5.10. УСТРАНЕНИЕ ПРОТИВОРЕЧИЙ В НОРМАТИВНОЙ БАЗЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ, ВКЛЮЧАЯ ВОПРОСЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Оплата медицинской помощи, планирование ее объемов и нормирование труда в здравоохранении

В табл. 28 представлен подробный анализ недостатков и противоречий в действующей нормативной базе здравоохранения с комментариями и предложениями. На этом основании можно сделать следующие выводы и предложения.

1. Существуют **необоснованно низкие тарифы** по оплате медицинской помощи для медицинских организаций **первого уровня**, расположенных в **труднодоступных, отдаленных и малонаселенных пунктах**, например, в Арктической зоне.
2. Действующие тарифы по оплате медицинской помощи в большинстве случаев **экономически не обоснованы** (устанавливаются из общего объема средств на ее оказание) и **не позволяют соблюдать** действующие порядки

оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, критерии качества медицинской помощи (КМП), клинические рекомендации. При этом перечисленные нормативные документы являются основой для проведения контрольно-надзорных мероприятий.

3. Действующие нормы в порядках оказания медицинской помощи **систематически не согласуются** с нормативами, рассчитанными на основании других документов.
4. Нормативные сроки ожидания медицинской помощи **не согласованы** с нормативами трудозатрат врачей, а также **с фактической обеспеченностью** медицинскими кадрами и стационарными койками.
5. Имеющиеся в ряде порядков нормативы по труду **не имеют под собой оснований** для расчетов, а число должностей врачей, рассчитанное на основании этих порядков, **в разы отличается** от фактической численности врачей в РФ.
6. В нормах по труду накопились **критические противоречия**: **необоснованное** изменение форматов представления норм труда; **нарушения** в номенклатуре медицинских организаций, специальностей и должностей медицинских работников, коечного фонда; **ошибочные данные** о численности должностей для обеспечения круглосуточной работы медицинских организаций; **экономическая необоснованность** новых нормативов по труду.
7. Нормативы объемов медицинской помощи, установленные в ПГГ, **не согласованы** с изменившимися потребностями населения в медицинской помощи, современными технологиями ее оказания и научными данными.
8. Минздраву России и ФОМС необходимо провести работу **по экономическому обоснованию** базовых тарифов [клинико-статистических групп (КСГ), клинико-профильных групп (КПГ) и других нормативов единиц объемов медицинской помощи] так, чтобы они покрывали затраты медицинских организаций по обеспечению медицинскими кадрами, медикаментами, по материально-техническому оснащению и другим статьям, а также **обеспечивали исполнение обязательных стандартов** медицинской помощи, порядков ее оказания и клинических рекомендаций.
9. Необходимо актуализировать и взаимосогласовать **нормативы объемов медицинской помощи**, устанавливаемые в различных нормативных актах, в том числе привести их в соответствие с потребностями населения РФ в оказании медицинской помощи, новыми технологиями оказания медицинской помощи и организационными подходами. При расчете потребности в медицинских кадрах необходимо использовать научно обоснованные нормы по труду (например, прием врача-терапевта участкового не менее 30 мин) и показатели использования коечного фонда (например, работа койки в году не более 310 дней).
10. Необходимо на сайте Минздрава России разместить в свободном доступе первоисточники (формы статистической отчетности) для возможности **проверки** агрегированных данных **отчетности**. При изменении методик расчетов предоставлять соответствующие пояснения и приводить сопоставимые данные.

Таблица 28. Анализ нормативной базы здравоохранения (тарифы по оплате медицинской помощи, планирование объемов медицинской помощи, нормирование труда в здравоохранении) и предложения по ее доработке

Документы	Проблема	Предложение
Тарифы по оплате медицинской помощи и их экономическая обоснованность		
Приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования» (раздел XI). Приказ ФОМС от 21.11.2018 № 247 «Об установлении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения». Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования с изменениями, внесенными совместным письмом Минздрава России от 02.07.2019 № 11-7/и/2-5785 и ФОМС № 8096/26-1/	**Существуют необоснованно низкие тарифы по оплате медицинской помощи для медицинских организаций, расположенных в труднодоступных, отдаленных и малонаселенных пунктах (арктической зоне). В результате невозможно выполнить поручения Президента РФ** от 28.05.2015 № Пр-1067 (пункты 2 «в» и 3) и от 09.11.2015 № Пр-2335 (пункты 1 «г», 2 «б» и 2 «г»). Упрощенно бюджет медицинских организаций складывается из объемов помощи, помноженных на установленные тарифы. Поток больных (объемы помощи) в учреждениях **первого уровня**, расположенных в сельской местности, труднодоступных, отдаленных и малонаселенных пунктах, — небольшой, а установленные для них тарифы недостаточны для покрытия всех затрат. Кроме того, эти учреждения вынуждены работать в режиме постоянной готовности, что увеличивает их расходы. Как следствие, из-за недостатка средств к содержанию такие учреждения **вынуждены закрываться**	Необходимо ввести для данных учреждений или дополнительные повышающие коэффициенты сложности диагностики и лечения пациентов, или предусмотреть оплату таких медицинских организаций по **фиксированному бюджету**, покрывающему их постоянные издержки на содержание инфраструктуры (здания и сооружения, персонал)
	Действующие тарифы по оплате медицинской помощи в большинстве случаев экономически не обоснованы и не позволяют соблюдать действующие порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, критерии КМП, клинические рекомендации. При этом вышеперечисленные документы являются обязательными и основой для проведения контрольно-надзорных мероприятий. Определено, что базовый тариф, в том числе базовая ставка в КСГ или КПГ (размер средней стоимости случая лечения пациента), устанавливается в тарифном соглашении субъекта РФ исходя **из общего объема средств**, направленных на финансовое обеспечение медицинской помощи, числа случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ, и значения базовой (средней) ставки КСГ с учетом различных поправочных коэффициентов, в том числе уровня оказания медицинской помощи.	1. Минздраву России и ФОМС необходимо провести работу по экономическому обоснованию базовых тарифов (КСГ, КПГ и других нормативов единиц объемов медицинской помощи) так, чтобы они покрывали затраты медицинских организаций по обеспечению медицинскими кадрами, медикаментами, по материально-техническому оснащению и другим статьям и обеспечивали выполнение требований стандартов медицинской помощи, порядков ее оказания и клинических рекомендаций. 2. Минздраву России и ФОМС необхо-

Продолжение табл. 28

Документы	Проблема	Предложение
	Приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н предусмотрен расчет тарифа **исходя из затрат организации** «*на оказание медицинских услуг с учетом их перечня, среднего количества, частоты применения и стоимости; затрат на лекарственные препараты с учетом их перечня, разовых и курсовых доз и стоимости; стоимости применяемых в процессе лечения изделий медицинского назначения и др.*» (п. 166), то есть тарифы **должны обеспечивать соблюдение стандартов медицинской помощи** согласно определению стандартов, данному в статье 37 ФЗ № 323. Другими словами, письмо Минздрава России и ФОМС регламентирует установление тарифов исходя из имеющихся средств, а приказ Минздрава — на основе стандартов. Далее Федеральным законом от 21.11.2011 № 323 (ст. 64, 86, 87), а также приказом ФОМС от 01.12.2010 № 230[1] установлено, что контроль за качеством деятельности медицинских организаций осуществляется путем «*определения показателей КМП, соблюдения объемов, сроков и условий оказания медицинской помощи, контроля за качеством медицинской помощи…*», а также «*применения медицинскими организациями **порядков** оказания медицинской помощи и **стандартов** медицинской помощи*». Согласно статье 64 ФЗ № 323 и приказу ФОМС от 01.12.2010 № 230, контроль должен осуществляться еще и на соответствие **клиническим рекомендациям.** Из этого следует, что **тарифы должны финансово обеспечивать соблюдение обязательных порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, критериев оценки КМП и клинических рекомендаций**. В противном случае легитимность контрольных мероприятий сомнительна	димо дать разъяснения, как поступать контролирующим органам в случае, если установленные тарифы не покрывают расходы на выполнение требований обязательных порядков, стандартов и критериев КМП. 3. Минздраву России и ФОМС при расчете обоснованных тарифов предусмотреть дополнительные меры, направленные на ликвидацию их дифференциации по субъектам РФ (см. раздел 3.1). 4. Необходимо разработать единый, взаимосогласованный принцип разработки порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций и критериев КМП
Планирование медицинской помощи: нормативы объемов медицинской помощи, нормы труда, нормативы обеспеченности кадровыми и материально-техническими ресурсами, сроки ожидания медицинской помощи		
Приказы о порядках оказания медицинской помощи. Письма Минздрава России от 23.12.2016 № 11-7/10/2-8304 «О формировании	**Действующие нормы в порядках оказания медицинской помощи систематически не согласуются с нормативами, рассчитанными на основании методических писем Минздрава.** Так, методические письма Минздрава России вплоть до 2017 г. рекомендовали следующее число коек по профилям, которое отличалось от числа, указанного в утвержденных Минздравом же порядках оказания медицинской помощи:	Необходимо актуализировать и взаимосогласовать нормативы объемов медицинской помощи, устанавливаемые в ПГГ и порядках оказания медицинской помощи

Продолжение табл. 28

Документы	Проблема	Предложение
и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 г. и на плановый период 2018 и 2019 гг.» (вместе с «Методикой планирования ресурсов для оказания медицинской помощи в стационарных условиях», «Методикой оценки эффективности использования ресурсов медицинских организаций на основе выполнения функции врачебной должности, показателей использования коечного фонда») и от 21.12.2018 г. № 11-7/10/1-511	оториноларингология — **12** коек на одну врачебную должность (в порядках — **20**); по акушерству и гинекологии — **15** коек (в порядках — **10**); по акушерской помощи (койки патологии беременности) — **12** коек (в порядках — **10**); по гинекологии — **12** коек (в порядках — **10**); по нейрохирургии — **12** коек (в порядках — **2,1**); по нефрологии — **12** коек (в порядках — **15**)[2]. В аналогичном письме Минздрава России от 2019 г.[3] методика планирования ресурсов была удалена, но пояснений по этому поводу не дано. Далее норматив должности врача детского уролога-андролога по одному порядку устанавливается на **10 тыс**. детского населения, по другому — на **20** тыс. **Одна должность** врача-хирурга по одному порядку устанавливается на 10 тыс. взрослого населения, по другому — на то же население должно быть **0,65 должности**[4]. В приказе Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н[5] указано, что на одну должность врача-терапевта участкового должно приходиться **1,5** должности медицинской сестры участковой, а в приказе Минздрава России от 15.11.2012 № 923н[6] — **одна должность** медицинской сестры	
Приказ Минздрава России от 02.06.2015 № 290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей	**Несогласование норм трудозатрат врачей в приказах и письмах Минздрава.** В приказе Минздрава России от 02.06.2015 № 290н указано, что время трудозатрат врача-участкового на прием пациента составляет **15 мин**, а более поздним письмом Минздрава России от 23.12.2016 № 11-7/10/2-8304 установлено **20 мин**	Необходимо научно обосновать нормативы трудозатрат врачей в разрезе специальностей с учетом новых организационных подходов к оказанию ПМСП, то есть с расширением трудовых функций врачей участковой службы (см. раздел 5.4). Научно обоснованные нормативы трудозатрат врачей необходимо сбалансировать с другими нормами по труду,

Продолжение табл. 28

Документы	Проблема	Предложение
практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача — акушера-гинеколога». Письмо Минздрава России от 23.12.2016 № 11-7/10/2-8304		нормативной численностью врачей для выполнения установленного государственного задания (объемов помощи) при условии соблюдения установленных сроков ожидания медицинской помощи
Постановление Правительства РФ от 10.12.2018 № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 г. и на плановый период 2020 и 2021 гг.»	**Сроки ожидания медицинской помощи не согласованы с нормативами трудозатрат врачей (см. п. 4), а также с фактической обеспеченностью медицинскими кадрами и стационарными койками.** В ПГГ установлены сроки ожидания пациентами различных видов медицинской помощи (раздел VIII). Например, консультацию врача-специалиста пациенты должны ожидать **14 календарных дней** со дня обращения, на прием к участковому врачу пациенты должны попасть в течение **24 ч** от момента обращения, получить плановую госпитализацию — через **30 календарных дней** со дня выдачи лечащим врачом направления, а для пациентов с онкологическими заболеваниями — через **14 календарных дней** с момента гистологической верификации опухоли или с момента установления диагноза заболевания (состояния). На основании этих показателей оценивается эффективность реализации ТПГГ. Нормативы трудозатрат врачей на прием пациентов определяют функцию врачебной должности, на основании которой рассчитывается нормативная численность врачей. Чем больше время на прием пациента, тем выше получается норматив числа врачей, соответственно, должно быть выше физическое число врачей. От численности врачей напрямую зависят сроки ожидания медицинской помощи. Для того чтобы при **увеличении времени на прием** одного пациента, например врачом участковой службы (см. п. 4), сохранить прежние сроки ожидания, необходимо увеличить или число врачей, или интенсивность их труда. Однако в РФ с 2012 по 2017 г. обеспеченность врачами участковой службы увеличилась лишь на 2%. Более того, увеличился поток больных на 3%. Это **неизбежно должно было привести к увеличению сроков ожидания**. Без обеспечения соответствующими ресурсами эти сроки становятся **декларативными**	Необходимо рассчитать, какие материально-технические (обеспеченность койками) и кадровые ресурсы необходимы для обеспечения установленных сроков ожидания медицинской помощи. Причем с учетом соблюдения научно обоснованных нормативов по труду, показателей работы койки и других нормативов, на основании которых происходят расчеты мощностей системы здравоохранения. Сроки ожидания необходимо рассчитывать по методикам, установленным в развитых странах[7].

Продолжение табл. 28

Документы	Проблема	Предложение
Приказы о порядках оказания медицинской помощи (2015–2016 гг.)	**Имеющиеся в ряде порядков нормативы по труду не имеют под собой оснований для расчетов, а число должностей врачей, рассчитанное на основании порядков, в разы отличается от фактической численности врачей в РФ.** Например, расчетное число должностей врачей участковой службы (участковые врачи-терапевты, участковые врачи-педиатры и ВОП), согласно приказу Минздравсоцразвития России[8], составляет 1700 человек взрослого населения (18 лет и старше) в городских условиях и 1300 человек взрослого населения в сельских условиях. Численность прикрепленного детского населения от 0 до 17 лет на одном педиатрическом участке по нормативам составляет 800 человек[9]. Врачей участковой службы необходимо 111,4 тыс. (подробные расчеты см. в разделе 5.4). Фактическое число этих врачей составляет 74,7 тыс. в 2018 г.[10] Для того чтобы имеющимся сегодня врачам участковой службы обслужить прикрепленное население, им необходимо работать с коэффициентом совместительства **1,5**, что существенно снижает эффективность их работы (см. раздел 5.4). По данным В.М. Шиповой[11], в приказе Минздрава России от 30.12.2015 № 1034н[12] должность врача психиатра-нарколога устанавливается как одна должность на смену (без указаний на численность населения). Рассчитанное на основании этого приказа число врачей психиатров-наркологов должно составлять 16–17 тыс. Фактическое число врачей-наркологов в РФ **в 3 раза меньше** (5,2 тыс. в 2015 г.[13]). Рассчитанная В.М. Шиповой[14] на основании приказа Минздрава России от 09.08.2010 № 613[15] нормативная численность врачей спортивной медицины и лечебной физкультуры составляет более **25 тыс.** должностей (из расчета на число занимающихся спортом). А в новом приказе Минздрава России от 01.03.2016 № 134н[16] нормативная численность врачей спортивной медицины увеличена **в 2 раза,** а врачей по лечебной физкультуре **— в 4 раза**, то есть число этих врачей должно стать как минимум **60 тыс.** Фактическая численность этих врачей составляет **3 тыс.** (по данным ЦНИИОИЗ), то есть в 2016 г. принимается приказ Минздрава, который требует увеличения численности указанных врачей более чем **в 20 раз** от их фактической численности	Необходимо в приказах о порядках оказания медицинской помощи установить научно обоснованную нормативную численность медицинских кадров, а также рассчитать необходимые финансовые и временные ресурсы для приведения фактической численности медицинских кадров к установленной нормативной

Продолжение табл. 28

Документы	Проблема	Предложение
Приказы Минздрава России, касающиеся норм по труду	**В нормах по труду накопились другие критические противоречия** (подробно см.: Хабриев Р.У., Шипова В.М., Гаджиева С.М. Комментарии к нормам труда в здравоохранении). 1. **Необоснованное изменение форматов представления норм труда.** Рекомендуемые штатные нормативы в приказах Минздрава о порядках даны как **типовые** штатные нормативы, а не как штатные нормативы. Соответственно, при формировании должностей исчезло словосочетание «из расчета на…» Например, одна должность врача устанавливается на 20 коек. Это означает, что она может быть установлена и на 30 коек, и на 40 коек. 2. **Имеются нарушения в номенклатуре медицинских организаций, специальностей и должностей медицинских работников, коечного фонда**. Например, в приказе Минздрава России от 20.12.2012 № 1183н[17] (об утверждении номенклатуры должностей) установлены должности, отсутствующие в приказе Минздрава России от 08.10.2015 № 707н[18] (по квалификационным требованиям), — врач по паллиативной медицинской помощи, врач по медицинской реабилитации и др. 3. **Ошибочные данные по численности должностей для обеспечения круглосуточной работы медицинских организаций.** В приказах о порядках указывается конкретное число должностей, на самом деле число должностей для обеспечения круглосуточной работы медицинских организаций должно зависеть от числа рабочих дней в году, числа предпраздничных дней и режима труда и отдыха. 4. **Экономическая необоснованность новых нормативов по труду.** Расчет нормативного числа должностей медицинских работников и числа коек происходит исходя из объемов медицинской помощи. В 2013 г. в ПГГ произошел переход на планово-нормативный показатель определения объемов медицинской помощи по числу обращений в амбулаторных условиях в расчете на единицу населения. С 2014 г. — по числу госпитализаций в стационар. Соответственно, необходимо было также пересмотреть нормативные документы по формированию числа должностей, однако этого в методических письмах, прикладываемых к ПГГ, **не произошло**. Расчеты в них проводятся на основании прежних форм выражения объемов медицинской помощи: в амбулаторных условиях — по числу посещений, в стационарных — по числу койко-дней	Необходимо актуализировать нормы по труду с учетом названных замечаний

Продолжение табл. 28

Документы	Проблема	Предложение
Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ПГГ), утверждается ежегодно постановлением Правительства РФ. Письмо Минздрава России от 21.12.2018 № 11-7/10/1-511 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 г. и на плановый период 2020 и 2021 гг.»	**Нормативы ПГГ не согласованы с изменившимися потребностями населения в медицинской помощи, современными технологиями оказания медицинской помощи, современными научными данными.** Нормативы ПГГ были установлены по объемам помощи, сложившимся в советское время, и недостаточно изменились с тех пор, чтобы обеспечить изменившиеся потребности медицинской помощи. Они также не корректируются в соответствии с динамикой фактических показателей. Например, на фоне увеличения заболеваемости населения с 1999 по 2014 г.[19] **на 35%** (то есть увеличения потоков больных) **нормативы** большинства объемов медицинской помощи **сократились или остались на прежнем уровне**: число посещений АПУ — на прежнем уровне[20] (по факту выросло на 10%), вызовы скорой медицинской помощи сократились **на 6%** (по факту — **на 5%**), объемы помощи в стационарах сократились **на 11%** (по факту — **на 27%**). Нормативы объемов помощи в дневных стационарах остались на прежнем уровне (по факту увеличились в 3,1 раза). В научных статьях и практикой в других странах доказано, что занятость больничной койки в году **более 310 дней** приводит к росту инфекционных осложнений[21]. Однако при формировании ТПГГ Минздравом России установлено, что этот показатель в российских больницах должен составлять **340 дней в году** [см. «Методика оценки эффективности использования ресурсов медицинских организаций» (с. 69) Письма Минздрава России от 21.12.2018 № 11-7/10/1-511]. Более того, по этому показателю определяется эффективность использования коечного фонда. Кроме того, в развитых странах считается, что **более четырех коек** на одну медицинскую сестру в хирургическом отделении также приводит к росту инфекционных осложнений[22]. А в ПГГ вплоть до 2018 г. указывалось — **15 коек** на пост, аналогичные нормативы сохраняются в порядках оказания медицинской помощи по хирургическому профилю[23]	1. Необходимо **привести** нормативы объемов медицинской помощи по ПГГ с учетом фактической и прогнозной заболеваемости населения РФ, приоритетов развития здравоохранения до 2025 г., изменений в возрастной структуре населения РФ и новыми технологиями оказания медицинской помощи. 2. Необходимо **пересмотреть** нормативы среднегодовой занятости койки (340 дней) в сторону уменьшения. 3. Необходимо **уменьшить** число коек при расчете числа должностей: один пост палатной и перевязочной медицинских сестер в хирургических отделениях, так, чтобы в целом на двух медицинских сестер (палатную и перевязочную) приходилось не более **восьми коек**
Доклад о реализации Программы государственных гарантий за 2014 г.[24]	**Предоставляемые данные по объемам медицинской помощи в разных официальных источниках Минздрава различаются.** Например, по данным доклада о реализации ПГГ, число госпитализаций	Необходимо привести имеющуюся отчетность к единому знаменателю, предоставить первоисточники в свободном

Окончание табл. 28

Документы	Проблема	Предложение
Данные из сборника «Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения» (Минздрав России, ЦНИИОИЗ)	в 2014 г. составило **29,3 млн**. А по данным ЦНИИОИЗ Минздрава России, число госпитализаций в том же году было **30,8 млн** (без учета факторов, влияющих на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения) и **31,3 млн** (с учетом факторов, влияющих на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения). Пояснение выражения «…факторов, влияющих на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения» нигде не представлено: ни в сборниках ЦНИИОИЗ Минздрава России, ни в докладах Минздрава. По данным ЦНИИОИЗ, число коек в сельской местности в 2015 г. составило 153,8 тыс., при этом получается, что с 2014 г. **рост составил 20 тыс.,** чего не может быть. По данным ЦНИИОИЗ Минздрава России, число госпитализаций в сельской местности в 2015 г. составило 8,6 на 100 человек, то есть **снизилось почти в 3 раза** по сравнению с 2014 г., что также маловероятно	доступе для возможности проверки агрегированных данных отчетности, также при изменении методик расчетов предоставлять соответствующие пояснения и приводить сопоставимые данные

[1] «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» с изменениями от 2017 г.

[2] Хабриев Р.У., Шипова В.М., Маличенко В.С. Государственные гарантии медицинской помощи. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 232 с.

[3] Письмо Минздрава России от 21.12.2018 № 11-7/10/1-511 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 г. и на плановый период 2020 и 2021 гг.».

[4] Хабриев Р.У., Шипова В.М., Гаджиева С.М. Комментарии к нормам труда в здравоохранении. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 144 с.

[5] «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (в редакции от 27.03.2019).

[6] «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “терапия”».

[7] Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — С. 334–341.

[8] Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

[9] Приказ Минздрава России от 07.03.2018 № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям».

[10] По данным ЦНИИОИЗ Минздрава России, с учетом Республики Крым и г. Севастополя.

[11] Хабриев Р.У., Шипова В.М., Гаджиева С.М. Комментарии к нормам труда в здравоохранении. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 144 с.

[12] «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “психиатрия-наркология” и Порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и/или расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ».

[13] По данным ЦНИИОИЗ Минздрава России.

[14] Хабриев Р.У., Шипова В.М., Гаджиева С.М. Комментарии к нормам труда в здравоохранении. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 144 с.

[15] «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при проведении физкультурных и спортивных мероприятий».

[16] «О Порядке организации оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом (в том числе при подготовке и проведении физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий), включая порядок медицинского осмотра лиц, желающих пройти спортивную подготовку, заниматься физической культурой и спортом в организациях и/или выполнить нормативы испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса “Готов к труду и обороне”».

[17] «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников».

[18] «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки “Здравоохранение и медицинские науки”».

[19] Сравнения даны по 2014 г., поскольку с 2015 г. отчеты по фактическому исполнению ПГГ Минздравом России не публикуются, соответственно, невозможно оценить сопоставимые фактические объемы медицинской помощи.

[20] При условии, что в одном обращении 2,8 посещений.

[21] Jones R. Volatility in bed occupancy for emergency admissions // British Journal of Healthcare Management. — 2011. — Vol. 17. — N. 9. — P. 424–430;

Tackling healthcare associated infections through effective policy action. — London: British Medical Association, 2009. — 44 p.

[22] Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction / L.H. Aiken, S.P. Clarke, etc. American Medical Associatopn (JAMA). October, 2002. Volume 288. No. 16. Электронный доступ: https://medschool.ucsd.edu/som/hear/resources/Documents/nurse%20burnout%20jama.pdf.

[23] Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 922н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “хирургия”».

[24] Более поздних данных нет, так как с 2015 г. доклады о реализации ПГГ прекратили публиковать на официальном сайте Минздрава России, как это предусмотрено постановлением Правительства РФ.

Контроль и обеспечение качества медицинской помощи

Основные федеральные законы и другие нормативные акты, касающиеся системы обеспечения и контроля за КМП в РФ, представлены в табл. 29 с их описанием и комментариями. Из приведенного в таблице анализа можно сделать следующие выводы и предложения (предложения по показателям КМП — см. раздел 5.11).

1. Имеющаяся сегодня нормативная база по обеспечению и контролю за качеством медицинской деятельности (КМД) и КМП избыточна: имеется **более 14** действующих нормативных документов. Эти документы устанавливают:

- критерии доступности и качества медицинской помощи по исполнению ПГГ (постановление Правительства РФ от 10.12.2018 № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 г. и на плановый период 2020 и 2021 гг.»);
- лицензионные требования (постановление Правительства РФ от 16.04.2012 № 291[1]);
- порядок проведения государственного, ведомственного и внутреннего контроля за медицинской деятельностью, в том числе КМП (постановление Правительства РФ от 12.11.2012 № 1152[2] и приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1340н[3]), а также предложения Росздравнадзора и Минздрава России по ведению внутреннего контроля за КМП («Вестник Росздравнадзора», 2016, № 2, и проект приказа Минздрава России от 21.09.2018 «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»);
- порядок контроля КМП в системе ОМС (приказ ФОМС от 28.02.2019 № 36[4]);
- показатели оценки деятельности медицинских организаций (МО) потребителями (приказы Минздрава России от 28.11.2014 № 787н[5] и от 30.12.2014 № 956н[6]);

[1] «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")».

[2] «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности».

[3] «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

[4] «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

[5] «Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями».

[6] «Об информации, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, и требованиях к содержанию и форме предоставления информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах Министерства здравоохранения РФ, органов государственной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления и медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети Интернет (вместе с "Информацией, предоставляемой медицинскими организациями, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями")».

- порядок и показатели оценки эффективности деятельности МО (приказ Минздрава России от 28.06.2013 № 421[1]);
- критерии оценки КМП (приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н[2]);
- мониторинг отчетности по результатам оказания медицинской помощи на участках (письма Минздрава России от 02.04.2015 № 17-9/10/2-1002 и от 21.05.2015 № 17-9/10/2-2324);
- показатели эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников (приказ Минздрава России от 28.06.2013 № 421[3]).

Если добавить к этому перечню еще многочисленные обязательные формы статистической отчетности, по которым МО должна отчитываться (например, формы ФСН № 12, 14, 17, 30, 40, 47)[4], и многочисленные проверки финансовой деятельности МО, то на основную деятельность у руководителей и персонала медицинских организаций просто не остается времени.

Большинство нормативных актов, как это видно из названий, направлено на контроль КМП, а не на его обеспечение. Проводимый контроль **неэффективен**, о чем свидетельствует сохранение доли нарушений от числа проведенных проверок. Так, доля нарушений по результатам экспертизы КМП (всех проверенных случаев) остается практически на одном и том же уровне — **22–23%**[5]. По данным Росздравнадзора, число нарушений КМД в 2013 г. составляло **40%**, в 2016 г. — **49%** всех проверенных случаев, число административных штрафов по результатам проверок с 2013 по 2016 г. выросло **в 6 раз**, а сумма штрафов — **в 3,7 раза**[6]. В 2018 г. в Росздравнадзор поступило 26 880 обращений граждан с жалобами на нарушение, по мнению заявителей, их прав на получение медицинской помощи (на 11,7% больше, чем в 2017 г.), в том числе на низкое качество медицинской помощи — 64%, отказ в оказании медицинской помощи — 7%, непредоставление гарантированного объема медицинской помощи — 7%, низкую доступность медицинской помощи — 6%[7].

[1] «Об утверждении Методических рекомендаций по разработке органами государственной власти субъектов Российской РФ и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников».

[2] «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

[3] «Об утверждении Методических рекомендаций по разработке органами государственной власти субъектов РФ и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников».

[4] Какорина Е.П., Александрова Г.А., Поликарпов А.В. и др. Алгоритмы расчета основных показателей деятельности медицинских организаций: Методические рекомендации. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 400 с.

[5] https://medvestnik.ru/content/news/Eksperty-usomnilis-v-dannyh-FOMS-po-vrachebnym-oshibkam.html.

[6] Доля проверок, по итогам проведения которых выявлены правонарушения, среди всех проверок, проведенных в отношении юридических лиц, индивидуальных предпринимателей (по данным Росздравнадзора — http://www.roszdravnadzor.ru/).

[7] Доклад об осуществлении государственного контроля (надзора) в сфере охраны здоровья граждан и об эффективности такого контроля (надзора) в 2018 г. / Росздравнадзор РФ. — М., 2019.

Избыточные контрольные мероприятия **множатся**. Например, в приказе Минздрава России от 10.05.2017 № 203н содержится более **2,4 тыс. критериев** для контроля (это в основном показатели процесса оказания медицинской помощи), что приводит к увеличению объема отчетности и временных затрат на неэффективный контроль. В нормативной базе **не предусмотрено** конкретных мероприятий по профилактике нарушений КМП, таких как непрерывное повышение квалификации врачей, создание работодателями условий для этого (наличие доступа работников к образовательным системам в интернете, оплачиваемые библиотечные дни, средства для посещения иногородних конференций и др.), внедрение стандартов безопасности медицинской помощи в медицинских организациях и др. Предусмотренные средства на повышение квалификации врачей с 2016 по 2021 г. будут формироваться за счет средств нормированного страхового запаса, что приведет к снижению затрат по другим статьям расходов, которые обычно финансируются из этого источника. Расходы на повышение квалификации врачей необходимо проводить за счет федерального и региональных бюджетов **с нормированием их объема** в расчете на одного медицинского работника.

2. Приводимые показатели КМП и виды контроля не согласованы между собой, отсутствуют перекрестные ссылки между документами. Контроль КМП **дезинтегрирован** и подразделяется на контроль, осуществляемый в системе ОМС, Росздравнадзором, Минздравом, потребителями медицинских услуг, а также в соответствии с лицензионными требованиями.

3. Действующие нормативные акты часто отменяются, взамен вводятся новые, другого содержания. Например, за 2015–2018 гг. было **отменено четыре** приказа по вопросам контроля за КМП (приказы Минздрава России от 31.10.2013 № 810а[1], от 12.09.2014 № 503[2], от 07.07.2015 № 422ан[3] и от 15.07.2016 № 520н[4]). Это говорит **об отсутствии** продуманной политики по этому вопросу. В нормативной базе **не предусмотрено** наличие государственной программы управления КМП и отдельного органа (структурного подразделения Минздрава России и региональных органов управления здравоохранением), который бы отвечал за реализацию этой программы, а также имел специально подготовленный персонал.

4. Что касается показателей КМП, то большинство из них (кроме показателей оценки медицинских услуг потребителем) **не сопровождается методиками измерения**, то есть каждый регион должен измерять КМП исходя из собственных представлений, что сделает результаты такого контроля **несопоставимыми** между субъектами РФ и отдельными МО. Б**ольшинство целевых показателей КМП не установлены на федеральном уровне**, что делает их применение просто бессмысленным, поскольку непонятно, к чему стремиться. В приказе

[1] «Об организации работы по формированию независимой системы оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения».

[2] «Об организации работы по формированию рейтингов государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения».

[3] «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

[4] «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

Минздрава России от 28.06.2013 № 421 по оценке эффективности (результативности) деятельности медицинской организации, их руководителей и работников **ни один показатель** не отражает эффективность деятельности медицинской организации (с точки зрения достижения оптимального результата за имеющиеся средства).

Часть представленных показателей просто **не зависит** от деятельности руководства МО. Например, достижение показателя «по соотношению заработной платы по всем категориям работников со средней заработной платой в субъекте» зависит от объема государственного задания. И если эти средства недостаточны, то руководство будет вынуждено или наращивать объем платных услуг в учреждении, или увольнять персонал, или сокращать другие важнейшие статьи расходов.

5. Предложенные показатели не соответствуют принятым в большинстве развитых стран, систематическая работа в этом направлении не ведется. Впервые показатели КМП на федеральном уровне появились в ПГГ на 2013 г. в разделе VII «Критерии доступности и качества медицинской помощи», что само по себе позитивный шаг. Для показателей доступности медицинской помощи были установлены целевые значения в методических рекомендациях к этой ПГГ[1]. Однако эти показатели **не структурированы и непонятно**, по каким критериям были отобраны. Например, они включают показатели смертности, заболеваемости, обеспеченности медицинскими кадрами, объемов медицинской помощи, процессов оказания медицинской помощи, финансирования. При этом нет ни одного показателя по безопасности медицинской помощи (инфекционные осложнения после операционных вмешательств), методик расчета показателей и установленного целевого значения для субъектов РФ.

6. В РФ необходимо разработать и реализовать единые подходы к обеспечению и контролю КМП на федеральном уровне, для чего создать соответствующее структурное подразделение в Минздраве России и разработать программу с установленными целевыми значениями показателей КМП.

[1] Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи» (утверждены Минздравом России от 28.08.2001 № 2510/9257-01, ФОМС № 3159/40-1).

Таблица 29. Основные законодательные акты, регулирующие систему управления КМП в РФ

Вид документа	Область регулирования	Комментарий/предложение
Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (с изменениями от 29.05.2019)	▪ Определяет КМП (ст. 2). ▪ Определяет, что качество и доступность медицинской помощи являются одними из приоритетов государственной политики в сфере охраны здоровья (ст. 4). ▪ Определяет, что качество и доступность медицинской помощи обеспечиваются достаточным количеством медицинских кадров и их квалификацией, приближенностью медицинской помощи к месту проживания и работы пациентов и др. (ст. 10). ▪ Определяет, что медицинская помощь организуется и оказывается **в соответствии с порядками** оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории РФ всеми медицинскими организациями, **на основе клинических рекомендаций** (с 2022 г.), а также **с учетом стандартов** медицинской помощи. ▪ Определяет понятие экспертизы КМП и критериев КМП; критерии формируются на основе порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) (ст. 64). ▪ Устанавливает, что экспертиза КМП, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования, проводится в соответствии с законодательством РФ об обязательном медицинском страховании, а экспертиза медицинской помощи вне системы ОМС осуществляется в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (ст. 64). ▪ Сформулировано, что в рамках ПГГ устанавливаются критерии доступности медицинской помощи, а их целевые значения — уже на уровне территориальных программ (ст. 81, п. 2). Более того, указано, что для медицинской помощи, оплачиваемой за счет федеральных средств, критерии доступности медицинской помощи и их целевые значения устанавливаются на федеральном уровне (ст. 80, п. 6).	▪ Разделение порядка проведения экспертизы КМП, оказываемой в системе ОМС и вне ее, **нецелесообразно**, должен быть единый порядок. ▪ Разделение процесса установления показателей качества на федеральном уровне, а их целевых значений — на уровне регионов **неверно**, поскольку целевые показатели для страны должны быть едины. ▪ Государственный, ведомственный и внутренний контроль за КМД следовало описать как **разные уровни единой системы контроля**. ▪ **Не дано** определение понятия вневедомственного контроля КМП (если есть ведомственный контроль, то что такое тогда вневедомственный контроль?). ▪ Необходимо **терминологически разделить понятия** КМД и КМП, а также «критерий» и «показатель», которые употребляются как синонимы (см. терминологическое противоречие с приказом Минздрава России от 28.06.2013 № 421, ст. 87 ФЗ № 323, приказом Минздрава России от 10.05.2017 № 203н и др.)

Продолжение табл. 29

Вид документа	Область регулирования	Комментарий/предложение
	▪ Определяет понятия государственного, ведомственного и внутреннего контроля за медицинской деятельностью в сфере охраны здоровья (ст. 85–90). ▪ Предусматривает необходимость создания работодателями условий для повышения квалификации медицинских работников, хотя сами условия нигде в нормативной базе не конкретизированы (ст. 79). ▪ Устанавливает порядок проведения независимого контроля за качеством оказания медицинских услуг МО (форма общественного контроля) (ст. 79.1)	
Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» (с изменениями от 26.07.2019)	▪ Определяет **принципы** деятельности ОМС, в том числе создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи (ст. 4). ▪ Закрепляет полномочие Федерального фонда ОМС по установлению **порядка** осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС (ст. 7, п. 1, раздел 3). ▪ Определяет понятие **экспертизы** качества медицинской помощи (ЭКМП), которое совпадает с определением в ФЗ № 323, и порядок его проведения (ст. 40). ▪ Устанавливает порядок применения **санкций** к МО по результатам ЭКМП (ст. 41, 42). ▪ Определяет, что базовая программа ОМС должна содержать критерии доступности и КМП, а территориальная программа ОМС — устанавливать их целевые значения (ст. 35, 36). ▪ Предусматривает порядок формирования нормированного страхового запаса за счет санкций по результатам проверок МО (ст. 26). ▪ Предусматривает формирование собственных средств страховой медицинской организации (СМО), в том числе **за счет санкций** по результатам проверок МО (ст. 28)	▪ Согласно этому закону, получается, что критерии (показатели) качества и доступности медицинской помощи устанавливаются в рамках базовой программы ОМС, их целевые значения — территориальными программами ОМС, соответственно, каждый регион имеет свои **собственные** целевые значения. ▪ Установление критериев КМП и их целевых значений только для медицинской помощи, оплачиваемой через систему ОМС, **нецелесообразно**. ▪ Закон предусматривает только штрафные санкции при нарушении КМП и **не предусматривает никаких профилактических мероприятий** по снижению числа нарушений КМП. ▪ Заинтересованность СМО в увеличении объема санкций, применяемых к медицинской организации (МО), **снижает эффективность** контроля (СМО получает часть от этих средств)

Продолжение табл. 29

Вид документа	Область регулирования	Комментарий/предложение
Постановление Правительства РФ от 16.04.2012 № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")» (с изм. от 08.12.2016)	▪ Определяет **порядок** лицензирования медицинской деятельности. ▪ Определяет **лицензирующие органы** — Росздравнадзор (для учреждений федерального подчинения) и органы исполнительной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья (для региональных и муниципальных учреждений). ▪ Определяет перечень лицензируемых (работ) **услуг**. ▪ Определяет **лицензионные требования к МО** (соискателю лицензии): здание, персонал, наличие сертификата у специалистов, опыт работы для руководителей, штатное расписание, наличие внутренней системы контроля за качеством. ▪ Определяет **лицензионные требования к медицинской деятельности**: соблюдение порядков оказания медицинской помощи; соблюдение установленного порядка осуществления внутреннего контроля за качеством и безопасностью медицинской деятельности; соблюдение установленного порядка предоставления платных медицинских услуг; повышение квалификации специалистов, выполняющих заявленные работы (услуги), не реже 1 раза в 5 лет. ▪ Определяет **порядок** получения лицензии	▪ Показатели и требования, которые оцениваются при лицензировании, касаются в основном **инфраструктурных элементов МО**. Для оценки деятельности МО в отношении качества и безопасности медицинской помощи необходимо также оценивать более полно организационные процессы (соответственно, должны быть требования к ним, которые пока не установлены). Например, наличие в МО условий для непрерывного повышения квалификации работников или наличие системы информирования и обсуждения работников об ошибочных действиях коллег. ▪ Лицензионные требования носят **формальный характер**, контроль осуществляется по документам, которые зачастую сами неточны и требуют обновления. Например, оценивают медицинскую деятельность на основе порядков оказания медицинской помощи, а штатное расписание в этих порядках и стандарты оснащения могут не соответствовать потребностям конкретных МО
Постановление Правительства РФ от 10.12.2018 № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 г. и на плановый период 2020 и 2021 гг.»	▪ Установлено, что ПГГ формируется **с учетом порядков** оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи и с учетом клинических рекомендаций. ▪ Содержит главу IX «**Критерии** доступности и качества медицинской помощи», в которой представлены показатели КМП, для которых субъекты РФ должны установить целевые значения.	▪ Установление целевых показателей здоровья каждым субъектом РФ в рамках своих территориальных программ **должно происходить согласованно с Минздравом РФ**, в противном случае целевые значения, установленные для страны в целом, не будут достигнуты. А собственно показатели КМП должны быть **едины** для всех субъектов РФ.

Продолжение табл. 29

Вид документа	Область регулирования	Комментарий/предложение
	▪ Все критерии доступности и КМП смешаны и не структурированы — это и показатели смертности населения, и показатели обеспеченности медицинскими кадрами, и объемы медицинской помощи, и даже отдельные показатели из приказа Минздрава России № 203н, и показатели финансирования федеральных медицинских организаций	▪ Этот раздел дублирует другие нормативные акты Минздрава, как устанавливающие показатели по снижению смертности (Государственная программа «Развитие здравоохранения»), так и критерии КМП (приказ № 203н). Следует унифицировать все показатели и критерии во всех нормативных актах
Постановление Правительства РФ от 12.11.2012 № 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности»	▪ Устанавливает **задачи** государственного контроля — выявление и пресечение нарушений требований к качеству и безопасности медицинской деятельности (в том числе КМП), установленных законодательством РФ (п. 2). ▪ Устанавливает **пути** проведения контроля: проверки (плановые и внеочередные), лицензирование медицинской деятельности и др. (п. 3). ▪ Устанавливает **объекты** контроля: органы государственной власти и местного самоуправления, государственные внебюджетные фонды и МО, осуществляющие медицинскую и фармацевтическую деятельность (п. 3). ▪ Устанавливает **организации и лиц,** осуществляющих контроль: Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и ее территориальные органы (Росздравнадзор), Федеральная служба по труду и занятости (в части безопасных условий труда), органы исполнительной власти субъектов РФ (в части лицензирования МО) (пп. 4, 6). ▪ Определяет **мероприятия**, с помощью которых проводится контроль: рассмотрение документов, экспертиза качества медицинской помощи, изучение жалоб и мнения граждан и др. (пп. 11–14). ▪ Государственный контроль осуществляет **контроль** организации ведомственного и внутреннего контроля	▪ **Не содержит** показателей КМП. ▪ Росздравнадзор (специально созданный государственный контрольный орган) **не имеет права** самостоятельно накладывать штрафные санкции на МО за нарушения КМП, а государственные внебюджетные фонды и СМО (чисто финансовые организации) — имеют это право. При этом Росздравнадзор обязан проверять их деятельность. Это **усложняет систему и снижает значимость** государственного контроля
Приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1340н «Об утверждении порядка организации и проведения	▪ Определяет, что контроль подведомственных учреждений осуществляют **федеральные органы** исполнительной власти в сфере охраны здоровья и субъектов РФ.	▪ Приказ **смешивает понятия** контроля и обеспечения КМП. ▪ Показатели и критерии должны быть разработаны **на федеральном уровне** и одинаковы для всех контрольных органов.

Продолжение табл. 29

Вид документа	Область регулирования	Комментарий/предложение
ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности»	▪ Кроме контроля, проверяющим органам ставит задачи: **обеспечивать качество** медицинской помощи, разрабатывать показатели КМП и критерии оценки деятельности медицинского персонала. ▪ Определяет **порядок** проведения контроля, в том числе необходимость соответствия порядкам и стандартам медицинской помощи. ▪ Подразделяет контроль на плановый и внеплановый. ▪ Определяет **общие требования** к организации медицинской помощи (в соответствии с порядками), оказанию медицинской помощи (в соответствии со стандартами) и безопасных условий труда. ▪ Отдельно определяет требования к фармацевтическим организациям. ▪ Определяет **сроки, порядок** оформления приказов и актов о проведении проверок	▪ Следование стандартам **не может быть** критерием обеспечения КМП, поскольку стандарты медицинской помощи — это финансовый документ. ▪ Отсутствие единых требований к КМП на федеральном уровне (кроме стандартов и порядков) делает результаты ведомственного контроля **несопоставимыми** между различными регионами РФ. ▪ **Частично дублирует** деятельность по контролю за соблюдением лицензионных требований и по контролю за КМП в системе ОМС
Проект Приказа Минздрава России «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» (от 21.09.2018)	▪ В соответствии со ст. 90 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ с 01.01.2019 внутренний контроль за качеством и безопасностью медицинской деятельности перестал осуществляться в порядке, установленном руководителями медицинских организаций; он должен осуществляться в соответствии с требованиями к его организации и проведению, утвержденными **уполномоченным федеральным органом** исполнительной власти (Минздравом России). ▪ Функции контроля возлагаются **на врачебную комиссию**, структурное подразделение по качеству и безопасности медицинской деятельности и руководителя МО. ▪ Устанавливаются **требования** к организации и проведению внутреннего контроля за качеством и безопасностью медицинской деятельности, в том числе в отношении определения направлений деятельности медицинской организации,	▪ Проект приказа правильно охватывает организационные аспекты внутреннего контроля за КМД медицинской организации (наличие приказов, распоряжений, плановых проверок и т.п.). ▪ При обсуждении приказа важно предусмотреть единые **результирующие** показатели качества и безопасности медицинской деятельности и установить их целевые значения. ▪ Названные требования желательно актуализировать с учетом **международных стандартов** аккредитации МО (Joint Commission International)

Продолжение табл. 29

Вид документа	Область регулирования	Комментарий/предложение
	порядка организации деятельности структурного подразделения медицинской организации, осуществляющего внутренний контроль за качеством и безопасностью медицинской деятельности, перечня показателей качества и безопасности медицинской деятельности, а также порядка их мониторинга	
Приказ Минздрава России от 28.11.2014 № 787н «Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями»	▪ Устанавливает показатели для оценки качества медицинских услуг **потребителями** и методику их расчета, а также значение показателя в баллах. Показатели распределены по условиям оказания медицинской помощи	▪ Объем показателей несколько **избыточен**, сбор и анализ таких показателей потребуют больших трудозатрат
Приказ Минздрава России от 30.12.2014 № 956н «Об информации, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, и требованиях к содержанию и форме предоставления информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах Министерства здравоохранения РФ, органов государственной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления и медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети Интернет»	▪ Устанавливает информацию, которая должна быть размещена **на интернет-сайте** о деятельности МО, в том числе об отзывах потребителей медицинских услуг. ▪ Устанавливает требования к содержанию и форме этой информации	▪ **Не указывается**, что информация должна содержать данные о рейтингах МО и объективных показателях КМП. ▪ Показатели сроков ожидания пациентами определенных видов вмешательств **не согласованы** с показателями, установленными в ПГГ

Продолжение табл. 29

Вид документа	Область регулирования	Комментарий/предложение
Приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (вместо приказа Минздрава России от 15.07.2016 № 520н)	▪ Содержит таблицы, представляющие собой перечень назначений того или иного диагностического исследования или лечебного вмешательства пациенту при определенном заболевании. Оценка выполнения дана по принципу «да» или «нет». Всего в приказе около **2,4 тыс. показателей**. ▪ Для оценки КМП в медицинских организациях в развитых странах, как правило, используется не более **20–25 ключевых** показателей по конечным результатам деятельности по отдельным направлениям и видам оказания медицинской помощи. Когда выявляется отклонение от конечного результата, проводится детальный анализ того, как правильно лечили пациента. И делается это на основании клинических рекомендаций, других руководств и особенностей течения заболевания у конкретного больного	▪ Непонятно, по каким критериям отбирались заболевания и их группы. ▪ Представленные таблицы **дублируют** информацию, содержащуюся в клинических рекомендациях. ▪ Сами показатели **избыточны** и не учитывают противопоказаний к назначению тех или иных врачебных вмешательств, соответственно, измерять по ним КМП практически невозможно. ▪ Эти псевдопоказатели никак **не классифицированы**, не сопровождаются методиками их измерения, не установлены их целевые значения. Все это говорит **о непонимании** технологии разработки показателей КМП и международного опыта по этому вопросу. ▪ Сбор и анализ результатов применения этих показателей потребуют огромных трудозатрат
Методические рекомендации по разработке органами государственной власти субъектов РФ и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников, утвержденные приказом Минздрава России от 28.06.2013 № 421	▪ Предназначены для **оценки объема и качества** государственных услуг в МО для перевода работников на «эффективный» контракт. ▪ Устанавливают отдельные **показатели** (от трех до восьми) для оценки деятельности МО, их руководителей и работников, **критерии** достижения целевых значений (50, 100% и др.) и соответствующие этим критериям **баллы** (от 0 до 3) для начисления заработной платы (п. 4). ▪ Устанавливают также периодичность измерения представленных показателей — ежеквартально, также регламентируют создание комиссии по этому вопросу в МО. ▪ Перечислены случаи, в которых выплаты стимулирующего характера руководителю учреждения и работникам вообще **не начисляются** (взимание денежных средств с пациентов, нарушение лицензионных требований и др.)	▪ В приказе не установлены **методика** измерения показателей и их целевые значения. Соответственно, полученные данные будут **несопоставимы** между субъектами РФ. ▪ Перечисленные показатели, строго говоря, **не относятся к показателям эффективности** деятельности как работников, так и МО (то есть не содержат оценки результатов с учетом затраченных средств) и крайне недостаточны для суждения об уровне качества и результативности этой деятельности. ▪ Приказ **не согласован** с вышеназванными действующими приказами и показателями, установленными в п. IX ПГГ

Окончание табл. 29

Вид документа	Область регулирования	Комментарий/предложение
Письмо Минздрава России от 02.04.2015 № 17-9/10/2-1002 «О предоставлении участковыми терапевтами и врачами общей практики еженедельной и ежемесячной информации»	▪ Рекомендует создать на участках **медико-социальные группы** (социальный работник, полицейский и медицинский работник), в задачи которых должно входить проведение профилактических бесед, патронаж хронических больных (алкоголизм, наркомания), контроль за приемом лекарственных препаратов. ▪ Устанавливает еженедельный и ежемесячный **мониторинг смертности** населения на участках	▪ Подобные меры в ситуации существенного дефицита врачей и среднего медицинского персонала, работающих в амбулаторных условиях, приведут к увеличению и без того большого документооборота в МО. ▪ Профилактические беседы вряд ли будут эффективными в лечении больных наркоманией и алкоголизмом
Письмо Минздрава России от 21.05.2015 № 17-9/10/2-2324 «О формах мониторинга по смертности на участке»	▪ Устанавливает формы отчетности по мониторингу смертности на участке и числу вызовов скорой медицинской помощи	См. выше
Приказ ФОМС от 28.02.2019 № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»	▪ Регламентирует **Порядок** организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оплачиваемой за счет средств ОМС. ▪ Суть изменений, внесенных в 2016 г. в приказ ФОМС от 01.12.2010 № 230 и перенесенных в настоящий приказ, сводится **к увеличению санкций к МО**. Например, введены избыточные нормы для контроля (в п. 24 — определена норма ежемесячных плановых проверок МЭЭ стационарной помощи — не менее 8% общего объема случаев), в этой связи СМО проверяют до 100% законченных случаев, непрерывно отвлекая медицинских работников от выполнения их прямых обязанностей и лишая учреждение оборотных средств. ▪ Хотя данный приказ и ссылается на приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н, сложно представить, как эксперты, проводящие экспертизу КМП, будут оценивать ее по 2,4 тыс. критериев	▪ **Не должен** существовать отдельный контроль за КМП только по принципу разных источников оплаты (средства ОМС или бюджет) этой помощи. ▪ Контроль КМП **неэффективен** в ситуации, когда не решаются вопросы с его обеспечением (например, обеспеченность медицинскими кадрами и условия для повышения их квалификации) и используются только штрафные санкции

ВЫВОДЫ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ К РАЗДЕЛУ 5.10

- Действующая нормативная база по вопросам управления КМП — **неполная, противоречива**, **сконцентрирована преимущественно на контроле** и **не соответствует международным нормам**. Как следствие, на ее базе нельзя создать единую систему обеспечения КМП в РФ.
- Необходимо принять срочные меры по **актуализации нормативной базы** по вопросам КМП, для чего создать специальный департамент в Минздраве России и соответствующие отделы в региональных органах управления здравоохранением. Департамент должен разработать государственную программу обеспечения КМП и актуализировать нормативную базу.
- Все установленные порядки контроля КМП и КМД, вне зависимости от источника финансирования медицинской помощи (ОМС, бюджет, частный сектор), необходимо **взаимосогласовать**. Контрольные показатели необходимо разделить по уровням:
  - медицинские работники;
  - медицинские организации;
  - органы управления здравоохранением регионов;
  - система здравоохранения РФ в целом;
  - оценка удовлетворенности пациентами.
- Большинство показателей КМП в РФ должно соответствовать принятым **в развитых странах** для осуществления сопоставимых сравнений. Целевые показатели КМП должны быть установлены на федеральном уровне.
- Мировой практикой обосновано[1], что санкции и штрафы приводят **к сокрытию ошибок**, препятствуют их открытому обсуждению и обучению других медицинских работников на этом опыте. В этой связи необходимо переориентировать систему обеспечения КМП преимущественно с контрольных мер **на профилактические принципы**, а именно:
  - унифицировать и резко сократить контрольные мероприятия;
  - развивать систему непрерывного медицинского образования;
  - открыто и регулярно (внутри системы здравоохранения на всех уровнях) обсуждать результаты оказания медицинской помощи;
  - проводить сравнение медицинских организаций и регионов по критериям качества и безопасности медицинской помощи;
  - создавать позитивные материальные и нематериальные стимулы для повышения КМП.
- Ряд новых предложений по организации системы обеспечения КМП представлен в разделе 5.11, о системе обеспечения КМП в развитых странах — в монографии «Здравоохранение России. Что надо делать», 2015[2].

---

[1] Crossing the global quality chasm: Improving health care worldwide // National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Washington: The National Academies Press, 2018. — https://doi.org/10.17226/25152.

Berwick D. Connecting finance and quality. Healthcare Financial Management. October, 2008. — P. 53–55.

[2] Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — С. 360–368.