Приоритеты реструктуризации системы оказания медицинской помощи

Шейман И.М., ГУ-ВШЭ

Международная научно-практическая конференция « Россия и мир: в поисках инновационной стратегии». Круглый стол «Здоровье и среда обитания человека» 18 марта 2011 г.

Главные стратегии:

1) *Первоочередное развитие ПМСП*
2) *Формирование интегрированной системы оказания медицинской помощи*
3) *Усиление акцента на повышение квалификации врачей*
4) *Оптимизация сети больниц*

Почему важен приоритет ПМСП?

На уровне ПМСП может начинаться и заканчиваться 80-90% случаев лечения +профилактика

- В 18 странах ОЭСР более высокому уровню развития ПМСП соответствуют:

- более низкие общие показатели общей смертности, в том числе смертности от ССЗ
- более низкие расходы на специализированную помощь и общие расходы на здравоохранение (Atun, 2004)

- Эстония: расширение объема услуг больным с диабетом, астмой, гипертонией на уровне ВОПа ведет к сокращению объема стационарной помощи по этим заболеваниям на 20-45% (Atun, 2008)
- Чувашия: ВОПы берут на себя 30-70% нагрузки узких специалистов поликлиник (Черниченко, 2008)

Почему важна интеграция оказания помощи?

Низкая комплексность – потери здоровья и денег:

-слабое первичное звено – очереди к специалистам и ненужные госпитализации, утрата преемственности в лечении

лишь 20% врачей поликлиник получают информацию о случаях госпитализации больных с хроническими заболеваниями

- дублирование диагностических исследований

лишь 20% врачей стационаров считают, что большая часть их пациентов получили квалифицированные консультации и все необходимые диагностические исследования на амбулаторном этапе до госпитализации

Как обеспечить интеграцию?

1. ВОП - организатор и координатор медицинской помощи на всех этапах.
2. Объединение стационарной и амбулаторной помощи:

-объединенные больницы (не только ЦРБ)

-создание отделений амбулаторного приема в больницах

Что это даст?

- использование диагностической базы больниц для исследований в амбулаторных условиях
- доступность квалифицированных врачей стационаров
- постепенное вымывание псевдо специалистов поликлиник

Как ускорить переход на ВОП?

- 2-3-летние программы переобучения участковых врачей без отрыва от работы: постепенное освоение ими функций узких специалистов
- аттестация участкового врача за каждый этап освоения им функций узких специалистов
- доплаты за *приближение* к модели врача общей практики
- доминирующая форма ОВП в городах – на базе поликлиники. Но их автономизация – свой субсчет, подушевое финансирование, учет
- Система направлений – по мере освоения функций специалистов и только в этих пределах

Риски перехода на модель ВОПа

1) Ограничение сферы выбора
2) Подрыв педиатрической службы. Значит не нужно ставить знак равенства между ВОПом и семейным врачом. ВОПы для детей и взрослых.
3) Противодействие узких специалистов

Риски интегрированной модели

1)Противодействие главврачей

2)Сильная мотивация к поддержке отделений стационара

Механизмы нейтрализации:

-оплата согласованных объемов стационарной помощи

-оплата «эпизода» лечения по тарифу за комплексную помощь

Как повысить оплату труда?

Не только за счет эпизодических повышений.

Связать политику оплаты труда с политикой реструктуризацией отрасли:

- сократить ненужные мощности и переоснащать только жизнеспособные звенья

Эстония – за 6 лет закрыли или перепрофилировали 15 больниц. Зарплата врачей на 80% выше средней

- оплачивать труд участкового врача в зависимости от освоенных функций специалистов - замещать «неоперирующих урологов»
- переместить средства больничным врачам, готовым вести амбулаторный прием (60 млрд. руб!!!)

Формирование новых потребительских ценностей

- Trade-off между физической доступностью и качеством помощи
- Роль качества должна расти: лучше подождать, но получить квалифицированную помощь
- Для этого нужна прозрачная система рационирования плановой помощи:

-обязательные листы ожидания

-гарантии предельных сроков

-контроль силами СМО и НКО

-размещение заказов с учетом фактических сроков ожидания