

Анализ международного опыта по регулированию вопросов СРО

Международный опыт свидетельствует, что результаты передачи государством функций являются успешными при взаимном сотрудничестве.

Например, в Германии существует Федеральный Объединенный Комитет (ФОК), который в пределах своей компетенции издает директивы для всех секторов медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования. Директивы, принятые ФОК, обязательны для субъектов, действующих в системе социального медицинского страхования.

Финансирование ФОК осуществляется Федеральным парламентом.

Директивы принимаются на пленарном заседании (пленум) ФОК, который является высшим органом управления. В состав пленума входят представители учредителей: Немецкая врачебная палата и Ассоциация больниц Германии (5), представители Ассоциации Фонда социального медицинского страхования (5), независимые члены (3) и представители ассоциации пациентов (5).

Таким образом, ФОК является основным регулятором, где представлены интересы профессиональных лиц (медицинские работники) и субъектов предпринимательской деятельности (больницы), которые принимают решения.

Немецкая врачебная палата Германии, которой государство передало контроль над всем спектром профессиональной деятельности, включая вопросы аттестации, сертификации специалистов, а также реализации положений системы последиplomной непрерывной подготовки. Для всех врачей предусмотрено обязательное членство.

В Великобритании с 1858 года в соответствии с законом в Соединенном Королевстве действует медицинская организация General Medical Council (далее – GMC), в которой объединено около 200 тыс. практикующих врачей. Принцип регулирования строится по принципу квазирегулирования. Для таких организаций характерной чертой является регулирование соответствующей отрасли или сегмента рынка.

Основными задачами GMC являются:

- установление стандартов профессиональной деятельности;
- мониторинг соблюдения стандартов членами организации, применение санкции за нарушение стандартов;
- работа с жалобами потребителей и разрешение споров;
- ведение реестра членов.

Аналогичные организации были созданы также для различных отраслей медицины: фармацевтики, вспомогательного медицинского персонала, отдельных медицинских профессий.

Согласно законодательству Великобритании, врачи, не входящие в данные организации также могут иметь практику в сфере здравоохранения. Однако, вследствие британских традиций и исторического прошлого, спрос на данных специалистов значительно ниже, что также проявляется в их уровне оплаты труда. По статистике, только около 10% медиков

осуществляют свою деятельность, не являясь членом соответствующей профессиональной организации Великобритании.

Другим примером является Японская медицинская ассоциация. Основанная в 1916 году, а затем воссозданная в его нынешнем виде в 1947 году, миссия ассоциации заключается в обеспечении управления деятельности врачей и продвижении высоких стандартов медицинской помощи для всех японских граждан. Членство в Японской медицинской ассоциации составляет 165 000 человек, или примерно 60% от всех лицензированных врачей в Японии.

Японская медицинская ассоциация функционирует за счет взносов членов, которые финансово независимы от правительства государства. Разделение полномочий позволяет Министерству здравоохранения, труда и социального обеспечения Японии формировать политику в сфере здравоохранения, а медицинской ассоциации обеспечивать охрану здоровья граждан посредством оказания медицинской помощи пациентам и непрерывно повышать уровень образования японских медиков.

В 1987 году Японская медицинская ассоциация начала вводить программы повышения квалификации медицинского образования для обеспечения эффективного участия врачей в рамках философии профессиональной автономии на основе саморегулирования.

В этой системе врачи добровольно и самостоятельно стремятся улучшить клинические возможности и изучить основные проблемы здравоохранения. Одной из целей организации является обеспечение доверительных отношений между врачами и пациентами, одновременно поддерживая высокое качество медицинского обслуживания.

Одной из задач ассоциации является сбор информации от членов ассоциации, чем, по их профессиональному мнению, должна быть обогащена или улучшена система здравоохранения. И впоследствии, эта информация передается в правительство для реализации реформ в сфере медицинских услуг. Более того, важно обеспечить необходимое и достаточное финансирование для достижения этих планов реформ через правительство страны.

Деятельность Японской медицинской ассоциации направлена на выполнения основных принципов этики. Задачей организаций здравоохранения является лечение заболеваний, поддержания и укрепления здоровья людей; и на основе осознания важности этой миссии, врач должен служить обществу.

Японская медицинская ассоциация ставит перед собой цель приложить максимум усилий для дальнейшего улучшения системы здравоохранения не только в Японии, но и внести свой вклад в международную деятельность через World Medical Association и СМАО.

В США профессиональные медицинские ассоциации играют ключевую роль в регулировании отрасли здравоохранения. Их число достаточно велико: существуют национальные, региональные, городские ассоциации, ассоциации по отдельным специальностям и другие. Самая крупная в

государстве – Американская медицинская ассоциация, функционирующая с 1847 г., основными функциями которой являются обеспечение высокого уровня профессионализма в медицине; защита прав и интересов врачей и пациентов, формирование политики в области медицинского образования, этической политики и другие.

Аналогичные организации существуют во Франции, Италии, Австрии, Великобритании и др. Их значение достаточно велико, поскольку они обеспечивают профессиональному медицинскому сообществу участие в управлении отраслью здравоохранения, в общественной и политической жизни государства. При этом национальным министерствам отведены функции общего руководства здравоохранением, строительства лечебных учреждений и их материально-технического обеспечения, контроля над исполнением медицинскими ассоциациями законодательно закрепленных обязанностей.

Анализ опыта зарубежных стран показывает, что институциональная основа передачи государственных функций и общественного управления в здравоохранении возникли достаточно давно. За это время многие развитые страны применяли на практике методы общественного управления наряду с государственным.

Вследствие этого, действуя через свои профессиональные ассоциации, зарубежные врачи убеждены, что новая система организации предоставления медицинских услуг превосходит альтернативные методы управления.

За основу процесса трансформации ОКК в Республике Казахстан был взят опыт Германии, где в здравоохранении функционирует Федеральный объединенный комитет (ФОК).

71 миллион немцев застрахованы в системе ОМС Германии. В соответствии с законом они должны получить адекватную, необходимую и экономичную медицинскую помощь. Фонды ОМС должны приносить пользу каждому застрахованному.

ФОК был создан в 2004 г. законом определен его статус, обязанности. Панель экспертов ФОК обеспечивает принятие независимых решений, без влияния ежедневной политики госорганов. Являясь саморегулируемой организацией, ФОК принимает решения консенсусом с учетом интересов ОМС, больниц, и медработников.

Основными функциями ФОК являются:

1. планирование медицинской помощи и тарифообразование в рамках гарантированного объема медицинской помощи в системе ОМС и обеспечение качества;

2. установление контроля и мониторинг референтных цен на медикаменты. (В 2015 г это позволило сэкономить 7.6 млн. евро. На сегодняшний день 80% рецептов соответствуют референтным ценам.);

3. принятие решения по применению и оплате новых технологии диагностики и лечения, после тщательного анализа выгоды для пациента, необходимости для врачей и госпиталей и экономической эффективности;

4. принятие клинических руководств и стандартов качества диагностики и лечения. Установление критериев качества, стандартов процедур, оборудования, программ управления заболеваниями и тд;

5. установление принципов выбора и критериев выбора медорганизации пациентом. обязательность для госпиталей открыто публиковать годовые отчеты по качеству медицинской помощи.(ответственность федерации госпиталей);

6. формирование национального списка лучших клиник по установленным стандартам оценки, анализ и публикация в открытой печати.

Организационная Структура

Орган принимающий основные решения – Пленум. Заседания проводятся 2 раза в месяц (1 и 3 четверг месяца). В состав Пленума входят 13 голосующих членов .

а) три независимых члена, включая Председателя ФОК

б) пять членов представляют ФОМС

в) два члена от национальной ассоциации врачей

г) два члена от федерации госпиталей

д) один член от национальной ассоциации стоматологов.

в работе пленума могут принимать участие до 5 представителей пациентских организации без права голоса.

первые три независимых члена утверждаются комитетом по здравоохранению Бундестага, сроком на 6 лет и устанавливается заработная плата, а остальные на добровольной основе.

Пленум создает субкомитеты по подготовке решения (9 субкомитетов). в состав субкомитетов включаются те же организации входящие в Пленум.

Финансирование

финансирование деятельности ФОК и двух институтов по качеству осуществляется бюджетом, исходя из установленных нормативов.

Секретариат ФОК, штат , бюджет и все расходы предусматриваются в федеральном законе о социальных расходах.

Секретариат имеет отдельное здание.