей в Германии на возможность выбора и наличие конкуренции. Подавляющее большинство поддерживает наличие конкуренции, возможность для человека выбора и считает, что большая конкуренция повышает качество управления системой и качество предоставляемых медицинских услуг. Если бы мы провели аналогичный опрос в России, я думаю, мы получили бы совсем иные результаты: половина опрошенных не поняло бы, о чем идет речь.

Если говорить о результате нашего круглого стола, то было бы правильно взять в качестве домашнего задания уважаемым страховым компаниям изучение тех предпосылок и тех задач, которые решены в системе здравоохранения Германии, которые позволяют людям почувствовать разницу и принять решение. Потому что это и оправдывает наличие разных страховых компаний. Бессмысленно спорить, страхование это или не страхование, «кранкенкассен» или «купатхалим». Это все бессмысленная риторика. Важно то, что ощущает потребитель и как потребитель воспринимает эту систему с точки зрения своих собственных, прошу прощения, «шкурных» интересов. Вот в Германии эта проблема решена, а в России ее решить за 15 лет, к сожалению, не удалось. Если удастся, то страховые компании будут целесообразны в системе, не удастся, тогда не нужно огород городить создавать конкурентную модель. Спасибо.

Кондратьев Ю.А. Министра здравоохранения Калужской области.

Позвольте присоединиться к словам благодарности, которые были сказаны, за организацию проведения этого семинара. Это очень полезное собрание. Страховщик - это участник рыночных отношений, этим все сказано. Мы не

можем из рынка вырвать что-то. Жизнь доказала, что они работают. Давайте посмотрим на примере регионов. Я был в начале этого года в Кемерово. Каким образом орган исполнительной власти - Департамент здравоохранения - взял себе несвойственные функции, и спасибо нужно сказать страховщикам, что они взяли на себя контроль за ДЛО. У них система полностью прописана. Это говорит о том, что есть положительное решение, его нужно брать на вооружение и нам.

Мы все три субъекта - исполнительная власть, территориальные фонды и страховые компании - оказались в одно лодке. Теперь надо разграничить полномочия. Кто будет управлять, кто будет передавать средства, кто будет контролировать и отвечать, как эти средства дошли до пациента. Спасибо.

Якобсон Л.И. Я хотел бы предоставить слово профессору Клузену. Может быть, Вы поделитесь впечатлениями о прошедшей дискуссии и ответите на какие-то вопросы и комментарии, которые в ходе ее высказывались.

Клузен Н. Профессор Ганноверского университета.

Для меня было очень интересно участвовать в такой дискуссии, услышать критические замечания и откровенные мнения. Действительно, очень полезное обсуждение, как улучшить систему. Рекомендации давать я вам не могу. Я могу говорить о немецкой системе, но я не хочу быть в роли ментора, который может вам что-то рекомендовать. Я хочу сказать только одно, что идеальной системы вы сразу не найдете. Мы ее тоже не нашли, мы ее тоже ищем. Я думаю, что если вы ведете такие открытые, откровенные дискуссии, то вы находитесь на правильном пути. Вы должны видеть, каковы перспективы любой модели в вашем собственном контексте. Ситуация в вашей стране, естественно, отличается от ситуаций в других странах. И, конечно, вы должны свою систему совершенствовать поэтапно. Никогда не пытайтесь мгновенно изменить все с самого начала до самого конца. В этом случае вы просто наломаете дров. Кроме того, старайтесь действовать системно. Старайтесь обеспечить как можно больше конкуренции. В этом случае пациент будет иметь возможность выбора. Это заставит другие компании лучше работать.

Что касается государственных федеральных органов, то они должны наблюдать за этим процессом конкуренции, регулировать правильно и соблюдать законы. И если этого не будет этого, то чиновник не должен получать зарплату. То есть, вы должны сочетать государственную систему и частную систему. Это зависит от вас, от того, каким будет регулирование. Позволите вы частной системе активней действовать или нет. Но вы должны дать возможность свободного выбора клиенту.

Что касается застрахованных, то они всегда жалуются в отношении уровня медицинского обслуживания. Им не нравится частная медицина, им не нравится наша компания, им часто все не нравится. Они очень быстро привыкают к хорошему уровню и после этого уже хороший уровень им не нравится, им хочется еще чего-то более лучшего. Я хочу призвать вас к тому, чтобы узнать потребности вашего клиента и посмотреть, что ему требуется. Что касается модели для вашей страны, то я здесь не в силах вам помочь.

Якобсон Л.И. Давайте подводить итоги. Я никак не претендую на то, что, собрав все лучшее, а его было много в высказываниях, изречь истину. Но я хотел бы, не столько для будущих обсуждений, сколько для будущих раздумий переформулировать тему нашей дискуссии – зачем могут пригодиться страховые компании в системе российского здравоохранения. Все мы понимаем, что сегодня их роль, скажем так, ограничена. И скорее определяется персональным отношением к делу менеджмента некоторых компаний, включая тех, которые сегодня здесь представили свой опыт. А вот зачем могут пригодиться? Вот в этой связи я сейчас скажу некоторые вещи, с точки зрения экономиста банальные, но которые, на мой взгляд, надо иметь в виду. Для того, чтобы здравоохранение, как и любая отрасль, нормально работала для начала нужны ресурсы, о чем не устает нам напоминать Леонид Михайлович. И с ним не поспоришь. Без ресурсов, какую систему не выстраивай, это будет «тришкин кафтан». Но если какие-то минимальные ресурсы есть, то нужно еще кое-что. Нужны механизмы, которые позволяли и побуждали эти ресурсы использовать разумным образом. Не транжирить, заботиться о качестве. Каковы эти механизмы? Повторяю, то что я сейчас скажу, это банальность для экономиста. Есть три варианта.

Один - он в здравоохранении незаменим, без него все равно ничего не получится, – это совесть профессионала, самоконтроль. Вот если этого нет, то не получится совсем ничего. Но опыт показывает, что одного этого ресурса, одного этого пути обычно недостаточно. И у нас сейчас по разным причинам все более недостаточно.

Второй – это контроль начальства. Когда Леонид Михайлович говорит о советской системе – она держалась на контроле сверху вниз. Я не разделяю мнение, что было все очень здорово. Мне приходилось исследовать, как работала эта система на рубеже 80-90 годов, когда материал стал доступен, и исследования подтверждают то, что все вы хорошо знаете из опыта. Очень по-разному работала система. Где густо, где пусто, где хорошо, где плохо. Вот этот механизм контроля сверху вниз, он вроде бы простой такой, естественный, но по жизни ненадежный.

Третий – он тоже не самый замечательный сам по себе – это экономический интерес. Вот нас не удивляет, что такое важное благо, как хлеб, его

производят, выпекают люди, которым на нас в общем-то начхать. Им интересен свой доход и вроде получается. Со здравоохранением все сложнее. Не стану вам сейчас читать лекцию, но опыт показывает, что в определенных условиях эти механизмы могут быть задействованы. Ясно, что не задействованы сегодня. И повторяю, что надо размышлять не о том, нужны ли нам те или иные организации, те или иные объекты, которые называются страховыми компаниями, а есть ли возможность задействовать такого рода механизмы. На мой взгляд, такая возможность есть, что подтверждается, в частности, опытом Германии и опытом целого ряда других стран, да и теорией подтверждается. Другое дело, что для этого надо понимать специфику этих механизмов, ограничения с ними связанные. Это уж точно не панацея. Просто разумным образом использовать их. Переведем разговор из плоскости хорошие или плохие организации, нужны ли организации с теми или иными вывесками, в плоскость, как задействовать экономический интерес. Наверное, это даст нам почву для дальнейших дискуссий. А сегодня большое спасибо.