НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Российское здравоохранение в новых экономических условиях: вызовы и перспективы

Доклад Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики»

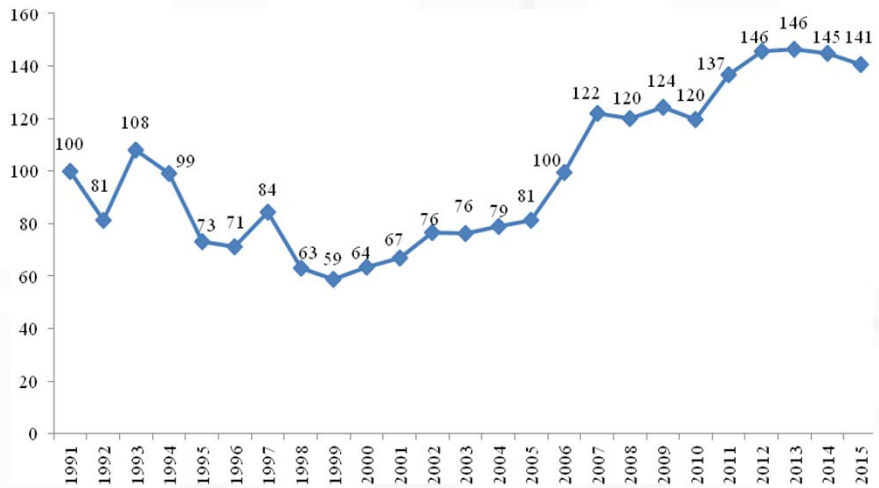
С.В.Шишкин, И.М.Шейман, А.А.Абдин, С.Г.Боярский, С.В.Сажина

Высшая школа экономики, Москва, 2016
www.hse.ru

Главный вызов системе здравоохранения

Необходимость решения масштабных задач снижения уровня смертности и повышения зарплаты медицинских работников при сокращении размеров государственного финансирования

Государственные расходы на здравоохранение* в 1991–2015 гг., % к общим расходам на здравоохранение в 1991 г. в реальном выражении



* – сумма затрат федерального бюджета и бюджетов субъектов РФ на здравоохранение, включая взносы на ОМС неработающего населения, и взносов на ОМС работающих граждан.
Источник: расчет по данным Минфина России с использованием индексов-дефляторов ВВП

Ответ на вызов:

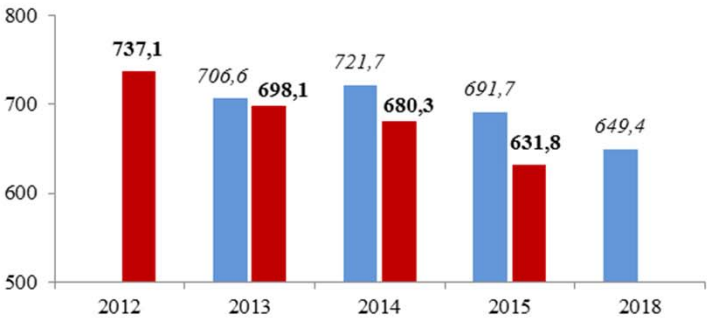
В 2012- 2015 гг. удалось:

✓обеспечить требуемую динамику

- сокращения показателей смертности от отдельных причин
- роста оплаты труда медиков

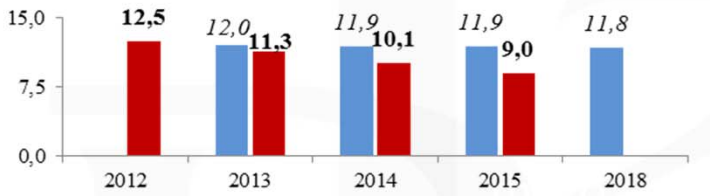
✓сохранить доступность бесплатной медицинской помощи

Динамика достижения целевых показателей смертности-1

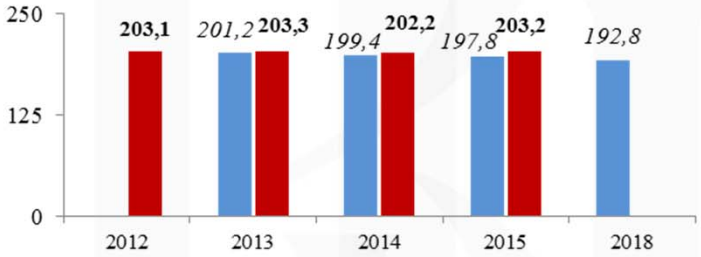


Смертность от болезней **системы кровообращения** на 100 тыс. населения

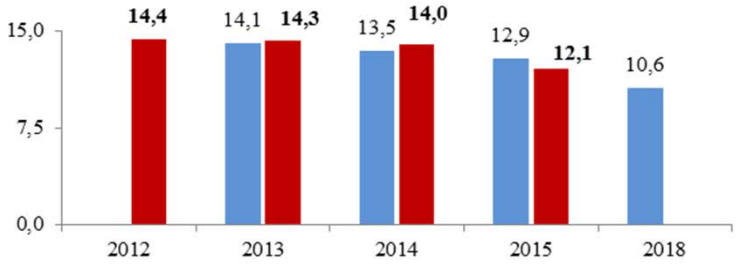
Целевое значение Фактическое значение



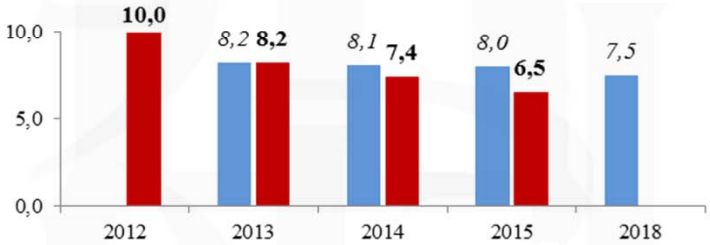
Смертность от **туберкулеза** на 100 тыс. населения



Смертность от **новообразований** (в том числе от злокачественных) на 100 тыс. населения



Смертность от **дорожно-транспортных происшествий** на 100 тыс. населения

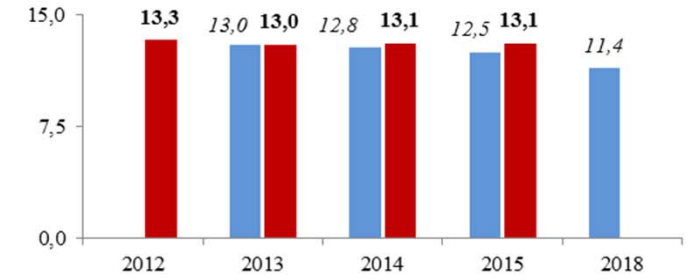


Младенческая смертность на 1 тыс. родившихся живыми

Целевое значение Фактическое значение

НО: Смертность от **прочих болезней** на 100 тыс. населения 2015 г. в % к 2014 г. - **рост на 10,7%**

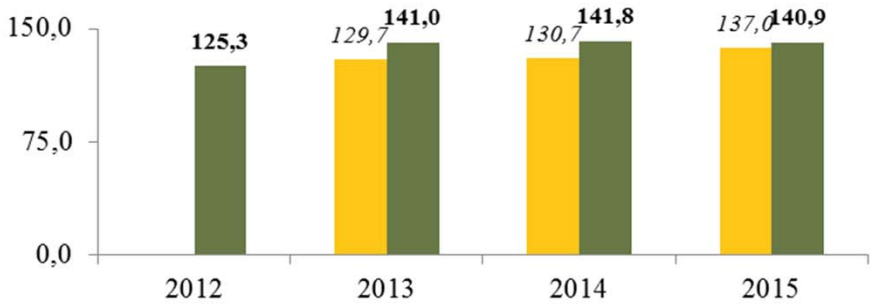
Динамика достижения целевых показателей смертности-2



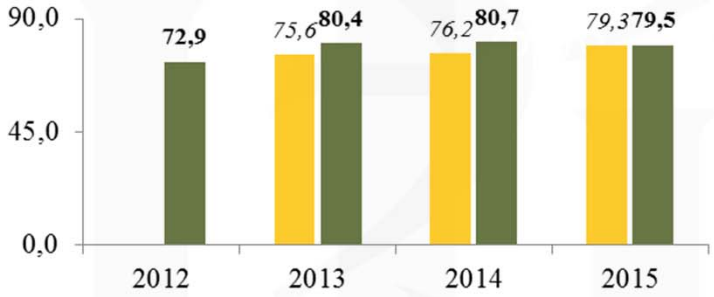
Смертность от **всех причин** на 100 тыс. населения

Динамика роста оплаты труда медиков

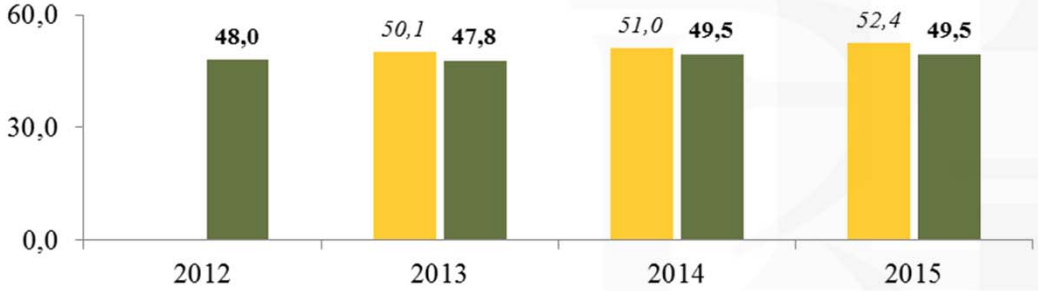
Соотношение средней заработной платы врачей, среднего и младшего медицинского персонала и средней заработной платы в регионе в 2013–2015 гг., %



Соотношение средней заработной платы **врачей** и средней заработной платы в регионе в 2013–2015 гг., %



Соотношение средней заработной платы **среднего медицинского персонала** и средней заработной платы в регионе в 2013–2015 гг., %

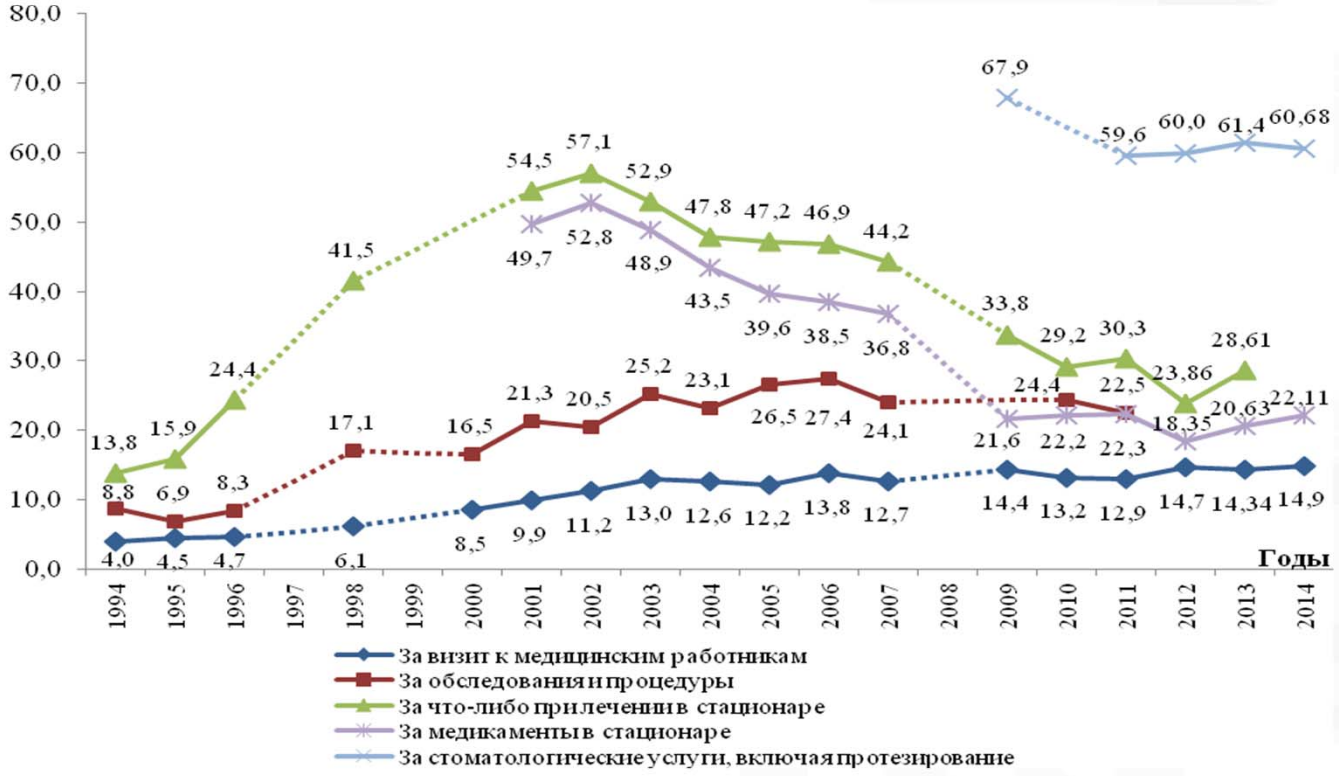


Соотношение средней заработной платы **младшего медицинского персонала** и средней заработной платы в регионе в 2013–2015 гг., %

Целевое значение ■ Фактическое значение

Сохранена доступность бесплатной медицинской помощи для населения

Доля пациентов, плативших за медицинскую помощь среди обращавшихся за разными видами медицинской помощи в 1994–2014 гг., %



Источник: данные РМЭЗ ВШЭ

Изменения в организации медицинской помощи

- Расширение мероприятий по профилактике заболеваний, расширение масштабов и повышение эффективности диспансеризации населения
- Реорганизация сети больниц: укрупнение и сокращение маломощных и неэффективных подразделений
- Развитие стационарозамещающей медицинской помощи
- Формирование трехуровневой системы оказания медицинской помощи, создание межрайонных центров, в которых концентрируются диагностические и кадровые ресурсы специализированной помощи в муниципальных образованиях
- Развитие сектора высокотехнологичной медицинской помощи, расширение объемов этой помощи, в том числе в региональных медицинских учреждениях
- Совершенствование системы подготовки медицинских кадров

Реструктуризация сети медицинских учреждений

Программа поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы, утвержденной Правительством РФ в 2012 г.:

- привлечение не менее одной трети средств, необходимых для повышения заработной платы, за счет реорганизации неэффективных учреждений и развития приносящей доход деятельности

По нашей оценке, при проведении реструктуризации медицинской помощи (сокращении объемов стационарной помощи при адекватном увеличении объемов амбулаторной помощи):

- можно было бы привлечь 10,5% от требуемого прироста средств на повышение оплаты труда в 2013–2018 гг. при сохранении прежней численности медицинских работников

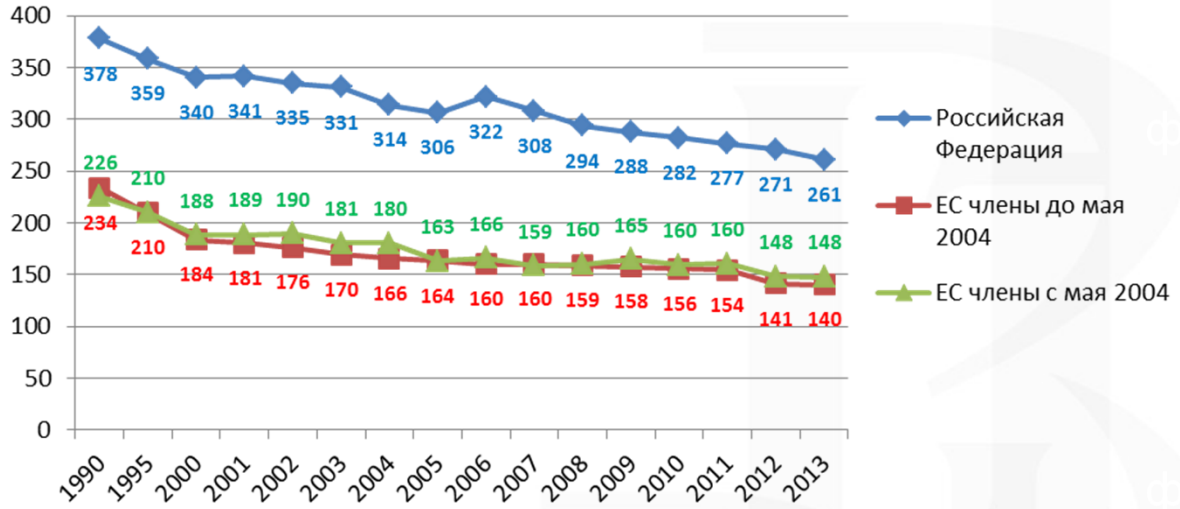
Эта целевая установка предопределяет необходимость проведения **упрощенной реструктуризации** и интенсивного развития платных медицинских услуг.

В 2013–2014 гг. число больничных учреждений государственной формы собственности уменьшилось на 9,3%, коечный фонд – на 4,5%.
В 2014–2015 гг. численность врачей в медицинских организациях государственной формы собственности уменьшилась на 1%, среднего медицинского персонала – на 2,8%; младшего медицинского персонала – на 12,8%.

Сохраняющиеся структурные проблемы

- Объемы стационарной помощи на 1 жителя в РФ на 70–75% выше, чем в среднем в ЕС

Число койко-дней на 100 жителей в Российской Федерации и в странах ЕС в 1990–2011 гг.

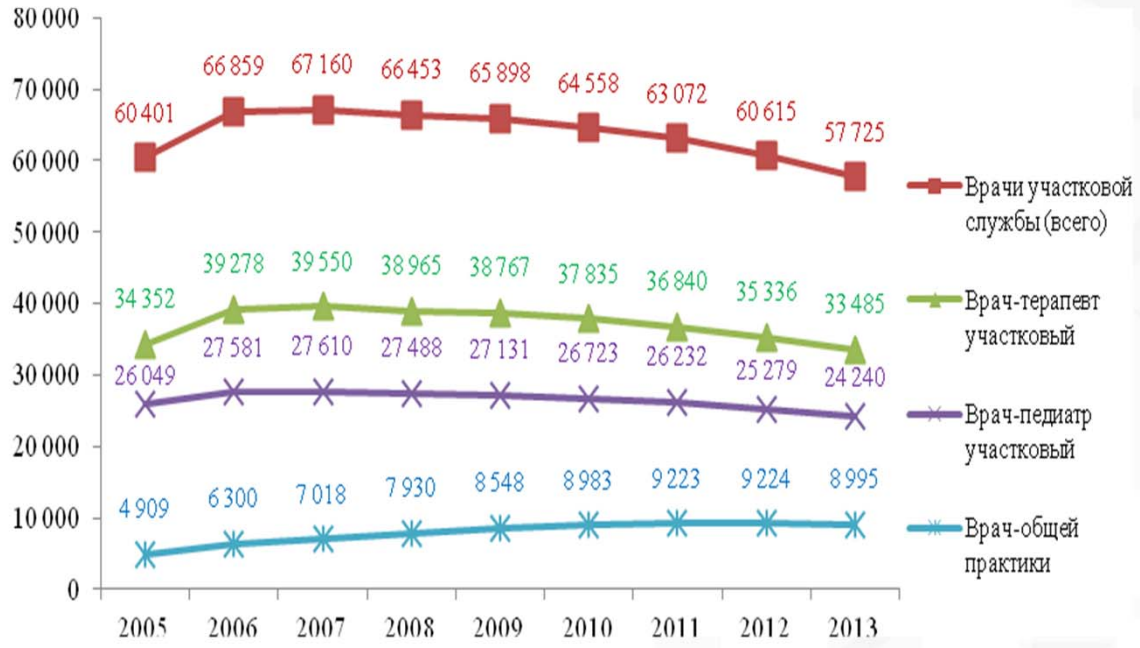


Источник: WHO. Health for all data base/

- Большие объемы стационарной помощи, складывающиеся из высокого уровня госпитализации и затянутых сроков лечения в больницах, обусловливают перекос врачебных ресурсов в сторону стационара
  - В 2012 г. Минздравсоцразвития России оценивал профицит врачей клинических специальностей в стационаре в размере 35 тыс., а дефицит в амбулаторных организациях –186 тыс. врачей
- В то же время идет сокращение численности участковых врачей: с 2007 по 2013 г. она уменьшилась на 14%.
  - Дефицит врачей участковой службы оценивается экспертами на уровне 25–30%.

Сокращение численности участковых врачей и врачей общей практики

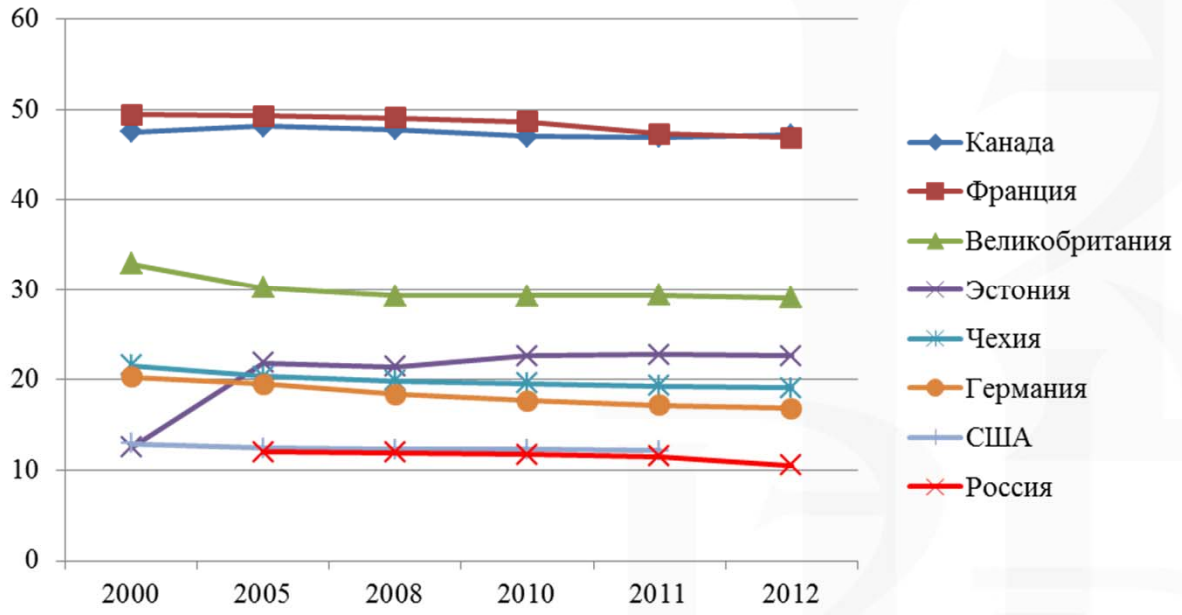
Численность врачей участковой службы в России в 2005–2013 гг., чел.



Источник: Ежегодные справочники за 2005–2013 годы «Деятельность и ресурсы учреждений здравоохранения». Министерство здравоохранения Российской Федерации, ЦНИИОИЗ. М., 2006–2014 гг.

Недостаточный уровень развития первичной медико-санитарной помощи

Доля врачей общей практики в отдельных странах ОЭСР и врачей участковой службы в России в общем числе врачей в 2000–2012 гг., %



Источник: расчет на основе данных OECD Health Data; данных ЦНИИОИЗ.

Опыт реформы московского здравоохранения

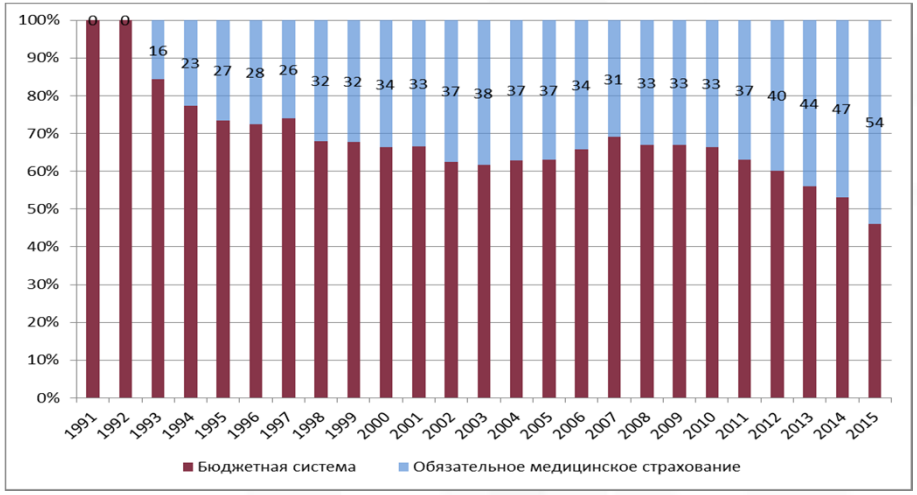
- Масштабы сокращения коечного фонда (на 18,1% в 2013–2014 гг.) и врачей (на 3,6%) были в четыре раза больше, чем в среднем по стране (4,5% и 1% соответственно)
- Сокращение коечного фонда стационаров и перемещение лечения части заболеваний в поликлиники не всегда происходило безболезненно для пациентов
- Информатизация поликлиник, масштабное оснащение амбулаторного звена диагностическим оборудованием привели к повышению доступности амбулаторной помощи и диагностических исследований
- Создание новой модели участковой службы, в которой обеспечивается специализация врачебного и медсестринского персонала на выполнении отдельных ее функций
- Проблемой остается кадровое обеспечение участковой службы
  - среднее число взрослого населения на одного участкового терапевта составило в 2014 г. 3290 чел. при нормативе 1700 чел.

Модернизация системы ОМС в 2011–2015 гг.

- Изменение роли ОМС в системе финансирования

Доля средств в бюджетной системе финансирования здравоохранения и в системе ОМС, % от общего размера государственного финансирования

Источник: расчеты по данным Минфина России и Федерального фонда ОМС



- Стабилизация финансовых потоков в систему ОМС
- Выравнивание различий в размерах государственного финансирования медицинской помощи гражданам в разных регионах:
  - различия в размерах доходов территориальных фондов ОМС в расчете на одного жителя
    - в 2010 г. - в 4,2 раза
    - в 2014 г. - 1,9 раза
  - если рассматривать финансовое обеспечение базовой программы ОМС, то территориальных различий здесь больше нет
- Переход к «одноканальному» финансированию медицинских организаций
- Ухудшение финансовой ситуации во многих медицинских организациях

Нововведения в системе финансирования без ощутимых позитивных эффектов

- Обязательное информирование медицинскими организациями граждан о стоимости оказанных им за счет государственных средств медицинских услугах
- Дополнительное медицинское страхование «ОМС+»
- Внедрение нового метода оплаты стационарной медицинской помощи – за законченные случаи лечения, классифицированные по клинико-статистическим группам
- Внедрение нового метода оплаты амбулаторно-поликлинической помощи

Переход к оплате стационарной помощи по клинико-статистическим группам

- **Начат в условиях сокращения государственного финансирования здравоохранения. Никаких резервных фондов для демпфирования издержек перехода создать было невозможно.**

- **Использование ряда корректирующих коэффициентов - тарифы оплаты по КСГ при этом становятся практически индивидуальными**
- **Не завершено формирование современной системы КСГ: число групп заболеваний, по которым дифференцируются тарифы, очень невелико: 308 против 600–2500 в европейских странах**

- **Этого явно недостаточно для того, чтобы создать у медицинских организаций стимулы к повышению доли сложных видов медицинских вмешательств и развитию новых медицинских технологий.**

- **Главным достижением введения метода КСГ называется сокращение сроков госпитализации пациента**
  - Но сокращение сроков госпитализации имело место в предшествующие годы
  - Данные о влиянии КСГ на сложность проводимых работ и структуру случаев госпитализации не приводятся
- **Планирование с использованием КСГ в качестве единицы учета объемов стационарной помощи так и не введено**

Источник: Здравоохранение в России. 2015: стат.сб. Росстат. М., 2015. С. 97

Изменение метода оплаты амбулаторно-поликлинической помощи

- Ранее основной метод оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях – оплата за врачебные посещения
- Новый основной метод оплаты - по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай)
- Реально будет производиться оплата объемов амбулаторной помощи (посещений) в пределах лимита средств, устанавливаемого по подушевому нормативу финансирования
- Такой метод не стимулирует поликлиники к развитию профилактики заболеваний и их обострений

Результативность введения эффективного контракта

Долевой размер желаемой базовой части в оплате труда врачей в зависимости от того, получают ли они стимулирующие надбавки за интенсивность, качество и результаты выполняемой работы (%)

Желаемая доля базовой части:	Годы опроса			
	2013		2014	
	Получают стимулирующие надбавки		Получают стимулирующие надбавки	
	Да	Нет	Да	Нет
Выше имеющейся	**68**	**40**	**89**	**78**
Равная имеющейся	12	16	3	4
Ниже имеющейся	20	44	7	18
Количество ответивших	720	62	386	112

Источник: опросы медицинских работников, проведенные НИУ ВШЭ в 2013г. и Левада-центром по заказу НИУ ВШЭ в 2014 г.

Проводимая политика эффективного контракта стимулирует не рост результативности, а рост желаемой доли базовой части зарплаты

Актуальные приоритеты политики в условиях экономического кризиса

- При определении показателей программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи следует обеспечить приоритетность развития первичного звена оказания медицинской помощи
  - привлечение кадров,
  - повышение их квалификации,
  - материально-техническое оснащение поликлиник,
  - развитие профилактики заболеваний,
  - улучшение ведения хронически больных и больных с множественными заболеваниями.

- В политике в области финансирования здравоохранения:
  - обеспечение максимально возможной стабильности финансирования медицинских организаций и прозрачности правил распределения ресурсов,
  - развитие практик планирования объемов оказания медицинской помощи медицинскими организациями, участвующими в ОМС, с учетом качества и эффективности работы этих организаций.

- Изменить приоритеты политики внедрения эффективного контракта в 2016–2017 гг. и переместить акцент на использование стимулирующего потенциала базовой части оплаты труда.
  - Переключить внимание на проведение изменений в порядке определения базовой части зарплаты, в механизмах институционализации уровня квалификации врачей (сертификация, аттестация) и увязки базовой зарплаты с этим уровнем

Приоритеты политики в посткризисный период

- **Структурные преобразования в системе оказания медицинской помощи:**
  - повышение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи на основе укрепления участковой службы;
  - централизация специализированной диагностической и консультативной амбулаторной помощи;
  - развитие стационарозамещающей помощи с акцентом на ее оказание в амбулаторно-поликлинических учреждениях;
  - укрупнение стационаров, создание многопрофильных больниц;
  - дифференциация стационаров по степени интенсивности оказываемой медицинской помощи;
  - завершение формирования трехуровневой системы оказания медицинской помощи;
  - инвестиции в новые информационно-медицинские технологии, развитие на их основе новых форм оказания медицинской помощи и усиление преемственности и непрерывности лечебно-диагностического процесса;
  - развитие государственно-частного партнерства в оказании медицинской помощи населению.

- **Развитие человеческого потенциала:**
  - реформирование системы медицинского и дополнительного профессионального образования;
  - реформирование порядка определения и подтверждения квалификационного уровня;
  - реализации масштабных государственных программ повышения квалификации, в первую очередь участковых врачей.

Укрепление участковой службы

- **Преодоление дефицита врачей участковой службы**:
  - Среднесрочное планирование подготовки врачей для участковой службы
  - Создание сильных экономических стимулов для работы врачей в первичном звене

- **Реорганизация действующей модели участковой службы:**
  1) Первый вариант – переход от терапевтической к общеврачебной модели организации участковой службы
  2) Второй вариант – использование модели с расширяющимся функционалом участковых врачей путем освоения ими части функций, которые сегодня выполняются узкими специалистами
  3) Третий вариант – модель функциональной дифференциации участковой службы

Приоритетные направления изменений в системе финансирования

- Развитие системы стандартов оказания медицинской помощи при заболеваниях и обеспечение балансировки размеров финансирования с затратами, необходимыми для выполнения этих стандартов
- Развитие страховых принципов финансирования здравоохранения
- Введение новых механизмов легального софинансирования оказания медицинской помощи государством и небедными группами населения (например, соплатежей для части пациентов за виды медицинской помощи, основанные на принципиально новых медицинских технологиях, не входящих в существующие гарантии)
- Развитие системы лекарственного обеспечения пациентов при амбулаторном лечении при софинансировании государства и населения
- Активное содействие развитию конкуренции в оказании медицинской помощи