

Владимир Гурдус

Критерии эффективности в здравоохранении



Комиссия по обращению
лекарственных препаратов и
изделий медицинского назначения



Показатели эффективности здравоохранения



Создание эффективной системы здравоохранения невозможно без внедрения объективных критериев оценки ее эффективности



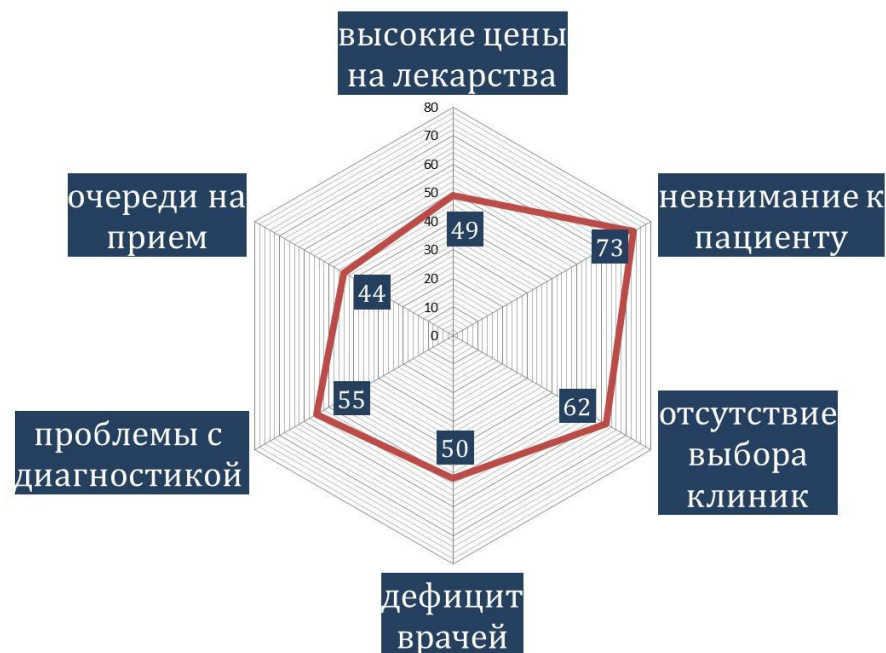
Удовлетворенность населения

❖ В России основными причинами недовольства пациентов являются плохая **организация** бизнес-процессов и неадекватная **мотивация** медицинского персонала, не ориентированного на внимание к пациенту.

❖ Это элементы неэффективного **управления**, которое может быть улучшено путем привлечения в отрасль профессиональных управленцев и переобучения нынешних руководителей.

❖ **Клиентоориентированность** будет повышаться при росте конкуренции провайдеров за счет более широкого перехода на **сервисную модель** (оплата законченной услуги по результату в объеме полного тарифа)

Вклад различных факторов в недовольство населения России медицинской помощью, %



Необходимо обеспечить решение проблем **организации медицинской помощи**, **мотивации персонала**, а также рост **доступности медицинской помощи** и **лекарственных средств**



Клиентоориентированность

Важнейшие направления для повышения мотивации врачей работать лучше (мнение врачей)*



* Опрос ВШЭ

Врачебный персонал не демонстрирует фокуса на интересах пациента. **Основные критерии, которыми оцениваются системы здравоохранения развитых стран, в России не применяются.**

По данным ФОМ (опрос 2014) , только 32% россиян при плохом самочувствии обращаются к врачу, большая же часть предпочитают при недомоганиях лечиться самостоятельно.

Причина нежелания идти к врачу – очереди и недоверие квалификации медиков.

Недостаток **клиентоориентированности** в системе здравоохранения приводит к недоверию к квалификации медиков среди населения, высокому уровню самолечения и, как следствие высокому уровню неудовлетворенности медицинской помощью.



Качество медицинской помощи

Качество оказываемой медицинской помощи должно оцениваться на основании объективных измерений по нескольким критериям:

1. Показатели эффективности профилактики и лечения и безопасности помощи
2. Показатели качества организации (скоординированность) помощи
3. Сфокусированность помощи на пациента (пациентоцентричность): качество коммуникаций врач-пациент, непрерывность помощи и обратная связь

Необходимо **сформулировать** конкретные **показатели**, которые позволят оценивать выполнение данных критериев медицинскими учреждениями и **внедрить систему** их **мониторинга**. Результаты оценки должны влиять на рейтинг учреждения и систему мотивации врачей.



Доступность медицинской помощи

В оценку доступности медицинской помощи должны быть включены в оцифрованном виде такие критерии, как:

1. Доля пациентов, не следующих медицинским рекомендациям и назначенному лечению из-за низкой доступности рекомендованных медицинских услуг.
2. Доля пациентов, чьи затраты на лечение за счет собственных средств столь высоки, что они вынуждены выбирать между состоянием своего физического (и психического) здоровья и своим экономическим благополучием
3. Доля пациентов, ожидающих записи к врачу более чем 6 дней с момента возникновения потребности
4. Доля пациентов, испытывающих сложность с получением медицинской помощи в ночное время и выходные дни
5. Время ожидания скорой помощи
6. Время ожидания осмотра специалиста
7. Время ожидания плановой госпитализации

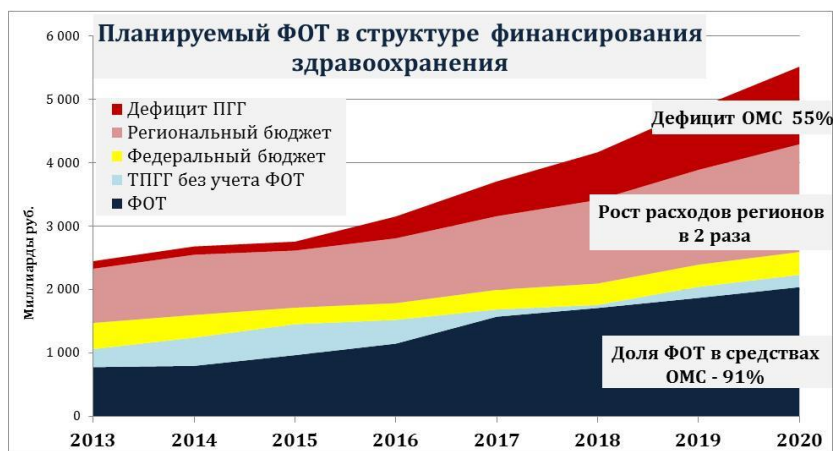
Также, в соответствии с опросами, большинство населения считает, что основным направлением расходования средств в системе здравоохранения должно быть повышение доступности лекарственных препаратов.

Необходимо расширить перечень подлежащих мониторингу критериев доступности медицинской помощи. Также существенным фактором для населения является **доступность лекарственных средств**. Необходимо внедрение системы лекарственного возмещения, возможно за счет перераспределения ресурсов внутри отрасли



Эффективность использования ресурсов

При сохранении бюджетной модели оплаты работы медицинского персонала уже в 2017 году практически все средства системы ОМС будут тратиться на заработную плату. Денег на прочие цели будет не хватать. При этом сложившаяся продуктивность использования оборудования в России низкая.



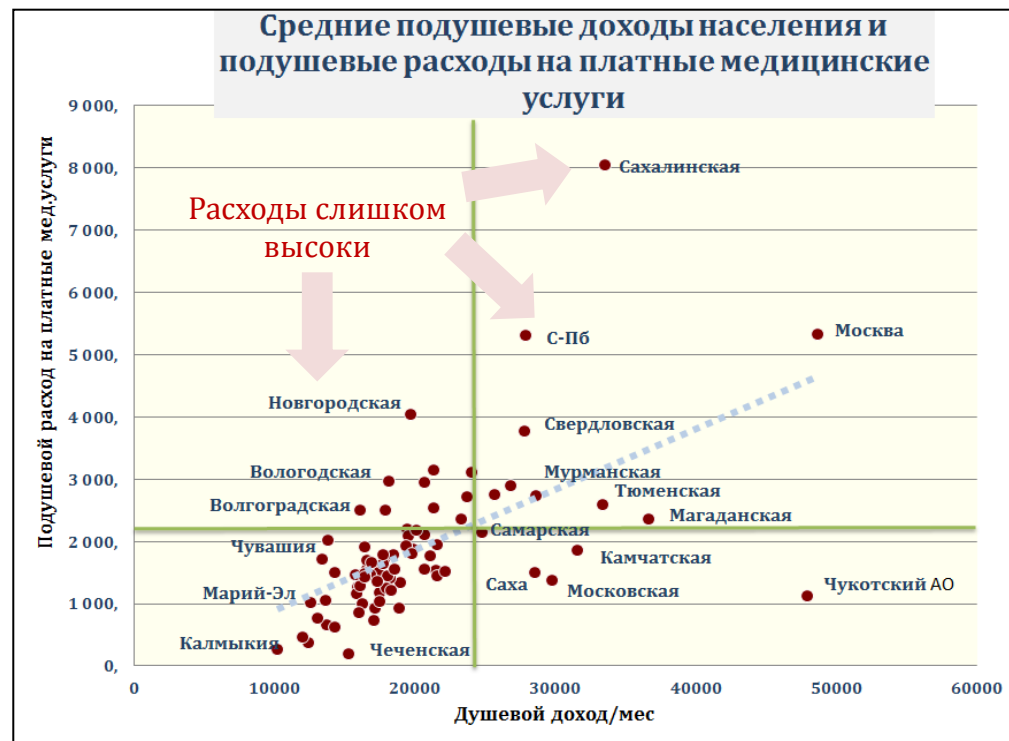
Необходимо стимулировать расширение частных практик, в том числе переход на частные практики врачей первичного звена государственного сектора, за счет предоставления льгот по долгосрочной аренде помещений, лизингу оборудования и субсидированию кредитных ставок. Также необходимо стимулировать механизмы ГЧП, которые в настоящее время работают неэффективно. Использование таких механизмов позволит повысить инвестиционную привлекательность отрасли и эффективность использования имеющихся ресурсов, тем самым высвободит средства для роста тарифов и введению адекватных референтных цен на медицинские услуги.



Справедливость распределения ресурсов

Население платит за медицинскую помощь около 40% общего объема финансирования. Но в ряде регионов расходы на платные медицинские услуги не соотносятся с доходами населения. Это проблема плохого регулирования цен и низкой конкуренции провайдеров.

Необходимо введение полного тарифа и референтных цен на медицинские услуги, стимулирование частных практик, развитие разных форм дополнительного страхования



Услуги здравоохранения и ресурсы должны распределяться в соответствии с потребностями, связанными с показателями здоровья, а не иными факторами, такими, как возможности граждан оплачивать услуги или желанием получить социальный уход за счет системы здравоохранения. В этой связи в России необходимо четко определить объемы ответственности системы здравоохранения, разграничив ее от системы социальной помощи.



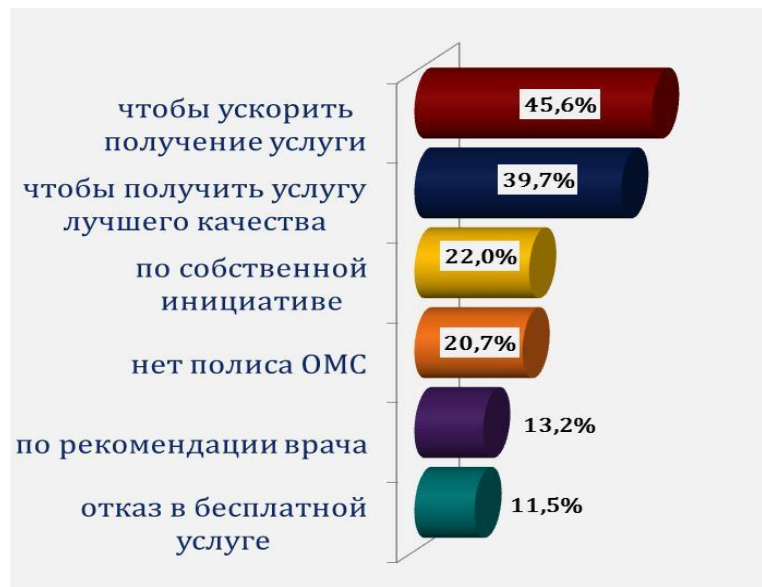
Рациональность

При этом значительная доля населения готова платить за то, чтобы получить услугу быстрее или повысить уровень сервиса при получении медицинской услуги

Готовы ли Вы лично платить за свое медицинское обслуживание и обслуживание членов семьи? *



Почему Вам пришлось обратиться за платными услугами? *



* Из опросов СМО на сайте, 26 субъектов РФ

Введение механизма соплатежа необходимо, в первую очередь, в первичном звене. Этот процесс приведет к упорядочению потребления медицинской помощи и увеличению ответственного самоконтроля. Однако модель введения соплатежа должна учитывать интересы хронически больных людей. Возможна модель порогового соплатежа или двухэтапного соплатежа.