



**РАНХиГС**  
РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА  
И ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ  
ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

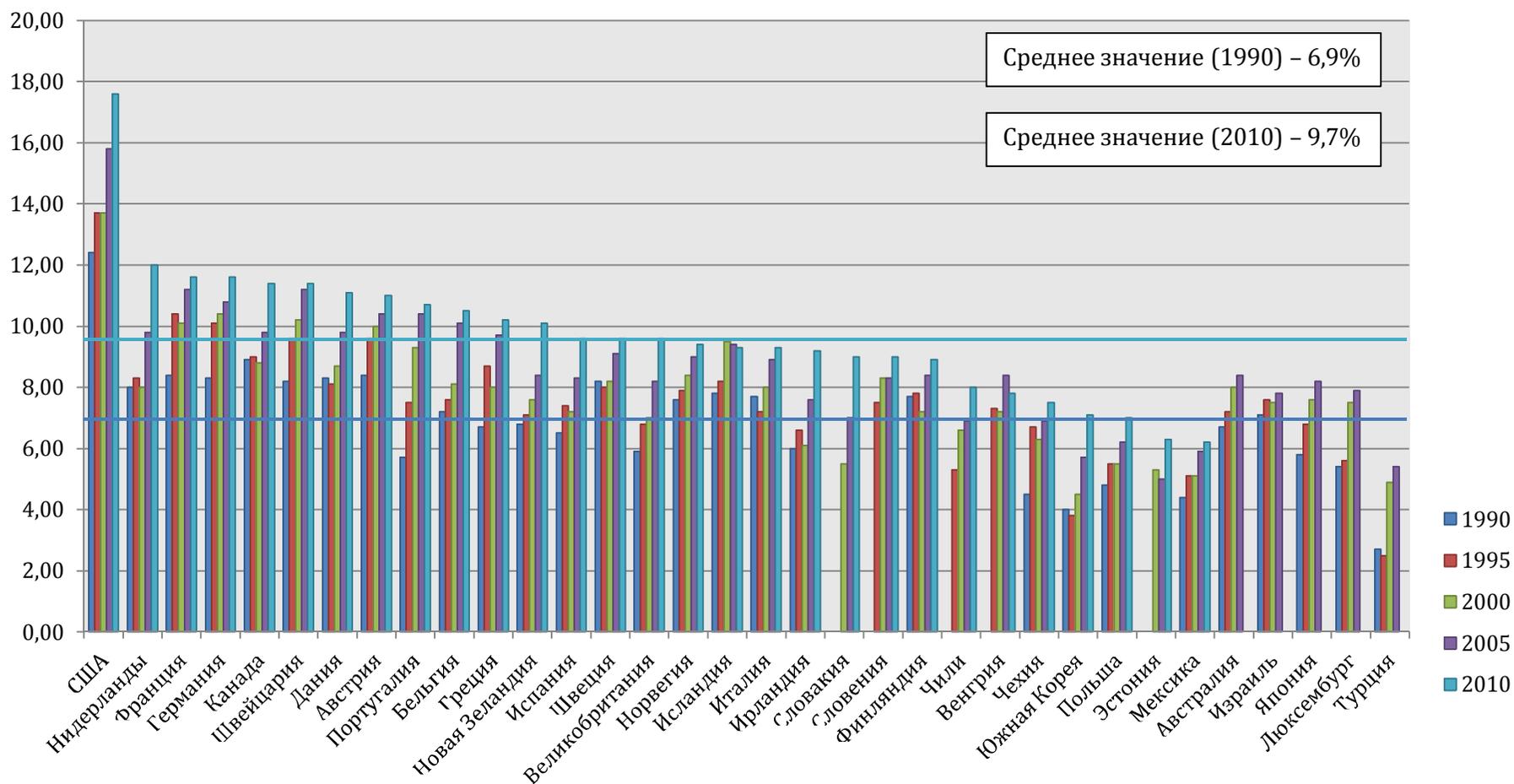


Разработка экономической модели  
здравоохранения, обеспечивающей  
достижение структурной  
эффективности системы  
здравоохранения

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

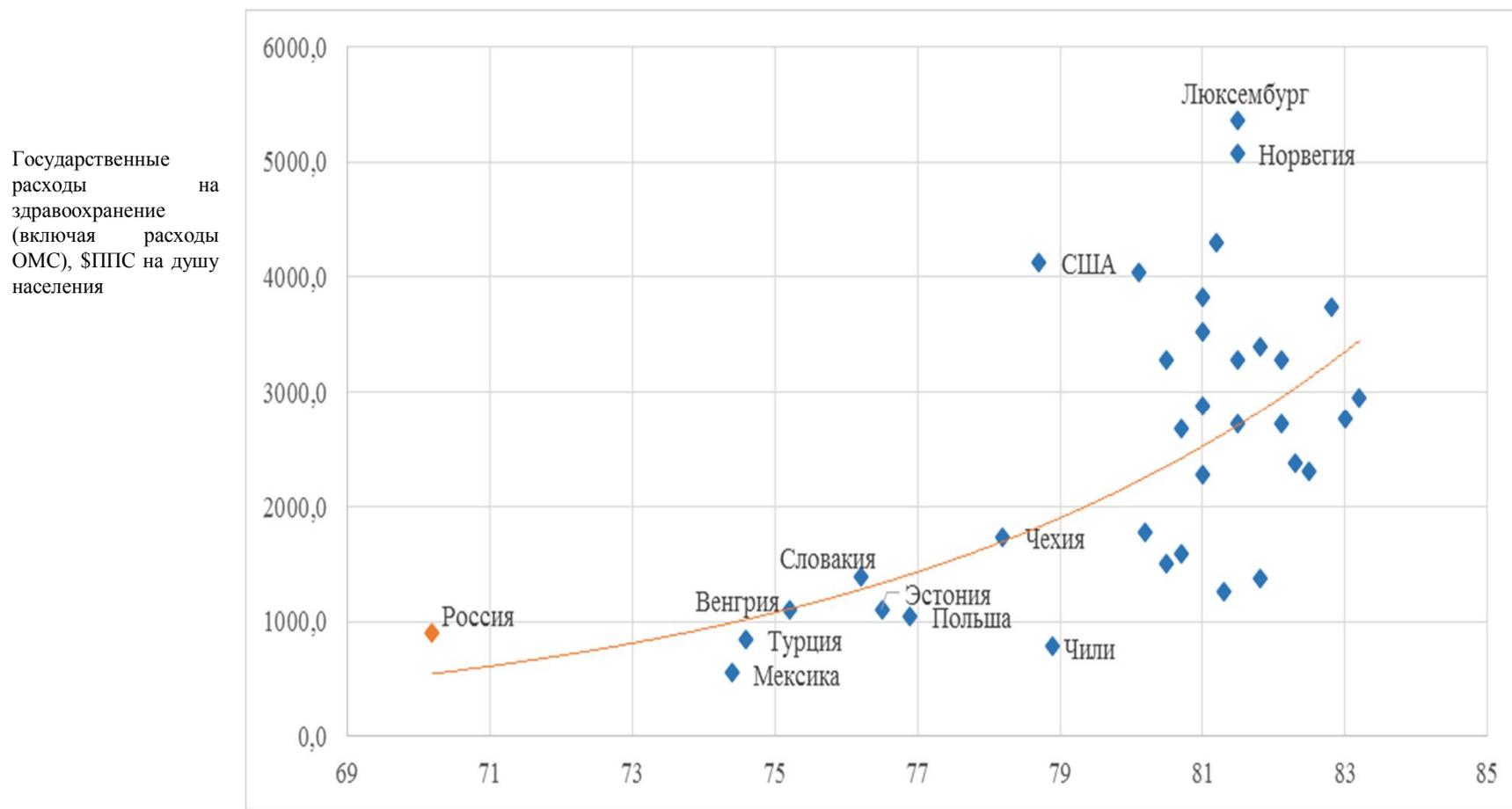
Ограничения конкуренции:

- 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

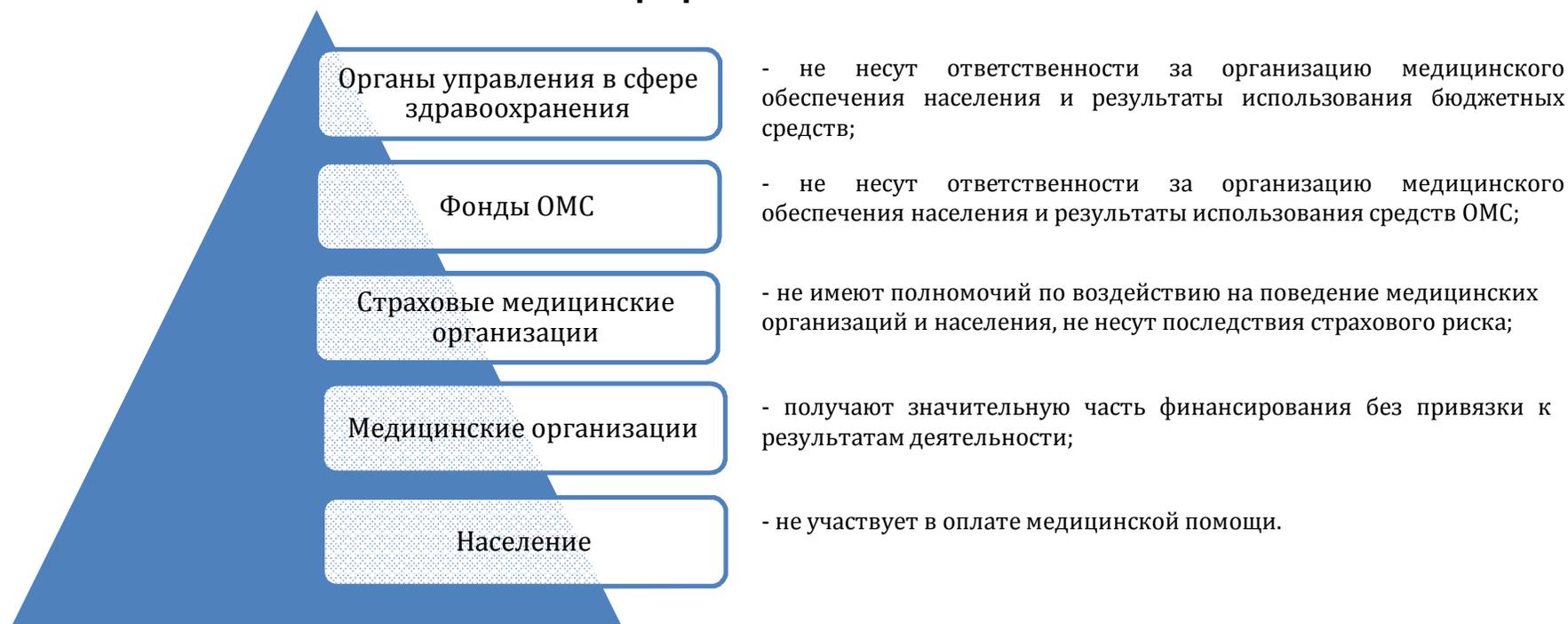
# Проблемы действующей модели в России - низкая эффективность использования средств



Источник: OECD Health Statistics 2014, данные за 2012 год

Ожидаемая продолжительность жизни, лет

## 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

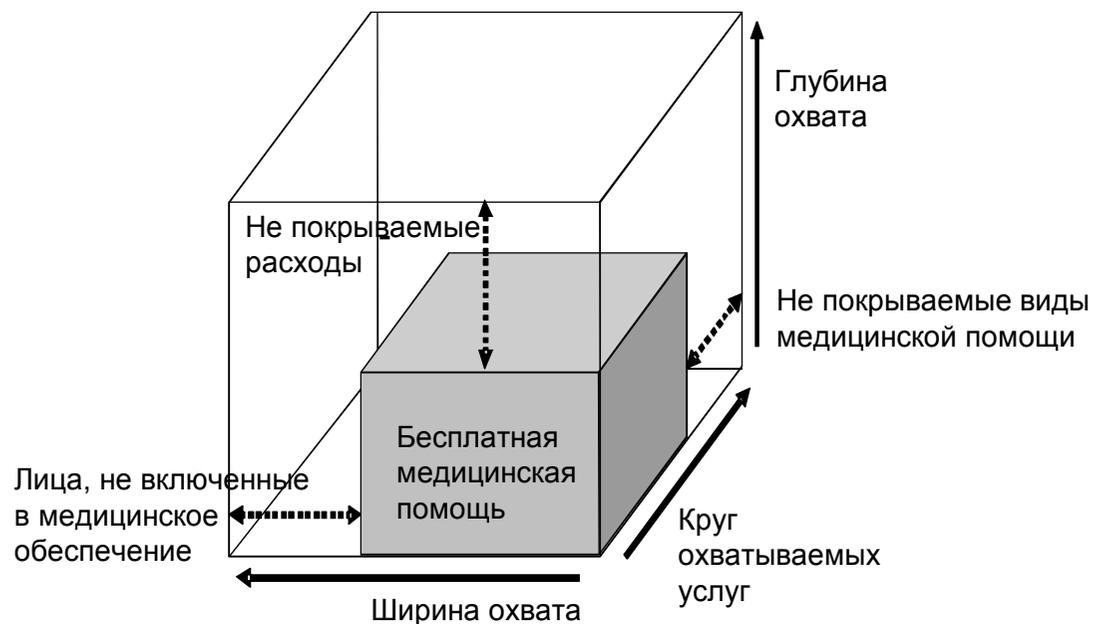
## 3. положительное восприятие населением системы здравоохранения.

---

- !  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

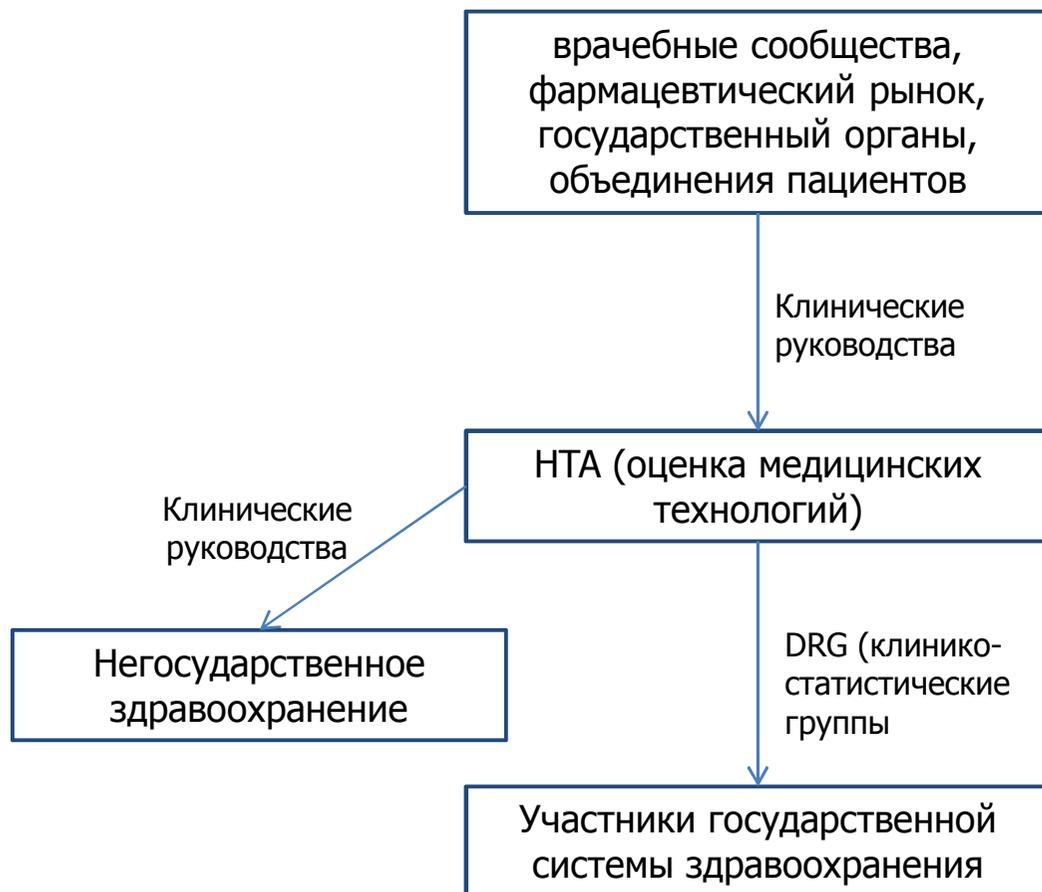
Оплата скорой медицинской помощи за счет фондодержания либо по числу вызовов, либо методом глобального бюджета

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?*