

«Теория ограничений» (Theory of Constraints, ТОС) - альтернативный подход к сбалансированности Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи

В.В. Власов, президент межрегиональной общественной организации «Общество специалистов доказательной медицины»

О.Ю. Пиданов, заведующий отделением кардиохирургии ФГБУ «Клиническая больница» УПД Президента РФ

А.В. Рагозин, ведущий научный сотрудник НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Москва, 2016

Кризис, падение производства и доходов бюджета требуют срочной модернизации Программы госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи - главного инструмента баланса между платёжеспособностью государства и его конституционных обязательств перед населением

**Для решения задачи сейчас предлагается
(см. предложения НИИ Минфина)**

**т.н. «счетоводческий» подход – сведение баланса ПГГ
за счет сокращения доступности помощи населению:**

- сокращение числа имеющих право на бесплатную медицинскую помощь (определение групп «нуждающихся» и «не нуждающихся») и дальнейшее углубление фактически всегда существовавшего в СССР и РФ неравенства прав граждан («ведомственная» медицина и пр.);**
- соплатежи населения и расширение зоны платности;**
- лимиты и ограничения в рамках гарантий бесплатной помощи: по числу обращений и вызовов врача, по времени обращения, по «классу» нуждающихся, и пр.**
- дальнейшее сокращение медицинской инфраструктуры.**

Представляется, что данный подход:

- свидетельствует о плохой информированности его апологетов о реальных «зонах неэффективности» ОМС.**
- игнорирует растущее недовольство системой ОМС со стороны населения, профессионального сообщества и руководства страны и возможность её замены бюджетной моделью.**
- противоречит мировой практике общественного здравоохранения, устанавливающей его ключевой задачей обеспечение максимального равенства в доступе к медицинской помощи;**
- в условиях России ведёт к росту рисков социально-политической нестабильности (ранее проведенные сокращения медицинской инфраструктуры, бедность населения, его низкая удовлетворенность доступностью и качеством помощи, уже достигнутый высокий уровень соплатежей).**
- лишен системного подхода – не учитывает риск нарастания хаоса в управлении отраслью**

Альтернатива – метод «теории ограничений» -Theory of Constraints, ТОС:

- выявление наиболее системно значимых зон неэффективности (т.н. «ключевых ограничений») системы ОМС, решение которых необходимо независимо от выбора модели (бюджетной или страховой).

- управление «ключевыми ограничениями» с целью роста эффективности системы ОМС (баланс между её платёжеспособностью, обязательствами, удовлетворенностью населения и показателями его здоровья);

- после устранения выявленных «ключевых ограничений» - поиск и решение других, менее значимых.

Преимущество ТОС – концентрация ресурсов и управленческих усилий на устранение наиболее важных «узких мест» сложной системы, что снижает риск управленческих решений и дает эффект, намного превышающий результат одновременного воздействия на большинство проблемных областей системы.

Наиболее значимые «ключевые ограничения» системы ОМС:

- 1. ЛПУ превращены в экономический «чёрный ящик»:** никто не знает реальную себестоимость приобретаемых системой ОМС медуслуг – отсюда экономически необоснованные тарифы ОМС и идеальные условия для злоупотреблений, коррупции и неэффективного расходования средств ОМС и бюджета.
- 2. Фонды ОМС и СМО не управляют рисками организации медицинской помощи, нет системы поддержки пациентов** – высокие необоснованные издержки из-за хаотичной обращаемости, несвоевременности, отсутствия этапности и преемственности помощи.
- 3. Выгодней лечить, а не излечивать:** нет мотивации для врачей и пациентов для выбора методов лечения с доказанной наибольшей эффективностью – необоснованные издержки, низкая эффективность медицинской помощи. **Если в СССР поощрялось «содержание ЛПУ», то сейчас поощряется процесс лечения (визиты и госпитализации, в т.ч. и в рамках КСГ), а не его результат.**

1. ЛПУ превращены в экономический «чёрный ящик»:

Системная ошибка: отменив нормативно-сметное финансирование ЛПУ (позволявшее жёстко контролировать обоснованность их расходов) и не решившись на их приватизацию (т.е. на появление собственника, заинтересованного в эффективности затрат) - не ввели единую систему отнесения затрат ЛПУ, позволив им самостоятельно определять свою учетную политику:

А) Никто не знает реальную себестоимость приобретаемых ОМС медуслуг: в каждом ЛПУ три разных себестоимости («кассовая», «налоговая» и «фактическая»), и ни одна из них не является реальной;

Б) Контроль экономической эффективности ЛПУ невозможен (подменён контролем правильности «оформления» затрат и процедур закупок).

В) Тарифы ОМС экономически не обоснованы: не опираются на фактические затраты на оказание медуслуг, а берутся «с потолка» (исходя из выплат прошлых лет), а также исходя из административного «веса» ЛПУ и/или их умения «договариваться» (точно также, как в СССР «выбивались» койки и фонды).

Г) Созданы идеальные условия для злоупотреблений и неэффективного использования средств бюджета и ОМС (приписки, закупки по завышенным ценам, приобретение ненужного оборудования и материальных запасов, «космические» зарплаты администрации и пр.).

Решение:

необходима или массовая приватизация ЛПУ, или срочное формирование единой системы учета их затрат и формирование тарифов ОМС на основе расчета реальной себестоимости медуслуг конкретных ЛПУ.

На этой основе – контроль экономической эффективности работы главных врачей, снижение коррупции и неэффективных затрат.

Примерная оценка экономического эффекта:

Только по линии снижения коррупциогенности системы ОМС экономия может составить до 10% от средств ПГГ

2. Фонды ОМС и СМО не управляют рисками организации медицинской помощи, нет системы поддержки пациентов

А) У ЛПУ разные уровни компетенции по различным видам помощи, ни одно ЛПУ не способно оказать весь спектр помощи

Б) В рамках страховой модели ЛПУ заинтересованы в извлечении максимума доходов от каждого (в т.ч. «непрофильного») обращения; в рамках «подушевого финансирования» им не выгодно направлять пациентов в другие ЛПУ даже когда есть очередь или отсутствует нужный специалист.

В) Для обеспечения своевременности, этапности и преемственности лечения – а также для снижения неэффективных расходов - страховщик обязан управлять рисками организации медицинской помощи, в том числе в форме поддержки пациентов в период её получения.

Г) Сейчас в ОМС России риски организации помощи лежат на самих пациентах и их близких, не обладающих для этого знаниями, вынужденных самостоятельно искать нужное ЛПУ и договариваться с врачами.

Д) Поддержка пациентов сейчас осуществляется дешёвым (во всех отношениях) информированием и бюрократической работой с жалобами.

Е) Результат – высокий уровень неэффективных издержек в системе ОМС:

-Хаотический характер обращаемости

-Несвоевременность помощи, отсутствие в ней этапности и преемственности

- Оказание ненужных услуг, их дублирование, навязывание платных услуг

- Рост издержек на лечение осложнений

Решение:

Использование СМО опыта страховщиков ДМС по управлению рисками организации медицинской помощи и поддержке пациентов через технологии массового обслуживания с использованием call-центров, размещаемых в регионах с низкой ценой труда и/или с высокой безработицей среди врачей, что позволяет повысить эффективность затрат:

- обеспечить своевременность, этапность и преемственность помощи;
- свести к минимуму число ненужных обращений;
- помочь пациенту выбрать наиболее эффективное для его случая ЛПУ;
- избежать очередей, ограничить "аппетиты" ЛПУ в навязывании ненужных или платных услуг;
- снизить число жалоб и осложнений.

Примерная оценка экономического эффекта

Расходы на систему организации помощи и поддержки застрахованных ОМС в масштабах всей страны – около 4 млрд. рублей в год:

- данная система давно отлажена у всех страховых групп (для обслуживания застрахованных ДМС) – необходимо лишь создание дополнительных рабочих мест, адаптация информационной базы и системы коммуникаций для работы с ЛПУ
- 146,5 млн. застрахованных ОМС
- если на первом этапе ограничить поддержку застрахованных ОМС наиболее серьезными случаями (неотложная и стационарная помощь, работа с активными жалобами и т.н. "трудными" пациентами, в т.ч. больных с тяжелыми хроническими болезнями) - норматив по обслуживанию примерно 20 000 застрахованных на 1 специалиста, т.е. СМО необходимо дополнительно привлечь 7 325 сотрудников
- с учетом сложившихся нормативов затрат расходы на 1 сотрудника (заработная плата с начислениями, рабочее место и услуги связи) - 45000 рублей ежемесячно

Ожидаемый эффект от внедрения системы:

снижение расходов на оплату медицинской помощи в рамках ПГГ в масштабах всей страны не менее чем на 40% с одновременным ростом её эффективности и удовлетворенности населения

- По результатам опросов специалистов ДМС ведущих страховщиков РФ, отказ страховщика ДМС от системы организации медицинской помощи и поддержки пациентов эквивалентен росту текущих выплат в ЛПУ на 40-60% только по обращениям (без учета издержек на жалобы и лечение осложнений).
- При этом большинство застрахованных ДМС - относительно здоровые люди трудоспособного возраста, а значительная часть застрахованных ОМС - дети, старики и люди с хроническими тяжелыми заболеваниями, «цена» плохо организованной помощи которым ощутимо выше.

3. Сейчас системе ОМС выгодно лечить, а не излечивать.

На примере мерцательной аритмии (МА):

- 1. Общее число больных в России - около 2,5 млн.**
- 2. Независимый предиктор летального исхода при различных болезнях, увеличивает смертность в популяции 1,5 -1,9 раза**
- 3. Число госпитализаций в России около 1,3 млн. ежегодно**
- 4. Суммарное число дней нетрудоспособности в России примерно 3,4 млн. дней в год**
- 5. Одна из ведущих причин сосудистой деменции, Когнитивных нарушений у пожилых и хронической сердечной недостаточности.**
- 6. Каждый пятый инсульт – следствие МА.**

Современные подходы к лечению мерцательной аритмии и их распространенность в России



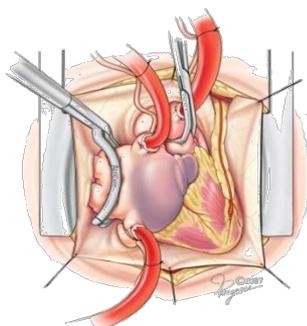
**Медикаментозная
терапия**

**Около 2,5 млн.
пациентов в год**



**Катетерная
абляция**

**Около 8500 пациентов
в год***



**Хирургическое
лечение**

**Около 200 пациентов
в год ***

***- Л. А. Бокерия, Р. Г. Гудкова «Сердечно-сосудистая хирургия-2014 ;
Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения»**



Сравним медико-экономическую эффективность трёх базовых стратегий лечения МА на примере 100 пациентов (50 человек – пароксизмальная МА, 50 человек – персистирующая МА) в течение 5 лет

Примерные медико-экономические результаты сравнения трёх базовых подходов к лечению МА на модели 100 пациентов в течение 5 лет

РЕЗУЛЬТАТ	Медикаменты	Катетерная абляция	Хирургическое лечение
Излеченных	0	40	90
Нуждающихся в пожизненном амбулаторном лечении МА	100	60	10
Смерть	15	9	3
Инсульт	16	9	2
Осложнения	40	24	7
Расходы на стационар	92 млн. руб.	91 млн. руб.	48 млн. руб.

Предлагаемый подход к конкретизации ПГГ

1. При установлении диагноза МА Пациент или его законный представитель подписывает информированное согласие:
 - А) Информировуется о невозможности излечения МА в рамках медикаментозной терапии и об её более высоких рисках (инсульт, угрожающее жизни нарушение ритма, сердечная недостаточность, рост риска смерти и пр.). Не информирование – штраф ЛПУ.
 - Б) В случае пароксизмальной формы МА и при отсутствии медицинских противопоказаний предлагается выбрать между катетерной аблацией и хирургическим лечением, с изложением преимуществ и рисков обеих методик
 - В) В случае персистирующей формы МА и при отсутствии медицинских противопоказаний предлагается хирургическое лечение
 - Г) В случае отказа Пациента от аблации и хирургического лечения в рамках ПГГ оплачивается только неотложная помощь (амбулаторное и плановое стационарное лечение МА – за счет самого пациента). За Пациентом сохраняется право в любой момент времени обратиться за выполнением аблации или хирургического лечения.
 - Д) В случае медицинских противопоказаний для аблации и/или хирургического лечения, а также в случае их неэффективности сохраняется полный объем лечения МА в рамках ПГГ.

**Благодарим за
проявленное терпение
и внимание**