



Oxford Policy Management

Астана, Казахстан
19 ноября 2015 года

Стратегический закуп медицинских услуг: контрактирование и совершенствование процесса оказания услуг

Антонио Дуран
Консультант компании ОРМ

Программа:

а. Результаты и подходы к контрактированию «хороших» систем здравоохранения; основные вызовы;

б. Стратегический закуп; ключевые концепции и техники;

Какие цели должна
достичь любая система
здравоохранения и какие
взаимосвязанные шаги
должны быть предприняты
для этого?

ФУНКЦИИ, ВЫПОЛНЯЕМЫЕ
СИСТЕМОЙ

ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ
ЗАДАЧИ

ЦЕЛИ/ КОНЕЧНЫЕ
РЕЗУЛЬТАТЫ СИСТЕМЫ

Дуран А., Кутцин Дж., Мартин-Морено Дж.М. и Травис П. (2011). "Системы здравоохранения: рамки, функции и задачи", в МакКи М. и Фигейрас Дж. (ред.) "Системы здравоохранения: Здоровье, Благополучие, Общество и Благополучие." Майденхед, Беркшир: Open University Press and McGraw-Hill, стр. 19-36

СССР; Структура МЗ и контролирующих органов, все уровни

.....> Медицинские директивы

ТЕРРИТОРИАЛЬНО-ADMINISTRATIVНЫЕ УРОВНИ

ОРГАНЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**Советский
Союз (СССР)**

**Министерство
Здравоохранения СССР**

Союзные Республики

**Министерство
Здравоохранения**

**Автономные
Республики**

**Регион, Территория,
Автономный регион,
Зона**

**Управление
Здравоохранения**

**Сельский район
Большой город
Район**

**Управление
Здравоохранения**

**Небольшой город
Сельский населенный
пункт
Село**

**Управление
Здравоохранения**

**Городской сектор,
Сельский сектор,
Завод,
Наименьшая единица
производства**

Медицинский пункт



Хороша в вопросах "одна причина-одно следствие" (инфекционные заболевания, иммунизация)...

Возникают проблемы при управлении "заболеваниями, вызванными несколькими причинами" (онкология, ССЗ и заболевания, возникающие в результате употребления табака и алкоголя).

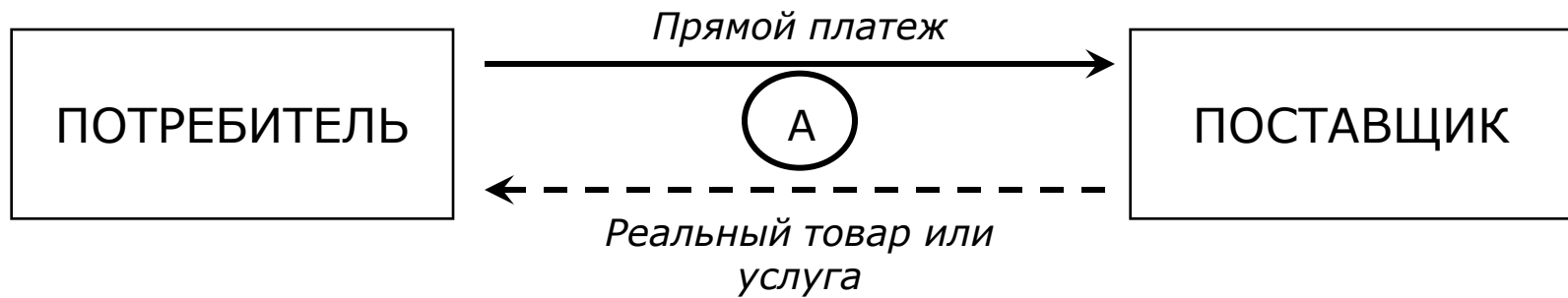
Слишком высокие инвестиции в неотложную помощь (физический и человеческий капитал); недостаточные инвестиции в общественное здравоохранение и услуги первичного уровня...

Жесткое управление... однако низкие показатели здоровья

Рыночные отношения

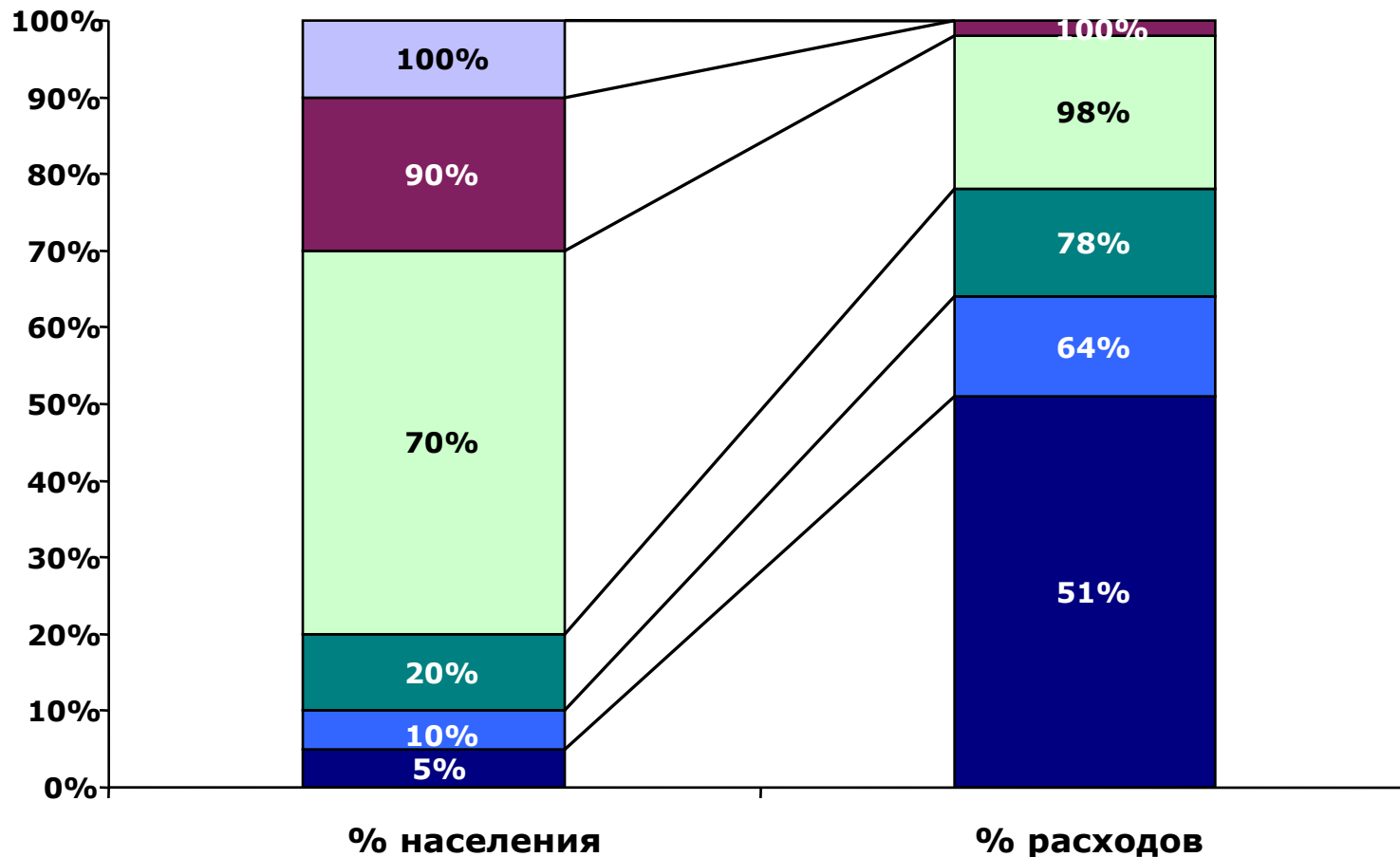
СПРОС

ПРЕДЛОЖЕНИЕ



Производители и потребители обмениваются товарами по *цене*, которая для обоих является "сигналом" того, какие типы товаров или услуг производить и какой объем каждого типа товаров/услуг и т.д.

Концентрация общих расходов на здравоохранение, Франция, 2001 и 2008

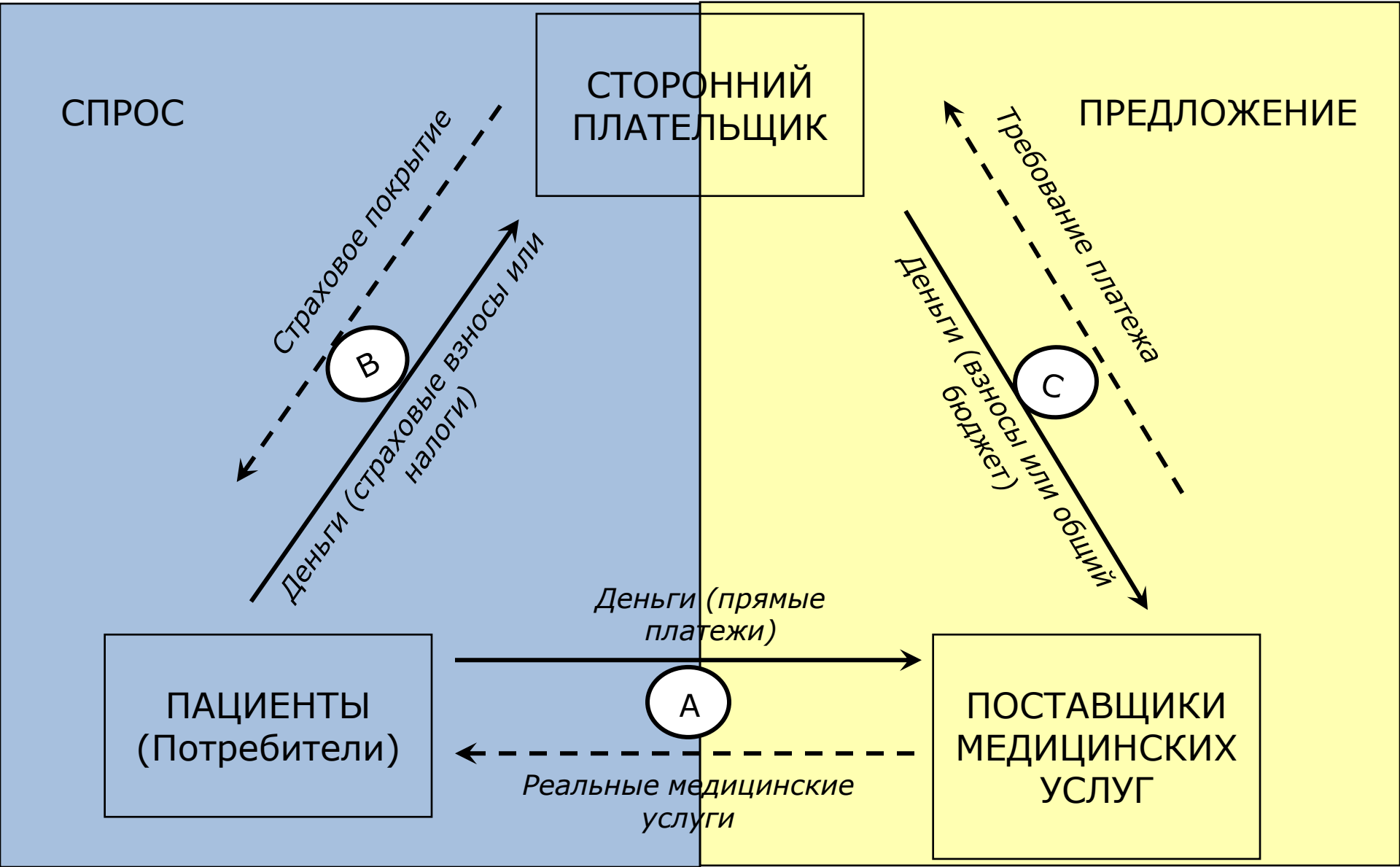


Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé IRDES, 2004, Отчет о деятельности, Национальное Агентство Медицинского Страхования для наемных работников CNAMTS/ Национальное обследование связи данных EPAS медицинской и социальной защиты. Без каких-либо значимых изменений в IRDES, 2010, EPAS (*Echantillon Permanent d'assurés sociaux* – Национальная панель для застрахованного населения) из CNAMTS (*Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés*, Национальная схема медицинского страхования для служащих). Использование: Жульен Муске (mousques@irdes.fr) для IRDES (www.irdes.fr). Размер выборки: 79.035 лиц. Поле: только для потребителей (потребление как минимум одной медицинской услуги или обращение за медицинской помощью в течение 2008 года)

“Свободный рынок” (частные финансы и частные поставщики услуг) не приведет к эффективным результатам в здравоохранении в силу “недостатков рынка”; возможно применение различных государственных политических вмешательств (например, *информирование, регулирование, предоставление полномочий, финансирование или обеспечение*).

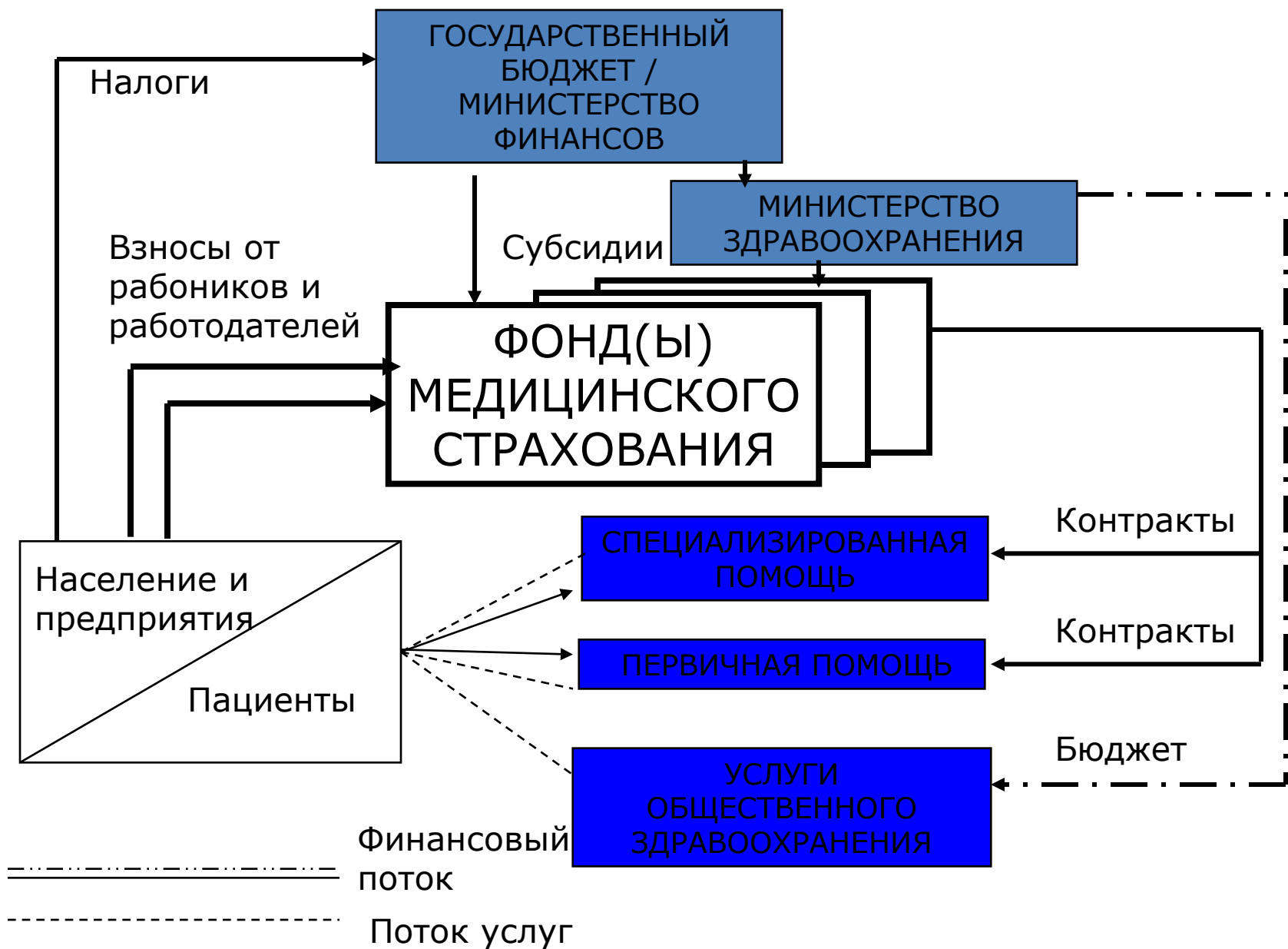
Однако *правительства также могут потерпеть неудачу* (например, *завладение властными интересами, популизм сверх эффективности и удовлетворенности потребителей, недостаточный потенциал в вопросах надзора и внедрения, некачественное планирование, коррупция и т.д.*).

Экономические отношения, закрепленные в системах здравоохранения



МОДЕЛЬ БИСМАРКА

(“СИСТЕМА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ”)



Многие страны достигают предсказуемости и адекватного уровня финансирования здравоохранения без необходимости системного вмешательства государства на высоком уровне в вопросы, отличающиеся большой степенью непостоянства; вместо этого они используют Агентства и связанные с ними квази-государственные органы с полугосударственным статусом.

В частности, Германия использует Фонды - негосударственные органы, регулируемые законодательством с правом управления выделяемыми ресурсами, в 2014 году в стране было 132 таких фонда.

Базовые принципы в данной сфере:

- Свободные и добровольные соглашения: ни одна сторона контракта не может заставить другую сторону принять на себя обязательства (т.е. Те, что в некоторой степени находятся за пределами, установленными законодательством);
- Равенство сторон: стороны контракта равны вне зависимости от формы собственности или других характеристик (т.е. *власти* Государства напрямую не включены);
- Презумпция добросовестности - предполагается, что каждая сторона последовательна в тщательном исполнении своих обязательств по контракту (однако это зависит от того, что не доказано "обратное" ...);
- Мирное разрешение разногласий, т.е. споры могут быть разрешены в арбитраже (однако по определению, законы и постановления неоспоримы).

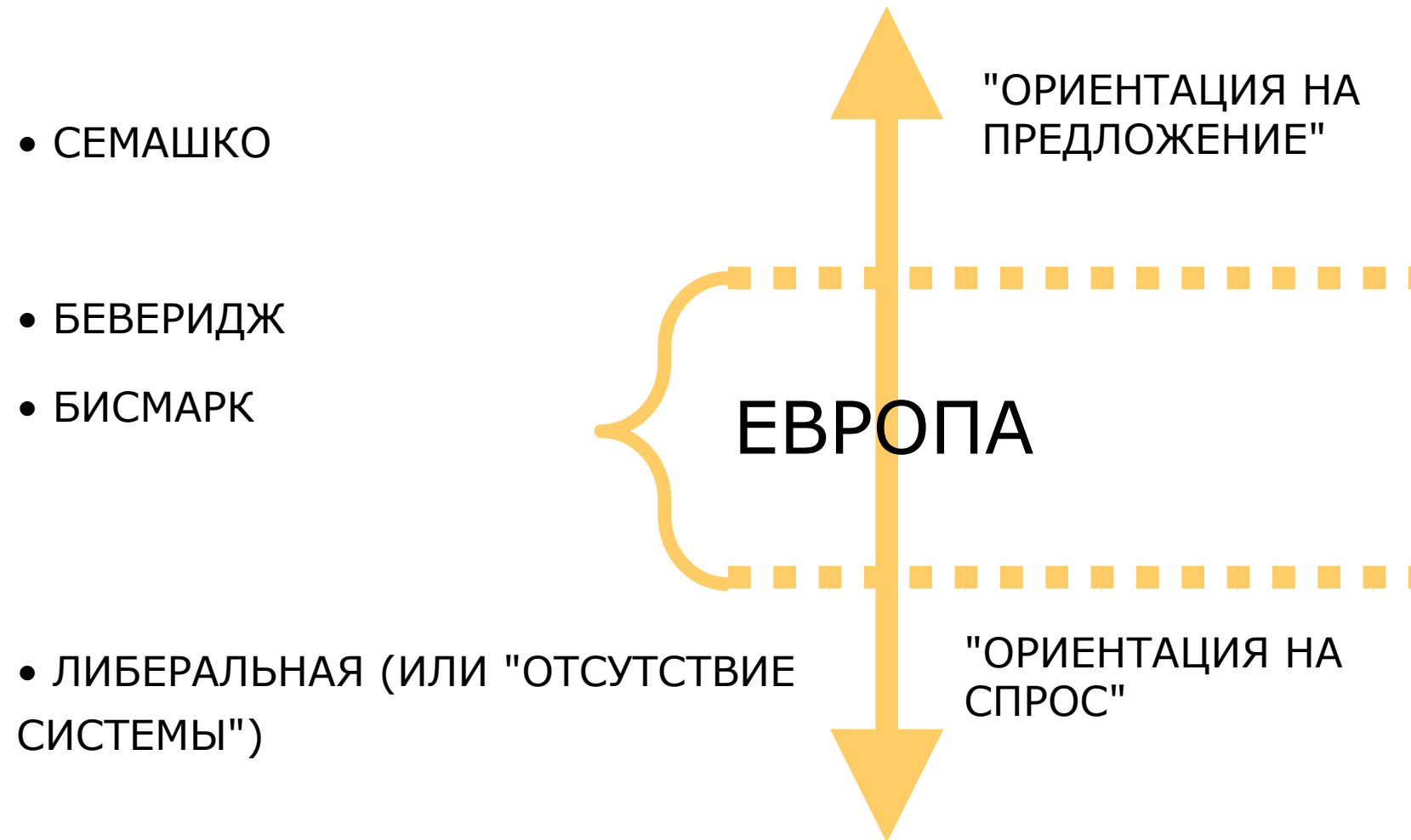
Внедрение ФСМС было не самым сложным шагом, с которым столкнулись реформаторы в Европе.

Самая сложная часть начинается сразу после этого

- Новые виды деятельности, новые навыки
- Новые условия, потребности в новой "культуре"
- Недостаток квалифицированных ресурсов

Важные уроки, извлеченные
на мировом уровне

1. Отказ от крайностей



2. Лучше быть прагматичными и объединять разные системы!

| | <i>ЛИБЕРАЛЬНАЯ</i> | <i>ДОБРОВОЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ</i> | <i>ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ</i> | <i>ГОСУДАРСТВЕННАЯ СЛУЖБА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</i> |
|-----------------------|--------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <i>ГЕРМАНИЯ</i> | + | ++ | ++++ | - |
| <i>БЕЛЬГИЯ</i> | + | +++ | +++++ | - |
| <i>ИСПАНИЯ</i> | + | ++ | + | +++++ |
| <i>ФРАНЦИЯ</i> | + | +++ | +++++ | - |
| <i>ИТАЛИЯ</i> | + | ++ | - | +++++ |
| <i>НИДЕРЛАНДЫ</i> | + | +++ | ++++ | - |
| <i>ВЕЛИКОБРИТАНИЯ</i> | + | + | - | +++++ |
| <i>США</i> | +++ | ++++ | ++ | + |

СОВРЕМЕННЫЙ НАБОР МОДЕЛЕЙ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

3. То, как другие делают это: *разделяют функции и специализируются*



4. ОТКАЗ ОТ ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ
РАСПРЕДЕЛЕНИЯ РЕСУРСОВ, а именно:

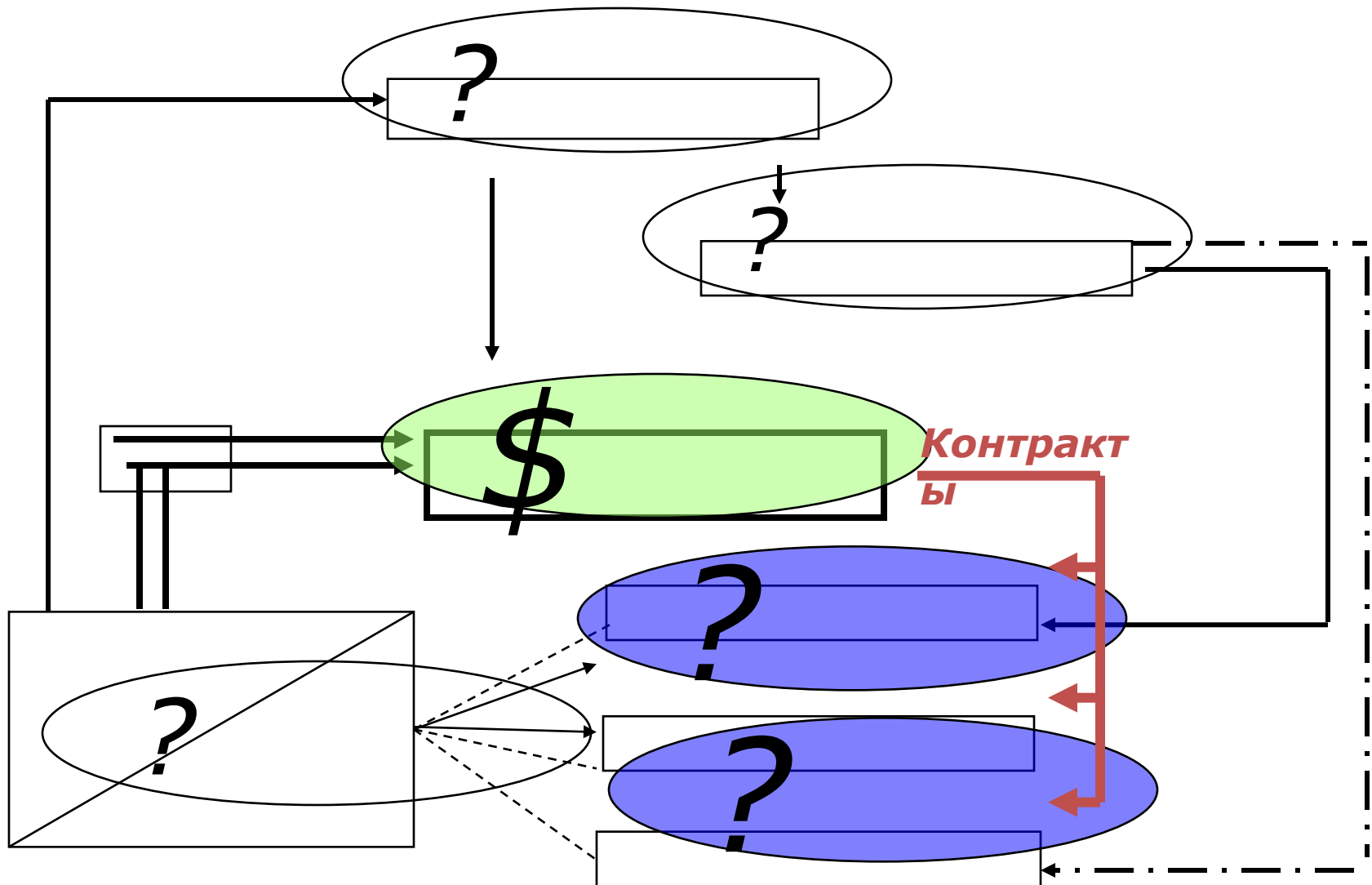
- ИНТЕГРИРОВАННЫЙ ПОДБОР
ПЕРСОНАЛА

- РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ВЫСТАВЛЕНИЕ
СЧЕТОВ ЗА УСЛУГИ

И переход к формам

КОНТРАКТИРОВАНИЯ

5. Может ли стратегический подход к закупке и контрактированию способствовать улучшению процесса оказания услуг?



Контракты в секторе здравоохранения также являются попыткой управлять *агентскими отношениями*, гарантируя, что агент (поставщик медицинских услуг) действует в интересах принципала (-ов) (покупателя).

Основной "инструмент", наиболее практичная и видимая часть, посредством которой покупатель может влиять на поставщика.

Идеальный контракт

- Конкретные объемы помощи, в
- В точных ценах за единицу,
- Оказываемой выбранными поставщиками,
- В соответствии со строгими требованиями к качеству и
- Сильными гарантиями, касающимися рисков и стимулов

Местные органы власти по всему миру заинтересованы в минимизации политических проблем, связанных с сокращением персонала и закрытием организаций, однако в последнее время достигнут определенный прогресс в использовании выборочных контрактов в Германии, Чешской и Словакской Республиках, Нидерландах.

Отказ от применения контрактов для возмещения затрат на услуги.

Большинство страховщиков в здравоохранении смогли достичь значительного сокращения избыточных объемов за счет использования (i) операционных планов закупок, (ii) процедуры предварительного допуска и регулярных проверок больниц, и (iii) анализа неэффективных зон в оказании услуг.

Вагштафф А. 2009, Сравнение социального медицинского страхования и систем здравоохранения, финансируемых за счет налогов в странах ОЭСР. Рабочий документ по исследованию политики 4821. Группа Всемирного Банка по исследованию развития, Команда по развитию человеческого капитала и общественных услуг. Всемирный Банк, Вашингтон, <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/4018/WPS4821.pdf?sequence=1>

Содержание контрактов на оказание медицинских услуг

(i) **несколько разделов**, а именно

- a. Преамбула;
- b. Права и обязанности покупателя;
- c. Права и обязанности поставщика;
- d. Срок действия контракта, его завершение и внесение

поправок, а также

(ii) **некоторые схемы** (которые Стороны могут корректировать условия):

- 1. Типы и объемы услуг, покрываемых контрактом;
- 2. Типы лекарственных средств и медицинских изделий, покрываемых контрактом;
- 3. Цены и метод оплаты
- 4. Стандарты качества и исполнения контракта;
- 5. Процедуры выставления счетов и осуществления платежей;
- 6. Требования к ведению историй болезней пациентов;
- 7. Содержание годовых отчетов;
- 8. Процедуры разрешения споров.

10 ключевых элементов большинства контрактов:

1. Цели и определения
2. Участвующие элементы /квалификационные требования для контрактирования
3. Типы и объемы оказываемых услуг
4. Вопросы качества и стандарты
5. Цены, оплата и выставление счетов
6. Мониторинг (с помощью индикаторов) –агент, инструменты...
7. Поощрения и санкции (за отличное оказание услуг / неисполнение обязательств)
8. Платежи сверх контракта, направления в другие организации, нестандартные случаи
9. Конкретная продолжительность, мощность и места оказания услуг
10. Уведомления, конфиденциальность и ограничения

Контракты с больницы в Англии включают три отдельных документа (несколько сотен страниц), в т.ч.:

| 1. Общие условия | 2. Условия оказания услуг | 3. Местный закуп |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Проверка и управление контрактом- Обязательства, компенсации и гарантии- Поручения и заключение субконтрактов- Поправки- Разрешение споров- Управление, учет операций и аудит- Приостановление и завершение контракта- Защита данных, свобода информации и прозрачность- Конфликт интересов- Форс-мажорные обстоятельства- Руководящее право и юрисдикция | <ul style="list-style-type: none">- Соответствие закону о здравоохранении и регулятивным требованиям- Основные услуги и стандарты оказания услуг- Права пользователей услуг, Выбор, Запись на прием, Направления, согласие и персонализированный уход- Перевод в другие организации и выписка- Справедливость доступа, равенство и отсутствие дискриминации- Среда оказания услуг и оборудование- Истории болезней пользователей услуг и жалобы- План по развитию и улучшению оказываемых услуг- Клинические процедуры и протоколы | <ul style="list-style-type: none">- Дата вступления контракта в силу, его продолжительность и соответствующие документы- Конкретные услуги, основные, входящие в ГОБМП, и дополнительные- Индикативный план деятельности, процедуры перевода и выписки пациентов и т.д.- Методы и правила оплаты- Требования к качеству, в т.ч. условия стимулирования его повышения- Управление и правила использования обязательных поставщиков материалов- Требования к отчетам и информации касательно управления контрактами |

В государственном секторе Австралии используются более краткие контракты (плюс большой объем предварительных расчетов и ссылок). Например, в штате Виктория контракт содержит всего 12-14 страниц:

- Одна или две страницы с вводной информацией и директивами
- Четыре основных раздела, приблизительно по три страницы каждый:

 - Часть А, включающая (i) Обзор стратегии, (ii) Миссия, (iii) Профили услуг, (iv) Стратегическое планирование, и (v) Стратегические приоритеты;

 - Часть В, содержащая (i) Приоритеты исполнения контракта, (ii) Финансовые показатели исполнения, (iii) Показатели доступа к услугам, и (iv) Показатели оказания услуг;

 - Часть С, строго ограниченная Деятельностью и финансированием; и

 - Часть D, касающаяся требований к отчетности и финансированию.

Опыт работы с контрактами в течение последних двух десятилетий: общая картина

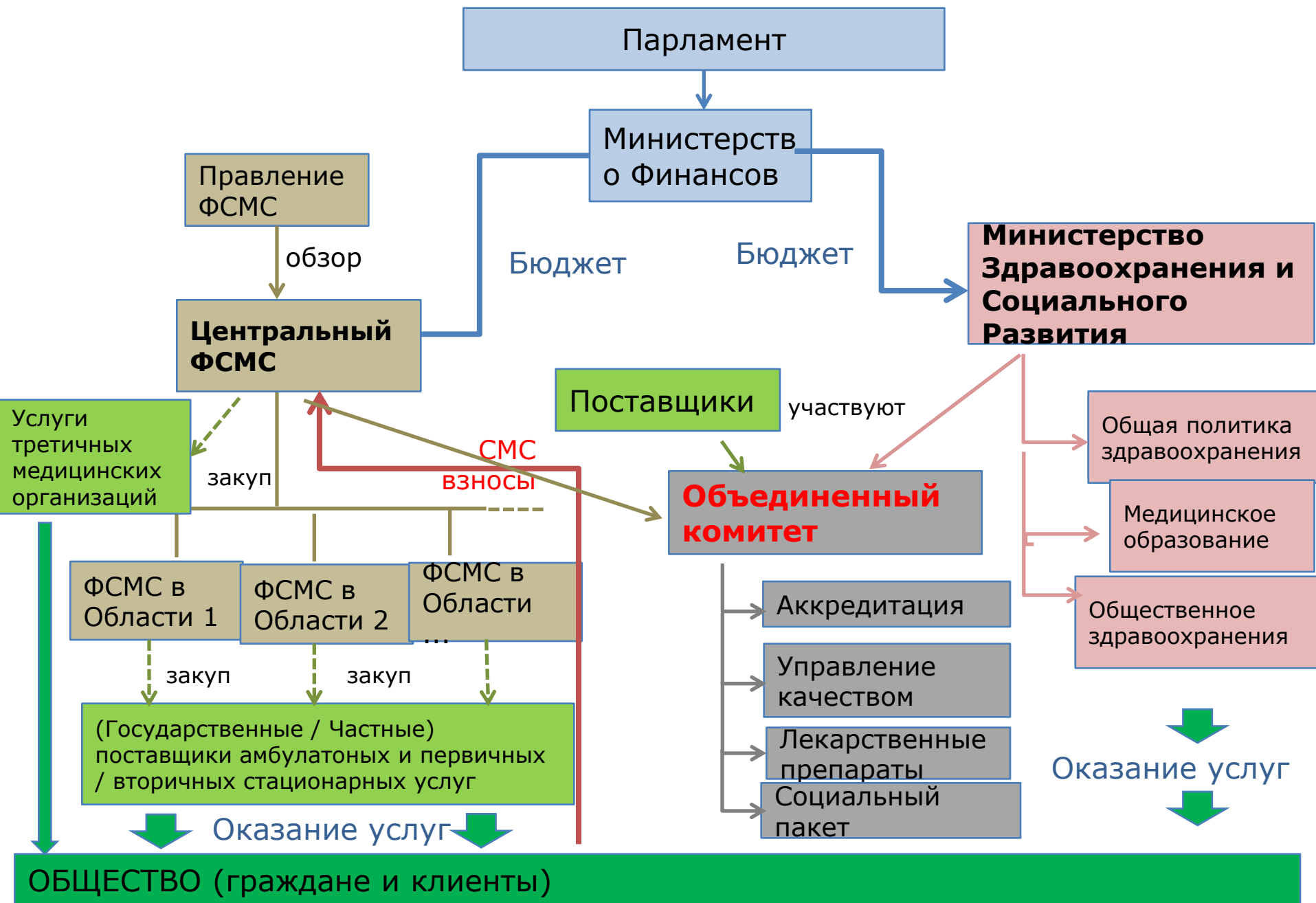
- В США главным образом используются твердые контракты.
- Переходные экономики в Восточной Европе и Центральной Азии имеют дело с контрактами в очень неблагоприятных обстоятельствах
- Системы социального страхования: достаточно детальные контракты (однако далеко не "полные"),
- Великобритания и системы Беверидж: мягкие ("относительные") контракты и сети, тестовый опыт

В большинстве европейских стран наблюдается общая тенденция большей детализации продуктов/услуг во всех типах контрактов, отражающих наборы пролеченных случаев.

Основное ожидание: повысить осознание затрат среди поставщиков услуг и избежать манипуляции со структурой рабочей нагрузки.

В 90-х годах преобладающей формой оплаты за стационарные услуги стали перспективные платежи, возмещающие расходы на пролеченный случай в соответствии с клинико-затратными группами (КЗГ) (и они чаще используются для амбулаторных услуг).

Казахстан; общая картина новой системы здравоохранения



Центральная роль в сфере контрактирования должна быть предоставлена ФСМС как главному, *полностью квалифицированному* участнику процесса закупа (в то время как Государство остается гарантом исполнения закона).

Передача центральной роли, совместимая с одновременным выполнением переходных условий относительно эффективности и качества ухода, индикаторов и целей.

В определенный момент в будущем список индикаторов услуг должен быть пересмотрен (что не является главным приоритетом в краткосрочной перспективе до того, как ФСМС сформирован).

Процесс контрактирования важен так же, как и любой уже согласованный контракт

Контрактирование представляет собой структурированный способ помочь покупателям и поставщикам сфокусироваться на ключевых вопросах, достичь общего понимания и согласия. Перенос рисков на поставщиков услуг также зависит от того, *как построены переговоры между плательщиком(ами) и поставщиками.*

Всемирный Банк: "Семь шагов" контрактирования:

- 1: Диалог с заинтересованными сторонами
- 2: Определение услуг
- 3: Разработка системы мониторинга и оценки
- 4: Принятие решения о том, как отбирать контрагента
- 5: Организация процесса управления контрактом
- 6: Разработка чернового варианта контракта и документов для участия в тендере
- 7: Проведение тендера / управление контрактом

Достижение более высокого качества в секторе здравоохранения означает необходимость изменения существующей модели оказания и использования услуг, являющейся результатом комплексного взаимодействия профессиональной и общественной культур, регулятивных систем, законодательства и управления.

Платежи организациям:

- Единовременный платеж за определенный период (общий бюджет), размер которого рассчитывается исходя из фактических затрат отделений, исторических моделей трат, фонда коек или охватываемого населения;
- (Более или менее) неограниченный по времени платеж за определенный объем услуг согласно прейскуранту цен (оплата за услугу), числу пациенто-дней (ставка за день) или вид деятельности (платеж за пролеченный случай).
- Полинейные затраты для покрытия всех расходов (например, оплата труда, инвестиции и т.д.)

Оплата специалистам за:

Доступность персонала? (оклад и подушевой платеж)

Деятельность? (оплата за услугу) или

Желаемое поведение или результаты? (оплата за результат)

"Существует много механизмов оплаты труда врачей; некоторые из них хорошие, некоторые - плохие. Три наихудших способа оплаты - оплата за услугу, подушевой платеж и оклад"

(Робинсон Д.К., 2001, "Теория и практика построения стимулирующих платежей для врачей." *Milbank Quarterly* 79(2): 149-177.)

Рекомендации ОРМ относительно оказания услуг:

- *Государственные и частные организации, оказывающие первичный и специализированный уход (больницы), получают государственные средства (ПМСП - через взвешенные подушевые платежи, больницы - через КЗГ), только если они соответствуют определенным требованиям к качеству*
- Организациам-поставщикам медицинских услуг понадобится большая автономия; они должны улучшить систему своего управления для обеспечения устойчивости
- Существующая инфраструктура санитарно-эпидемиологических служб должна быть оптимизирована (вне зависимости от первичной помощи, остающейся в ведении МЗСР);
- Организации-поставщики медицинских услуг, аффилированные с другими линейными министерствами: необходимо принятие решения (ФСМС не несет обязательств по их финансированию);
- Районные больницы в настоящее время финансируются из областных бюджетов: ФСМС также не несет обязательств по их финансированию

Казахстан, некоторые рекомендации

- (i) Создание усовершенствованной системы институциональной подотчетности и тщательного процесса контрактирования
- (ii) Инвестиции в человеческие ресурсы с самого начала
- (iii) Отказ от использования некорректных методов стимулирования
 - однозначное определение желаемых конечных результатов (связанных с соответствующими целевым показателем стимулирования);
 - Измеримые индикаторы и доступность данных.

В Казахстане имеется много положительных предпосылок:

- активная подготовка / правильные сигналы от "Комитета модернизации"
- мотивированный персонал
- достаточный опыт,
- сильное руководство...

*Однако для того чтобы ФСМС был успешным, поставщики услуг должны **полностью участвовать в процессе***

Спасибо!