

Кубанский государственный медицинский университет
Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины
Заведующий кафедрой профессор доктор медицинских наук

Редько Андрей Николаевич

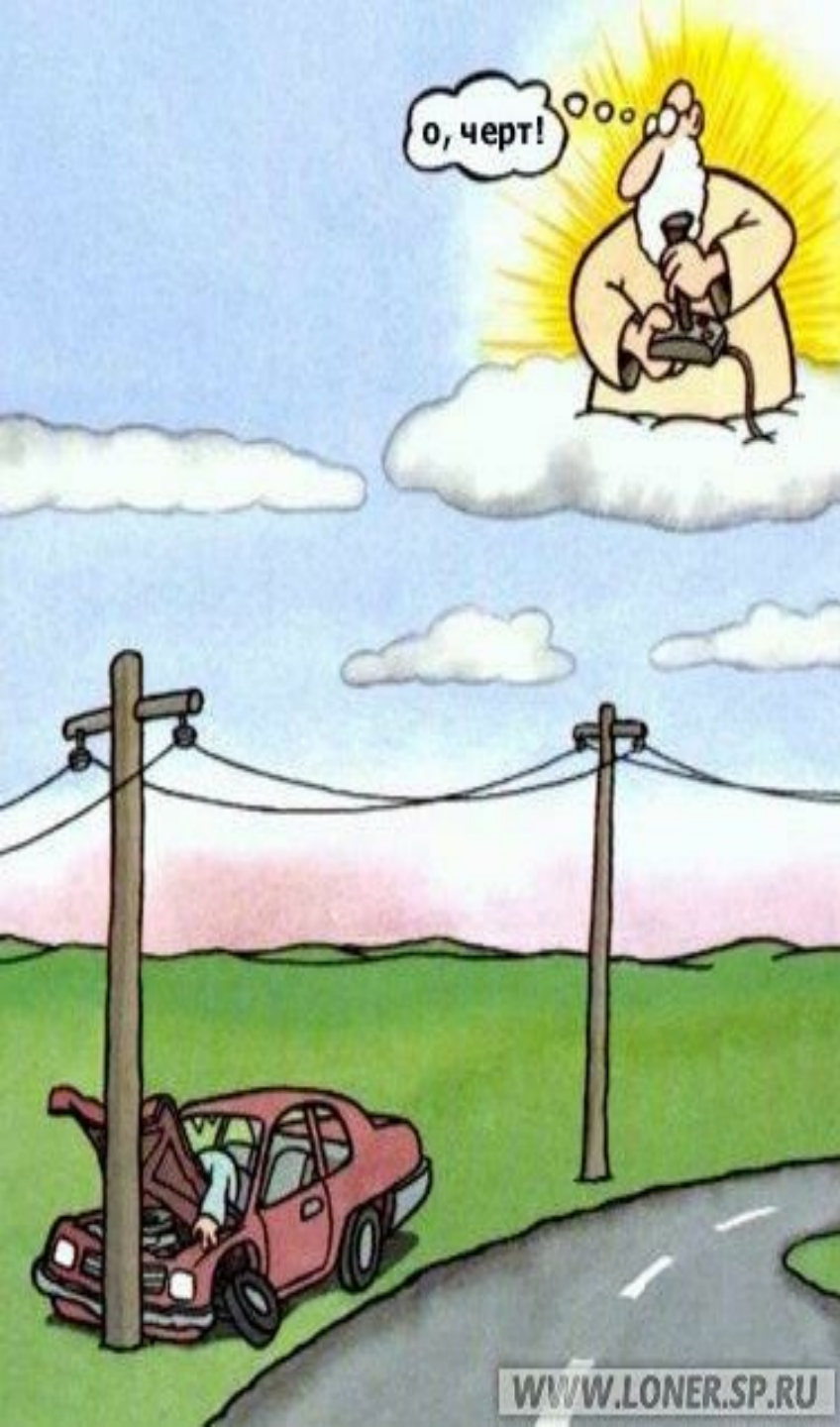


ЛЕКЦИЯ



Социальное и медицинское страхование.

Краснодар - 2013



- **Страховать – значит, предохранять от чего-либо нежелательного, неприятного, защищать, оберегать, обеспечивать безопасность.**

Страхование, как правовой акт, это **договор** между клиентом, **опасающимся** **потерять** свое имущество, источник дохода, способность трудиться, жизнь или любые другие ценности (имеющие материально денежный эквивалент) и **страховщиком**, продающим за деньги **временную гарантию компенсации** таких потерь.

Виды страхования

Имущественное

Финансовое

Ответственности

Личное

Социальное

**Гражданской
Профессиональной
Медицинских работников**

**Жизни
Здоровья (ДМС)
От несчастных случаев и травм
Трудоспособности**

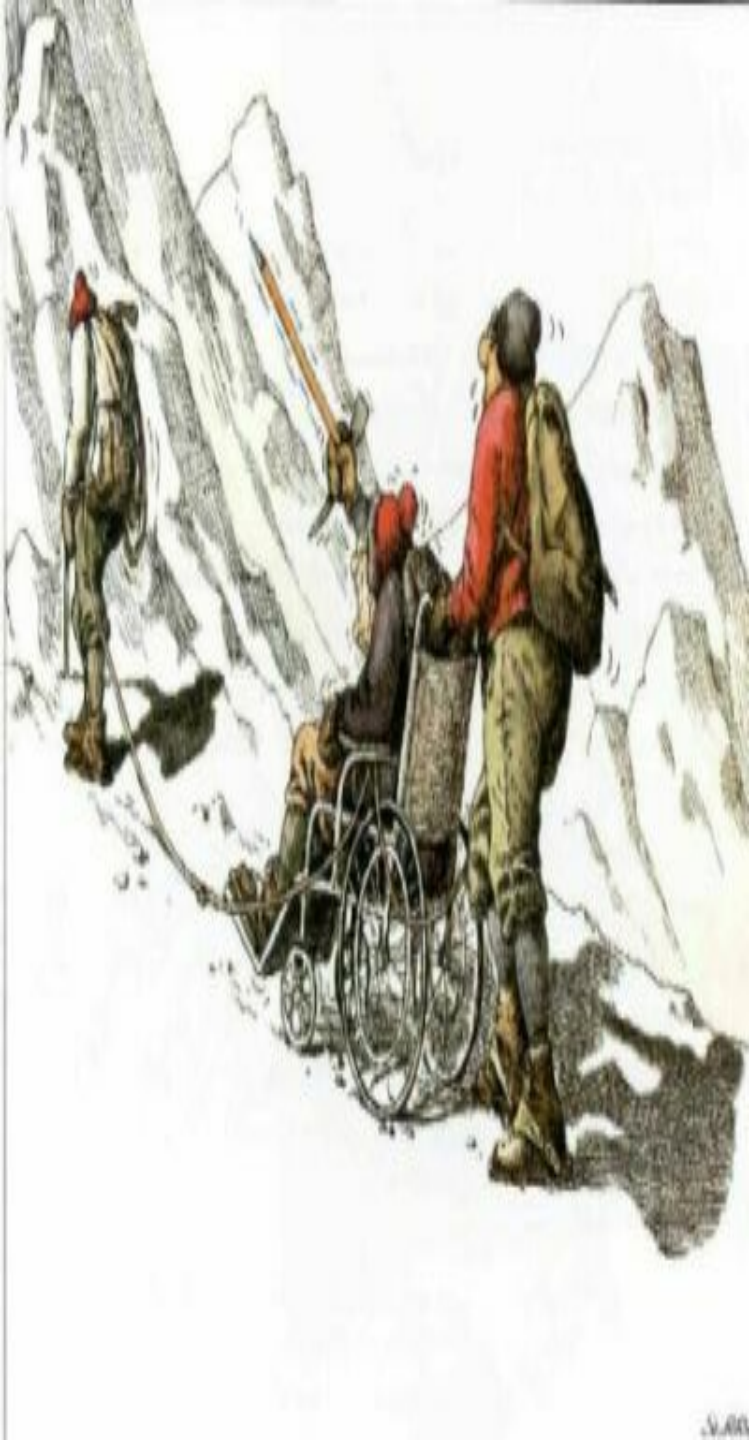
**Пенсионное (пенсионный фонд)
Временной нетрудоспособности
(фонд социального страхования)
Безработицы (фонд занятости)
Обязательное медицинское (ОМС)
(фонд обязательного медицинского
страхования)**



- **Имущественное страхование.** Страхование имущества, транспортных средств, строений, драгоценностей, объектов промышленного и сельскохозяйственного производства – является несложной задачей.
- Вероятность потерь выводится из достаточно обширной статистики подобных утрат, причины которых хорошо известны.
- Большинство таких ситуаций легко промоделировать, риски потерь подсчитать, условия страховых соглашений обосновать как в интересах клиента, так и в интересах предпринимателя-страховщика.



- **Страхование социальных процессов** - здесь объектом страховой деятельности становятся в известной степени **условные оценки** стоимости различных **сторон жизни людей**, включая способность к труду, здоровье, моральный статус и пр.
- В нем встречаются **простые модели**, например, страхование жизни, и модели очень **сложные**, например, страхование от безработицы, страхование гражданской ответственности и т. п.
- Общество рассматривает социальное страхование, как эффективный механизм перераспределения материальных благ от благополучной части населения к неблагополучной.



- **Социальное страхование** – система мероприятий, которая гарантирует **трудящимся** средства существования в **условиях**, когда они **не в состоянии зарабатывать** или несут **повышенные расходы**.
- Человек может заболеть, стать жертвой несчастного случая, стать инвалидом, умереть. В этом случае он или его семья **теряют доход** и их экономическое положение ухудшатся.
- Рождение ребенка также связано с новыми расходами, достижение определенного возраста заставляет



- Средства социального страхования формируются т отчислениями предприятий, учреждений, организаций, взносов лиц, занимающихся индивидуальной трудовой деятельностью.



- закон. «О страховых тарифах взносов в фонд социального страхования Российской Федерации, в государственный фонд занятости населения Российской Федерации и в фонды обязательного медицинского страхования»



- **СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ в**
- **фонд обязательного
медицинского страхования –
5,1%;**

- **Социальный страховой риск** – предполагаемое событие, влекущее изменение материального или социального положения работающих или иных категорий граждан, в случае наступления которого осуществляется обязательное социальное страхование.
- **Страховой случай** – событие, представляющее собой реализацию социального страхового риска, с наступлением которого осуществляется обеспечение по обязательному социальному страхованию.
- **Цель социального страхования** - компенсировать, возместить полностью или частично застрахованным потерянный или уменьшенный трудовой доход или перерасход и, тем самым, преодолеть неблагоприятные экономические последствия страхового риска, предохранить застрахованных и их семьи от экономических трудностей



- Обязательное социальное страхование - часть государственной системы социальной защиты населения, спецификой которой является осуществляемое в соответствии с федеральным законом страхование работающих граждан от возможного изменения материального и (или) социального положения, в том числе по независящим от них обстоятельствам.

- **Цель социального страхования - компенсировать, возместить полностью или частично застрахованным потерянный или уменьшенный трудовой доход или перерасход и, тем самым, преодолеть неблагоприятные экономические последствия страхового риска, предохранить застрахованных и их семьи от экономических трудностей.**

Виды страховых рисков



- **Социально-биологические** - необходимость получения медицинской помощи, временная нетрудоспособность, трудовое увечье и профессиональное заболевание, инвалидность, наступление старости;
- **Социально-экономические** - безработица;
- **Социально-демографические** - материнство, потеря кормильца, смерть застрахованного лица или

Виды страхового обеспечения

- Оплата медицинскому учреждению расходов, связанных с предоставлением застрахованному лицу необходимой медицинской помощи
- Страхование по старости
- Страхование по инвалидности
- Пенсия по случаю потери кормильца
- Пособие по временной нетрудоспособности
- Пособие в связи с трудовым увечьем и профессиональным заболеванием
- Пособие по беременности и родам
- Ежемесячное пособие по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет
- Пособие по безработице
- Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности
- Единовременное пособие при рождении (усыновлении) ребенка
- Пособие на санаторно-курортное лечение
- Социальное пособие на погребение
- Оплата путевок на санаторно-курортное лечение и оздоровление работников и членов их семей

Для получения страховых пособий необходимо



- Принадлежность данного лица к кругу **застрахованных**.
- Осуществление **страхового риска**.
- Соблюдение других, предусмотренных законом **условий** (стаж работы, процент оплаты и т.д.).
- Размер страховых выплат составляет определенный процент от трудового вознаграждения. Этим подчеркивается принцип замещения (полного или частичного) трудового дохода средствами социального страхования (процент выплат по болезни, травме, беременности, пенсии по старости (50-100%) и т.д.).
- Страховые выплаты реализуются натуральными предметами (медицинский уход, снабжение ортопедическими средствами, очками и т.д.) и деньгами.

Медицинское страхование

- **Компенсация затрат, возникающих при обращении за медицинской помощью застрахованных в объеме программ медицинского страхования.**



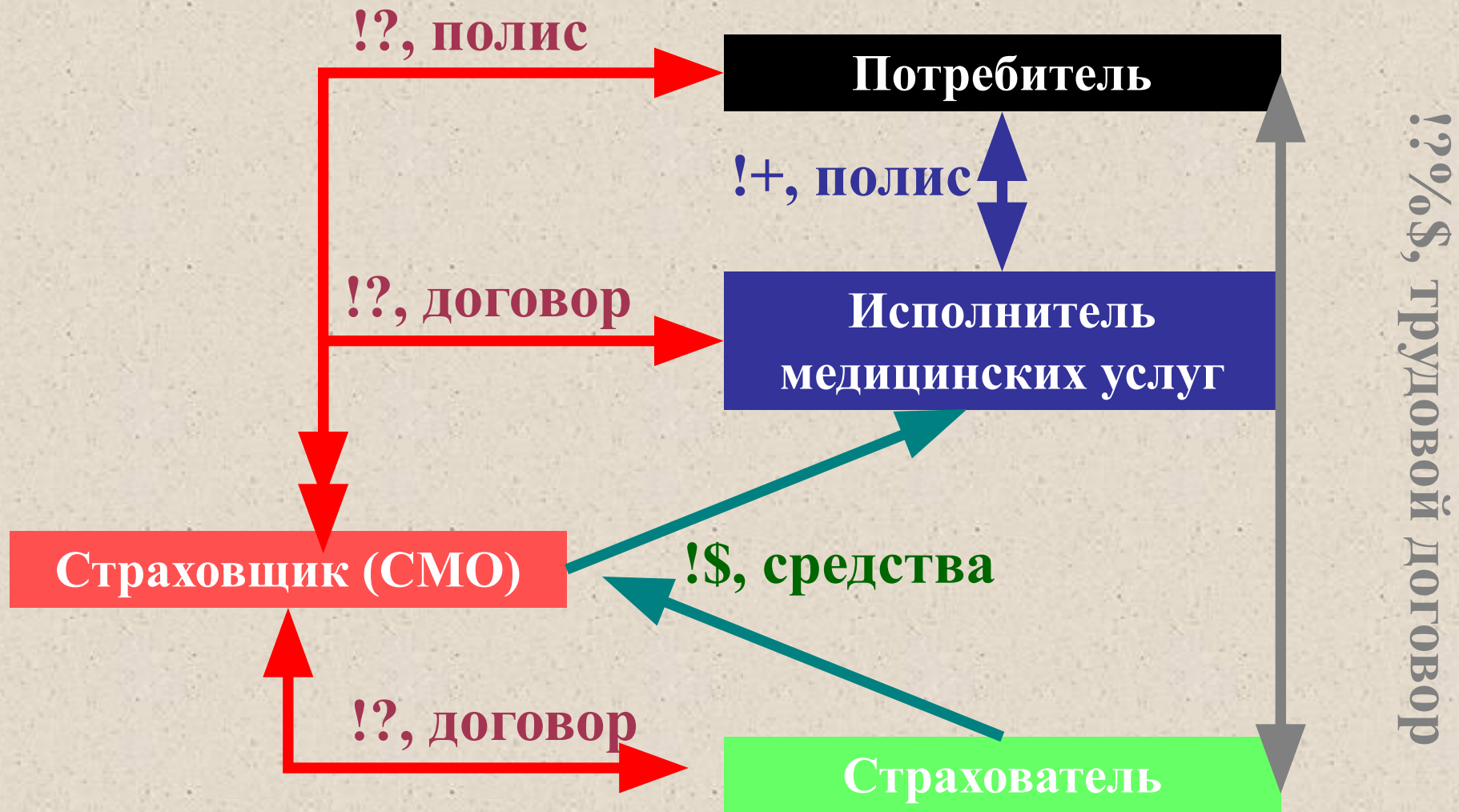
- Оно может быть обязательным и добровольным.
- В соответствии с действующим законодательством, обязательное медицинское страхование относится к социальному страхованию.

- Существуют **выгодные и невыгодные области страхования**. Некоторые виды (лечение бронхиальной астмы, сахарного диабета), как правило, невыгодные. Другие (протезирование зубов, физиотерапия, ЛФК, массаж) – выгодные.
- Существуют также **особенности застрахованных популяций**. В некоторых случаях государство обязывает своих страховщиков охватывать страхованием все население (обязательное общенациональное страхование), чтобы **уровнять невыгодные и выгодные популяции** (пожилые, хронически больные и молодые, болеющие редко) (Канада).
- В других случаях нерентабельные для страхования популяции престарелых и бедных выделяются в более **жесткие программно-бюджетные рамки**, тем самым резко повышается коммерческая выгодность страхования оставшихся популяций (программы «Медикер» и «Медикейд» в США).
- В **развитых** странах **медицинское** страхование является **частью** системы **социального** страхования. Одни и те же компании используются для целей социального страхования и медицинского. Между этими фондами

- Объектом медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая.
- Субъекты - страховщик, страхователь, исполнитель медицинских услуг и застрахованный.



Взаимоотношение субъектов медицинского страхования





- **Исполнители медицинских услуг**, оказывая медицинскую помощь населению, акцентируют свое внимание на ее **качестве**.
- В условиях рыночных отношений последнее становится крайне важно, так как возникает прямая **материальная ответственность** за некачественные или за не востребоваанные услуги.
- Организации, оказывающие медицинскую помощь, представлены **учреждениями** всех видов собственности, включая **частнопрактикующих** специалистов, и являются самостоятельными субъектами права, то есть юридическими лицами.

- **Страховые медицинские организации, в администрацию которых входят медицинские работники, юристы и финансисты, заключают контракты с исполнителями медицинских услуг и организуют контроль качества их деятельности, вырабатывают правила эффективного использования страховых фондов, содействуют гражданам в поисках средств для оплаты дорогостоящих видов помощи.**
- Юристы фондов определяют виновников повреждения здоровья и восстанавливают истраченные средства предъявлением исков и ведением дел в судебных инстанциях.
- Одновременно страховые фонды следят за тем, чтобы **количество денег, собранных на территории для оплаты медицинской помощи, соответствовало количеству произведенных медицинских услуг.** Не допуская ни



- **Страхователями** работающего населения являются **работодатели**, неработающего населения – **государственные органы исполнительной власти**, которые уплачивают взносы в системе обязательного медицинского страхования.
- В добровольном страховании страхователями могут быть как сами граждане, так и работодатели.
- **Потребитель** медицинских услуг, ради которого осуществляется медицинское страхование, как часть государственной социальной политики, должен только выигрывать от вышеизложенного разделения функций субъектов медицинского страхования. Но позиции его достаточно слабы, ибо не будучи специалистом в области медицины и финансирования здравоохранения, он не способен сам контролировать качество и стоимость медицинской помощи, которую предлагает ему здравоохранение.

- **Добровольное медицинское страхование** в отличие от обязательного медицинского страхования, является важным видом финансово-коммерческой деятельности, которая регулируется Законом “О страховании”, (27 ноября 1992 г). Следует отметить, что действие этого закона не распространяется на обязательное медицинское страхование.
- Добровольное медицинское страхование призвано обеспечить более **высокий уровень медицинской помощи** по сравнению с обязательным медицинским страхованием и системой государственного и муниципального здравоохранения. Оно реализуется за счет **средств, полученных в виде взносов** либо **непосредственно от граждан** за счет их собственных доходов, либо от **работодателей**, страхующих работников из прибыли.
- Добровольное страхование осуществляется на основе договора между страхователем и страховщиком и является частью личного страхования входящего в систему

- Для создания устойчивой системы медицинского страхования необходимы минимум четыре основы: **правовая (юридическая), экономическая, организационная и социально-психологическая**. Причем первую считать ведущей, так как без нее невозможно создать три остальные.
- Правовая основа медицинского страхования включает следующие основные документы:
 - Конституция (основной закон) Российской Федерации;
 - Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан;
- **Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ**
 - Закон «О страховании» от 27 ноября 1992 года.

- Обязательное социальное страхование представляет собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на компенсацию или минимизацию последствий изменения материального и (или) социального положения работающих граждан, а в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, иных категорий граждан вследствие достижения пенсионного возраста, наступления инвалидности, потери кормильца, заболевания, травмы, несчастного случая на производстве или профессионального заболевания, беременности и родов, рождения ребенка (детей), ухода за ребенком в возрасте до полутора лет и других событий, установленных законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании.

Основные принципы осуществления обязательного социального страхования

- устойчивость финансовой системы обязательного социального страхования, обеспечиваемая на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам обязательного социального страхования;
- (в ред. Федерального [закона](#) от 05.03.2004 N 10-ФЗ)
- всеобщий обязательный характер социального страхования, доступность для застрахованных лиц реализации своих социальных гарантий;
- государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на защиту от социальных страховых рисков и исполнение обязательств по обязательному социальному страхованию независимо от финансового положения страховщика;
- государственное регулирование системы обязательного социального страхования;
- паритетность участия представителей субъектов обязательного социального страхования в органах управления системы обязательного социального страхования;
- обязательность уплаты страхователями страховых взносов;
- (в ред. Федеральных законов от 05.03.2004 [N 10-ФЗ](#), от 24.07.2009 [N 213-ФЗ](#))
- ответственность за целевое использование средств обязательного социального страхования;
- обеспечение надзора и общественного контроля;

Субъекты обязательного социального страхования

- 1. Субъекты обязательного социального страхования - участники отношений по обязательному социальному страхованию.
- 2. Субъектами обязательного социального страхования являются страхователи (работодатели), страховщики, застрахованные лица, а также иные органы, организации и граждане, определяемые в соответствии с федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования.

Страхователи

- - организации любой организационно-правовой формы, а также граждане, обязанные в соответствии с федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования уплачивать страховые взносы, а в отдельных случаях, установленных федеральными [законами](#), выплачивать отдельные виды страхового обеспечения. Страхователями являются также органы исполнительной власти и органы местного самоуправления, обязанные в соответствии с федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования уплачивать страховые взносы. Страхователи определяются в соответствии с федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования.

Страховщики

- - некоммерческие организации, создаваемые в соответствии с федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования для обеспечения прав застрахованных лиц по обязательному социальному страхованию при наступлении страховых случаев.

Застрахованные лица

- - граждане Российской Федерации, а также иностранные граждане и лица без гражданства, работающие по трудовым договорам, лица, самостоятельно обеспечивающие себя работой, или иные категории граждан, у которых отношения по обязательному социальному страхованию возникают в соответствии с федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования.
- 3. Посредническая деятельность в системе обязательного социального страхования не допускается.

1. Видами социальных страховых рисков являются:

- 1) необходимость получения медицинской помощи;
- 2) утрата застрахованным лицом заработка (выплат, вознаграждений в пользу застрахованного лица) или другого дохода в связи с наступлением страхового случая;
- 3) дополнительные расходы застрахованного лица или членов его семьи в связи с наступлением страхового случая.
- 1.1. Страховыми случаями признаются достижение пенсионного возраста, наступление инвалидности, потеря кормильца, заболевание, травма, несчастный случай на производстве или профессиональное заболевание, беременность и роды, рождение ребенка (детей), уход за ребенком в возрасте до полутора лет и другие случаи, установленные федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования.
- 2. При наступлении одновременно нескольких страховых случаев порядок выплаты страхового обеспечения по каждому страховому случаю определяется в соответствии с федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования.

- **1.1. Страховыми случаями** признаются достижение пенсионного возраста, наступление инвалидности, потеря кормильца, заболевание, травма, несчастный случай на производстве или профессиональное заболевание, беременность и роды, рождение ребенка (детей), уход за ребенком в возрасте до полутора лет и другие случаи, установленные федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования.
- **2.** При наступлении одновременно нескольких страховых случаев порядок выплаты страхового обеспечения по каждому страховому случаю определяется в соответствии с федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования.

Страховым обеспечением по отдельным видам обязательного социального страхования являются

- :1) оплата медицинскому учреждению расходов, связанных с предоставлением застрахованному лицу необходимой медицинской помощи;
- 2) [пенсия](#) по старости;
- 3) [пенсия](#) по инвалидности;
- 4) [пенсия](#) по случаю потери кормильца;
- 5) [пособие](#) по временной нетрудоспособности;
- 6) страховые выплаты в связи с несчастным случаем на производстве и профессиональным заболеванием, оплата дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию;
- 7) [пособие](#) по беременности и родам;
- 8) ежемесячное [пособие](#) по уходу за ребенком;
- 9) иные виды страхового обеспечения, установленные федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования;
- 10) единовременное [пособие](#) женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности;
- 11) единовременное [пособие](#) при рождении ребенка;
- 13) социальное [пособие](#) на погребение;
-

Застрахованные лица имеют право:

- 1) на своевременное получение страхового обеспечения в порядке и на условиях, которые установлены федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования. В случаях, установленных федеральными законами, право на страховое обеспечение могут иметь члены семьи застрахованного лица и лица, находящиеся на его иждивении;
- 2) на защиту лично, через своего представителя или профсоюз своих прав, в том числе в суде;
- 3) на участие через своего представителя или профсоюз в управлении обязательным социальным страхованием;
- 4) на получение информации о деятельности страховщиков и страхователей;
- 5) на внесение предложений через своего представителя или профсоюз о тарифах страховых взносов страховщикам и в Правительство Российской Федерации.

2. Застрахованные лица обязаны:

- 1) своевременно предъявлять страховщику документы, содержащие достоверные сведения и являющиеся основанием для назначения и выплаты страхового обеспечения, предусмотренного федеральным законом о конкретном виде обязательного социального страхования;
- 2) уплачивать страховые взносы, если такая обязанность установлена федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования.

Страховщики имеют право:

- 1) при наступлении страхового случая при необходимости назначать и проводить экспертизу для проверки наступления страхового случая;
- 2) проверять документы по учету и перечислению страховых взносов, а также документы, связанные с выплатой страхового обеспечения, в соответствии с Федеральным [законом](#) "О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования" и (или) федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования;
- 3) не принимать к зачету расходы на обязательное социальное страхование, произведенные с нарушением законодательства Российской Федерации;

Страховщики имеют право:

- 4) взыскивать со страхователей в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, недоимки по страховым взносам, а также налагать штрафы, начислять пеню в соответствии с Федеральным [законом](#) "О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования" и (или) федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования;
- 6) предоставлять страхователям отсрочку уплаты страховых взносов в установленных федеральными [законами](#) случаях;
- 7) осуществлять социальное страхование лиц, самостоятельно обеспечивающих себя работой, на условиях, определяемых федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования;
- 8) обращаться в суд с исками о защите своих прав и возмещении причиненного вреда, в том числе предъявлять регрессные иски о возмещении понесенных расходов.

1) обязательное медицинское страхование

- - вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных настоящим Федеральным законом случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования;

- 2) объект обязательного медицинского страхования - страховой риск, связанный с возникновением страхового случая;
- 3) страховой риск - предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи;
- 4) страховой случай - совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию;

- 5) страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию (далее - страховое обеспечение) - исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате медицинской организации;
- 6) страховые взносы на обязательное медицинское страхование - обязательные платежи, которые уплачиваются страхователями, обладают обезличенным характером и целевым назначением которых является обеспечение прав застрахованного лица на получение страхового обеспечения;
- 7) застрахованное лицо - физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование в соответствии с настоящим Федеральным законом;

- 8) базовая программа обязательного медицинского страхования - составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им за счет средств обязательного медицинского страхования на всей территории Российской Федерации медицинской помощи и устанавливающая единые требования к территориальным программам обязательного медицинского страхования;

- 9) территориальная программа обязательного медицинского страхования - составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации и соответствующая единым требованиям базовой программы обязательного медицинского страхования.

Основными принципами осуществления обязательного медицинского страхования являются:

- 1) обеспечение за счет средств обязательного медицинского страхования гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования (далее также - программы обязательного медицинского страхования);
- 2) устойчивость финансовой системы обязательного медицинского страхования, обеспечиваемая на основе эквивалентности страхового обеспечения средствами обязательного медицинского страхования;
- 3) обязательность уплаты страхователями страховых взносов на обязательное медицинское страхование в размерах, установленных федеральными законами;

Основными принципами осуществления обязательного медицинского страхования являются:

- 4) государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по обязательному медицинскому страхованию в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования независимо от финансового положения страховщика;
- 5) создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования;
- 6) паритетность представительства субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования в органах управления обязательного медицинского страхования.

Субъекты обязательного медицинского страхования и участники обязательного медицинского страхования

-
- 1. Субъектами обязательного медицинского страхования являются:
 - 1) застрахованные лица;
 - 2) страхователи;
 - 3) Федеральный фонд.
- 2. Участниками обязательного медицинского страхования являются:
 - 1) территориальные фонды;
 - 2) страховые медицинские организации;
 - 3) медицинские организации.

Застрахованными лицами являются

- граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей в соответствии с Федеральным [законом](#) от 25 июля 2002 года N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации"), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным [законом](#) "О беженцах":
 - 1) работающие по трудовому договору или гражданско-правовому договору, предметом которого являются выполнение работ, оказание услуг, а также по договору авторского заказа или лицензионному договору;
 - 2) самостоятельно обеспечивающие себя работой (индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты);
 - 3) являющиеся членами крестьянских (фермерских) хозяйств;
 - 4) являющиеся членами семейных (родовых) общин коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации, проживающие в районах Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации, занимающихся традиционными отраслями хозяйствования;

Застрахованными лицами являются

- 5) неработающие граждане:
- а) дети со дня рождения до достижения ими возраста 18 лет;
- б) неработающие пенсионеры независимо от основания назначения пенсии;
- в) граждане, обучающиеся по очной форме в образовательных учреждениях начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования;
- г) безработные граждане, зарегистрированные в соответствии с [законодательством](#) о занятости;
- д) один из родителей или опекун, занятые уходом за ребенком до достижения им возраста трех лет;
- е) трудоспособные граждане, занятые уходом за детьми-инвалидами, инвалидами I группы, лицами, достигшими возраста 80 лет;
- ж) иные не работающие по трудовому договору и не указанные в [подпунктах "а" - "е"](#) настоящего пункта граждане, за исключением военнослужащих и приравненных к ним в организации оказания медицинской помощи лиц.
-

1. Страхователями для работающих граждан

- являются:
- 1) лица, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам:
 - а) организации;
 - б) индивидуальные предприниматели;
 - в) физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями;
- 2) индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты.
- 2. Страхователями для неработающих граждан, являются органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации, иные организации, определенные Правительством Российской Федерации. Указанные страхователи являются плательщиками страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

- Страховщиком по обязательному медицинскому страхованию является Федеральный фонд в рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования.
2. Федеральный фонд - некоммерческая организация, созданная Российской Федерацией в соответствии с настоящим Федеральным законом для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования.

- 1. Территориальные фонды - некоммерческие организации, созданные субъектами Российской Федерации в соответствии с настоящим Федеральным законом для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации.
- 2. Территориальные фонды осуществляют отдельные полномочия страховщика в части реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования в соответствии с настоящим Федеральным [законом](#).

- Территориальные фонды осуществляют полномочия страховщика в части установленных территориальными программами обязательного медицинского страхования дополнительных объемов страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования, а также дополнительных оснований, перечней страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования.
- 4. Для реализации полномочий, установленных настоящим Федеральным законом, территориальные фонды могут создавать филиалы и представительства

- 1. Страховая медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее - страховая медицинская организация), - страховая организация, имеющая лицензию, выданную федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере страховой деятельности.

- к медицинским организациям в сфере обязательного медицинского страхования (далее - медицинские организации) относятся имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее также - реестр медицинских организаций), в соответствии с настоящим Федеральным законом:
- 1) организации любой предусмотренной [законодательством](#) Российской Федерации организационно-правовой формы;
- 2) индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой.

- Медицинская организация включается в реестр медицинских организаций на основании [уведомления](#), направляемого ею в территориальный фонд до 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. Территориальный фонд не вправе отказать медицинской организации во включении в реестр медицинских организаций. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации могут быть установлены иные сроки подачи уведомления вновь создаваемыми медицинскими организациями.

- 1. Застрахованные лица имеют право на:
- 1) бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая:
 - а) на всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования;
 - б) на территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном территориальной программой обязательного медицинского страхования;
- 2) выбор страховой медицинской организации путем подачи заявления в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования;

- 3) замену страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаще в случае изменения места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в [порядке](#), установленном правилами обязательного медицинского страхования, путем подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию;
- 4) выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с [законодательством](#) Российской Федерации;
- 5) выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации в соответствии с [законодательством](#) Российской Федерации;

- 6) получение от территориального фонда, страховой медицинской организации и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи;
- 7) защиту [персональных данных](#), необходимых для ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования;
- 8) возмещение страховой медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи, в соответствии с [законодательством](#) Российской Федерации;
- 9) возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи, в соответствии с [законодательством](#) Российской Федерации;
- 10) защиту прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования.

- 2. Застрахованные лица обязаны:
- 1) предъявить полис обязательного медицинского страхования при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи;
- 2) подать в страховую медицинскую организацию лично или через своего представителя [заявление](#) о выборе страховой медицинской организации в соответствии с [правилами](#) обязательного медицинского страхования;
- 3) уведомить страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли;

- 4) осуществить выбор страховой медицинской организации по новому месту жительства в течение одного месяца в случае изменения места жительства и отсутствия страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин.
- 3. Обязательное медицинское страхование детей со дня рождения до дня государственной регистрации рождения осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы их матери или другие законные представители. После дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия либо после приобретения им дееспособности в полном объеме и до достижения им совершеннолетия обязательное медицинское страхование осуществляется страховой медицинской организацией, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем.

- 4. Выбор или замена страховой медицинской организации осуществляется застрахованным лицом, достигшим совершеннолетия либо приобретшим дееспособность в полном объеме до достижения совершеннолетия (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо после приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия - его родителями или другими законными представителями), путем обращения в страховую медицинскую организацию из числа включенных в реестр страховых медицинских организаций, который размещается в обязательном порядке территориальным фондом на его официальном сайте в сети "Интернет" и может дополнительно публиковываться иными способами.

- Средства обязательного медицинского страхования формируются за счет:
- 1) доходов от уплаты:
 - а) страховых взносов на обязательное медицинское страхование;
 - б) недоимок по взносам, налоговым платежам;
 - в) начисленных пеней и штрафов;
- 2) средств федерального бюджета, передаваемых в бюджет Федерального фонда в случаях, установленных федеральными законами, в части компенсации выпадающих доходов в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов на обязательное медицинское страхование;
- 3) средств бюджетов субъектов Российской Федерации, передаваемых в бюджеты территориальных фондов в соответствии с законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации;
- 4) доходов от размещения временно свободных средств;
- 5) иных источников, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

-

ПОСТАНОВЛЕНИЕ
от 22 октября 2012 г. N 1074

О ПРОГРАММЕ

ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА 2013 ГОД И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД
2014 И 2015 ГОДОВ

- Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов (далее - Программа) устанавливает перечень видов, форм и условий оказываемой бесплатно медицинской помощи, перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно, средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты, а также требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи.

- Программа формируется с учетом порядков оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи, а также с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения Российской Федерации, основанных на данных медицинской статистики.

II. Виды, условия и формы оказания медицинской помощи

- В рамках Программы бесплатно предоставляются:
- [первичная](#) медико-санитарная помощь, в том числе доврачебная, врачебная и специализированная;
- [специализированная](#), в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
- [скорая](#), в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;
- [паллиативная](#) медицинская помощь в медицинских организациях.
- Понятие "медицинская организация" используется в Программе в значении, определенном в федеральных законах "[Об основах охраны](#) здоровья граждан в Российской Федерации" и "[Об обязательном медицинском](#) страховании в Российской Федерации".

Качество медицинской помощи

Качество медицинской помощи - это степень соответствия медицинской помощи заранее установленным критериям и стандартам
(Кучеренко В.З.)

Качество медицинской помощи - степень соответствия медицинской помощи установленным стандартам ее оказания, требованиям и правилам, потребностям и ожиданиям пациентов, а также степень, в которой она способствует улучшению показателей здоровья населения
(Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э.)

Качество медицинской помощи

Качество медицинской помощи - совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента, его ожиданиям, современному уровню медицинской науки, технологиям и стандартам (Щепин О.П., Медик В.А.)

Качество медицинской помощи - совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата (Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. 323-ФЗ «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»)

Характеристики качества медицинской помощи

- ✓ Доступность**
- ✓ Безопасность**
- ✓ Оптимальность**
- ✓ Удовлетворенность пациентов**
- ✓ Развитие**
- ✓ Эффективность**

Основные этапы формирования системы контроля качества и эффективности

1993-2004

- Законы и подзаконные акты формирования системы медицинского страхования граждан, приказы, инструктивные письма и другие документы ФОМС
- Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 г. и разделение его рядом функций по контролю за выполнением стандартов и порядков оказания медицинской помощи

2004-2006

Основные этапы формирования системы качества и эффективности

2006-2011

• Федеральная целевая программа «Экономическое развитие и инновационная экономика»
• Национальный проект «Здравоохранение»
• Реформа системы управления качеством в здравоохранении

2011-2013

• Реализация государственной программы «Развитие системы здравоохранения Российской Федерации»
• Внедрение стандартов качества медицинской помощи

2013-2018

• Реализация государственной программы «Развитие системы здравоохранения Российской Федерации»
• Внедрение стандартов качества медицинской помощи



Законодательное регулирование вопросов качества медицинской помощи

Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании от 29 ноября 2010 г. № 326 ФЗ»

Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ»

Федеральный закон «О лицензировании отдельных видов медицинской деятельности» от 4 мая 2010 г. № 99 ФЗ»

Постановление Правительства Российской Федерации от 12 ноября 2012 г. № 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности»



Законодательное регулирование вопросов качества медицинской помощи

Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации

Приоритетный национальный проект «Здоровье»

Постановление правительства Российской Федерации от 22 октября 2012 г. № 1074 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на 2013 и на плановый период 2014 и 2015 гг.

Распоряжение правительства РФ от 28 декабря 2012 г. № 2599-р утвержден план мероприятий «Изменения в отраслях социальной сферы направленные на повышение эффективности здравоохранения»

- **Стандарты медицинской помощи**

- **Порядки оказания медицинской помощи**

- **Протоколы ведения больных**

Стандарт

нормативный документ, разработанный на основе консенсуса и утвержденный признанным органом, в котором устанавливаются правила, общие принципы или характеристики для всеобщего и многократного использования, касающиеся различных видов деятельности или их результатов, и который направлен на достижение оптимальной степени упорядочения в определенной области.

Протокол ведения больного (отраслевой стандарт)

нормативный документ системы стандартизации в здравоохранении, определяющий требования к выполнению медицинской помощи больному при определённом заболевании, с определённым синдромом или при определённой клинической ситуации.

Управление качеством: организационные технологии

Непрерывное
повышение
качества

Контроль качества

Обеспечение качества

Оценка качества

A red arrow starts at the bottom left and points towards the top right. It has four distinct segments, each corresponding to a stage of quality management: 'Оценка качества' (bottom left), 'Обеспечение качества' (middle left), 'Контроль качества' (middle right), and 'Непрерывное повышение качества' (top right). The arrow's path is slightly curved, showing an overall upward and rightward trajectory.

Компоненты оценки качества медицинской помощи (триада А. Донабедиана)

**Качество
структуры**

Качество процесса

**Качество
результата**

Ресурсное обеспечение лечебно-профилактического процесса

Кадровое

Материально-
техническое

Оплата труда

Определение
потребности и
укомплектование
кадрами ЛПУ

Оснащение
медицинским
оборудованием,
лекарственными
препаратами,
инвентарем,
мебелью

Выбор метода
оплаты труда
амбулаторно-
поликлинической
помощи

Качество структуры

- санитарно-техническое состояние зданий и сооружений;
- обеспеченность кадрами;
- техническое состояние медицинского оборудования;
- обеспеченность лекарственными препаратами.



Качество процесса

✓ **Постановка
верного диагноза;**



✓ **правильность
выбора тактики
лечения;**



✓ **соблюдение
норм и
стандартов.**

Качество результата

•

- к населению в целом
- по отношению к больным в медицинском учреждении
- по отношению к конкретному пациенту

Качество результата

**к
населению
в целом**

- ❖ **физическое развитие**
- ❖ **заболеваемость**
- ❖ **инвалидность**
- ❖ **демографические показатели**



Качество результата

по
отношению к
больным в
медицинском
учреждении



- ✓ летальность
- ✓ частота послеоперационных осложнений
- ✓ расхождение клинических и патологоанатомических диагнозов
- ✓ соотношение вылеченных и удаленных зубов и др.



Качество результата

по
отношению к
конкретному
пациенту

- ❖ «Выздоровление»
- ❖ «Без перемен»
- ❖ «Улучшение»
- ❖ «Ухудшение»
- ❖ «Перевод»
- ❖ «Смерть»



Обеспечение качества

- 1. разработка законодательной и нормативно-правовой базы по обеспечению качества медицинской помощи
- 2. приведение в соответствие с нормативно-правовой базой существующей структуры и ресурсов (кадровых, финансовых, материальных и информационных)
- 3. создание стандартов, ориентированных на ресурсы, процесс и результат
- 4. совершенствование процесса обучения медицинского персонала

Контроль качества

Это система мер оперативного характера, позволяющих оценивать выполнение основных компонентов качества медицинской помощи



Задачами контроля качества медицинской помощи являются:

1. проведение **контроля качества** медицинской помощи, оказанной конкретным пациентам;
2. выявление **дефектов медицинской помощи**, установление причин их возникновения и степени их влияния на здоровье конкретных пациентов;
3. **регистрация результатов** проведенного контроля качества медицинской помощи;
4. **оценка выводов** о качестве медицинской помощи, сделанных на нижестоящих уровнях контроля;
5. оценка **оптимальности** использования кадровых и материально-технических ресурсов организации здравоохранения;

Задачами контроля качества медицинской помощи являются:

6. изучение **удовлетворенности** граждан оказанной медицинской помощью;
7. **анализ данных**, полученных при проведении мониторинга показателей качества медицинской помощи в организации здравоохранения;
8. подготовка **предложений** для руководителя медицинской организации, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи.

Контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в следующих формах:

Классификация № 1:

- вневедомственный контроль**
- ведомственный контроль**

Классификация № 2:

- Государственный контроль**
- ведомственный контроль**
- внутренний контроль**



Вневедомственный контроль

1. **Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор);**
2. **Органы исполнительной власти субъектов РФ;**
3. **ФФОМС, ТФОМС;**
4. **Страховые медицинские организации;**
5. **Профессиональные медицинские ассоциации.**

Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности

- **Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется органами государственного контроля (Росздравнадзор) в соответствии с их полномочиями**
- **Порядок организации и проведения государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности устанавливается Правительством Российской Федерации.**

Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется путем:

1. проведения **проверок** соблюдения органами государственной власти Российской Федерации, органами местного самоуправления, государственными внебюджетными фондами, медицинскими организациями и фармацевтическими организациями **прав граждан** в сфере охраны здоровья;
2. осуществления **лицензирования** медицинской деятельности;
3. проведения **проверок** соблюдения медицинскими организациями **порядков** оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;
4. проведения **проверок** соблюдения медицинскими организациями **порядков** проведения **экспертиз**, медицинских **осмотров** и медицинских **освидетельствований**;

Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется путем:

5. проведения **проверок** соблюдения медицинскими организациями **безопасных условий труда**, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению);
6. проведения **проверок** организации и осуществления **ведомственного контроля** и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности органами и организациями

Лицензирование



**Выдача
государственного
разрешения
медицинской
организации
(индивидуальному
предпринимателю) на
осуществление ею
определенных видов
медицинской
деятельности и услуг на
определенной
территории на
определенный срок.**

Лицензирование осуществляют:

- **Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения**
- **Органы исполнительной власти субъектов РФ**

- **ФФОМС, ТФОМС, страховые медицинские организации проводят контроль объемов и качества медицинской помощи в соответствии с Законом Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. № 326 ФЗ «Об обязательном медицинском страховании»**



Контроль объемов и качества медицинской помощи при осуществлении ОМС проводится в целях:

1. защиты прав пациентов, застрахованных по ОМС, на получение медицинской помощи **необходимого объема** и **надлежащего качества** в медицинских организациях, участвующих в реализации;
2. обеспечения эффективного и рационального использования финансовых средств ОМС.
3. обеспечения прав граждан на **экспертизу объемов и качества** медицинской помощи при письменном обращении в страховую медицинскую организацию:
 - ✓ застрахованного;
 - ✓ его родственников;
 - ✓ законных представителей;
 - ✓ страхователя;
 - ✓ правоохранительных органов;

Организация и порядок проведения контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении ОМС

- Предусматривается договором, заключаемым между СМО и медицинскими организациями;**
- Контроль объемов и качества медицинской помощи при осуществлении ОМС предусматривает:**
 - медико-экономический контроль;**
 - медико-экономическую экспертизу;**
 - экспертизу качества медицинской помощи;**
- Контроль объемов и качества медицинской помощи, оказанной по ОМС в медицинских организациях субъектов Российской Федерации, осуществляет ТФОМС.**

Медико-экономический контроль

проводится с целью установления соответствия представленных к оплате счетов договорным обязательствам в системе ОМС, требованиям стандартов, тарифных соглашений

Задачи медико-экономического контроля

- проверка правильности оформления счетов в соответствии с действующим порядком информационного обмена в системе ОМС**
- идентификация принадлежности застрахованных к конкретной СМО (Страховщику - плательщику);**
- проверка правильности кодирования медицинских услуг, их соответствия Территориальной программе ОМС и лицензии медицинской организации;**

Задачи медико-экономического контроля

- **проверка обоснованности применения тарифов на медицинские услуги, в соответствии с действующим тарифным соглашением между заинтересованными сторонами, способам и порядком оплаты медицинских услуг и действующим договором на оказание лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг);**
- **проверка (контроль) соблюдения стандарта оказания медицинской помощи по выполнению входящих в него услуг и нормативной длительности лечения;**
- **анализ медико - экономической статистической информации.**

Медико-экономическая экспертиза

- **проводится с целью определения соответствия объемов фактически оказанной застрахованному медицинской помощи и включенной в реестр медицинских услуг, представленный на оплату.**

Медико-экономическая экспертиза

- Объем проверок каждого Страховщика **не должен** составлять **менее 5%** случаев оказания **стационарной** медицинской помощи, **5%** случаев оказания **стационарозамещающей** медицинской помощи и **0,5%** случаев оказания **амбулаторно-поликлинической помощи** от принятых к оплате счетов.
- Медико-экономическая экспертиза проводится **не реже 1 раза** в квартал в периоды, строго определенные для данной медицинской организации **планом проверок**, разрабатываемым СМО и согласованным с медицинской организацией.

Медико-экономическая экспертиза

- Медицинская организация извещается о подготовке, требуемой для проверки документации: по стационару **за 3 рабочих дня**, по амбулаторно-поликлинической помощи **за 5 рабочих дней**.
- Медико-экономическая экспертиза осуществляется экспертами - организаторами СМО (ТФОМС) путем **анализа первичной медицинской документации**.

Медико-экономическая экспертиза

- 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.
- Результаты медико-экономической экспертизы **оформляются Актом** и могут при необходимости являться поводами для организации и проведения экспертизы качества медицинской помощи.

Экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП)

Проводится

- штатными и/или внештатными экспертами 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 или ненадлежащем качестве оказания медицинской помощи.

Экспертиза качества медицинской помощи

может осуществляться в виде:

- целевой экспертизы качества (по обращениям, очная, повторная);**
- плановой экспертизы качества (тематическая, очная).**

ЭКМП сегодня:

Кто?

Врачи-эксперты качества медицинской помощи: заведующий отделением, нач.мед. или зам. по экспертизе, клинический фармаколог, эксперты СМО и ТФОМС

Что?

Медицинские карты амбулаторных или стационарных больных

Когда?

После оказания медицинских услуг (выбытия больного из стационара) – выборочная и целевая экспертиза

Основополагающие документы для проведения экспертизы качества медицинской помощи

- **Протоколы ведения больных (23)**
- **Порядки оказания медицинской помощи (60)**
- **Стандарты медицинской помощи (более 800)**

Целевая экспертиза

проводится в случаях:

1. поступления письменных обращений
2. запросов правоохранительных органов;
3. внутрибольничного инфицирования и осложнений;
4. летальных исходов при оказании медицинской помощи;

Целевая экспертиза

5. **первичного выхода на инвалидность** лиц трудоспособного возраста и детей;
6. **повторной госпитализации** по поводу одного и того же заболевания в течение месяца или с периодом госпитализации через 1-3 дня после выписки из стационара;
7. заболеваний (или временной нетрудоспособности) **с удлинёнными или укороченными** сроками лечения;

Плановая экспертиза

1. Осуществляется штатными и/или внештатными **экспертами** качества медицинской помощи Страховщиков и ТФОМС.
2. Плановые экспертизы в каждой медицинской организации должны проводиться **не реже 1 раза в квартал**

Плановая экспертиза

3. Объем проверок каждой СМО не должен составлять **менее 5%** случаев оказания стационарной медицинской помощи, **5%** случаев оказания стационарзамещающей медицинской помощи и **0,5%** случаев оказания амбулаторно-поликлинической помощи от принятых к оплате счетов.
4. Плановая экспертиза КМП может дополняться **социологическими исследованиями (анкетированием)**.

Тематические экспертизы

- Проводятся в плановом порядке в отношении определенной совокупности случаев медицинской помощи, отобранных по тематическим признакам или методами случайной выборки в каждой медицинской организации, не реже 1 раза в течение календарного
- общей системной оценки качества и объемов оказанной медицинской помощи отдельным группам застрахованных, по виду медицинской помощи, нозологической форме, возрасту, уровню медицинской организации и др.

Профессиональные медицинские ассоциации

Принимают участие в разработке:

- порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;**
- программ подготовки и повышения квалификации медицинских работников и фармацевтических работников;**
- принимают участие в аттестации медицинских работников и фармацевтических работников для получения ими квалификационных категорий;**
- разрабатывают и утверждают клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи;**

Уровни проведения ведомственной экспертизы качества медицинской помощи

На уровне органов управления здравоохранения:

- клинико-экспертными комиссиями органов управления здравоохранения;
- главными штатными и внештатными специалистами органов управления здравоохранения

4 уровень

Врачебная комиссия медицинской организации

3 уровень

Заместители руководителей учреждений по клинико-экспертной работе, лечебной помощи

2 уровень

Заведующие структурными подразделениями медицинской организации

1 уровень

Минимальные объемы проведения контроля качества медицинской помощи

Для заместителей руководителя
медицинской организации по
клинико-экспертной работе,
лечебной работе, медицинской части,
амбулаторно-поликлинической,
стационарной помощи – **не менее
30-50 экспертиз** в течение квартала;

Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)

- 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц**
- 2. Отсутствие информированности застрахованного населения**
- 3. Дефекты медицинской помощи / нарушения при оказании медицинской помощи**
- 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации**
- 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов**

Для заведующих амбулаторно-поликлиническими подразделениями

по числу посещений:

- до 250 посещений в смену – не менее 30 случаев в месяц;
- свыше 250 посещений в смену – не менее 50 случаев в месяц;
- свыше 500 посещений в смену – не менее 100 случаев в месяц;

Для заведующих стационарными подразделениями:

- при мощности 10 коек и менее – 100% случаев;
- при мощности от 11 до 25 коек – не менее 50% случаев;
- при мощности 26 коек и более - не менее 25% случаев.

Карта экспертной оценки качества медицинской помощи.

- 1. Составляющие случая**
- 2. оказания медицинской помощи**
- 3. на различных уровнях;**
- 4. Сбор жалоб и анамнеза;**
- 5. Диагностические мероприятия;**
- 6. Оформление диагноза (врач);**
- 7. Профилактические мероприятия;**
- 8. Медицинская экспертиза, медицинское освидетельствование;**
- 9. Оформление медицинской документации.**

Составляющие
случая
оказания
медицинской
помощи
на различных
уровнях

Критерии
оценки

Варианты
оценки

Сбор жалоб
и анамнеза

Критерий объемов

- в полном объеме;
- не в полном объеме;
- отсутствуют

Диагностические мероприятия

Критерий
своевременности

- своевременно;
- несвоевременно

Критерий объемов

- **в полном объеме;**
- **не в полном объеме;**
- **отсутствуют**

**Критерий соблюдения
медицинских
технологий**

- **назначены
оптимально;**
- **назначены не
оптимально;**
- **соблюдались;**
- **не соблюдались**

Критерий безопасности

- **риск минимизирован;**
- **риск не
минимизирован**
- **целевой результат**

**Критерий
эффективности**

- **целевой результат
достигнут;**
- **целевой результат не
достигнут**

**Критерий
преемственности**

- **соблюдались;**
- **не соблюдались**

оформление
диагноза
(врач)

Критерий
своевременности

- своевременно;
- несвоевременно

Критерий объемов

- **в полном объеме;**
- **не в полном объеме;**
- **отсутствуют**

Критерий
своевременности

- своевременно;
- несвоевременно

Критерий объемов

- **в полном объеме;**
- **не в полном объеме;**
- **отсутствуют**

Профилактические
мероприятия

Критерий
соблюдения
медицинских
технологий

- **назначены оптимально;**
- **назначены не оптимально;**
- **соблюдались;**
- **не соблюдались**

Критерий
безопасности

- **риск минимизирован;**
- **риск не минимизирован**

Критерий
эффективности

- **целевой результат достигнут;**
- **целевой результат не достигнут**

	Критерий своевременности	- своевременно; - несвоевременно
Медицинская экспертиза; медицинское освидетельство вание	Критерий объемов	- в полном объеме; - не в полном объеме; - отсутствуют
	Критерий эффективности	- целевой результат достигнут; - целевой результат не достигнут
Оформление медицинской документации	Критерий объемов	- в полном объеме; - не в полном объеме; - отсутствует

Стандарт – нормативный документ, разработанный на основе консенсуса и утвержденный признанным органом, в котором устанавливаются правила, общие принципы или характеристики для всеобщего и многократного использования, касающиеся различных видов деятельности или их результатов, и который направлен на достижение оптимальной степени упорядочения в определенной области.

Стандарты медицинской помощи:



Использование стандартов медицинской помощи

- Основа производства **расчетов затрат** на оказание медицинской помощи
- Основа определения рекомендуемого **перечня медицинских услуг и лекарственных средств**, т.е. алгоритм диагностики, лечения, реабилитации, профилактики при определенном заболевании
- Основа формирования **перечней оснащения**
- Основа системы **управления качеством** медицинской помощи

Включает в себя усредненные показатели частоты и применения медицинских услуг, лекарственных препаратов, медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, компонентов крови, видов лечебного питания, учитывающие особенности конкретного заболевания (состояния).

**СТАНДАРТ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТРАНЗИТОРНОЙ
ИШЕМИЧЕСКОЙ АТАКЕ**

Категория возрастная: взрослые

Пол: любой

Фаза: острая

Стадия: любая

Осложнения: вне зависимости от осложнений

Вид медицинской помощи: специализированная медицинская помощь

Условия оказания медицинской помощи: стационарно

Форма оказания медицинской помощи: неотложная

Средние сроки лечения (количество дней): 7

Код по МКБ X

Нозологические единицы G45 Преходящие транзиторные церебральные ишемические приступы [атаки] и родственные синдромы

1. Медицинские мероприятия для диагностики заболевания, состояния

Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
V01.013.001	Прием (осмотр, консультация) врача-диетолога	1	1
V01.015.001	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный	0,3	1
V01.023.001	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	1	1
V01.028.001	Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный	0,1	1
V01.029.001	Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный	1	1
V01.035.001	Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра первичный	0,1	1
V01.043.001	Прием (осмотр, консультация) врача - сердечно-сосудистого хирурга первичный	1	1
V02.069.001	Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога первичный	1	1

Факторы, оказывающие влияние на эффективность деятельности амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений:

- 1. возрастно-половая структура населения;**
- 2. заболеваемость;**
- 3. уровень санитарной культуры населения;**
- 4. доступность и качество медицинской помощи.**

Группы критериев доступности и качества медицинской помощи

**(Письмо Минздрава России от
25.12.2012 N 11-9/10/2-5718
Постановление Правительства РФ
от 18.10.2013 N 932 "О программе
государственных гарантий
бесплатного оказания гражданам
медицинской помощи на 2014 год
и на плановый период 2015 и 2016
годов)**

Общие показатели:

- **удовлетворенность населения** медицинской помощью - в процентах от числа опрошенных;
- **количество обоснованных жалоб**, в том числе на отказ в оказании медицинской помощи, предоставляемой в рамках территориальной программы;
- количество медицинских организаций, осуществляющих **автоматизированную запись на прием к врачу** с использованием телекоммуникационной сети "Интернет" и информационно-справочных сенсорных терминалов;
- **обеспеченность населения врачами** (на 10 000 человек населения), в том числе оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях;
- **средняя длительность лечения** в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях (число дней) и др.

Группы критериев доступности и качества медицинской помощи

показатели деятельности медицинских организаций по оказанию **первичной медико-санитарной помощи**:

- полнота охвата патронажем детей первого года жизни (в процентах);
- полнота охвата профилактическими осмотрами детей (в процентах);
- удельный вес детей, снятых с диспансерного наблюдения по выздоровлению, в общем числе детей, состоящих под диспансерным наблюдением (в процентах);
- удельный вес детей с улучшением состояния здоровья в общем числе детей, состоящих под диспансерным наблюдением (в процентах);

Группы критериев доступности и качества медицинской помощи

показатели деятельности медицинских организаций по оказанию **специализированной**, в том числе **высокотехнологичной**, медицинской помощи:

- **объем медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров** (число пациенто-дней на 1 жителя, на 1 застрахованное лицо) - 0,55 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо;
- **уровень госпитализации** населения, прикрепившегося к медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь (на 1000 человек населения) - 0,176 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо;
- **удельный вес госпитализаций в экстренной форме**

Группы критериев доступности и качества медицинской помощи

показатели деятельности медицинских организаций по оказанию **скорой**, в том числе **скорой специализированной**, медицинской помощи:

- **количество вызовов скорой медицинской помощи** в расчете на 1 жителя, число лиц, которым оказана скорая медицинская помощь (0,318 вызова на 1 застрахованное лицо);
- доля лиц, которым скорая медицинская помощь оказана **в течение 20 минут** после вызова, в общем числе лиц, которым оказана скорая медицинская помощь (в процентах).

Критерии качества стоматологической помощи

Терапевтический прием

- 1. Преобладание количества пломб, наложенных при неосложненном кариесе, над количеством пломб, наложенных после лечения пульпитов и периодонтитов не менее, чем в 2 раза.**
- 2. Преобладание количества наложенных пломб над количеством произведенных удалений зубов не менее, чем в 2 раза.**

- 3. Отсутствие осложнений после лечения зубов.**
- 4. Длительность сохранения в зубе наложенной пломбы не менее 2 лет.**
- 5. Анестезия при обработке кариозных полостей.**
- 6. Расширение показаний консервативной терапии зубов, осложненных периодонтитом с учетом новейших достижений стоматологии.**
- 7. Применение рентгенодиагностики во всех случаях лечения пульпитов и периодонтитов.**
- 8. При наличии зубного камня снятие его у всех больных, обращающихся за любой стоматологической помощью и др.**

Хирургический прием

- 1. Своевременная (не позднее 24 часов с момента появления медицинских показаний) госпитализация стоматологических больных.**
- 2. При операции удаления зубов применение во всех случаях анестезии.**
- 3. Доведение операции удаления зубов до конца.**
- 4. Отсутствие осложнений после удаления зубов.**
- 5. Ранняя диагностика и раннее радикальное вмешательство при островоспалительных и периапикальных процессах.**
- 6. Ранняя диагностика и своевременная госпитализация при онкологических заболеваниях.**
- 7. Активное наблюдение больных при наличии воспалительных процессов и др.**

Ортопедический прием

- 1. Правильная подготовка полости рта к протезированию на терапевтическом и хирургическом приеме по медицинским показаниям (подготовка корневых каналов, выравнивание окклюзионной плоскости и др.).**
- 2. Стопроцентная рентгенологическая проверка депульпированных зубов, подлежащих покрытию коронками и использованию как опорных пунктов для мостовидных протезов, а также корней при использовании их для штифтовых зубов и штифтовых конструкций. Применение методов обезболивания при обработке интактных зубов.**
- 3. Максимальное ограничение изготовления зубных протезов из разных металлов одному пациенту.**
- 4. Срок изготовления отдельных съемных протезов не больше 3 недель и смешанных не более одного месяца.**
- 5. Точное выполнение протезов в назначенные сроки и др**

Показатели качества, используемые при оценке работы стоматологической организации

- 1. Отношение числа вылеченных зубов к удаленным (для детского населения 800:1; для взрослого населения – 3:1)**
- 2. Удельный вес осложненного кариеса (не более 15%)**
- 3. Удельный вес осложнений после удаления зубов (не более 1%)**
- 4. Частота случаев удаления постоянных зубов у детей (не более 1,5 на 1000 санированных детей)**



***Закройте дверь перед всеми ошибками,
и истина не сможет войти.***

(Рабиндранат Тагор)

Спасибо за внимание!