Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Тверской государственный университет»

Институт экономики и управления

Кафедра экономики предприятия и менеджмента

**Отчет**

**по научно-исследовательской работе**

**за 1 семестр**

Направление подготовки

38.34.02 МЕНЕДЖМЕНТ

Магистерская программа

Стратегическое и корпоративное управление

Форма обучения очная

Обучающаяся

группы 23-м:

Мисиевич Максим Вячеславович

Научный руководитель:

Беденко Н.Н., д.э.н., доцент

Тверь 2017

**СОДЕРЖАНИЕ**

1. Сбор и обработка данных для статьи по вопросу: «Основные методологические подходы к оценке качества медицинской помощи» ...............................................................................................................................3

2. Сбор и обработка данных для статьи по вопросу: «Развитие здравоохранения» ..............................................................................................11

3. Библиографический список ......................................................................... 20

**1. Сбор и обработка данных для статьи по вопросу: «****Основные методологические подходы к оценке качества медицинской помощи»**

Контроль и надзор в сфере обеспечения доступности и качества медико-социальной помощи является стратегической целью Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития. Выполнение данной цели направлено на реализацию прав граждан Российской Федерации на охрану здоровья.

Сформировавшееся за многие десятилетия потребительское отношение населения к медицине на фоне недостаточного текущего финансирования здравоохранения, слабой материально-технической базы и низкого уровня оплаты труда медицинских работников сопровождается ростом неудовлетворенности пациентов качеством оказываемой помощи. В этих условиях проводимая реформа финансирования здравоохранения, направленная на переход от сметных к страховым принципам, не может быть успешно выполненной без осуществления контроля качества обеспечения государственных гарантий медицинской помощи.

Надзор и контроль в сфере здравоохранения осуществляется в соответствии с политикой обеспечения качества в здравоохранении – установлением целей и задач системы здравоохранения для удовлетворения потребностей и нужд населения в медицинской помощи и мер по их достижению (*В.И. Стародубов, 2001*).

Ранее были предприняты меры по созданиюсистемы контроля качества в здравоохранении. Были определены ее правовые основы – в Законе о медицинском страховании (1993), приказах МЗ РФ и ФФОМС о ведомственном и вневедомственном контроле качества (1996),  Постановлении Правительства о Программе государственных гарантий бесплатной медицинской помощи (1998), Приказе МЗ РФ «О введении в действие Протоколов ведения больных» (1999), Приказе МЗ РФ «О введении института уполномоченных по качеству» (2001).

Однако в большинстве случаев решение вопросов качества медицинской помощи носит замкнутый ведомственный характер, так вневедомственный контроль (осуществляемый согласно приказа представителями страховых организаций; территориальных фондов ОМС; страхователями; исполнительными органами Фонда социального страхования РФ; профессиональных ассоциаций; обществ защиты прав потребителей) не имеет четко определенного регламента. Имеет место стабильный рост количества судебных исков граждан по вопросам качества медицинской помощи. Например, по данным Федерального фонда ОМС в 2003 году в судебном производстве находилось 661 судебное дело против 602 в 2002 году. Только в 2003 году 288 судебных исков были удовлетворены, и сумма возмещения по этим искам составила 3714 тыс. рублей. Основными причинами спорных случаев для рассмотрения в судебном порядке являются обращения граждан, связанные с некачественным представлением медицинской помощи, взиманием денежных средств за помощь по ОМС, недостатками в лекарственном обеспечении.

Отсутствует единство среди экспертов в определении понятия качества медико-социальных услуг и его компонентов, не разработана методология управления качеством и его обеспечения, существует проблема стандартов и индикаторов качества, нет правовых институтов защиты прав пациентов и системы страхования профессиональной ответственности.

При обсуждении дефиниции понятия «качества медицинской помощи» традиционно существуют различные мнения, которые отражают, прежде всего, позицию стороны, дающей определение.

Пациент, врач, представители страховой компании и территориальных органов управления здравоохранением, властных структур будут руководствоваться различными подходами в определении качества медицинской помощи.

Например, для пациента большое значение имеет следующие параметры: пациент знает, к кому и куда можно обратиться в случае заболевания; как быстро он может получить медицинскую помощь; насколько внимательно его выслушал врач и достаточно ли он уделил времени и т.д. Таким образом, наиболее важными для пациента составляющими в оценке качества медицинской помощи являются информированность об услугах и уровень сервиса. Оценка собственно медицинской эффективности лечения, как правило, не может быть выполнена пациентами адекватно вследствие отсутствия у них достаточной компетентности в этих вопросах *(Е.А. Вольская, 2004).*

Для врача качество оказанной помощи, как правило, определяется чувством выполненного долга и стандарта оказания помощи.

Для сотрудников страховой компании при оценке качества помощи ведущими показателями является стоимость оказания услуг в рамках конкретно взятого клинического протокола и удовлетворенность пациента, при этом удовлетворенность пациента имеет, как правило, второстепенное значение.

Для органов управления здравоохранением традиционно наиболее значимыми являлись финансовые показатели и показатели материально-ресурсного обеспечения: например, этажность здания клиники и количество компьютерных томографов прямо пропорционально влияют на качество. Применяемые до сих пор критерии качества медицинской помощи, такие как средняя продолжительность жизни, имеют существенную социально-экономическую составляющую.

В международной практике**под качеством медицинской помощи** понимают совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента, его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологии. При проведении оценки качества помощи необходим отказ от применявшихся ранее и до сих пор экстенсивных показателей. В практику должны войти  **индикаторы качества медицинской помощи**.  Многие исследователи считают, что индикатор качества должен относиться лишь к тем явлениям, которые зависят от качества работы самих медицинских работников, и, как правило, в меньшей степени зависит от материально-ресурсного обеспечения процесса. Существует разница между индикаторами качества и исходами лечения. Такие явления, как смерть, госпитализация, инвалидность, как правило, отражают исходы лечения. Индикаторы качества должны быть предназначены для улучшения исходов; они относятся только к тем факторам, которые находятся в ведении медицинских работников.

Индикаторы качества медицинской помощи должны отражать ее основные характеристики:

• эффективность,

• безопасность,

• своевременность,

• способность удовлетворить ожидания и потребности пациента,

• стабильность осуществления лечебного процесса и результата,

• адекватность,

• доступность,

• преемственность и непрерывность.

Создание информационной базы, аккумулирующей в себя индикаторы качественной медицинской помощи, позволит в короткие сроки внедрить систему управления качеством медико-социальной помощи населению. Индикаторы качества в данной системе будут играть ключевую роль. На слайде представлена классификация индикаторов  качества.

Ниже приведены **примеры** индикаторов качества медицинской помощи на региональном уровне:

**Сахарный диабет**

• Процент больных сахарным диабетом (СД), которым в течение последнего года был сделан тест на гликилированный гемоглобин

• Осмотр глазного дна у больных сахарным диабетом

• Кол-во больных СД среди лиц, перенесших ампутации конечностей

**Сердечно-сосудистая патология**

• Кол-во тромболизисов у больных ОИМ

•  Кол-во операций на коронарных сосудах на 100 000 населения старше 40 лет

•  Количество Эхо-КГ на 100 000 населения

•  Объем продаж ИАПФ

•  Объем продаж бета-блокаторов

•  Летальность при ОИМ

•  Первичная заболеваемость эссенциальной артериальной гипертензией

•  Процент больных с АГ, которые взяты на ДУ

**Лимфогрануломатоз**

•  Количество больных лимфогрануломатозом, проживших 5 лет с момента постановки диагноза

**Рак прямой кишки**

•  Процент лиц старше 50 лет, которым была выполнена колоноскопия или сигмоскопия

•  Кол-во  запущенных случаев колоректального рака

•  Кол-во впервые выявленных случаев колоректального рака

**Другие**

• Кол-во социальных коек на 100 000 населения старше 65лет

• Кол-во коек сестринского ухода на 100 000 населения

• Трансфузионные реакции

• Забытые инородные тела

• Количество удовлетворенных судебных исков по вопросам оказания медицинской помощи

• Удельный вес обоснованных жалоб, поступивших в ФС

• Процент выполнения квот на дорогостоящую помощь по региону

• Число заполненных форм о побочных эффектах лекарственных средств и медицинских технологий

• Число стационаров, в которых есть формулярная комиссия

• Число медицинских организаций, в которых есть локальные сети

• Число медицинских организаций, в которых есть выход в Интернет

• Число медицинских организаций, имеющих утвержденные клинические протоколы ведения больных

• Страховые компании, имеющие лицензии на экспертизу КМП, к общему количеству страховых компаний

**Индикаторы качества медицинской помощи** предполагается использовать для следующих целей:

1. Аккредитации медицинских организаций на право получения государственного заказа по выполнению государственных гарантий медицинской помощи.(Аккредитация - это система внешней (внутренней) профессиональной проверки соответствия набору стандартов, основанная на принципе добровольности участия проверяемых лицензированных частнопрактикующих врачей и медицинских организаций. Аккредитованное учреждение имеет право оказания медицинской помощи в рамках государственных гарантий соответственно своим лицензированным видам деятельности и мощностям) (см. слайд);
2. Оценки эффективности реализации Федеральных целевых программ;
3. Оценки качества медицинских услуг в рамках программы государственных гарантий.

В настоящее время под методическим руководством Росздравнадзора работа экспертов по созданию системы индикаторов качества медицинской помощи практически завершена. О начале деятельности системы обекспечения качества и его управления можно говорить только после принятия ряда законодательных норм.

Законодательными основами для формирования системы управления качеством в сфере здравоохранения и социального развития должны стать следующие нормативные документы:

* ФЗ РФ «О государственных гарантиях медицинской помощи»;
* ФЗ РФ «О страховании профессиональной ответственности в сфере здравоохранения и социального развития»;
* Постановление Правительства РФ «Положение о системе оценки территориальных программ государственных гарантий требованиям к видам, объему, условиям и порядку предоставления гарантированной медицинской помощи»;
* Приказ Минздравсоцразвития РФ «О Федеральной комиссии по рассмотрению споров, связанных с реализацией государственных гарантий»;
* Приказ Минздравсоцразвития РФ «О сертификации специалистов в сфере здравоохранения и социального развития»;
* Приказ Минздравсоцразвития РФ «Об аккредитации организаций в сфере здравоохранения и социального развития»;
* Приказ Росздравнадзора и РАМН «О надзоре за соблюдением порядка предоставления дорогостоящих (высокотехнологичных) видов медицинской помощи за счет средств федерального бюджета в федеральных специализированных медицинских учреждениях и контроля за ее качеством»;
* Приказ Росздравнадзора «О порядке исполнения территориальных программ государственных гарантий по итогам ее реализации»

В рамках системы управления качеством определены следующие направления деятельности**:**

1.Меры, направленные на профилактику дефектов в оказании медицинской помощи

·        Законодательное определение дефектов в оказании медицинской помощи и механизмов реализации моральной, административной, экономической и юридической ответственности медицинских работников перед пациентами;

·        Соблюдение строгих правил к допуску на осуществление медицинской и фармацевтической деятельности (государственная система сертификации, лицензирования и аккредитации);

·        Стандартизация медицинской и фармацевтической деятельности, определение индикаторов качества выполнения медицинской помощи и индикаторов качества обеспечения выполнения программы государственных гарантий в сфере здравоохранения и социального развития;

·        Существование и развитие государственных и негосударственных (общественных) институтов защиты прав пациентов.

Меры, направленные на устранение выявленных дефектов в оказании медицинской помощи.

·        Ведение реестра специалистов, медицинских организаций и мониторинг дефектов оказания медицинской помощи;

·        Установление мер ответственности за непредставление информации о дефектах медицинской и фармацевтической деятельности;

·        Страхование профессиональной ответственности;

·        Обеспечение доступности и бесплатности юридического рассмотрения и медицинской экспертизы обращений граждан в органы государственного надзора и контроля в сфере здравоохранения;

·        Установление регламента взаимодействия пациента (страховой компании) и врача (медицинской организации) при участии службы госконтроля в сфере здравоохранения и фонда страхования профессиональной ответственности как основного пути для  досудебного разрешения спора о качестве медицинской помощи.

Таким образом, Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития предлагает свою концепцию оценки качества медико-социальной помощи для обсуждения и полагает, что ее внедрение позволит действительно повысить качество и доступность медико-социальных услуг для граждан России.

**2. Сбор и обработка данных для статьи по вопросу: «Развитие здравоохранения»**

Задачи превращения России в глобального лидера мировой экономики, выхода на уровень развитых стран по показателям социального благосостояния диктуют новые требования к системе здравоохранения. С одной стороны, растет ценность здоровья в системе приоритетов общества, возникают новые медицинские и социальные технологии, связанные с изменениями в демографической структуре населения. С другой - благодаря развитию медицинских технологий существенно повышаются возможности реально влиять на показатели здоровья населения, о чем свидетельствуют значительные успехи в борьбе с наиболее опасными для жизни заболеваниями, достигнутые в развитых странах.

Система здравоохранения пока еще не обеспечивает достаточность государственных гарантий медицинской помощи, ее доступность и высокое качество.

В последние годы государством сделаны существенные инвестиции в здравоохранение. Однако они не позволили значительно улучшить ситуацию, поскольку не сопровождались масштабными и высокоэффективными организационными и финансово-экономическими мероприятиями. Отставание уровня развития здравоохранения от уровня развитых стран значительно сильней, чем во многих других ключевых отраслях экономики.

КонсультантПлюс: примечание.

Приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.04.2011 N 364 утверждена Концепция создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

Чтобы улучшить ситуацию с состоянием здоровья граждан, необходимо обеспечить качественный прорыв в системе здравоохранения. Отрасли нужны инновационные разработки в сфере профилактики, диагностики и лечения заболеваний (включая восстановительное), эффективная система подготовки и переподготовки медицинских кадров, современные высокотехнологичные информационные системы.

Основной целью государственной политики в области здравоохранения на период до 2020 года является формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки.

Отдельной задачей является активное развитие российской медицинской и фармацевтической промышленности и создание условий для ее перехода на инновационную модель развития, что должно поднять уровень обеспеченности организаций здравоохранения и населения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, в том числе отечественного производства, до среднеевропейского уровня как по количественным, так и по качественным показателям.

Реализация целей развития системы здравоохранения предполагает решение следующих приоритетных задач.

Первая задача - обеспечение государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в полном объеме, в том числе:

конкретизация государственных гарантий в отношении видов, объемов, порядка и условий оказания бесплатной медицинской помощи;

совершенствование системы стандартизации в области здравоохранения с целью внедрения современных медицинских технологий оказания медицинской помощи при наиболее распространенных заболеваниях и заболеваниях, наносящих наибольший ущерб здоровью населения и социальному благополучию страны;

планирование ресурсов, обеспечивающих реализацию государственных гарантий.

Вторая задача - модернизация системы обязательного медицинского страхования и развитие системы добровольного медицинского страхования, в том числе:

осуществление перехода на одноканальную модель финансирования медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования, включая законодательное закрепление доходных источников и расходных обязательств;

введение страховых взносов на обязательное медицинское страхование по единому тарифу для всех работодателей и индивидуальных предпринимателей;

введение предельного размера годового заработка, на который начисляются страховые взносы;

установление единых требований к определению размера взносов субъектов Российской Федерации на обязательное медицинское страхование неработающего населения;

создание эффективной системы выравнивания финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи на основе минимального подушевого норматива территориальной программы государственных гарантий;

повышение ответственности страховых медицинских организаций при введении одноканальной модели финансирования организаций системы здравоохранения, участвующих в обязательном медицинском страховании;

поэтапный переход к эффективным способам оплаты медицинской помощи на основе обоснованных тарифов в зависимости от качества ее оказания и объемов;

создание системы управления качеством медицинской помощи;

формирование конкурентной модели обязательного медицинского страхования с созданием условий для выбора застрахованным страховщика и медицинской организации, а также обеспечение населения доступной информацией о деятельности страховщиков и медицинских организаций;

создание условий для участия медицинских организаций различных организационно-правовых форм в обязательном медицинском страховании.

Третья задача - повышение эффективности системы организации медицинской помощи, в том числе:

обеспечение доступности для населения эффективных технологий оказания медицинской помощи на всех ее этапах;

развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи и повышение роли профилактического лечения лиц, состоящих в группе риска по социально значимым заболеваниям;

совершенствование службы скорой медицинской помощи и развитие санитарно-авиационной скорой медицинской помощи с оптимизацией сроков ее оказания и использованием эффективных методов лечения на догоспитальном этапе;

оптимизация стационарной помощи, оказываемой населению на основе интенсификации занятости койки с учетом ее профиля;

обеспечение преемственности в оказании медицинской помощи, включая реабилитационные методы и санаторно-курортное лечение;

развитие системы охраны здоровья матери и ребенка на всех этапах оказания медицинской помощи, включая совершенствование проведения профилактических мероприятий в части охраны здоровья детей и подростков, совершенствование оказания медицинской помощи в образовательных учреждениях;

открытие в сельской местности кабинетов врачей общей практики и семейных врачей;

разработка и реализация мер по сокращению потерь трудоспособного населения путем снижения смертности от управляемых причин;

развитие системы предоставления медико-социальной помощи, в том числе помощи, оказываемой пожилому населению на дому, координация взаимодействия системы здравоохранения с системой социальной защиты, повышение роли и расширение функций среднего персонала при оказании медицинской помощи лицам старшего возраста;

развитие инновационной деятельности медицинских и научных организаций для разработки и внедрения эффективных медицинских технологий;

обеспечение потребности населения в получении высокотехнологичной медицинской помощи на основе государственного задания, финансирование которого осуществляется с учетом всех необходимых расходов (по полному тарифу) на оказание этого вида помощи;

увеличение государственных инвестиций, направленных на укрепление материально-технической базы медицинских организаций для оснащения их современными лечебно-диагностическим медицинским оборудованием и техникой в соответствии со стандартами оснащения, обеспечивающими качественное оказание медицинской помощи;

формирование правовой базы, обеспечивающей защиту прав пациентов, и страхование профессиональной ответственности работников здравоохранения, рискующих причинить вред своему здоровью при выполнении служебных обязанностей;

расширение хозяйственной самостоятельности медицинских учреждений;

совершенствование механизмов участия государственных медицинских учреждений, подведомственных различным федеральным органам исполнительной власти, в обязательном медицинском страховании и реализации государственных гарантий;

использование проектного метода для совершенствования организации медицинской помощи (реализация пилотных проектов в регионах), тиражирование накопленного опыта эффективных преобразований в указанной сфере;

оптимизация соотношения врачебного и среднего медицинского персонала.

Четвертая задача - улучшение лекарственного обеспечения граждан, в том числе:

повышение доступности для граждан лекарственных средств при проведении амбулаторного лечения на основе сочетания государственных программ лекарственного обеспечения и медицинского страхования граждан;

обеспечение полного цикла производства на территории Российской Федерации стратегически необходимых лекарственных средств и изделий медицинского назначения;

определение перечня лекарственных средств, предоставляемых бесплатно или с частичной оплатой за счет средств обязательного медицинского страхования;

КонсультантПлюс: примечание.

О государственном регулировании цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов см. Постановление Правительства РФ от 29.10.2010 N 865.

совершенствование государственного регулирования цен на лекарственные средства и изделия медицинского назначения, предоставляемые гражданам в системе здравоохранения.

Пятая задача - информатизация системы здравоохранения, в том числе:

развитие информатизации системы здравоохранения, включая внедрение электронного документооборота в медицинских организациях;

создание медицинского информационного и образовательного ресурса.

КонсультантПлюс: примечание.

Распоряжением Правительства РФ от 28.12.2012 N 2580-р утверждена Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года.

Шестая задача - развитие медицинской науки и инноваций в сфере здравоохранения, повышение квалификации медицинских работников и создание системы повышения мотивации к качественному труду, в том числе:

формирование целевых научных программ по приоритетным направлениям в целях поддержания здоровья населения и формирования здорового образа жизни, разработки и внедрения новых эффективных технологий ранней диагностики в практику системы здравоохранения;

стимулирование отечественных и иностранных производителей лекарственных средств к созданию научно-исследовательских центров по разработке лекарственных средств на территории Российской Федерации;

обеспечение подготовки и переподготовки медицинских кадров на основе непрерывного образования, повышения профессионального уровня и внедрения передовых медицинских технологий, разработка стандартов подготовки управленческих кадров в системе здравоохранения и реализация образовательных программ.

Седьмая задача - совершенствование системы охраны здоровья населения, в том числе:

пропаганда и формирование здорового образа жизни и повышение ответственности работодателя за здоровье своих работников и населения за собственное здоровье;

разработка и реализация программ по профилактике алкоголизма, табакокурения и других факторов риска;

КонсультантПлюс: примечание.

Распоряжением Правительства РФ от 25.10.2010 N 1873-р утверждены Основы государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года.

формирование культуры здорового питания населения;

обеспечение безопасной для жизнедеятельности человека окружающей среды;

обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Восьмая задача - реализация приоритетного национального проекта "Здоровье" (2009 - 2012 годы), основными направлениями которого являются:

оказание профилактической помощи населению;

развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи;

повышение доступности и качества специализированной медицинской помощи, оказываемой населению, в том числе больным с сосудистыми и онкологическими заболеваниями, а также пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, включая высокотехнологичную медицинскую помощь;

совершенствование службы крови.

Решение указанных задач позволит улучшить здоровье и качество жизни населения. Предполагается обеспечить снижение уровня смертности от болезней системы кровообращения не менее чем в 1,4 раза, от несчастных случаев, отравлений и травм - примерно в 2 раза, снизить показатели младенческой и материнской смертности до показателей развитых стран, уменьшить в 1,5 раза заболеваемость социально значимыми заболеваниями.

Планируется примерно в 1,3 раза увеличить объем амбулаторной помощи, в первую очередь профилактической, позволяющей выявлять заболевания на ранних стадиях, значительно повысить эффективность использования коечного фонда (увеличить оборот и занятость койки, снизить среднюю длительность пребывания в стационаре и т.д.), обеспечить в полном объеме потребность населения в высокотехнологичной медицинской помощи.

Улучшение показателей здоровья населения и деятельности организаций системы здравоохранения будет обеспечиваться на основе постоянной модернизации технологической базы отрасли, развития медицинской науки и образования, улучшения кадрового состава.

Для достижения запланированных показателей предусматривается за 2008 - 2020 годы увеличить долю государственных расходов на систему здравоохранения в валовом внутреннем продукте с 3,6 процента до не менее 5,2 - 5,5 процента (с учетом различий в паритете покупательной способности рубля и валют других стран доля государственных расходов на систему здравоохранения в валовом внутреннем продукте составит около 10 - 11 процентов, что сопоставимо с показателями передовых иностранных государств).

1. **Библиографический список**
2. Гайворонский И.В., Ничипорук Г.И., Гайворонский А.И., Виноградов С.В.Основы медицинских знаний (анатомия, физиология, гигиена человека и оказание первой помощи при неотложных состояниях): учебное пособие
3. Миронова Т.К. Правовое регулирование бесплатного оказания медицинской помощи: учебное пособие
4. Невзгодина Е.Л. – Проблема соотношения крайней необходимости и обоснованного врачебного риска при оказании медицинской помощи
5. Вестник Омского университета серия "Право" - 2015г. №1
6. Т. А. Постовалова – Правовое регулирование оказания бесплатной медицинской помощи: концептуальные подходы. Право и демократия - 2014г. №25