Ключевые направления развития здравоохранения РФ (2011-2020…?)

Засыпкин М.Ю.
д.м.н, профессор, зав.кафедрой
ОЗЗ НОУ СМИ «РЕАВИЗ»

Государственный приоритет

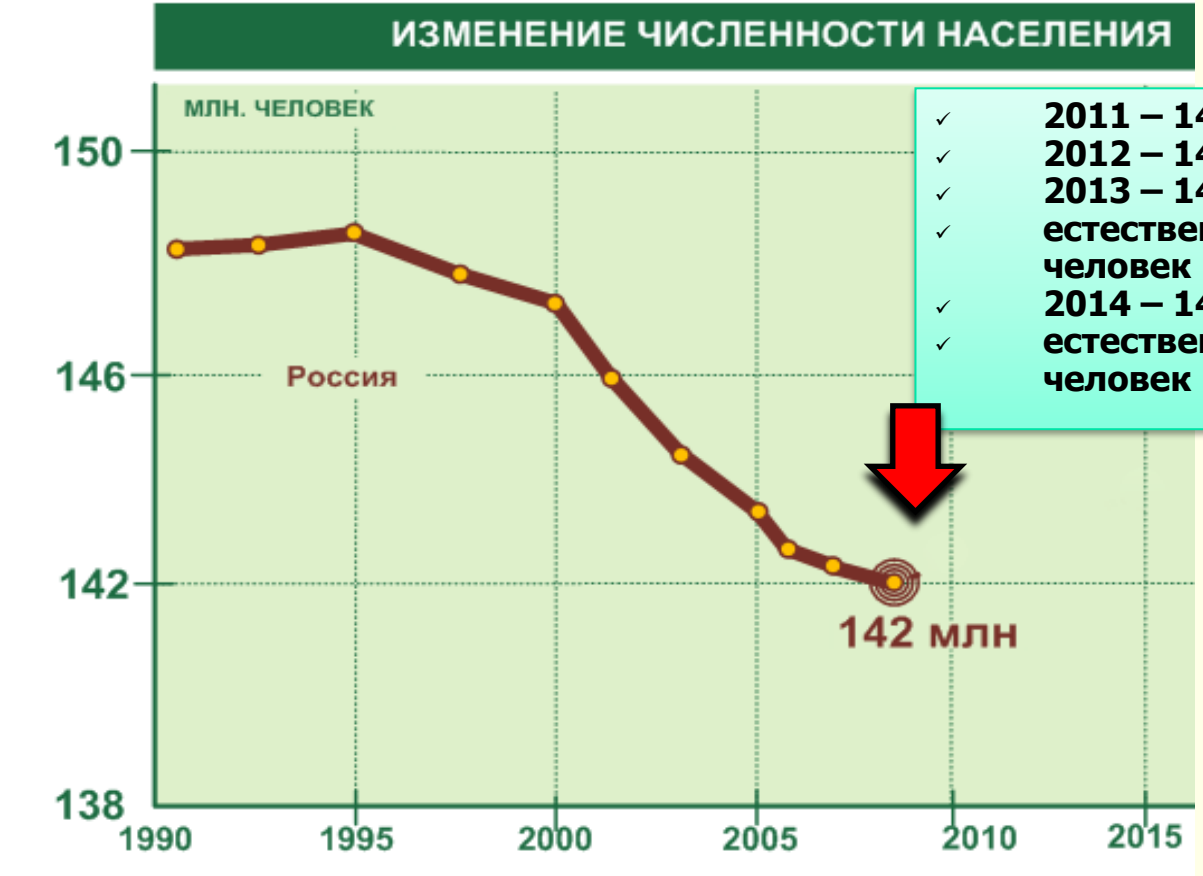
«Государственная политика в области здравоохранения осуществляется исходя из того, что жизнь и здоровье граждан являются одним из условий обеспечения национальной безопасности…»



Главные цели реформирования здравоохранения

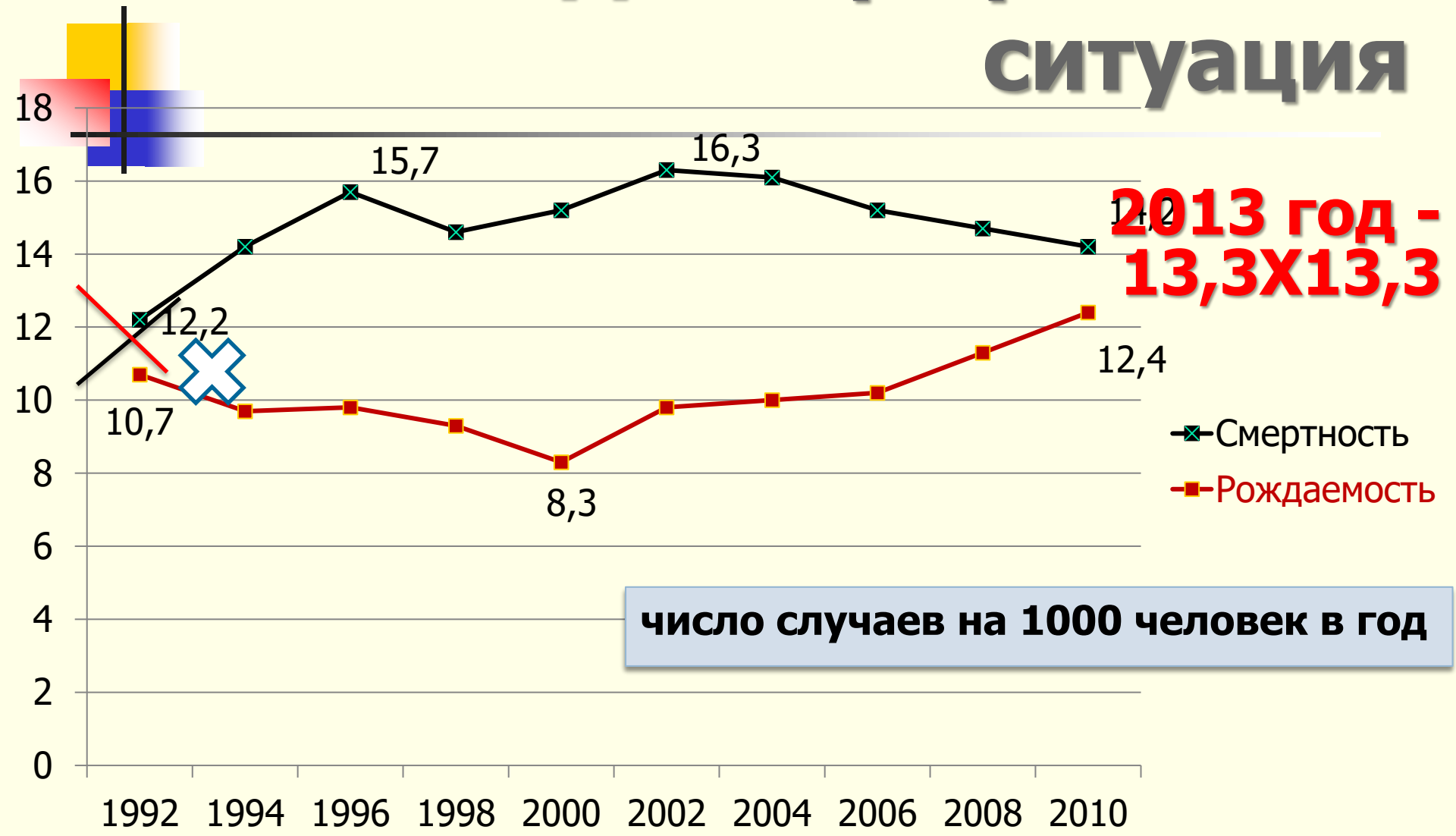
- оптимизация затрат на медицинскую помощь в условиях ограниченного финансирования
- улучшение качества ее оказания

Демографическая ситуация



- ✓ **2011 – 143 млн**
- ✓ **2012 – 143,3 млн**
- ✓ **2013 – 143,6 млн,**
- ✓ **естественный прирост + 0,023 млн. человек**
- ✓ **2014 – 146,3 млн,**
- ✓ **естественный прирост +0,019 млн. человек**

Демографическая ситуация



2013 год - 13,3Х13,3

число случаев на 1000 человек в год

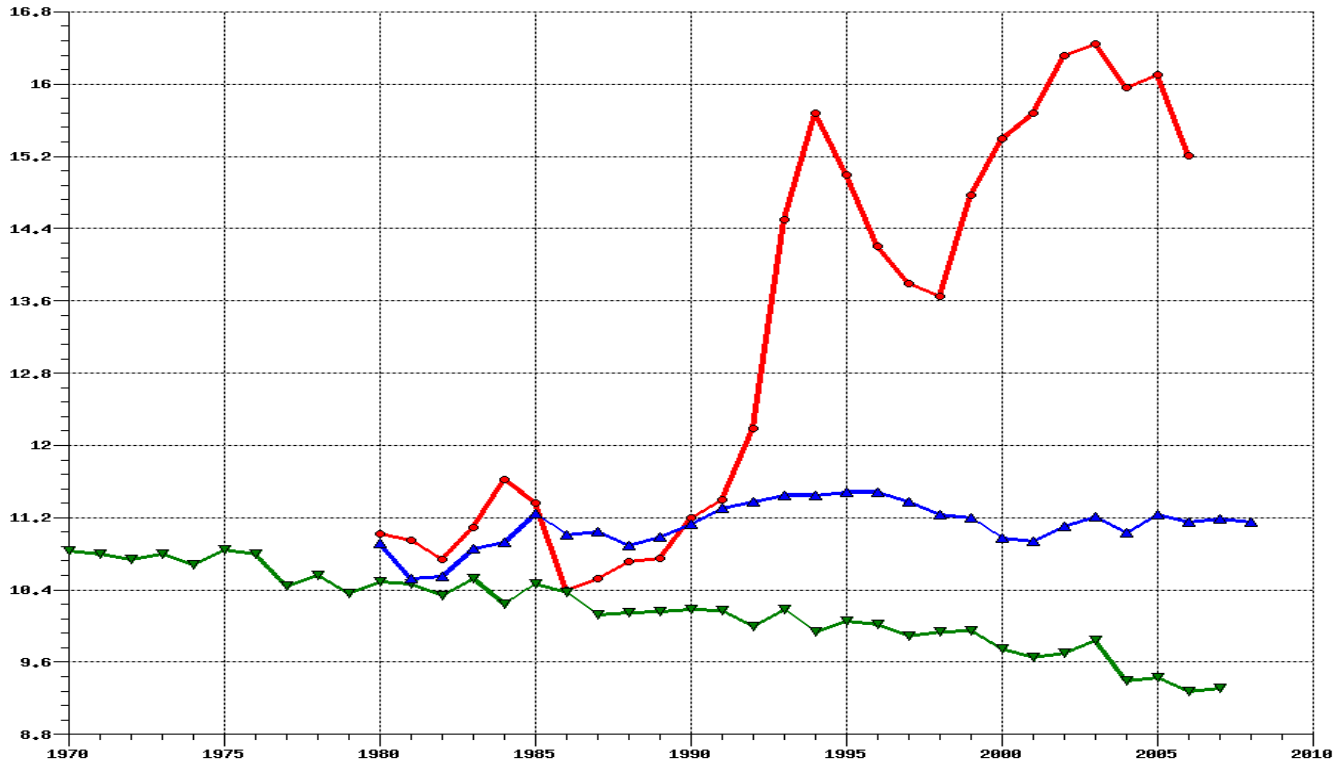
Демографическая ситуация (прогноз)

Согласно прогнозу специалистов Центра по изучению проблем народонаселения МГУ им. М. В. Ломоносова население Российской Федерации к 2025 году сократится до 124,6 млн. человек, а к 2050 году достигнет показателя в 90,6 млн. человек[28].

В 2013 году Всемирная организация здравоохранения сообщила в ежегодном докладе, что продолжительность жизни российских мужчин самая короткая среди населения Европы и Средней Азии: российские мужчины в среднем доживают лишь до 62,8 лет. В то же время занявшие первое место по продолжительности жизни мужчин израильтяне живут в среднем 80,1 года, британцы — 78,4 года, а испанцы — 78,8 года[29].

Различия в уровне смертности между Россией и странами Европы еще слишком велики

Смертность на 1000 населения



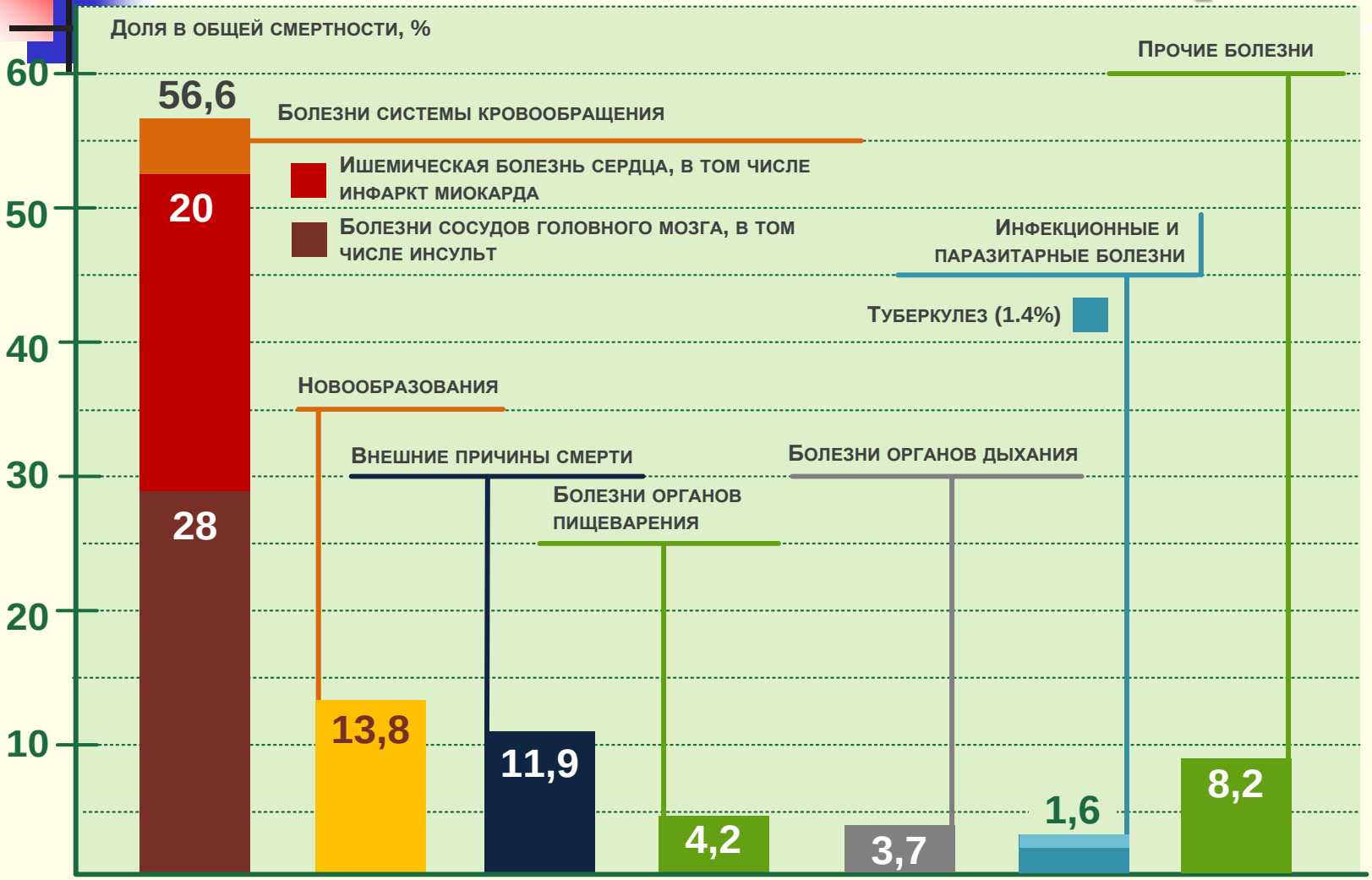
Россия

Члены ЕС с 2004 или 2007 гг. r 2007

Члены ЕС до 2004 г.

Источник: WHO/Europe, European HFA Database, January 2010

Структура смертности в Российской Федерации



- **Расходы на здравоохранение выросли:** СССР – 2,7-3% ВВП *(Всемирный Банк, 1993),* Россия – 5,3% ВВП *(ВОЗ, 2010)*

- **Доступность и качество медицинской помощи крайне низки:** лишь 22% россиян считают, что им доступна качественная медицинская помощь *(Левада-Центр, 2010)*

- **Отставание зарплат медиков от работников других отраслей** (и его последствия – вымогательство с больных, халатность, массовое «бегство из профессии», дефицит кадров, простой оборудования, безответственность).

- **По показателям здоровья населения Россия отстала от большинства бывших республик СССР**, кроме Украины, Казахстана, Узбекистана и Туркмении *(Bloomberg, 2012)*

БАЗОВЫЕ МОДЕЛИ ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:

«Бюджетная» («Социальная») модель: прямое бюджетное финансирование национальной сети лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), обязанной организовать и оказать медицинскую помощь населению по всей территории страны

«Страховая» («Рыночная») модель: оплата обращений за помощью автономные, конкурирующие друг с другом ЛПУ - как правило, через страховых посредников

Страны, использующие «СТРАХОВУЮ МОДЕЛЬ», входящие в ТОП-30 рейтинга Bloomberg, а также США и Россия

Место в рейтинге	Страна	ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КОНКУРЕНЦИЮ МЕЖДУ ЛПУ					РАСХОДЫ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ	
		Плотность населения, чел/кв.км [1]	Территория кв. км[1]	Плотность дорожной сети с твердым покрытием, км/км2 [1]	ВВП на душу населения, $, 2010 [1]	Рейтинг «Doing Business» 2012[4]	% ВВП, 2010 г.[2]	на душу населения ($, исходя из ППС, 2010 г.[2]
4	ШВЕЙЦАРИЯ	185	41 277	1,73	44 500	28	11,5	3 184
5	ЯПОНИЯ	336	377 915	2,57	34 700	24	9,5	3 204
6	ИЗРАИЛЬ	354	20 770	0,88	31 500	38	7.6	2 186
8	НИДЕРЛАНДЫ	404	41 543	3,29	42 000	31	11,9	5 038
10	ГЕРМАНИЯ	230	357 022	1,8	38 100	20	11,6	4 332
12	АВСТРИЯ	100	83 871	1,34	42 400	29	11,0	4 388
13	ФРАНЦИЯ	118	643 801	1,48	35 600	34	11,9	4 021
20	БЕЛЬГИЯ	341	30 528	5,03	37 800	33	10,7	4 025
29	Ю. КОРЕЯ	494	99 720	1,03	31200	8	6,9	2023
33	США	32	9 826 675	0,47	49 000	4	17,9	8 362
97	РОССИЯ	8	17 098 242	0,05	17 000	112	5,1	998

[1]-данные CIA — The World Factbook 2010

[2]-данные Всемирной Организации здравоохранения, 2010

[3]-Bloomberg rankings - The World's Healthiest Countries. Bloomberg, 2012

[4]-Данные Всемирного Банка, 2012

Страны - лидеры рейтинга Bloomberg, использующие принципы «Бюджетной» («Социальной») модели финансирования медицинской помощи

Место в рейтинге	Страна	ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КОНКУРЕНЦИЮ ЛПУ					РАСХОДЫ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ	
		Площадь, кв. км	Плотность населения, чел/км[1]	Плотность дорожной сети с твердым покрытием, км/км[2] [1]	ВВП на душу населения, $, 2010 [1]	Рейтинг «Doing Business», 2012[4]	% ВВП, 2010 г.[2]	на душу населения ($, исходя из ППС, 2010 г.[2]
2	ИТАЛИЯ	301 340	193	1,61	30 900	73	9,5	3 022
3	АВСТРАЛИЯ	7741220	2,8	0,07	40 800	10	8.7	2 340
7	ИСПАНИЯ	505 370	92	1,34	30 500	44	9,5	3 027
9	ШВЕЦИЯ	450 295	20	1,39	40 900	13	9,6	3 757
14	КАНАДА	9984670	3	0,05	44 100	17	11,3	4 404
15	НОВАЯ ЗЕЛАНДИЯ	267 710	15	0,23	28 000	3	10,1	3 020
18	НОРВЕГИЯ	323 802	14	0,004	53 400	6	9,5	5 426
19	ИРЛАНДИЯ	70 273	66	1,36	40 800	15	9,2	3 704
21	ВЕЛИКО БРИТАНИЯ	243 610	255	1,61	36 600	7	9,6	3 480
22	ФИНЛЯНДИЯ	338 145	15	0,15	36 000	11	9,0	3 281
23	ПОРТУГАЛИЯ	92 090	116	0,77	23 400	30	11,0	2 818
26	ДАНИЯ	43 094	128	1,69	37 000	5	11,4	4 537
28	КУБА	110 860	104	0,20	9 900		10,6	431
97	РОССИЯ	17098242	8	0,05	17 000	112	5,1	998

Выделены красным *показатели, близкие к условиям России*

Требования ВБРР



Всемирный Банк Реконструкции и Развития, Вашингтон

- Монетизация льгот
- Повсеместное введение общих врачебных практик
- Переход на «одноканальное» финансирование через коммерческие страховые организации
- Реорганизация бюджетных больниц и поликлиник в автономные учреждения
- Закрытие малопроизводительных и слаботехнологичных ЛПУ, сокращение персонала

Основные задачи

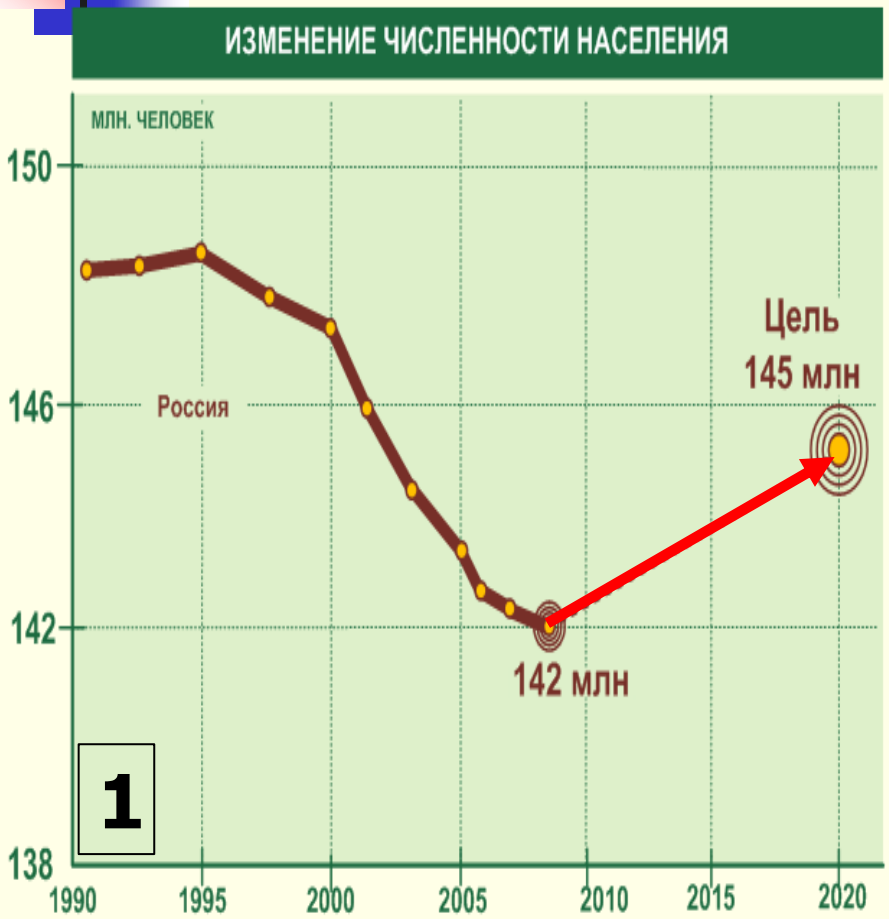
Формирование здорового образа жизни

Концепция

Качественная медицинская помощь

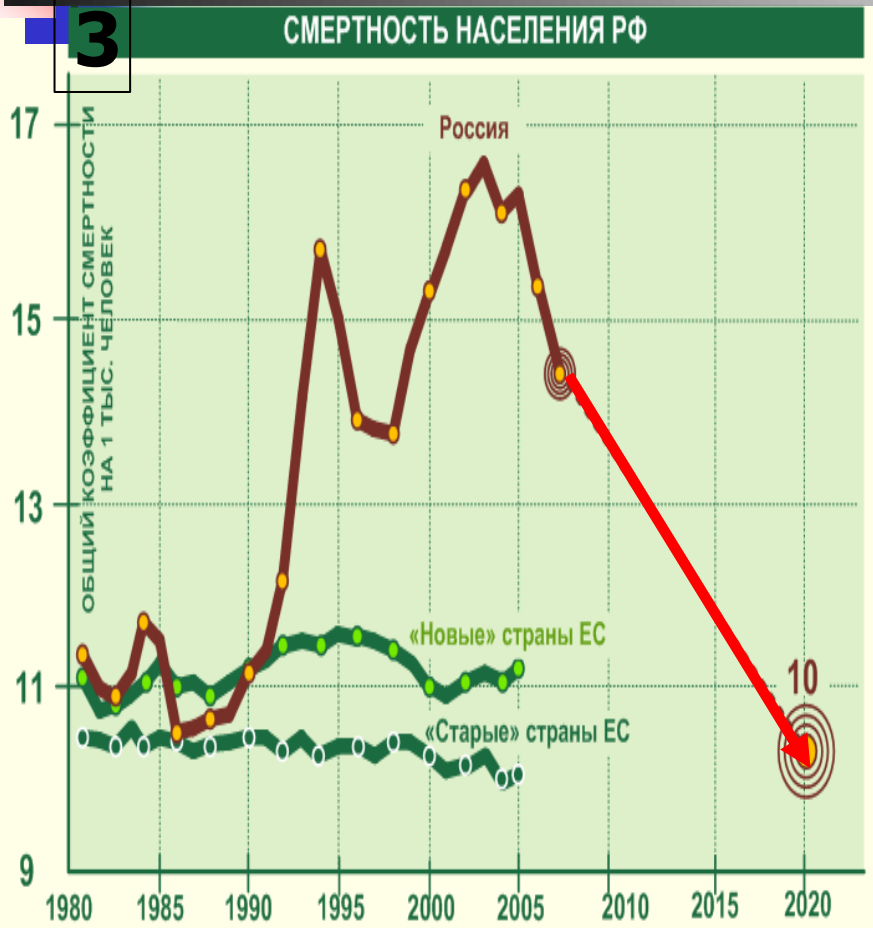
Это помощь, которая обеспечивает лучшие результаты на базе современного уровня знаний и технологий при минимально необходимых тратах на эту помощь

Цели модернизации





Цели модернизации

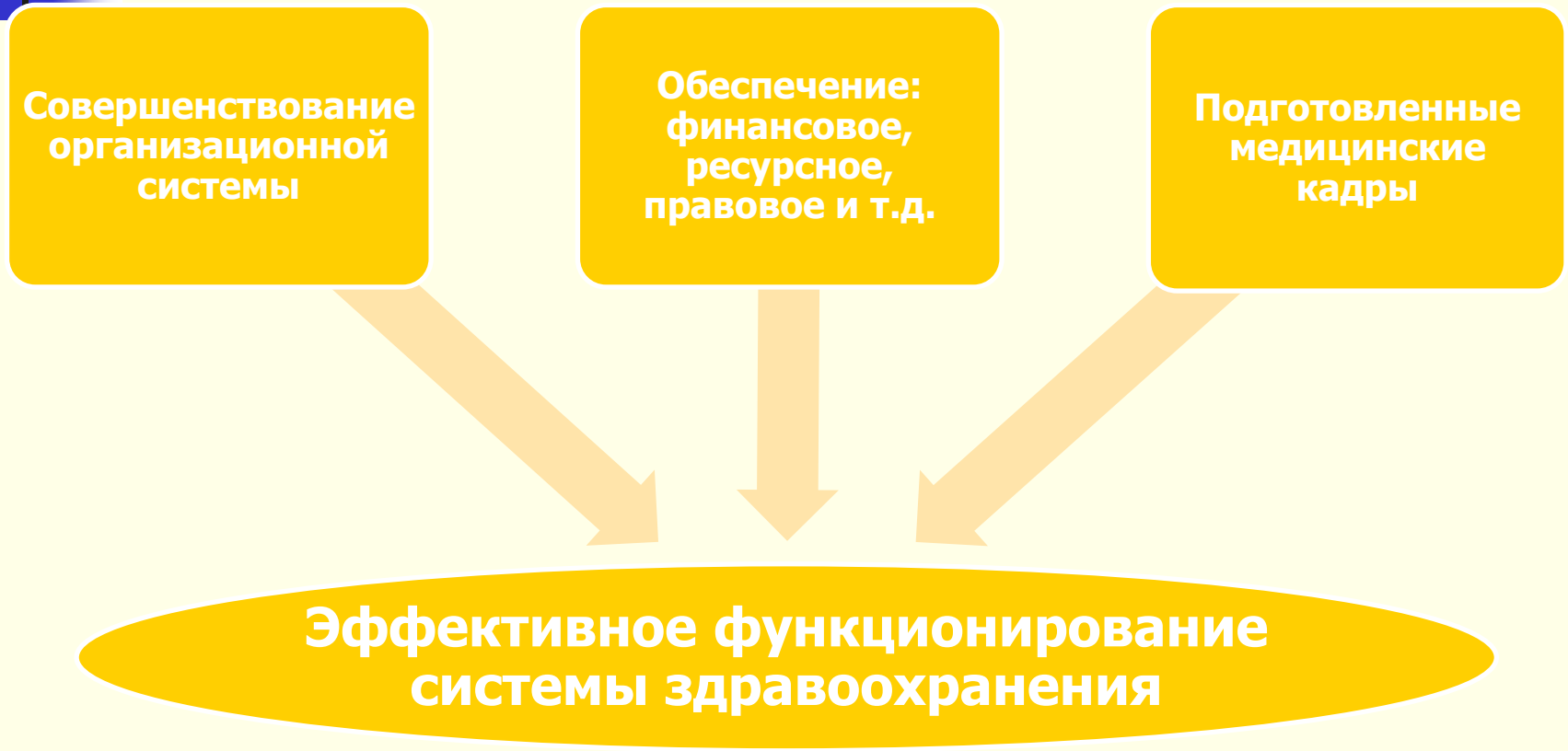


4. **Формирование ЗОЖ населения, в т.ч. снижение курения до 25% и снижение потребление алкоголя до 9 л в год на душу населения.**
5. **Повышение качества и доступности медицинской помощи.**

Задачи модернизации

1. Создание условий, возможностей и мотивации населения для ведения здорового образа жизни
2. Совершенствование системы организации медицинской помощи
3. Конкретизация государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи
4. Создание эффективной модели управления финансовыми ресурсами программы государственных гарантий
5. Улучшение лекарственного обеспечения граждан в амбулаторных условиях в рамках системы ОМС
6. Повышение квалификации медицинских работников и создание системы мотивации их к качественному труду
7. Развитие медицинской науки
8. Информатизация здравоохранения

Составляющие системы



Составляющие системы

Совершенствование организационной системы

Двухуровневая система

модель Семашко Н.А.

- **Амбулаторный уровень (поликлиника + скорая помощь)**
- **Госпитальный уровень**

За рубежом применяется многоуровневая система оказания медицинской помощи

Земская медицина



Врач общей практики

А теперь всё это будет делать один специалист!



Многоуровневая система

- Врач общей практики
- Служба доставки
- ОКНС или госпитальная койка
- Стационар на дому
- Реабилитационный центр
- Хоспис
- Прочие медико-социальный койки



Система из 4-х уровней



Требования

Обеспечение качества и доступности медицинской помощи требует создания организационной системы, предусматривающей:

✓**максимально быструю доставку пациента в ЛПУ,**

- **оснащенное лечебно-диагностическим оборудованием,**
- **укомплектованное подготовленными медицинскими кадрами**
- **обеспеченное необходимыми лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения**

согласно соответствующим Стандартам

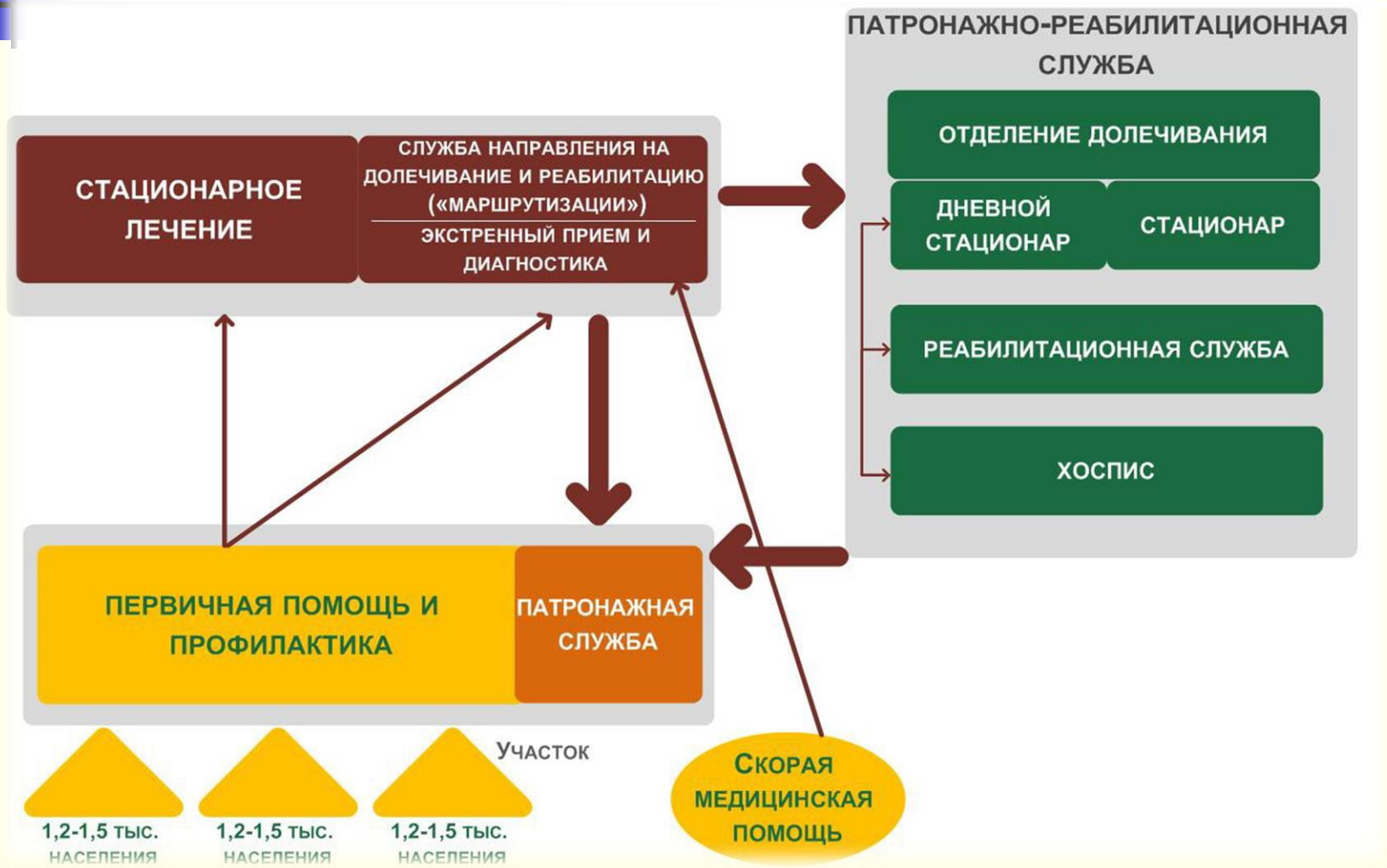
✓**поэтапное продолжение лечение в других медицинских учреждениях**

- **стационар на дому (долечивание) и реабилитация,**
- **вторичная профилактика,**
- **санаторно-курортное восстановительное лечение или на дому**

в соответствии с Порядком оказания помощи, до достижения наилучшего результата (выздоровление, функциональное восстановление)

✓**систему управления качеством (целевые показатели, индикаторы качества) на основе Порядков и Стандартов её оказания**

Трёхуровневая система



Трехуровневая система оказания медицинской помощи

Первый уровень составляют учреждения, находящиеся в шаговой доступности от места жительства: поликлиники, ФАПы, ЦРБ. Эти медучреждения должны оказывать не менее 40-45 процентов медпомощи, которая включает в себя "все виды профилактики" и лечение самых распространенных заболеваний, не представляющих угрозы жизни.

Второй, или межмуниципальный уровень, направлен на лечение острых заболеваний и состояний: травм, инфарктов, инсультов и интоксикаций. К учреждениям этого уровня относятся "специально оснащенные и укомплектованные" многопрофильные стационары. Любой больной, проживающий на "прикрепленной" к этому медучреждению территории, должен иметь возможность добраться до него за 30-40 минут.

К третьему уровню принадлежат учреждения (отделения учреждений), в которых граждане могут получить плановую специализированную и высокотехнологичную медпомощь.

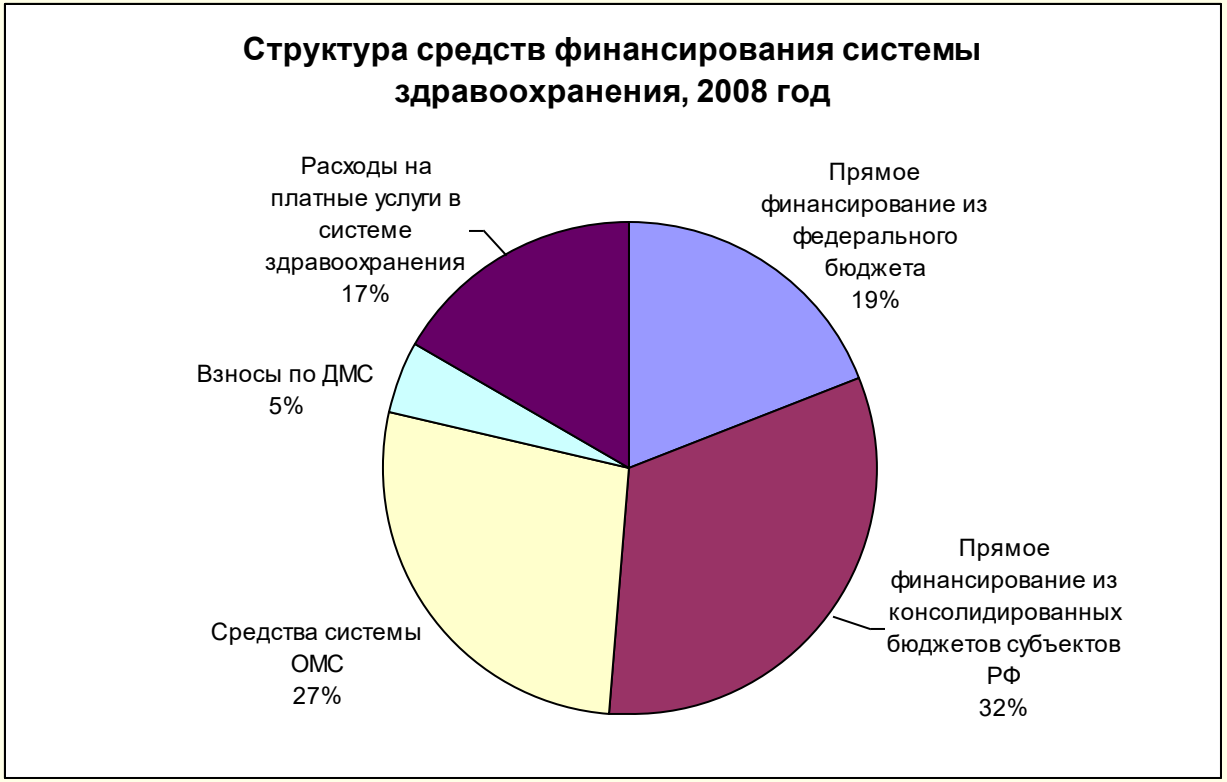
Новые организационные направления

1. Межмуниципальные центры
2. Приемно-диагностические отделения
3. Клинико-дифференциальные койки
4. Оказание медицинских услуг в поликлиниках не в виде посещений, а в виде обращений
5. Служба неотложной медицинской помощи
6. Обширная диспансеризация населения

Составляющие системы

Финансовое обеспечение

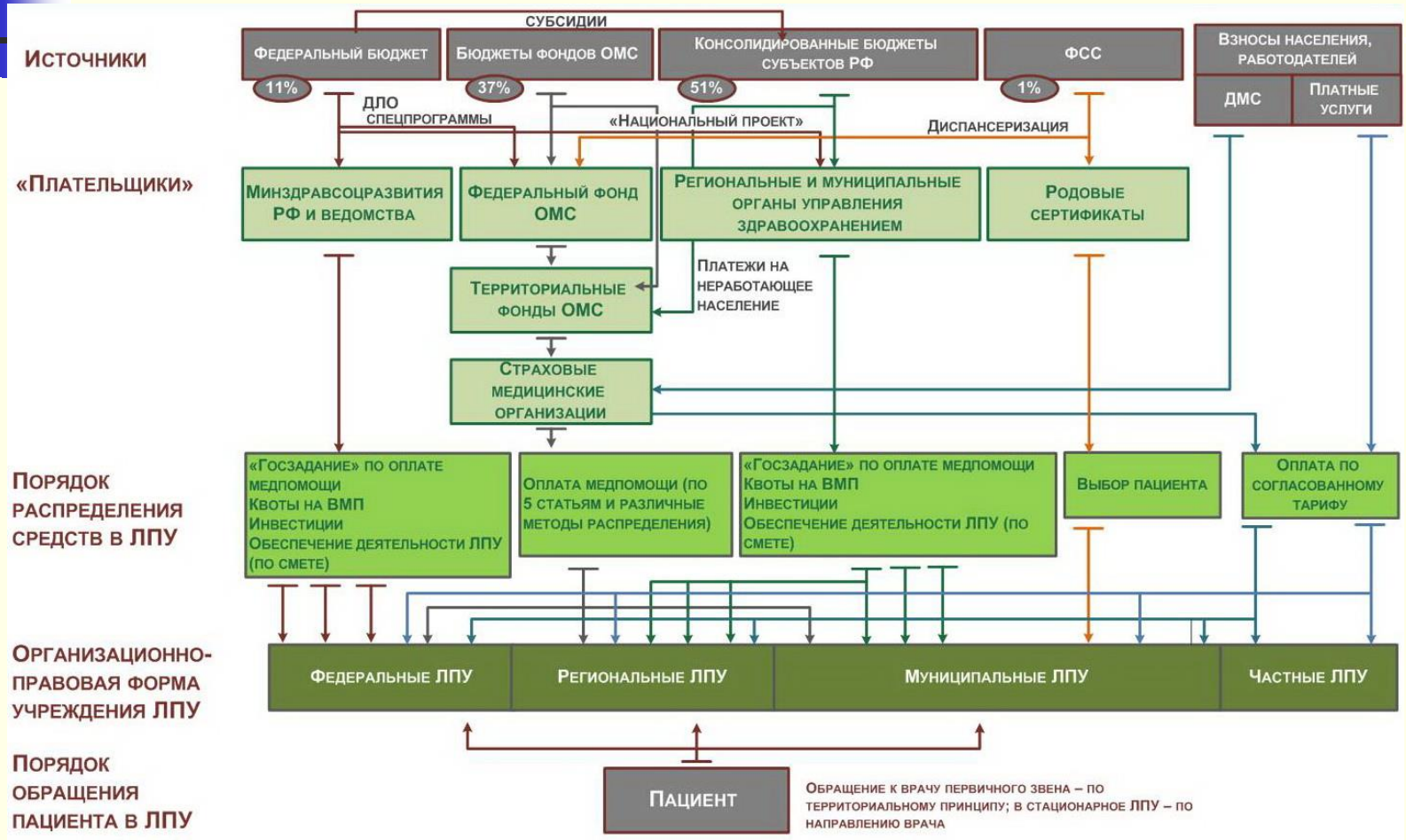
Многоканальное финансирование (до 01.01.2011г.)



Одноканальное финансирование (после 01.01.2011г.)

1) Система ОМС – 65%
2) Прямое бюджетное финансирование из областного бюджета – 5%.
3) Прямое бюджетное финансирование из федерального бюджета – 8%.
4) Платные услуги – 19%.
5) Система ДМС – 3%.

Финансирование до 1.01.2011



Финансирование после 01.01.2011



Диагноз: остановились между двумя моделями

Советская система финансирования здравоохранения – бюджетно-распределительная

Страховая система финансирования

Существующая система ОМС

Стратегические особенности внедряемой модели ОМС

1. Одноканальное финансирование через систему ОМС.
2. Полный тариф на медицинские услуги.
3. Внедрение стандартов.
4. Ослабление роли СМО и возрастание роли ТФОМС.
5. Включение в систему ОМС МО частной формы собственности.

1. Одноканальное финансирование через систему ОМС.

1. Программы государственных гарантий обеспечения населения РФ (региона) бесплатной медицинской помощью.
2. Государственное Задание для конкретных МО.
3. Включение в систему ОМС большинства МО и подавляющего количества видов медицинской помощи.

Государственные гарантии



Государственные гарантии

Подушевой норматив территориальных программ (2010г.)	
Чукотский АО	30 000 руб.
Москва	15 000 руб.
Установлен Правительством	7 600 руб.
Ингушетия	2 600 руб.



Главные проблемы:

1. **Недофинансирование**
2. **Различия среди субъектов РФ**

Хорошо, однако!

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

П О С Т А Н О В Л Е Н И Е 28 ноября 2014 г. N 1273

"О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов»

ПРАВИТЕЛЬСТВО САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

П О С Т А Н О В Л Е Н И Е 25 декабря 2014 г. N 828

"Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания населению Самарской области медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов»

на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования - 1710,1 рубля/1710,1

на 1 посещение - 351 рубль/363,24 рубля;

на 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях - 983,4 рубля/1003 рубля;

на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования - 449,3 рубля/449,3 рубля;

на 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров за счет средств обязательного медицинского страхования -1306,9 рубля/1306,9 рубля;

на 1 госпитализацию в медицинских организациях - 22233,1 рубля/22233,1 рубля;

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

П О С Т А Н О В Л Е Н И Е от 22 октября 2012 г. № 1074

О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов

ПРАВИТЕЛЬСТВО САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

П О С Т А Н О В Л Е Н И Е 25 декабря 2014 г. N 828

"Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания населению Самарской области медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов»

Средние подушевые нормативы финансирования, предусмотренные Программой (без учета расходов федерального бюджета), составляют:

в 2015 году - 3338,4 рубля/3338,4 рубля,

в 2016 году - 3488,6 рубля/3488,6 рубля,

в 2017 году - 3638,4 рубля/3638,4 рубля,

в том числе за счет средств обязательного медицинского страхования на финансирование базовой программы обязательного медицинского страхования за счет субвенций Федерального фонда обязательного медицинского страхования

в 2015 году - 8260,7 рубля/8332,16 рубля

в 2016 году - 8727,2 рубля/8798,66

в 2017 году - 9741,2 рубля/9812,66 рубля

Динамика изменения размера федерального подушевого норматива финансирования (2013-2017 гг)

Средние подушевые нормативы финансирования, предусмотренные Программой (без учета расходов федерального бюджета), составляют:

в 2013 году - 9032,5 рубля,

в 2014 году - 10294,4 рубля,

в 2015 году –11599,1 рубля (прежний вариант - 12096,7 рубля),

в 2016 году - 12215,8 рубля (прежний вариант – 12642,1 рубля),

в 2017 году – 13379,6 рубля.

Предполагаемый рост за 5 лет – на 148%,

Ежегодный рост в 2013/2014 гг. – на 13-14%,

Заложенный рост в 2015/2017 гг. – на 5-9%.

Особенности расчета стоимости гос.гарантий.

- Тариф по ОМС работающего населения – **фиксирован и не зависит** ни от программы ОМС, ни от тарифов на оплату медицинских услуг
- Нет четких правил определения тарифа по ОМС неработающего населения, который фактически **увязывается с величиной располагаемых бюджетных средств**
- Тарифы на оплату медицинских услуг определяются исходя из размера фонда ОМС и территориальной программы ОМС. Система **балансируется за счет состава услуг**, входящих в территориальную программу

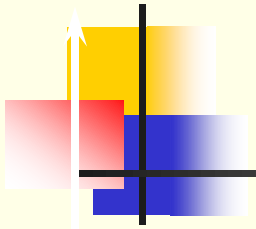
Этапы формирования Задания

1. Предложение МО
2. Предложение МЗ =проект Территориальной программы гос.гарантий
3. Утверждение Территориальной программы гос.гарантий
4. Утверждение контрольных показателей (Задания) для МО
5. Исполнение МО Задания, пересмотр Задания внутри года при перевыполнении/недовыполнении.

2. Полный тариф в системе ОМС.

1. Включаются все статьи затрат за исключением капитального ремонта и приобретения дорогостоящего оборудования.
2. Расчет затрат стремится обеспечить себестоимость медицинской услуги, прибыль не предусматривается.

Состав подушевого норматива (полный тариф)



До 2006 года	2006 год	С 2007 года
		Проведение капитальных ремонтов
		Приобретение оборудования
	Коммунальные платежи	Коммунальные платежи
	Хозяйственные расходы	Хозяйственные расходы
	Приобрет. ГСМ	Приобрет. ГСМ
	Текущее содержа-ние и ремонт	Текущее содержа-ние и ремонт
Заработная плата	Заработная плата	Заработная плата
Начисления на заработную плату	Начисления на заработную плату	Начисления на заработную плату
Медикаменты и питание	Медикаменты и питание	Медикаменты и питание
Мягкий инвентарь	Мягкий инвентарь	Мягкий инвентарь

Коэффициент половозрастных затрат звена ПМСП

Коэффициент половозрастных затрат для звена ПМСП (Кіпв)

Рассчитывается с использованием относитель-ных коэффициентов половозрастных затрат для каждой половозрастной группы и числен-ности застрахованных граждан, прикреплен-ных к звену ПМСП в этой группе

Половозрастные группы и коэффициенты половозрастных затрат

	Возрастная группы							
	0-2	**3-7**	**8-12**	**13-17**	**18-30**	**31-39**	**40-59**	**старше 60**
мужчины	***1,8171***	***1,1886***	***1,3725***	***1,3257***	***0,4608***	***0,5285***	***1,0393***	***2,0141***

	Возрастная группы							
	0-2	**3-7**	**8-12**	**13-17**	**18-30**	**31-39**	**40-54**	**старше 55**
женщины	***1,4694***	***1,0672***	***1,4727***	***1,3293***	***0,3407***	***0,4962***	***0,9882***	***1,5921***

Способы оплаты медицинских услуг.

1. Подушевое финансирование (АПП, ССМП (?))
2. Оплата за «законченный случай» (госпитализация, обращение (?)
3. Оплата отдельных медицинских услуг (посещение, консультации, исследования и т.д.)
4. Оплата комплекса услуг (диспансеризация)

Принципы расчета стоимости медицинских услуг.

1. Нормативное (от нормативов Программы государственных гарантий).
2. ПО медико-экономическим стандартам.

3. Внедрение медицинских стандартов.

1. Цель: переход на работу по федеральным стандартам (протоколам) лечения в соответствии с табелями оснащения и кадровым потенциалом

Стандарты и Порядки

Клинические рекомендации, Guidelines

Международное, отечественное профессиональное сообщество

Стандарт оказания медицинской помощи

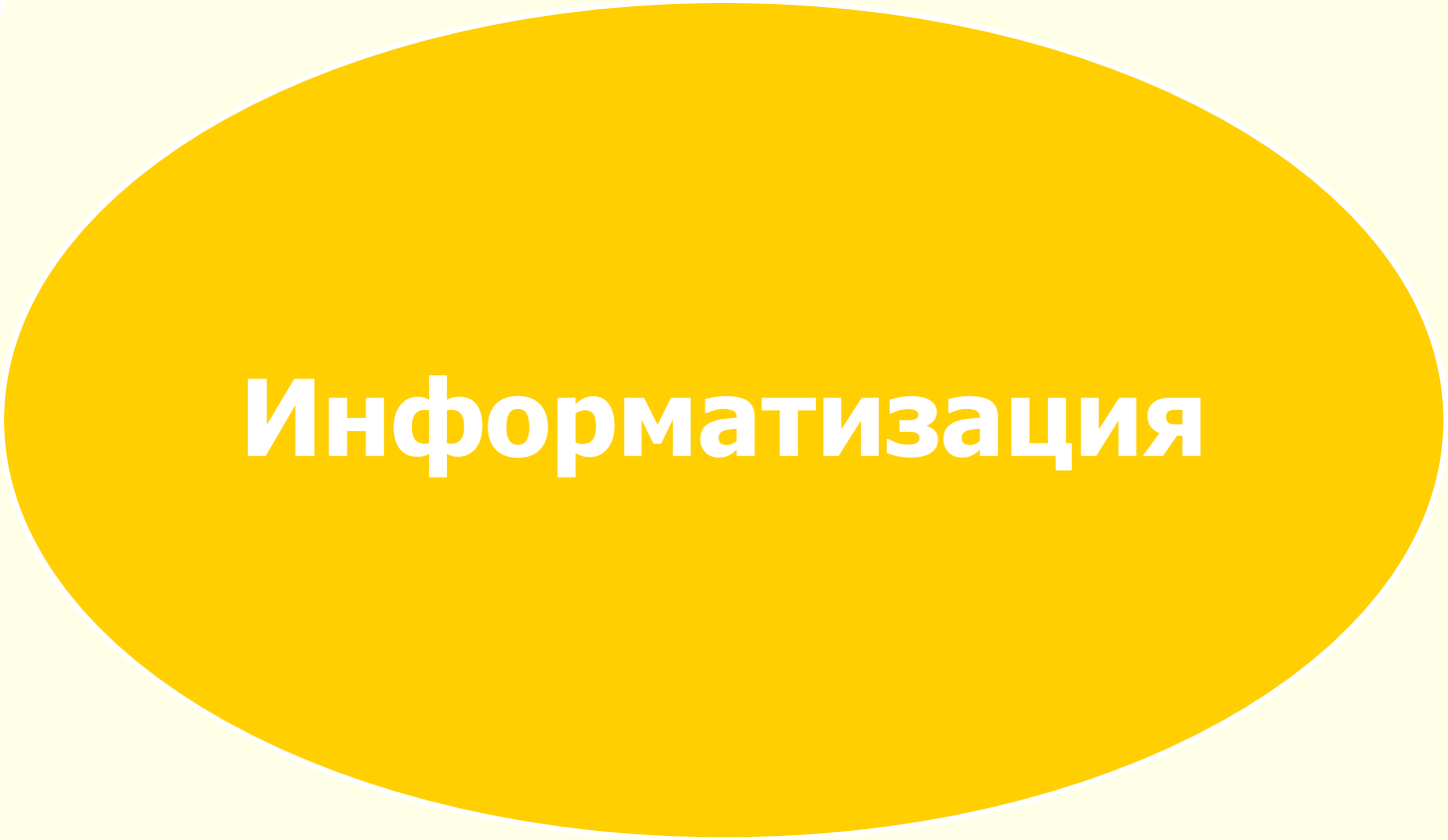
Порядки оказания медицинской помощи

Обязательность исполнение, единое содержание на всей территории РФ

1. **Расчет тарифов.**
2. **Оценка качества оказания медицинской помощи**

Оплата в зависимости от качества

Составляющие системы



Информатизация

- **Возможности:**
  - повышение качества и доступности
  - планирование и управление ресурсами
  - экономия расходов
- **Направления развития:**
  1. Создание справочных информационных баз.
  2. Персонифицированный учёт потребителей медицинской помощи и медицинских услуг



Внедрение

ЦЕЛЬ: ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКИ ОРГАНОВ И ОРГАНИЗАЦИЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, А ТАКЖЕ ГРАЖДАН В РАМКАХ ПРОЦЕССОВ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ И ЕЕ НЕПОСРЕДСТВЕННОГО ОКАЗАНИЯ

КЛЮЧЕВЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ:



ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ УЧЕТ ОКАЗАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ВЕДЕНИЕ ЭЛЕКТРОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ ГРАЖДАНИНА, ЗАПИСЬ К ВРАЧУ В ЭЛЕКТРОННОМ ВИДЕ, ОБМЕН ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИМИ ДАННЫМИ, А ТАКЖЕ ВНЕДРЕНИЕ СИСТЕМ ЭЛЕКТРОННОГО ДОКУМЕНТООБОРОТА

ВЕДЕНИЕ ЕДИНОГО РЕГИСТРА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, ЭЛЕКТРОННОГО ПАСПОРТА МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ И ПАСПОРТА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СУБЪЕКТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Составляющие системы



Правовое обеспечение

- **323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» принят 01.11.2011**
- **326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ», принят 29.11.2010, вступил в силу 1.01.2011**
- **174-ФЗ «Об автономных учреждениях», принят 3.11.2006**
- **Постановление Правительства РФ «О государственных гарантиях оказания гражданам бесплатной медицинской помощи» (ежегодно)**
- **«О защите прав пациента» (НЕТ)**
- **«Об обязательном страховании гражданской ответственности медицинских организаций перед пациентами» (НЕТ)**
- **«Об обязательном страховании профессиональной ответственности медицинских работников» (НЕТ)**

Статус учреждения

Отличие автономных учреждений от казённых:

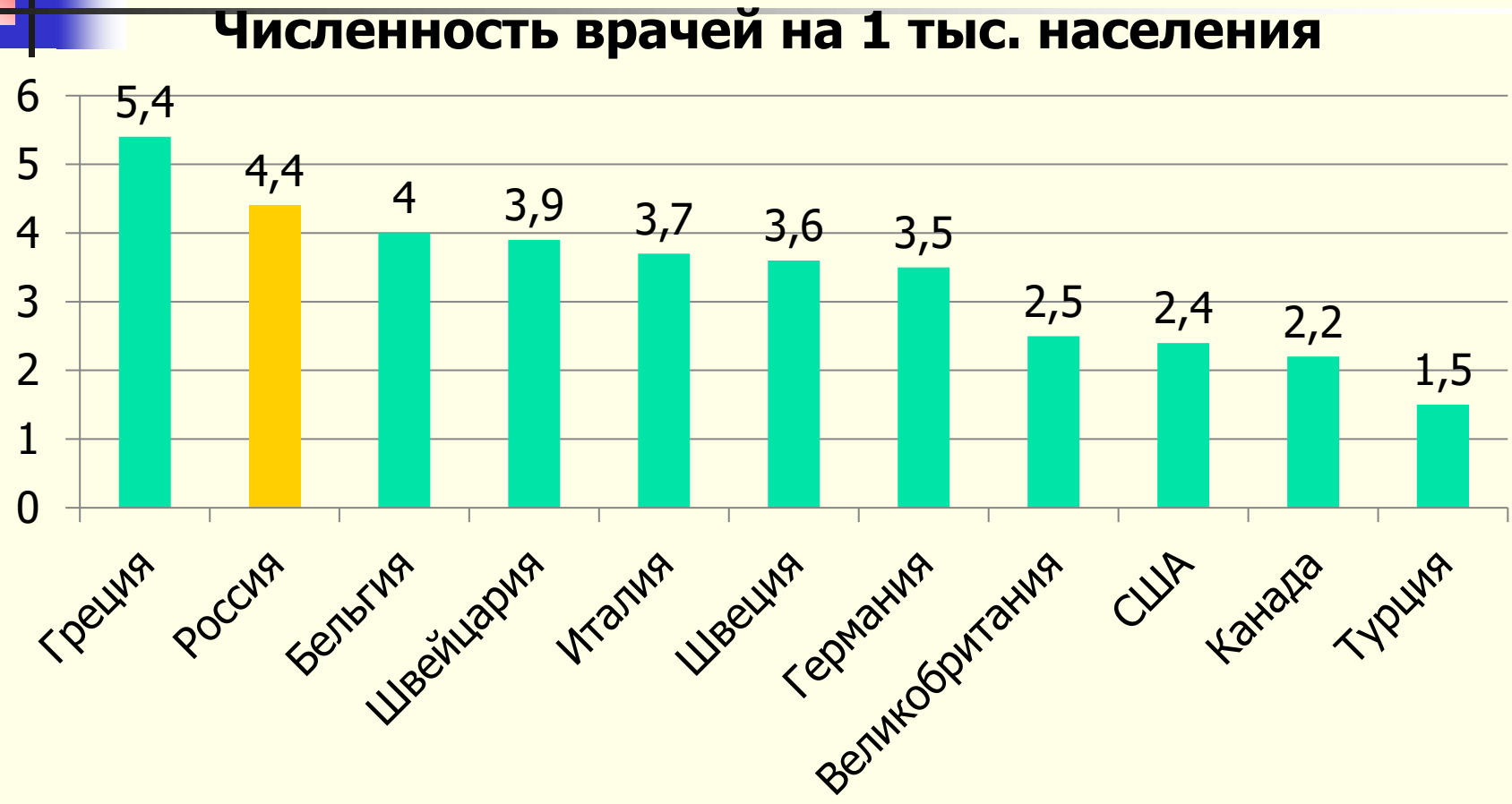
- **Прекращается финансирование по смете (статьям расхода), переход на субсидии для выполнения госзадания**
- **Легализация платных услуг, но необходимо соблюсти два условия:**

1. **Приносящая доход деятельность, должна служить целям, ради которых создано учреждение**
2. **Платные услуги можно выполнять только сверх установленного госзадания, а также в рамках госзадания, если это установлено в законе.**

Составляющие системы

Кадровое обеспечение, непрерывное обучение.

Квалификация кадров



Кадровый дисбаланс

1. Диспропорция между уровнями (поликлиника и стационар)
2. Дисбаланс между специальностями
3. Соотношение врач/медсестра

- Внутриотраслевое миграционное перераспределение
- Отмена Интернатуры
- Трёхсторонние соглашения вместо распределения
- Повышение престижа профессии

Регистр кадров



Кадровая политика

Высшее учебное заведение 6 лет

Врач общего профиля (участковый терапевт, участковый педиатр, стоматолог и т.д.)

Диплом, свидетельство об аккредитации специалиста

Пакет лицензий (допусков) на несколько видов медицинской деятельности

Ординатура
Терапевтический профиль 1-2 года, хирургический 3-5 лет

Врачи-специалисты (кардиолог, невролог, травматолог и др.)

Сертификат

Пакет лицензий (допусков) на несколько видов медицинской деятельности

Дополнительная специализация До 1 года

Расширение перечня допусков медицинской деятельности внутри имеющейся или смежной

Лицензия

Лицензия (допуск) на отдельный вид медицинской деятельности

Кадровая политика

- **Уход от системы повышения квалификации один раз в 5 лет (система ежегодного накопления кредитов)**
- **Совершенствование подготовки управленческих кадров (многопрофильные знания)**
- **Оплата труда на основе персонального вклада (рейтинговая оценка результатов работы)**

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, КАК ЭЛЕМЕНТ ЭКОНОМИЧЕСКОГО УПРАВЛЕНИЯ СИСТЕМОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Засыпкин М.Ю.
дмн, профессор,
зав. кафедрой ОЗЗ НОУ СМИ «Реавиз»

Внедрение системы ОМС должно сопровождаться повышением управляющего воздействия страховщиков на систему оказания медицинской помощи, в первую очередь через систему вневедомственного контроля качества медицинской помощи.

Договор между СМО и ЛПУ призван увязать финансирование с потребностями населения, приоритетами их удовлетворения, системой планирования здравоохранения.

Повышается стимулирующее значение договоров — они устанавливают требования к качеству медицинской помощи и системе его обеспечения, целевые показатели деятельности медицинских организаций, формы финансовых поощрений и санкций.

«Покупатели медицинской помощи (страховщики) должны вносить свой вклад в совершенствование качества услуг путем включения в договоры более высоких требований к поставщикам медицинских услуг».

Совет Европы, 1997г.

В системе обязательного медицинского страхования контроль качества медицинской помощи с экономической точки зрения направлен на обоснование экономических затрат, понесенных страховой медицинской организацией (СМО) при оплате оказанных услуг застрахованному.

Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию – это мероприятия по проверке соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

Контроль качества медицинской помощи конкретного случая оказания медицинской помощи является узким понятием и на сегодняшнем этапе должен постепенно уступать место **системе обеспечения (управления) качеством**.

Программа обеспечения качества - программа требований, обеспечивающих соблюдение качества медицинской помощи в конкретной МО, системе здравоохранения, системе ОМС и т.д.

Обеспечение качества медицинской помощи



Виды контроля качества медицинской помощи:

- Ведомственный;
- Вневедомственный.

Ведомственный контроль качества медицинской помощи

Виды ведомственного контроля:

-Плановый контроль;
-Целевой контроль;
-Предупредительный контроль;
-Контроль результата.

Уровни ведомственного контроля:

- самоконтроль (лечащий врач, медицинская сестра);
- первый (заведующий отделением, главный врач участковой больницы, врачебной амбулатории, старшая медицинская сестра отделения, заведующий ФАП);
- второй (заместители главного врача: по клинико-экспертной, лечебной, поликлинической работе)
- третий врачебная (клинико-экспертная) комиссия лечебно-профилактического учреждения;
- четвертый (клинико-экспертная комиссия органа управлением здравоохранения муниципального образования) (ликвидирован);
- пятый (клинико-экспертная комиссия Министерства здравоохранения региона).



Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

ПРИКАЗ

«01» декабря 2010 г. г. Москва № 230

Об утверждении Порядка организации
и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

Система контроля качества медицинской помощи на территории Самарской области



Вневедомственный контроль КМП проводится по следующим направлениям:

- *Первичный медико-экономический контроль представленных реестров счетов*
- *Медико-экономическая экспертиза*
- *Экспертиза качества медицинской помощи*
- *Реэкспертиза ТФОМС*

1. Медико-экономический контроль (МЭК):

Медико-экономический контроль - установление **соответствия сведений** об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам **на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов** условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию территориальной программе обязательного медицинского страхования, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи

Критерии МЭК

- Наш застрахованный или нет
- Дубли счетов
- Перекресты, отказываются посещения и отдельные услуги
- Если SKIND=31 и человек не прикреплён к СПМСП
- Услуга с указанным возрастом не входит в ОМС
- Услуга не входит в ОМС
- Услуга нелицензирована
- Контроль соответствия тарифов выставленному счету
- КСГ которые не могут выполняться в данном ЛПУ

Критерии МЭК

- Pricecode (КСГ) не соответствует выставленному DS_MAIN
- Недопустимо SKIND=31 и kol_usl > 1.
- Перевыставление счета позднее 25 дней с момента отказа.
- Услуги месяца принимаются в течение месяца и +5 дней
- Максимальное кол-во услуг для разных услуг.
- **Счета превышают плановый объем, определенный Заданием**

Результатом ***СПЛОШНОЙ*** проверки на данном этапе является заключение о принятии счета к оплате или отказ счета в оплате.

2. Медико-экономическая экспертиза счетов за медицинские услуги:

- Медико-экономическая экспертиза - установление **соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема** предъявленных к оплате медицинских услуг **записям в первичной медицинской документации** и учетно-отчетной документации медицинской организации.

Критерии целевой медико-экономической экспертизы:

- повторные обращения по поводу одного и того же заболевания: в течение 30 дней - при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 90 дней - при повторной госпитализации;
- услуги (госпитализации) с удлиненным или укороченным сроком лечения более чем на 50 процентов от установленного стандартом медицинской помощи;
- жалобы от застрахованного лица или его представителя на доступность медицинской помощи в медицинской организации;
- Указания МЗ, ТФОМС Самарской области.

Критерии плановой медико-экономической экспертизы:

- достоверность сведений в предъявленных к оплате счетах и в первичной медицинской документации (наличие первичных документов, записей);
- нарушения прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи по ОМС (информированное согласие, сроки ожидания, взимание денег и т.д.);
- несоответствие фактического объема оказанной медицинской организацией медицинской помощи объему, подлежащему оплате за счет средств ОМС (например, несоответствие уровня выставленных услуг (КСГ) уровням профилей отделений, в которых данная помощь оказывалась);

Критерии плановой медико-экономической экспертизы:

- нарушения медицинской организацией порядка формирования реестров счетов.

Результатом *ВЫБОРОЧНОЙ* проверки данного направления является заключение о правильности формирования счетов за оказанные медицинские услуги и применение финансовых санкций к МО.

Норматив выборки:

- 8% - стационарной медицинской помощи;
- 8% - медицинской помощи, оказанной в дневном стационаре;
- 0,8% - амбулаторно-поликлинической медицинской помощи;
- 3% - скорая помощь.

3. Экспертиза качества медицинской помощи:

Экспертиза качества медицинской помощи - выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи.

Критерии целевой экспертизы качества медицинской помощи:

- жалобы от застрахованного лица на доступность и качество медицинской помощи;
- необходимость подтверждения объема и качества медицинской помощи по случаям, отобранным при медико-экономическом контроле и медико-экономической экспертизе (ВОЗМОЖНО ОФОРМЛЕНИЕ ДВУХ АКТОВ НА ОДИН СЛУЧАЙ);
- летальные исходы при оказании медицинской помощи;
- внутрибольничное инфицирование и осложнения заболевания;

Критерии целевой экспертизы качества медицинской помощи:

- первичный выход на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей;
- повторное обоснованное обращение по поводу одного и того же заболевания: в течение 30 дней - при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 90 дней - при повторной госпитализации;
- заболевания с удлиненным или укороченным сроком лечения более чем на 50 процентов от установленного стандартом медицинской помощи.

Критерии плановой экспертизы качества медицинской помощи:

- случаи оказания медицинской помощи ненадлежащего качества (несоблюдение стандартов диагностики и лечения, использование устаревших методик и схем лечения) и т.д.
- частота повторных обращений в календарном году по одной и той же нозологической форме;
- число необоснованных экстренных и плановых госпитализаций,
- число повторных и непрофильных госпитализаций;

Критерии плановой экспертизы качества медицинской помощи:

- случаи оказания медицинской помощи ненадлежащего качества (несоблюдение стандартов диагностики и лечения, использование устаревших методик и схем лечения) и т.д.
- частота повторных обращений в календарном году по одной и той же нозологической форме;
- число необоснованных экстренных и плановых госпитализаций,
- число повторных и непрофильных госпитализаций;
- формирование и ведение очередности на плановую медицинскую помощь (лист ожидания, очередность на внутреннюю и внешнюю госпитализацию);
- лечение сопутствующих заболеваний.

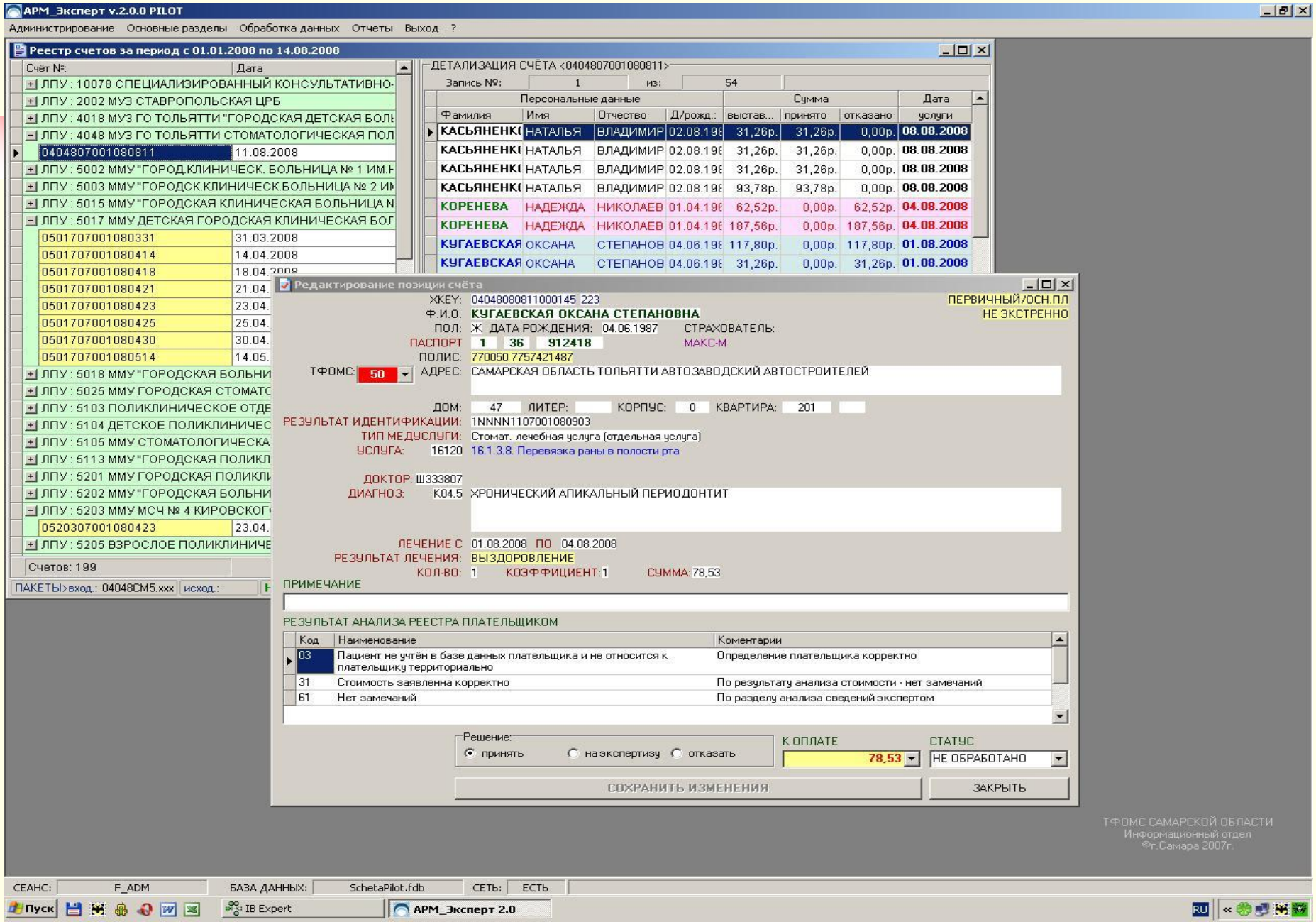
Критерии плановой экспертизы качества медицинской помощи:

Результатом *ВЫБОРОЧНОЙ* проверки данного направления является заключение о качестве оказываемой медицинской помощи и применение финансовых санкций.

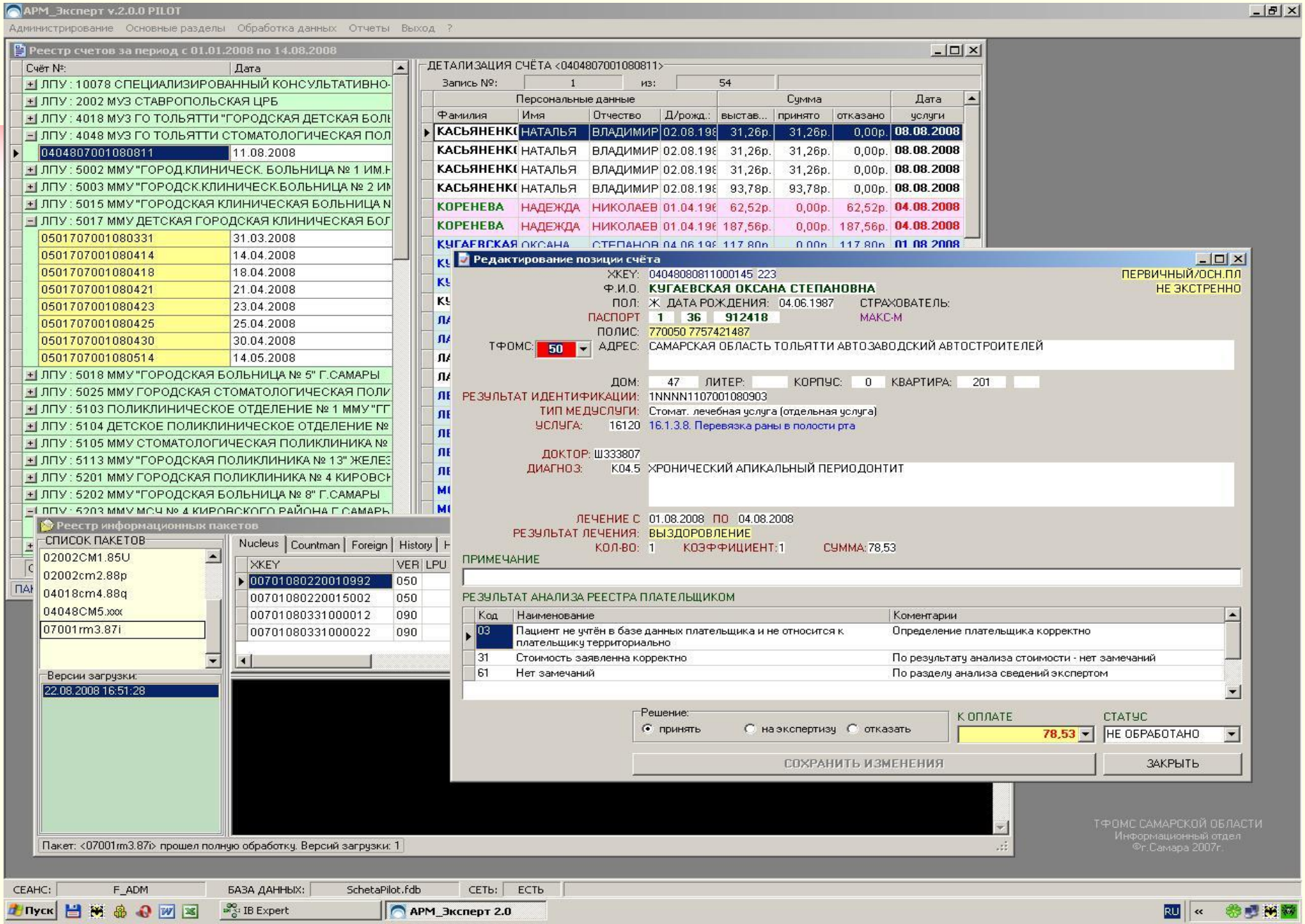
Выборка:

- в стационаре - 5% от числа законченных случаев лечения;
- в дневном стационаре - 3% от числа законченных случаев лечения;
- при оказании амбулаторно-поликлинической помощи - 0,5% от числа законченных случаев лечения;
- 1,5% - от вызовов скорой медицинской помощи.

Автоматизированное рабочее место эксперта



Автоматизированное рабочее место эксперта



Формула определения необходимого числа первичных медицинских документов для проведения экспертизы

$$n = \frac{N * T^2 * P * G}{N * \lambda^2 + T^2 * P * G},$$

Где n – необходимое число наблюдений,
N – генеральная совокупность,
T – доверительный коэффициент,
P – статистический показатель,
G – величина, обратная P,
λ – степень точности (величина ошибки).

Генеральная совокупность – общее число госпитализаций, или амбулаторных услуг, определенного вида.

Доверительный коэффициент – вероятность достоверности результата, при 95% - T = 2, при 99% T = 2,6.

Статистический показатель и величина, обратная ему берутся, как правило, в размере 50%.

Величина ошибки берется обычно в пределах 5-7%.

БД счетов, принятых к оплате СМО

Классы заболеваний по МКБ-Х
% от общего числа госпитализаций
Средняя стоимость 1 койко-дня
Средняя стоимость 1 госпитализации
Средняя длительность лечения

????

14 класс
Болезни
МПС

Диагноз: не воспалительные заболевания женской половой сферы;
- низкая стоимость 1 койко-дня;
- укороченная длительность пребывания больного на койке

ЭКСПЕРТИЗА

Замечания:
-госпитализация низкого уровня
-преждевременная выписка
-невыполнение стандарта

Рекомендации:
-соблюдение стандарта лечения
-оказание медицинской помощи
в условиях дневных стационаров

медико-экономической экспертизы

1. Дата проведения экспертизы _____
2. Фамилия, имя, отчество специалиста-эксперта _____

.....

7. Номер медицинской карты (амбулаторного или стационарного больного)
8. Окончательный (клинический) диагноз основного заболевания ____
9. Диагноз сопутствующего заболевания _____
10. Сроки лечения с _____ по _____
11. Стоимость лечения _____
12. Длительность заболевания _____
13. Фамилия, имя, отчество лечащего врача _____
14. Дополнительно проверена следующая учетно-отчетная документация ____

Заключение специалиста-эксперта по обоснованности объемов медицинских услуг, предоставленных к оплате, и их соответствие записям в первичной медицинской и учетно-отчетной документации медицинской организации (в т.ч. краткий перечень выявленных недостатков)

_____

ВЫВОДЫ:

Не подлежит оплате (сумма, код дефекта / нарушения) _____

Подлежит оплате _____

"___" _____ 200_ г. Специалист-эксперт _____

(подпись)

Руководитель М.П. медицинской организации _____

(подпись)

естр актов медико-экономической экспертизы

Медицинская организация _____

Сумма по счету _____

Количество рассмотренной медицинской документации _____ (кол-во амб. карт, ист.болезни и т.п.)

Выявлено несоответствие счета записям на сумму _____ руб.

Выявлено дефектов медицинской помощи / нарушений при оказании медицинской помощи: _____

Далее указываются все выявленные дефекты медицинской помощи / нарушения при оказании медицинской помощи в соответствии с Перечнем оснований для отказа (уменьшения) оплаты медицинской помощи (приложение 8 к настоящему Порядку) с указанием конкретной суммы.

Всего не подлежит оплате сумма _____ руб. Всего подлежит оплате: _____р уб.

Итого к оплате: руб.

Специалист-эксперт _____

«____»_____201 г.

Руководитель медицинской организации _ _____

М.П.

Экспертное заключение (протокол оценки качества медицинской помощ

Наименование проверяющей организации _____

История болезни № _____, а/карта _____ , лечащий врач _____

.....

Счет № _____ от "____" _____ 201___ г.

Длительность лечения (к/дни) всего _____ Стоимость всего _____ руб.

Эксперт _____ Дата экспертизы "____" _____ 201 ___ г.

Поступление: экстренное, плановое.

Исход случая: выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение, смерть, самовольный уход, переведен (направлен) на госпитализацию (куда), другое

_____

Операция _____, дата "____" _____ 201 ___г.

Диагноз клинический заключительный:

основной _____

осложнение _____

сопутствующий _____

Диагноз патологоанатомический:

основной _____

_____

осложнение

Экспертное заключение (протокол оценки качества медицинской помощи)

I. СБОР ИНФОРМАЦИИ (расспрос, физикальное обследование, лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов, консилиум).

_____

Обоснование негативных следствий ошибок в сборе информации:

_____

II. ДИАГНОЗ (формулировка, содержание, время постановки)

основной _____

осложнение _____

сопутствующий _____

Обоснование негативных последствий ошибок в диагнозе:

_____

III. ЛЕЧЕНИЕ (хирургическое, в т.ч. родовспоможение, медикаментозное, прочие виды и способы лечения)

_____

Обоснование негативных последствий ошибок в лечении:

_____

IV. ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ (обоснованность поступления, длительности лечения, перевод, содержание рекомендаций)

_____

Обоснование негативных последствий ошибок в преемственности лечения:

_____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ эксперта качества медицинской помощи:

- _____
- НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЕ ОШИБКИ _____
- Представитель медицинской организации:
- _____ _____ _____
- (должность) (подпись) (расшифровка подписи)
- Эксперт качества медицинской помощи:
- _____ _____ _____

Акт
экспертизы качества медицинской помощи (плановой)

Организация, проводившая проверку:

_____

Ф.И.О. эксперта качества медицинской помощи (или идентификационный номер):

_____

Объект проверки: _____

Проверяемый период: с _____ по _____

Дата проведения экспертизы:

_____

Выявленные дефекты медицинской помощи / нарушения при оказании медицинской помощи (в соответствии с Перечнем оснований для отказа (уменьшения) оплаты медицинской помощи - Приложение 8 к настоящему Порядку) и размер санкций:

Всего проверено случаев оказания медицинской помощи:

_____

Из них признано содержащими дефекты медицинской помощи / нарушения при оказании медицинской помощи:

_____

Санкции налагаются по _____ случаям на

сумму _____ руб.

Выводы:

_____

Рекомендации:

_____

Руководитель СМО: Руководитель медицинской организации:

Представитель МО:

Эксперт:

Приложение № 4
к «Тарифному соглашению в системе обязательного медицинского
страхования Самарской области при оказании и оплате медицинской помощи»

«Обязательства медицинских организаций, следствием неисполнения которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества»

№ п/п	Обязательства медицинских организаций	Последствия неисполнения обязательств	
		Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения	Размер штрафа
1. Обеспечение доступности медицинской помощи для застрахованных лиц			
1.1.	Обеспечение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе:		
1.1.1.	Обеспечение выбора медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы, в соответствии с заявлением застрахованного лица	-	30% размера норматива финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год

Подходы к оценке качества медицинской помощи

- **Эмпирический (УКЛ/АВС)**
- **По стандарту**

Пример УКЛ (уровень качества лечения)

При оценке качества оказания медицинской помощи используется следующая формула:

$$УКЛ = \frac{ОДМ + ОД + ОЛ}{300\%},$$

где УКЛ - уровень качества лечения;
ОДМ - оценка выполнения набора диагностических мероприятий
ОД - оценка диагноза включает наименование болезни в соответствии с МКБ.
ОЛ - оценка качества лечения (состояние здоровья пациента по окончании лечения, реабилитации, диспансеризации.

Интегральная оценка уровня качества лечения (диспансеризации) проводится с учетом значимости составляющих его компонентов с акцентом на конечный результат деятельности - состояние здоровья пациента по окончании лечения, реабилитации и диспансеризации.

Объем полноты и значимости выполнения диагностических, лечебно- оздоровительных, реабилитационно- профилактических и др. мероприятий проводится экспертным путем. Простое определение удельного веса выполненных мероприятий в данном случае неприемлемо.

Результат УКЛ

Экспертное заключение формируется с использованием следующих шкал:

Шкала оценки набора диагностических мероприятий (ОДМ)
Обследование не проведено - 0 %;
Выполнены отдельные малоинформативные исследования - 25 %;
Обследование не полное, несвоевременное, имеются упущения, которые повлияли на правильность и своевременность диагноза - 50 %;
Обследование не полное, имеются упущения, которые не повлияли на правильность и своевременность диагноза - 75 %;
Обследование почти полное, имеются упущения, не повлиявшие на правильность выставленного диагноза - 90 %;
Обследование проведено полностью - 100 % и Т.Д.

В РЕЗУЛЬТАТЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ССРЕДНЕВЗВЕШЕННЫЙ ПРОЦЕНТ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, КОТОРЫЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ К СТОИМОСТИ МЕДИЦИСНКОЙ УСЛУГИ.

Стандартизация в здравоохранении

«Доступность качественной помощи обеспечивается, прежде всего, обязательным применением на всей территории страны порядков и стандартов оказания помощи при наиболее распространенных и социально значимых заболеваниях.

…Порядки и стандарты оказания помощи позволяют, с одной стороны, гарантировать достаточное ее качество. С другой - рассчитывать ее стоимость каждому больному, группам больных».

Зам.министра *здравоохранения и социального развития РФ В.И. Скворцова. 16.05.2011*

Важнейшим направлением, вторым по значимости, или первым по значимости преобразованием системы здравоохранения является внедрение единых современных требований к качеству оказания медицинской помощи. В 2012 году были актуализированы или вновь созданы 60 порядков оказания медицинской помощи. И впервые за всю историю нашей страны мы приступили к созданию национальных клинических протоколов, или клинических рекомендаций. Для этого Министерство сплотило вокруг себя более чем семитысячное экспертное медицинское сообщество, и в настоящее время уже завершается разработка первых 287 клинических протоколов, всего их будет за ближайшие три года подготовлено около полутора тысяч.

Министр *здравоохранения и социального развития РФ В.И. Скворцова.* 30.07.2013 Заседание Госсовета

Стандартизация

Стандартизация — установление и применение правил с целью упорядочения деятельности в определенной области на пользу и при участии всех заинтересованных сторон, в частности, для достижения всеобщей **оптимальной экономии при соблюдении функциональных условий**.

В 1946 году в Лондоне открылась конференция национальных организаций по стандартизации. 25 стран, включая СССР, были представлены 65 делегатами. Результатом их работы стало принятие решения о создании Международной организации по стандартизации — International Organization for Standardization **(ISO).**

ISO

- - Первоначально использовалась аббревиатура IOS, но затем вспомнили про греческое слово iso («изо», равный), и изменили порядок букв, подчеркивая философию: стандарты ISO предоставляют всем компаниям в мире *равные* возможности.
- - Ежегодно публикуется более 1000 международных стандартов.
- - Комитетами-членами ISO являются национальные организации по стандартизации. Проекты международных стандартов, принятые техническими комитетами, рассылаются комитетам-членам ISO для одобрения. Для утверждения проектов Советом ИСО и опубликования их в качестве международных стандартов требуется не менее 75% голосов комитетов-членов принявших участие в голосовании.
- - Стандарты ISO серии 9000 заслужили всемирное внимание и уважение. Благодаря им ISO сегодня на слуху у высшего руководства компаний во всех странах мира.
- - ISO – самые распространенные стандарты современности.
- I- **SO серии 9000 – международные стандарты на требования к *системам менеджмента качества* (СМК),**

Качество медицинской помощи

«Качество медицинской помощи определяется использованием медицинской науки и технологии с наибольшей выгодой для здоровья человека, при этом без увеличения риска. Уровень качества, таким образом, это степень достижения ***баланса выгоды и риска для здоровья****»*
(Аведис Донабедиан, 1980 г.).

*«Качество - должное проведение (****согласно стандартам****) всех мероприятий, которые являются безопасными, приемлемыми в смысле затрачиваемых средств в данном обществе и влияют на смертность, заболеваемость, инвалидность…»*
(М.Ремер, С.Монтойя Агиляр, ВОЗ, 1988 г.).

«Качество медицинской помощи – это степень соответствия проводимых лечебно-диагностических мероприятий ***профессиональным стандартам*** *или правилам выполнения тех или иных технологий с учетом уровня современной медицины и материальной базы здравоохранения»*
(А.Л.Линденбратен(1990),Р.А.Галкин (1993).

«Качество – это следование стандартам»
(Проект обеспечения качества,1997 г.).

Обеспечение качества медицинской помощи



Стандартизация медицинской помощи

Начало этой работе было положено приказом МЗ России, ФФОМС от 19.01.1998 г. №12/2 «Об организации работ по стандартизации в здравоохранении».

В последующие годы были разработаны:

- Отраслевой стандарт «Протоколы ведения больных. Общие требования» (1999 г.).
- Отраслевой стандарт «Порядок апробации и опытного внедрения проектов нормативных документов системы стандартизации в здравоохранении» (2000 г.).
- Отраслевой стандарт «Порядок контроля за соблюдением требований нормативных документов по стандартизации в здравоохранении» (2001 г.).
- Отраслевой стандарт «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении» (2001 г.).
- Отраслевой стандарт «Система стандартизации в здравоохранении. Основные положения» (2001 г.).

Стандарт

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

ТЕХНОЛОГИЯ РАЗРАБОТКИ И ПРИМЕНЕНИЯ СТАНДАРТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УРОВНЯ СУБЪЕКТА ФЕДЕРАЦИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

(разработаны Отделом стандартизации в здравоохранении НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением ММА им. И.М. Сеченова под руководством проф. П. А. Воробьева)

1.1. Стандарт медицинской помощи – нормативный документ, определяющий требования к выполнению медицинской помощи больному при определенном заболевании, с определенным синдромом или при определенной клинической ситуации.

Стандарт

Определение международное

Стандарт – это документ, разработанный на основе консенсуса и утверждённый признанным органом, в котором устанавливаются для всеобщего и многократного использования правила, общие принципы или характеристики, касающиеся различных видов деятельности или их результатов, и который направлен на достижение оптимальной степени упорядочения в определённой области [ISO 9000]



инические рекомендации

- **Это международный клинический стандарт**

  Документ, содержащий научно обоснованные рекомендации для практического врача по выбору методов диагностики и лечения при определенных клинических обстоятельствах

Стандарт

Федеральный закон от 27 декабря 2002 г. N 184-ФЗ "О техническом регулировании"

Стандарт - документ, в котором в целях добровольного многократного использования устанавливаются характеристики продукции, правила осуществления и характеристики процессов производства, эксплуатации, хранения, перевозки, реализации и утилизации, выполнения работ или оказания услуг

Стандарт

Федеральный закон от 27 декабря 2002 г. N 184-ФЗ "О техническом регулировании"

С 2003 г. с введением в действие Федерального «Закона о техническом регулировании» возникли некоторые сомнения в необходимости дальнейшего развития отраслевой системы стандартизации. В частности, в Законе (ст.12) были установлены следующие основные принципы стандартизации:

- Добровольное применение стандартов.
- Максимальный учет при разработке стандартов законных интересов заинтересованных лиц.
- Применение международного стандарта как основы разработки национального стандарта.
- Недопустимость установления стандартов, противоречащих техническим регламентам
- Обеспечение условий для единообразного применения стандартов.

Кто устанавливает медицинские стандарты

• **Полномочия Федеральных органов государственной власти:**

Установление стандартов медицинской помощи и контроль за их исполнением относятся к полномочиям Федеральных органов государственной власти (п. 15 ст. 5 Основ законодательства об охране..)

• **Полномочия органов государственной власти субъектов РФ:**

Установление медико-экономических стандартов в соответствии с федеральными стандартами медицинской помощи;

• **Полномочия органов местного самоуправления:**

«Контроль за соблюдением стандартов медицинской помощи» (п. 3. ст. 8 Основ).

ПОЛОЖЕНИЕ
О ЛИЦЕНЗИРОВАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

(в ред. Постановления Правительства РФ от 07.04.2008 N 241)

5. Лицензионными требованиями и условиями при осуществлении медицинской деятельности являются:

...

з) обеспечение лицензиатом при осуществлении медицинской деятельности контроля за соответствием качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным требованиям (стандартам);

Контроль качества медицинской помощи на федеральном уровне

Приказ Минздравсоцразвития от 31.12.2006 г. №905:

«Об утверждении административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по осуществлению контроля за соблюдением стандартов качества медицинской помощи»

Контроль за соблюдением стандартов медицинской помощи осуществляет Росздравнадзор. В осуществлении контроля за соблюдением стандартов медицинской помощи на конкретной территории также участвуют соответствующие органы государственной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления.

Пример федерального стандарта

- **Стандарт первичной медико-санитарной помощи при системном склерозе**
-
- **Категория возрастная:** взрослые, дети
  Пол: любой
  Фаза: любая
  Стадия: любая
  Осложнения: вне зависимости от осложнений
  Вид медицинской помощи: первичная медико-санитарная помощь
  Условия оказания медицинской помощи: амбулаторно
  Форма оказания медицинской помощи: плановая
  Средние сроки лечения (количество дней): 183
-
- M34
- Системный склероз
- M35
- Другие системные поражения соединительной ткани
- **Код по МКБ X***
  Нозологические единицы

Пример федерального стандарта

1. Медицинские мероприятия для диагностики заболевания, состояния

- **Код медицинской услуги**
- **Наименование медицинской услуги**
- **Усредненный показатель частоты предоставления**
- **Усредненный показатель кратности применения**

2. Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

- **Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста**
- **Код медицинской услуги**
- **Наименование медицинской услуги**
- **Усредненный показатель частоты предоставления**
- **Усредненный показатель кратности применения**

3. Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием средних суточных и курсовых доз

Код

Анатомо-терапевтическо-химическая классификация

Наименование лекарственного препарата**

Усредненный показатель частоты предоставления

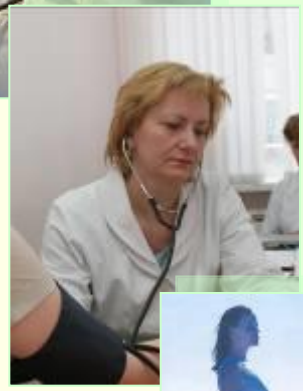
Единицы измерения

ССД***

СКД****

Реализация Пилотного проекта в ТОМСКЕ потребовала перехода на систему стандартизации медицинской помощи:









хирургический профиль – *475* стандартов по 80 нозологиям

терапевтический профиль– *1242* стандарта по 207 нозологиям

акушерско-гинекологический профиль - *474* стандарта по 79 нозологиям

педиатрический профиль – *810* стандартов по 135 нозологиям

Разработано, апробировано, внедрено

Программа модернизации здравоохранения Красноярского края

2011г - внедрение 13 федеральных стандартов

(63 региональных стандарта для их реализации)

- Инфаркт миокарда
- Острое нарушение мозгового кровообращения (клин ур.)
- Пневмония
- Острый панкреатит
- Перелом лицевого черепа
- Злокачественное образование молочной железы
- Синдром дыхательных расстройств новорожденных
- Врожденные аномалии системы кровообращения
- Бактериальный сепсис
- Черепно – мозговая травма
- Травма позвоночника
- Инфекционная патология новорожденных

Цель создания стандартов оказания медицинской помощи

- Расчет тарифа – полное возмещение затрат
- Создание основы системы управления качеством оказания медицинской помощи

Методический подход должен учитывать ОБЕ цели <u>одновременно</u>

Увеличение стоимости тарифа

Острое нарушение мозгового кровообращения

в Региональном сосудистом центре:

- Стоимость 1 к/д

1084,4 руб. → 5632,2 руб.

- На городском уровне:

550 руб → 3606 руб

Синдром дыхательных расстройств новорожденных

Стоимость тарифа:

- 3221 руб. → 54 303 руб.

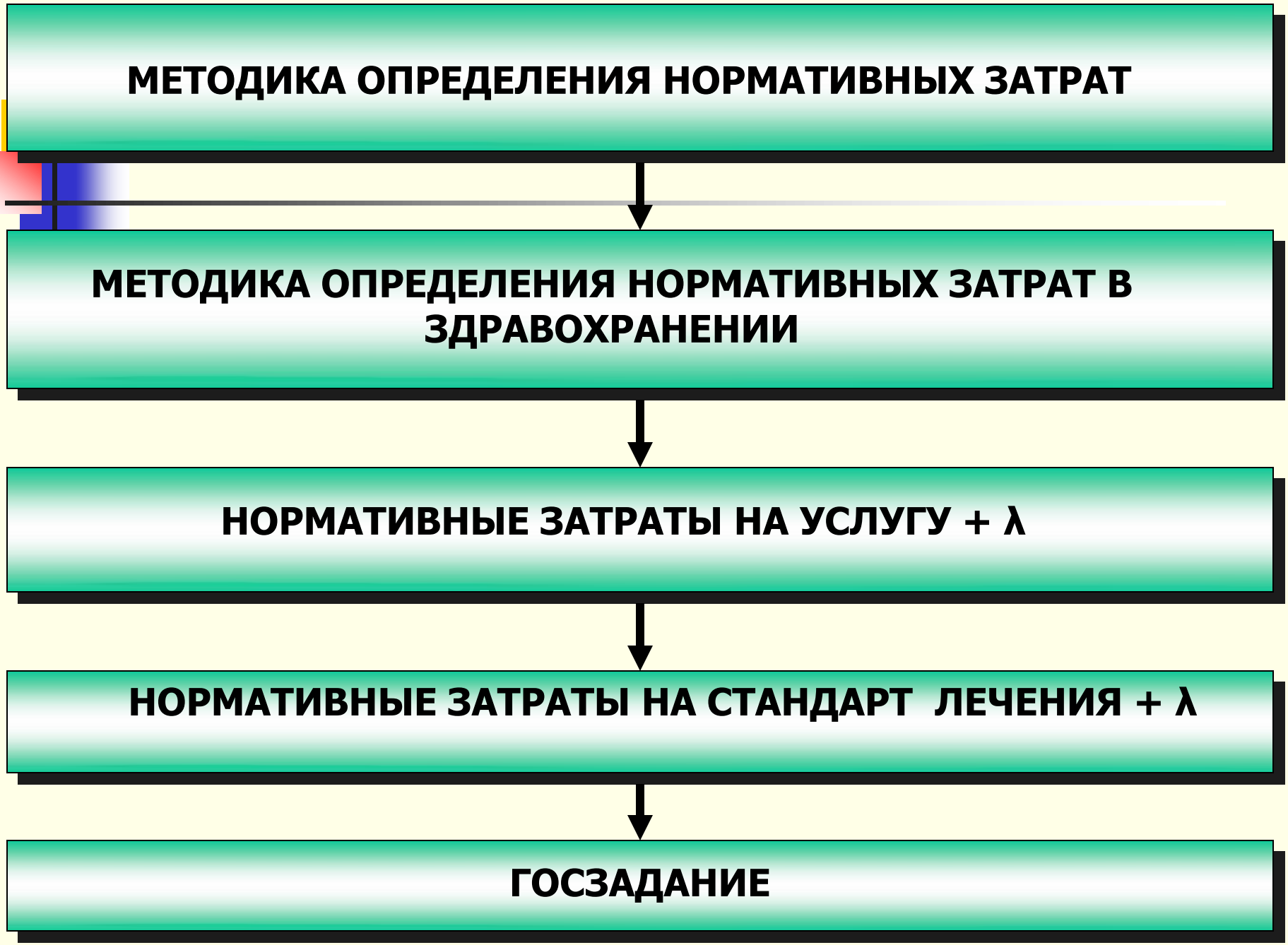
Медико-экономический стандарт

- стандарт, определяющий объем диагностических и лечебных процедур, медикаментозного лечения, а также объем соответствующего **финансового обеспечения** для конкретного случая оказания медицинской помощи.

РАМН МИАЦ

Нормативная база документов, действующих в настоящее время по расчету стоимости медицинских услуг.

Инструкция по расчету стоимости медицинских услуг	Утверждена МЗ РФ № 01-23/4-10 от 10.11.1999 г. и РАМН № 01-02/41 от 10.11.1999 г.
Методика расчета затрат на медицинские услуги	Номенклатура работ и услуг в здравоохранении Утверждена МЗ СР РФ от 12.07.2004 г.
Методика формирования тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.	Приложение к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 1219н. от 28 декабря 2010 г.


МЕТОДИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ НОРМАТИВНЫХ ЗАТРАТ
МЕТОДИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ НОРМАТИВНЫХ ЗАТРАТ В ЗДРАВОХРАНЕНИИ
НОРМАТИВНЫЕ ЗАТРАТЫ НА УСЛУГУ + λ
НОРМАТИВНЫЕ ЗАТРАТЫ НА СТАНДАРТ ЛЕЧЕНИЯ + λ
ГОСЗАДАНИЕ

Моделирование процесса финансового планирования

Формирование реестра услуг

Расчет стоимости простых услуг

Формирование протоколов (стандартов) лечения по нозологическим формам

Расчет средней стоимости протоколов (стандартов) лечения по нозологическим формам

Анализ структуры оказанной помощи в разрезе нозологических форм

Расчет средней стоимости пролеченного больного в стационаре и поликлинике

Расчет планового числа больных на предстоящий год в соответствии с лимитами ассигнований из бюджета с поквартальной разбивкой


Формирование государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи.
Стандарты ВМП
Нормативы финансовых затрат на ВМП
Потребность населения в ВМП
Фактически оказанный объем ВМП в ФМУ
Среднепрофильные нормативы финансовых затрат
Плановое число пролеченных больных по ВМП
Формирование государственного задания по ВМП
Распределение государственного задания по ВМП по главным распорядителям средств федерального бюджета

Нормативные документы по расчету стоимости услуг

Год утверждения	Наименование документа	Кто утвердил
1999	Инструкция по расчету стоимости медицинских услуг (временная)	Министр Ю.Л.Шевченко Президент РАМН В.И.Покровский
2002	Инструкция по расчету стоимости простых, сложных и комплексных услуг	Президент РАМН В.И.Покровский
2003	Методика расчетов тарифов на медицинскую услугу, оказываемую гражданам в рамках программ ОМС	Председатель ПФР М.Ю.Зурабов Директор ФОМС А.М.Таранов
2004	Методика расчета затрат на медицинскую помощь	Зам. министра В.И.Стародубов

РАМН МИАЦ

- **Методика расчета стоимости медицинских услуг (пролеченного больного) обеспечивает полное возмещение общественно необходимых затрат на производство медицинской услуги в условиях формирования государственного задания.**

Стандартизация в здравоохранении (продолжение)

«Мы никогда не сможем оценить по стандарту качество медицинской помощи, оказанной конкретному больному.

… Главное предназначение стандартов, как предполагалось, - это формирование на их основе программы госгарантий бесплатной помощи

То есть можно рассчитать общие расходы на гарантированную государством медпомощь?

Вероника Скворцова: Теоретически - да. Именно так и казалось в 2011 году. Но для такого расчета необходимо стандартизировать 32 тысячи заболеваний, входящих в Международную классификацию болезней, оценить стоимость каждого заболевания на основе среднего числа больных за прошлый год, затем просчитать ориентировочную суммарную стоимость всего объема помощи за год**, сравнить эту сумму с реальными возможностями финансового обеспечения** и, определив размер необходимой "оптимизации", внести в стандарты изменения таким образом, чтобы выйти на реальную величину. Огромная и, к сожалению, непродуктивная работа.

…Учитывая накопленный опыт, в 2012 году мы начали разработку и внедрение основных направлений стандартизации, выверив их с международным экспертным сообществом. По нашей инициативе ВОЗ специально организовала международный семинар, чтобы сравнить и проанализировать эффективность существующих в мире методов стандартизации»

Министр *здравоохранения и социального развития РФ В.И. Скворцова.* 05.09.2014г.

Стандартизация в здравоохранении (продолжение)

«…Впервые в конце 2012 года минздрав совместно с профессиональным медицинским сообществом разработал типовой макет национальных клинических рекомендаций (протоколов лечения). По этим документам строится логика принятия врачом решений в разных клинических ситуациях и при разных особенностях течения заболевания. К настоящему моменту утверждено более 700 протоколов. До конца 2015 года их будет не менее чем 1300.

…. Да, наша первостепенная задача на этом направлении - внедрить наиболее эффективные для системы здравоохранения методы оплаты медпомощи, ориентированные на результат. …в стационаре и в дневном стационаре - за законченный случай лечения заболевания в рамках соответствующей клинико-статистической группы.

…В отличие от стандартов образца 2011 года, применение КСГ предоставляет возможность рационального распределения ресурсов между всеми группами заболеваний **на основе расчетных пропорций,** независимо от суммы имеющихся финансовых ресурсов»

Министр *здравоохранения и социального развития РФ В.И. Скворцова.* 05.09.2014г.

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН
ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Принят Государственной Думой 1 ноября 2011 года
Одобрен Советом Федерации 9 ноября 2011 года

Статья 37. Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи

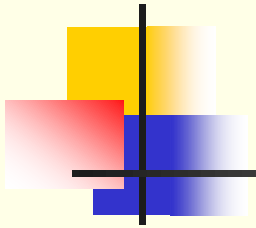
1. Медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с **порядками оказания медицинской помощи**, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на **основе стандартов медицинской помощи**.

Себестоимость одного койко-дня в американской палате интенсивной терапии — около 1100—1500 долларов (35 000 рублей)





Стоимость 1 койко дня в реанимации 1 уровня от 5 476руб. до 5 859 рублей



Благодарю за внимание.

Кто выживет?

Внедрение рыночных механизмов:

- **Выбор гражданами ЛПУ на основе рейтингов учреждений и персонала**
- **Конкуренция между ЛПУ за государственный заказ**
- **Финансирование ЛПУ и оплата труда привязаны к объёмам и качеству оказанной медицинской помощи**

