



РАНХиГС

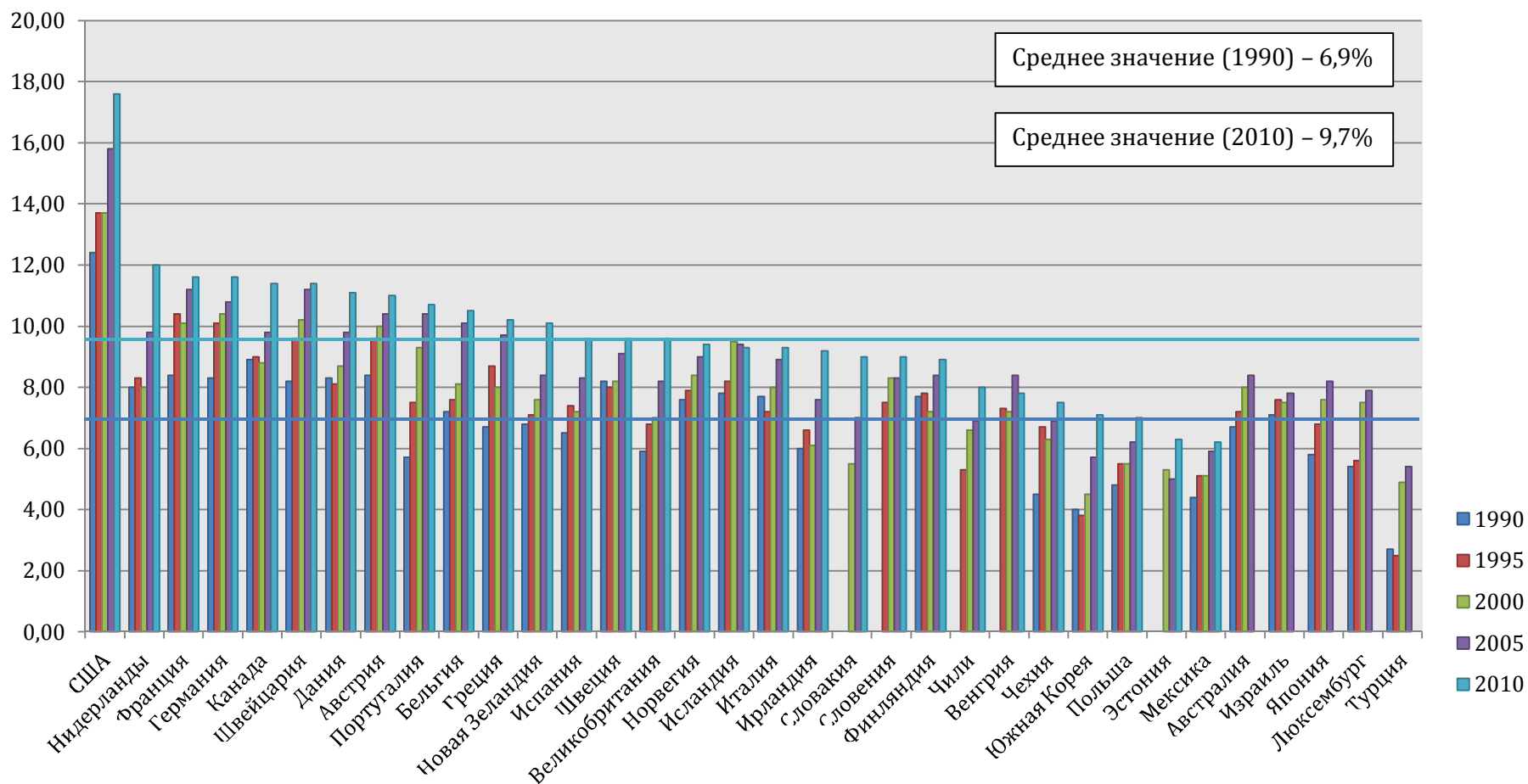
РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА
И ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ
ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Разработка экономической модели
здравоохранения, обеспечивающей
достижение структурной
эффективности системы
здравоохранения

Назаров В.С.

Рост расходов на здравоохранение в странах ОЭСР

Общие расходы на здравоохранение, % от ВВП



РЫНОК ПЛОХО ПРИЖИВАЕТСЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО СЛЕДУЮЩИМ ПРИЧИНАМ

Значительная неопределенность возникновения потребности в медицинской помощи

Асимметрия информации и проблемы принципал-агентских отношений

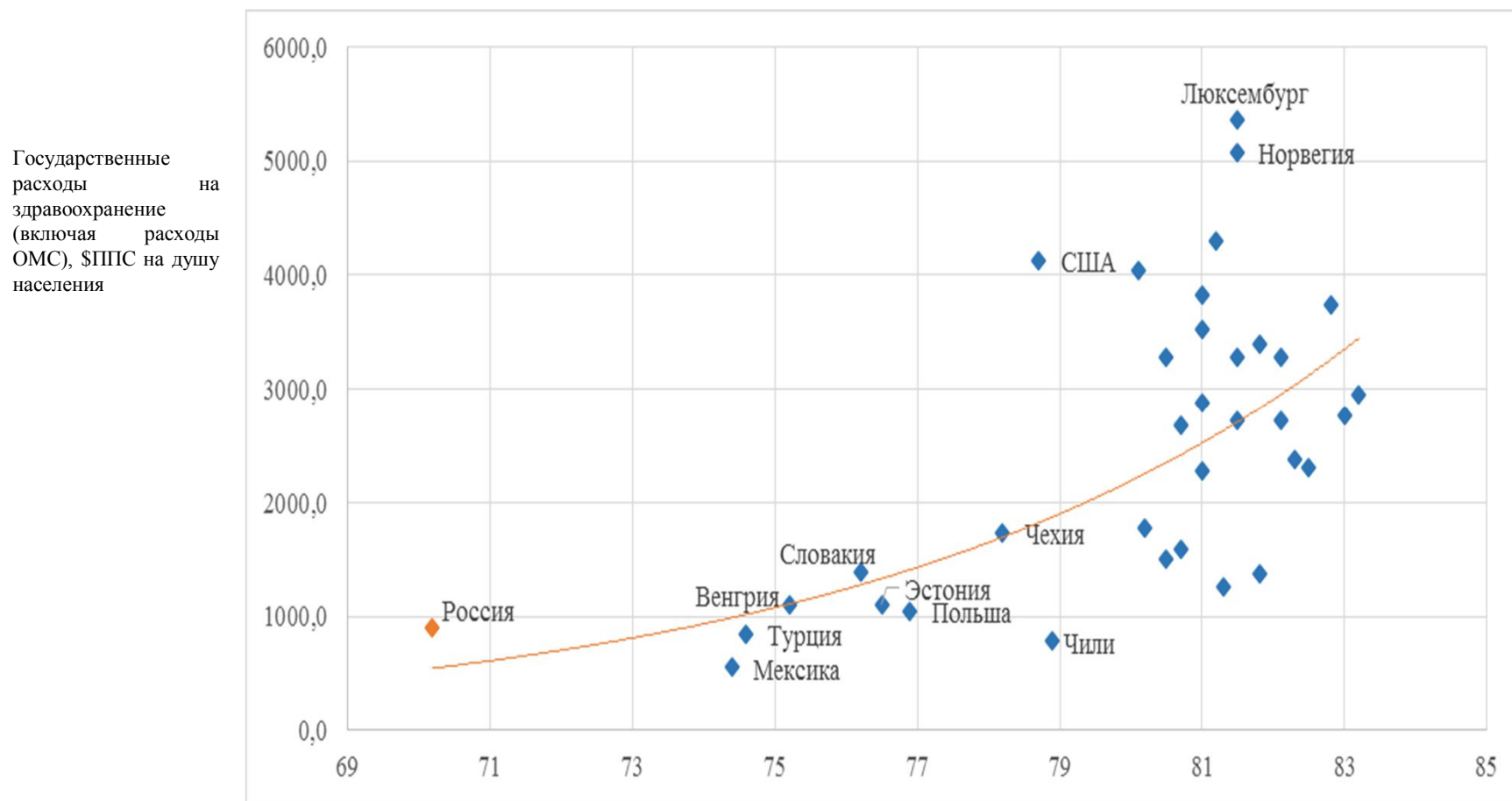
Ограничения конкуренции:

- естественные (мощность лучших медицинских организаций и возможности лучших врачей ограничены);
- искусственные (усилия врачебного сообщества и фарминдустрии, направленные на выстраивание барьеров входа на рынок медицинских услуг;

Наличие положительных экстерналий

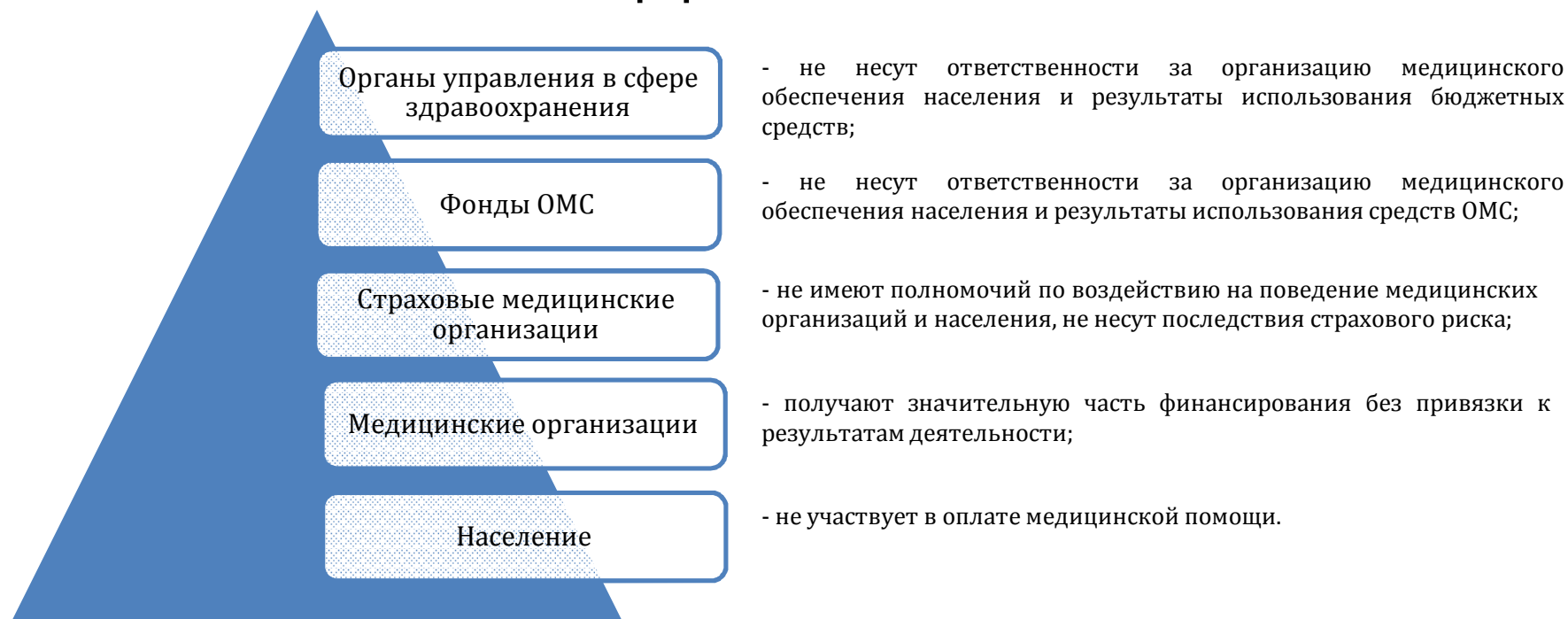
Моральные ограничения

Проблемы действующей модели в России - низкая эффективность использования средств



Источник: OECD Health Statistics 2014, данные за 2012 год

Проблемы действующей модели: отсутствие звена, заинтересованного в повышении эффективности





ДАЖЕ В УСЛОВИЯХ ДОМИНИРОВАНИЯ ГОСУДАРСТВА
ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ РЫНОЧНЫХ ОТНОШЕНИЙ, КОТОРЫЕ
ПРИВНЕСУТ В ЭТУ СФЕРУ ЖИВИТЕЛЬНУЮ КОНКУРЕНЦИЮ
И БУДУТ СПОСОБСТВОВАТЬ ТРАНСФОРМАЦИИ РАСТУЩИХ
ГОСУДАРСТВЕННЫХ РАСХОДОВ В УЛУЧЩЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ
НАСЕЛЕНИЯ

1. Привлечение частного бизнеса к реализации государственных программ в здравоохранении наравне с бюджетными учреждениями
2. Развитие частных страховых программ и повышение роли страховых компаний в управлении отраслью здравоохранения
3. Максимальное расширение свободы выбора пациента поставщика медицинских услуг
4. Фондодержание в амбулаторно-поликлиническом звене
5. Распределение рисков между производителем медицинских препаратов (услуг) и страховщиком

+

Развитие медицинских офшоров
Помощь из других отраслей

Модель здравоохранения

Бюджетная модель:

- Страховые компании – аудиторы медицинской помощи
- Все риски – на бюджете

Страховая модель:

- Страховые компании и граждане несут часть рисков

Предложение:

- Пилотные проекты

Преимущества рисковой модели ОМС

1. Обеспечение медицинской и экономической эффективности системы здравоохранения за счет изменения мотивации участников и субъектов ОМС:

- повышение заинтересованности страховых медицинских и медицинских организаций в эффективном использовании средств ОМС, в т.ч. за счет повышения эффективности медицинской помощи;
- ! повышение заинтересованности населения в сохранении здоровья и рациональном потреблении медицинских услуг.

-
- начиная с 1980-х гг. ожидаемая продолжительность жизни населения в развитых странах со страховой моделью здравоохранения превышает показатели стран с бюджетной моделью (в среднем на полгода)

Преимущества рисковой модели ОМС

2. Возможность привлечения дополнительных средств в систему ОМС:

- повышение привлекательности сферы ОМС для частных инвестиций
- привлечение средств населения через дополняющее медицинское страхование и соплатежи.

-
- ! доля бюджетных средств в инвестициях в основной капитал в России в 2012 году - 89,1%.
 - для сравнения: в странах ОЭСР - 60,5%.
 - доля частных расходов в общих расходах на здравоохранение в России в 2012 году - 39,0% (прямых расходов из личных средств населения – 34,3%), что превышает как долю государственных расходов (32,3%), так и расходов из средств ОМС (28,7%).
 - для сравнения: в странах ОЭСР доля частных расходов – 28,3%, расходов из личных средств населения – 19,4%.

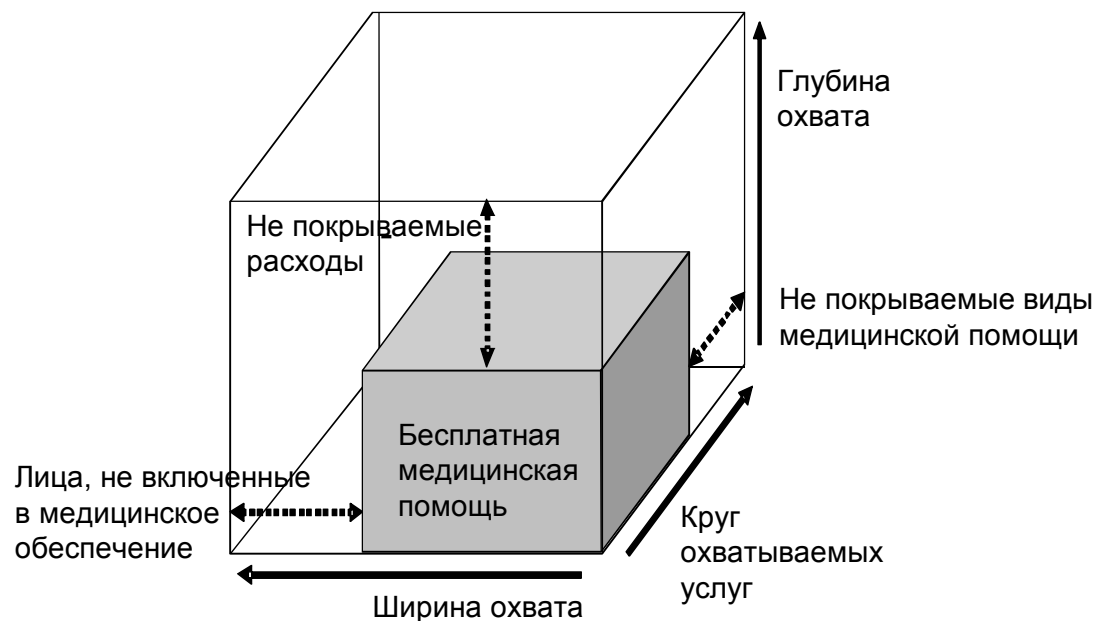
Преимущества рисковой модели ОМС

3. положительное восприятие населением системы здравоохранения.

- ! деятельность системы здравоохранения оценивают как полностью или преимущественно удовлетворительную:
 - в страховых системах - в среднем две трети опрошенного населения;
 - в бюджетных системах – в среднем половина опрошенного населения;
- финансирование системы здравоохранения оценивается опрошенным населением преимущественно как:
 - в страховых системах – достаточное;
 - в бюджетных системах - требующее увеличения расходов.

Анализ мирового опыта реформирования системы здравоохранения

Охват населения бесплатной медицинской помощью



- 10 Ширина охвата: кто имеет право на бесплатную медицинскую помощь?
- 10 Круг охватываемых услуг: какие виды медицинской помощи покрываются?
- 10 Глубина охвата: какая часть затрат на медицинскую помощь покрывается?

Переход на полный тариф

Предпосылки:

- относительное выравнивание материальной базы ЛПУ в ходе программы модернизации

Преимущества:

- повышение доступности медицинской помощи благодаря привлечению частного бизнеса в сферу ОМС
- стимулирование самостоятельного развития ЛПУ
- равномерность технологического обновления (отличие от системы образования)

Основные составляющие:

- включение в тариф всех статей расходов медицинских организаций (в 2013 г. – базовый тариф ОМС не включает расходы на капитальное строительство, ремонт, приобретение оборудования стоимостью более 100 тыс. рублей за единицу)
- обеспечение наполнения тарифа на 100% к 2015 году (в 2013 г. – 72%)

Рекомендации по сочетанию способов оплаты медицинской помощи

Оплата амбулаторно-поликлинического звена по подушевому нормативу за прикрепленное население

Фондодержание на уровне амбулаторно-поликлинического звена

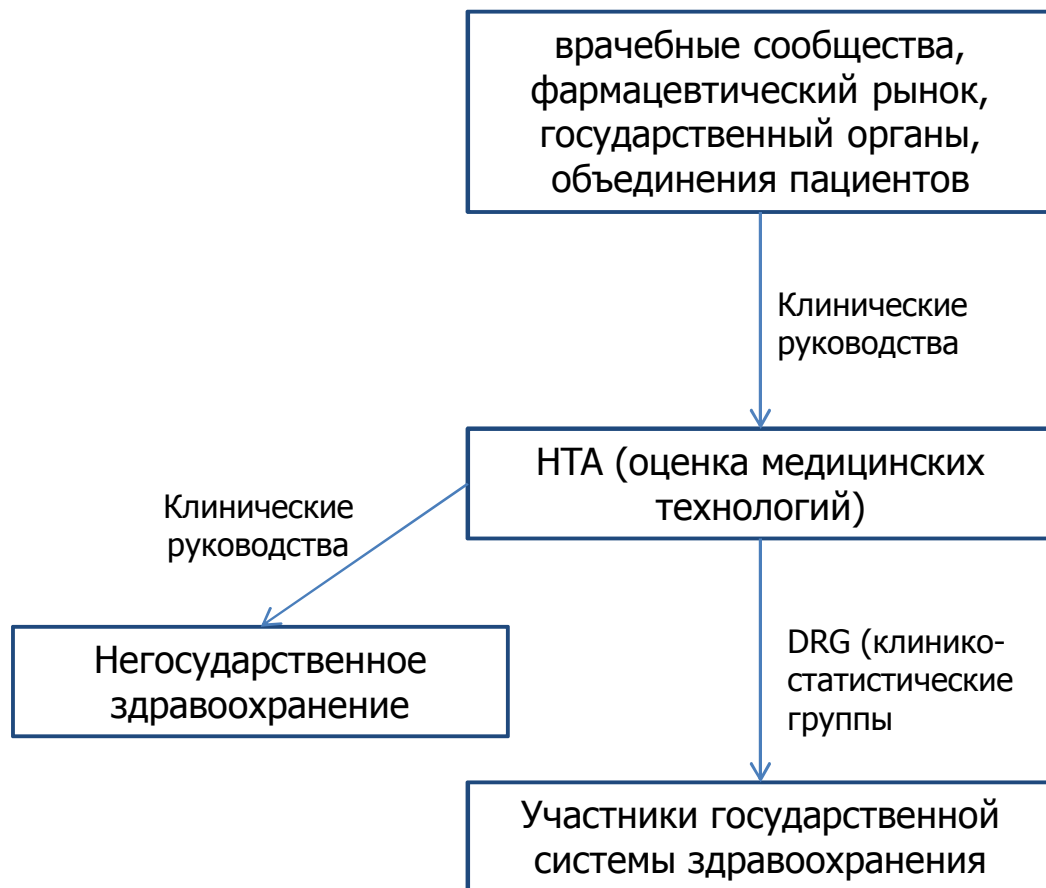
Оплата скорой медицинской помощи за счет фондодержания либо по числу вызовов, либо методом глобального бюджета

Оплата стационаров за законченный случай с использованием ДСГ и/или МЭС

Непосредственное финансирование потребителя – медицинские счета (соплатежи, лекарства, хорошо стандартизированные относительно недорогие услуги)

Медико-экономические стандарты

В зарубежной практике:



1. Как лечить?

2. Оправдан ли новый метод лечения экономически?

3. Как финансировать?