

ПРИОРИТЕТЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ



Экспертная группа 11

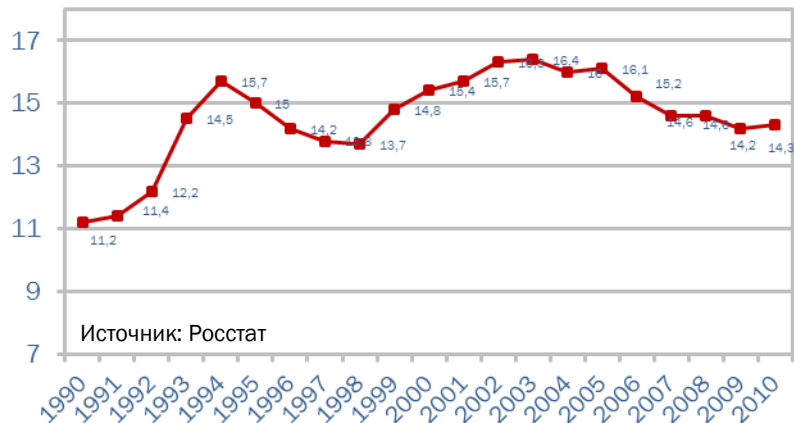
«Здоровье и среда обитания
человека»

➤ Москва, 29 марта 2011 г.

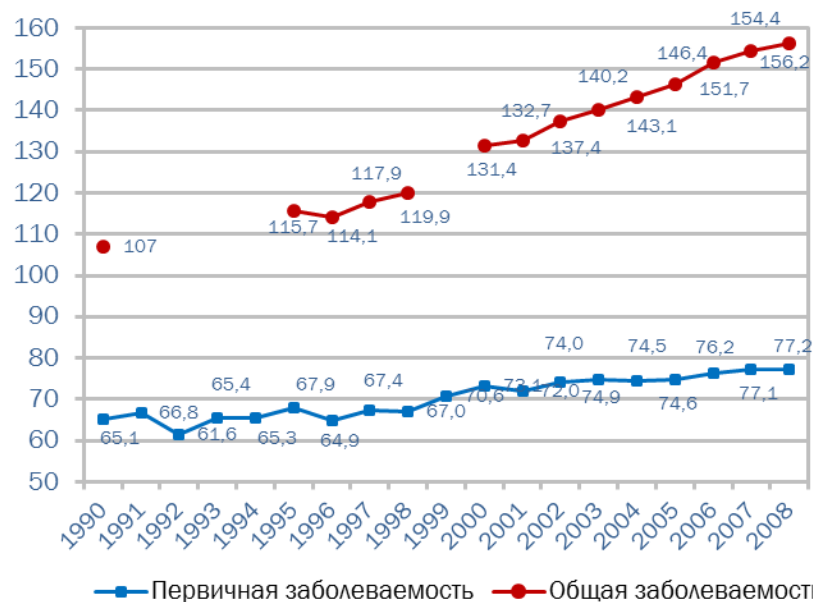


ГЛАВНЫЙ ВЫЗОВ: ВЫСОКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СМЕРТНОСТИ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

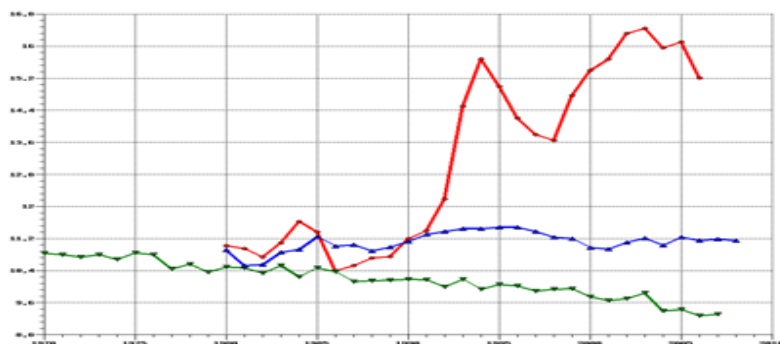
Смертность населения России на 1000 чел. в 1990-2010 гг.



Заболеваемость населения России на 1000 чел. в 1990-2008 гг.



Смертность на 1000 чел. населения

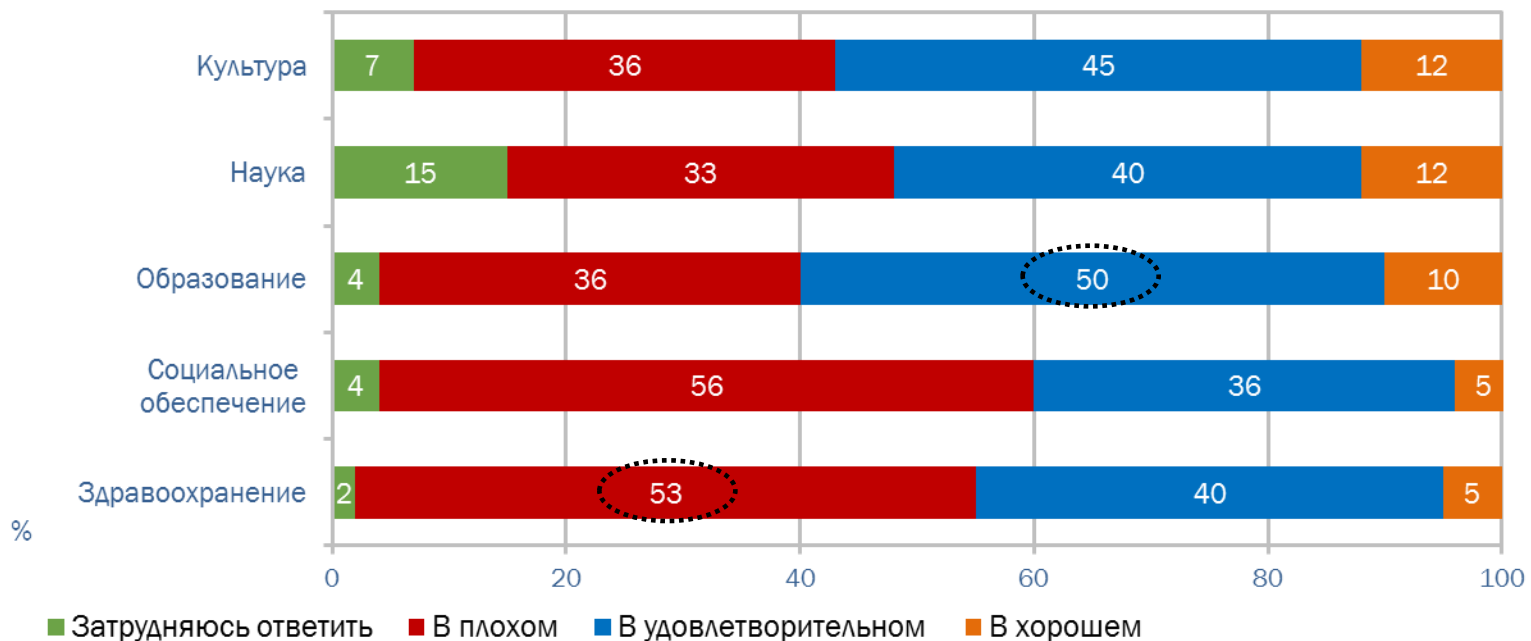


Источник: WHO/Europe, European HFA Database, 2011



ОЦЕНКИ НАСЕЛЕНИЯ

➤ По Вашему мнению, в каком состоянии — хорошо, удовлетворительном или плохо — находятся сегодня в нашей стране перечисленные отрасли социальной сферы? (процент опрошенных)



* Всероссийский репрезентативный опрос населения, Центр исследований гражданского общества и некоммерческого сектора НИУ-ВШЭ и ВЦИОМ, зима 2008/2009 г. (n=1600 человек).



ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ПРАКТИКУЮЩИЕ ВРАЧИ

58% врачей считают, что состояние здравоохранения удовлетворительное, 34% - что оно плохое, и только 4% - что оно хорошее.

Основные характеристики российского здравоохранения:





СТРАТЕГИИ СОКРАЩЕНИЯ СМЕРТНОСТИ И УЛУЧШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ



Стратегия догоняющего развития

- ▶ Сокращение разрыва с западноевропейскими странами в качестве и доступности медицинской помощи, главным образом, за счет наращивания финансирования здравоохранения

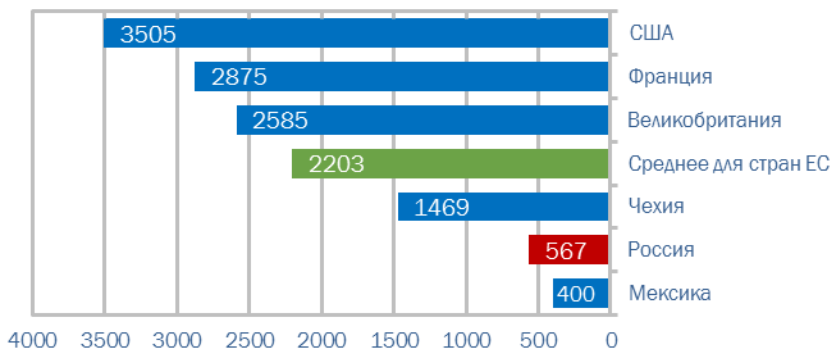
Но: для достижения в 2020 г. сегодняшнего уровня финансирования здравоохранения в странах Запада потребуется, как минимум, пятнадцатипроцентный ежегодный прирост государственных расходов на здравоохранение



Стратегия асимметричного ответа: приоритет обеспечения комплексности и эффективности

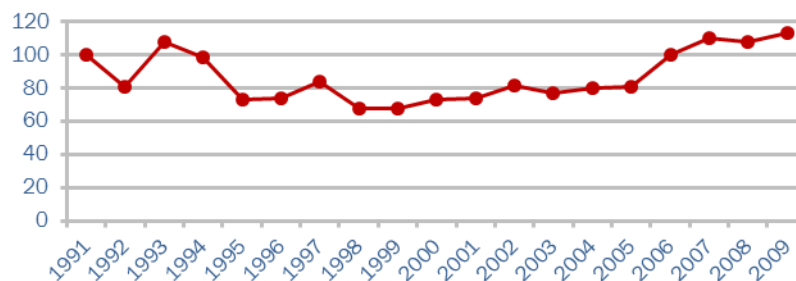
- ▶ Формирование здорового образа жизни и профилактика заболеваний
- ▶ Повышение эффективности использования ресурсов системы здравоохранения

Государственные подушевые расходы на здравоохранение в 2008 г. в России и странах ОЭСР (долларов ППС)



Источники: базы данных ОЭСР и ВОЗ

Динамика расходов государства на здравоохранение в реальном выражении (1991 г. = 100%)



Источник: расчеты ГУ-ВШЭ по данным Росстата и Федерального фонда ОМС



ОТ ЛЕЧЕНИЯ К ПРОФИЛАКТИКЕ И ПОДДЕРЖКЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ - ПРИМЕРЫ

- Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма до 2020 года
- ФЦП «Развитие физкультуры и спорта в Российской Федерации до 2015 года»
- Создание центров здоровья в рамках ПНР «Здоровье»
- Коммуникационная кампания «Здоровая Россия»
- Стратегия государственной антинаркотической политики

➤ **ОДНАКО** не всегда достаточно последовательно:

- ▶ В ПНР «Здоровье» расходы на содействие здоровому образу жизни в 18,5 раз меньше расходов на ВМП по сердечно-сосудистой хирургии
- ▶ Недостаточна интеграция медицинских мер профилактического характера с мерами по развитию физкультуры и сокращению вредных воздействий окружающей среды на здоровье
- ▶ Не хватает опоры на оценки воздействия на конкретные целевые группы
- ▶ Выбор относительно менее конфликтных вариантов
- ▶ Преимущественно централизованный подход

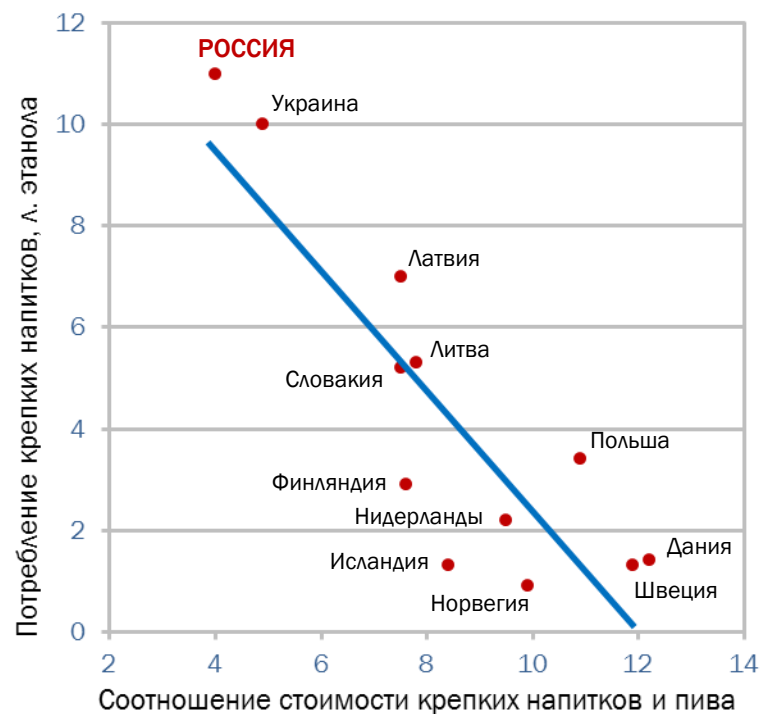


ПРОБЛЕМА АЛКОГОЛИЗАЦИИ

Потери, связанные с потреблением алкоголя

	Метод фрикционных издержек	Метод человеческого капитала
Прямые затраты (млн. руб.)	161 980,2	161 980,2
Косвенные потери (млн. руб.)	284 501,5	284 501,5
Потери – всего (млн. руб.)	27 217,6	587 120,9
Потери в процентах ВВП	0,75	2,09
Потери в расчете на одного гражданина РФ (тыс. руб.)	2,2	6,1

Потребление крепких напитков в зависимости от соотношения стоимости крепких напитков и пива





СОКРАТИТЬ ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ

- Дифференцированное повышение акцизов:
 - ▶ 01.01.11 повышение на 10% на водку, на 42,9% на сухие вина
 - ▶ «Деловая Россия»: повысить акциз на водку на 40% в 2012 г., на 25% в 2013 г. и на 20% в 2014 г. при умеренном росте акцизов на вина и пиво
- Запретить употребление спиртных напитков вне дома и предприятий общественного питания
 - ▶ По данным исследования ГУ-ВШЭ, потребление алкоголя на улице (парк, сквер, подъезд и т.д.) увеличивает (при прочих равных условиях) объем потребляемой водки на 800 г. в месяц для женщин и на 1,5 л. для мужчин
- Кратно уменьшить число точек торгующих спиртным (ныне 1 точка на 500 чел. взрослого населения)
- Поощрять опережающие действия на уровне регионов и городов



СОКРАТИТЬ ПОТРЕБЛЕНИЕ ТАБАКА

- Доля курильщиков, особенно среди молодежи и женщин, постоянно растет
- Высокая ценовая доступность табачных изделий
 - ▶ В России акциз составляет 15% розничной цены, в Западной Европе – от 70% до 80% цены
 - ▶ Запланировано увеличение акциза в 1,6 раза до 2013 года
 - ▶ «Деловая Россия»: увеличить акциз в 4 раза к концу 2013 года и в 7 раз к концу 2014 года
- Ввести полный запрет на курение во всех общественных местах: на транспорте, в кафе, ресторанах, учреждениях отдыха и пр.
- Поощрять опережающие действия на уровне регионов и городов



К ИНТЕГРИРОВАННОЙ СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: МОДЕРНИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ

➤ Преодоление разобщенности между поликлиникой и стационаром

- ▶ Лишь 25% врачей поликлиник получают необходимую информацию обо всех случаях госпитализации больных с хроническими заболеваниями, за которыми они обязаны вести постоянное наблюдение

➤ Расширение профиля участкового терапевта и педиатра

- ▶ В Чувашии врачи общего профиля успешно выполняют 30-50% функций по отдельным категориям врачей-специалистов и аккумулируют информацию о всех медицинских услугах, получаемых постоянно обслуживаемым населением

➤ Механизмы управления хроническими заболеваниями

- ▶ Выявление больных, их обучение, постоянное наблюдение с акцентом на предотвращение обострений
- ▶ Дополнительная оплата за результаты (например, за охват лечебными мероприятиями больных диабетом, снижение осложнений, частоты вызовов скорой медицинской помощи и уровня госпитализации)
- ▶ В Англии доход врача общей практики увеличивается на 25% при достижении показателей программ управления хроническими заболеваниями

➤ Усиление конкуренции, в том числе за счет вовлечения НКО и коммерческих структур медицинского профиля



К ИНТЕГРИРОВАННОЙ СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: РЕСТРУКТУРИЗАЦИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ

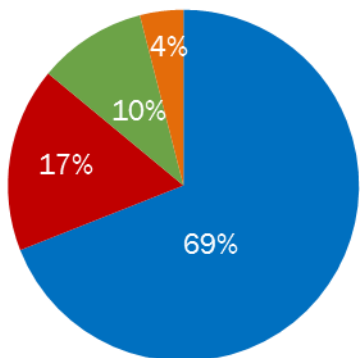
- Преодоление диспропорций в структуре коечного фонда
- Открытие или расширение отделений консультативного приема в больницах крупных городов для повышения доступности консультаций квалифицированных специалистов и диагностических исследований без госпитализации
 - ▶ В крупных городах доступность этих услуг низка: по мнению половины врачей стационаров, доля плановых больных, получивших все необходимые диагностические исследования на амбулаторном этапе до поступления в стационар, не превышает 30% (результаты исследования ГУ-ВШЭ)
- Укрупнение больниц в крупных городах за счет объединения маломощных подразделений
- Формирование многоуровневой системы стационарной помощи: больниц для лечения острых заболеваний и больниц для реабилитации и долечивания
 - ▶ Англия: в больницах сестринского ухода расходы на пребывание больного в 3-4 раза ниже
 - ▶ Россия – единственная европейская страна, где отсутствует разделение на больницы кратковременного и длительного лечения



РЕЗЕРВЫ УЛУЧШЕНИЯ СТРУКТУРЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Структура причин госпитализаций

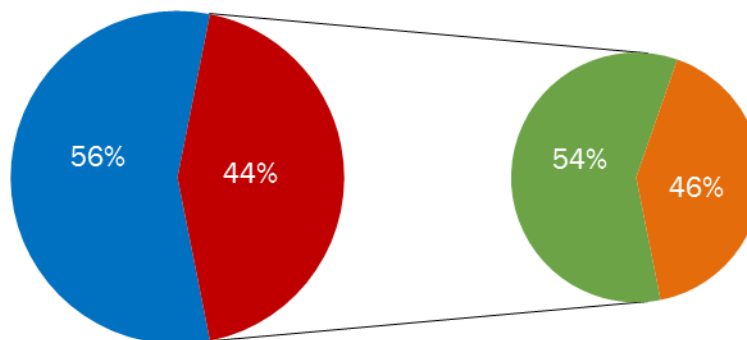
Почти треть всех госпитализаций пациентов связана с неэффективной работой первичного звена



- Осложненное течение заболевания
- Неэффективность лечения в поликлинике
- Отсутствие диагностического оборудования в поликлинике
- Социальные причины

Структура затрат на госпитализацию

Почти половина госпитализаций граждан пенсионного возраста имеет не медицинские, а социальные причины



- Затраты на лечение детей и работающих
- Затраты на лечение пенсионеров
- Обоснованные по медицинским показателям
- Диагнозы, не требующие госпитализации

Обращение к стационарной помощи в России очень часто обусловлено недоступностью лекарств при амбулаторном лечении.

Источник: данные РОСНО



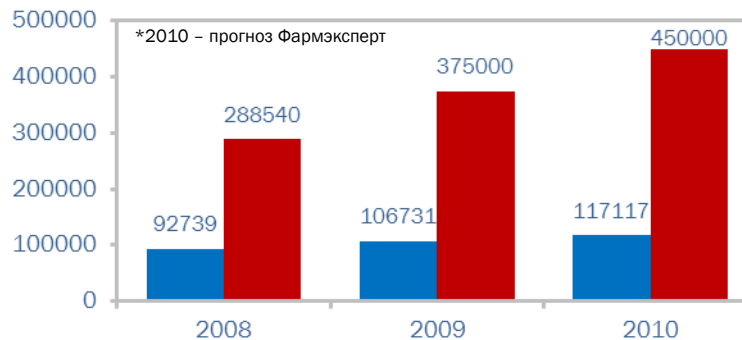
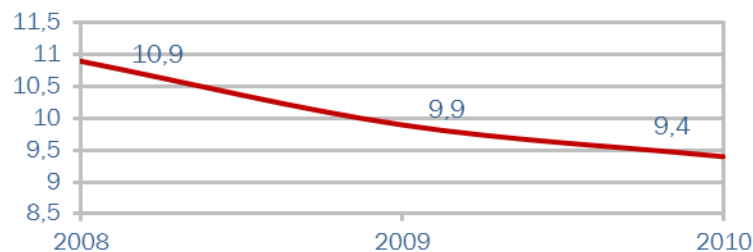
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВАМИ

Сравнение подушевого ВВП
и уровня государственного
участия в расходах на лекарства



- Россия
- Польша
- Венгрия
- Эстония
- Словакия
- Чехия
- Франция
- Германия
- Англия

Доля населения РФ, получающего
возмещение ЛС из бюджетов
всех уровней, в %



- Расходы из бюджетов всех уровней на льготное лекарственное обеспечение
- Расходы населения на лекарства на амбулаторном лечении

Источник: МЗСР, 2010



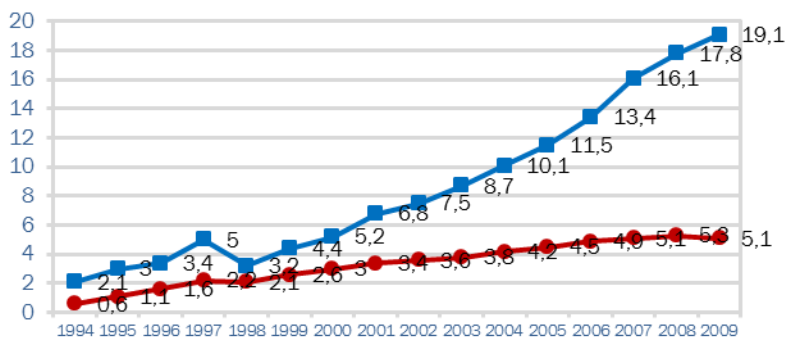
ПОЭТАПНОЕ СОЗДАНИЕ СИСТЕМЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО СТРАХОВАНИЯ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ

- **Высокий уровень отказов от лечения из-за дороговизны лекарств**
 - ▶ По данным опроса ФОМа, в 2009 г. 54% граждан вынуждены периодически, а 29% – часто отказываться от покупки лекарств из-за их дороговизны
 - ▶ 78% респондентов, страдающих хроническими заболеваниями, отметили проблемы с доступностью лекарств из-за их дороговизны
- **Регулирование цен осуществляется только в отношении препаратов, относящихся к перечню жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП)**
 - ▶ Однако, как показывает анализ, 27,1% упаковок лекарств, необходимых для лечения пациента из льготной категории населения и почти две трети объема лекарственных средств, необходимых остальному населению (66,6% в стоимостном выражении), не включены в список ЖНВЛП
- **Возмещение затрат на покупку рецептурных лекарственных средств при нынешней структуре потребления препаратов для амбулаторного лечения: 213 млрд. руб., или 1 345 руб. на жителя в год (17,5% подушевого норматива программы государственных гарантий)**
- **Работа над оценкой потенциального влияния возмещений на рынок лекарственных средств**



ПЛАТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ И ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ (ДМС)

Динамика расходов населения на лекарства и медицинские услуги (млрд. руб., в ценах 1994 г.)



Объемы рынка ДМС и платных медицинских услуг значительны:

- ▶ Платные услуги - 223 млрд. руб. в 2009 г.
- ▶ Взносы на ДМС - 74 млрд. руб. в 2009 г.

—■— Расходы населения на медикаменты и лекарственные средства
—●— Расходы населения на платные медицинские услуги

Возможные последствия для системы оказания медицинских услуг

ДОСТУПНОСТЬ:

Рост объема платных медицинских услуг снижает доступность медицинской помощи для населения и требует государственного регулирования

КАЧЕСТВО И ИННОВАЦИИ:

Управляемое развитие рынка платных медицинских услуг способно дополнять бесплатное обслуживание, стимулировать развитие конкуренции и внедрение инноваций

1. Разработка закона «О добровольном медицинском страховании»

2. Государственное регулирование рынка медицинских услуг



ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО РЕГУЛИРОВАНИЮ РЫНКА ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ДМС



Разработка закона «О добровольном медицинском страховании», включая:

- ▶ Определение условий функционирования ДМС (на основе общих правил регулирования договоров страхования, предусмотренных нормами Главы 48 Гражданского кодекса РФ и Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации»)
- ▶ Определение величины предельной страховой суммы в отношении застрахованных лиц, а также основания для отказа в выплатах пациентам
- ▶ Правила формирования страховых резервов (на основе оценок индивидуального риска наступления страхового случая)
- ▶ Установление правовых оснований для доступа к сведениям, составляющим врачебную тайну, страховым медицинским организациям
- ▶ Определение прав страховщиков на изучение первичной медицинской документации и проведение медико-экономической экспертизы объема и качества медицинских услуг
- ▶ Обеспечение возможности сочетания обязательного и добровольного медицинского страхования



Государственное регулирование рынка платных медицинских услуг

- ▶ Условия предоставления платных медицинских услуг в государственных и муниципальных учреждениях (ограничение объемов предоставления платных услуг или запрет на предоставление платных медицинских услуг)
- ▶ Контроль издержек медицинских организаций, предоставляющих платные медицинские услуги
- ▶ Конкурсное распределение заданий на оказание медицинской помощи в частных медицинских организациях
- ▶ Требования к информированию пациентов о платных медицинских услугах
- ▶ Механизмы контроля качества платных медицинских услуг
- ▶ Регулирование ставок страховых премий в секторе ДМС





РАЗВИТИЕ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ»

➤ Уточнение приоритетов проекта в пользу:

- ▶ немедицинских факторов укрепления здоровья населения
- ▶ подготовки и повышения квалификации медицинских работников (2006-2010 г. – 0,2% средств проекта)
- ▶ институциональных изменений (2006-2010 г. – 1,4% средств проекта)

➤ Конкурсное распределение средств на реализацию региональных программ комплексного укрепления здоровья населения. Программы должны предусматривать обязательства по достижению в среднесрочном периоде конкретных результатов, как минимум, в следующих областях:

- ▶ содействие здоровому образу жизни и приобщение населения к физкультуре и спорту
- ▶ повышение доступности и качества первичной медицинской помощи
- ▶ реструктуризация сети лечебно-профилактических учреждений и усиление конкуренции в оказании медицинской помощи, в том числе за счет участия НКО и коммерческих организаций здравоохранения
- ▶ защита прав пациентов
- ▶ снижение вредного воздействия окружающей среды на здоровье населения
- ▶ развитие кадрового потенциала и материально-технической базы здравоохранения

Благодарим
за внимание!

