

Ю.М Комаров

докт. мед. наук, проф., засл. деят. науки РФ, член Бюро Исполкома
Пироговского движения врачей, вице-президент РМА, член Комитета
гражданских инициатив

Выступление по материалам

«Основных положений Стратегии охраны
здоровья населения РФ на период 2013–2020 гг.
и последующие годы»,
разработанных группой экспертов для Комитета
гражданских инициатив

Что сделано – 1

1. Проведен анализ медико-демографической ситуации в стране.

Установлено:

- наибольшие сложности возникнут, начиная с 2017 г., когда резко снизится рождаемость (в детородный возраст перейдет малочисленное поколение 1990-х) и значительно возрастет смертность (в пожилой возраст перейдет многочисленное поколение 1950-х-компенсаторная волна рождаемости после ВОВ);
- демографическая ситуация в стране крайне неравномерна (вымирающий Северо-Запад), что требует дифференцированных программ;
- по уровню здоровья РФ значительно отстает от стран с аналогичными финансовыми возможностями (ВВП на душу населения).

Что сделано – 2

2. Проведен анализ охраны здоровья и организации медицинской помощи в стране.
 - охрана здоровья (влияние на социальные факторы здоровья) крайне недостаточна;
 - медицинская помощь, постоянно существенно дорожая, становится малодоступной и коммерциализируется, что ведет к выраженной неудовлетворенности граждан и не улучшает здоровье населения; неверно расставлены акценты, отсутствуют обоснованные приоритеты;
 - была в 1990-ые вынужденно и как бы временно выбрана весьма затратная и неадекватная для страны бюджетно-страховая модель организации финансирования медицинской помощи;
 - при отсутствии стратегии, концепции или перспективной модели принимаются законы, которые сразу же после принятия требуют изменений;
 - кадровый анализ выявил множество дефектов в подготовке, распределении, структуре и соотношении медицинских кадров;
 - человек с его проблемами и пациент так и не стали центральными фигурами;
 - отмечается стихийность в поиске выхода из данной ситуации, отсутствие целенаправленной политики.

Проведен анализ отечественного опыта и результатов выполненных исследований, в т.ч. диссертационных работ.

Что сделано – 3

3. Проведен анализ рекомендаций международных организаций и ВОЗ, а также приемлемого опыта ряда стран. В результате оказалось:

- В развитых странах создаются и реализуются **программы улучшения здоровья**, у нас – **программы развития здравоохранения**, что далеко не одно и то же по целям, задачам, мероприятиям и ресурсам;
- Здравоохранение – это система социального выравнивания, ибо **перед лицом болезни и смерти все равны, независимо от статуса и дохода**;
- Учтен мировой опыт организации ПМСП и общей врачебной практики, а также улучшения качества медицинской помощи;
- Проведен сравнительный анализ различных, в т.ч. финансовых моделей здравоохранения (государственное и коммерческое медицинское страхование, государственно-бюджетная модель с договорными отношениями, преимущественно частная модель).

Достаточно однозначный и справедливый, хотя не профессиональный и далеко не полный диагноз нынешнему здравоохранению поставили пациенты, а индикатором уровня нашей медицины и отношения к больным могут служить чиновники, олигархи и др., предпочитающие лечение за рубежом.

Что предлагается (1)

Пересмотреть принятые в начале 1990-х годов скороспелые решения.

Концептуально изменить парадигму отношения к системе охраны здоровья (СОЗ) и традиционному отраслевому здравоохранению:

- СОЗ – это прерогатива и ответственность государства (**в ряде стран – первых лиц**), включая создание условий для здорового образа жизни, а также решение проблем «условия жизни и здоровье».
- Цель СОЗ – улучшение здоровья, предупреждение влияния негативных факторов на здоровье. Поскольку одновременно развивать все направления нельзя, то нами выделены приоритеты на определенный период времени.
- Низовой уровень СОЗ и отраслевого здравоохранения – ПМСП. Именно в СОЗ происходят основные «поломы» в здоровье, а потом пациенты поступают на «ремонтно-восстановительные работы», за которые отвечает отраслевое здравоохранение.

В статье 41 (п.1) Конституции РФ охрана здоровья и медицинская помощь разведены.

Что предлагается (2)

СОЗ требует создания и реализации особых национальных программ на высшем уровне, организации **при Президенте РФ Национального совета по охране здоровья**. Дополнительные средства могут не сразу потребоваться, достаточно будет пока части бюджетного финансирования здравоохранения и привлечения частного бизнеса.

А для оказания медицинской помощи (с учетом финансовых возможностей страны) при правильной и рациональной её организации достаточно будет на первых порах «целевого налога», поступаемого сейчас в систему ОМС (5,1% ФОТ).

С позиции весьма отдаленной перспективы наращивание финансирования традиционного здравоохранения – тупиковый путь, и первой из политиков поняла это Маргарет Тэтчер.

Если уровень медицины в стране постоянно растет, появляются новые и совершенствуются медицинские технологии, то организация медицинской помощи только непрерывно ухудшается. Не довольны пациенты, врачи и медсестры.

Что предлагается (4)

- Полный разворот ресурсной пирамиды здравоохранения лицом к массовым пациентам: от дорогостоящей ВМП к ПМСП, от которой зависит эффективность всех остальных уровней.
Если будут преобладать запущенные, пропущенные и тяжелые случаи заболеваний, то потребность в дорогостоящей ВМП будет только расти.

Вектор развития должен быть направлен в прямо противоположную сторону.

- Нужно так организовать всю медицинскую помощь, чтобы в редких случаях (0,01-0,05%) больные нуждались бы в очень дорогих видах помощи, которые не должны быть приближенными к населению. Клиницисты хорошо знают как нужно лечить, но, как и следовало ожидать, слабо подготовлены по общественному здоровью и организации здравоохранения. Это особая сфера деятельности (на здоровом смысле далеко не уехать), отдельная область знаний и отдельная научная дисциплина: «общественное здоровье и здравоохранение» с учетом территориальных особенностей и различий.

Что предлагается (3)

- Осознать, что традиционное здравоохранение – это пропаганда (в лучшем случае – разъяснение и обучение) здорового образа жизни, создание условий для которого – ответственность государства, медицинская профилактика, диагностика, лечение, медицинская реабилитация, медицинский уход и паллиативная медицинская помощь.
- Цель – предупреждение ряда болезней медико-санитарными и противоэпидемическими средствами, частичное или полное по возможности восстановление утраченного здоровья и трудоспособности по медицинским причинам.
- Это – прерогатива отрасли.

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.

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

Что предлагается (5)

(Иерархия оказания медицинской помощи)

1. Медицинская помощь общего типа (ВОП, социальная профилактика, малая хирургия, акушерская помощь, зубоврачебная помощь, простейшие лабораторные исследования, линейные бригады скорой медицинской помощи и лекарственное обеспечение общего назначения) с дневным стационаром на несколько постоянных коек **должна быть максимально приближенной к населению и полностью бесплатной**. Она будет составлять основу восстановленного муниципального здравоохранения.

На скорой медицинской помощи (СМП) в составе линейной бригады должен работать очень квалифицированный врач, в задачи которого не входит постановка диагноза за время короткого визита, а решение проблем вызвавшего пациента и его дальнейшей судьбы.

Что предлагается (6)

(Иерархия оказания медицинской помощи)

2. На межмуниципальном (межрайонном) уровне на путях транспортных сообщений должны находиться больницы общего типа (на 4–6 отделений) и соответствующие этим же профилям амбулаторно-поликлинические учреждения, возможно, в виде консультативно-диагностических центров.
3. На третьем уровне, в областных центрах и крупных городах могут размещаться специализированные медицинские учреждения, которые помимо непосредственного приема пациентов, осуществляют дистанционное консультирование и выезды на места. К этому уровню субъекта федерации, помимо специализированных и многопрофильных больниц относятся стоматологические поликлиники, специализированные бригады скорой медицинской помощи, крупные родильные дома или родильные отделения больниц, женские консультации, частные клиники и др.
4. Центры высоких технологий, включая перинатальные центры, должны находиться в федеральном ведении, независимо от места их расположения.

Комментарий

Именно такая иерархия способна максимально удовлетворить пациентов и при соответствующей разработке рациональных маршрутов движения пациентов быть исключительно экономически выгодной для государства.

Только разумно организованная ПМСП, на уровне которой должны решаться до 85% всех проблем пациентов, позволит значительно снизить затраты на здравоохранение и, особенно, на более дорогостоящие виды помощи (стационарную, специализированную, высокотехнологичную), что явится значительным внутренним резервом более рационального расходования средств и с большей пользой для пациентов.

Здравоохранение-это не «бизнес на болезнях», а система социального выравнивания, что особенно важно в наших условиях выраженного неравенства в доходах и возможностях.

Что предлагается (7)

- Воссоздать при министре **Совет по кадровой политике**;
- изменить соотношение и структуру кадров;
- ввести рекомендательную систему отбора;
- изменить додипломное и последипломное образование;
- ввести в программы доказательную медицину;
- создать факультеты ОВП (семейной медицины);
- изменить систему оплаты труда; ряд врачей (ВОП) из объектов права перевести в субъекты права с лицензированием их деятельности;
- создать школы общественного здоровья для подготовки парамедиков; изменить номенклатуру врачебных специальностей и медицинских организаций;
- усилить профессиональные медицинские объединения.

Что предлагается (8)

Осуществить безоговорочное выполнение ст.41 Конституции РФ.

Отказаться от Программы государственных гарантий (ПГГ). Анализ ПГГ за 2012 г. показал, что обозначенные виды помощи как бесплатные легко перевести в платные. Сколько регионов, столько и систем здравоохранения. В 50 регионах нет финансового покрытия. Из ПГГ не ясно, что же в итоге получилось, у какого числа пациентов восстановлено здоровье, сколько предотвращено обострений и осложнений и случаев перехода в более тяжелую стадию или более тяжелое заболевание, сколько вылечено, как изменилась летальность и т.д. И это все должно быть представлено по разным видам медицинской помощи и основным группам болезней.

Без этого не понятно, что и кому государство гарантирует, зачем государство тратит деньги, и что за это получает.

Что предлагается (9)

Отказаться от платных медицинских услуг в государственных и муниципальных медицинских учреждениях т.к. бесплатную медицинскую помощь довольно несложно заменить на платную, делая назначения, не входящие в программу госгарантий, или заявляя о наличии очередей, об отсутствии талонов и т.п.

70% наших граждан являются неплатежеспособными и балансируют между средним (по нашим меркам) классом и гранью выживания, платная помощь не является синонимом качественной помощи, платные услуги оказываются в государственных медицинских учреждениях с использованием медицинской аппаратуры и реактивов, приобретенных за бюджетные средства, в том числе по программе модернизации, платность медицинской помощи означает ее недоступность, и потому многие больные предпочитают лечиться самостоятельно и обращаются за медицинской помощью в запущенном состоянии.

Тот, кто может и хочет платить за медицинскую помощь, может обратиться в частные клиники или приобрести полис ДМС.

Что предлагается (10)

Отказаться от гибридной бюджетно-страховой модели организации финансирования здравоохранения, многие дефекты которой – 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 с соответствующими налоговыми последствиями для них. Они не имеют никакого экономического интереса в оптимизации расходов по ОМС, слабо заинтересованы в оказании застрахованным качественной медицинской помощи, напротив, они экономически заинтересованы в плохой работе медучреждений, тариф не связан с риском страхового случая;
- 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;
- включение в ОМС частных клиник ведет к росту затрат в 10 раз (полный тариф + маржа);
- 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).

Сравнение показателей развития стран с эффективной страховой моделью и России

Показатель развития страны	Страны со «страховой» моделью из TOP-30 рейтинга Bloomberg	Россия
Заселенность территорий	Равномерная заселенность, высокая плотность населения (60-404 чел/кв.км.), небольшая территория	Огромная, крайне неравномерно заселенная территория, плотность населения менее 8 чел/кв.км
Сеть городов, транспорт	Близость соседних городов и/или проживание основной части населения в агломерациях; высокая доля городов с населением 100 тыс. и более; эффективная система дорог и перевозки пассажиров. В Германии паутинная сеть дорог и только в одной из 16 земель- 398 городов	Ср. расстояние между соседними городами от 50 км до 300 км и более. Всего 164 города с населением 100 тыс. и более: 2002 г.– 167, 2010 г. – 164; плохая транспортная система.
Налоги	Высокая доля налогов в распоряжении муниципалитетов и регионов	Низкая доля налогов в распоряжении муниципалитетов и регионов
Регулирование рынка медуслуг	Антимонопольное регулирование сделок по слиянию и поглощению ЛПУ, маржинальности бизнеса, гонораров врачей и пр.	Практически нет антимонопольного регулирования рынка медицинских услуг
Экономика	ВВП \$20000 – 40000 на душу населения), высокий рейтинг Doing Business	ВВП \$13 000 на душу населения, 92 место в рейтинге Doing Business (2014)
Культура	Развитое «общество потребления»: высокая личная ответственность людей – в т.ч. за свое здоровье, высокая культура потребления социальных услуг, защиты прав потребителей и пр.	Незрелость «общества потребления», традиция личной безответственности и патернализма в отношениях ⁷ между государством и

ОТСУТСТВИЕ ВЫШЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ УСЛОВИЙ ВЕДЕТ К ПАДЕНИЮ ЭФФЕКТИВНОСТИ «СТРАХОВОЙ» МОДЕЛИ

На примере США:

Располагают всеми требуемыми условиями, кроме:

- Огромная, крайне неравномерно заселенная территория
- Выраженная неравномерность развития сети городов
- Отсутствие активной антимонопольной политики на исключительно либеральном рынке медицинских услуг (мощное лобби медицинского и страхового бизнеса, традиции страны и пр.)

Результат:

- Астрономические расходы на здравоохранение (18% ВВП, 8608 \$ на душу населения - ВОЗ, 2012)
- Скромное при таких затратах 33 место в мировом рейтинге национального здоровья (Bloomberg, 2012), 41 место по МС, 45- по ОПЖ, 72- по уровню здоровья
- Отсутствие гарантированного доступа к медицинской помощи значительной части населения (из-за недоступности своевременной адекватной помощи ежегодно умирает около 50 тыс. человек – Служба статистики США, 2010 г.)

Что предлагается (11)

Предлагается перейти на менее затратную государственно-бюджетную модель (Великобритания, Испания, Канада, Швеция и др.), дополненную развитой системой ДМС, что дает пациентам возможность выбора при одинаковых стандартах и протоколах медицинской помощи. Между органами здравоохранения и медицинскими организациями – **договорные отношения** в виде госзадания.

Эта модель предусматривает приоритет доступности медицинской помощи населению над ее экономической эффективностью и над обращаемостью, независимо от степени заселенности территории. При этом имеется право «аутсорсинга», т.е. привлечения частных медицинских организаций в случае возникновения неотложной потребности и отсутствия в данный момент возможности ее удовлетворения в государственных клиниках. Государственная бюджетная модель (государственно-общественное управление здравоохранением), но не мобилизационная, распределительная, авторитарная и жестко централизованная, а при сочетании централизации и децентрализации, имеет множество преимуществ перед другими:

- медицинские учреждения становятся заинтересованными в росте числа здоровых, т.к. чем меньше больных, тем меньше затрат;
- получается экономия минимум в 15–20%, т.к. исчезнет ряд ненужных расходов и издержек;
- возникает ясность и прозрачность организации здравоохранения и финансовых потоков.

**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	ФРАНЦИЯ	ШВЕЦИЯ	АВСТРИЯ
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	8	10

Источники: ВОЗ (2010); Bloomberg

ПРЕИМУЩЕСТВЕННО «БЮДЖЕТНОЕ»
ФИНАНСИРОВАНИЕ

ПРЕИМУЩЕСТВЕННО «СТРАХОВОЕ»

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, % ВВП	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)				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ПРЕИМУЩЕСТВЕННО «БЮДЖЕТНОЕ» ПРЕИМУЩЕСТВЕННО «СТРАХОВОЕ» </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ФИНАНСИРОВАНИЕ </div>				

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

ПОКАЗАТЕЛИ	Чил и	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 в рейтинге стран по индексу здоровья населения	37	38	39

Источники: ВОЗ (2010); Bloomberg

ПРЕИМУЩЕСТВЕННО «СТРАХОВОЕ»

**4 ГРУППА – ИСЛАМСКИЕ СТРАНЫ БЛИЖНЕГО ВОСТОКА,
БЛИЗКИЕ ПО КУЛЬТУРЕ И ДЕМОГРАФИИ,
НО С РАЗЛИЧИЯМИ В РАЗВИТИИ ЭКОНОМИКИ И ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ**

Показатели	Сирия	Турция
ЗАТРАТЫ		
Расходы на здравоохранение, % ВВП	3,4	6,7
Расходы на здравоохранение на душу населения, \$	174	1029
УПРАВЛЯЕМЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ		
Ожидаемая продолжительность жизни, м / ж, лет	71/76	72/77
Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (HALE), лет	63	66
Материнская смертность, на 100 000 живорожденных, 2010	58	21
Неонатальная смертность, на 1000 живорожденных	9	8
Младенческая смертность до 1 года на 1000 живорожденных	14	12
Смертность детей до 5 лет, на 1000 живорожденных	16	13
Вероятность смерти в возрасте от 15 до 60 лет на 1000, муж /жен	159/95	134/73
Место страны в мировом рейтинге здоровья населения	42	44 ²³

Источники: ВОЗ (2010); Bloomberg
Преимущественно «Бюджетное» (2012)
Преимущественно «Страховое» (2012)



ИНТЕГРАЦИЯ БЮДЖЕТНОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ

(BLOOMBERG) 2012)

**5 ГРУППА – ПОСТСОВЕТСКИЕ СЛАВЯНСКИЕ СТРАНЫ,
БЛИЗКИЕ ПО КУЛЬТУРЕ И ДЕМОГРАФИИ,
НО С РАЗЛИЧИЯМИ В РАЗВИТИИ ЭКОНОМИКИ И ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ.**

ПОКАЗАТЕЛИ	Украина	Беларусь	Россия
ЗАТРАТЫ			
Расходы на здравоохранение, % ВВП	7,7	5,6	5,1
Расходы на здравоохранение на душу населения, \$	519	768	998
УПРАВЛЯЕМЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ			
Ожидаемая продолжительность жизни, м / ж, лет	62/74	64/76	62/74
Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (HALE), лет	60	62	60
Материнская смертность, на 100 000 живорожденных,	32	4	34
Неонатальная смертность, на 1000 живорожденных	6	3	6
Младенческая смертность до 1 года на 1000	11	4	9
Смертность детей до 5 лет, на 1000 живорожденных	13	6	12
Вероятность смерти в возрасте от 15 до 60 лет на 1000, муж /жен	395/148	324/117	391/144
Источники: ВОЗ (2010); Bloomberg преимущественно «БЮДЖЕТНОЕ» (2012) преимущественно «СТРАХОВОЕ» (2012)			
Место страны в мировом рейтинге здоровья населения	99	91	97 ²⁴

Выводы:

1.Россия (и, кстати, США тоже) не располагает объективными условиями территориального, демографического, экономического, политического и культурного развития, необходимыми для эффективности «Страховой» модели организации и финансирования здравоохранения. Конкуренция возможна при превышении предложения над спросом и там, где есть выбор. В противном случае (при превышении спроса) возникают очереди.

2.В этих условиях использование «Страховой» модели для финансирования общедоступной медицинской помощи - управленческая ошибка, поскольку ведет к деградации медицинской инфраструктуры, к падению доступности медицинской помощи и падению удовлетворенности населения помощью на основной территории России (кроме крупных городов) даже на фоне роста расходов на здравоохранение.

3.Страны, использующие «Бюджетную» модель (в т.ч. схожие с Россией по своим показателям развития), достигают в целом более высоких показателей здоровья населения при меньших затратах, по сравнению с близкими им по культуре странами со «Страховой» моделью.

4.Необходим разворот здравоохранения России к принципам охраны здоровья населения и «Бюджетной» модели финансирования общедоступной медицинской помощи, разработанной заинтересованными государственными органами с привлечением общественности и профессионального сообщества на основе опыта развитых стран, использующих эту модель, с учетом специфики и реалий современной России.

Варианты действий

Таким образом, в настоящее время возникает развилка в дальнейшем развитии организации здравоохранения и его финансировании:

- **либо** продолжать совершенствовать и видоизменять не подходящую для условий нашей страны достаточно затратную и требующую постоянного роста расходов модель ОМС, что автоматически ведет к закрытию экономически неэффективных медицинских учреждений, к их укрупнению, к значительному снижению доступности медицинской помощи, к полностью рыночным отношениям в здравоохранении и к неизбежно платной медицине, что безусловно вызовет нарастание протестных настроений среди большей части населения,
- **либо** по примеру ряда развитых стран осуществить переход к менее затратной, более рациональной по организации, более понятной и удобной для пациентов и врачей государственно-бюджетной модели с контрактными (договорными) отношениями. Выбор нужно делать уже сегодня, пока не поздно и пока безболезненно для государства, здравоохранения, медицинских работников и граждан. К сожалению, как говорится, **tertium non datur** (третьего не дано).

Рекомендуемые системы финансирования (1)

Их всего 6 – сметное финансирование; оплата за койко-день или посещение; гонорар за услугу; глобальный бюджет; оплата за пролеченный случай по КСГ; подушевое финансирование – но все они имеют **свои преимущества и крупные недостатки**, идеальных способов оплаты просто нет.

Так, первые 2 метода использовались в советское время, когда здравоохранение финансировалось без учета результатов труда, и приводили к наращиванию мощностей и к экстенсивному развитию здравоохранения. Гонорарный метод, как правило, приводит к погоне за объемами, к припискам и завышенному числу ненужных медицинских услуг, повышая тем самым стоимость медицинской помощи. Этот метод не может быть применен там, где пациенты часто и подолгу контактируют с медицинскими учреждениями. Глобальный бюджет – это заранее, в т.ч. договорным путем, определенная сумма, которая выплачивается медицинскому учреждению, но при этом не учитывается реальное ее расходование и получаемые результаты. Подушевое финансирование даже с поправочными возрастно-половыми коэффициентами делает медицинские учреждения не заинтересованными в затратах на больных, ибо тогда больше средств останется на их собственные нужды. Кроме того, при подушечном финансировании отсутствует заинтересованность медицинских учреждений в улучшении своей деятельности и ее результатов.

Рекомендуемые системы финансирования (2)

В последнее время придумана другая нелепица – оплата по законченному случаю. Но законченным случаем может быть и летальный исход и лечение может закончиться у другого специалиста и в другом учреждении. Как тогда оценивать, когда это случай заканчивается, где и у кого? По каким критериям?

Рекомендации: для скорой и неотложной помощи, травмопунктов, т.е. там, где оказывается разовая (а не длительная) медицинская помощь, подойдет гонорарный принцип, для амбулаторно-поликлинической службы – подушевой норматив, система КСГ или DRG наиболее подходит для финансирования сходных групп пациентов в стационарах. Но с договорными отношениями (госзаданием) по объему, качеству и результатам. Тогда здравоохранение будет заинтересовано в росте числа здоровых, а не больных.

• Должна быть создана мотивационная модель оплаты труда медицинских работников, ориентированная на улучшение результатов работы.

Что получится (1)

Не разрушение системы здравоохранения, а, напротив, усиление ее финансовой составляющей.

- В результате частные страховые медицинские организации будут заниматься, для чего они и предназначены, недостаточно пока развитой ДМС.
- Фонды ОМС переходят в качестве отделов финансирования в органы управления здравоохранением.
- Целевой налог собирается налоговыми органами.
- Частные клиники развиваются самостоятельно, в порядке аутсорсинга могут работать с органами управления здравоохранением, а также финансируются из платежей населения и системы ДМС.

Что получится (2)

В перспективе с развитием СОЗ происходит улучшение показателей здоровья.

- Осуществляется переход от «бизнеса на болезнях» к эффективной экономике здоровья с инвестициями в перспективный трудовой капитал.
- Ликвидируется противоречие между интересами государства и здравоохранения.
- С развитием гражданского общества появится государственно- общественное управление здравоохранением.
- Вырастает удовлетворенность пациентов и медицинских работников, снимается напряжение в обществе.
- Снижаются государственные затраты за счет ликвидации ненужных посредников и излишней транзакции финансовых средств.
- Происходит соответствие Конституции РФ.

Эксперты не настаивают на том, что их позиция единственно верная. Но это повод для обсуждения перспектив развития СОЗ в стране. Эксперты исходили, прежде всего, из интересов и потребностей граждан и возможностей государства.