



СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
НАУК О ЖИЗНИ

«Экономические аспекты телемедицины (ТМ)»*

Шадёркин Игорь Аркадьевич

Кандидат медицинских наук, заведующий лабораторией электронного здравоохранения Института цифровой медицины ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Врач-уролог

info@uroweb.ru

Экспертная встреча представителей IT- отделов медицинских организаций

30 ноября 2021, Москва, Россия

*Российский журнал телемедицины и электронного здравоохранения
2021;7(3):65-72; <https://doi.org/10.29188/2712-9217-2021-7-3-65-72>

Аргументы в «поддержку закона о ТМ», 2016-2018 гг

- ТМ сделает доступной медицинскую помощь в отдаленных регионах
- ТМ и ТМ-технологии снизят экономические затраты на медицинскую помощь
- Основным игроком на рынке ТМ-услуг станет государство

2020 год – год COVID-19

- С марта по август 2020 года многие государственные ЛПУ были перепрофилированы под оказание помощи пациентам с COVID-19
- **Изоляция, но частные клиники не закрыли** – число пациентов значительно уменьшилось
- Частные клиники стали предлагать дистанционные ТМ-консультации своим пациентам в разных форматах: WhatsApp, Viber, Telegram, телефонные звонки специализированные ТМ-платформы
- Первый опыт использования ТМ в частной практике показал **свою экономическую неэффективность**
- В государственных ЛПУ не произошел скачок внедрения дистанционных технологий, особенно в направлении **«пациент-врач»**

В России сосуществуют 5 экономических моделей финансирования здравоохранения

- **Обязательное медицинское страхование (ОМС)** – приходится **56,8%** оборота. По сути ОМС – завуалированная, доставшаяся в наследство от СССР бюджетная система финансирования здравоохранения, не являющаяся классической страховой моделью и неоднократно подвергающаяся критике
- **Бюджетное целевое финансирование** – **15,8%** (часть высокотехнологичной медицинской помощи, квоты, целевые субсидии и др.) Практически выполняют одни и те же задачи с ОМС.
У первой и второй модели бенефициаром является государство, финансовые интересы которого довольно размыты, находятся под влиянием мнений конкретных людей, принимающих решения, и, по большому счету, должны быть направлены не на извлечение прибыли от здравоохранения, а на максимальную экономию средств при выполнении своих социальных обязательств перед населением.
- **Частная система здравоохранения** (включая платные услуги на базе ЛПУ с государственной формой собственности) – **15,8%**, включая коммерческие услуги в государственных ЛПУ, Rocket Pay. Бенефициаром является конкретный владелец клиники или другой организации, оказывающей медицинские услуги.
- **Добровольное медицинское страхование (ДМС)** – **4,9%**, является реальной страховой моделью, но в РФ окончательно не сформирована в силу непроработанности законодательной базы и недостаточной информированности населения, закрепленного в Консисденции РФ права на бесплатную всеобъемлющую медицинскую помощь и сложившегося за годы СССР стереотипа потребления медицинских услуг.
- **Теневой сектор рынка медицинских услуг** – приходится **6,7%** от стоимостного объема медицинского рынка страны. Бенефициаром является врач или другой медицинский работник, оказывающий медицинскую помощь. В этой модели стоит отметить очень короткий, но находящийся вне закона, путь финансовых средств с минимальными издержками: сколько пациент потратил на оплату, столько врач и получил.

Матвиенко раскритиковала систему ОМС за неэффективность. <https://www.remedium.ru/news/detail.php?ID=73775>

Врачи назвали главные недостатки системы ОМС. URL: <https://www.rbc.ru/society/30/06/2020/5ef9ffcb9a7947326fd659b9>

Что не так с современной системой здравоохранения? Коронавирус раскрыл проблемы ОМС. <https://www.klerk.ru/blogs/RAMZES/508320/>

Анализ рынка медицинских услуг в России в 2016-2020 гг, оценка влияния коронавируса и прогноз на 2021-2025 гг, BisnesStat, готовые обзоры рынков.

https://businessstat.ru/images/demo/medicine_cities_russia_demo_businessstat.pdf. (In Russian)].

I. ОМС и бюджетная система финансирования

- Направлены на то, чтобы из собранных денег налогоплательщиков определенную часть, небольшую по сравнению с зарубежным опытом, прецизионно тратить на нужды ЛПУ
- Динамика реального ВВП по отношению к предыдущему году составила в 2018 г 2,5% и – 4,1% в 2020 году
- На здравоохранение тратится 3,3-4,1% ВВП
- Ситуация осложнилась пандемией COVID-19
- Вероятно, в связи с этим, ожидаемого роста числа и объемов тарифов ОМС на ТМ не произошло
- ТМ получила развитие внутри созданных Национальных медицинских исследовательских центров (НМИЦ) по профилям, где предусмотрено отдельное финансирование, привязанное к ставкам сотрудников, и введена отчетность по количеству консультаций «врач-врач»
- Кадровый дефицит
- Экономическим бенефициаром системы ОМС и бюджетной системы является государство, которое заинтересовано выполнять свои социальные обязательства, прописанные в Конституции, с минимальными затратами средств
- Представляется, что государство в лице органов исполнительной власти – МЗ РФ, региональных МЗ и Департаментов здравоохранения – видит в системе ТМ инструмент для экономии этих средств, что и отражается в принятии решений по ТМ

Ведомости. Официальный сайт. <https://www.vedomosti.ru/society/articles/2020/10/14/843300-dengi-lechat>.

Анализ рынка медицинских услуг в России в 2016-2020 гг, оценка влияния коронавируса и прогноз на 2021-2025 гг, BisinesStat, готовые обзоры рынков. https://bisinesstat.ru/images/demo/medicine_cities_russia_demo_bisinesstat.pdf

II. Частная медицина

- Для частных ЛПУ ключевым показателем является **средний чек**: прием, обследование и услуги, выполненные в единицу времени.
 - При использовании ТМ, средний чек ниже в 2-3 раза (до 5 раз), так как пациент оплачивает, как правило, только консультацию врача.
 - При этом времени на телемедицинский прием тратится не меньше, чем на обычный, а, порой, и больше.
 - Риск врача выше, так как часто не хватает медицинских данных для принятия клинического решения, да и диагноз, и назначения лекарственных препаратов, согласно Закону, делать нельзя.
 - Пациент ожидает не только решения своей медицинской проблемы в заочном формате, но и уверен в ее низкой стоимости по сравнению с очной консультацией.
- В большом числе случаев телемедицинских консультаций врач **не соблюдает требования закона**: ставит диагноз, консультирует не с рабочего места, лицензированного по профилю, по которому оказывается ТМ консультация, использует технологические решения, не соответствующие требованию ФЗ (SKYPE, ZOOM, WhatsApp и пр.)
- Телемедицину частные клиники чаще всего используют для привлечения пациентов в клинику на очный прием (так называемая, **лидогенерация**) и/или как конкурентное преимущество перед другими клиниками
- **Перспективным и экономически оправданным** для частной системы здравоохранения может быть **дистанционный мониторинг** состояния пациентов. Формирование на базе дистанционного мониторинга программ, которые пациент покупает «сразу» и «по частям» может иметь экономическое обоснование для клиник, так как позволяет повысить средний чек пациента за счет продажи дополнительных (к консультации, обследованию, манипуляциям) услуг, удержать пациента как клиента клиники, повысить лояльность пациента.

III. ДМС

- Задача страховой системы:
 - снизить затраты на оказание медицинской помощи
 - при этом сохранить пул лояльной застрахованной аудитории
- Представители ДМС заинтересованы во внедрении ТМ-технологий
- Использование ТМ с точки зрения увеличения клинической эффективности имеет экономическую целесообразность

IV. Теневой сектор рынка медицинских услуг

- Незначительные финансовые издержки. Фактически у таких медицинских услуг нет себестоимости или она минимальная за счет того, что эти услуги оказываются на базах, где уже «за все заплачено» ЛПУ, в котором работает врач или другой медицинский сотрудник
- Законодательные ограничения применения ТМ технологий (консультация из кабинета, где есть лицензия, запрет на постановку диагноза, использование специальных сервисов для ТМ консультирования, информированные согласия, система идентификации и аутентификации, другое) для врачей являются лишь формальностью, порой о которой многие из них не только не знают, но и не задумываются
- Играет осознание врачом, что он движим «благородными» целями помощи пациенту всеми доступными для этого способами.
- Отсутствие формальной «пострадавшей стороны», при соблюдении этики/деонтологии
- Закон, регламентирующий применение ТМ, входит в противоречие с устоявшейся рутинной клинической практикой
 - консультированию пациентов по телефону
 - обязательства врача оказывать медицинскую помощь если врач не находится на рабочем месте (в транспорте, на улице)
 - родственник и знакомые, которых «надо проконсультировать по телефону» и обязательно поставить диагноз и назначить лечение
 - двойные стандарты – широкое информирование в СМИ об открытии ковидных ТМ на базе спортивных площадок и московских школ, диспансеризация и вакцинация в парках и торговых центрах

Выводы

- **ТМ-технологии** на этапе становления, внедрения, развития и дальнейшего функционирования **требуют финансирования**
- **Не оправдано ожидать** от внедрения ТМ-технологий **снижения затрат на здравоохранение**
- В частной системе здравоохранения ТМ-технологии в формате **ТМ-консультаций не являются экономически выгодными**. Представители частных клиник используют ТМ как элемент **лидогенерации**
- Экономически оправданными с точки зрения частных клиник являются **дистанционные технологии мониторинга**, встраиваемые в программы ведения пациентов
- **Экономически целесообразным** видится применение ТМ во всех ее вариантах, включая ТМ-консультирование, в системе ДМС. Однако из-за малой распространенности ДМС в России не стоит ожидать значительного роста ТМ за счет этого сектора
- **Теневой сектор** финансирования здравоохранения по-прежнему **остается лидером** в использовании ТМ в России