

**ЗДОРОВЬЕ И  
СРЕДА ОБИТАНИЯ:  
ПРОБЛЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ  
КОМПЛЕКСНОЙ СТРАТЕГИИ**



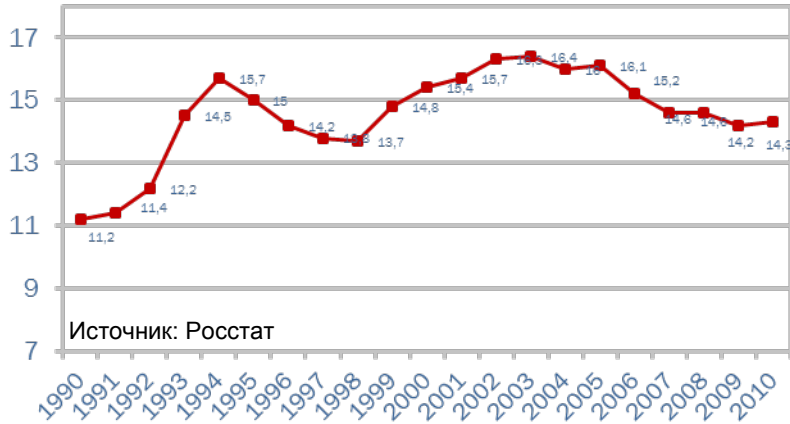
**Экспертная группа Правительства России  
«Здоровье и среда обитания человека»**

**➤ Москва, май 2011 г.**

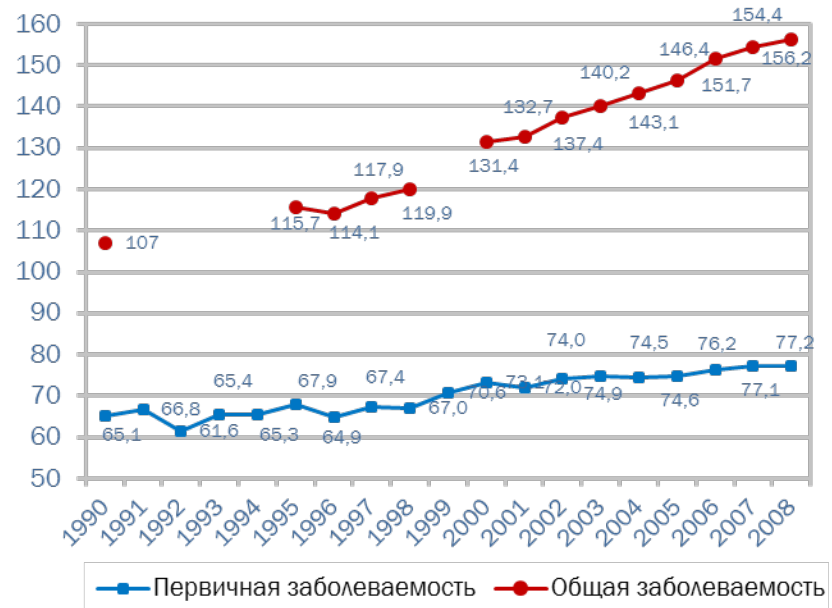


# ГЛАВНЫЙ ВЫЗОВ: ВЫСОКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СМЕРТНОСТИ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

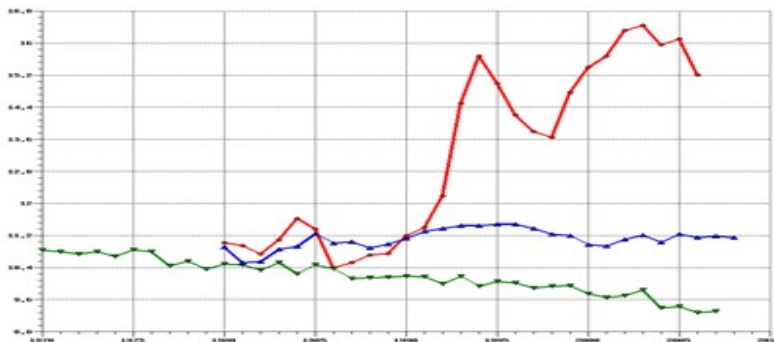
Смертность населения России на 1000 чел. в 1990-2010 гг.



Заболеваемость населения России на 1000 чел. в 1990-2008 гг.



Смертность на 1000 чел. населения



Источник: WHO/Europe, European HFA Database, 2011



# СТРАТЕГИИ СОКРАЩЕНИЯ СМЕРТНОСТИ И УЛУЧШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

## Стратегия догоняющего развития

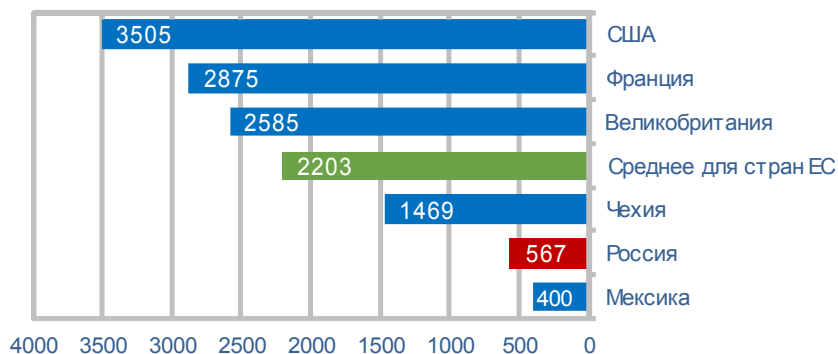
- ▶ Сокращение разрыва с западноевропейскими странами в качестве и доступности медицинской помощи, главным образом, за счет наращивания финансирования здравоохранения

Но: для достижения в 2020 г. сегодняшнего уровня финансирования здравоохранения в странах Запада потребуется, как минимум, пятнадцатипроцентный ежегодный прирост государственных расходов на здравоохранение

## Стратегия асимметричного ответа: приоритет обеспечения комплексности и эффективности

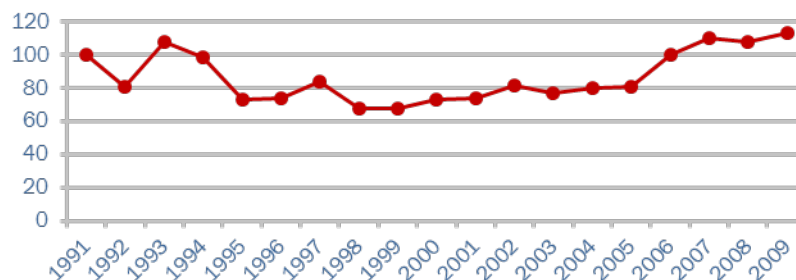
- ▶ Формирование здорового образа жизни и профилактика заболеваний
- ▶ Улучшение качества среды обитания человека
- ▶ Повышение эффективности использования ресурсов системы здравоохранения

Государственные подушевые расходы на здравоохранение в 2008 г. в России и странах ОЭСР (долларов ППС)



Источники: базы данных ОЭСР и ВОЗ

Динамика расходов государства на здравоохранение в реальном выражении (1991 г. = 100%)



Источник: расчеты ГУ-ВШЭ по данным Росстата и Федерального фонда ОМС



## ОТ ЛЕЧЕНИЯ К ПРОФИЛАКТИКЕ И ПОДДЕРЖКЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ - ПРИМЕРЫ

- Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма до 2020 года
- Федеральная целевая программа «Развитие физкультуры и спорта в Российской Федерации до 2015 года»
- Создание центров здоровья в рамках Национального проекта «Здоровье»
- Коммуникационная кампания «Здоровая Россия»
- Стратегия государственной антинаркотической политики

➤ **ОДНАКО** не всегда достаточно последовательно:

- ▶ В ПНР «Здоровье» расходы на содействие здоровому образу жизни в 18,5 раз меньше расходов на ВМП по сердечно-сосудистой хирургии
- ▶ Недостаточна интеграция медицинских мер профилактического характера с мерами по развитию физкультуры и сокращению вредных воздействий окружающей среды на здоровье
- ▶ Не хватает опоры на оценки воздействия на конкретные целевые группы
- ▶ Выбор относительно менее конфликтных вариантов
- ▶ Преимущественно централизованный подход

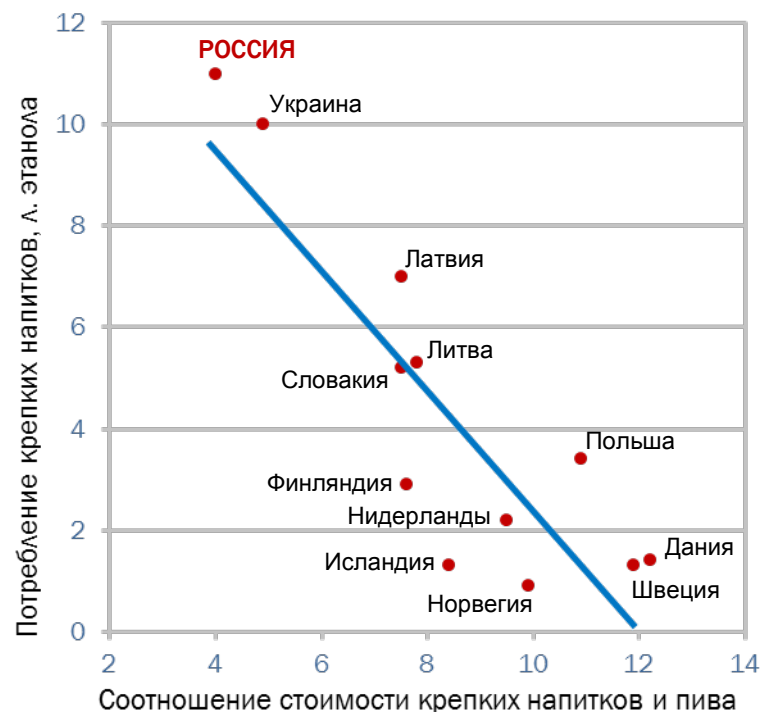


# ПРОБЛЕМА АЛКОГОЛИЗАЦИИ

## Потери, связанные с потреблением алкоголя

	Метод фрикционных издержек	Метод человеческого капитала
Прямые затраты (млн. руб.)	161 980,2	161 980,2
Косвенные потери (млн. руб.)	284 501,5	284 501,5
Потери – всего (млн. руб.)	27 217,6	587 120,9
Потери в процентах ВВП	0,75	2,09
Потери в расчете на одного гражданина РФ (тыс. руб.)	2,2	6,1

## Потребление крепких напитков в зависимости от соотношения стоимости крепких напитков и пива





# СОКРАТИТЬ ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ

## ➤ Дифференцированное повышение акцизов:

- ▶ 01.01.11 повышение на 10% на водку, на 42,9% на сухие вина
- ▶ «Деловая Россия»: повысить акциз на водку на 40% в 2012 г., на 25% в 2013 г. и на 20% в 2014 г. при умеренном росте акцизов на вина и пиво

## ➤ Запретить употребление спиртных напитков вне дома и предприятий общественного питания

- ▶ По данным исследования ГУ-ВШЭ, потребление алкоголя на улице (парк, сквер, подъезд и т.д.) увеличивает (при прочих равных условиях) объем потребляемой водки на 800 г. в месяц для женщин и на 1,5 л. для мужчин

## ➤ Кратно уменьшить число точек торгующих спиртным (ныне 1 точка на 500 чел. взрослого населения)

## ➤ Поощрять опережающие действия на уровне регионов и городов



# СОКРАТИТЬ ПОТРЕБЛЕНИЕ ТАБАКА

- Доля курильщиков, особенно среди молодежи и женщин, постоянно растет
- Высокая ценовая доступность табачных изделий
  - ▶ В России акциз составляет 15% розничной цены, в Западной Европе – от 70% до 80% цены
  - ▶ Запланировано увеличение акциза в 1,6 раза до 2013 года
  - ▶ «Деловая Россия»: увеличить акциз в 4 раза к концу 2013 года и в 7 раз к концу 2014 года
- Ввести полный запрет на курение во всех общественных местах: на транспорте, в кафе, ресторанах, учреждениях отдыха и пр.
- Поощрять опережающие действия на уровне регионов и городов



## ПРИОРИТЕТНЫЕ ГРУППЫ ДЛЯ ПОЛИТИКИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ:

➤ Молодежь

➤ Население в трудоспособном возрасте

- ▶ Структура питания, ухудшающая здоровье:
  - ▶ энергетическая ценность суточного рациона достигается более чем на 50% за счет хлебопродуктов, картофеля, сахара и кондитерских изделий
  - ▶ более 50% взрослого населения не соблюдает режим питания (нет времени и/или привычки);
  - ▶ организованное питание по месту работы скорее редкость, чем правило (16%)
  
- ▶ Сокращение доли тех, кто регулярно занимается физкультурой, в возрастных группах после 30 лет (30-39 лет- 19,6%, 40-49 лет – 12,4%,)
  - ▶ Уже начиная с 40 лет препятствием становится «отсутствие возможностей заниматься людям моего возраста» (Социологический центр РАГС, 2009)





# РАЗВИТИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И МАССОВОГО СПОРТА

- Создание национальной системы физического воспитания
- Развитие системы студенческого спорта
- Обеспечение доступности для всего населения спортивных объектов образовательных учреждений
- Поддержка территориальных программ развития физической культуры и массового спорта



## ОКРУЖАЮЩАЯ СРЕДА: РИСКИ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ

- Свыше 60 млн. человек проживают в зонах с неблагоприятной экологической ситуацией, занимающих 15% территории страны
- Свыше 54% городского населения находится под воздействием высокого и очень высокого загрязнения воздуха
  - ▶ В мегаполисах 100% населения подвергаются высокому и очень высокому загрязнению воздуха
  - ▶ 2,4 млн. человек подвергаются воздействию концентраций взвешенных веществ в атмосферном воздухе в 2 и более раз превышающих предельно допустимую концентрацию
  - ▶ Присутствие в воздухе диоксида азота и серы обуславливает 24 тыс. дополнительных смертельных исходов в год
- До 15 млн. человек проживает на радоноопасных территориях.
  - ▶ Повышенное облучение радоном является причиной появления до 4,0 тыс. новых случаев рака легкого
- Около 40% населения потребляют некачественную воду



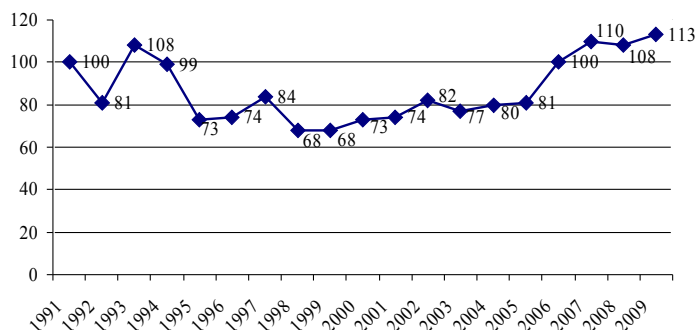
# УЛУЧШЕНИЕ СРЕДЫ ОБИТАНИЯ ЧЕЛОВЕКА

- Приоритизация мер государственной экологической политики в соответствии со степенью неблагоприятного воздействия химических, радиоактивных и иных веществ на здоровье населения России
- Развитие государственной и муниципальных систем экологического мониторинга; обновление методик оценки экологического ущерба
- Реформирование системы платежей за загрязнение окружающей среды:
  - ▶ Отказ от применения штрафных санкций за любые выбросы и переход к установлению штрафов:
  - ▶ либо только за превышение нормативов предельно допустимых концентраций
  - ▶ либо в соответствии с оценками экологических рисков
- Установление экологических требований при проведении государственных закупок товаров (работ, услуг)
- Целевые программы по снижению риска здоровью населения от воздействия отдельных приоритетных загрязняющих веществ и физических факторов (радон, шум, электромагнитные поля).
- Формирование технологической платформы по созданию новых экологически чистых технологий
- Повышение уровня экологического менеджмента и экологической ответственности бизнеса на основе сертификации по стандартам экологического менеджмента ISO 14 001. Сейчас Россия занимает только 50 место в мире в области такой сертификации



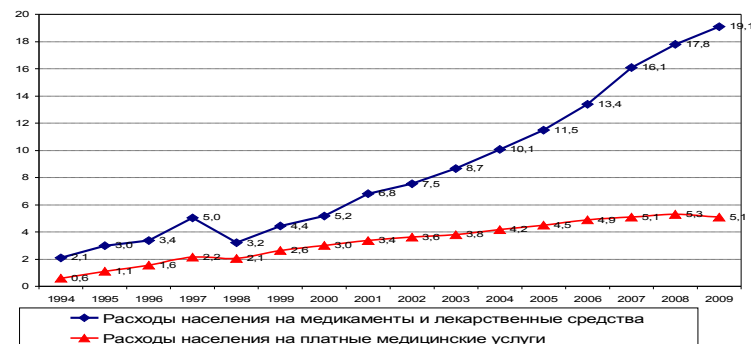
# НЕОБЕСПЕЧЕННЫЕ ГАРАНТИИ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, НЕДОСТАТОЧНЫЙ УРОВЕНЬ ФИНАНСОВОЙ ЗАЩИТЫ ПАЦИЕНТОВ

Динамика расходов государства на здравоохранение в реальном выражении (1991 г. = 100%)



Источник: расчеты ГУ-ВШЭ по данным Росстата и Федерального фонда ОМС

Динамика расходов населения на лекарства и медицинские услуги (млрд. руб., в ценах 1994 г.)



Рост расходов государства на здравоохранение

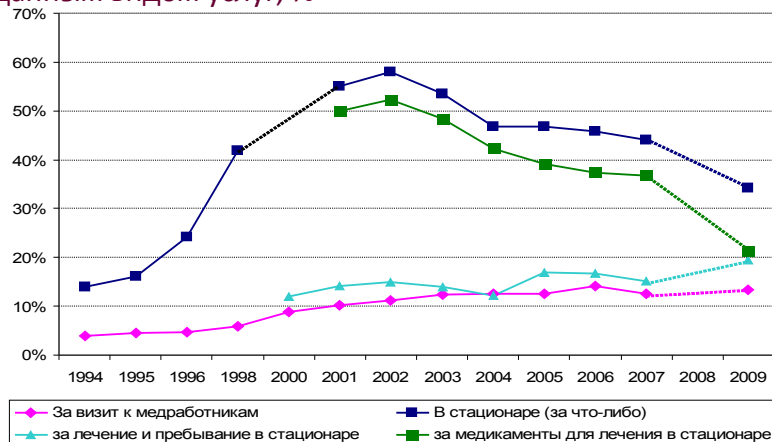


Улучшение доступности лекарств в стационарах

Но:

Рост распространенности практик оплаты медицинских услуг

Доля пациентов, плативших за различные виды медицинских услуг (деньгами или подарками), среди обратившихся за данным видом услуг, %



Источник: расчеты ГУ-ВШЭ по данным РМЭЗ, 1994-2009 гг.



## РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ НЕОБЕСПЕЧЕННОСТИ ГАРАНТИЙ: ВОЗМОЖНЫЕ ПОДХОДЫ

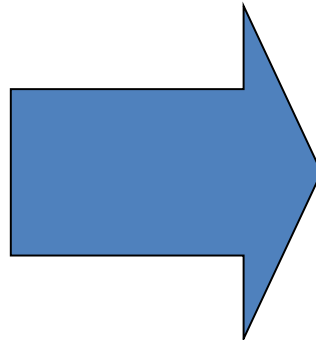
- Конкретизация гарантий
- Введение соплатежей пациентов за оказываемые медицинские услуги
- Новые формы сочетания обязательного и добровольного медицинского страхования
- Софинансирование гражданами страхового взноса на обязательное медицинское страхование



# КОНКРЕТИЗАЦИЯ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

## Конкретизация:

- Медико-экономические стандарты лечения
- Порядки оказания медицинской помощи при заболеваниях



## Риски:

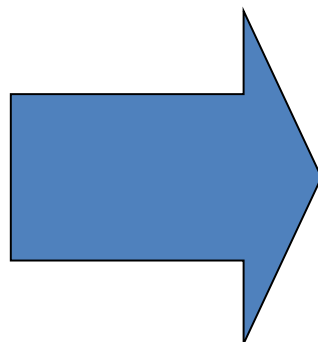
- Стандарты будут иметь характер желаемого, а не возможного.
- Решение о том, что предоставляется бесплатно, а что нет, делегируется врачам.



# ВВЕДЕНИЕ СОПЛАТЕЖЕЙ ПАЦИЕНТОВ ЗА ОКАЗЫВАЕМЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ

## Виды соплатежей:

- Со-оплата за посещение врача, за день пребывания в больнице
- Покрытие определенной доли стоимости оказанных услуг
- Покрытие разницы между полной стоимостью оказанных услуг и величиной гарантируемого государством размера оплаты



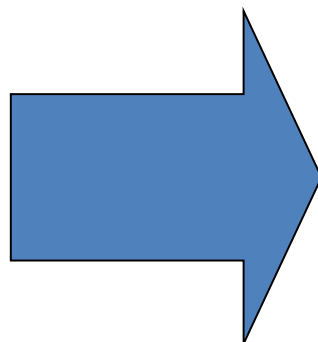
## Риски:

- Социальные протесты: часть тех, кто раньше не платил, будут вынуждены платить
- Ограниченное влияние на неформальные платежи



## НОВЫЕ ФОРМЫ СОЧЕТАНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО И ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- При покупке полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), включающего существенную часть медицинской помощи, входящей в программу обязательного медицинского страхования (ОМС), страховщик по ДМС получает из системы ОМС за данного застрахованного определенную сумму средств



### Риски:

- Система ОМС потеряет часть средств
- Цена страховок по ДМС уменьшится незначительно, привлекательность ДМС для населения и работодателей не усилится

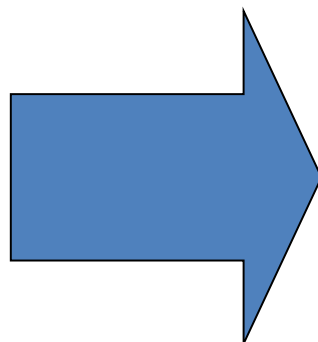






## СОФИНАНСИРОВАНИЕ СТРАХОВОГО ВЗНОСА НА ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

- Разрешение страховым медицинским организациям в ОМС предлагать услуги сверх программы ОМС и устанавливать дополнительный взнос
- Взнос на ОМС делится на два компонента:
  - солидарный взнос
  - взнос в выбранную страховую медицинскую организацию



### Риски:

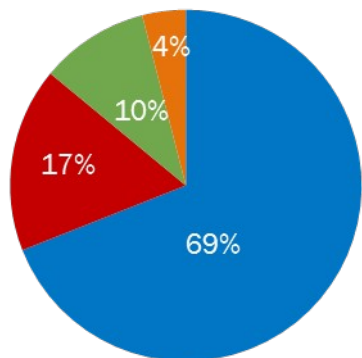
- Не получит распространения из-за того, что перечень видов помощи, включенных в базовую программу ОМС, очень широк, и брать дополнительный взнос можно будет только за повышенный комфорт и дополнительные виды помощи



# РЕЗЕРВЫ УЛУЧШЕНИЯ СТРУКТУРЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

## Структура причин госпитализаций

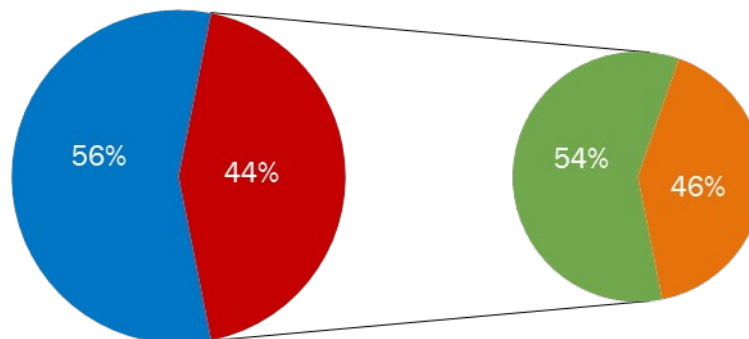
Почти треть всех госпитализаций пациентов связана с неэффективной работой первичного звена



- Осложненное течение заболевания
- Неэффективность лечения в поликлинике
- Отсутствие диагностического оборудования в поликлинике
- Социальные причины

## Структура затрат на госпитализацию

Почти половина госпитализаций граждан пенсионного возраста имеет не медицинские, а социальные причины



- Затраты на лечение детей и работающих
- Затраты на лечение пенсионеров
- Обоснованные по медицинским показателям
- Диагнозы, не требующие госпитализации

**Обращение к стационарной помощи в России очень часто обусловлено недоступностью лекарств при амбулаторном лечении.**

Источник: данные РОСНО



## К ИНТЕГРИРОВАННОЙ СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: МОДЕРНИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ

### ➤ Преодоление разобщенности между поликлиникой и стационаром

- ▶ Лишь 25% врачей поликлиник получают необходимую информацию обо всех случаях госпитализации больных с хроническими заболеваниями, за которыми они обязаны вести постоянное наблюдение

### ➤ Расширение профиля участкового терапевта и педиатра

- ▶ В Чувашии врачи общего профиля успешно выполняют 30-50% функций по отдельным категориям врачей-специалистов и аккумулируют информацию о всех медицинских услугах, получаемых постоянно обслуживаемым населением

### ➤ Механизмы управления хроническими заболеваниями

- ▶ Выявление больных, их обучение, постоянное наблюдение с акцентом на предотвращение обострений
- ▶ Дополнительная оплата за результаты (например, за охват лечебными мероприятиями больных диабетом, снижение осложнений, частоты вызовов скорой медицинской помощи и уровня госпитализации)
- ▶ В Англии доход врача общей практики увеличивается на 25% при достижении показателей программ управления хроническими заболеваниями

### ➤ Усиление конкуренции, в том числе за счет вовлечения НКО и коммерческих структур медицинского профиля



## К ИНТЕГРИРОВАННОЙ СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: РЕСТРУКТУРИЗАЦИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ

- Преодоление диспропорций в структуре коечного фонда
- Открытие или расширение отделений консультативного приема в больницах крупных городов для повышения доступности консультаций квалифицированных специалистов и диагностических исследований без госпитализации
  - ▶ В крупных городах доступность этих услуг низка: по мнению половины врачей стационаров, доля плановых больных, получивших все необходимые диагностические исследования на амбулаторном этапе до поступления в стационар, не превышает 30% (результаты исследования ГУ-ВШЭ)
- Укрупнение больниц в крупных городах за счет объединения маломощных подразделений
- Формирование многоуровневой системы стационарной помощи: больниц для лечения острых заболеваний и больниц для реабилитации и долечивания
  - ▶ Англия: в больницах сестринского ухода расходы на пребывание больного в 3-4 раза ниже
  - ▶ Россия – единственная европейская страна, где отсутствует разделение на больницы кратковременного и долговременного лечения



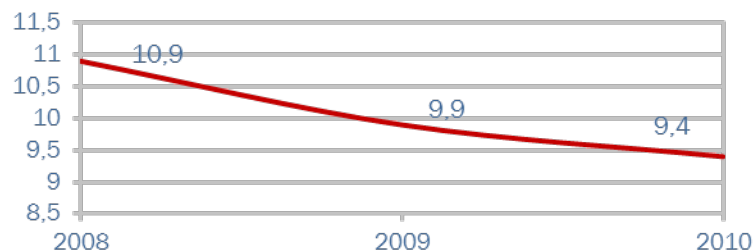
# ГОСУДАРСТВЕННОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВАМИ

Сравнение подушевого ВВП  
и уровня государственного  
участия в расходах на лекарства



- Россия
- Польша
- Венгрия
- Эстония
- Словакия
- Чехия
- Франция
- Германия
- Англия

Доля населения РФ, получающего  
возмещение ЛС из бюджетов  
всех уровней, в %



- Расходы из бюджетов всех уровней на льготное лекарственное обеспечение
  - Расходы населения на лекарства на амбулаторном лечении
- Источник: МЗСР, 2010



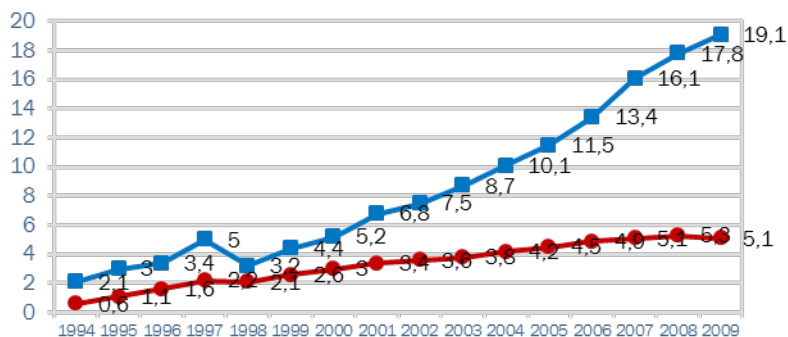
## ПОЭТАПНОЕ СОЗДАНИЕ СИСТЕМЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО СТРАХОВАНИЯ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ

- Высокий уровень отказов от лечения из-за дороговизны лекарств
  - ▶ По данным опроса ФОМа, в 2009 г. 54% граждан вынуждены периодически, а 29% – часто отказываться от покупки лекарств из-за их дороговизны
  - ▶ 78% респондентов, страдающих хроническими заболеваниями, отметили проблемы с доступностью лекарств из-за их дороговизны
- Регулирование цен осуществляется только в отношении препаратов, относящихся к перечню жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП)
  - ▶ Однако, как показывает анализ, 27,1% упаковок лекарств, необходимых для лечения пациента из льготной категории населения и почти две трети объема лекарственных средств, необходимых остальному населению (66,6% в стоимостном выражении), не включены в список ЖНВЛП
- Возмещение затрат на покупку рецептурных лекарственных средств при нынешней структуре потребления препаратов для амбулаторного лечения: 213 млрд. руб., или 1 345 руб. на жителя в год (17,5% подушевого норматива программы государственных гарантий)
- Работа над оценкой потенциального влияния возмещений на рынок лекарственных средств



# ПЛАТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ И ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ (ДМС)

Динамика расходов населения на лекарства и медицинские услуги (млрд. руб., в ценах 1994 г.)



Объемы рынка ДМС и платных медицинских услуг значительны:

- ▶ Платные услуги - 223 млрд. руб. в 2009 г.
- ▶ Взносы на ДМС – 74 млрд. руб. в 2009 г.

— Расходы населения на медикаменты и лекарственные средства  
— Расходы населения на платные медицинские услуги

## Возможные последствия для системы оказания медицинских услуг

### ДОСТУПНОСТЬ:

Рост объема платных медицинских услуг снижает доступность медицинской помощи для населения и требует государственного регулирования

### КАЧЕСТВО И ИННОВАЦИИ:

Управляемое развитие рынка платных медицинских услуг способно дополнять бесплатное обслуживание, стимулировать развитие конкуренции и внедрение инноваций

1. Разработка закона «О добровольном медицинском страховании»

2. Государственное регулирование рынка медицинских услуг



## ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО РЕГУЛИРОВАНИЮ РЫНКА ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

### ➤ Разработка закона «О добровольном медицинском страховании», включая:

- ▶ Определение условий функционирования добровольного медицинского страхования
- ▶ Определение величины предельной страховой суммы в отношении застрахованных лиц, а также основания для отказа в выплатах пациентам
- ▶ Правила формирования страховых резервов (на основе оценок индивидуального риска наступления страхового случая)
- ▶ Установление правовых оснований для доступа к сведениям, составляющим врачебную тайну, страховым медицинским организациям
- ▶ Определение прав страховщиков на изучение первичной медицинской документации и проведение медико-экономической экспертизы объема и качества медицинских услуг
- ▶ Обеспечение возможности сочетания обязательного и добровольного медицинского страхования

### ➤ Государственное регулирование рынка платных медицинских услуг

- ▶ Условия предоставления платных медицинских услуг в государственных и муниципальных учреждениях (ограничение объемов предоставления платных услуг или запрет на предоставление платных медицинских услуг)
- ▶ Контроль издержек медицинских организаций, предоставляющих платные медицинские услуги
- ▶ Требования к информированию пациентов о платных медицинских услугах
- ▶ Механизмы контроля качества платных медицинских услуг
- ▶ Регулирование ставок страховых премий в секторе добровольного медицинского страхования





## РАЗВИТИЕ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ»

### ➤ Уточнение приоритетов проекта в пользу:

- ▶ немедицинских факторов укрепления здоровья населения
- ▶ подготовки и повышения квалификации медицинских работников (2006-2010 г. – 0,2% средств проекта)
- ▶ институциональных изменений (2006-2010 г. – 1,4% средств проекта)

### ➤ Конкурсное распределение средств на реализацию региональных программ комплексного укрепления здоровья населения. Программы должны предусматривать обязательства по достижению в среднесрочном периоде конкретных результатов, как минимум, в следующих областях:

- ▶ содействие здоровому образу жизни и приобщение населения к физкультуре и спорту
- ▶ повышение доступности и качества первичной медицинской помощи
- ▶ реструктуризация сети лечебно-профилактических учреждений и усиление конкуренции в оказании медицинской помощи, в том числе за счет участия НКО и коммерческих организаций здравоохранения
- ▶ защита прав пациентов
- ▶ снижение вредного воздействия окружающей среды на здоровье населения
- ▶ развитие кадрового потенциала и материально-технической базы здравоохранения



## ПРОБЛЕМЫ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ С ДРУГИМИ ГРУППАМИ

- Возможности государства по финансированию сферы охраны здоровья
- Как обеспечить бюджетное финансирование комплексной политики охраны здоровья
- Централизация vs децентрализация
- Госзакупки: установление экологических требований при проведении государственных закупок товаров (работ, услуг)
- Способы мотивирования населения к здоровому образу жизни
- Политика налоговых льгот для населения и предприятий
- Использование спортивных помещений образовательных учреждений
- Усиление пропаганды здорового образа жизни в образовательной деятельности

**Благодарим  
за внимание!**

