



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

Центр политики в сфере здравоохранения НИУ ВШЭ

**СРОКИ ОЖИДАНИЯ
ПЛАНОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ И
РОССИЙСКАЯ ПРАКТИКА**

ПРОФ. ШЕЙМАН И.М.

Авторский коллектив:

И.М.Шейман, С.В.Шишкин, В.О.Кусакина, В.О.Моисеева, С.В.Сажина, Е.А.Тарасенко, А.Е.Чирикова

Москва, 2019



Зарубежный опыт: регулирование сроков ожидания плановой помощи в странах ОЭСР

Высокая острота проблемы в 16 из 24 стран. Эти страны устанавливают:

- предельные сроки ожидания по видам помощи (гарантии)

Англия: 48 часов – посещение ВОПа (24 часа – помощника или медсестры), 18 недель – стационарная помощь, (с момента направления ВОПа или специалиста) 31 день – онкологическая хирургия и химиотерапия (с момента диагноза), 62 дня – прочие медицинские услуги при подозрении на онкологию, 14 дней – консультация специалиста при симптомах рака молочной железы

Финляндия: 3 дня – ПМСП, 3 недели – амбулаторный специалист, 3 месяца – стационарная помощь, 6 месяцев - плановая хирургия, в том числе ВМП

- требования к мониторингу СО
- требование публичного представления данных о средних СО и отклонениях по каждой территории и медицинской организации
- иногда финансовые и административные санкции за несоблюдение гарантий
- меры по сокращению сроков ожидания

Есть примеры неудачных гарантий: Швеция, Норвегия в 1992 г. ввели, в 1995 г. отменили из-за невозможности их обеспечить. Только в 2005 г. ввели более реалистичные гарантии.



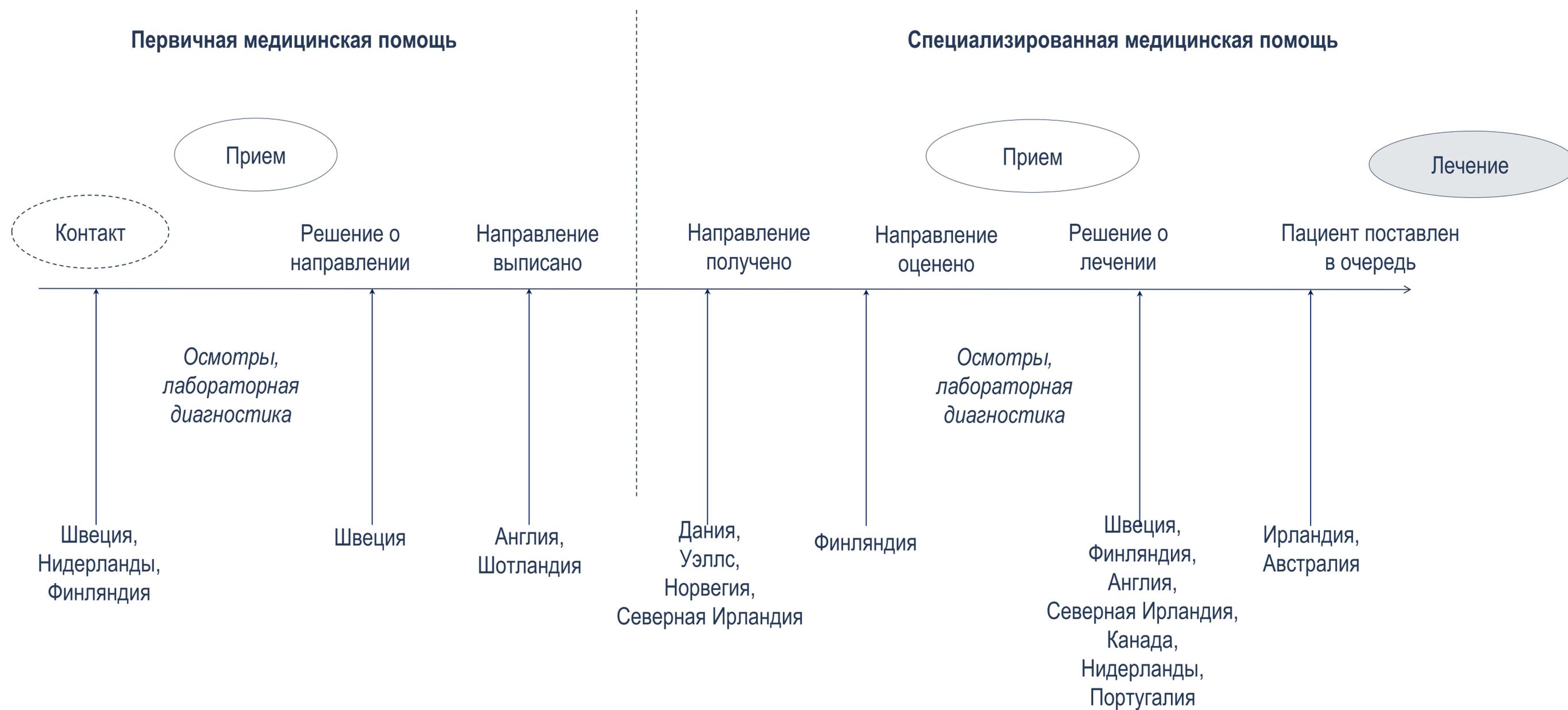
ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ: ГЛАВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СИСТЕМ МОНИТОРИНГА СРОКОВ ОЖИДАНИЯ

1. **Наличие ответственной организации.** В Англии - Health and Care Information Centre
2. **Единый лист ожидания для всех больниц на основе общей информационной системы**
 - возможность учесть начало и конец очереди
 - возможность перераспределить пациентов с длинными СО
3. **Единый порядок оценки показателей сроков ожидания:**
 - единый набор показателей СО
 - измерение не только завершившегося ожидания (completed waits), но и текущего ожидания (on-going waits) – оценка уже проведенного времени ожидания больных, продолжающих ждать лечение.
 - обязательное измерение доли лиц, получивших помощь с нарушением гарантий
 - унифицированный подход для всех больниц к определению *точки отсчета для измерения СО*

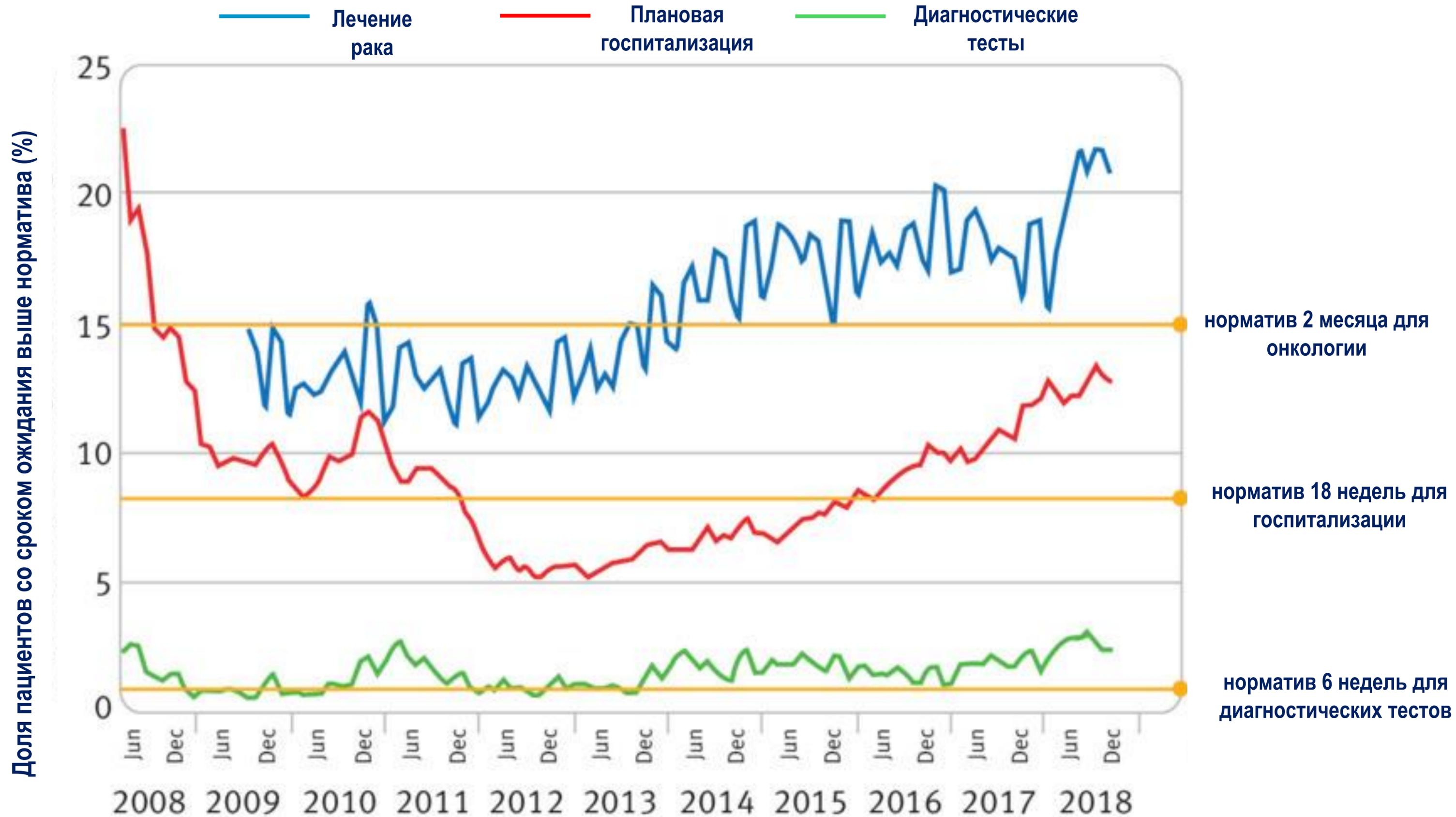


ВЫБОР НАЧАЛЬНОЙ ТОЧКИ ОЖИДАНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ СРОКОВ ОЖИДАНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ: ОПЫТ СТРАН ОЭСР (SICILIANO ET AL, 2014)

ET AL, 2014)



Пример мониторинга в Англии: доля отклонений от предельных сроков ожидания, %





РОССИЙСКАЯ ПРАКТИКА: АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Основные проблемы российского здравоохранения с позиции населения по данным опроса Центра Левады в 2016 г.





Программа государственных гарантий: предельные сроки ожидания по видам медицинской помощи и отдельным услугам

1. Прием врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-педиатрами участковыми – не более 24 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию
2. Консультации врачей-специалистов – не более 14 календарных дней со дня обращения пациента в медицинскую организацию
3. Специализированная (за исключением высокотехнологичной) медицинская помощь – не более 30 календарных дней **со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию**, а для пациентов с онкологическими заболеваниями – не более 14 календарных дней с момента гистологической верификации опухоли или с момента установления диагноза заболевания
4. Диагностические инструментальные (рентгенографические исследования, включая маммографию, функциональная диагностика, ультразвуковые исследования) и лабораторные исследования при оказании ПМСП – не более 14 календарных дней со дня назначения
5. Компьютерная томография (включая однофотонную эмиссионную компьютерную томографию), магнитно-резонансная томография и ангиография при оказании ПМСП – не более 30 календарных дней со дня назначения

Отсутствовали замеры сложившихся (фактических) сроков ожидания

Отсутствовали публичные обсуждения предельных сроков ожидания



СУЩЕСТВУЕТ ЛИ ЕДИНЫЙ ПОРЯДОК ВЕДЕНИЯ ЛИСТОВ ОЖИДАНИЯ И МОНИТОРИНГ СРОКОВ ОЖИДАНИЯ?

Существует в части ВМП:

- общий информационный ресурс
- общий лист ожидания

Отсутствует в части стационарной помощи:

Нет ясности в отношении субъекта мониторинга. Требование создания «информационного ресурса» не конкретизируется для измерения СО. Специализированные системы есть только в 6 регионах.

Больницы сами ведут листы ожидания госпитализаций и учитывают средние СО, используя собственные методики и инструменты (чаще всего - блокноты врачей)

Нет ясности в отношении начальной точки измерения и показателей СО

Нет требований к статистическому учету и отчетности



РОЛЬ СМО В МОНИТОРИНГЕ СРОКОВ ОЖИДАНИЯ

- отвечают за контроль своевременности оказания медицинской помощи застрахованным
- ежемесячно отправляют в ТФОМС отчеты об информационном сопровождении застрахованных, в т.ч. о нарушениях сроков ожидания госпитализаций
- обеспечивают информационное сопровождение застрахованных страховыми представителями

При отсутствии единой информационной системы мониторинга сроков ожидания работа СМО ограничена работой с жалобами пациентов



НО ЕСТЬ УДАЧНЫЕ РЕГИОНАЛЬНЫЕ ИНИЦИАТИВЫ.

ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА «УПРАВЛЕНИЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИЕЙ» В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ (С 2016 Г)

- Охватывает более 100 ЛПУ, в том числе большинство частных
- Действует единый для всех порядок учета СО – с момента направления врача ПМСП
- В единой ИС собираются данные о числе: а) пациентов, направленных поликлиникой в стационар, б) направлений на консультацию в больнице, в) пациентов с назначенной госпитализацией, г) госпитализированных, д) отказов в госпитализации. *На основе этих данных рассчитывается средний СО.*
- Ведется единый лист ожидания. Можно анализировать движение очереди и перераспределять потоки пациентов
- Пациенты могут выбирать медицинские организации и отслеживать движение очереди через свой личный кабинет

Но:

-ведущие больницы не хотят участвовать в общей системе учета. Аргумент – мы сами принимаем решение о госпитализации. Аргумент слабый: если консультация в больнице не подтвердила необходимость госпитализации, то ее не надо учитывать при расчете СО в общей информационной системе

-орган управления здравоохранением не настаивает: учет сроков ожидания в «блокнотах» врачей дает всех устраивающие результаты



КАКОВЫ ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОЦЕНКИ СРОКОВ ОЖИДАНИЯ?

ВМП

- Минздрав в 2014 г.: приводил данные о средних сроках ожидания ВМП - 21 день для взрослых и 14 дней для детей. Потом оценки исчезли.
- В отчетах о выполнении ПГГ и ежегодных публичных отчетах Минздрава нет оценок СО
- Есть требование публикации средних сроков ожидания ВМП в публичных отчетах регионов

Сроки ожидания ВМП по данным региональных докладов о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения (дни)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Архангельская область	114	140	148	121	н/д	н/д	н/д
Вологодская область	н/д	н/д	н/д	н/д	45	45	45
Еврейская АО	н/д	н/д	н/д	н/д	30	30	30
Омская область	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	3–6 мес.	1–6 мес.
Республика Бурятия	30–60	30–60	30–60	н/д	н/д	н/д	н/д
Чеченская Республика	н/д	н/д	н/д	53	н/д	н/д	н/д



СРОКИ ОЖИДАНИЯ ПМСП И СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ

- Публичные федеральные и региональные данные отсутствуют
- Публичные данные по отдельным медицинским организациям отсутствуют
- Только данные по Москве :
 - 4 дня - консультации узких специалистов
 - 8 дней - КТ и МРТ
 - 6 дней - госпитализации терапевтического профиля
 - 7 дней – госпитализация хирургического профиля.



КАК ПОЛУЧЕНЫ РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОЦЕНКИ ПО ПМСП И СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ?

В части ПМСП действующая система учета (ЕМИАС) «обречена» на выполнение гарантированных сроков, т.к. больных записывают на прием к специалисту только за 14 дней. Если невозможно, то запись откладывается.

Письмо пациента: *«Невозможно записаться на исследование. Система выдает: «На ближайшие дни нет времени доступного для записи». Что за бред?»*

Ответ чиновника: *Дорогая Анна, Согласно рекомендациям, к большинству работающих в системе врачей запись открыта на две недели вперед, начиная с текущей даты. В ряде случаев, ввиду максимальной востребованности специалиста или исследования, может сложиться ситуация, что все эти дни уже заняты пациентами. Запись **на новые временные интервалы** открывается на ежедневной основе после 7:30 утра. Ближайшая запись - 10 июля.*

Имитация гарантий

Устраивает всех, кроме пациентов



ПУБЛИЧНЫХ ДАННЫХ ПОЧТИ НЕТ. А МОЖНО ЛИ ИХ ПОЛУЧИТЬ?

- В части ПМСП оценка **СО возможна**, т.к. есть система электронной записи. Но эта система «заточена» на выполнение предельных сроков
- В части стационарной помощи она **невозможна** из-за отсутствия единого порядка их оценки и соответствующего информационного ресурса в большинстве регионов
- В части ВМП оценка среднего **СО возможна**, но информационная система «не хочет» выдавать реальные данные о движении листа ожидания и о реальных сроках ожидания

«Вот уже полтора года статус моего талона «документы находятся на рассмотрении». В институте сказали, что очереди как таковой нет, и сказать, как продвигается рассмотрение моих документов, они не могут. Как можно узнать, сколько мне еще придется ждать операцию, и нельзя ли обратиться в другое медицинское учреждение, если этот институт не справляется со своими нагрузками?».

Есть отдельные примеры честных оценок: на сайте Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи на вопрос, сколько ждать ЛОР-операцию по ВМП, следует откровенный ответ - от 9 месяцев до 3 лет



АНАЛИЗ ОЦЕНОК ПАЦИЕНТОВ

ГЛАВНАЯ ПРОБЛЕМА – НЕОПРЕДЕЛЕННОСТЬ СРОКОВ ОЖИДАНИЯ:

- **ЕСЛИ НЕ В НОРМАТИВНЫЕ СРОКИ, ТО КОГДА?**
- **ПОЧЕМУ НЕТ ДВИЖЕНИЯ ОЧЕРЕДИ?**
- **ПОЧЕМУ БЛОКИРУЕТСЯ СВЯЗЬ С БОЛЬНЫМ В ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЕ (ПО ВМП)?**

ОПРОС СЧЕТНОЙ ПАЛАТЫ (2016):

- **71% РЕСПОНДЕНТОВ ЖДУТ ПЕРВИЧНЫЙ ПРИЕМ БОЛЬШЕ ОДНОГО ДНЯ, 23 % – 4-7 ДНЕЙ**
- **43% ЖДУТ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ (УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ, ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ, РЕНТГЕНОВСКИЕ, ЛАБОРАТОРНЫЕ) БОЛЬШЕ УСТАНОВЛЕННЫХ 2 НЕДЕЛЬ**



Рекомендации по созданию системы управления очередью на плановую медицинскую помощь

1) Создать систему мониторинга сроков ожидания стационарной помощи:

- В каждом регионе создать специальную информационную систему для мониторинга сроков ожидания и ведения очереди на плановую медицинскую помощь и ввести единый порядок учета СО
- сделать обязательным участие всех больниц в единой региональной системе учета СО
- создать систему статистического учета СО. Использовать показатели завершеного и текущего ожидания (например, доля больных, ожидающих хирургическую операцию больше года)
- обеспечить правило публичного представления данных в разрезе отдельных территорий и больниц

2) Конкретизировать порядок постановки больных на лист ожидания стационарной помощи и порядок расчета СО – преимущественно с момента направления лечащего врача поликлиники. Для набора наиболее сложных заболеваний – с момента консультации врача стационара

3) Разработать реалистичные предельные сроки ожидания, в том числе для ВМП

Риски действующих гарантий:

- усиление неопределенности в отношении сроков, растущее недовольство граждан
- нереалистичные сроки при усилении контроля за их соблюдением могут породить снижение приоритетности экстренной помощи и усилить неформальное рacionamento медицинской помощи



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!