

Раздел 6

**Контроль (экспертиза)
качества медицинской помощи**

После изучения данного раздела читатель будет знать основные вопросы, связанные с экспертизой качества медицинской помощи.

В разделе также роль страховых медицинских организаций в проведении экспертизы качества медицинской помощи.

Отдельно рассмотрена роль экспертизы качества в теории управления качеством.

Для закрепления материала в конце раздела приведен набор контрольных тестов и список литературы, рекомендуемой авторами к самостоятельному изучению читателем.

Содержание раздела 6:

6.1 Уровни контроля качества медицинской помощи	3
6.2 Роль СМО в контроле и экспертизе качества	7
6.3 Место контроля и экспертизы качества в процессе улучшения	16
Контрольные вопросы	20
Рекомендуемая литература	22
Эталоны ответов	23

6.1 Уровни контроля качества медицинской помощи

Функция контроля качества оказываемой медицинской помощи имеет важное значение в системе управления качеством в здравоохранении. Принципы и порядок осуществления контроля были сформулированы в совместном приказе Минздравсоцразвития и ФФОМС России N363/77 от 24 октября 1996 г. «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации»¹.

Контроль качества медицинской помощи принято делить на две большие составные части: ведомственный и вневедомственный. Целью ведомственного контроля качества медицинской помощи (КМП) является обеспечение прав пациентов на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества на основе оптимального использования кадровых и материально-технических ресурсов здравоохранения и применения совершенных медицинских технологий.

Объектом контроля является медицинская помощь, представляющая собой комплекс профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, проводимых по определенной технологии с целью достижения конкретных результатов.

Система ведомственного контроля качества медицинской помощи включает следующие элементы:

- оценка состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов лечебно-профилактического учреждения;
- экспертиза процесса оказания медицинской помощи конкретным пациентам;
- изучение удовлетворенности пациентов от их взаимодействия с системой здравоохранения;
- расчет и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи;
- выявление и обоснование дефектов, врачебных ошибок и других факторов, оказавших негативное действие и повлекших за собой снижение качества и эффективности медицинской помощи;

¹ В настоящее время данный приказ отменен приказом Минздрава РФ, ФФОМС от 04.05.2007 № 318/94 «Об отмене приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального Фонда обязательного медицинского страхования от 24 октября 1996г. № 363/77 «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации»

- подготовка рекомендаций для руководителей лечебно-профилактических учреждений и органов управления здравоохранением, направленных на предупреждение врачебных ошибок и дефектов в работе и способствующих повышению качества и эффективности медицинской помощи;
- выбор наиболее рациональных управленческих решений и проведение оперативных корректирующих воздействий;
- контроль за реализацией управленческих решений.

Ведомственный контроль качества медицинской помощи осуществляется экспертным путем должностными лицами учреждений и органов управления здравоохранением, клиничко-экспертными комиссиями и главными штатными и внештатными специалистами всех уровней здравоохранения. В необходимых случаях для проведения экспертизы могут привлекаться сотрудники вузов, научных центров, НИИ и других учреждений на договорной основе.

На уровне учреждений здравоохранения экспертиза качества медицинской помощи является функцией заведующих подразделениями (первая ступень экспертизы), заместителей руководителя учреждения по клиничко-экспертной работе, лечебной работе, амбулаторно-поликлинической помощи (вторая ступень экспертизы), клиничко-экспертных комиссий учреждения (третья ступень экспертизы).

Экспертиза процесса оказания медицинской помощи проводится по отдельным законченным в данном подразделении случаям. Экспертиза, как правило, проводится по медицинской документации (медицинской карте стационарного больного, карте амбулаторного больного и др.). При необходимости может быть проведена и очная экспертиза (с участием пациента).

Экспертиза качества медицинской помощи конкретному пациенту предусматривает сопоставление ее со стандартами, которые, как правило, содержат унифицированный набор и объем диагностических и лечебных мероприятий, а также требования к срокам и результатам лечения при конкретных нозологических формах болезней. Ведущая роль при экспертизе качества медицинской помощи принадлежит заключению эксперта, который кроме выполнения стандартов учитывает все особенности данного индивидуального случая.

Под системой вневедомственного контроля понимается оценка качества медицинской помощи субъектами, не входящими в государственную систему здравоохранения, в пределах своей компетенции.

Вневедомственный контроль деятельности учреждений здравоохранения, а также физических лиц осуществляют:

Контроль (экспертиза) качества медицинской помощи

- страховые медицинские организации;
- территориальные фонды обязательного медицинского страхования (в случае выполнения ими функций страховщика);
- страхователи;
- исполнительные органы Фонда социального страхования Российской Федерации;
- профессиональные медицинские ассоциации;
- общества (ассоциации) защиты прав потребителей.

Основной задачей субъектов вневедомственного контроля качества медицинской помощи является организация в пределах своей компетенции медицинской и медико-экономической экспертизы с целью обеспечения права граждан на получение медицинской помощи надлежащего качества и проверки эффективности использования ресурсов здравоохранения, а также финансовых средств ОМС и социального страхования.

Вневедомственный контроль качества осуществляется по следующим направлениям:

- анализ результатов оказания медицинской помощи населению;
- подготовка рекомендаций по совершенствованию организации и повышению качества медицинской помощи и контроль их выполнения;
- изучение удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью;
- оценка возможностей учреждения здравоохранения гарантировать требуемый уровень качества медицинской помощи;
- правильность применения тарифов и соответствие предъявленных к оплате счетов выполненному объему медицинской помощи и др.

Основные причины назначения вневедомственной медицинской экспертизы

Для страховых медицинских организаций:

- жалобы пациентов или страхователей на качество и культуру оказания медицинской помощи;
- неблагоприятный исход заболевания, прямо связанный с недостатками в проведении медицинских мероприятий;
- наличие многочисленных дефектов в оказании медицинской помощи у отдельных специалистов, подразделений, учреждений;
- несоответствие проведенного лечения диагнозу заболевания, повлиявшее на стоимость лечения.

Для исполнительных органов Фонда социального страхования Российской Федерации:

- представление к оплате документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан, оформленных с нарушением установленного порядка;
- сомнения в обоснованности выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан, сроков временной нетрудоспособности, сроков направления на медико-социальную экспертизу.

Вневедомственный контроль может осуществляться в виде: предупредительного контроля, контроля результата, целевого контроля, планового контроля.

Предупредительный контроль осуществляется лицензионно-аккредитационной комиссией перед проведением лицензирования и аккредитации медицинского учреждения или физического лица. Целью предупредительного контроля является определение возможностей медицинского учреждения или физического лица оказывать заявленные виды медицинской помощи, а также соответствия их деятельности установленным стандартам.

Предупредительный контроль призван оценить качество и уровень безопасности работы медицинского учреждения для пациента до получения им разрешения на оказание медицинских услуг населению. В ходе предупредительного контроля оцениваются:

1. Структура медицинского учреждения, включая оценку организации работы структурных подразделений медицинского учреждения и организации работы персонала; квалификации медицинского персонала; материально-технического и ресурсного обеспечения; финансирования.
2. Качество лечебно-диагностического процесса, включая оценку: организации обследования, лечения и ухода за больными, объема деятельности и взаимодействия лечебных и параклинических подразделений; научно-технологического уровня лечебно-диагностического процесса; качества ведения медицинской документации; исходов и результатов лечения.

Предупредительный контроль осуществляется на основе стандартов. В случаях отсутствия федеральных стандартов используются территориальные стандарты, утверждаемые органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

Целью контроля результата является оценка качества выполненной медицинской услуги конкретному пациенту. В ходе экспертизы качества медицинской услуги оцениваются:

- медицинская эффективность услуги;
- экономическая эффективность;

Контроль (экспертиза) качества медицинской помощи

- соответствие выбранной медицинской технологии патологическому процессу, его тяжести и течению.

Под медицинской эффективностью понимается степень достижения поставленной цели. Медицинская эффективность тем выше, чем ближе медицинский работник по результатам лечения приближается к критериям и параметрам результативности лечения, заложенной в стандарте для данной патологии.

Экономическая эффективность оценивается на основе экономического стандарта, характеризующего максимально допустимые затраты на лечение типичного случая для каждой нозологии. Если при выполнении лечебно-диагностического процесса и достижении при этом максимально возможной, для данного случая, медицинской эффективности затраты не превышают максимальной границы нормы, то следует считать экономическую эффективность достигнутой.

Качество лечебно-диагностического процесса оценивается по стандарту, включающему в себя следующие элементы:

- качественный сбор информации о больном (диагностические мероприятия для данной нозологии);
- правильную постановку и обоснование диагноза;
- качественно выполненные лечебные мероприятия.

В случае необходимости для разрешения спорного случая субъект вневедомственного контроля может принять решение о проведении целевого контроля с привлечением внештатных экспертов.

Планный контроль качества медицинской помощи со стороны страховой медицинской организации осуществляется в соответствии с договором на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по медицинскому страхованию. В этих случаях страховая медицинская организация составляет график планового контроля медицинских учреждений, который доводится до сведения последних.

Созданные на основе указанного выше отраслевого приказа территориальные системы контроля качества медицинской помощи продолжают работать, совершенствоваться в связи с развитием нормативно-правовой базы и изменением уровня предоставляемых медицинских услуг.

6.2 Роль СМО в контроле и экспертизе качества

В настоящее время деятельность страховых медицинских организаций (СМО) в области контроля и экспертизы качества оказываемой учреждениями здравоохранения медицинской помощи проводится в соответствии с методическими рекомендациями по

организации контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования (ОМС)¹.

Согласно указанному документу Фонд в части организации контроля объемов и качества медицинской помощи в пределах своей компетенции может осуществлять:

- формирование системы мер по повышению качества медицинской помощи и эффективности использования финансовых ресурсов ОМС на основе данных экспертной деятельности субъектов контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении ОМС;
- координацию взаимодействия в части контроля объемов и качества медицинской помощи субъектов и участников ОМС на территории субъекта Российской Федерации;
- организационно-методическую работу по функционированию системы контроля объемов и качества медицинской помощи и защиты прав застрахованных граждан;
- контроль за соблюдением договорных отношений субъектов ОМС;
- контроль за деятельностью СМО по выполнению функции обеспечения права застрахованных на доступную, качественную медицинскую помощь в рамках программы ОМС, в том числе путем проведения метаэкспертизы;
- формирование и поддержание в актуальном состоянии регистра экспертов качества медицинской помощи;
- анализ жалоб и обращений застрахованных, других представителей субъектов ОМС, результатов контроля объемов и качества медицинской помощи, проводимых СМО и Фондом;
- подготовку материалов для принятия соответствующих мер Фондом при нарушениях прав застрахованных граждан медицинскими организациями, СМО;
- информирование:
 - ✓ субъектов ОМС, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области охраны здоровья граждан, а также органов местного самоуправления по решению вопросов местного значения в области охраны здоровья граждан о результатах контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении ОМС;
 - ✓ населения субъекта Российской Федерации о правах застрахованных граждан в системе обязательного медицинского страхования;

¹ Методические рекомендации утверждены приказом Федерального Фонда обязательного медицинского страхования № 111 от 26 мая 2008г. «Об организации контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования»

Контроль (экспертиза) качества медицинской помощи

- ✓ обращение в адрес Федеральной службы России по надзору за страховой деятельностью о применении мер к страховым медицинским организациям в части приостановления (отзыва) лицензии на осуществление обязательного медицинского страхования;
- ✓ организацию работы межведомственного согласительного органа по контролю качества медицинской помощи в системе ОМС.

СМО в части организации контроля объемов и качества медицинской помощи в пределах своей компетенции может осуществлять:

- организацию и проведение контроля объемов, сроков и экспертизу качества медицинской и лекарственной помощи, оказанной застрахованным гражданам медицинскими организациями, состоящими со СМО в договорных отношениях;
- контроль соответствия персонифицированных счетов медицинской организации, выставленных к оплате, условиям действующих договоров на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по обязательному медицинскому страхованию (далее - договор), заключаемым между СМО и медицинской организацией, территориальной программе ОМС, тарифному соглашению между заинтересованными сторонами, способам и порядку оплаты медицинской помощи;
- организацию и проведение экспертизы качества медицинской помощи в связи с поступившими заявлениями (жалобами) застрахованных, их законных представителей или страхователей на качество медицинской помощи;
- анализ результатов экспертизы качества медицинской помощи, представленных медицинскими организациями, работающими в системе ОМС, в том числе индикаторов деятельности медицинских организаций;
- предъявление исков к медицинским организациям по установленным случаям нарушений прав застрахованных граждан и возмещению ущерба, причиненного застрахованным, возможности применения частичной или полной неоплаты медицинских услуг в случае нарушений условий договора, санкций;
- изучение удовлетворенности застрахованных граждан объемом, доступностью и качеством медицинской помощи;
- обобщение и анализ результатов контроля объемов и экспертизы качества медицинской помощи; предоставление органам управления здравоохранением результатов, выводов и предложений для использования их в системе управления качеством медицинской помощи медицинских организаций;
- информирование застрахованных граждан об их правах на получение медицинской помощи гарантированного объема и качества в системе ОМС;

- представление интересов застрахованных граждан в административных и судебных органах.

В целях организации контроля объемов и качества медицинской помощи рекомендуется в договоре, заключаемом медицинской организацией со СМО, предусматривать, что медицинская организация на время проведения экспертной проверки предоставляет эксперту всю необходимую документацию, включая первичную медицинскую документацию (медицинскую карту амбулаторного больного, медицинскую карту стационарного больного, историю родов, историю развития ребенка, журнал учета оказания платных медицинских услуг и др.) и результаты экспертизы, проводимой медицинской организацией, органом управления здравоохранения субъекта.

Контроль объемов и качества медицинской помощи при осуществлении ОМС предусматривает:

- медико-экономический контроль;
- медико-экономическую экспертизу страховых случаев;
- экспертизу качества медицинской помощи.

При осуществлении медико-экономического контроля исследуются случаи оказания медицинской помощи по данным предъявленных реестров счетов по оплате медицинских услуг, оказанных в медицинских учреждениях гражданам, застрахованным по ОМС, в целях:

- проверки правильности оформления счетов в соответствии с действующим порядком информационного обмена в системе ОМС;
- идентификации принадлежности застрахованных к конкретной СМО (плательщику);
- проверки правильности кодирования медицинских услуг, их соответствия территориальной программе ОМС, лицензии;
- проверки обоснованности применения тарифов на медицинские услуги, расчета их стоимости в соответствии с действующим тарифным соглашением между заинтересованными сторонами, способами и порядком оплаты медицинских услуг и действующим договором на оказание лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг).

Для организации и проведения медико-экономической экспертизы при проверке соответствия счетов данным первичной медицинской документации, анализа достоверности объемов медицинской помощи, заявленных к оплате, предлагается проводить отбор первичной медицинской документации (медицинская карта

Контроль (экспертиза) качества медицинской помощи

амбулаторного больного, медицинская карта стационарного больного, история родов, история развития ребенка и другой медико-статистической документации).

При медико-экономической экспертизе исследуются случаи оказания медицинской помощи с целью подтверждения обоснованности объемов медицинских услуг, выставленных к оплате, на их соответствие записям в первичной медицинской и учетно-отчетной документации медицинской организации.

Медико-экономическая экспертиза осуществляется экспертами - организаторами СМО путем анализа первичной медицинской (медицинская карта амбулаторного больного, медицинская карта стационарного больного, история родов, история развития ребенка) и учетно-отчетной документации (статистические талоны, журналы учета и др.) медицинских организаций по страховым случаям, отобранным в ходе медико-экономического контроля.

Результаты медико-экономического контроля и медико-экономической экспертизы оформляются актом и могут при необходимости являться поводами для организации и проведения экспертизы качества медицинской помощи.

Экспертиза качества медицинской помощи (далее - ЭКМП) проводится с использованием методов, утвержденных в субъекте Российской Федерации штатным или внештатным экспертом качества медицинской помощи, в целях выявления дефектов и ошибок, допущенных при оказании медицинской помощи, с описанием их реальных и возможных последствий, выяснением причин их возникновения, составлением мотивированного экспертного заключения о надлежащем/ненадлежащем качестве оказания медицинской помощи.

ЭКМП может осуществляться в виде:

- целевой экспертизы качества,
- плановой (тематической) экспертизы качества.

Целевую экспертизу качества индивидуальных случаев медицинской помощи рекомендуется проводить в случаях:

- поступления письменных жалоб застрахованного, его законного представителя или страхователя на качество медицинской помощи в медицинской организации;
- запросов правоохранительных органов;
- необходимости подтверждения надлежащего объема и качества медицинской и лекарственной помощи по случаям, отобранным при медико-экономическом контроле;
- внутрибольничного инфицирования и осложнений.

Поводами для проведения целевой экспертизы качества по результатам медико-экономической экспертизы также могут служить случаи:

- случаи летальных исходов при оказании медицинской помощи;
- первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей;
- повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение месяца (квартала);
- заболеваний (или временной нетрудоспособности) с удлинёнными или укороченными сроками лечения.

Плановая экспертиза качества медицинской помощи проводится в объеме, предусмотренном условиями договора.

Тематическая экспертиза проводится с целью общей системной оценки оказания качества и объемов медицинской помощи отдельным группам застрахованных, по виду оказанной медицинской помощи, нозологической форме, возрасту, социальному положению, уровню медицинской организации и др.

Тематические экспертизы рекомендуется проводить в плановом порядке в отношении определенной совокупности случаев медицинской помощи, отобранных по тематическим признакам или методами случайной выборки в каждой медицинской организации, как правило, не реже 1 раза в течение календарного года в сроки, определенные согласованным для данной медицинской организации планом проверок.

Объем и сроки проведения тематических экспертиз рекомендуется определять СМО по согласованию с Фондом.

Результаты целевой и тематической экспертизы оформляются актом на основании экспертного заключения.

При проведении целевой и тематической экспертной проверок по согласованию с администрацией медицинской организации экспертом качества медицинской помощи может проводиться обход подразделений медицинской организации с целью врачебного осмотра пациентов и контроля условий оказания медицинской помощи (проспективный контроль).

В период получения застрахованным медицинской помощи может проводиться очная экспертиза качества медицинской помощи, в том числе по инициативе застрахованного.

Для контроля объективности заключения эксперта качества медицинской помощи проводится повторное исследование КМП (метаэкспертиза), выполняемое тем же методом, но другим специалистом.

Контроль (экспертиза) качества медицинской помощи

Результаты контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении ОМС, передаваемые в медицинские организации в форме экспертных заключений, актов экспертизы, сводных и аналитических справок, направляемых в органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области здравоохранения, а также органы местного самоуправления, уполномоченные на осуществление управления в сфере здравоохранения, могут служить основанием для принятия управленческих решений по повышению качества и совершенствования организации медицинской помощи.

Фонды регулярно доводят до сведения органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области здравоохранения результаты контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении ОМС.

По результатам контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении ОМС могут применяться меры, предусмотренные Законом Российской Федерации "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации", а также условиями договора, заключаемого между СМО и медицинской организацией.

В результате осуществления контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении ОМС могут быть выявлены действия (бездействие) медицинского персонала (дефекты оказания медицинской помощи), являющиеся:

- несоответствием медицинской помощи (медицинской услуги) обязательным требованиям, предусмотренным законодательством по обязательному медицинскому страхованию или условиям договора;
- нарушением требований нормативных актов уполномоченных органов исполнительной власти;
- нарушением обычаев делового оборота, обычно предъявляемых требований в сфере здравоохранения;
- нарушением требований безопасности медицинской услуги;
- несоответствием медицинской помощи (услуги) целям, для которых данная медицинская помощь (медицинская услуга) обычно оказывается, выразившимся в причинении вреда жизни и здоровью застрахованных (пациентов);
- нарушением прав застрахованных;
- неоптимальным выбором технологии оказания медицинских услуг (неправильная диагностика, затрудняющая стабилизацию имеющегося у пациента заболевания; создание условий повышения риска для возникновения нового патологического процесса; нерациональное использование ресурсов медицинского учреждения);
- нарушением правил оформления медицинской документации.

Примерный перечень дефектов оказания медицинской помощи приведен в таблице

6.1.

Таблица 6.1 - Примерный перечень дефектов оказания медицинской помощи

№	Дефекты
1	Дефекты, ограничивающие доступность медицинской помощи
1.1	Необоснованный отказ пациенту в оказании медицинской помощи, предусмотренной территориальной программой ОМС, не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания
1.2	Необоснованный отказ пациенту в оказании медицинской помощи, предусмотренной территориальной программой ОМС, повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания
1.3	Необоснованный отказ пациенту в замене лечащего врача (в т.ч. выбор медицинской организации) по заявлению застрахованного
1.4	Взимание платы с застрахованного (в рамках ДМС или в виде оказания платных услуг) за предоставленную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой ОМС, как представленную, так и не представленную к оплате страховщику по "счету-фактуре"
1.5	Приобретение пациентом лекарственных средств и изделий медицинского назначения, необходимых для лечения в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в "Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств" или в "Формуляр лечения стационарного больного", согласованного и утвержденного в установленном порядке
1.6	Нарушение права застрахованного в медицинском учреждении на: добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство (в том числе информирование о диагнозе, возможном риске, последствиях и результатах лечения); отказ от медицинского вмешательства; получение копий медицинской документации; допуск адвоката и священнослужителя
2	Дефекты процесса оказания медицинской помощи
2.1	Нарушение этики и деонтологии медицинскими работниками
2.2	Ненадлежащее и несвоевременное выполнение или невыполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств, повлекшее ухудшение состояния здоровья пациента, инвалидизацию, летальный исход, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания
2.3	Невыполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств, приведшее к ухудшению состояния здоровья пациента, инвалидизации, летальному исходу, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания
2.4	Ненадлежащее, несвоевременное выполнение или невыполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств, в том числе приведшее к удлинению сроков лечения в амбулаторно-поликлинических условиях или в стационаре
2.5	Ненадлежащее, несвоевременное выполнение или невыполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в стационаре, амбулаторно-поликлинических условиях (в том числе в условиях дневного стационара)
2.6	Выполнение сверх стандартов медицинской помощи и неоправданных с клинической точки зрения исследований и вмешательств, приведшее к удлинению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения
2.7	Выполнение неоправданных с клинической точки зрения исследований и вмешательств, приведшее к ухудшению состояния пациента, осложнениям течения заболевания, удорожанию стоимости лечения, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск

Контроль (экспертиза) качества медицинской помощи

	возникновения нового заболевания
2.8	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение лечения при недостижении клинического эффекта и/или утяжелении течения заболевания (кроме документально оформленных случаев прекращения лечения по инициативе пациента)
2.9	Возникшие в период лечения больного в медицинском учреждении травмы, ожоги, внутрибольничные инфекции и другие состояния, расцениваемые как ятрогения
2.10	Повторное обоснованное обращение пациента за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 10 дней со дня завершения амбулаторного лечения и 30 дней со дня завершения лечения в стационаре вследствие недостижения результата предыдущего лечения, подтвержденное проведенной целевой или плановой экспертизой
2.11	Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день
2.12	Нарушение преемственности в лечении, приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья пациента
2.13	Госпитализация без медицинских показаний (необоснованная госпитализация) пациента, медицинская помощь которому могла быть оказана в полном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях или в дневном стационаре; должна или могла быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация)
2.14	Необоснованное удлинение сроков лечения (увеличение количества услуг, посещений, койко-дней, пациенто-дней), не связанное с проведением диагностических, лечебных мероприятий, оперативных вмешательств, в том числе и по организационным причинам
3	Дефекты оформления документации в медицинской организации
3.1	Отсутствие первичной медицинской документации без уважительных причин
3.2	Дефекты оформления первичной медицинской документации, приведшие к невозможности оценить динамику состояния пациента, объем и характер медицинской помощи
3.3	Несоответствие данных реестра застрахованных и данных первичной медицинской документации, выявленные при проведении целевой (плановой) экспертизы
4	Дефекты оформления учетных статистических форм отчетности
4.1	Включение в счет-фактуру и реестр застрахованных фактически невыполненных: посещений, койко-дней, пациенто-дней (не подтвержденных первичной медицинской документацией)
4.2	Включение в счет-фактуру и реестр застрахованных одного страхового случая, услуги два и более раз (дублирование), а также включение медицинской помощи, оказанной пациенту: в поликлинике, в период его пребывания в круглосуточном или в дневном стационаре; в дневном стационаре, в период его пребывания в круглосуточном стационаре
4.3	Включение в счет-фактуру и реестр застрахованных видов медицинской помощи, не входящих в территориальную программу ОМС
4.4	Включение в счет-фактуру и реестр застрахованных медицинской помощи при отсутствии или окончании срока действия лицензии на данный(ые) вид(ы)
4.5	Включение в счет-фактуру и реестр застрахованных видов медицинской деятельности, не согласованных в установленном порядке
4.6	Включение в счет-фактуру и реестр застрахованных категорий граждан, не подлежащих страхованию по ОМС на территории Российской Федерации
4.7	Включение в счет-фактуру и реестр застрахованных оказанной медицинской помощи по тарифам, не соответствующим утвержденным
5	Прочие дефекты организации ККМП
5.1	Неполное или неверное заполнение полей идентификации пациента
5.2	Неправильно указана СМО
5.3	Диагноз не соответствует полу, возрасту пациента. Возраст пациента не соответствует профилю оказанной медицинской помощи
5.4	Диагноз не соответствует профилю оказанной медицинской помощи

Таблица 6.2 - Описание деятельности по обеспечению качества

Дизайн качества	Контроль качества	Улучшение качества
<ul style="list-style-type: none">➤ Определить, кто является потребителем➤ Установить нужды потребителей➤ Определить результат, отвечающий нуждам потребителей➤ Разработать структуру системы и процессы внутри нее, необходимые для достижения нужного результата➤ Превратить планы в действия	<ul style="list-style-type: none">➤ Оценить полученный результат➤ Сравнить достигнутые результаты с поставленными целями и ожиданиями➤ Принять корректирующие меры	<ul style="list-style-type: none">➤ Определить, что должно быть улучшено➤ Определить команды, работающие над каждой задачей➤ Мотивировать и обучить команды, обеспечить их работу➤ Проверить в «пилоте» результативность изменений➤ Внедрить достигнутое, поддерживать работу новых элементов процесса

Система контроля качества медицинской помощи (КМП) должна определять соответствие фактически проводимых лечебно–диагностических мероприятий тем мерам, которые гарантированы гражданам нормативными документами, принятыми в РФ. В число этих документов входят: медикоэкономические стандарты; Закон "О медицинском страховании граждан в РФ"; Основы законодательства в РФ "Об охране здоровья граждан" и др.

Система оценки качества и эффективности медицинской помощи предусматривает ряд этапов, изложенных далее.

В учреждении проводится работа по расчету нормативной стоимости медицинской помощи и фактических затрат на ее оказание.

Каждый врач самостоятельно или совместно с заведующим подразделением постоянно планирует конкретный результат в отношении каждого случая оказания медицинской помощи, отражая его в учетной документации.

По окончании оказания МП на данном этапе, эксперт оценивает, правильно ли запланирован конкретный результат, достигнут ли он, адекватно ли выбрана медицинская технология и указывает причины ее неправильного выбора или несоблюдения.

Во всех подразделениях регулярно проводится социологическое изучение удовлетворенности пациентов медицинским обслуживанием, а также удовлетворенность специалистов работой вспомогательных служб.

Заполнение карт и анкет, сведений о произведенных затратах (подвергаются обработке с вычислением соответствующих показателей и составлением аналитических таблиц).

Результаты обработки собранной информации доводятся до сведения соответствующих уровней управления, на основании чего вырабатываются управленческие решения и организуется их реализация.

Медицинская помощь представляет собой комплекс лечебно–диагностических, профилактических мероприятий, проводимых по определенной технологии с целью достижения конкретных результатов. Основным элементом системы является эффективность медицинской помощи, представляющая собой характеристику данного объекта, отражающую степень достижения конкретных результатов при определенных материальных, временных и трудовых затратах. Под конкретными результатами в зависимости от оцениваемого объекта могут подразумеваться динамика состояния пациентов, состояние здоровья определенного контингента, трудовой политики, удовлетворенность потребителя, которым может быть пациент, медицинский работник, назначивший какие–либо исследования, консультации и т.д. Материальные, временные и трудовые затраты отражают и степень использования материальных и кадровых ресурсов и определяют по существу стоимости оказания медицинской помощи. Эффективность МП зависит от выбора медицинских технологий и их соблюдения или качества МП.

Контроль качества помощи следует проводить по двум направлениям. В соответствии с этим экспертиза КМП может быть направлена на соответствие фактически оказанных медицинских услуг возможностям ЛПУ, либо на соответствие фактических затрат на оказание медицинских услуг тем нормативам, которые заложены в объем финансирования территориальных программ ОМС. На основании статей 15 и 27 закона РФ "О медицинском страховании граждан РФ", устанавливающих материальную ответственность страховщика перед застрахованным за невыполнение условий договора медицинского страхования, в случае причинения ущерба здоровью пациента по вине медицинского учреждения страховщик имеет право на предъявление учреждению иска о возмещении ущерба в судебном порядке.

Для проведения оценки КМП необходим эксперт, имеющий право и специальную подготовку для обоснования оценки содержания деятельности другого врача, т.е. способности последнего не допускать врачебных ошибок и этим снижать риск

Контроль (экспертиза) качества медицинской помощи

прогрессирования имеющегося заболевания и возникновения нового патологического процесса, оптимально использовать имеющиеся ресурсы ЛПУ и обеспечивать удовлетворенность пациента от его взаимодействия с медицинскими работниками и учреждениями.

Качество медицинской помощи в ЛПУ определяется квалификацией врачей и средних медработников, организацией работы отделений и поликлинических служб, лекарственным и материально–техническим обеспечением, финансовыми ресурсами, отношением медицинского персонала к пациентам и их родственникам.

Экспертиза процесса оказания медицинской помощи проводится по отдельным законченным случаям по медицинской документации, при необходимости может быть проведена и очная экспертиза.

Экспертиза КМП конкретному больному предусматривает сопоставление ее со стандартами, которые, как правило, содержат унифицированный набор и объем диагностических и лечебных мероприятий, а также требования к срокам и результатам лечения при конкретных нозологических формах болезни.

Ведущая роль при экспертизе КМП принадлежит заключению эксперта, который кроме выполнения стандартов учитывает все особенности данного индивидуального случая.

Контроль качества медицинской помощи в ЛПУ осуществляется и путем ежедневного оперативного управления на утренних конференциях, обхода заведующего отделением, контроля ведения медицинской документации на консультациях специалистов. Для разбора врачебных ошибок, случаев расхождения диагнозов необходима хорошая организация лечебно–контрольных комиссий, комиссий по изучению летальных исходов, инфекционной комиссией и др. с соответствующими организационными выводами, которые должны находить свое отражение в приказах, распоряжениях и инструкциях.

Наиболее значимым при проведении оценки КМП является самоконтроль врача и организация работы по подготовке специалистов по стандартам качества.

Организация оценки качества и эффективности медицинской помощи является не только способом выявления дефектов в работе, но и, в определенной степени, мерой по повышению ее уровня, с этой целью каждый выявленный дефект, каждый случай расхождения в оценке качества на различных этапах экспертизы а также существенные отклонения от нормативных затрат должны быть предлогом специального обсуждения с целью повышения уровня знаний медицинских работников и выработки оптимальных подходов к лечебно–диагностическому процессу.

Контрольные вопросы

1. В каком документе были сформулированы принципы и порядок осуществления контроля качества оказываемой медицинской помощи?
2. Виды контроля качества оказываемой медицинской помощи?
3. Что включает система ведомственного контроля качества медицинской помощи?
4. Что предусматривает экспертиза качества медицинской помощи конкретному пациенту?
5. По каким направлениям осуществляется вневедомственный контроль качества?
6. Что оценивается в ходе предупредительного контроля?
7. Что понимается под медицинской эффективностью?
8. Как осуществляется плановый контроль качества медицинской помощи со стороны страховой медицинской организации?
9. Что может осуществлять СМО в части организации контроля объемов и качества медицинской помощи?
10. Как оформляются результаты медико-экономического контроля и медико-экономической экспертизы?

Заполнить пробелы:

1. Объектом контроля является медицинская помощь, представляющая собой комплекс _____ (1), _____ (2) и _____ (3) мероприятий, проводимых по определенной технологии с целью достижения конкретных результатов.
2. Экспертиза качества медицинской помощи конкретному пациенту предусматривает сопоставление ее со _____ (4).
3. Целью предупредительного контроля является определение _____ (5) медицинского учреждения или физического лица оказывать заявленные виды медицинской помощи, а также _____ (6) их деятельности установленным стандартам.

Выбрать один или несколько правильных ответов:

1. **Врач-эксперт - это:**
 - a) любой врач;
 - b) врач со стажем работы более 10 лет;
 - c) врач, занимающийся лечебно-профилактической деятельностью и имеющий юридическое право на контроль теоретических и практических навыков другого врача и специальную подготовку по оценке качества медицинской помощи;
 - d) врач, имеющий высшую квалификационную категорию или ученую степень

- 2. Показатель качества врачебной диагностики в стационаре определяется по:**
- a) показателю летальности
 - b) показателю совпадения (или расхождения) диагнозов
 - c) средней длительности пребывания больного в стационаре
 - d) правильного ответа нет
- 3. В качестве показателей дефектов деятельности врачей амбулаторно-поликлинического звена могут служить следующие показатели:**
- a) количество обоснованных жалоб
 - b) рост впервые выявленных заболеваний
 - c) рост заболеваемости с временной утратой трудоспособности
 - d) детский травматизм
- 4. Эффективность медицинской помощи - это:**
- a) улучшение функционирования организма пациента после проведения лечебных мероприятий;
 - b) степень достижения конкретных результатов при оказании лечебно-диагностической или профилактической помощи при соответствующих затратах финансовых, материальных и трудовых ресурсов;
 - c) степень экономии финансовых, материальных и трудовых ресурсов при оказании медицинской помощи
- 5. Кто относится к первой ступени экспертизы качества медицинской помощи в лечебном учреждении:**
- a) лечащий врач
 - b) заведующий отделением
 - c) зам. главного врача по медицинской работе
 - d) зам. главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности
- 6. Кто относится ко второй ступени экспертизы качества медицинской помощи в лечебном учреждении:**
- a) лечащий врач
 - b) заведующий отделением
 - c) зам. главного врача по медицинской работе
 - d) зам. главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности

7. В каком виде может осуществляться вневедомственный контроль качества медицинской помощи:

- a) предупредительный контроль
- b) контроль результатов
- c) целевой контроль
- d) ведомственный контроль

Рекомендуемая литература

1. Линденбратен А.Л. Методические основы и организационные технологии оценки качества и эффективности медицинской помощи: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук - РАМН СГЭУЗ. - 1994. - 48 с.
2. Мартынчик С.А., Жуковский Г.С., Шамарин В.М., Мартынчик Е.А. Концепция формирования единой системы стандартизации в медицинском страховании: Методические рекомендации (№53).- М.: Правительство Москвы, Комитет здравоохранения, 1999.- 17 с.
3. Михайлов В.В. Экспертиза в практике работы страховой медицинской компании. Актуальные проблемы здравоохранения Санкт-Петербурга. Сборник научных и научно-практических работ. С.-Пб., 1993г.
4. Назаренко Г.И., Полубенцева Е.И. Управление качеством медицинской помощи // М.: «Медицина», 2000. С. 368.
5. Экспертиза качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования (проблемы, задачи и подходы к их решению). Методическое пособие. Под редакцией Чавпезова В.Ф., Гришина В.В., Семенова В.Ю., Глущенко П.П.
6. Donabedian A. The criteria and standards of quality // Health administration Press. - Ann. Abor., 1982.
7. Habib J., Massoud M.R., Aboulafia M., Greenberg D. Quality management for health care in the Middle East and north Africa: professional cooperation as part of the peace process // Jt. Comm. J. Qual. Improv.- 1997.- Vol. 23.- P. 65-68.
8. McGlynn E.A. Six challenges in measuring the quality of health care // Health Aff. (Millwood). - 1997.- Vol. 16.- P.- 7-21.
9. Vuori H. Quality assurance of health services. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1982 (Public Health in Europe, № 16).

Контроль (экспертиза) качества медицинской помощи

10. Wulff K.R., Westphal J.R., Shray S.L., Hunkeler E.F. Using automated continual performance assessment to improve health care // MD Comput.- 1997.- Vol. 14.- P. 322-35.

Эталоны ответов

Заполнить пробелы:

1. (1) – профилактических, (2) - лечебно-диагностических, (3) - реабилитационных.
2. (4) – стандартами.
3. (5) – возможностей, (6) - соответствия.

Выбрать один или несколько правильных ответов:

1. с.
2. b.
3. a.
4. b.
5. b.
6. c, d.
7. a, b, c.