

**КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Санкт-Петербург  
2023**

**УДК**  
**ББК**  
**О**

**Контроль качества медицинской помощи в Российской Федерации.**  
Учебно-методическое пособие для студентов педиатрического, лечебного и  
медико-профилактического факультетов (уровень специалитета) / Юрьев  
В.К., Моисеева К.Е., Соколова В.В. – СПб.: издание ГПМУ, 2023. – 34 с.

**Авторы:**

Заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., профессор **Юрьев В.К.;**  
д.м.н., профессор **Моисеева К.Е.;** к.м.н., доцент **Соколова В.В.**

**Рецензенты:**

**Микиртичан Галина Львовна** - доктор медицинских наук, профессор,  
заведующая кафедрой гуманитарных дисциплин и биоэтики ФГБОУ ВО  
«Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского  
университета» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Вишняков Николай Иванович** – доктор медицинских наук, профессор,  
заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом  
экономики и управления здравоохранением ФГБОУ ВО «Первый Санкт-  
Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.  
Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

*Утверждено учебно-методическим советом Федерального  
государственного бюджетного образовательного учреждения высшего  
образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический  
медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской  
Федерации*

©СПбГПМУ, 2023

## ОГЛАВЛЕНИЕ

|  |    |
|--|----|
| Понятие качества медицинской помощи .....                  | 4  |
| Система управления качеством медицинской помощи.....       | 6  |
| Виды контроля .....  | 8  |
| Критерии оценки качества медицинской помощи .....          | 15 |
| Общие критерии условий оказания медицинских услуг .....    | 17 |
| Функции страховой медицинской организации в контроле ..... | 18 |
| Порядок расчета финансовых санкций в системе ОМС.....      | 24 |
| Приложения .....   | 27 |

## Понятие качества медицинской помощи

В соответствии с законодательством РФ Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан» № 323-ФЗ - доступность и качество медицинской помощи являются одним из основных принципов отечественного здравоохранения. ФЗ 326 «Об обязательном медицинском страховании в России» - предусматривает создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи населению, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования.

**Качество медицинской помощи** – это совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, а также степень достижения запланированного результата.

Качество медицинской помощи — это многогранное понятие, которое включает в себя целый комплекс процессов и отношений, осуществляемых в процессе оказания медицинской помощи пациенту. Выделяют следующие основные **характеристики** качества медицинской помощи:

- доступность;
- межличностные взаимоотношения;
- непрерывность;
- безопасность;
- удовлетворенность (соответствие ожиданиям пациента).

Доступность медицинской помощи означает отсутствие географических, информационных, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых барьеров. Законодательство предъявляет множество требований к организации и условиям оказания медицинской помощи населению в целях достижения доступности: сроки и условия получения медицинских услуг, штатные нормативы амбулаторной и стационарной помощи, клинические рекомендации и стандарты оказания медицинских услуг с перечнем количества и частоты их предоставления, наличие собственного сайта медицинской организации с данными о ее деятельности, способы записи граждан на прием к врачу, условия предоставления платных медицинских услуг и др.

Межличностные взаимоотношения. Эта характеристика качества медицинской помощи относится к взаимоотношениям между медицинскими работниками и пациентом (в некоторых случаях его родственниками), медицинским персоналом и руководством, системой здравоохранения и населения в целом. Нарушения этики и деонтологии при оказании медицинской помощи несовершеннолетним могут снизить не только эффективность процесса лечения, но и вызвать негативное отношение, недоверие ребенка и его родителей ко всей системе охраны здоровья.

**Непрерывность.** Для максимальной эффективности медицинская помощь должна оказываться без промедления или необоснованных повторов в процессе диагностики и лечения. Все медицинские мероприятия в отношении пациента должны быть проведены своевременно и в полном объеме. В случае отсутствия у врача или медицинской организации ресурсов для оказания необходимой медицинской помощи пациент должен быть направлен к другому специалисту или в другую медицинскую организацию (госпитализация по профилю, обследование в другой клинике).

**Безопасность** - означает сведение к минимуму риска побочных эффектов диагностики, лечения и других нежелательных последствий оказания медицинской помощи. Требование к безопасности относится не только к действиям медицинских работников, но и к приверженности пациентов в выполнении рекомендаций врача. Выбор лечащего врача тактики лечения должен опираться на медицинских показаниях и противопоказаниях у больного.

**Соответствие ожиданиям пациента (удовлетворенность).** Система лечебно-профилактических мероприятий должна отвечать как требованиям медицинских стандартов и рекомендаций, так и ожиданиям и потребностям пациентов. Оценка удовлетворенности пациентов проводится с помощью опросов и анкетирования, которые проводятся среди них во время или сразу после получения медицинских услуг.

Качество медицинской помощи имеет разноплановый характер и включает в себя **три основных компонента**, которые соответствуют трем подходам к его обеспечению и оценке (**Триада Донабедиана**):

1. качество структуры (структурный подход к обеспечению и оценке);
2. качество технологии (процессуальный подход к обеспечению и оценке);
3. качество результата (результативный подход к обеспечению и оценке).

**Качество Структуры** характеризует условия оказания медицинской помощи населению. Оно определяется по отношению ко всему медицинскому учреждению в целом (состояние зданий и помещений медицинского учреждения; системы электро-, водо- и теплоснабжения; вентиляции; наличие, состояние и рациональность использования медицинского оборудования; уровень обеспеченности лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения; сервисные условия и др.) и по отношению к конкретному медицинскому работнику в отдельности (кадровое обеспечение медицинской организации, квалификация медицинских работников). При проверке обращают внимание на соблюдение лицензионных требований к медицинской деятельности; наличие необходимых диагностических и лечебных ресурсов; требования к специалистам, непосредственно участвующим в процессе оказания медицинских услуг (наличие сертификатов, прохождение аккредитации).

**Качество технологии** характеризует оценку всех этапов оказания медицинской помощи. Качество технологии дает представление о соблюдении

лечащим врачом стандартов медицинской помощи, применении всех возможных ресурсов медицинской организации, правильности выбора тактики лечения и качестве выполненной работы. Другими словами, отвечает на вопрос: насколько комплекс лечебно-диагностических мероприятий, оказанный конкретному больному, соответствовал установленным медико-экономическим стандартам и рекомендациям. Одним из параметров может являться наличие или отсутствие врачебных ошибок. Это самый распространенный и эффективный подход в оценке качества медицинской помощи.

**Качество результата** характеризует итог оказания медицинской помощи. Оно позволяет судить, насколько фактически достигнутые результаты соответствуют реально достижимым (исходы лечения; стоимость лечения; среднюю длительность лечения; доступность лечения; безопасность лечения; оптимальность лечения; удовлетворённость пациента и т.п.). В ходе результативного подхода происходит оценка конечного результата лечения, анализ результатов лечения больного в динамике (количество умерших, количество пациентов, снятых с диспансерного наблюдения в связи с выздоровлением и т.д.).

Все компоненты качества связаны между собой и оказывают друг на друга влияние.

### **Система управления качеством медицинской помощи**

Управление КМП подразумевает непрерывное повышение его уровня. Для этого руководители органов и учреждений здравоохранения должны постоянно разрабатывать и проводить комплекс мероприятий, направленных на повышение эффективности и результативности своей деятельности, совершенствовать показатели работы организаций здравоохранения.

**Управление качеством медицинской помощи** – это организация и контроль деятельности системы здравоохранения для обеспечения имеющихся и предполагаемых потребностей населения в медицинской помощи.

**Система управления качеством медицинской помощи** - представляет собой совокупность организационно-управленческих структур и действий, анализирующих, оценивающих и корректирующих условия, процесс оказания и результат медицинской помощи для предоставления пациенту качественной медицинской помощи в объемах, предусмотренных Программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

Эта система основывается на следующих принципах:

- непрерывность управления качеством;
- использование достижений доказательной медицины;
- проведение экспертизы качества медицинской помощи на основе медицинских стандартов (протоколов);

- единство подходов в проведении ведомственной и вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи для получения сопоставимых результатов;
- использование экономических и правовых методов для управления качеством медицинской помощи;
- мониторинг системы управления качеством медицинской помощи;
- анализ экономической эффективности затрат по достижению оптимального уровня качества медицинской помощи;
- изучение общественного мнения по вопросам качества медицинской помощи.

Система контроля качества медицинской помощи состоит из трех элементов:

1. *участники контроля* (кто должен осуществлять контроль – «проверяющие»): контроль со стороны производителей и потребителей медицинских услуг, контроль со стороны организаций, независимых от производителей и потребителей;

2. *методы и средства контроля* (с помощью чего осуществляется контроль): медицинские стандарты, штатные нормативы, показатели деятельности организации здравоохранения, критерии качества медицинской помощи при различных заболеваниях, медико-экономическая и экспертиза качества медицинской помощи;

3. *механизмы контроля* (каким образом осуществляется контроль, его последовательность действий): лицензирование медицинской деятельности, аккредитация медицинской организации, аттестация медицинских работников, сертификация лекарственных средств и изделий медицинского назначения, медицинской техники и др.

Все элементы тесно связаны с друг другом и находят отражение в нормативных актах о порядке осуществления контроля.

Процесс управления качеством в организации здравоохранения должен обеспечиваться органическим взаимодействием всех его этапов. Можно выделить следующие **единые аспекты управления качеством медицинской помощи являются:**

1) Разработка дизайна качества - это деятельность по разработке плана или системы обеспечения населения качественной медицинской помощью. Дизайн качества включает: определение целевой группы потребителей медицинских услуг; изучение запросов потребителей; определение необходимого результата, отвечающего запросам потребителей; разработку механизма, необходимого для достижения ожидаемого результата.

2) Обеспечение качества - это виды деятельности, планируемые и реализуемые в рамках системы управления качеством. Для совершенствования деятельности по обеспечению качества медицинской помощи необходимы: разработка соответствующей законодательной и нормативно-правовой базы по регулированию механизмов обеспечения качества медицинской помощи;

приведение в соответствие с нормативно-правовой базой существующей структуры и ресурсов (кадровых, финансовых, материальных и информационных); создание соответствующих технологических стандартов и стандартов на результаты, эффективный контроль выполнения медицинских технологий и др.;

3) Обеспечение контроля качества - система мер оперативного характера, позволяющих оценить выполнение основных компонентов качества медицинской помощи. Контроль (определение уровня) качества медицинской помощи строится на сопоставлении достигнутых результатов с существующими стандартами (протоколами) ведения больных, установленных законодательством РФ. Одним из механизмов контроля качества медицинской помощи и определения соответствия ее принятым стандартам служит экспертиза.

### **Виды контроля качества медицинской помощи**

Контроль качества медицинской помощи со стороны надзорных органов и администрации медицинской организации выступает инструментом объективной оценки качества и повышения эффективности оказания медицинской помощи населению.

Средствами контроля являются:

- Медицинские стандарты – нормативно-технические документы, регламентирующие нормы, правила и обязательные требования к объекту стандартизации и утвержденные компетентным органом (Международные, Федеральные, территориальные, локальные (местные)): национальные стандарты, протоколы ведения больных, стандарты оказания медицинской помощи;
- Экспертные оценки: медико-экономический контроль, экспертизы медико-экономические и КМП;
- Показатели деятельности медицинских организаций, показатели здоровья населения:

Для стационаров – использование коечного фонда, обеспеченность населения стационарной помощью, качество стационарной помощи и ее эффективность, и др;

Для поликлиник – обеспеченность кадрами, показатели объема амбулаторно-поликлинической помощи, охват населения профилактическими осмотрами, охват вакцинацией и др.

В соответствии с действующими нормативно-правовыми документами в зависимости от участников контроля выделяют следующие **виды контроля качества** (рис. 2):

**1. Государственный контроль качества - контроль медицинской деятельности со стороны государственных органов:**

– Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности;

- Государственный контроль в сфере обращения лекарственных средств;
- Государственный контроль при обращении медицинских изделий;
- Государственный санитарно-эпидемиологический надзор.



Рис. 2 Виды контроля качества медицинской помощи.

В ходе проведения государственного контроля осуществляется проверка медицинских организаций на соблюдение требований в сфере охраны здоровья граждан: соблюдение прав граждан на получение качественной, доступной и безопасной медицинской помощи; **лицензирование и аккредитация медицинской деятельности**; проверка соблюдения порядков оказания и стандартов медицинской помощи; соблюдение безопасных условий труда, а также требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожения); организации и осуществления: ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности подведомственных им органов и организаций; внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности и т.д.

Оценка соблюдения медицинскими организациями обязательных требований осуществляется следующими способами: документарная проверка, выездная проверка (по плану), контрольная закупка (в целях проверки соблюдения порядка и условий предоставления платных медицинских услуг) и инспекционный визит (без предварительного согласования).

К контролирующим органам данного вида контроля относятся: Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор), Федеральная служба по труду и занятости, государственная противопожарная служба, Роспотребнадзор, Прокуратура и т.д.

2. **Ведомственный контроль** – контроль исполнения медицинскими организациями предписаний, указов, законов органов исполнительной власти в регионе, соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья. Ведомственный контроль проводится посредством плановых и внеплановых проверок федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов РФ (Комитет по здравоохранению, Министерства здравоохранения в субъектах РФ, районные отделы здравоохранения) в подведомственных им органах и организациях, осуществляющих медицинскую и фармацевтическую деятельность.

Ведомственная экспертиза КМП проводится штатными и внештатными экспертами-специалистами органов управления здравоохранением субъектов РФ. В необходимых случаях для проведения экспертизы могут привлекаться сотрудники ВУЗов, НИИ и других учреждений на договорной основе.

*В задачи ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности входят:*

- 1) предупреждение, выявление и пресечение нарушений требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности;
- 2) обеспечение качества медицинской помощи в подведомственных организациях;
- 3) определение показателей качества деятельности;
- 4) контроль соблюдения объемов, сроков и условий оказания медицинской помощи;
- 5) создание системы оценки деятельности медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг.

Ведомственный контроль проводится в отношении соблюдения медицинскими организациями безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации, оценка условий и сроков оказания медицинской помощи по соответствующему заболеванию (онкология, ОНМК и ОИМ), соблюдения требований стандартов оснащения медицинской организации и соответствия штатного расписания рекомендуемым штатным нормативам.

По результатам государственного и ведомственного контроля КМП оформляется протокол проверки, в котором отражаются недостатки и грубые нарушения в деятельности медицинской организации. В случае обнаружения нарушений или дефектов деятельности выносится предписание по устранению обнаруженных нарушений с указанием сроков, составляется протокол об административных правонарушениях, возможно направление в уполномоченные органы материалов о преступлениях для решения вопросов о возбуждении уголовных дел, обращение с иском или заявлениями в суд.

В соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в регионах утверждён перечень критериев доступности и качества медицинской помощи. Плановые значения которых позволяют из года в год повышать медицинское обслуживание. Ежегодно территориальной программой устанавливаются нормативы охвата населения данными критериями. По окончании года органы исполнительной власти регионов проводят оценку выполнения нормативов.

Критерии учитывают такие показатели как: удовлетворенность населения доступностью медицинского обслуживания, долю пациентов, получивших специализированную и паллиативную медицинскую помощь, обеспеченных льготными лекарственными препаратами, доли впервые выявленных заболеваний, количество обоснованных жалоб и т.д. (Приложение №1).

3. **Внутренний контроль** – контроль качества и безопасности медицинской деятельности, осуществляемый органами государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения внутри медицинской организации. Внутренний контроль проводится по медицинской карте. Однако при необходимости могут быть использованы другие документы и материалы, в которых содержится информация о медицинской помощи, оказанной в конкретном проверяемом случае и, согласно которым, можно проследить соблюдение стандартов и порядков оказания медицинской помощи, в том числе непосредственный осмотр пациента.

*Задачи внутреннего контроля:*

- 1) предупреждение, выявление и предотвращение рисков, создающих угрозу жизни и здоровью граждан, и минимизация последствий их наступления;
- 2) обеспечение и оценка соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности;
- 3) обеспечение и оценка применения стандартов медицинской помощи, диагностических исследований, медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;
- 4) обеспечение и оценка соблюдения порядков проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;
- 5) обеспечение и оценка соблюдения медицинскими работниками и руководителями медицинских организаций ограничений, налагаемых на указанных лиц при осуществлении ими профессиональной деятельности;
- 6) обеспечение и оценка качества медицинской помощи, рассмотрение причин возникновения несоответствия качества оказываемой медицинской помощи;
- 7) предупреждение нарушений при оказании медицинской помощи.

Главный врач утверждает локальный приказ о Порядке организации контроля КМП в медицинской организации и назначает уполномоченных лиц. Функции сотрудников по проведению внутреннего контроля КМП предусмотрены должностными инструкциями и приказами.

Внутренний контроль имеет **3 уровня контроля КМП:**

**Первый** – контроль со стороны заведующего подразделения (амбулаторно-поликлинического отделения, отделения стационара): за деятельностью врачей, находящихся в его подчинении (объем обследования, выбор тактики лечения, терапия), за ведением первичной медицинской документации и организацией лечебного процесса (рис. 3).

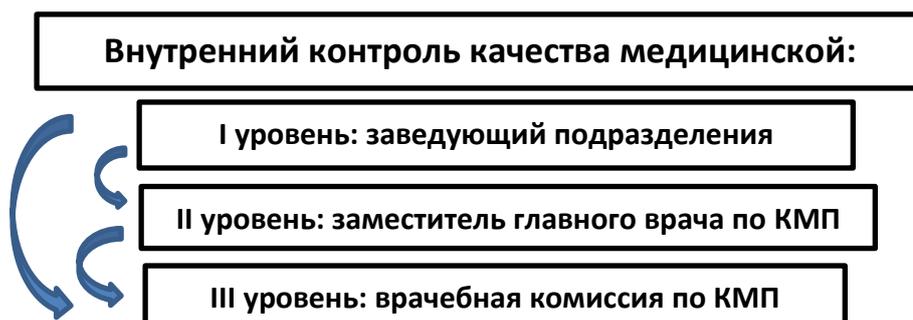


Рис. 3. Уровни внутреннего контроля качества медицинской помощи.

Заведующий отделением дает оценку качеству оказания помощи в первичной медицинской документации и в журнале внутреннего контроля КМП. При наличии нарушений они фиксируются в протоколе или карте экспертной оценки с датой экспертного заключения.

Второй – со стороны заместителя руководителя организации по клинико-экспертной работе, лечебной работе, амбулаторно-поликлинической помощи. Контроль КМП проводится выборочно, результаты заносятся в «Журнал внутреннего контроля качества медицинской помощи» (Приложение №2). При анализе выявленных дефектов лечения эксперт устанавливает коэффициент качества (0,8-1,0 – медицинская помощь считается оказанной качественно; 0,6-0,7 наличие ошибок, которые не вызвали ухудшения состояния здоровья или наступления смерти; 0,0-0,5 – медицинская помощь оказывалась некачественно). На основании анализа обнаруженных дефектов эксперт подготавливает годовой, полугодовой или квартальный отчет, пишет рекомендации по улучшению качества медицинской помощи, составляет проекты управленческих решений.

Третий – врачебная комиссия медицинской организации. На третьем уровне врачебной комиссией проводится контроль наиболее сложных и конфликтных ситуаций, требующих комиссионного рассмотрения, вырабатывается и принимается решение по дальнейшей тактике ведения пациента, проводится оценка качества и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе обоснованность и эффективность назначения лекарственных средств.

Врачебная комиссия состоит из председателя, одного или двух заместителей председателя, секретаря и членов комиссии. Председателем врачебной комиссии назначается руководитель медицинской организации или заместитель руководителя. В состав врачебной комиссии включаются заведующие структурными подразделениями медицинской организации, врачи-специалисты. Заседания проводятся не реже 1 раза в неделю на основании планов-графиков. Решение врачебной комиссии считается принятым, если его поддержало две трети членов врачебной комиссии. Решение оформляется в виде протокола, который содержит следующие сведения: дата проведения, список членов комиссии, присутствовавших на заседании, перечень обсуждаемых вопросов и решения по

ним с обоснованием (Приложение №3). Секретарь врачебной комиссии вносит принятое решение в медицинскую карту пациента, а также в журнал контроля.

**Врачебная комиссия осуществляет следующие функции:**

- принятие решений по вопросам профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения граждан в наиболее сложных и конфликтных ситуациях, требующих комиссионного рассмотрения;
- определение трудоспособности граждан;
- продление листков нетрудоспособности (более 15 дней, за прошедший период);
- принятие решения по вопросу о направлении пациента на медико-социальную экспертизу;
- оценка качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов;
- оценка соблюдения в медицинской организации установленного порядка ведения медицинской документации;
- разработка мероприятий по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов;
- изучение каждого случая смерти пациента в целях выявления причины смерти, а также выработки мероприятий по устранению нарушений в деятельности медицинской

**Виды внутреннего контроля КМП:**

1) *текущий контроль качества* осуществляется преимущественно на первом уровне и направлен на оперативное выявление отклонений в процессе оказания медицинской помощи пациенту и принятие экстренных мер по их устранению. Текущий контроль проводится для анализа эффективности и коррекции терапии больному в случае выявления осложнений в состоянии или наличия жалоб. В качестве примера выступает еженедельный обход палат заведующим отделения с целью проверки правильности и своевременности выполнения диагностических и лечебных процедур, с оформлением соответствующей записи в медицинской карте;

2) *заключительный контроль качества* осуществляется на всех уровнях контроля по результатам законченных случаев лечения и направлен на выявление дефектов оказания медицинской помощи. Перед отправкой медицинской карты в архив осуществляется ее дооформление и контроль качества со стороны заведующего подразделением;

3) *ретроспективный контроль качества* осуществляется преимущественно на втором и третьем уровнях, направлен на анализ допущенных дефектов оказания медицинской помощи по законченным случаям лечения и предупреждение их в будущем, совершенствование системы КМП в целом.

Результаты контроля качества и безопасности медицинской деятельности регистрируются в журналах внутреннего контроля качества и «Картах оценки

КМП», которые ведутся на каждом уровне контроля отдельно и содержат графы, аналогичные пунктам экспертных карт.

Внутренний контроль осуществляется посредством плановых, целевых (внеплановых) и тематических экспертиз.

Проведение плановых проверок осуществляется в соответствии с ежегодным планом, утверждаемым руководителем медицинской организации, не реже 1 раза в квартал.

Целевые экспертизы проводятся в отношении следующих случаев лечения: летальных исходов; внутрибольничного инфицирования и осложнений, вызванных медицинским вмешательством; при наличии отрицательной динамики в состоянии больного; при поступлении жалоб граждан по вопросам качества и доступности медицинской помощи;

Тематические экспертизы направлены на анализ схожих клинических случаев (ОНМК, ОИМ) с целью выявления системных организационных ошибок.

**4. Вневедомственный контроль** – не выделен отдельно в законодательстве, однако включает в себя контроль соблюдения медицинскими организациями объемов, сроков и условий оказания медицинской помощи, согласно Территориальной программе государственных гарантий, со стороны страховых медицинских организаций, фондов обязательного медицинского страхования, профессиональных медицинских организаций и др.

Экспертному контролю со стороны страховщика (ТФОМС, СМО) всегда подлежат следующие случаи:

- летальные исходы;
- внутрибольничное инфицирование и осложнения;
- первичный выход на инвалидность лиц трудоспособного возраста;
- выдача листка нетрудоспособности с удлиненным или укороченным сроком временной нетрудоспособности;
- повторная госпитализация по поводу одного и того же заболевания в течение года;
- заболевания с удлиненными или укороченными сроками лечения (или временной нетрудоспособности);
- расхождение диагнозов;
- жалобы пациентов или их родственников.

Эксперт во время проведения экспертизы качества медицинской помощи оценивает:

- достаточность и своевременность назначения и проведения диагностических мероприятий;
- правильность и своевременность постановки диагноза;
- адекватность лечебных мероприятий поставленному диагнозу или имевшейся у больного симптоматике;

- соответствие оформления медицинской документации утвержденным нормам и правилам;
- правильность выполнения инструкции о порядке выдачи листка нетрудоспособности в случаях с временной утратой трудоспособности.

По результатам вышеперечисленных видов контроля КМП принимаются следующие меры:

1) организационные мероприятия - проведение совещаний, конференций, инструктажей, издание приказов, инструкций, регламентов, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи и другие;

2) образовательные мероприятия - проведение клинических разборов, патологоанатомических конференций, научно-практических конференций, направление медицинских работников на повышение квалификации (в том числе, внеплановое), научно-практические конференции, обеспечение медицинских работников современной актуальной медицинской литературой, (в том числе через Интернет) и другие;

3) дисциплинарные меры - принятие дисциплинарных взысканий в соответствии с Трудовым кодексом РФ и должностными инструкциями работников;

4) административные меры;

5) экономические мероприятия - применение материальных взысканий;

6) мероприятия по совершенствованию материально-технической базы, информатизации медицинской организации;

7) мероприятия по развитию кадрового потенциала, совершенствованию укомплектованности медицинской организации медицинскими работниками.

Исполнителем данных мер выступает юридическое лицо – медицинская организация за подписью ее руководителя.

### **Критерии оценки качества медицинской помощи**

Критерии качества медицинской помощи применяются в целях оценки своевременности оказания медицинской помощи, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата. Законодательством определены **критерии качества медицинской помощи** при оказании медицинской помощи в разных условиях: в АПУ, в круглосуточном и дневном стационаре. Приказ, устанавливающий критерии оценки КМП - Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10.05.2017 года №203н.

Критериями качества условий оказания медицинской помощи в АПУ являются:

- Ведение медицинской документации (заполнение всех разделов, наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство);

- Первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи с регистрацией в медицинскую карту;
- Установление предварительного диагноза в ходе первичного приема пациента;
- Формирование плана обследования при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза;
- Формирование плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений и тяжести заболевания, осложнений и состояния пациента, сопутствующих заболеваний;
- Установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, лабораторных, инструментальных и иных методов исследования, результатов консультаций врачей-специалистов (оформление и обоснование диагноза, установление клинического диагноза в течение 10 дней с момента обращения, проведение консилиума врачей при необходимости с внесением соответствующей записи в амбулаторную карту);
- Проведение коррекции плана обследования и лечения с учетом состояния пациента, течения и осложнений заболевания, результатов обследования и лечения;
- Назначение и выписывание лекарственных препаратов в соответствии с установленным диагнозом;
- Оформление протокола решения врачебной комиссии медицинской организации;
- Проведение экспертизы временной нетрудоспособности в установленном порядке;
- Осуществление диспансерного наблюдения установленном порядке с соблюдением периодичности обследования и длительности диспансерного наблюдения;
- Проведение медицинских осмотров, диспансеризации в установленном порядке, назначение по их результатам дополнительных медицинских мероприятий.

**Критериями качества условий оказания медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационара являются:**

- Ведение медицинской документации (заполнение всех предусмотренных разделов, наличие информированного добровольного согласия);
- Первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи в приемном отделении, дневном стационаре, или отделении анестезиологии-реанимации (оформление результатов первичного осмотра, включая анамнез);
- Установление предварительного диагноза в приемном отделении, дневном стационаре, или отделении реанимации **не позднее 2 часов** с момента поступления пациента в МО;

- Формирование плана обследования при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза;
- Формирование плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений и тяжести заболевания, осложнений и состояния пациента, сопутствующих заболеваний;
- Назначение лекарственных препаратов с учетом возраста, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний;
- Указание в плане лечения метода (объема)хирургического вмешательства и наличия медицинских показаний, требующих хирургических методов лечения и диагностики;
- Установление клинического диагноза на основании данных лабораторных, инструментальных и иных методов исследования, результатов консультаций врачей-специалистов (оформление диагноза, установление **клинического диагноза в течении 72 часов** с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) **или не позднее 24 часов** с момента поступления по экстренным показаниям;
- Внесение в стационарную карту записей о требующихся дополнительных методах исследования и лечения (протокол с решением консилиума врачей, врачебной комиссии);
- Проведение осмотра заведующим профильного отделения (дневного стационара) *в течении 48 часов* с момента поступления пациента, *далее не реже 1 раза в неделю* с внесением в карту соответствующей записи;
- Проведение коррекции плана обследования и лечения с учетом состояния пациента, течения и осложнений заболевания, результатов обследования и лечения;
- Осуществление при наличии медицинских показаний перевода пациента в другое профильное отделение внутри МО или другую МО;
- Проведение экспертизы временной нетрудоспособности в установленном порядке;
- Проведение при летальном исходе патологоанатомического вскрытия в установленном порядке;
- Отсутствие расхождения клинического диагноза и патологоанатомического диагноза;
- Оформление выписки по результатам лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Критерии качества специализированной медицинской помощи также оцениваются по группам заболеваний (состояний): инфекционным и паразитарным болезням, при новообразованиях, при болезнях крови, кроветворных органов и отдельных нарушениях, вовлекающих иммунный механизм, при болезнях эндокринной системы, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ, при психических расстройствах и расстройствах

поведения, болезнях нервной системы, при болезнях глаза и его придаточного аппарата, при болезнях уха и сосцевидного отростка, при болезнях системы кровообращения, при болезнях органов дыхания, при заболеваниях органов пищеварения, в том числе болезнях полости рта, слюнных желез и челюстей (за исключением зубного протезирования), при болезнях кожи и подкожной клетчатки, при болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани. Оценка критериев ведется по факту выполнения предусмотренных диагностических и лечебных мероприятий в отношении пациента.

### **Общие критерии условий оказания услуг медицинскими организациями**

Помимо критериев КМП отечественное законодательство предусматривает наличие показателей, характеризующих *общие критерии оценки качества условий оказания медицинских услуг*, которые также могут подвергаться независимой оценке со стороны проверяющих органов (Росздравнадзор, ТФ ОМС, Комитет по здравоохранению, Прокуратура).

Выделяют следующие показатели этих критериев:

- Открытость и доступность информации о медицинской организации (стенды, реклама, сайт в сети «Интернет», дистанционный и очный прием обращений граждан);
- Комфортность условий предоставления услуг, включая время ожидания предоставления медицинской услуги (отсутствие очередей, санитарное состояние помещений, своевременность диагностических и лечебных процедур);
- Доступность услуг для инвалидов (оборудование территории специальными техническими средствами – поручни, пандус, лифт, дублирование надписей шрифтом Брайля, медицинская помощь на дому);
- Доброжелательность, вежливость работников медицинской организации (анкетирование и опрос пациентов и их законных представителей);
- Удовлетворенность пациентов условиями оказания услуг (анкетирование и опрос пациентов и их законных представителей, анализ обращений в медицинскую организацию).

### **Функции страховой медицинской организации по контролю качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования**

Обязательное медицинское страхование (ОМС) – наиболее массовый источник финансирования системы здравоохранения Российской Федерации. Помимо финансовой функции по оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в системе ОМС, страховая медицинская организация (СМО) обязана контролировать объем, качество, сроки, условия и обоснованность предоставления медицинских услуг, а также обеспечивать защиту интересов и прав застрахованных граждан. Данный раздел работы страховых компаний регламентируется приказом Минздрава, а также приказом ФФОМС.

В соответствии с Приказом ФФОМС определены правила и процедура организации и проведения контроля страховыми медицинскими организациями и фондами обязательного медицинского страхования. Целью данного порядка является регулирование мероприятий, направленных на реализацию прав застрахованных лиц в сфере ОМС, в том числе на обеспечение за счет средств ОМС гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках Территориальной и Базовой программ ОМС, создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи.

*Объектом контроля* является организация и оказание медицинской помощи застрахованному лицу по ОМС.

*Субъектами контроля* являются территориальные фонды ОМС, страховые медицинские организации и медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере ОМС.

Целями контроля являются:

1. обеспечение бесплатного предоставления застрахованному лицу медицинской помощи в объеме и на условиях, установленных Территориальной программой ОМС;

2. защита прав застрахованного лица на получение бесплатной медицинской помощи в объеме и на условиях, установленных Территориальной программой ОМС, надлежащего качества в медицинских организациях, участвующих в реализации программ ОМС;

3. предупреждение нарушений при оказании медицинской помощи, являющихся результатом несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья застрахованного лица; невыполнения и/или ненадлежащего выполнения порядков оказания медицинской помощи и/или стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, медицинских технологий путем анализа наиболее распространенных нарушений по результатам контроля и принятие мер уполномоченными органами;

4. проверка исполнения страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями обязательств по оплате и бесплатному оказанию застрахованным лицам медицинской помощи по программам обязательного медицинского страхования;

5. оптимизация расходов по оплате медицинской помощи при наступлении страхового случая и снижение страховых рисков в обязательном медицинском страховании.

К контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС относятся мероприятия по проверке соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, реализуемые посредством медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи. Данные виды контроля осуществляются в том числе с применением информационных ресурсов ЕГИСЗ, ГИСЗ, действующих в субъекте РФ.

При проведении медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи медицинская организация предоставляет проверяющим органам в течение 5 рабочих дней после получения соответствующего запроса медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа (при наличии), учетно-отчетную документацию, результаты внутреннего и ведомственного (при наличии) контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Медико-экономическая экспертиза и экспертиза качества медицинской помощи при проверке оригиналов первичной медицинской документации проводятся по месту оказания медицинской помощи. Для проведения экспертизы дистанционно (за пределами проверяемой медицинской организации) документы могут быть представлены в форме электронного документа или копий, заверенных подписью руководителя медицинской организации.

В соответствии с частью 8 статьи 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" медицинская организация не вправе препятствовать доступу экспертов к материалам, необходимым для проведения экспертизы и обязана предоставлять запрашиваемую ими информацию.

**Медико-экономический контроль (МЭК)** - установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по Территориальной программе ОМС, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи.

Медико-экономический контроль осуществляется специалистами страховых медицинских организаций и территориальных фондов (без медицинского образования) в течение 5 рабочих дней после представления медицинскими организациями реестров счетов на оплату медицинской помощи.

*Цели МЭК:* - идентификация лица, застрахованного конкретной страховой медицинской организацией;

- проверка реестров счетов;
- проверка соответствия оказанной медицинской помощи: Территориальной программе ОМС, условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, действующей лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;
- проверка обоснованности применения тарифов на оплату медицинской помощи за счет средств ОМС и их соответствие способам оплаты медицинской помощи;
- установление отсутствия превышения медицинской организацией объемов медицинской помощи;
- выявление случаев невключения или несвоевременного включения в группу диспансерного наблюдения застрахованных лиц, а также несоблюдение периодичности осмотров граждан в соответствии с порядком и периодичностью

проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в них исследований.

Результаты МЭК являются основанием для отказа или уменьшения в оплате медицинской помощи, отбора случаев для проведения медико-экономической экспертизы; организации и проведения экспертизы качества медицинской помощи; проведения повторных МЭК, МЭЭ и ЭКМП Территориальным фондом ОМС или страховой медицинской организацией по заданию Территориального фонда.

**Медико-экономическая экспертиза (МЭЭ)** - установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.

МЭЭ проводится специалистом-экспертом, являющимся врачом, имеющим стаж работы по врачебной специальности не менее пяти лет и прошедшим соответствующую подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС.

*Виды медико-экономической экспертизы:*

- а) внеплановая;
- б) плановая.

*Внеплановая медико-экономическая экспертиза проводится в следующих случаях:*

а) повторных обращений по поводу одного и того же заболевания: в течение 14 дней - при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 30 дней - при повторной госпитализации; в течение 24 часов от момента предшествующего вызова - при повторном вызове скорой медицинской помощи;

б) получения жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность медицинской помощи в медицинской организации (несоблюдение сроков ожидания, установленных Территориальной программой ОМС).

в) оказания медицинской помощи по профилю "онкология" с применением дорогостоящей противоопухолевой терапии (несвоевременность обследования и не назначенная терапия);

г) несвоевременная постановка пациентов под диспансерное наблюдение и несоблюдение установленной периодичности их осмотров;

д) летальный исход вне медицинской организации до приезда бригады скорой медицинской помощи в части соблюдения времени доезда, установленного ТП ОМС;

е) по поручению Федерального фонда, Территориального фонда, по запросу или поручению органов государственной и исполнительной власти.

Внеплановая медико-экономическая экспертиза проводится в течение 1 месяца с рабочего дня, следующего за днем оформления акта МЭК.

Плановая МЭЭ проводится по результатам МЭК и (или) по определенной тематике: возрасту, полу, заболеванию (группе заболеваний), виду (форме, условию) оказания медицинской помощи, подлежащему применению порядку (стандарту, клиническим рекомендациям) оказания медицинской помощи,

наличию записей по результатам телемедицинской консультации, показателям деятельности медицинской организации (частота летальных исходов, частота непрофильных госпитализаций, средняя продолжительность лечения, укорочение или удлинение сроков лечения, стоимость медицинских услуг), наличию нарушений, выявленных при проведении МЭК, МЭЭ и ЭКМП.

Плановая медико-экономическая экспертиза осуществляется по всем случаям оказания медицинской помощи, которые произошли в пределах 1 года и не позднее 1 месяца с рабочего дня, следующего за днем оформления акта МЭК.

Объем ежемесячных медико-экономических экспертиз от числа принятых к оплате случаев лечения составляет не менее:

- при оказании медицинской помощи стационарно - 6%;
- при оказании медицинской помощи в дневном стационаре - 6%;
- при оказании медицинской помощи амбулаторно - 0,5%;
- при оказании медицинской помощи вне медицинской организации (скорая медицинская помощь) - 2% от числа поданных на оплату страховых случаев.

По итогам плановой или внеплановой МЭЭ специалистом-экспертом составляется акт медико-экономической экспертизы в двух экземплярах: один передается в медицинскую организацию, один экземпляр остается в страховой медицинской организации/территориальном фонде ОМС.

Результаты медико-экономической экспертизы являются основанием для применения к медицинской организации финансовых санкций по отказу в оплате медицинской помощи (уменьшению оплаты медицинской помощи), а также могут являться основанием для проведения более детальной внеплановой экспертизы качества медицинской помощи.

**Экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП)** - выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата (ч.6 ст. 40 ФЗ№326-ФЗ).

ЭКМП проводится путем проверки соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям, стандартам медицинской помощи.

ЭКМП проводится врачом-специалистом, имеющим высшее образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет и прошедший подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС и включенный в реестр экспертов КМП Территориального фонда ОМС.

*Экспертиза качества медицинской помощи осуществляется в виде:*

- а) внеплановой экспертизы качества медицинской помощи;
- б) плановой экспертизы качества медицинской помощи.

Внеплановая ЭКМП проводится в виде целевой и тематической ЭКМП.

**Целевая ЭКМП** проводится в случаях:

- а) получения жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность и качество медицинской помощи в медицинской организации;
- б) летальных исходов;
- в) внутрибольничного инфицирования и осложнения заболевания;
- г) первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей;
- д) повторного обоснованного обращения пациента за медицинской помощью по поводу одного и того же заболевания: в течение 15 дней - при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 30 дней - при повторной госпитализации; в течение 24 часов от момента предшествующего вызова - при повторном вызове скорой медицинской помощи;
- е) по запросу органов государственной и исполнительной власти, органов дознания и следствия, судебных органов;
- д) отобранных по результатам МЭК, МЭЭ.

Выделяют также отдельный вид экспертизы - **тематическая ЭКМП**, при которой проводится отбор случаев оказания медицинской помощи по определенной тематике: больничной летальности, частоты послеоперационных осложнений, первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей, частоты повторных госпитализаций, средней продолжительности лечения, укороченных или удлиненных сроков лечения, стоимости медицинских услуг. В ходе экспертизы анализируются все случаи с данной тематикой на соответствие со стандартами и порядками оказания медицинской помощи (ОНМК, ОИМ, новая коронавирусная инфекция, автотравма и т.д.).

Плановая ЭКМП проводится для оценки характера, частоты и причин нарушений при оказании медицинской помощи.

Плановой ЭКМП подлежат случаи с нарушениями, приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного, создавших риск прогрессирования имеющегося заболевания или риск возникновения нового заболевания, приведших к инвалидизации, летальному исходу, а также неэффективному использованию ресурсов медицинской организации, неудовлетворенности застрахованных лиц.

Объем ежемесячных экспертиз качества медицинской помощи составляет от числа принятых к оплате случаев лечения не менее:

- при оказании медицинской помощи стационарно - 3%;
- при оказании медицинской помощи в дневном стационаре – 1,5%;
- при оказании медицинской помощи амбулаторно - 0,2%;
- при оказании медицинской помощи вне медицинской организации - 0,5%.

Экспертиза КМП проводится в течение месяца с рабочего дня, следующего за днем оформления акта МЭК. В некоторых случаях (поступление жалобы пациента, сообщение страхового представителя о нарушениях в отношении прав застрахованного в системе ОМС) возможно очное проведение экспертизы КМП, непосредственно в период оказания пациенту медицинской помощи.

Экспертом качества медицинской помощи, осуществляющим проведение экспертизы качества медицинской помощи, по окончанию проверки оформляется экспертное заключение, содержащее описание проведения и результаты

экспертизы качества медицинской помощи, на основании которого составляется акт ЭКМП.

В случае выявления дефектов медицинской помощи/нарушений при оказании медицинской помощи результаты экспертизы качества медицинской помощи являются основанием для применения к медицинской организации мер по отказу в оплате медицинской помощи или уменьшению оплаты медицинской помощи (приложение 20 к Генеральному тарифному соглашению).

Руководитель медицинской организации рассматривает заключение эксперта в течение 15 рабочих дней с момента его получения. При согласии с результатами экспертизы акт заключения подписывается и заверяются печатью в 2-х экземплярах (для медицинской организации и для страховой компании). Результаты МЭК, МЭЭ и ЭКМП могут быть оспорены. В этом случае в течение 10 дней медицинской организацией оформляется претензия и протокол разногласий, на основании которых Территориальный фонд ОМС назначает реэкспертизу (повторную экспертизу) с привлечением другого эксперта КМП. Кроме того, ТФОМС в течение года проводит самостоятельную реэкспертизу с целью постоянного контроля экспертной деятельности страховых медицинских организаций (МЭЭ, ЭКМП).

Одновременно, на основании результатов МЭК, МЭЭ и ЭКМП страховые медицинские организации готовят предложения по улучшению доступности и качества медицинской помощи с приложением плана мероприятий по устранению нарушений при оказании медицинской помощи. Данные направляются в Территориальный фонд, где происходит их обобщение и подготовка предложений для органов исполнительной власти субъекта РФ и Федерального фонда ОМС.

### **Порядок расчета финансовых санкций по результатам оказания медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования**

По результатам МЭК, МЭЭ и ЭКМП предусмотрены следующие виды санкций со стороны страховых медицинских организаций (Территориального фонда ОМС):

- 1) неоплата или уменьшение оплаты медицинской помощи;
- 2) уплата медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

При выявлении нарушений в отношении объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи страховая медицинская организация частично или полностью не возмещает затраты медицинской организации по оказанию медицинской помощи, уменьшая последующие платежи по счетам медицинской организации на сумму выявленных дефектов медицинской помощи и/или нарушений при оказании медицинской помощи или требует возврата сумм в страховую медицинскую организацию.

Размеры сумм, не подлежащих оплате (уменьшения оплаты), и размеры штрафов установлены в Приложении № 20 к Генеральному тарифному соглашению (ГТС), которое содержит единые для всех медицинских организаций

санкции за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, применяемые к медицинским организациям, участвующим в реализации Территориальной программы ОМС.

Приложение №20 к ГТС включает 5 разделов, содержащих коды дефектов оказания медицинской помощи (Приложение №1):

1. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономического контроля:

- нарушение условий оказания медицинской помощи;
- невключение лиц в группу диспансерного наблюдения;
- непрофильная госпитализация;
- нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов;
- введение в реестр счетов недостоверных персональных данных;
- включение в реестр счетов медицинской помощи, не входящей в программу обязательного медицинского страхования;
- необоснованное применение тарифа на оплату медицинской помощи;
- включение в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности;
- оказание медицинской помощи медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации специалиста по профилю оказания медицинской помощи;
- повторные включения в реестр счетов;

2. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономической экспертизы:

- нарушение сроков ожидания и условий медицинской помощи в соответствии с ТП ОМС;
- взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь в рамках Базовой или Территориальной программ ОМС;
- приобретение пациентом или его представителем в период оказания медицинской помощи по назначению врача лекарственных препаратов, медицинских изделий;
- непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи;
- отсутствие информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа от него;
- наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление с искажением сведений);
- дата оказания медицинской помощи в медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (отпуск, командировки, выходные дни);

3. Нарушения, выявляемые при проведении экспертизы качества медицинской помощи:

- установление неверного диагноза, связанное с невыполнением,

несвоевременным или ненадлежащим выполнением необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий;

- выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения мероприятий;

- преждевременное прекращение оказания медицинской помощи;

- нарушение преемственности в оказании медицинской помощи;

- непрофильная госпитализация;

- необоснованная госпитализация;

- наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 - 3 категории;

- отсутствие в медицинской документации результатов обследований и осмотров, позволяющих оценить динамику состояния здоровья пациента;

- необоснованное назначение лекарственных препаратов;

- необоснованный отказ в оказании медицинской помощи.

В целях применения финансовых санкций по результатам медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи размер неоплаты или штрафа определяется по отношению к тарифу на оказание медицинской помощи и/или подушевому нормативу финансирования, действующим на дату оказания медицинской помощи пациенту.

При наличии в одном и том же случае оказания медицинской помощи двух и более дефектов - оснований для отказа в оплате медицинской помощи или уменьшения оплаты медицинской помощи к медицинской организации применяется одно - наиболее существенное основание, влекущее больший размер неоплаты, или отказ в оплате.

Неоплата или неполная оплата медицинской помощи, а также уплата медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества *не освобождает медицинскую организацию от возмещения застрахованному лицу вреда*, причиненного по вине медицинской организации, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

При наличии нарушений в оказании медицинской помощи, предусматривающих по одному коду дефекта как размер неоплаты или неполной оплаты тарифа, так и штраф размера подушевого финансирования Территориальной программы ОМС, финансовые санкции суммируются.

При установлении по результатам экспертизы разницы тарифов оказания медицинской помощи, предъявленных к оплате, размер неоплаты определяется как сумма, на которую тариф, предъявленный к оплате, превышает тариф, который следовало предъявить к оплате.

В целях расчета размера штрафа применяются следующие подушевые нормативы (РП) в зависимости от условий оказания медицинской помощи на 2023 год:

1) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях – 8 151,25 руб.;

2) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации – 1 441,36 руб.;

3) подушевой норматив финансирования при оказании медицинской помощи в условиях стационара и в условиях дневного стационара – 22 382,34 руб.

**Приложение №1**  
**Закон Санкт-Петербурга "О**  
**Территориальной программе**  
**государственных гарантий**  
**бесплатного оказания гражданам**  
**медицинской помощи в**  
**Санкт-Петербурге на 2023 год и на**  
**плановый период 2024 и 2025 годов"**  
**от 21.12.22 №737-121**

**Целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи**

| N п/п   | Критерии доступности и качества медицинской помощи (единицы измерения)   | 2023 год | 2024 год | 2025 год |
|---|--|----------|----------|----------|
| 1   | 2  | 3        | 4        | 5        |
| <b>1. Критерии доступности медицинской помощи</b> |  |          |          |          |
| 1.1   | Удовлетворенность населения доступностью медицинской помощи (процент от числа опрошенных)  | 80       | 80       | 80       |
| 1.2   | Доля расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров в общих расходах на Территориальную программу (процент)  | 6,6      | 7,3      | 7,1      |
| 1.3   | Доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме в общих расходах на Территориальную программу (процент)  | 1,4      | 1,5      | 1,5      |
| 1.4   | Доля пациентов, получивших специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, в общем числе пациентов, которым была оказана медицинская помощь в стационарных условиях в рамках Территориальной программы ОМС (процент) | 3,4      | 3,4      | 3,4      |
| 1.5   | Доля посещений выездной патронажной службой на дому для оказания паллиативной медицинской помощи детскому населению в общем количестве посещений по паллиативной медицинской помощи детскому населению (процент)   | 72,5     | 73,0     | 73,0     |
| 1.6   | Число пациентов, которым оказана паллиативная медицинская помощь по месту их фактического пребывания за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого указанные пациенты зарегистрированы по месту жительства  | 145      | 150      | 150      |
| 1.7   | Число пациентов, зарегистрированных на территории субъекта Российской Федерации по месту жительства, за оказание паллиативной медицинской помощи которым в медицинских организациях других субъектов Российской Федерации компенсированы затраты на основании межрегионального соглашения                                  | 0        | 0        | 0        |
| 1.8   | Доля пациентов, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями, взятых под диспансерное наблюдение, в общем количестве пациентов, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями   | 70       | 70       | 70       |
| 1.9   | Доля граждан, обеспеченных лекарственными препаратами, в общем количестве льготных категорий граждан   | 90       | 90       | 90       |

| <b>2. Критерии качества медицинской помощи</b> |  |      |      |      |
|--|--|------|------|------|
| 2.1  | Доля впервые выявленных заболеваний при профилактических медицинских осмотрах, в том числе в рамках диспансеризации, в общем количестве впервые в жизни зарегистрированных заболеваний в течение года (процент)  | 40   | 40   | 40   |
| 2.2  | Доля впервые выявленных заболеваний при профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних в общем количестве впервые в жизни зарегистрированных заболеваний в течение года у несовершеннолетних (процент) | 89   | 89   | 89   |
| 2.3  | Доля впервые выявленных онкологических заболеваний при профилактических медицинских осмотрах, в том числе в рамках   | 27,5 | 27,5 | 27,5 |

|      |  |       |       |       |
|------|--|-------|-------|-------|
|      | диспансеризации, в общем количестве впервые в жизни зарегистрированных онкологических заболеваний в течение года (процент)   |       |       |       |
| 2.4  | Доля пациентов со злокачественными новообразованиями, взятых под диспансерное наблюдение, в общем количестве пациентов со злокачественными новообразованиями (процент)   | 91    | 91    | 91    |
| 2.5  | Доля пациентов с инфарктом миокарда, госпитализированных в первые 12 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с инфарктом миокарда (процент)  | 41,0  | 41,0  | 41,0  |
| 2.6  | Доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведено стентирование коронарных артерий, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда, имеющих показания к его проведению (процент)   | 63    | 63    | 63    |
| 2.7  | Доля пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, которым выездной бригадой скорой медицинской помощи проведен тромболитизис, в общем количестве пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, имеющих показания к его проведению, которым оказана медицинская помощь выездными бригадами скорой медицинской помощи (процент) | 0,3   | 0,3   | 0,3   |
| 2.8  | Доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда, имеющих показания к ее проведению (процент)  | 0,9   | 0,9   | 0,9   |
| 2.9  | Доля пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями, госпитализированных в первые шесть часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных в первичные сосудистые отделения или региональные сосудистые центры пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями (процент)   | 30,0  | 30,0  | 30,0  |
| 2.10 | Доля пациентов с острым ишемическим инсультом, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве пациентов с острым ишемическим инсультом, госпитализированных в первичные сосудистые отделения или региональные сосудистые центры в первые шесть часов от начала заболевания (процент)                                     | 5,0   | 5,0   | 5,0   |
| 2.11 | Доля пациентов с острым ишемическим инсультом, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве пациентов с острым ишемическим инсультом, госпитализированных в первичные сосудистые отделения или региональные сосудистые центры (процент)  | 5,0   | 5,0   | 5,0   |
| 2.12 | Доля пациентов, получающих обезболивание в рамках оказания паллиативной медицинской помощи, в общем количестве пациентов, нуждающихся в обезболивании при оказании паллиативной медицинской помощи (процент)   | 52,0  | 53,0  | 53,0  |
| 2.13 | Количество обоснованных жалоб, в том числе на несоблюдение сроков ожидания оказания и отказ в оказании медицинской помощи, предоставляемой в рамках Территориальной программы (доля от числа зарегистрированных обращений)   | 0,017 | 0,017 | 0,017 |
| 2.14 | количество случаев госпитализации с диагнозом "Бронхиальная астма" на 100 тыс. населения в год;  | 82,8  | 81,0  | 81,0  |
| 2.15 | количество случаев госпитализации с диагнозом "Хроническая обструктивная болезнь легких" на 100 тыс. населения;  | 49,0  | 48,5  | 48,5  |
| 2.16 | количество случаев госпитализации с диагнозом "Хроническая сердечная недостаточность" на 100 тыс. населения в год;   | 272   | 271   | 271   |
| 2.17 | количество случаев госпитализации с диагнозом "Гипертоническая болезнь" на 100 тыс. населения в год;   | 509,5 | 509   | 509   |
| 2.18 | количество случаев госпитализации с диагнозом "Сахарный диабет" на 100 тыс. населения в год;   | 140,5 | 139,5 | 139,5 |
| 2.19 | Доля пациентов, прооперированных в течение двух дней после поступления в стационар по поводу перелома шейки бедра, от всех прооперированных по поводу указанного диагноза  | 80    | 85    | 90    |

Приложение №2

(наименование медицинской организации, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, имеющих лицензии на медицинскую деятельность)

# ЖУРНАЛ

## ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

( наименование организации, подразделения)

Начат «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
Окончен «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Ответственный за заполнение \_\_\_\_\_ Ф.И.О.

## ЖУРНАЛ контроля качества медицинской помощи

| № п/п | Проверочный период (месяц, квартал, год) | Отделение, либо Ф.И.О. врачей с числом пролеченных больных | Количество проведенных экспертиз | Количество медицинских карт с выявленными дефектами медицинской помощи (абс. и %) |                  |                                     |                        |                                     | Итоговая оценка качества медицинской помощи с Коэффициентом качества |
|-------|--|--|----------------------------------|---|------------------|-------------------------------------|------------------------|-------------------------------------|--|
|       |  |  |                                  | Диагностических мероприятий   | Полноты диагноза | Лечебнопрофилактических мероприятий | Преемственности этапов | Оформления медицинской документации |  |
| 1     | 2  | 3  | 4                                | 5   | 6                | 7                                   | 8                      | 9                                   | 10   |
|       |  |  |                                  |   |                  |                                     |                        |                                     |  |

ПРОТОКОЛ  
ЗАСЕДАНИЯ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ  
от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 г. № \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации)

Повестка:

1. Комиссия в составе:

Председатель \_\_\_\_\_

(руководитель комиссии или его заместитель)

Члены \_\_\_\_\_

Приглашенные \_\_\_\_\_

(специалисты, представляющие материалы на комиссию, эксперты)

Секретарь комиссии \_\_\_\_\_

В присутствии:

Проверяемые лица \_\_\_\_\_

Руководители \_\_\_\_\_

2. Перечень рассмотренных вопросов:

Представленные материалы \_\_\_\_\_

(результаты служебного расследования, медицинская документация, объяснительные  
медицинского персонала, акты проверок, приказы и т.д.)

3. Комиссия решила \_\_\_\_\_

(обоснование принятого решения)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Председатель комиссии: \_\_\_\_\_

Члены комиссии: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **Список литературы:**

### ***Основная литература:***

1. Медик В. А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 608 с.
2. Экономика здравоохранения: учебное пособие для студентов педиатрического, лечебного и стоматологического факультетов / В.К. Юрьев [и др.]. – СПб.: ГПМУ, 2015. – Часть 1. – 52 с.
3. Экономика здравоохранения: учебное пособие для студентов педиатрического, лечебного и стоматологического факультетов / В.К. Юрьев [и др.]. – СПб.: ГПМУ, 2015. – Часть 2. – 40 с.
4. Экономика здравоохранения: учебник / А. В. Решетников с соавт.; под общ. ред. А. В. Решетникова. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАРМедиа, 2015. – 192 с.
5. Экономика здравоохранения: Учебное пособие/ Р.С. Гаджиев. М.: Медицина, 2018.456 с.
6. Юрьев, В.К., Моисеева К.Е. Основы организации медицинской помощи детскому населению: монография – СПб.: Сотис-Мед, 2021. - 140 с.

### ***Дополнительная литература:***

- Федеральный закон от 31.07.2020 № 248-ФЗ «О государственном контроле (надзоре) и муниципальном контроле в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»;
- Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ»;
- Постановление Правительства Российской Федерации от 12.11.2012 № 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности»;
- Постановление Правительства РФ от 29.06.2021 №1048 «Об утверждении Положения о федеральном государственном контроле (надзоре) качества и безопасности медицинской деятельности»;
- Постановление Правительства РФ от 29.12.2022 № 2497 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов»;
- Приказ Минздрава России от 10.05.2017 №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»;
- Приказ Минздрава России от 31.07.2020 г. № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»;
- Приказ Минздрава России от 19.03.2021 №231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения»;
- Приказ Минздрава России от 26.03.2021 № 255н «Об утверждении порядка осуществления территориальными фондами обязательного медицинского страхования контроля за деятельностью страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, а также контроля за использованием средств обязательного медицинского страхования указанными страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями»;
- Приказ Росздравнадзора от 10.07.2020 № 5974 «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по осуществлению государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности»;

- Закон Санкт-Петербурга от 14 декабря 2022 года №737-121 «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов».

Учебно-методическое пособие предназначено для изучения особенностей проведения контроля качества медицинской помощи в Российской Федерации для студентов педиатрического, лечебного и медико-профилактического факультетов (уровень специалитета). Пособие составлено на основании ФГОС для обучающихся данных специальностей.

**Юрьев** Вадим Кузьмич, **Моисеева** Карина Евгеньевна,  
**Соколова** Вера Васильевна

### **Контроль качества медицинской помощи в Российской Федерации**

*Учебно-методическое пособие для обучающихся педиатрического, лечебного  
и медико-профилактического факультетов*