

**КОНЦЕПЦИЯ РЕСТРУКТУРИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ  
ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ,  
ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ**

**Симферополь 2017**

## **Состояние законодательства Российской Федерации в сфере охраны здоровья населения.**

Здоровье граждан по праву считается одним из важнейших компонентов политической системы любого цивилизованного государства, влияющих на все стороны социально-экономической деятельности.

В соответствии со статьей 41 Конституции Российской Федерации, каждый гражданин имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

Состояние системы охраны здоровья населения сегодня в ряде субъектов можно охарактеризовать как недостаточно эффективное. Обостряются проблемы доступности и качества медицинской помощи. Неблагополучное состояние этой сферы перерастает в серьезную социальную, медико-демографическую и экономическую проблемы.

За последние 23 года здравоохранение России прошло длительный путь – от нового хозяйственного механизма до системы обязательного медицинского страхования. Однако, следует признать, поставленные задачи по улучшению здоровья населения и повышению эффективности использования ресурсов отрасли не были до конца выполнены. Существующие бюджетно-сметная и страховая модели финансирования учреждений здравоохранения в России не в полной мере соответствуют целям и задачам развития отрасли, не полноценно формируют механизмы эффективного использования ресурсов, сдерживают структурную реорганизацию отрасли и в конечном итоге оказывают негативное влияние на качество медицинской помощи населению.

Государство является гарантом социальной защиты интересов граждан Российской Федерации в охране здоровья. Для обеспечения широких государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи каждому гражданину Российской Федерации требуется, чтобы государство реализовывало функции: разработчика единой нормативно-правовой базы в сфере здравоохранения, координатора территориального планирования организации системы здравоохранения, заказчика необходимых объемов медицинской помощи по видам и формам ее оказания, собственника (учредителя) наиболее значимых для отечественного здравоохранения медицинских организаций и иных организаций, лицензированных к медицинской деятельности, единого органа контроля и надзора за доступностью и качеством медицинской помощи.

Вместе с тем, разделение полномочий между федеральным уровнем власти и субъектами Российской Федерации, переход к рыночной экономике и расширение частного сегмента отечественного здравоохранения обусловили необходимость развития механизмов страхового финансового обеспечения системы здравоохранения и государственно-частного партнерства. Внедрение системы ОМС привлекло значительные дополнительные ресурсы в здравоохранение, включило принципы рыночной экономики и экономические рычаги управления отраслью.

С целью достижения максимально возможного уровня развития отечественного здравоохранения с координированным использованием всех ресурсов страны необходимо формирование Национальной системы здравоохранения – системы, объединяющей все медицинские службы и организации, независимо от формы их собственности и

ведомственной принадлежности, и работающей в рамках единого нормативно-правового поля, а также единого государственного, экспертного и общественного контроля.

Основой реализации Конституционного права каждого гражданина на охрану здоровья и прав на бесплатное получение медицинской помощи является Программа государственных гарантий, которая оказывается преимущественно в государственных и муниципальных учреждениях, а также может оказываться в медицинских организациях негосударственного сегмента (медицинские организации частной формы собственности, участвующие в предоставлении медицинской помощи за счет средств ОМС).

Особенности функционирования учреждения здравоохранения обуславливаются, прежде всего, состоянием современной системы охраны здоровья населения как индустрии, сектора экономики в рамках общенациональной экономической системы. При этом необходимо осознавать, что эта сфера деятельности имеет исключительную особенность: эффективная работа учреждений здравоохранения на прямую влияет не только на саму систему здравоохранения, но в другие сферы народного хозяйства. Общество несёт не только медико-демографические, социальные, но и прямые экономические потери от заболеваний и преждевременной смертности трудоспособного населения. Данная особенность предопределяет стремление социально ориентированных государств, общественных объединений и частных лиц в рамках макроэкономической корпорации, осуществлять инвестиции в развитие здравоохранения. В настоящее время в России на различных уровнях реализуется ряд целевых программ по приоритетным направлениям развития здравоохранения.

В этой связи рассматриваются особенности функционирования учреждений здравоохранения как субъекта экономических отношений, проблемы социальной ответственности и экономической целесообразности в поведении учреждения здравоохранения, которое заключается в рациональном использовании ограниченных ресурсов для производства медицинских услуг с целью охраны здоровья населения с максимальным эффектом. Имеется ввиду, что, ***особое значение приобретает вопрос перехода от административного к преимущественно экономическому механизму управления*** учреждениями здравоохранения. Последний представляет собой взаимодействие между всеми участниками лечебно-хозяйственного процесса на основе интеграции структур управления, эффективного использования собственности, поддержания соответствия объёма реализации медицинских услуг объёму финансовых ресурсов, правового, методического, информационного обеспечения систем управления, непрерывного образования персонала.

Государственные гарантии бесплатной медицинской помощи практически на универсальной основе сегодня подвергаются значительной критике. Совокупная доля медицинских услуг, оказываемых на внебюджетной основе (платных услуг) не уменьшается.

Формальные и неформальные платежи особенно обременительны для лиц с низкими доходами. Серьезное заболевание, лечение которого требует больших затрат, разоряет людей. Растущее число больных вынуждены отказываться от лечения и приобретения нужных лекарств. Бедность в сознании людей все более ассоциируется с неспособностью получить необходимую медицинскую помощь.

Нарастание объема платных медицинских услуг происходит в хаотичной и неконтролируемой форме, без видимых эффективных попыток государства смягчить негативные последствия этого процесса для населения.

***Проблемы, возникающие в отрасли здравоохранения, должны быть урегулированы соответствующими органами управления.***

В настоящее время наиболее эффективными, доказанными и международно-признанными являются здоровье-сберегающие технологии, основанные на диспансерном наблюдении лиц, страдающих разнообразными хроническими заболеваниями или имеющих серьезный риск развития острых заболеваний, максимально ранней коррекции факторов риска и повышении приверженности населения к лечению болезней на стадиях их максимальной излечимости, массовой иммунопрофилактике в рамках Национального Календаря прививок, координированной, четкой и быстрой работе служб неотложной, скорой и экстренной специализированной медицинской помощи – в случае возникновения острой патологии, развитой специализированной медицинской помощи с увеличением доли высокотехнологичной медицинской помощи, междисциплинарной медицинской реабилитации.

Для направленного развития системы здравоохранения и улучшения здоровья населения параметры Программы государственных гарантий позволяют планировать динамику распределения объемов медицинской помощи с постепенной концентрацией ресурсов на наиболее эффективных здоровье-сберегающих технологиях. Эти же технологии являются и наиболее ресурсосберегающими, что обеспечивает повышение эффективности работы всей системы.

***С 2013 года заложен вектор на рост объемов медицинской помощи и расходов в первичном звене здравоохранения – на помощь в амбулаторно-поликлинических условиях, включая, прежде всего, диспансеризацию и профилактические осмотры, совершенствование медицинской помощи в неотложной форме, а также помощи, оказываемой в дневных стационарах, в том числе всех видов малой (амбулаторной) хирургии и других стационарзамещающих технологий. Впервые введены нормативы на медицинскую реабилитацию в стационарных условиях и паллиативную медицинскую помощь. Наряду с этим, взят курс на повышение эффективности круглосуточной стационарной медицинской помощи и перераспределение части ее объемов в дневные стационары, реабилитационные и паллиативные подразделения.***

Современные подходы к управлению здоровьем требуют не только перераспределения объемов медицинской помощи, но и пересмотра инфраструктуры здравоохранения, которая должна соответствовать потребностям населения, обеспечивать оказание медицинской помощи в заданных объемах по видам и формам, но при этом не быть избыточной и оставаться эффективной.

***В соответствии с обозначенными направлениями, требуется расширение сети медицинских амбулаторных организаций первичного звена и дневных стационаров с существенным их комплексным развитием.***

Государство реализовало целевые программы развития здравоохранения: приоритетный национальный проект «Здоровье» (2006–2014 гг.), программы модернизации здравоохранения (2011–2013 гг. и 2014–2016 гг.), региональные программы развития отрасли. Это позволило поддержать и обновить материально-техническую базу государственных учреждений здравоохранения на всей территории страны, создавая

условия для внедрения в практику современных медицинских технологий и, тем самым, повышая доступность и качество медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной.

Вместе с тем, законодательно закреплено, что в Программе государственных гарантий могут участвовать медицинские организации любой формы собственности и ведомственной принадлежности.

Увеличение тарифов на медицинскую помощь в рамках Программы государственных гарантий привело к их экономической привлекательности для частных медицинских организаций. Вследствие этого, количество частных медицинских организаций, участвующих в предоставлении медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий, возросло за последние четыре года более чем в два раза.

Современная нормативная база определяет единые требования к инфраструктуре здравоохранения, логистике оказания медицинской помощи, ее качеству и доступности, квалификации медицинских работников, для медицинских организаций разной формы собственности и ведомственной принадлежности.

***С учетом увеличения числа негосударственных медицинских организаций, а также объемов медицинской помощи, оказываемой ими в рамках Программы государственных гарантий, важнейшей функцией государства остается контроль и надзор за всей системой здравоохранения, независимо от формы собственности и ведомственной принадлежности медицинских организаций и иных организаций, лицензированных к медицинской деятельности.***

Ключевая проблема здравоохранения — недостаточность стимулов к повышению эффективности использования ресурсов, дефицит ответственности за состояние здоровья населения. Острая нехватка средств является питательной средой для утраты необходимой мотивации, но многие проблемы носят «рукотворный» характер. В настоящее время сложилась система организации, управления и финансирования здравоохранения, которая не побуждает рационально использовать ресурсы и добиваться максимально высоких показателей здоровья населения.

Введение с 1 января 2016 года обязательной аккредитации медработников предусмотрено принятым еще в 2011 году законом "Об основах охраны здоровья граждан в РФ". По нему, осуществлять медицинскую деятельность смогут только лица, получившие медицинское или иное образование в РФ в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста.

Это позволяет: сформировать кадровую структуру системы здравоохранения, обеспечивающую гарантии и качество предоставления медицинских услуг; получить достоверную информацию об уровне профессиональной компетентности специалистов здравоохранения.

Процедура аккредитации предполагает оценку профессионального портфолио; оценку профессиональных знаний (по результатам национального профессионального тестирования); оценку профессиональных компетенций в условиях симуляционно-аттестационного центра.

Общее руководство возложено на Национальный центр аккредитации, методологическое сопровождение на экспертно-методические центры.

## **Концепция развития системы охраны здоровья Населения Республики Крым**

**К основным проблемам развития здравоохранения, по нашему мнению, относятся:**

1. Действующая система монопольного государственного здравоохранения с его не достаточно эффективной организационной структурой и экономической моделью. Министерство здравоохранения РФ через Территориальную программу государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи в одном лице реализует законодательную, исполнительную и контролирующую функции, определяет спрос, предложение и ценообразование на медицинские услуги. Правительство Российской Федерации ежегодно принимает ТПГГ, в которой подушевые нормативы финансирования Программы рассчитаны без региональных коэффициентов. Следовательно, подушевой норматив финансирования ТПГГ для Дальневосточного региона и Республики Крым имеет одинаковую величину. При этом не учитываются ни отдаленность территории, ни медико-демографические особенности, ни сложившаяся система накладных расходов и энерготарифов, которые “поглощают” подушевой норматив и заведомо снижают его реальную величину.
2. Структурная неэффективность здравоохранения, экстенсивное развитие отрасли, преобладание дорогостоящих видов госпитальной помощи над амбулаторно-поликлинической помощью, отсутствие четкой регламентации уровней оказания медицинской помощи (федеральный, региональный, муниципальный) во взаимосвязи с видами медицинской помощи (медицинская, оздоровительная, реабилитационная, профилактическая, сервисная), ее этапами (интенсивное, долечивание, реабилитация) и стандартами медицинской помощи.
3. Организационная структура государственного здравоохранения, выстроенная по модели Н.Семашко, от ФАПа до республиканского (областного) учреждения исключает конкуренцию и характеризуется монополизмом на оказываемые медицинские услуги.
4. Недостаточно эффективная экономическая модель здравоохранения, которая характеризуется следующими недостатками: отсутствием системы стратегического планирования; унифицированным подходом к планированию объемов медицинской помощи через минимальные социальные стандарты без учета региональных особенностей здоровья населения, уровней и этапов оказания медицинской помощи; экстенсивным подходом к планированию структуры здравоохранения; отсутствием научно обоснованных нормативов эффективного использования финансовых, материальных и трудовых ресурсов на единицу объема медицинской помощи; финансовыми нормативами, не позволяющими в полном объеме возместить затраты учреждений здравоохранения; отсутствием рыночных механизмов в системе здравоохранения, а также экономической самостоятельности учреждений здравоохранения; отсутствием критериев оценки эффективности деятельности системы здравоохранения и субъектов хозяйственной деятельности; отсутствием реальных механизмов принятия управленческих решений по повышению эффективности деятельности системы здравоохранения, а также отдельных субъектов хозяйствования. Отмеченные факторы порождают разнонаправленные экономические мотивы органов управления здравоохранением, фондов ОМС, СМО, учреждений здравоохранения и потребителей медицинских услуг.

5. Дисбаланс программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи между объемами медицинской помощи и их финансовым обеспечением. Отсутствие четкого механизма разделения сметного (бюджетного) и страхового финансирования. Отсутствие финансовых нормативов финансирования медицинских услуг, оказываемых в учреждениях здравоохранения, рассчитанных на основе медико-экономических стандартов (МЭС) с соответствующим объемом услуг и лекарственным обеспечением. Как следствие, неадекватная тарифная политика территориальных фондов обязательного медицинского страхования, способствующая лишь выживанию учреждений здравоохранения. Проводимая федеральным центром политика по снижению налогового бремени на налогоплательщиков в конечном итоге привела к снижению доходов по обязательному медицинскому страхованию в части уплаты единого социального налога (ЕСН). В то же время не были введены механизмы компенсации выпадающих налоговых доходов в систему ОМС, что в конечном итоге привело к дефициту бюджета Территориальных фондов обязательного медицинского страхования и сделало практически невозможным проведение Фондом эффективной тарифной политики. Дефицит бюджета Фонда, в свою очередь, вынуждает учреждения здравоохранения с целью увеличения объемов финансирования наращивать объемы дорогостоящей госпитальной помощи. Тем самым в здравоохранении воспроизводится механизм структурной диспропорции отрасли.
6. Несовершенство системы управления отраслью, преобладание административных методов управления над экономическими методами. Экономическая и финансовая несостоятельность медицинских учреждений. Крайне низкий уровень управленческой подготовки руководителей органов управления здравоохранением и учреждений здравоохранения. Отсутствие экономических мотивов у руководителей и работников учреждений здравоохранения на эффективное использование ресурсов, отсюда – низкая эффективность использования финансовых, материальных и трудовых ресурсов.
7. Низкий уровень оплаты труда, утрата стимулирующей и воспроизводственной функции и, как следствие, нарастающий кадровый дефицит, особенно в сельских и отдаленных территориях. Квалификационные требования к специалистам абстрактны, никак не связаны с уровнем, видами и этапами оказания медицинской помощи, ее результативностью и эффективностью, отсюда – формальный механизм профессиональной аттестации медицинских работников. Категория не отражает реальный профессиональный уровень медицинского работника.
8. Высокий уровень износа основных производственных фондов, в первую очередь их активной части. Отсутствие до настоящего времени единого общероссийского классификатора медицинского оборудования и табелей оснащения учреждений здравоохранения.

Очевидно, что действующий в настоящее время организационно-экономический механизм функционирования здравоохранения практически исчерпал свой потенциал роста. Он не смог превратить увеличивающееся финансирование в повышение доступности и качества медицинской помощи, в первую очередь на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Отмеченные факторы являются предпосылками для формирования современных технологий управления здравоохранением.

Развитие здравоохранения включает в себя: миссию, цели и задачи управления деятельностью; организационную инфраструктуру здравоохранения; финансово-экономические отношения между субъектами здравоохранения; методы и правила финансирования и регулирования деятельности учреждений здравоохранения: бюджетные ограничения, финансовые нормативы, нормативы объемов оказания медицинской помощи населению в рамках ТППГ; структурно-организационные стандарты (медицинские паспорта районов, паспорта учреждений здравоохранения, требования к организации и табели оснащений учреждений здравоохранения и пр.); технологические стандарты оказания медицинской помощи населению; целевые показатели деятельности системы здравоохранения и учреждений здравоохранения и пр.

**Миссией Концепции развития охраны здоровья населения Республики Крым является разработка эффективного организационно-экономического механизма управления здравоохранением для реализации публичных обязательств государства в сфере здравоохранения, повышение качества и доступности медицинской помощи, лекарственного обеспечения, соблюдения санитарно-эпидемиологического благополучия.**

**Целями Концепции являются:**

1. Повышение структурной эффективности системы здравоохранения, обеспечение хозяйственной самостоятельности государственных учреждений здравоохранения, расширение организационно-правовых форм медицинских организаций, развитие негосударственного сектора здравоохранения. Формирование конкурентной интегрированной многоуровневой целостной структурно-функциональной модели здравоохранения с учетом уровней оказания медицинской помощи населению (первичная медико-санитарная, специализированная и высокотехнологичная медицинская помощь), видов, этапов и стандартов ресурсного обеспечения здравоохранения.
2. Разработка конкурентного организационно-экономического механизма управления здравоохранением, обеспечивающего достижение сбалансированности между объемами государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи и ресурсным обеспечением здравоохранения на основе преимущественно одноканального финансирования отрасли через систему ОМС, стандартизации медицинской помощи и перехода на финансирование учреждений здравоохранения на основе финансовых нормативов (тарифов), рассчитанных на основе МЭС.
3. Изменение системы оплаты труда медицинских работников, при которой уровень ее оплаты зависит от объема и качества выполненной услуги, т.е. достигнутых планируемых результатов.
4. Выработка механизма взаимодействия между уровнями власти в части управления отраслью и ее финансированием на основе системы персонифицированного учета расходов в системе медицинского страхования.
5. Повышение доступности и качества оказания медицинской помощи населению региона.
6. Предлагается «инновационный» сценарий развития здравоохранения, основанный на том, что в здравоохранении будет развиваться система стратегического планирования, в учреждениях здравоохранения Республики Крым будет достигнута структурная эффективность здравоохранения; будет сформирована более эффективная экономическая модель отрасли; повысится доступность и качество оказания медицинской помощи.



## **Мероприятия, необходимые для реструктуризации действующей системы.**

*«...Давайте уберем ненужную нам систему страховых компаний, которые как пиявки сидят на нашем теле и не приводят к улучшению качества и доступности медицинской помощи...»*

*Л. Рошаль, из обращения к В.В.Путину 2017 г.*

Учитывая время, необходимое на создание «Пилотного проекта реструктуризированной системы охраны здоровья населения Республики Крым», которое составляет от момента начала работы до внедрения не менее 1 года, а также накопленный объем не решенных задач и системных вопросов, целесообразно выделения 3-х этапных блоков мероприятий. При этом их реализацию необходимо обеспечить параллельно друг с другом.

1. Блок первостепенных мероприятий, реализуемый на региональном уровне.
2. Блок первостепенных мероприятий, реализуемый на федеральном уровне.
3. Определение круга участников, выбор модели и создание «Пилотного проекта реструктуризированной системы охраны здоровья населения Республики Крым».

### **Первостепенные мероприятия, реализуемые на региональном уровне**

1. Приоритетное развитие первичной медико-санитарной помощи (реорганизация амбулаторно-поликлинического звена):
  - 1.1. Объединение амбулаторно-поликлинических МО крупных ближайших между собой городов в одно юридическое лицо, с целью улучшения финансово-хозяйственной деятельности поликлиник и повышения доступности различных видов медпомощи закрепленным за ней горожанам, а так же расширения диагностических возможностей не дооснащенных поликлиник за счет присоединения к более оснащенным.
  - 1.2. Организация работы консультативно-диагностических центров (КДЦ) на базе поликлиник и стационаров.
  - 1.3. Развитие сети дневных стационаров при поликлинических МО, амбулаторной хирургии, хирургии одного дня.
  - 1.4. Развитие института семейного врача, с созданием ЦВОПов (в местах активной застройки новых микрорайонов).
  - 1.5. Развитие и укрепление участковой педиатрической и терапевтической служб, которые имеет квалификационный уровень для лечения 70-80% случаев заболеваний без направления на последующие этапы оказания помощи.
  - 1.6. Совершенствование деятельности педиатрической службы, развитие восстановления и развитие школьной медицины.
  - 1.7. Повышение роли фельдшера амбулаторно-поликлинической МО (с вменением функции выдачи листка нетрудоспособности, его продления, организации реализации лекарственного обеспечения в условиях сельской медицины).
  - 1.8. Организация в поликлиниках МО кабинетов неотложной помощи, кабинетов выдачи справок, кабинетов патологии шейки матки, кабинета доврачебного осмотра, кабинетов психологической разгрузки, кабинет здорового ребенка до года, кабинет паллиативной помощи, и др.

- 1.9. Межведомственное взаимодействие муниципальных администраций с медицинскими организациями, с целью улучшения индикативных показателей района и города, с учетом развития системы здравоохранения, как основного показателя эффективной работы глав муниципальных администраций.
2. Внедрение передвижных модулей оказания медицинской помощи разного профиля. Передвижная стоматологическая установка. Передвижной диагностический модуль с встроенной клинической лабораторией, маммографом, и гинекологическими креслами других модулей, в том числе офтальмологических, рентгенологических, флюорографических модулей в зависимости от потребностей населения.
3. Развитие патронажно-реабилитационной медицинской помощи, включающее создание сети учреждений (отделений) восстановительного лечения (долечивания), реабилитации, медицинского ухода, в том числе за счет перепрофилирования работающих стационаров, расширения сети дневных стационаров. Создание системы целевых показателей работы учреждений патронажно-реабилитационного уровня, отражающих качество медицинской помощи (степень восстановления нарушенных функций, показатели первичной инвалидности и утяжеления инвалидности);
4. Организация кадрового резерва управленческого персонала с учетом потребностей МО здравоохранения РК. Повышение доли целевой подготовки кадров. Законодательное закрепление обязательной отработки после бюджетного обучения. Повышение роли ассоциаций медицинских работников, общественных организаций и обществ врачей РФ;
5. Проведение отбора менеджеров здравоохранения по управленческим компетенциям, с учетом оценки и мнения экспертов по подготовке управленческих кадров в системе;
6. Повышение хозяйственной самостоятельности учреждений здравоохранения. Развитие автономных учреждений и государственно-частного партнерства в здравоохранении по проблемам охраны здоровья населения, что будет способствовать уходу от сметной модели финансирования, позволит самостоятельно формировать доходную и расходную части бюджета медицинских организаций, появится большая гибкость в использовании имеющихся ресурсов, повысится конкурентоспособность и эффективность лечебно-профилактических учреждений;
7. Реорганизация, ликвидация или перепрофилирование неэффективно функционирующих учреждений здравоохранения без ущерба для оказания медицинской помощи населению. Перемещение высвобождающихся ресурсов для оснащения других учреждений здравоохранения;
8. Организация работы службы главных внештатных специалистов. Введение штатной единицы для некоторых главных специалистов (главного хирурга, терапевта, педиатра). Прикрепление территорий за работой внештатных специалистов, с учетом их ротации и потребности населения с целью проведения информационной работы и проведения информационных выездных дней;
9. Внедрение выездных форм обслуживания населения с предоставлением возможности консультативного приема узкими специалистами;
10. Совершенствование работы скорой медицинской помощи и санитарной авиации, в том числе оптимизация маршрутов доставки больных в стационар в зависимости от вида патологии, тяжести состояния больного, реорганизация структуры крымского республиканского центра медицины катастроф и скорой медицинской помощи;
11. Реорганизация патологоанатомической службы. Выведение патологоанатомических отделений из подчинения МО с целью организации независимого центра

исследования патологических состояний, как отдельного вида медицинской экспертизы. Формирование централизованной модели организации патологоанатомической службы в регионе для реализации комплекса государственных задач по мониторингу смертности населения.

12. Налаживание межрегионального взаимодействия между городом Севастополь и Республикой Крым, с целью организации качественной медицинской помощи, в том числе амбулаторно поликлинической, скорой медицинской помощи и специализированной, при обслуживании населенных пунктов граничащих между двумя регионами, с четом обслуживания по приоритету населенных пунктов не имеющих медицинских организаций, достаточного медицинского оборудования и прикрепление населения по приоритету обслуживающего региона.
13. Совершенствование организации медицинской помощи путём организации телеинформационного сервиса. Развитие телемедицинских технологий для проведения дистанционной консультативно-диагностической медицинской помощи. Регулирование взаимодействия системы «Врач - Пациент» и «Врач – Врач» Организация пациент – центрированного сервиса будет способствовать оперативной доступности дистанционной консультативной помощи врача для маломобильных жителей, инвалидов, женщин в декретном отпуске, людей, проживающих в сельских отдаленных районах, лиц, не имеющих возможность посетить врача в связи с кадровым дефицитом. Единый сервис медицинских консультаций позволит поддерживать связь врача с пациентом, а при этом – согласовать между собой ежедневные дистанционные обращения пациентов и очную работу врача в медицинской организации. Телемедицинский контроль пациентов с хроническими заболеваниями, требующих консультативного и информационного сопровождения, в ряде случаев, становится единственным шансом людей на получение консультаций и рекомендаций опытных специалистов и врачей.
14. Приведение в один стандарт всех сайтов МО имеющих разную структуру, что затрудняет поиск информации для населения сайтов медицинских организаций. Организация раздела обратной связи врача и пациента с возможностью интеграции сайта МО с разработанной платформой Врач Онлайн с целью эффективной работы учреждений. Недостаточная поисковая выдача лечебных учреждений по запросам медицинской тематики. Отсутствие поисковой выдачи главных внештатных специалистов МЗ по запросам связанных с их основной деятельностью.
15. Организация полноценной и эффективной работы Министерства здравоохранения Республики Крым, как основного головного ведомства для принятия организационных решений с Территориальным Фондом обязательного медицинского страхования и Медицинской академией имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»
16. Разработка электронной карты доступности медицинской помощи населению Республики Крым, с возможностью отслеживания загрузки поликлинических служб и доступности врачей при приеме населения, а так же организация глобальной карты маршрутизации населения по медицинским организациям соответствующего профиля полученной травмы или заболевания.
17. Создание условий, возможностей и мотивации населения Республики Крым для ведения здорового образа жизни с вовлечением в процесс глав муниципальных районов и городов, крупных производственных предприятий и организаций.
18. **Рассмотрение возможности принятия Тарифного соглашения на 2018 год с «урезанными» приложениями о «Перечне оснований для отказа и/или уменьшения**

оплаты медицинской помощи, уплаты медицинской организацией штрафа за...» (по аналогии с 2015 годом, в связи с пролонгированным периодом безлицензионной деятельности).

19. Доведение до медицинского сообщества и согласование с экспертным сообществом разъяснений МЗ РФ о применении клинических рекомендаций и стандартов (приложение 1).
20. Разработка программы включения частных медицинских организаций в региональную систему здравоохранения.
21. Развитие системы добровольного медицинского страхования.
22. Создание региональной программы поддержки медицинских работников через систему льготного ипотечного кредитования, развития фонда служебного жилья и прочее.
23. Повышение престижа профессии через развитие системы грантов, программ региональных премий по номинациям, СМИ.
24. Создание действующей медицинской информационной системы (Приложение 2).
25. Создание информационных центров по обработке обращений граждан в сфере охраны здоровья (Call-центров).

#### **Первостепенные мероприятия, реализуемые на федеральном уровне.**

Учитывая бесценный опыт Республики Крым в стремительной адаптации к законодательному полю Российской Федерации, в том числе поэтапное введение в действие некоторых законодательных актов и/или их отсроченное исполнение, целесообразно:

1. Отсрочить исполнение Приказа Минздрава РФ от 10.05.2017 N 203 н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» при условии принятия аналогичного приказа на региональном уровне с учетом особенностей здравоохранения региона.
2. Внести изменения в приказ ФФОМС от 01.12.2010 г. N230 в части применения штрафных санкций (запретить применять штрафные санкции в случаях отсутствия доказанного причинения вреда здоровью гражданина по причине не оказания или не качественного оказания медицинской помощи); в части видов экспертиз (оставить МЭК, осуществлять ЭКМП только по случаям доказанного причинения вреда здоровью гражданина по причине не оказания или не качественного оказания медицинской помощи).

#### **Создание «Пилотного проекта реструктуризированной системы охраны здоровья населения Республики Крым»**

1. С целью **определения круга участников** необходимо создание **«Рабочей группы»** под председательством вице-преьера Правительства Российской Федерации с привлечением членов «Рабочей группы» из числа компетентных организаторов здравоохранения Республики Крым, а также сотрудников профильных образовательных учреждений, имеющих опыт создания и реализации пилотных проектов в современной Российской Федерации.
2. «Выбор» модели организации охраны здоровья населения.

Экспертами ВОЗ предложена классификация, по которой различается три первичных типа систем здравоохранения:

- 1) негосударственная, рыночная или частная система здравоохранения;
- 2) государственная, или система Бевериджа;
- 3) система, основанная на всеобъемлющем страховании здоровья, или система Бисмарка.

Вторая модель (**государственная, бюджетная**) характеризуется значительной (исключительной) ролью государства. Финансирование здравоохранения осуществляется главным образом из госбюджета, за счет налогов с предприятий и населения. Население страны получает медицинскую помощь бесплатно (за исключением небольшого набора медицинских услуг). Таким образом, государство является главным покупателем и поставщиком медицинской помощи, обеспечивая удовлетворение большей части общественной потребности в услугах здравоохранения. Рынку здесь отведена второстепенная роль, как правило, под контролем государства. *Эта модель с 1948 г. существует в Великобритании. Она характерна также для Ирландии (1971 г.), Дании (1973 г.), Португалии (1979 г.), Италии (1980 г.), Греции (1983 г.) и Испании (1986 г.). Ее называют государственной, бюджетной, госбюджетной.*

*Основные недостатки: Отсутствуют стимулирующие факторы, новые методы внедряются медленно, забюрократизированность, риск коррупционной составляющей.*

Третью модель определяют как **социально-страховую** или систему регулируемого страхования здоровья. Данная модель здравоохранения опирается на принципы смешанной экономики, сочетая в себе рынок медицинских услуг с развитой системой государственного регулирования и социальных гарантий, доступности медицинской помощи для всех слоев населения. Она характеризуется в первую очередь наличием обязательного медицинского страхования всего или почти всего населения страны при определенном участии государства в финансировании страховых фондов. Государство здесь играет роль гаранта в удовлетворении общественно необходимых потребностей всех или большинства граждан в медицинской помощи независимо от уровня доходов, не нарушая рыночных принципов оплаты медицинских услуг. Роль рынка медицинских услуг сводится к удовлетворению потребностей населения сверх гарантированного уровня, обеспечивая свободу выбора и суверенитет потребителей. Многоканальная система финансирования (из прибыли страховых организаций, отчислений от зарплаты, государственного бюджета) создает необходимую гибкость и устойчивость финансовой базы социально-страховой медицины.

*Наиболее ярко данная модель представляется здравоохранением ФРГ (контроль осуществляют частные и государственные страховщики), Франции, Нидерландов, Австрии, Бельгии, Голландии, Швейцарии, Канады (контроль осуществляет государство) и Японии.*

2. Наиболее оптимальным представляется реструктуризация системы обязательного медицинского страхования, с созданием бюджетно-страховой системы охраны здоровья населения, включающей:
  - 2.1. **Выход частных СМО из системы ОМС, как субъектов системы (согласно Закона РК «О бюджете ТФОМС РК на 2017 год» на содержание СМО РК заложено около 0.58 % от суммы финансового обеспечения системы, что составляет около 95 млн.**

**рублей в год; по результатам экспертиз сумма неоплаты составила более 200 млн в год, из которой только 50% возвращаются обратно в бюджет ТФОМСа).**

- 2.2. Уход от монопольного государственного здравоохранения с его не достаточно эффективной организационной структурой и экономической моделью. Министерство здравоохранения РФ через Территориальную программу государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи в одном лице реализует законодательную, исполнительную и контролирующую функции, определяет спрос, предложение и ценообразование на медицинские услуги. Правительство Российской Федерации ежегодно принимает ТПГГ, в которой подушевые нормативы финансирования Программы рассчитаны без региональных коэффициентов. Следовательно, подушевой норматив финансирования ТПГГ для Дальневосточного региона и Республики Крым имеет одинаковую величину. При этом не учитываются ни отдаленность территории, ни медико-демографические особенности, ни сложившаяся система накладных расходов и энерготарифов, которые “поглощают” подушевой норматив и заведомо снижают его реальную величину.
- 2.3. Наделение функциями органа, уполномоченного осуществлять **целевой контроль качества** ТФОМС только в случаях законного обращения гражданина, а также по случаям доказанного причинения вреда здоровью гражданина по причине не оказания или не качественного оказания медицинской помощи.
- 2.4. Создание единой системы **управления качеством** с главенствующей ролью МЗ РК (необходимые шаги: обучение врача эксперта в каждом учреждении здравоохранения, создание республиканской клинико-экспертной комиссии, разработка единого порядка организации и проведения экспертизы качества в регионе, включение в процесс ассоциации медицинских работников)
- 2.5. Введение “подушевого” финансирования на условиях полного фондодержания учреждений здравоохранения амбулаторно-поликлинического типа, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.
- 2.6. Введение «прямого» финансирования оказанного случая медицинской помощи ТФОМСом (деньги вслед за пациентом).
- 2.7. Совершенствование тарифной политики за счет переработки системы нормативов (финансовых нормативов, рассчитанных по стандартам медицинской помощи). При этом тариф на медицинские услуги должен быть полным, т.е. включать как собственно оказание медицинской помощи, так и расходы на содержание учреждения, повышение квалификации кадров и страхование их профессиональной ответственности. В свою очередь это позволит формированию в системе здравоохранения экономических механизмов, направленных на реструктуризацию сети учреждений здравоохранения, технологическое перевооружение и в конечном итоге повышение качества оказания медицинской помощи населению.
3. Законодательное повышение роли ассоциации медицинских работников, с вменением функции аттестации (лицензирования) врача, контроля (участие в контроле) качества медицинской помощи, участие в разработке региональных стандартов и порядков оказания медицинской помощи, защиты профессиональной чести врача.
4. Расширение полномочий врача в части исполнения клинических рекомендаций и порядков оказания медицинской помощи. Разработка и утверждение клинических рекомендаций на региональном и/или учрежденческом уровне.
5. Привлечения работающего населения и организаций к участию в оплате медицинской помощи путем развития ДМС и оплаты части страхового взноса в момент потребления медицинских услуг (сверх программы государственных гарантий).

6. Установление дифференцированных нормативов объемов медицинской помощи с учетом региональных особенностей (плотность населения, отдаленность населенных пунктов, состояние здоровья населения и пр.).
7. Выстраивание трехуровневой системы здравоохранения как по вертикали (федеральные, региональные и муниципальные учреждения здравоохранения, в т.ч. негосударственные учреждения здравоохранения), так и по горизонтали. Разделение учреждений здравоохранения по видам медицинской помощи (высокотехнологичные, специализированные, оказывающие первичную медико-санитарную помощь). Формирование этапности медицинской помощи. Разделение стационарной помощи на этапы интенсивного лечения, долечивания и восстановительного лечения.
8. Привлечение работодателей к охране здоровья работников посредством установления льгот по страховым взносам на обязательное медицинское и социальное страхование, стимулирования работающих коллективов к ведению здорового образа жизни.

**Основные преимущества реструктуризированной бюджетно-страховой системы охраны здоровья населения Республики Крым**

N п/п	Нововведения	Эффекты
1	Исключены частные страховые медицинские организации	Повышение финансовой устойчивости системы
2	Уменьшены виды и количество экспертиз: МЭК (функция ТФОМСа) ЭКМП (плановая, тематическая – функция ассоциации медицинских работников, учредителя, учреждения) (целевая ТФОМС+АМР – обращения гражданина; доказанные признаки причинения вреда; выявленная 5,6 группа последствий в результате проведения плановой и целевой ЭКМП).	Улучшение профессионального микроклимата. Уменьшение удельного количества времени, затрачиваемого медицинской организацией на «обслуживание» экспертов. Повышение финансовой устойчивости учреждения.
3	Осуществлен уход от «догматичности» рекомендаций и порядков.	Снижение «бюрократичности». Снижение загрузки параклинического звена. Повышение доступности медицинской помощи.
4	Внедрены ассоциации медицинских работников.	Лицензирование медицинских работников. Разработка региональных рекомендаций. Защита профессиональной чести медицинского работника.
5	Сохранена и реорганизована система привлечения работающего населения и организаций к участию в оплате медицинской помощи путем развития ДМС и оплаты части страхового взноса в момент потребления медицинских услуг (сверх программы государственных гарантий).	Повышение финансовой устойчивости системы.
6	Внедрена оплата медицинским организациям за фактически оказанную медицинскую помощь с пересмотром концепции 3-х уровневой системы и развитием медицинской эвакуации в профильное учреждение (Если инфраструктура действующего учреждения предполагает оказание медицинской помощи по виду и профилю, то учреждению дано право оказания м.п. с последующей оплатой).	Сохранена возможность дальнейшего развития учреждений. Повышение доступности медицинской помощи.
7	Внедрена система управления качеством медицинской помощи.	Значительное повышение качества и доступности медицинской помощи.
8	Финансовые потоки объединены в один «канал».	Повышение финансовой устойчивости системы.



**В связи с поступающими запросами по теме применения клинических рекомендаций Минздрав поясняет следующее:**

***Сообщение пресс-службы Минздрава России - применение клинических рекомендаций***

*В соответствии с международной практикой и разработками ВОЗ, клинические рекомендации являются документами, которые устанавливают алгоритм ведения больного, диагностики и лечения.*

*Они НЕ устанавливают единообразных "шаблонных" требований к лечению всех пациентов, а содержат логическую структуру действий врача с использованием доказавших свою эффективность методов диагностики и лечения.*

*Выбор которых определяется индивидуальными особенностями течения болезни, сопутствующими заболеваниями, поло-возрастными характеристиками пациента и другими факторами.*

*Лечение любого больного всегда индивидуально, и определение тактики лечения в каждом конкретном случае относится к компетенции лечащего врача.*

*Особый раздел в структуре клинических рекомендаций составляют критерии качества оказания медицинской помощи при данном заболевании.*

*Критерии качества оказанной медицинской помощи - это свод **обязательных** требований, исполнение которых прямо и высоко достоверно влияет на исход заболевания.*

*Критерии качества утверждаются отдельно Приказами Минздрава России и являются обязательными для исполнения.*

*Клинические рекомендации не следует путать со стандартами медицинской помощи.*

*Стандарты - это технологические карты, разработанные на основе клинических рекомендаций, представляющие собой перечень услуг, лекарств, медицинских изделий и других компонентов лечения, которые могут использоваться при конкретном заболевании, с усреднёнными частотой и кратностью их представления в группе больных с данным заболеванием.*

*Стандарты не могут использоваться лечащим врачом: это документы, используемые организаторами здравоохранения для планирования и экономических расчетов, в частности при подготовке программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.*

## Особенности функционирования медицинской информационной системы (МИС)

Наличие большого числа разрозненных и зачастую несовместимых между собой программных средств затрудняет не только их взаимный информационный обмен на уровне медицинского учреждения, но и получение консолидированной информации, необходимой для управления здравоохранением на уровне регионов и отраслю в целом.

В частности, следует отметить следующие проблемы:

1. существующие программные продукты частично перекрывают друг друга по реализуемым функциям, слабо связаны структурно, поддерживают разные форматы данных и не могут быть интегрированы в одну систему без существенных переработок;
2. отсутствует единая инфраструктура сбора, хранения, обработки, передачи и использования информации в сфере здравоохранения, социального развития, труда, занятости;
3. существующие программные продукты не рассчитаны на работу в едином информационном пространстве, а используемые технологии передачи данных не способны обеспечить актуализацию данных в необходимом масштабе времени;
4. отсутствуют единые информационные ресурсы, содержащие взаимосвязанные сведения об объектах и субъектах учета в сферах здравоохранения;
5. отсутствует возможность соотнесения, сопоставления и анализа данных из различных программных продуктов для получения полной, достоверной и актуальной информации о состоянии сферы здравоохранения;
6. существует высокий уровень дублирования информации вследствие недоступности данных из различных программных продуктов друг для друга;
7. ряд систем устарели морально и физически как с точки зрения программного обеспечения, так и аппаратных средств;

Устранение этих недостатков не может быть осуществлено простой корректировкой существующих информационных систем и (или) обеспечением их взаимодействия между собой.

Создаваемая МИС призвана обеспечивать функции сбора, хранения, обработки, передачи и использования информации в сферах здравоохранения, социальной политики, труда и занятости в Российской Федерации и предназначена для решения следующих задач:

1. информационное обеспечение принятия управленческих решений в обеспечение эффективной деятельности Министерства здравоохранения Республики Крым, подведомственных ему учреждений, служб, а также организаций различных форм собственности, действующих в сфере здравоохранения;
2. повышение эффективности обслуживания граждан и организаций;
3. обеспечение информационной открытости деятельности Министерства здравоохранения Республики Крым и подведомственных ему организаций;
4. повышение эффективности межведомственного взаимодействия.