

Общественное здоровье и здравоохранение



УДК 614.2:006

В. Н. Кораблев

СТАНДАРТЫ И ПОРЯДКИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПРАКТИКЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

*Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, Хабаровск,
ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск*

Резюме

По мнению автора, программа модернизации здравоохранения нацелена на создание инструментов рынка в сфере здравоохранения и повышение конкурентоспособности медицинских услуг. В условиях несовершенной и неценовой конкуренции эффективность медицинской организации будет определяться качеством и доступностью медицинских услуг, оценка которых должна производиться путем использованием порядков и стандартов медицинской помощи. Вместе с тем, автор считает, что принятые Минздравом России порядки и стандарты медицинской помощи не могут в полном объеме служат интересам больных и не могут быть в полном объеме инструментом контроля качества медицинской помощи в медицинской организации.

Ключевые слова: медицинская организация, конкуренция, конкурентоспособность, стандарты, порядки медицинской помощи, экспертиза качества медицинской помощи.

V. N. Korablev

STANDARDS AND ORDERS OF MEDICAL CARE IN PRACTICE OF A MEDICAL ORGANIZATION

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

Summary

From the author's point of view, healthcare modernization program is aimed at creating market approaches in the healthcare sphere and medical services competition improvement. Under the conditions of imperfect and non-price-oriented medical services, the efficacy of a medical institution will be determined by the quality and accessibility of the medical services provided. Their evaluation is to be based on standards and certain algorithms. At the same time, the author assumes that the standards and algorithms having been approved by the Healthcare Ministry of Russia do not serve, to the full amount, the interests of the patients and cannot be used as criteria for medical services quality control.

Key words: medical institution, competition, compatibility, standards, medical services provision algorithms, medical expertise.

Одним из приоритетов программы модернизации здравоохранения Российской Федерации является создание инструментов рынка в сфере здравоохранения и повышение конкурентоспособности медицинских услуг [1].

Под рынком медицинских услуг понимается система экономических отношений между людьми, охватывающая процессы производства и потребления медицинских услуг, обеспечивающая взаимодействие производства (предложение) и потребления (спроса) посредством механизма цен и конкуренции, нацеленная на обеспечении качества и доступности медицинских услуг и эффективное использование ресурсов [2].

Конкуренцию в здравоохранении можно определить, как процесс взаимодействия продавцов и произ-

водителей медицинских услуг за наиболее выгодные условия производства и сбыта услуг и потребителей за возможность приобрести наиболее качественные медицинские услуги [2].

Конкурентоспособность – свойство товара, услуги, субъекта рыночных отношений выступать на рынке наравне с присутствующими там аналогичными товарами, услугами или конкурирующими субъектами рыночных отношений [4].

В рыночной экономике конкуренция способствует, взаимодействию спроса и предложения, формированию рыночных цен, распределению ресурсов, стимулирует снижение издержек производства, а также внедрение новых видов продукции и услуг, повышает качество, доступность медицинских услуг и прочее.

В соответствии со ст. 9 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 12.03.2014) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» субъектами обязательного медицинского страхования являются застрахованные лица, страхователи и Федеральный фонд ОМС, а участниками медицинского страхования – территориальные фонды, страховые медицинские организации и медицинские организации.

Экономические интересы указанных субъектов не совпадают. Так, страховые медицинские организации заинтересованы в коммерческой выгоде, т.е. максимальном поступлении страховых взносов и, наоборот, в минимизации затрат на оплату услуг пациентам. Производители заинтересованы при меньшем объеме оказываемых услуг получить наибольший доход либо искусственно навязывать спрос, оказывая потребителю максимальное количество услуг, в т.ч. в которых он может и не нуждаться. Пациенты заинтересованы в бесплатном получении максимального количества медицинских услуг наилучшего качества.

В этом случае основной целью конкуренции между СМО является борьба за потребителя, за учреждения здравоохранения, за качество предоставляемых медицинских и сервисных услуг.

Главной целью конкуренции между государственными медицинскими организациями является борьба за потребителя через качество предоставляемых медицинских и сервисных услуг. Учитывая, что в действующей системе ОМС тарифы на медицинские услуги являются едиными для всех МО, речь может идти преимущественно о неценовой конкуренции¹. Существенную роль в неценовой конкуренции в здравоохранении играют качество, доступность и безопасность медицинских услуг, а также имидж учреждения, сервисное обслуживание, реклама и прочее.

Главной целью конкуренции между потребителями является получение максимального количества медицинских услуг наилучшего качества.

Данная ситуация порождает ряд противоречий. Для СМО возникают противоречия между:

- желанием получить максимальную коммерческую выгоду и необходимостью оплачивать оказанные медицинские услуги МО;
- фактическими затратами, которые понесли медицинские организации при оказании медицинской помощи пациентам и тарифами на услуги, которые не возмещают в полном объеме расходы учреждения, что ставит под сомнение правомочность медико-экономического контроля (п. 3 ст. 40 Закона 326-ФЗ);
- фактическими сроками излечения (выздоровление, улучшение) пациента и установленными сроками средней длительности пребывания больного на профильной койке, что ставит под сомнение правомочность медико-экономической экспертизы (п. 4 ст. 40 Закона 326-ФЗ). С целью более эффективного использования коечного фонда, финансовых, материально-технических и трудовых ресурсов медицинских

организаций в условиях формирования и расширения реального рынка медицинских услуг, необходимости привлекать дополнительные финансовые ресурсы целесообразно оплату за оказанные медицинские услуги производить по законченному случаю;

- необходимостью проводить контроль качества медицинской помощи пациентам и отсутствием стандартов контроля качества медицинской помощи, что ставит под сомнение правомочность экспертизы качества медицинской помощи (п. 6 ст. 40 Закона 326-ФЗ), сохраняя ее субъективный характер со стороны эксперта.

Таким образом, существующая организационно-экономическая модель здравоохранения по-прежнему содержит противоречия между основными субъектами правоотношений, что, неизбежно, отражается на качестве и доступности медицинской помощи.

В соответствии со статьей 37 «Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи» Федерального закона Российской Федерации от 29.11.2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Закон 326-ФЗ) «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».

В то же время статья 40 Закона 326-ФЗ «Организация контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи» даже не содержит упоминания о стандартах и порядках оказания медицинской помощи, в т.ч. не устанавливаются и другие инструменты контроля качества медицинской помощи. Данная норма устанавливается приказом Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию». Пункт 21 главы V «Экспертиза качества медицинской помощи» гласит «Экспертиза качества медицинской помощи проводится путем проверки соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, сложившейся клинической практике».

В этой части следует отметить, что утвержденные Минздравом России порядки оказания медицинской помощи устанавливают организационную структуру учреждений на уровне субъекта федерации, их штатное расписание, квалификационные требования к специалистам, ресурсное обеспечение. Однако в них отсутствует порядок организации медицинской помощи пациентам «внутри» учреждения, начиная от пандуса и до операционной или профильного клинического отделения, что не соответствует ч. 2 п. 3 ст. 37 Федерального закона от 21.07.2011 № 323-ФЗ. Для этого необходима разработка по инициативе руководителей учреждений или сотрудников внутренних локальных актов, не связанных с законодательством, определя-

¹ Неценовая конкуренция – метод конкурентной борьбы, в основу которого положено не ценовое превосходство над конкурентами, а достижение более высокого качества, технического уровня, технологического совершенства.

ющих правила организации деятельности непосредственно медицинской организации, порядок «движение» пациентов внутри учреждения, организацию им медицинской помощи, ресурсное обеспечение на каждом этапе, показатели оценки эффективности деятельности подразделений и прочее.

Так, например, при сочетанной травме можно выделить три потока пациентов с легким, средним и тяжелым течением травмы. Соответственно, при легком течении травмы пациент получает помощь в приемном отделении больницы, а далее может быть направлен на амбулаторное долечивание или в профильное отделение. При тяжелом течении травмы пациента сразу, минуя приемное отделение, доставляют в протившоковый блок, а затем в отделение реанимации-анестезиологии и далее в профильное отделение [3].

К сожалению, приказы Минздравсоцразвития России от 15.12.2009 № 991н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком», от 31.03.2010 № 201н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению при травмах и заболеваниях костно-мышечной системы» не содержат порядки оказания медицинской помощи пациентам с травмой «внутри» учреждения. Это исключает адекватную оценку качества медицинской помощи, может поставить эксперта в затруднительное положение.

Следовательно, принятые Минздравом России порядки оказания медицинской помощи пациентам не могут в полном объеме служить интересам больных и не могут быть в полном объеме инструментом контроля качества медицинской помощи в медицинской организации.

В этой связи органы управления здравоохранением, учреждения здравоохранения должны принять меры к разработке и внедрению локальных нормативных актов, не связанных с законодательством, определяющих внутренние порядки оказания медицинской помощи пациентам с различными заболеваниями. Дополнительно следует отметить, что создание внутренних порядков является, с одной стороны, инструментом управления МО, а с другой стороны инструментом управления качеством медицинской помощи в МО.

Основным недостатком стандартов медицинской помощи является тот факт, что они не содержат технологий оказываемой медицинской помощи, а представляют собой лишь набор услуг.

Приказом Минздравсоцразвития России от 27 декабря 2011 № 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» перечень медицинских услуг разделен на два класса: «А» и «В», построенные по иерархическому принципу, где каждая услуга имеет свой шифр.

Класс «А» включает «медицинские услуги, представляющие собой определенные виды медицинских вмешательств, направленные на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющие самостоятельное законченное значение».

Класс «В» включает «медицинские услуги, представляющие собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение».

Так, например, в классе «А» услуга «Сбор анамнеза и жалоб в дерматологии» шифруется как «А 01.01.001».

В классе «В» услуга «Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный» шифруется как «В 01.001.001».

Здесь проблема заключается в том, что ни одна из услуг не стандартизована. Нет утвержденных стандартов «Сбор анамнеза и жалоб в дерматологии» и «Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный». Нет стандартов и по другим услугам в соответствии с номенклатурой. Следовательно, каждый врач, медицинская сестра выполняют услуги, исходя из того, где и как их учили, какие существуют традиции в медицинской организации, просто привычки и прочее. В итоге получается, что содержанием конкретной медицинской услуги по номенклатуре могут быть разные алгоритмы и технологии. Это уже не стандарт.

Отсюда возникает вопрос о легитимности стандартов медицинской помощи, на основании которых должна проводиться экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП).

Врач-эксперт может только зафиксировать из медицинской документации факт оказания той или иной услуги. Однако он не сможет оценить содержание медицинской услуги, а, следовательно, оценить и качество услуги. Таким образом, констатация факта оказания медицинской услуги не является понятием, тождественным понятию ЭКМП. По сути, у врача-эксперта отсутствует инструменты ЭКМП.

По нашему мнению, внедрению стандартов оказания медицинской помощи и экспертизы качества медицинской помощи должна предшествовать разработка стандартов выполнения услуг, а также стандартов контроля качества медицинской помощи [1]. Последовательность этапов стандартизации медицинских услуг, по нашему мнению, должна быть следующей:

- 1) разработка стандартов выполнения медицинских услуг;
- 2) разработка стандартов оказания медицинской помощи;
- 3) разработка стандартов контроля качества медицинской помощи.

Следует также отметить, что обновленная номенклатура медицинских услуг не содержит УЕТ (условные единицы трудоемкости) по каждой услуге, что создает реальные трудности для расчета себестоимости медицинских услуг в части затрат труда.

Важнейшим риском реализации стандартов и порядков оказания медицинской помощи является сохраняющийся дефицит программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи. Только в 2011 году размер дефицита финансового обеспечения территориальных программ в субъектах Российской Федерации составил

238,0 млрд рублей или 14,9% от финансирования программы².

В 2012 году при плановой потребности на обеспечение стандартов медицинской помощи в 1500 млрд рублей фактический объем финансирования составил 680 млрд рублей³.

При этом статьей 1 «Основные характеристики бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» Федерального закона Российской Федерации от 3 декабря 2012 № 217-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» утвержден общий объем расходов бюджета Фонда на 2013 год в сумме 1059 млрд руб.; на 2014 год – в сумме 1208 млрд руб.; на 2015 год – в сумме 1442 млрд руб., что отражает общий номинальный рост расходов соответственно более чем на 14 и 19% без учета инфляции.

Следовательно, только в 2015–2016 гг. бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования может достигнуть уровня, необходимого для обеспечения стандартов медицинской помощи. Однако к этому времени износ медицинского оборудования, в первую очередь импортного, приобретенного в соответствии с региональными программами модернизации, уже достигнет критического уровня, примерно 80%. Получается парадоксальная ситуация. В настоящее время имеется оборудование, но нет достаточного финансового обеспечения стандартов, а в перспективе уже через 2–3 года – будут финансовые средства, но

² Доклад о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2011 году.

³ В. И. Скворцова «До 2015 года каждый второй будет лечиться за свой счет»: Независимая газета от 09.11.2012 года № 234–235.

будет и существенный износ медицинского оборудования и связанные с этим ненадлежащие условия предоставления медицинской помощи.

Следовательно, и в текущий момент и в перспективе невозможно обеспечить достаточный уровень доступности, качества и безопасности медицинской помощи населению. Поэтому уже сейчас по завершению программы модернизации в регионах необходимо разрабатывать комплекс мероприятий по решению проблемы обеспеченности медицинских организаций оборудованием. Эти мероприятия могут включать и разработку программ переоснащения медицинским оборудованием, и, соответственно, увеличение инвестиций в основной капитал, и повышение эффективности использования оборудования, и совершенствование структуры регионального здравоохранения, и расширение выездных форм работы, типа поликлиника на колесах и многое другое. В условиях сохраняющегося дефицита государственного финансирования здравоохранения, развития условий для конкуренции в отрасли проблема может решаться и путем изменения организационно-правовой формы медицинских организаций через частно-государственное партнерство или приватизацию учреждений здравоохранения.

Таким образом, предлагаемые стандарты и порядки оказания медицинских услуг в условиях недофинансирования здравоохранения не позволяют в полном объеме обеспечить ее качество, доступность и безопасность, что затруднит переход на «эффективный контракт» и неизбежно негативно отразится на формировании конкурентной региональной модели здравоохранения в субъектах федерации и, как следствие, на конкуренции между медицинскими организациями и конкурентоспособности производимых медицинских услуг.

Литература

1. Кораблев В. Н. Модернизация организационно-экономической модели как основа повышения эффективности здравоохранения в современных условиях. – Хабаровск: Изд-во ВГМУ, 2011. – 275 с.
2. Кораблев В. Н., Савкова В. М., Савков Д. С. Организационно-экономические и правовые аспекты модернизации здравоохранения в современных условиях. Хабаровск: Изд-во ДВГМУ, 2012. – 96 с.
3. Королев В. М., Кораблев В. Н. Организация медицинской помощи пострадавшим с сочетанной трав-

мой в условиях травмоцентра первого уровня: монография. – Хабаровск: Изд-во ДВГМУ, 2012. – 82 с.

4. Кораблев В. Н., Гандурова Е. Г. О перспективах развития конкурентной среды в здравоохранении Дальнего Востока России // Здравоохранение Дальнего Востока России: вопросы управления экономики и права: сборник научных трудов / под ред. профессора В. Н. Кораблева. – Хабаровск: Изд-во ДВГМУ, 2013. – С. 70-74.

Literature

1. Korablyev V.N. Modernisation of organisational economics model as a basis for public healthcare efficiency improvement. – Khabarovsk: FESMU publishing house, 2011. – P. 275.
2. Korablyev V.N., Savkova V.M., Savkov D.S. Organisational economics and legal aspects of public health modernisation. – Khabarovsk: FESMU publishing house, 2012. – P. 96.
3. Korolev V.M., Korablyev V.N. Organisation of medical healthcare in level I trauma center to multiple

injury patients: Monograph. – Khabarovsk: FESMU publishing house, 2012. – P. 82.

4. Korablyev V.N., Gandurjva E.G. Prospects for the development of public health competitive environment in Russian Far East // The public health of Russian Far East: questions of economics and law administration: collection of scientific papers/ edited by prof. Korablyev V.N Khabarovsk. FESMU publishing house, 2013. – P. 70-74.

Координаты для связи с авторами: *Кораблев Владимир Николаевич* – д-р мед. наук, канд. экон. наук, профессор, зав. кафедрой экономики и управления на предприятии здравоохранения ДВГМУ, тел. +7-914-197-20-83, e-mail: korablevvn@gmail.com.



УДК 614.2

В. Н. Кораблев, Е. Л. Дементьева

СИСТЕМА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

*Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, Хабаровск,
ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск*

Резюме

В статье рассматриваются проблемы, связанные с системой показателей и их индикаторов результативности и эффективности медицинской помощи в здравоохранении как основных критериев ее качества и доступности. Авторы выделяют четыре уровня эффективности: федеральный, субъекта федерации, медицинской организации и персональный. Установлено, что на всех уровнях в условиях действующего законодательства по здравоохранению показатели и индикаторы результативности и эффективности медицинской помощи либо отсутствуют, либо представлены в ограниченном перечне, что не позволяет в полном объеме оценить качество и доступность медицинской помощи.

Ключевые слова: **здравоохранение, оценка результативности и эффективности, качество медицинской помощи.**

V. N. Korablev, E. L. Dementeva

SYSTEM OF INDICATORS OF MEDICAL CARE EFFICIENCY ASSESSMENT

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

Resume

The article covers the problems connected with the system of indicators of productivity and efficiency of medical care in health care as the main criteria of its quality and accessibility. The authors consider four levels of efficiency: federal, subject of federation, medical organization and personal. It is established that at all levels under current legislation on health care, parameters and indicators of productivity and efficiency of medical care are either absent, or presented in a limited list that doesn't let estimate medical care in full quality and accessibility.

Key words: **health care, productivity and efficiency assessment, quality of medical care.**

На протяжении многовековой истории развития как зарубежного, так и отечественного здравоохранения качество медицинской помощи оставалось актуальной и сложной проблемой, решение которой определялось соответственно проводимой в каждой стране политике в организации медицинской помощи населению [1].

Наиболее распространенное определение понятия сформулировано Всемирной организацией здравоохранения. Качество медицинской помощи – это свойство взаимодействия врача и пациента, обусловленное квалификацией профессионала, т.е. его способность выполнять медицинские технологии, снижать риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания и возникновения нового патологического процесса, оптимально использовать ресурсы медицины и обеспечивать объективные условия удовлетворенности пациента от его взаимодействия с медицинской подсистемой (врачом, отделением, медицинским учреждением) [3].

Таким образом, для определения качества оказанной медицинской помощи рекомендовано учитывать

четыре основных компонента: соблюдение медицинских технологий (выполнение врачебного процесса), оптимальность использования ресурсов, риск травм и заболеваний в результате медицинского вмешательства, удовлетворенность пациента медицинским обслуживанием.

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 25.06.2012) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в статье 2 дает следующее определение: качество медицинской помощи – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Для оценки качества медицинской помощи используется многоуровневая система целевых показателей и индикаторов. Основу этой системы заложили Указы Президента РФ от 28.06.2007 № 825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации», от