



# ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ «ОБЩЕСТВО ВРАЧЕЙ РОССИИ» IX ОБЩЕРОССИЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ

## РЕЗОЛЮЦИЯ

### КРУГЛОГО СТОЛА НА ТЕМУ «О ФУНКЦИОНИРОВАНИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В НОВЫХ УСЛОВИЯХ ОДНОКАНАЛЬНОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ. О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

(Москва, 23 января 2014г., ГБОУ ВПО "Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова" Минздрава России – Москва, ул. Долгоруковская, дом 4, зал заседаний ректората)

В рамках работы IX Общероссийского медицинского форума был проведен круглый стол на тему «О ФУНКЦИОНИРОВАНИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В НОВЫХ УСЛОВИЯХ ОДНОКАНАЛЬНОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ. О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ». В работе круглого стола приняли участие законодатели, представители общественных организаций, образовательных, научных и лечебно-профилактических учреждений, страховых организаций.

В выступлениях участников круглого стола было отмечено, что императивами государственной политики в сфере здравоохранения в настоящее время являются:

- 1) Указ Президента РФ от 7 мая 2012 года N 598 (целевые показатели улучшения состояния здоровья населения к 2018 г., в т.ч. увеличение ожидаемой продолжительности жизни в Российской Федерации до 74 лет (2012 – 70 лет);
- 2) Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года N 597 (переход к эффективному контракту - повышение уровня оплаты труда врачей к 2018 году до 200% от средней заработной платы в соответствующем регионе, а среднего и младшего медицинского персонала – до 100%, в увязке с достижением конкретных показателей качества и количества оказываемых услуг);
- 3) Поручения Президента РФ по итогам заседания президиума Госсовета 30 июля 2013 г. (повышение доступности и качества бесплатной медицинской помощи).

Участники круглого стола отметили, что нынешняя бюджетная политика государства предполагает сокращение финансирования здравоохранения из федерального бюджета в 1,36 раза в 2016 г. по сравнению с 2012 г. (с 555 млрд. руб. до 408 млрд. руб.), что общие планируемые размеры государственного финансирования здравоохранения в 2014-2016 гг. в реальном выражении практически неизменны по сравнению с 2012 г. (рост в 2016 г. на 4%). Мало реалистичными, по мнению ряда участников круглого стола, являются допущения о росте в 2014-2016 гг. взносов на ОМС работающего населения в 1,47 раза (последний прогноз МЭР – рост ФЗП в 1,28 раз расходов бюджетов субъектов РФ на здравоохранение, включая взносы на ОМС неработающего населения, - в 1,57 раза (на 24% в реальном выражении). В связи с чем следует ожидать сокращения государственного финансирования здравоохранения в реальном выражении. По мнению ряда участников круглого стола, без роста государственного финансирования является маловероятной реализуемость поставленных Президентом России ряда задач: 1) рост ожидаемой продолжительности жизни (за 6 лет с 2013 по 2018 г. должна увеличиться на 4 года (с 70 до 74 лет), так как для этого необходимы инвестиции в модернизацию первичной медико-санитарной помощи, повышение доступности лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении, рост расходов на помощь при онкологических заболеваниях (химиотерапия), инвестиции в реабилитационную помощь; 2) переход к эффективному контракту; 3) повышение доступности и качества медицинской помощи (так как это требует финансового обеспечения бесплатного оказания медицинской помощи в соответствии со стандартами, утвержденными Минздравом, ликвидации дефицита врачей, среднего и младшего медицинского персонала).

Констатируется, что государственные расходы на здравоохранение в период 2009-2013 гг. увеличились на 20% в реальном выражении, а удовлетворенность населения стационарной помощью не увеличилась. По мнению ряда участников круглого стола, необходимы: 1) рост государственного финансирования здравоохранения не менее чем на 1% ВВП к 2020 г.; 2) приоритет – улучшению образования и повышению квалификации; 3) повышение эффективности здравоохранения за счет прорыва в развитии конкуренции в оказании медицинских услуг и в развитии государственно-частного партнерства; 4) развитие новых механизмов софинансирования здравоохранения государством, населением, работодателями в виде внедрения механизмов сочетания обязательного и дополнительного медицинского страхования или введение соплатежей за получаемые медицинские услуги со стороны ряда категорий финансово-обеспеченных работающих граждан.

При рассмотрении системы одноканального финансирования экспертами отмечены очевидные его преимущества (упорядочивание финансовых потоков, прозрачность финансовых взаимоотношений, стимуляция конкуренции между лечебными учреждениями, стимуляция профилактического направления, рационализация расходования бюджетных средств) и недостатки (неравные стартовые условия для различных клиник; отсутствие профилактических тарифов в системе ОМС; зависимость финансирования медучреждения от фиксированного планового объема оказания медицинской помощи). Отмечено, что главная проблема существующей системы здравоохранения: доминирование третичной профилактики (76%) – лечение на поздних стадиях («система лечения заболевшего человека») и низкая клинико-экономическая эффективность данной системы. Предложен выход из ситуации – создание профилактической модели оказания медицинской помощи на основе стандартов и индикаторов качества лечения под научным и организационно-методическим руководством федеральных головных центров: от системы лечения заболевшего человека к системе предупреждения заболевания. В

качестве индикаторов предложены следующие: 1) выявление групп риска - охват населения скрининговой программой, доля лиц в группе риска от общего числа опрошенного населения, соблюдение плана диспансерного наблюдения (объема и сроков обследования) группы риска; 2) ранняя диагностика заболевания - частота выявления заболевания на ранней стадии; частота выполнения рекомендованных методов обследования, лечение заболевания на ранних стадиях; 3) частота госпитализаций по неотложной помощи (в связи с осложнениями заболевания) - оперативная активность учреждения, объем операций, средний койко-день, частота осложнений оперативного лечения, частота направлений в федеральные центры для коррекции осложнений. По мнению участников круглого стола, предложенный проект организации медицинской помощи является универсальным по своей сути, так как он основан на принципах профилактики с позиций доказательной медицины и, следовательно, применим в любой области медицины. А система индикаторов является эффективной системой контроля и управления отраслью, что может быть успешно использовано в условиях одноканального финансирования здравоохранения. По мнению отдельных участников круглого стола весьма роль головных учреждений в системе одноканального финансирования (ОМС): 1) участие в формировании тарифов ОМС, 2) разработка, исследование и внедрение новых методов лечения и диагностики для дальнейшего их тиражирования в системе ОМС; 3) разработка, апробация и внедрение новых профилактических, экономически обоснованных программ; 4) контроль качества медицинской помощи, формирование предложений для ОМС по введению критериев контроля качества. Выражена озабоченность судьбой федеральных головных учреждений. По мнению участников круглого стола, должна быть защищенная статья федерального бюджета.

По мнению представителей страхового сообщества, в числе главных проблем отрасли здравоохранения: недофинансирование отрасли; экономически неоправданно низкие тарифы, произвольная корректировка их под бюджетные возможности регионов; отсутствие унификации и стандартизации системы ОМС по регионам; низкое вовлечение представителей врачебного и страхового сообщества в процессы формирования тарифов, планирования объемов медицинской помощи; значительные объемы неофициальных платежей, дискредитирующие систему ОМС и имидж системы здравоохранения в целом; «потребительское» отношение граждан к системе ОМС, отсутствие мотивации на заботу о своем здоровье.

#### Основные предложения страхового сообщества.

1. Сделать тариф на медицинские услуги в системе ОМС экономически обоснованным. Программа государственных гарантий (ОМС) должна быть сбалансирована с имеющимися финансовыми ресурсами государства.
2. Отойти от принципов «уровниловки» в финансировании медицинских организаций (в настоящее время основная задача – поддержание на плаву существующей инфраструктуры).
3. Провести перераспределение функций между участниками системы ОМС: уход от монополии государства в распределении средств и регулировании деятельности всех участников системы; основная задача государства – аккумуляция средств для здравоохранения и выполнение роли регулятора системы.
4. Определить честные, четкие границы базовой программы ОМС в рамках реально имеющихся денег. Уйти от "размытых" значений покрытия по ОМС. Произвести демаркацию услуг по ОМС.
5. Тем самым создать условия для активного развития дополнительного медицинского страхования (ОМС+), которое вытеснит теневые платежи населения (в настоящее время «неформальные» платежи граждан составляют более 180 млрд. руб. в год).
6. Повысить требования к финансовой устойчивости участников рынка ОМС – страховым компаниям (увеличение минимального уставного капитала, размера собственных средств) для выполнения функционала участника полноценной страховой модели (с несением части финансового риска системы ОМС страховыми компаниями).
7. Развитие IT, внедрение электронного документооборота, электронной медицинской карты.
8. Унификация и стандартизация системы ОМС по всем регионам. Указанные мероприятия создадут условия для повышения инвестиционной привлекательности отрасли.

#### Предложения круглого стола по реформе системы обязательного медицинского страхования в России.

Система здравоохранения в России продолжает развиваться в направлении повышения качества и доступности медицинской помощи. Отставание России по показателям здоровья населения от других стран сокращается в результате инвестиций в инфраструктуру и реализации комплекса целевых программ. Вместе с тем, возникает риск неоправданного роста затрат на здравоохранение при отсутствии достаточной мотивации к бережливому использованию средств. В связи с этим дальнейшее реформирование системы здравоохранения должно предусматривать повышение эффективности использования средств

Учитывая опыт ряда стран по решению задачи рационального расходования средств, в России целесообразно расширить роль СМО сделав их не просто администраторами средств, а координаторами системы, которые возьмут на себя риски по поддержанию здоровья населения в рамках программы ОМС. В текущей системе большинство ее участников заинтересовано лишь в увеличении объемов оказания медицинских услуг. С развитием конкурентной (рисковой) модели медицинского страхования СМО будут заинтересованы в скорейшем выздоровлении пациента и поддержании его в здоровом состоянии без осложнений и рецидивов.

Данный механизм позволяет повысить удовлетворенность пациентов и ограничить рост расходов, не снижая качество лечения, а также увеличить официальные доходы медицинских организаций за счет оказания дополнительных услуг. При этом государство оставляет за собой функции регулятора, контролера и арбитра системы: определяет тарифы в системе, контролирует качество работы медучреждений и страховых организаций, разрешает споры между участниками системы.

Для перехода к новой системе необходимо дополнить действующую программу реформ здравоохранения следующими направлениями:

1. Поэтапная передача СМО функции управления медицинскими расходами на лечение застрахованных пациентов и финансовой ответственности за результаты и качество лечения.
2. Развитие дополнительного по отношению к ОМС страхования.

3. Развитие мотивации у пациентов к рациональному пользованию медицинскими услугами.
4. Создание условий для частных инвестиций в сектор здравоохранения.
5. Подготовка медицинских учреждений к деятельности в новых, более конкурентных условиях.
6. Усиление регулирования в области медицинской помощи и медицинского страхования.

Внедрение новой системы выгодно и государству, и населению, и медучреждениям. Реализация мер по осуществлению базового этапа преобразований рассчитана на 4-5 лет. Такой срок позволит обеспечить качественную подготовку и согласованный переход к новой модели работы.

Предложения круглого стола по изменению законодательства для предотвращения ухудшения деятельности федеральных научно-исследовательских и образовательных медицинских учреждений.

Несмотря на принятие в последнее время важнейших законов, регулирующих сферу здравоохранения, остаются нерешёнными ряд проблем правового обеспечения деятельности федеральных научно-исследовательских учреждений (НИУ) и ВУЗов, оказывающих населению высокотехнологичную медицинскую помощь, что отрицательно отражается на их работе.

Проблема прежде всего связана с необходимостью уточнения предмета деятельности клиник федеральных НИУ и ВУЗов, а также с изменением источника финансирования этой деятельности с 1 января 2015.

В федеральных НИУ и ВУЗах, гражданам предоставляется медпомощь, связанная с фундаментальными исследованиями, разработкой и трансляцией новых медицинских технологий, подготовкой высококвалифицированных научных медицинских кадров.

Полный инновационный цикл в клинике НИУ и ВУЗа требует наибольших объемов финансирования на этапах разработки и апробации, а также пилотного внедрения метода в отдельных медицинских организациях. Именно эти этапы должны являться предметом финансирования из федерального бюджета.

В соответствии с п.6 ст.51 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» от 29.11.10 финансовое обеспечение ВМП с 1.01.15 будет осуществляться только за счет средств ОМС. Реализация пункта 6 статьи 51 Федерального закона № 326-ФЗ приведет к разрыву существующих в настоящее время тесных технологических и экономических связей инновационной деятельности и фактической их ликвидации.

Следует заметить, что в развитых странах университетские клиники (или Национальный институт здоровья в США) финансируются исключительно за счет федерального бюджета.

Следует также подчеркнуть, что создание и внедрение новых технологий - дорогостоящий процесс, который невозможно стандартизировать. Это противоречит самой сути научного поиска.

Кроме того, сама суть создания новых технологий-это венчурный процесс, который не описывается с точки зрения страховых рисков и очень затратный. Например, разработка и доведение до клинического использования одного нового лекарства превышает миллиард долларов, причем большая часть средств уходит на клинические исследования.

Кроме того, в федеральные НИУ и ВУЗы госпитализируются, как правило, тяжелые пациенты, имеющие риск развития осложнений и, следовательно, требующие дополнительных затрат. В результате средние затраты на оказание одному больному в федеральных учреждениях в 10 и более раз превышают затраты в ЛПУ регионального и муниципального уровней.

Между тем эффективность использования средств в Федеральных учреждениях выше и при доле финансирования в общих затратах на здравоохранение России менее 1% федеральные научные клиники проводят около 40% высокотехнологических операций и методов лечения.

С учетом изложенного выше необходимо:

- исключить из Федерального закона 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» от 29.11.10 п.6 ст.51 о том, что финансовое обеспечение ВМП с 1.01.15 будет осуществляться только за счёт средств ОМС. Внести соответствующие аналогичные поправки в в № 323-ФЗ от 21.11.11 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»,
- для организации деятельности федеральных НИУ и ВУЗов ввести в № 323-ФЗ от 21.11.11 термин «Медицинская помощь при осуществлении научно-исследовательской и научно-технической деятельности, а также при реализации профессиональных образовательных программ в государственных НИУ и учреждениях высшего профессионального образования».

Решение вышеперечисленных задач позволит увеличить объем и повысить качество инновационных медицинских услуг, предоставляемых гражданам РФ, сократить сроки их ожидания, повысить их доступность и, в конечном итоге, снизить показатели смертности и заболеваемости населения.

Считаем целесообразным инициировать подобные изменения законодательства через Минздрав РФ и Комитет по охране здоровья Государственной Думы ФС РФ.

Предложения по совершенствованию финансирования медицинской науки.

Распространённая в мире и активно внедряемая в России система предоставления грантов на проведение фундаментальных научных исследований фактически не распространяется на систему РАН (ныне РАН и ФАНО), поскольку существующие государственные фонды (РФФИ, РГНФ и другие) финансируют преимущественно разработки, не связанные с науками о жизни (менее 5%). Между тем в развитых странах более 30% грантового финансирования направляется на науки о жизни.

Назрела необходимость выполнить один из Указов Президента России В.В.Путина о расширении грантового финансирования медицинской науки, создав специальный Федеральный фонд инновационных разработок в медицине. Это позволит целенаправленно стимулировать развитие медицинской науки в стране.