

Контроль качества медицинской помощи

Б.И.Лавер

Цель

- Сформировать представление о системе контроля за качеством медицинской помощи, оказываемой населению РФ, нормативно-правовом обеспечении

План

1. Система вневедомственного контроля качества медицинской помощи
2. Этапы вневедомственного контроля
3. Порядок проведения экспертизы качества медицинской помощи.

Вневедомственный контроль КМП

- Система вневедомственного контроля - это оценка КМП субъектами, не входящими в государственную систему здравоохранения, в пределах своей компетенции.
- Система вневедомственного контроля КМП создается в субъектах РФ в соответствии с действующим законодательством в целях защиты прав граждан на охрану здоровья и содействия органам государственного управления в решении задач по совершенствованию деятельности учреждений здравоохранения.

Вневедомственный контроль КМП

- Право на проведение вневедомственного контроля регулируется:
- основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан;
- законом Российской Федерации "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации N 326-ФЗ, 29.11.2010 г.";
- приказом №230 от 01.12.2010 г. ФФОМС «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС»;
- постановлением Правительства Российской Федерации "Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности“,

Субъекты и участники системы обязательного медицинского страхования

Федеральный закон N 326-ФЗ в соответствии со ст. 1 и ст. 9 определяет правовое положение и регулирует деятельность следующих лиц:

- субъекты ОМС:

- 1) застрахованные лица;
- 2) страхователи;
- 3) Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (далее - ФОМС);

Субъекты и участники системы обязательного медицинского страхования

- участники ОМС:

- 1) территориальные фонды обязательного медицинского страхования (далее - территориальные фонды)
- 2) страховые медицинские организации
- 3) медицинские организации
- Непосредственно страховые отношения складываются между субъектами ОМС. Между указанными лицами договор ОМС не заключается, правовые отношения возникают в силу закона. Участники ОМС осуществляют страховое обеспечение при наступлении страхового случая

Застрахованные лица

- Статья 10 Федерального закона N 326-ФЗ содержит исчерпывающий перечень лиц, застрахованных в системе ОМС. К ним отнесены граждане РФ, постоянно или временно проживающие в РФ иностранные граждане, лица без гражданства

Страхователи

Страхователи для работающих граждан:

- 1) лица, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам (в том числе юридические и физические лица, независимо от признания их индивидуальными предпринимателями);
- 2) индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты.

Страхователи для неработающих граждан

- 1) органы исполнительной власти субъектов РФ.

Страховщик и территориальные фонды

- В соответствии со ст. ст. 12, 13 Федерального закона N 326-ФЗ страховщиком по ОМС является ФОМС в рамках реализации базовой программы ОМС и территориальные фонды в части реализации территориальных программ ОМС в пределах базовой программы ОМС.
- Согласно ч. 2 ст. 4 действующего Закона страховщиком является страховая медицинская организация, которая заключает договоры ОМС со страхователями. Таким образом, ФОМС и территориальные фонды после вступления рассматриваемого Закона в силу будут непосредственно участвовать в страховых правоотношениях по ОМС.

Страховая медицинская организация

Согласно ч. 10 ст. 14 Федерального закона N 326-ФЗ страховая медицинская организация включается в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, на основании уведомления, направляемого ею в территориальный фонд до 1 сентября года, предшествующего году, в котором она намерена осуществлять деятельность в сфере ОМС. Такая организация должна иметь лицензию, выданную Росстрахнадзором (ч. 1 ст. 14 Федерального закона N 326-ФЗ).

Медицинские организации

В соответствии с ч. 1 ст. 15 Федерального закона N 326-ФЗ к медицинским организациям в сфере ОМС относятся:

- 1) организации любой предусмотренной законодательством РФ организационно-правовой формы;
- 2) индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой.

Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС

- Объект контроля: МУ и оказание мед.помощи по ОМС
- Субъект контроля: ТФОМС, СМО, МУ

Цель контроля:

- обеспечения бесплатного предоставления мед.помощи;
- защита прав застрахованного лица на получение бесплатной мед.помощи;
- предупреждение дефектов мед.помощи;
- проверка исполнения СМО и МУ обязательств по оплате и бесплатному оказанию мед.помощи;
- проверка исполнения СМО обязательств по изучению удовлетворенности застрахованных лиц объемом, доступностью и качеством
- оптимизация расходов по оплате
- снижение страховых рисков

Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС

Контроль осуществляется в 3 этапа:

- медико-экономический
- медико-экономическая экспертиза
- экспертиза качества мед. помощи

Медико-экономический контроль (1 этап)

Осуществляется специалистами СМО и ТФОМС

- Проверка правильности оформления счетов, реестров и сроков
- Соответствие реестровых данных на пациента, представленных МУ
- Соответствие заявленных медицинских услуг в реестре лицензии МУ
- Соответствие даты оказания МП отчетному периоду
- Проверка обоснованности применения тарифов на мед. услугу
- Установление отсутствия превышения объемов мед. помощи, подлежащих оплате за счет средств ОМС
- Отбор случаев для экспертизы качества мед.помощи и обоснования необходимости ее проведения

Медико-экономический контроль

ИТОГИ:

- акт медико-экономического контроля с констатацией несоответствий счета-фактуры, тарифов, видов и профилей, дефектов мед. помощи и их расшифровка
- суммы, исключаемые из оплаты по результатам медико-экономического контроля, с подписями работника, ответственного лица СМО или ТФОМС, должность, подпись руководителя МУ

Медико-экономическая экспертиза (2 этап)

- Осуществляется , врачами со стажем не менее 5 лет и прошедшими подготовку по вопросам экспертной деятельности в системе ОМС
- Соответствия фактических сроков оказания мед.помощи, объемов предъявленных к оплате мед.услуг, записям в первичной медицинской документации (мед. карта амбулаторного больного, стационарного больного, история родов, история развития ребенка и д.р.)

Медико-экономическая экспертиза

Целевая медико-экономическая экспертиза

Плановая медико-экономическая экспертиза

Целевая в случаях:

- повторных обращений по поводу одного и того же заболевания в течении 30 дней, при оказании АПП, в течении 90 дней при повторной госпитализации;
- заболеваний с удлинённым или укороченным сроком лечения более чем на 50%
- получение жалоб от застрахованного лица на доступность, качество, взимание платы.

Медико-экономическая экспертиза

Плановая, оцениваются:

- характер, частота и причины нарушений прав застрахованных лиц
- объем медицинской помощи оказанной МУ
- частота и характер нарушений МУ порядка формирования реестров счетов

Медико-экономическая экспертиза

Объем проверок определяется договором м/у
СМО и МУ:

8% - стационарной мед. помощи

8% - МП, оказанной в дневном стационаре

0,8% - АПП

Если кол-во дефектов превышает 30%, то в след.
месяце объем проверок увеличивается в 2
раза

Медико-экономическая экспертиза

ИТОГИ:

- специалистом-экспертом составляется акт медико-экономической экспертизы в 2х экземплярах (1 в МУ, 1 в СМО или ТФОМС), обоснованность объемов, представленных к оплате и соответствие записям в первичной мед. документации, выявленных дефектов
- результаты, оформленные актом являются основанием для отказа оплаты мед.помощи (уменьшение оплаты), а так же для проведения экспертизы качества мед.помощи.
- с подписью специалиста-эксперта, руководителя

Экспертиза качества медицинской помощи (3 этап)

- оценка правильности выбора медицинской технологии
- степени достижения запланированного результата
- установление причинно-следственных связей выявленных дефектов

Экспертиза качества медицинской помощи

- Проводится экспертом качества медицинской помощи, включенным в территориальный реестр-экспертов качества медицинской помощи.
- **Экспертом качества медицинской помощи является врач - специалист, имеющий высшее профессиональное образование, сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет и подготовку по вопросам экспертной деятельности в системе обязательного медицинского страхования.**

Экспертиза качества медицинской помощи

Целевая экспертиза качества медицинской помощи

Плановая экспертиза качества медицинской помощи

Экспертиза качества медицинской помощи

Целевая проводится в течении месяца после предоставления мед. услуг к оплате:

- получение жалоб
- необходимости подтверждения объема и качества по случаям, отобранным при медико-экономическом контроле и медико-экономической экспертизы
- летальных исходов при оказании мед.помощи
- внутрибольничного инфицирования
- первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей
- повторного обращения (обоснованного) в течении 30 дней, при оказании АПП, в течении 90 дней при повторной госпитализации
- заболеваний с удлинённым или укороченным сроком лечения более чем на 50%

Экспертиза качества медицинской помощи

Сроки проведения целевой экспертизы не ограничиваются, а в случае жалоб, осуществляется в соответствии с **ФЗ от 2 мая 2006 №59** **ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан РФ»**

I. ПО ЖАЛОБАМ

- Жалобы рассматриваются в независимости от сроков оказания МП
- Проверяется СМО, где пациент застрахован
- **Задача эксперту:** существо жалобы, а не в целом работу МУ
- Информация о выявленных ошибках доводится до сведения заявителя

Сроки рассмотрения письменного обращения

- 1. Письменное обращение, поступившее в государственный орган, орган местного самоуправления или должностному лицу в соответствии с их компетенцией, рассматривается в течение 30 дней со дня регистрации письменного обращения.
- 2. В исключительных случаях, а также в случае направления запроса, предусмотренного частью 2 статьи 10 настоящего Федерального закона, руководитель государственного органа или органа местного самоуправления, вправе продлить срок рассмотрения обращения не более чем на 30 дней, уведомив о продлении срока его рассмотрения гражданина, направившего обращение.

II. ПО НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДАМ ЛЕЧЕНИЯ

- ▣ Летальный исход
- ▣ Первичный выход на инвалидность
- ▣ Внутрибольничное осложнение или инфицирование

III. ПО ОБЩИМ ОСНОВАНИЯМ

- Повторное обращение на госпитализацию
- Отклонение сроков лечения

В данных случаях сроки целевой экспертизы могут увеличиваться до 6 месяцев с момента предоставления счета на оплату

Сроки не ограничиваются при летальных исходах, внутрибольничного инфицирования или осложнения, первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей

ПЛАНОВАЯ ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

- Проводится с **целью** оценки соответствия объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи группам застрахованных лиц, разделенным по возрасту, заболеванию или группе заболеваний, этапу медицинской помощи и другим признакам, условиям, предусмотренным договором.

Плановая:

- объем в стационаре 5% от числа законченных случаев лечения
- в дневном стационаре 3% от числа законченных случаев лечения
- при АПУ 0,5% от числа законченных случаев лечения по результатам медико-экономического контроля

Сроки: 1 раз в год (по плану проверок)

- **Плановая экспертиза** качества медицинской помощи проводится по случаям оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, отобранным:
 - а) методом случайной выборки;
 - б) по тематически однородной совокупности случаев.

ПЛАНОВАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПО ОДНОРОДНОЙ СОВОКУПНОСТИ СЛУЧАЕВ

- Отобранных по тематическим признакам в каждой медицинской организации или группе медицинских организаций.
- **Выбор тематики** осуществляется на основании показателей деятельности медицинских организаций:
 - больничной летальности,
 - частоты послеоперационных осложнений,
 - первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей,
 - частоты повторных госпитализаций,
 - средней продолжительности лечения,
 - стоимости медицинских услуг и других показателей;
 - результатов ведомственного контроля качества медицинской помощи.

Экспертиза качества медицинской помощи

ИТОГИ:

- оформляется экспертное заключение и акт экспертизы качества мед. помощи, которые являются основанием для применения мер к МУ в виде отказа оплаты или уменьшения оплаты мед. помощи
- акт экспертизы качества (целевой), акт экспертизы качества (плановый), акт реэкспертизы

Экспертиза качества медицинской помощи

- Медицинская организация не вправе препятствовать доступу экспертов к материалам, необходимым для проведения медико-экономической экспертизы, экспертизы качества.
- Эксперт может проводить обход подразделений с уведомления администрации

РЕЭКСПЕРТИЗА ПРОВОДИТСЯ В СЛУЧАЯХ:

- а) проведения ТФОМС документальной проверки организации обязательного медицинского страхования СМО;
- б) выявления нарушений в организации контроля со стороны СМО;
- в) необоснованности и / или недостоверности заключения эксперта качества медицинской помощи, проводившего экспертизу качества медицинской помощи;
- г) поступления претензии от медицинской организации, не урегулированной со страховой медицинской организацией (пункт 73 раздела XI настоящего Порядка).

- Медицинская организация в течение 15 рабочих дней со дня получения актов страховой медицинской организации вправе обжаловать заключение страховой медицинской организации при наличии разногласий по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи путем направления претензии в территориальный фонд.

Претензия

- Претензия оформляется в письменной форме и направляется вместе с необходимыми материалами в территориальный фонд ОМС.
- **Повторные** медико-экономический контроль, медико-экономическая экспертиза и экспертиза качества медицинской помощи проводятся экспертами, назначенными территориальным фондом, и оформляются решением территориального фонда ОМС.

Учет и использование результатов контроля

СМО и ТФОМС ведут учет актов контроля

Учетные документы:

- реестры актов медико-экономического контроля,
- медико-экономической экспертизы,
- экспертизы качества медицинской помощи.

Результаты контроля в форме актов в течении 5 раб. дней передаются в МУ

Руководитель МУ в течении 15 раб. дней с момента его получения рассматривает акт, при согласии подписывает и заверяет печатью, при несогласии подписанный акт возвращается в СМО с протоколом разногласий.

Обжалование медицинской организацией заключения СМО по результатам контроля

МУ имеет право обжаловать заключение СМО по результатам контроля в течении 15 рабочих дней путем направления претензий в ТФОМС.

МУ:

- обоснование претензии
- перечень вопросов по каждому оспариваемому случаю
- материалы внутреннего и ведомственного контроля качества в МУ

ТФОМС:

- в течении 30 дней организует проведение повторных медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества мед.помощи.

Обжалование мед.организацией заключения СМО по результатам контроля

- Решение фонда о правоте МУ является основанием для отмены штрафа за неоказание, либо оказание медпомощи ненадлежащего качества
- При несогласии МУ с ТФОМС, МУ вправе обжаловать решение в судебном порядке

Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (Приказ № 230 от 01.12.2010)

- I. **Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи:**
 - **Выбор медицинской организации**
 - **Выбор врача**
 - **Нарушение условий оказания, в т. ч. сроков ожидания**

II. Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи

- не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;
- повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания;

III. Необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи за пределами субъекта РФ

- не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;
- повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания.

IV. Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную ТП ОМС

V. Приобретение пациентом ЛС и ИМН в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств», «Формуляр лечения стационарного больного»

VI. Отсутствие информированности застрахованного населения

- Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети «Интернет».
- Отсутствие на официальном сайте:
 - О режиме работы
 - Об условиях оказания
 - О видах оказываемой медицинской помощи
 - О показателях доступности и качества
 - О перечне ЖНВЛ
 - О перечне ЛС отпускаемых по рецептам врачей бесплатно или с 50% скидкой

VII. Дефекты медицинской помощи

Случаи нарушения врачебной этики и
деонтологии по обращениям
застрахованных лиц

Невыполнение, несвоевременное, ненадлежащее выполнение диагностических, лечебных мероприятий

- не повлиявшее на состояние здоровья;
- приведших к удлинению сроков лечения сверх установленных;
- приведших к ухудшению состояния здоровья;
- приведших к инвалидизации;
- приведших к летальному исходу.

Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий

- ▣ приведших к удлинению сроков, удорожанию стоимости;
- ▣ приведших к ухудшению состояния здоровья.

Преждевременное прекращение проведения
лечебных мероприятий при отсутствии
клинического эффекта.

Повторное обоснованное обращение за
медицинской помощью по поводу того же
заболевания в течение
30 дней (при амбулаторном лечении)
90 дней (при стационарном

Несвоевременный перевод пациента в
медицинскую организацию более высокого
уровня.

Необоснованная госпитализация

Непрофильная госпитализация

Необоснованное удлинение сроков лечения

Необоснованное увеличение количества
медицинских услуг,

Необоснованное увеличение количества
посещений,

Необоснованное увеличение количества койко-
дней, не связанное с диагностическими,
лечебными мероприятиями

- Повторное посещение врача в один день, при амбулаторной медицинской помощи
- Необоснованное назначение лекарственных средств (синонимы, аналоги, антагонисты)
 - Невыполнение обязательного патологоанатомического вскрытия
- Наличие расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категории

VIII. Дефекты оформления первичной медицинской документации

- Непредставление первичной медицинской документации (отсутствие)
 - Дефекты оформления первичной медицинской документации (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи).

Отсутствие в первичной документации:
информированного добровольного
согласия или отказа от медицинского
вмешательства

- Наличие признаков фальсификации
медицинской документации

Дата оказания медицинской помощи,
зарегистрированная в первичной
медицинской документации и реестре
счетов, не соответствует табелю учета
рабочего времени врача (оказание
медицинской помощи в период отпуска,
учебы, командировок, выходных дней и т.
п.).

Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:

- включение в счет на оплату реестр счетов посещений и койко-дней и др., не подтвержденных первичной медицинской документацией;
- несоответствие сроков лечения срокам, указанным в реестре счета;

IX. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов

Нарушения, связанные с оформлением и
предъявлением на оплату счетов и реестров
счетов:

- наличие ошибок или недостоверной информации в реквизитах счета;
- сумма счета не соответствует итоговой сумме;
- наличие незаполненных полей реестра счетов;
- некорректное заполнение полей реестра счетов;
- заявленная сумма не корректна (содержит арифметическую ошибку);
- дата оказания в реестре счетов не соответствует отчетному периоду.

Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации

- включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией;
- введение в реестр счетов недостоверных персональных данных;
- включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившего полис ОМС на территории другого субъекта РФ;
- наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах;
- включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по ОМС на территории РФ.

Нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС

- Включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в Территориальную программу ОМС;
- Предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема, установленного государственным заданием;
- Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования).

Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь

Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности

- Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;
- Предоставление реестров счетов в случае прекращения действия лицензии медицинской организации;
- Предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований
- Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата.

Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов

- Позиция реестра счетов оплачена ранее;
- Дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;
- Стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату другой услуги;
- Включения в реестр счетов случаев медицинской помощи:
 - амбулаторных посещений в период пребывания в круглосуточном стационаре;
 - пациенто-дней пребывания в дневном стационаре в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре

Включение в реестр счетов нескольких случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному лицу

- в один период оплаты
- или с совпадением сроков лечения.

ДЕФЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

V класс ненадлежащего качества МП - негативное следствие (задействованы социальные ресурсы)

- Невыполнение объемов
- Несвоевременное оказание МП
- Ненадлежащее выполнение диагностических, лечебных мероприятий, приведших к инвалидности; к летальному исходу

Требует 100% удержания оплаты за МП

IV класс ненадлежащего качества

- приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания;
- преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения);

IV класс ненадлежащего качества

- повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 30 дней со дня завершения амбулаторного лечения и 90 дней со дня завершения лечения в стационаре, вследствие отсутствия положительной динамики в состоянии здоровья, подтвержденное проведенной целевой или плановой экспертизой (за исключением случаев этапного лечения).

III класс ненадлежащего качества

- нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица;
- действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания);

III класс ненадлежащего качества

- необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств - синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения.

II класс ненадлежащего качества - негативное следствие (диагностика, лечение, финансирование)

- не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;
- приведших к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) отсутствия письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);
- приведших к удлинению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица;

II класс ненадлежащего качества - негативное следствие (диагностика, лечение, финансирование)

- Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.

- Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара.
- Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.
- Необоснованное удлинение сроков лечения по вине медицинской организации, а также увеличение количества медицинских услуг, посещений, койко-дней, не связанное с проведением диагностических, лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в рамках стандартов медицинской помощи.

- Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях.
- Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств - синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения.

I класс ненадлежащего качества

- неправильное оформление медицинской документации являющееся препятствием для проведения ЭКМП (невозможность оценить динамику состояния лечения)

Иные субъекты системы вневедомственного контроля КМП и их компетенция

- **Вневедомственный контроль** за деятельностью учреждений здравоохранения, а также физических лиц, осуществляют:
 - лицензионно-аккредитационные комиссии;
 - исполнительные органы Фонда социального страхования Российской Федерации;
 - профессиональные медицинские ассоциации;
 - общества (ассоциации) защиты прав потребителей.

Компетенция лицензионно-аккредитационной комиссии

В соответствии со своими полномочиями лицензионно-аккредитационные комиссии осуществляют:

- ❑ контроль за безопасностью медицинских услуг для пациентов и персонала и их соответствие установленным стандартам;
- ❑ контроль за выполнением учреждениями здравоохранения и физическими лицами лицензионных условий;
- ❑ выдачу лицензий юридическим лицам;
- ❑ участие в формировании вневедомственной медицинской экспертизы и регистра экспертов на территории субъекта РФ.

Компетенция исполнительных органов Фонда социального страхования РФ:

- **Осуществление контроля** за обоснованностью выдачи, продления, правильности оформления документов, подтверждающих временную нетрудоспособность граждан.
- **Выявление:**
 - случаев временной нетрудоспособности с длительным пребыванием пациентов на больничном листе, превышающем средние показатели на 30% и более;
 - случаев, заканчивающихся выходом на инвалидность;
 - случаев несвоевременного направления на медико-социальную экспертизу.

Компетенция профессиональных медицинских ассоциаций:

Участие:

- в экспертизе КМП (в государственных, муниципальных, частных медицинских организациях);
- в разработке стандартов КМП;
- в разработке тарифов на медицинские услуги;
- в разработке программ по подготовке и повышению квалификации медицинских кадров;
- в формировании регистра экспертов;
- в работе комиссий по аттестации медицинских работников, лицензировании деятельности учреждений здравоохранения.

Компетенция общества (ассоциации) защиты прав потребителей:

- изучение общественного мнения о качестве оказываемой медицинской помощи;
- информирование субъектов вневедомственного контроля качества и органов управления здравоохранением о дефектах в оказании медицинской помощи;
- защита прав пациентов путем предоставления и защиты их интересов в административных и судебных органах.

Организация взаимодействия всех субъектов вневедомственного контроля качества с учреждениями здравоохранения по осуществлению экспертизы КМП

Все субъекты вневедомственного контроля качества:

- ❑ формулируют вопросы, требующие решения после проведения медицинских экспертиз;
- ❑ организуют проведение дополнительной экспертизы;
- ❑ запрашивают соответствующий орган управления здравоохранением о результатах проведения ведомственной экспертизы;
- ❑ принимают совместное решение об улучшении КМП.

Все субъекты, имеющие право на проведение вневедомственной медицинской экспертизы, обязаны:

- ❑ осуществлять взаимодействие с органами и учреждениями здравоохранения по вопросам организации медицинской помощи населению;
- ❑ вести учет всех предъявляемых претензий, результатов их анализа и экспертного контроля;
- ❑ организовывать в пределах компетенции разработку и выполнение собственных мероприятий по совершенствованию качества медицинской помощи.

Организация и порядок проведения вневедомственного контроля КМП

- Экспертиза КМП в системе вневедомственного контроля должна проводиться на территории субъекта Российской Федерации по единым методологическим принципам и технологиям, согласованным со всеми субъектами вневедомственного контроля.

**Методические рекомендации по
формированию государственных заданий
федеральным государственным
учреждениям и контролю за их
выполнением**

Утверждены приказом Минфина России №
136н Минэкономразвития России
№ 526 от 29 октября 2010 г.

- **Формирование госзаданий**
рекомендуется начинать при
планировании бюджетных ассигнований
на очередной финансовый год

- **Организация работы по формированию**
гос.задания содержит 2 положения:
 - 1) **составление и утверждение перечней**
гос.услуг (работ)
 - 2) **определение показателей качества гос.**
услуг

**Форма отраслевого перечня гос.услуг
утвержденная постановлением
Правительства № 671 от 2.09.2010 г.**

- 1) порядковый номер услуги**
- 2) наименование услуги**
- 3) категории потребителей услуги**
- 4) единица измерения показателя объема
услуги (кол-во койко – дней, вызовов)**

5) показатели, характеризующие качество гос.услуги

- ▣ показатели качества, установленные нормативными, правовыми актами РФ (требования к оснащенности зданий средствами противопожарной защиты)

Показатели качества характеризующие процесс оказания услуги и условия ее оказания:

- ▣ **требования к квалификации персонала**
- ▣ **требования к качеству используемых в процессе оказания материальных запасов**
- ▣ **требования к качеству оборудования**
- ▣ **требования к качеству зданий и сооружений**

Показатели:

- ▣ для госуслуги «оказания стационарной медпомощи» - требования к мерам профилактики внутрибольничных инфекций (требования к регулярности дезинфекции и кварцевания помещений, влажной уборке, средствам дезинфекции)

- для госуслуги «оказания амбулаторно – поликлинической медицинской помощи» - среднее время ожидания приема врача
- для госуслуги «оказания скорой медицинской помощи» - среднее время ожидания бригады скорой медицинской помощи
- для всех госуслуг – доля потребителей, удовлетворенных качеством оказания госуслуги, определяемая на основ опросов потребителей
- для госуслуг, оказываемых потребителям в электронной форме – формат ответа на обращения

Порядок информирования потенциальных потребителей госуслуги

- размещение информации в сети Интернет

Контроль качества с помощью целей

Цель	Показатель	2010	2011
Экономический успех МУ	Доля затрат на устранение дефектов медицинской помощи	40%	20%
Успех на рынке медицинских услуг	Процент довольных пациентов	60%	80%
Качество медицинских услуг:			
Дефекты при проведении МЭК	Количество неправильно заполненных счетов-реестров	20%	10%
Дефекты при проведении МЭЭ		30%	10%
Дефекты при проведении ЭКМП		20%	10%
Качество сервиса	Несоблюдение сроков (ожидания приема врача, диагностических исследований и д.р.)	4-5 дня	1-2 дня
Качество на уровне процессов	Частота повторения ошибок	10%	5%
Качество на уровне системы	Положение о качестве	Нет	есть

Программа качества

Проект	Цель	Ответственный
Повышение внимания к нуждам пациента	Увеличить количество довольных пациентов (снизить число жалоб)	Заместитель по КЭР, качеству
Работа без дефектов	Снизить число медицинских ошибок	Лечебные и диагностические отделения
Внедрение системы контроля качества	Сертификация по ISO 9001	Отдел контроля качества