

Какой должна быть модель здравоохранения?

Комаров Ю.М., доктор меднаук, профессор,
засл. деят. науки РФ, член Бюро Исполкома
Пироговского движения врачей, член
Комитета гражданских инициатив, 8-903-237-
0308 drkomarov@mail.ru site: viperson.ru

Национальная система охраны здоровья (НСОЗ)

Развилка первая в соответствии с Конституцией РФ:

-охрана здоровья

-оказание медицинской помощи

Низовой уровень НСОЗ - ПМСП

Охрана здоровья

1. **Цель:** улучшение здоровья населения
2. **Что входит:** бедность и здоровье, питание и здоровье, питьевая вода и здоровье, условия труда и здоровье, стресс и здоровье, окружающая среда и здоровье, наследственность и здоровье и т.д. Создание условий для мотивированного ведения здорового образа жизни (ЗОЖ)
3. **Ответственность:** первые лица государства
4. **Методология:** межсекторальный подход, социальная профилактика
5. **Нужна:** Национальная программа охраны здоровья (а не, как у нас, развития здравоохранения) на базе научных исследований по п.3

Основания системы охраны здоровья

1. «Эпоха тысячелетнего преобладания лечебной медицины завершается и наступает эра профилактической медицины» (Генри Сигерист, известный американский историк медицины, 1937)
2. Знаменитое Фремингхемское исследование (1952, США): ИБС- болезнь века
3. Вторая эпидемиологическая революция- переход от преобладания инфекционных болезней к хроническим дегенеративным (середина XX века), концепция факторов риска (индивидуальных и популяционных)
4. Улучшение здоровья: Алма-Атинская декларация 1978 г. стратегия ВОЗ «Здоровье для всех», Оттавская хартия 1986 г.

Приоритеты в других странах

В США при самых больших в мире расходах на здравоохранение (10772 долл. на душу населения, в т.ч. 37.7%-4062 долл. из бюджета и 62.3%-6710 из др. источников) в программе «Healthy people-**Здоровые люди**» (1990-2000, 2000-2010, 2010-2020) было выделено 22 приоритетных направления.

Предыдущая программа (1980-1990)- **Health promotion. Diseases prevention. Objectives for the Nation.**

Но не все страны могут себе такое позволить. Например, в завершившейся в конце 2010 г. британской программе «**Здоровье нации**» было обоснованно (и это обоснование представляет собой особый интерес) выделено всего 4 приоритетных направления.

В США по федеральной программе Medicare всего **4%** пожилых потребляли **32%** средств по программе. В Швеции **10%** больных потребляли **79%** объемов стационарной помощи.

Весь мир старается не «**допустить**» пациентов до стационарного лечения и до дорогостоящих высоких технологий

Ответственность

В 1998 г. при Президенте США создан **Национальный совет по качеству** медицинской помощи. 30 ноября 1999 г. Институт медицины США опубликовал результаты многолетних исследований о врачебных ошибках (погибает в среднем в год от 44 тыс. до 98 тыс.- 8 причина смертности). 7/12-1999 г. Президент отчитывался на Конгрессе и поручил Совету по качеству в течение 3-х месяцев разобраться.

Охрана здоровья и медицинская помощь

В результате исследований в середине 1950-х гг. в разных странах было определено, что имеются разнообразные **факторы** (их удалось идентифицировать и затем определить силу их воздействия во времени), значимо влияющие на возникновение и течение целого ряда хронически протекающих заболеваний. Такой подход ознаменовал собой переход от **последствий** нарушений здоровья, к их **причинам**, т.е. от лечения к профилактике. О том, что болезни легче и дешевле массово и индивидуально предупредить, чем впоследствии их индивидуально лечить, знали еще со времен **Гиппократ**а, но только сравнительно недавно появилась стройная теория, как это можно и нужно делать. Отсюда возникла идея о двух уровнях здравоохранения: **охрана здоровья**, как общегосударственная система, и ведомственно-отраслевая, связанная с организацией и осуществлением диагностической, лечебно-профилактической и реабилитационной **медицинской помощи**. Оба эти уровня дополняют друг друга и зона их взаимодействия концентрируется в рамках Первичной медико-санитарной помощи (**Primary Health Care**). Никакая другая система, кроме здравоохранения, не может сигнализировать власти о неблагополучиях в здоровье граждан, обусловленном внешними факторами, которые требуют на них воздействия именно со стороны органов власти.

Ответственность-2

Milton Terris (главный редактор ж. Public Health Policy) считал грубой ошибкой смешение понятий в США системы оказания медицинской помощи и национальной системы здравоохранения.

А бывший Генеральный директор ВОЗ г-жа **Гру Харлем Брундланд** заявляла, что настоящими министрами здравоохранения являются Президент и Премьер страны, только они это не знают.

Охрана здоровья

Законодательство (право на здоровье, его охрану и получение адекватной медицинской помощи), исследования, программы

Охрана здоровья находится на первом месте в одном ряду с охраной государственных границ, охраной правопорядка и т.д.

Именно тут происходят «поломы» в здоровье, которые потом направляются в медицинскую отрасль на «ремонтно-восстановительные работы»

Оказание медицинской (лечебно-профилактической и реабилитационной) помощи

Цель: мотивация к ЗОЖ, восстановление (полное или частичное) утраченного здоровья и трудоспособности по медицинским причинам

Ответственность: отраслевая

Средства: медицинская профилактика, диагностика, лечение, медицинская реабилитация, медицинский уход.

От ПМСП до паллиативной медицинской помощи.

Оказание медицинской помощи

Это система **социального выравнивания**, особенно в условиях выраженного неравенства в доходах и возможностях людей, ибо перед лицом болезни или смерти все абсолютно равны, что богатый или бедный, успешный или неудачник, молодой или пожилой.

Влияние здравоохранения на здоровье населения

Сама медицина (или традиционное здравоохранение) оказывает незначительное влияние на здоровье людей: на возникновение заболеваний- в 10% случаев, на излечения заболеваний - в 45%, на общую смертность- в 15%, на хронизацию патологии (пропущенные, запущенные, недообследованные и недолеченные случаи) - в 50%, на преждевременную и потенциально предотвратимую смертность- в 40% , на инвалидность - в 15%, на ОПЖ - в 5%, на среднюю продолжительность активной и здоровой жизни- в 25%., на младенческую смертность - в 35%, на материнскую смертность - в 75% случаев. В среднем по данным, приведенным еще Б.Ц.Урланисом, традиционное здравоохранение оказывает влияние на здоровье людей лишь в 14% случаев, сейчас- менее 12%.

Все остальное целиком и полностью зависит от здравоохранительной политики в стране, от степени развития системы охраны здоровья, от ее приближенности к населению и результативности.

Организация медицинской помощи

- доступность (сейчас это главное)
- потребность в медицинской помощи (на основе изучения здоровья населения)
- этапность и маршрутизация пациентов
- качество, лицензирование, аккредитация
- ресурсы (финансовые, кадровые, материально-технические, лекарственные, интеллектуальные, информационные, учрежденческие)

Кратко о ВМП

- в перечень ВМП входит 1500 технологий по 35 заболеваниям и состояниям. Каждый случай обходится в 150-200 тыс. руб, в 31% случаев - в учреждениях федерального уровня, в 69% - регионального (там тариф существенно ниже). С 2015 г. оплата за счет ОМС при сокращенном квотировании.
- число нуждающихся пациентов и получивших ВМП растет. Что это за больные? С запущенными, пропущенными и тяжелыми случаями заболевания. Чем их будет больше, тем будут выше затраты

Этапы большого пути

Многие системы, в том числе здравоохранение, проходят определенные **стадии** своего развития:

- 1- неоправданный оптимизм (на этом этапе застрял Минздрав РФ),
 - 2- растущее беспокойство (это проявляется у медработников и пациентов),
 - 3- неизбежная катастрофа (это предвидят специалисты по общественному здоровью и здравоохранению),
 - 4- поиски виновных (этим займутся специальные структуры),
 - 5- наказание невиновных и награждение непричастных (это зависит от компетенции власти).
- **Еще раз:** в развитых странах создаются программы улучшения здоровья, а не, как у нас, программы развития здравоохранения, что далеко не равнозначно по целям, задачам, мероприятиям и ресурсам.

Расходы на здравоохранение РФ опережают его эффективность (Шкала Bloomberg, 2015 г., данные А.В.Рагозина)

Место в мировом рейтинге по управляемым показателям	страны	ВВП \$ на душу	Общие % ВВП	Все расходы \$ на душу
12	Мексика	15910	6.2	1061
22	Польша	21320	6.7	1551
26	Китай	10890	5.3	646
27	Малайзия	21430	3.9	938
31	Турция	18020	6.2	1053
51	Россия	22710	6.5(2015-5.9)	1440

Вторая развилка в выборе вариантов оказания медицинской ПОМОЩИ

1. Оставить существующую модель ОМС
2. Переход к рыночной рисковой модели ОМС
3. Система социального страхования здоровья
4. Государственно-бюджетная модель

Недостатки системы ОМС

Дефекты гибридной бюджетно-страховой модели организации финансирования здравоохранения, многие из которых— общемировые:

- это не страхование (**отсутствует страховой риск**), а целевой налог;
- большинство врачей страны не понимают саму систему ОМС и **зачем она нужна**;
- модель во всем мире **затратная**, требующая постоянного роста расходов;
- страховые медицинские организации представлены у нас не в виде страховщиков (страховщик там ФОМС), а в качестве **посредников**.
- они экономически заинтересованы **в плохой работе** медучреждений (ФЗ №326)
- тариф не связан с риском страхового случая, **тариф** не покрывает все расходы
- все участники процесса, включая медицинские организации, **заинтересованы в росте числа больных**, в т.ч. тяжелых, что противоречит интересам государства;
- все участники процесса заинтересованы в росте числа оказанных медицинских услуг, но не заинтересованы в их результатах, т.е. **в том, чтобы лечить, а не в том, чтобы вылечить**;
- отсюда **невыгодность профилактики**, раннего выявления и своевременного лечения, борьбы с социальными болезнями;
- СМО, участвующие **в ДМС**, предлагают услуги, оплаченные из ОМС
- косметически или кардинально улучшить существующую модель ОМС **невозможно**.

20 лет работы на принципах медицинского страхования ни к чему не привели (затраты растут, результаты параллельно не улучшаются, удовлетворенность пациентов падает). СМО заинтересованы в запрете платных услуг, **чтобы** денежные потоки шли по линии ДМС

Немного об ОМС

Сложившаяся в стране система ОМС имеет намного больше недостатков, чем преимуществ, и предназначена для функционирования в условиях преимущественно частного (коммерческого и некоммерческого) здравоохранения, однако даже при этом она демонстрирует свою высокую затратность и относительно низкую результативность. При этом сокращается размер реального финансирования медицинской помощи: маржа и расходы на ведение дела страховых посредников, отвлечение врачей и содержание значительного штата немедицинских сотрудников из-за необходимости документирования, регистрации, учета, оплаты и экспертизы медицинских услуг, возможность для коррупции и нецелевого расхода средств в силу сложности и низкой прозрачности страхования, интерес лечебных учреждений в приписках и навязывании ненужных медицинских услуг и т.д. В итоге на прямые и косвенные расходы, никак не связанные с оказанием медицинской помощи, расходуется 10-20% средств ОМС.

Кстати, даже на своей родине, в Германии, система страхования переживает сейчас далеко не лучшие времена, и об этом открыто говорят немецкие специалисты, в т.ч. депутаты бундестага.

Продолжение ОМС

Страхование по своей сути представляет возмещение возможных потерь (утрат), т.е. компенсацию работнику на лечение его самого или членов его семьи, а в данном случае речь идет об оплате за ретроспективно оказанную медицинскую помощь.

Страховой случай при этом наступает не вследствие какого-либо ущерба, а при необходимости получения медицинской помощи в качестве оплаты медицинскому учреждению.

Иначе говоря, социальное страхование здоровья -- это классический пример страхования, а ОМС -- это не страхование, и представляет собой не более как специальную систему финансирования медицинской помощи.

Система ОМС

Система организована так, что деньги в ней совершают много лишних движений- вначале вверх, когда все "взносы" централизуются в Федеральном фонде ОМС, а затем распределяются вниз по территориальным фондам, что создает много возможностей для различного рода действий.

В связи с введением одноканального финансирования, когда бюджетные деньги соединяются со страховыми, программа государственных гарантий будет совпадать с программой ОМС. Соответственно всё, что финансируется из бюджета, будет передано в ОМС

Отсюда ясно, что вся ответственность за медицинскую помощь государство "сбрасывает" с себя и перекладывает ее на систему ОМС.

ФЗ №326

Согласно закону N 326-ФЗ, страховые организации могут увеличить свой доход за счет некачественной работы медицинских учреждений, за нанесение вреда пациенту, т.е. быть экономически заинтересованными не в улучшении работы медицинских учреждений, а, напротив, в ухудшении их работы.

Из закона не видно, каким образом застрахованный может выбрать или сменить страховую медицинскую организацию, осуществить выбор врача или медицинского учреждения (особенно на селе), что делает закон больше декларативным, чем действенным. О каком выборе может идти речь, если на страховом поле ОМС зарегистрировано 105 страховых компаний, а преимущественная часть средств распределяется только среди нескольких? Правда, Минздравом РФ недавно утвержден порядок выбора медицинского учреждения, но он важен особенно для граждан, которые работают или временно находятся не в районе своего проживания. Во многих случаях этот принцип будет носить декларативный характер.

Навязывание страхового (рыночного) механизма финансирования происходит в условиях, когда в стране нет возможностей для конкуренции медицинских учреждений и выбора врача или ЛПУ, а без этого использование страховых посредников полностью теряет свой смысл.

Продолжение о законе

Работодатели в качестве страхователей являются бесправными, не могут влиять на эффективность использования уплачиваемых страховых выплат и в соответствии с законом имеют только право на получение некоторой информации от страховщика. Опасность для пациентов или ворота, через которые страховые компании будут экономически заинтересованными в предъявлении пациентам, в том числе неоправданных исков, представляют собой некоторые положения закона. Имеются противоречия между пунктами одной и той же статьи, где, с одной стороны, говорится, что страховая медицинская организация, участвующая в системе ОМС, может иметь любую организационно-правовую форму, а с другой, что она должна осуществлять свою деятельность на некоммерческой основе. При этом одновременно страховой медицинской организации разрешается размещение временно свободных средств, что придает деятельности коммерческий оттенок.

О законе

В законе ни в малейшей степени не прослеживается роль медицинских профессиональных ассоциаций, сообществ пациентов как в составлении территориальных программ ОМС, так и в работе комиссий, распределяющих между страховыми организациями объемы медицинской помощи и определяющих тарифы. Некоторые пункты закона могут представлять собой лазейки для коррупции. Споры между страховой организацией и медицинским учреждением теперь разрешаются не путем независимой экспертизы, а чиновником из территориального фонда ОМС. В законе страховые медицинские организации представлены не в виде страховщиков (страховщик там ФОМС), а в качестве посредников с соответствующими налоговыми последствиями для них. В результате они не имеют никакого экономического интереса в оптимизации расходов по ОМС и, что отсюда вытекает, слабо заинтересованы в оказании застрахованным качественной медицинской помощи. Поэтому ОНФ считает, что страховые медицинские организации, как не справившиеся с возложенными на них задачами, могут быть безболезненно исключены из системы ОМС. В результате внедрения ОМС на фоне роста расходов на здравоохранение становятся практически недоступными даже достаточно простые виды медицинской помощи.

Финансы ОМС

В 2015 г. годовые деньги по ОМС закончились еще в сентябре в Екатеринбурге, Н-Новгороде и в др. На этом фоне чиновникам ФФОМС и Минздрава раздают значительные бюджетные деньги на покупку квартир даже тем, кто в них не очень нуждается. Если поскрести по сусекам, то только в здравоохранении можно найти 200 млрд руб., т.е. почти треть от требуемых. А с учетом других служб и действий (например, ФТС или прогрессивный налог) можно выйти на профицит бюджета в стране. ВШЭ исходит из реальных средств и предлагает не искать дополнительные источники, а что-то сократить.

Осуждение Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ)

Нелепица (осуждение ВОЗ):

Государство в нашей стране платит государственные деньги либо на содержание государственных лечебно-профилактических учреждений и на оплату оказанной ими медицинской помощи через частных коммерческих посредников, либо оплачивает медицинскую помощь частным клиникам. Но частные клиники должны входить в Национальную систему охраны здоровья в части оказания конкурентной медицинской помощи за счет непосредственно граждан или ДМС. По ФЗ №135 от 26.06.2006 г. «О защите конкуренции» введен запрет на ограничение конкуренции (глава 3). В Конституции РФ (ст.41) не записано, что пациент может получить медицинскую помощь **бесплатно в частных клиниках (за счет средств бюджета, страховых взносов и других источников)**

Заключение по нынешней ОМС

- это не страхование
 - полис противоречит Конституции РФ
 - модель затратная, внедрялась временно как вынужденная мера
 - СМО у нас частные коммерческие, за рубежом не так
 - 90% врачей считают СМО лишним звеном, многие из них принадлежат зарубежным хозяевам
 - нарастающая коммерциализация и платность
 - задача в том, чтобы лечить, но не вылечить
- Все эти и другие недостатки зафиксировал Форум ОНФ, о них не говорят только дети.

Кто за и кто против?

Пророчество А.Д.Сахарова «Мы вступаем в эпоху клановой экономики, карательной медицины и планового освобождения территорий от населения» Слова первого проректора ВШЭ Л.Гохберга (цитировано по Д.Орешкину, члену КГИ): 71% населения не нужны государству и мешают модернизации, имеют отличный от западного тип поведения, не владеют английским языком и лишены возможности участвовать в инновационном процессе, т.е. с народом нам не повезло.

За сохранение нынешней системы ОМС с некоторыми поправками выступают СМО и экономисты из ВШЭ, против- большинство врачей и пациентов. «Система ОМС совершенно порочна»- академик М.Давыдов

Различия по ДМС

За рубежом ДМС- это рисковая (рыночная) модель частного страхования, когда страховка покупается, к примеру, за 100 руб., а возместить ущерб могут на 10000 руб.

В России- это депозитная модель, когда страховка покупается за 100 руб., а возмещение составит 80-95 руб., остальное- это маржа СМО. Депозитное страхование в основном используется при корпоративном страховании больших коллективов.

Рыночная рисковая модель ОМС

Межрегиональный союз медицинских страховщиков выделил НИФИ 11 млн. руб. на разработку рискованной модели ОМС.

Это бизнес на болезнях. Задача- перевести острую боль в хроническую. Пример Нидерландов (16.8 млн, плотность 511 на кв.км). Предложения НИФИ: соплатежи населения, все вызовы врача на дом- платные, по СМП бесплатно-4 вызова в год, бесплатно до 8 посещений. Это ударит по хроникам и тяжело больным. Большинство (70%) наших граждан неплатежеспособны, из них 22 млн- за чертой бедности. Нарушаются статьи Конституции РФ (2,7,41).

Селекция застрахованных, падение доступности ОМС людям с плохим здоровьем, рост издержек. Полный тариф на ОМС (предназначенной для оказания медицинской помощи): капремонт, медоборудование, амортизация и т.д.

По примеру США бесплатная помощь остается только детям, пенсионерам, инвалидам.

Рентабельность ЛПУ, нерентабельные (их более 90%) исчезают.

Рисковая модель ОМС

Государство полностью исключено из регулирования и финансирования ЛПУ

Экономическая сфера: выгодно-невыгодно.

Развитие ОМС- усиление рыночных механизмов, т.е. в росте прибыли

Что для этого нужно:

Изменить тип собственности всех ЛПУ и СМО

Перевести всех врачей в субъекты права со страхованием ошибок

Работающие граждане должны также платить страховой взнос

Переселить всех из села в городские агломерации, построить дороги и коммуникации (для конкуренции)

Разукрупнить ЛПУ в городах и приготовиться к банкротству 90% ЛПУ

Сократить число коек, исходя из занятости и состава госпитализированных, хотя койки подразделяются по степени интенсивности их использования

Здоровье- только личное достояние и пожелание

Рыночная модель ОМС противозаконна и противоречит Конституции РФ

Конкуренция в ОМС

Д.Медведев: «Только наличие развитой конкурентной среды позволяет повышать качество медицинской помощи, ее доступность. СМО и частные клиники должны конкурировать за застрахованных».

Конкурентная рисковая модель- только в 3-х странах (США, Нидерландах, Швейцарии). В остальных странах с ОМС идея конкуренции провалилась. Возникает вопрос: возможно ли организовать конкуренцию ЛПУ в наших условиях?

Условия для конкуренции

Для развития конкуренции помимо полностью частной медицины необходимы высокий уровень освоения территории (высокая плотность, равномерность расселения, развитая транспортная сеть при хорошем круглогодичном состоянии дорог, высокая доля "эффективных" городов с развитой медицинской инфраструктурой), достаточно высокий уровень производства, высокая доля налогов, остающихся в распоряжении субъектов федерации и муниципалитетов, жесткое антимонопольное государственное регулирование рынка медицинских услуг, благоприятные условия для ведения бизнеса и долгосрочных инвестиций, зрелость "общества потребления" и высокая культура потребления социальных услуг. Всего этого в сочетании и даже по отдельности в такой большой стране как Россия нет. Если в 1\16 части Германии насчитывается 498 городов, то на всю страну у нас - в 2.5 раза меньше при гораздо больших расстояниях

Почему не хватает средств на ОМС в Германии?

Выросло число пожилых, требующих больших объемов медицинских услуг, а страховые взносы остались неизменными. Три варианта: повысить страховой взнос, уменьшить доходы врачей, ввести минимальные стандарты для пожилых. Ничего не получилось. Все же увеличили страховой взнос пополам по 13.5%. Но это не спасает. Сплошные дотации из бюджета. Условия для конкуренции- демонстрация карты Германии

Врач- субъект права или объект?

Врач- субъект права, самостоятельно хозяйствующий субъект. Такими могут быть частные врачи и частнопрактикующие врачи общей практики. Они должны иметь лицензию (разрешение на деятельность), регулярно (лучше 1 раз в 3 года) ее подтверждать и самостоятельно страховать свою профессиональную ответственность. Врач- объект права, наёмный работник государственного или частного ЛПУ, которое аккредитовано и имеет лицензию на деятельность. При этом ЛПУ страхует профессиональную ответственность врача.

Что представляет собой бюджетная модель?

Национальная система охраны здоровья (НСОЗ)- система, состоящая из охраны здоровья, а также из организации и оказания медицинской помощи с прямым (без посредников) финансированием из налогов (в том числе целевых) единой сети государственных и муниципальных медицинских организаций, обеспечивающих широкую доступность и бесплатность медицинской помощи. Бюджетная модель- ее важная часть.

Частные клиники являются составной частью организации оказания медицинской помощи и к охране здоровья отношения не имеют. Пока только 8% россиян пользуются их услугами

Где бюджетная модель применяется?

Переход от социального страхования к преимущественно бюджетному финансированию в разных модификациях произошел во многих странах **после 2-й мировой войны**. Бюджет применяется в Великобритании-1948, Канаде, Испании-1986, Австралии, Дании-1973, Норвегии, Швеции, Финляндии, Новой Зеландии, Исландии, Италии-1980, Ирландии-1971, Португалии-1979, Греции-1983 и в др. странах.

Основные постулаты бюджетной модели

- здоровье-основное право человека, реализация которого требует государственных и межсекторальных усилий, здоровье населения- общественная ценность, а не сугубо личное дело: здоровье- для всех, забота о каждом (ВОЗ)
- здравоохранение, как отмечалось,-система социального выравнивания, особенно в условиях неравенства в доходах и возможностях
- рыночные отношения и регулирования в охране здоровья и при оказании медицинской помощи недопустимы, требуется исключение денежных расчетов с пациентом

Постулаты (продолжение)

- общедоступность и бесплатность медицинской помощи
- максимальная приближенность медицинской помощи к населению, ее качество и всеобщий охват
- восстановление достоинства и авторитета медработников, повышение престижности и оплаты их труда
- оценка организаций и врачей по результатам их работы

Отличие от советской модели

- демократичность, предполагающая участие граждан и медицинской общественности в решении проблем здравоохранения- статья 4 Декларации ВОЗ по ПМСП
- разумное сочетание централизации с децентрализацией
- отсутствие (смягчение) признаков мобилизационно-авторитарной и административно-командной системы
- создание сети частных клиник и развитие ДМС
- изменение роли Минздрава РФ: от управляющего органа к стратегическому развитию
- переход от единых для страны нормативов к дифференцированным по регионам
- возможности для применения современных медицинских и информационных технологий

Отличие от системы ОМС

- гораздо меньшие расходы при лучших управляемых показателях результативности
- меньшие административные издержки
- большая доступность медицинской помощи, независимо от места проживания граждан
- лучшие управляемые показатели
- системность бюджетной модели, система проще, понятнее и прозрачнее
- многоуровневость, этапность и преемственность медицинской помощи
- государственная ответственность по типу содержания армии, полиции, противопожарной службы и т.д., хотя сторонники ОМС считают государство самым слабым институтом

Отличие от системы ОМС-2

- превалирование социальных и национальных приоритетов**
- снижение градуса некомпетентности и непрофессионализма**
- заинтересованность (в т.ч.государства) в росте числа здоровых, а не больных**
- устранение рыночной терминологии: услуги, тарифы, оплата за пролеченного больного, деньги следуют за пациентом и т.д.**
- перевод из экономической в социальную сферу, приостановление ползущей коммерциализации**
- акцент на правильно организованной ПМСП и муниципальном уровне, а не на специализированной стационарной помощи и ВМП**

**1 ГРУППА – СТРАНЫ РОМАНСКОЙ И ГЕРМАНСКОЙ КУЛЬТУР,
БЛИЗКИЕ ПО КУЛЬТУРЕ, СОПОСТАВИМЫЕ ПО ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ,
ДЕМОГРАФИЧЕСКОМУ И ЭКОНОМИЧЕСКОМУ РАЗВИТИЮ**

Показатели	Страны средиземноморской культуры		Страны германской культуры	
	ИТАЛИЯ	ФРАНЦИ Я	ШВЕЦИЯ	АВСТРИ Я
ЗАТРАТЫ				
Расходы на здравоохранение, % ВВП	9,5	11.9	9,6	11,0
Расходы на здравоохранение на душу населения, \$ ППС	3022	4021	3757	4388
УПРАВЛЯЕМЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ				
Ожидаемая продолжительность жизни, муж / жен, лет	79/84	77/84	79/83	78/83
Ожидаемая продолжительность здоровой жизни, лет	74	73	74	72
Материнская смертность, на 100 000 живорожденных	4	8	4	4
Неонатальная смертность, на 1000 живорожденных	2	2	2	2
Младенческая смертность до 1 года на 1000	3	3	2	4
Смертность детей до 5 лет, на 1000 живорожденных	4	4	3	5
Вероятность смерти в возрасте от 15 до 60 лет на 1000 населения, м ж	77/41	122/56	74/47	102/50
ИНТЕГРАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ (BLOOMBERG, 2012)				
Место страны в мировом рейтинге здоровья населения	2	13	9	12
ПРЕИМУЩЕСТВЕННО «БЮДЖЕТНОЕ» ФИНАНСИРОВАНИЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО «СТРАХОВОЕ»				

Источники: ВОЗ (2010); Bloomberg (2012)

2 ГРУППА – АНГЛОЯЗЫЧНЫЕ СТРАНЫ, БЛИЗКИЕ ПО КУЛЬТУРЕ, ДЕМОГРАФИЧЕСКОМУ И ЭКОНОМИЧЕСКОМУ РАЗВИТИЮ, НО С РАЗЛИЧИЯМИ В ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

Показатели	Велико- британия	Канада	Австралия	США
ЗАТРАТЫ				
Расходы на здравоохранение, % <i>ВВП</i>	9,6	11,3	8,7	17,9
Расходы на здравоохранение на душу населения, \$ ППС	3480	4404	4774	8362
УПРАВЛЯЕМЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ				
Ожидаемая продолжительность жизни, муж / жен, лет	78/82	79/83	80/84	76/81
Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (HALE), лет	72	73	74	70
Материнская смертность, на 100 000 живорожденных	7	12	8	21
Неонатальная смертность, на 1000 живорожденных	3	4	3	4
Младенческая смертность до 1 года на 1000 живорожденных	5	5	4	7
Смертность детей до 5 лет, на 1000 живорожденных	5	6	5	8
Вероятность смерти в возрасте от 15 до 60 лет на 1000 м/ж	95/58	87/53	79/45	134/78
ИНТЕГРАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ (BLOOMBERG, 2012)				
Место страны в мировом рейтинге здоровья населения	21	14	3	33

Источники: ВОЗ (2010); Bloomberg (2012)



**ПРЕИМУЩЕСТВЕННО «БЮДЖЕТНОЕ»
ФИНАНСИРОВАНИЕ**



ПРЕИМУЩЕСТВЕННО «СТРАХОВОЕ»

3 ГРУППА – ЛАТИНОАМЕРИКАНСКИЕ СТРАНЫ, БЛИЗКИЕ ПО КУЛЬТУРЕ И ДЕМОГРАФИИ, НО С РАЗЛИЧИЯМИ В РАЗВИТИИ ЭКОНОМИКИ И ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

ПОКАЗАТЕЛИ	Чили	Куба	Коста-Рика
ЗАТРАТЫ			
Расходы на здравоохранение, % ВВП	8,0	10,6	10,9
Расходы на здравоохранение на душу населения, \$	1199	431	1242
УПРАВЛЯЕМЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ			
Ожидаемая продолжительность жизни, м / ж, лет	76/82	76/80	77/81
Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (HALE), лет	70	69	69
Материнская смертность, на 100 000 живорожденных,	25	47	40
Неонатальная смертность, на 1000 живорожденных	5	3	6
Младенческая смертность до 1 года на 1000	8	5	9
Смертность детей до 5 лет, на 1000 живорожденных	9	6	10
Вероятность смерти в возрасте от 15 до 60 лет на 1000, м/ж	116/59	120/78	115/69
ИНТЕГРАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ (BLOOMBERG, 2012)			
Место страны в мировом рейтинге здоровья населения	27	10	14
Источники финансирования	ВОЗ (2010)	Bloomberg (2012)	
Преимущество «БЮДЖЕТНОЕ»	☒	☐	☐
Преимущество «СТРАХОВОЕ»	☐	☒	☐

Каков переход от ОМС к бюджету

Гораздо проще, чем было наоборот:

- финансирование из налогов, так называемый страховой взнос (5.1%) становится целевым налогом
- коммерческие СМО занимаются только слабо развитой системой ДМС
- ТФОМС в усеченном виде переходят в состав органов здравоохранения в качестве финансового департамента
- частные клиники, независимые от государства, конкурируют между собой и с государственными и муниципальными ЛПУ, но работают по стандартам, клиническим рекомендациям и протоколам

Если дефицит средств в бюджетной модели?

Пример Великобритании. Ранее- только сметное финансирование постоянной и переменной части. Дефицит средств. Реформа готовилась 3 года(1988-91), потом год обсуждений и принятие закона. Предложения перейти на ОМС были полностью отвергнуты. Если ранее вся смета финансировалась из бюджета, то теперь бюджет-85% и покрывает полностью постоянную часть и частично переменную, ДМС-11%, соплатежи-4% (за выписку и оплату части стоимости лекарств). Зафиксирована концепция внутреннего рынка, по которому районные органы здравоохранения могут вступать в договорные отношения с ЛПУ. Государство-собственник ЛПУ, но передал их в управление трастам. Они получают бюджетные кредиты.

Аналогичным путем пошла Испания.

Что нужно делать в ближайшее время (2016) при любой модели здравоохранения-1

НЕЗАВИСИМО от выбранной модели.

Организационные мероприятия:

- создание координирующего органа в виде Национального совета при Президенте РФ по охране здоровья-
Администрация Президента РФ, Исполком Пироговского движения врачей, ОНФ, КГИ, ОП, Лига пациентов
- подготовка ежегодного доклада Президента РФ (Белой книги) о здоровье и здравоохранении в РФ-НИИ
- создание единой общероссийской медицинской ассоциации-
РМА, РМО, НМП, ОНФ, ОП

Что делать

1. Очень срочно внести изменения в ФЗ 326, исключив из системы ОМС частных коммерческих посредников- СМО, сосредоточив их усилия на слабо развитой системе ДМС, и придать ТФОМС функцию филиалов ФФОМС для возможности страхования в регионах
2. Исходить из того, что в ближайшие годы дополнительного финансирования здравоохранения не будет. Это время использовать для приведения расстроенной системы здравоохранения в порядок.

Что нужно срочно делать- 2

Для чего должны быть следующие поручения:

- определить задания по СОЗ с выходом на национальную программу улучшения здоровья- НИИ
- создать систему мониторинга здоровья, унифицировать подходы к дифференцированным по регионам медико-демографическим программам- ВНИИ им.Семашко
- остановить продолжающееся разрушение здравоохранения под прикрытием модернизации, оптимизации, реформирования, отменить строительство новых центров и приобретение дорогостоящего оборудования- ОНФ, Минздрав РФ
- добиться со временем увеличения государственного финансирования до 5.5% ВВП, однако сейчас предусмотреть возможность перевода средств с «тылового» здравоохранения в первичное звено- Минздрав РФ.

Что нужно срочно делать- 3

- определить на научной основе текущую и перспективную потребность населения в различных видах медицинской помощи- ВНИИ им. Н.А.Семашко
- проработать оптимальную иерархию медицинских организаций для города и села с привязкой их размещения к конкретным территориям в зависимости от численности и структуры населения, особенностей расселения, расстояний, состояния дорог и транспортных сообщений.

Этапность оказания медицинской помощи (по Н.И.Пирогову). Маршруты движения пациентов- НИИ

Что нужно срочно делать-4

- создать рабочие группы по определению иерархии использования различных диагностических средств, лекарственных препаратов, методов профилактики, лечения, реабилитации и медицинского ухода- НИИ
- проработать все по правильной организации ПМСП, ее структуре, составу, оснащению, взаимодействию- НИИ, ВУЗы
- проработать вопрос о создании факультетов ПМСП в медицинских вузах, структуру, программы, сроки и порядки обучения и повышения квалификации- ВУЗы

Что нужно срочно делать-5

- разработать мероприятия по повышению престижа профессии и качества образования врачей и медсестер с одновременным созданием для них и преподавателей достойных условий жизни, включая зарплату- ЦК профсоюза медработников, медицинские ассоциации, Минздрав РФ
- усилить контроль за количеством и качеством проводимых периодических профосмотров и за выделяемыми для этого средствами, начать внедрение целевых осмотров (скринингов) и последующей диспансеризации- Минздрав РФ, Росздравнадзор, ОНФ
- создать группу по разработке тестового отбора к получению медицинской профессии- НИИ

Что нужно срочно делать-6

- внедрить в программы обучения студентов доказательную медицину и стандарты ИСО-НИИ, ВУЗы
- проработать вопросы обеспечения качества медицинской помощи и управления им, сформулировать лицензионные требования, начиная с врачей частных клиник и ВОП, как субъектов права-НИИ
- разработать систему оценок деятельности здравоохранения на разных уровнях- НИИ
- проработать вопрос о восстановлении муниципального здравоохранения- Минздрав РФ, КГИ, Росздравнадзор, НИИ, ОНФ
- пересмотреть уже принятые законы, определиться со стратегией развития системы охраны здоровья-НИИ

Заключение

Изложенное вытекает из более ранних и современных наработок, из предложенных ранее на 1V (X1X) Пироговском съезде в 2001 г. Государственно-общественной системы управления здравоохранением и Стратегии охраны здоровья (эксперты Комитета гражданских инициатив, 2013)

Это только первый этап на 2016 год, который является подготовительным к серьезным преобразованиям с учетом интересов пациентов, медработников и гражданского общества и с общественным контролем с их стороны.

Благодарю за внимание.