

Платные медицинские услуги и проблема государственных гарантий

Шейман И.М., профессор ГУ-ВШЭ

Москва, ноябрь 2008

Почему нарастает платность медицинской помощи?

- *Низкий уровень финансирования*

НО: в последние годы ничего принципиально не изменилось

- *Плохо контролируем и не запрещаем*

НО:

- плохо знаем, что конкретно контролировать
- высока вероятность ухода «в тень»

Почему нарастает платность медицинской помощи?-2

Главное: *государственные гарантии:*

а) неконкретны

б) декларативны

Конкретизация гарантий: варианты

- 1) Убрать из пакета гарантий определенные виды помощи (Армения)
- 2) Ввести фиксированные соплатежи (постсоветские страны Восточной Европы)
- 3) Сделать основой гарантий систему стандартов оказания медицинской помощи: государство обеспечивает полное финансирование медицинской помощи, оказываемой по стандартам

Гарантии на основе стандартов

- В стандарты включаются современные технологии
- Услуга, требующая особых ресурсов: принцип доплаты, а не полного возмещения
- Программа государственных гарантий рассчитывается с учетом требований современных стандартов

Насколько реально обеспечить стандарты?

Пилотные проекты: тарифы, рассчитанные по стандартам, повышаются в 2-5 раз

Поэтому поэтапный переход к бесплатному лечению по стандартам:

2012 г. - для 15-20% заболеваний

2016 г.- 50-60%

2020 г.-80-90%

Приоритеты!

Как мы устанавливаем приоритеты?

- Без серьезных обоснований
- Без общественного обсуждения
- Без детализации до уровня конкретных заболеваний и технологий

ПГГ – инструмент планирования, а не гарантий

Отсюда неизбежно **рационарирование в деятельности врача:**

- откладывание лечения
- отбор пациентов
- замена необходимых услуг менее качественными

Мировые тенденции:

- Эксплицитное установление приоритетов
- Конкретизация гарантий до уровня конкретного заболевания и технологии
- Растущие требования к врачам в отношении соблюдения установленных гарантий

Опыт Чили

(исходный пункт – как в России)

Программа «Конкретные гарантии» 2005-2007 гг:
выбраны **56 заболеваний** на основе оценки:

- распространенности разных заболеваний
- неравенства в потреблении
- затрат на лечение
- клинической и экономической эффективности

По ним стандарты и реальные гарантии

Остальное – отдельная программа МС работающих с
правом присоединения к ней неработающих

Стандарты – конечная точка работы над гарантиями

Сначала:

- 1) Определить набор заболеваний, которые необходимо лечить бесплатно в первую очередь с учетом:
 - спасенных лет жизни (DALY, QALY, DALE)
 - затратной эффективности (методы издержки-выгоды)
- 2) Выбрать приоритетные технологии из числа альтернативных вариантов лечения выбранного заболевания

Нужна программа установления приоритетов и конкретизации гарантий

- На 2-3 года
- Междисциплинарный подход: эпидемиология, медицина, экономика, прикладная политология
- Институт по оценке медицинских технологий (типа NICE в UK)
- Система регулярных общественных обсуждений

Система критериев

Считать на основе технологически обоснованных финансовых нормативов и зарплаты на уровне средней по экономике

Стратегические задачи:

- Сократить долю частного финансирования в совокупных расходах на здравоохранение с 40-45% до 30-35% (ЕС в 2007 г. – 25%) (включая лекарства и неформальные платежи)
- Обеспечить перевод подавляющей основной части платных услуг в частные медицинские организации