

лечебных учреждений Дальнего Востока. Проводятся видеоконференции, региональные семинары-совещания с ведущими медицинскими центрами, а также с зарубежными: Германия, Израиль, Канада, США, Республика Корея и др.

Также медицинскими вузами созданы собственные учебно-производственные стоматологические поликлиники, аптеки, учебно-тренировочные центры по отработке практических навыков, и другие.

Вузами проводится большая работа по трудоустройству и закреплению на местах медицинских и фармацевтических кадров (целевой отбор абитуриентов из районов с низкой укомплектованностью врачебными кадрами, открытие подготовительного отделения в форме интерната для детей народов Севера).

Крупным шагом в подготовке научных и педагогических кадров стало открытие в медицинских вузах диссертационных советов (К 212.306.02; Д

084.11.01; К 208.026.01; Д 208.007.01; Д 208.007.02; К 208 007.02; К 208.007.01; К 208.007.03; К 208.007.04).

Достигнутые вузами результаты, состоящие в подготовке нескольких тысяч высококвалифицированных врачей, провизоров и медицинских сестер с высшим образованием, интернов, аспирантов и клинических ординаторов, получили высокую оценку в лечебно-профилактических учреждениях Дальневосточного федерального округа.

В.К. Григорьева

ВНЕВЕДОМСТВЕННЫЙ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ – ОДИН ИЗ МЕХАНИЗМОВ ЗАЩИТЫ ПРАВ И ЗАКОННЫХ ИНТЕРЕСОВ ГРАЖДАН В СИСТЕМЕ ОМС

Деятельность всех участников системы ОМС в сфере защиты прав застрахованных тесно связана с организацией экспертной работы по контролю качества лечения. Важной особенностью контроля качества медицинской помощи в системе ОМС является его вневедомственный характер, обеспечивающий права пациентов, застрахованных по ОМС, на получение медицинской помощи в необходимом объеме, надлежащего качества и при условиях, соответствующих территориальной программе ОМС, а также обеспечения рационального использования средств ОМС.

Вневедомственный контроль КМП регламентируют Закон РФ «О медицинском страховании граждан в РФ», приказы ФФ ОМС РФ, совместные приказы ТФ ОМС РС(Я) и МЗ РС(Я).

На сегодняшний день в ООО «Сахамедстрах» число заключенных договоров ОМС достигло 13 348 и охватывает порядка 90% населения республики (850 586 граждан). Уровень застрахованного населения по Республике Саха (Якутия) на период с 1997 по 2009 г. возрос в 4 раза.

Для осуществления одной из первоочередных задач в деятельности компании – обеспечение застрахованного населения качественной медицинской помощью – страховая компания на

основании договорных отношений в соответствии с Территориальной программой ОМС РС (Я) тесно работает с более чем 500 лечебно-профилактическими учреждениями республики.

Врачами-экспертами компании проведена 675 601 экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП), оказываемой застрахованному населению, в т.ч. за последний отчетный, 2009 г. – 171 107 экспертиз. Из общего числа экспертиз доля страховых случаев значительно выросла и за отчетный 2009 г. составила 4,0%.

Удельный вес экспертной деятельности (ЭКМП+МЭЭ) на 10 тыс. застрахованных составил в 2009 г. 2221, в 1997 г. – 28,9 (МЭЭ – медико-экономическая экспертиза).

При проведении экспертизы качества медицинской помощи удельный вес нарушений условий договора и ненадлежащего качества медицинской помощи составил в 2007г. – 41,9%, 2008 – 37,3, 2009г. – 12,2% от общего количества проведенных экспертиз. Таким образом, положительная динамика позволяет считать экспертные проверки эффективными и целесообразными.

При этом по требованию ежегодно

увеличивается показатель привлечения к экспертной деятельности высококвалифицированных внештатных врачей-экспертов, увеличивается показатель проведения целевых экспертиз, увеличиваются частота выездных бригад для проведения ЭКМП в целях достижения наиболее полного охвата страховых случаев экспертной деятельностью.

Как видно из данных табл.1, в 2009г. отмечается снижение количества проведенных ЭКМП в сравнении с 2007г. в 5,8 раза, что обусловлено внесением изменений и дополнений в ведомственную статистическую форму отчетности «Организация защиты прав и законных интересов граждан в системе обязательного медицинского страхования» приказом ФФ ОМС №175 от 14.08.2008г. Согласно данному приказу, с 4-го квартала 2008г. экспертизы разделены на медико-экономические и экспертизы качества медицинской помощи. По отчетным данным, в 2008г. проведено МЭЭ – 59 387, в 2009г. – 151 698.

За последние 3 года удельный вес ЭКМП, проведенных внештатными врачами-экспертами, увеличился с 34 до 83%, что является результатом усо-

Таблица 1

Динамика проведенных экспертиз качества медицинской помощи штатными и внештатными врачами-экспертами за 2007- 2009гг.

ЭКМП	2007г.		2008г.		2009г.	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Проведено ЭКМП всего	112 400	100	106 234	100	19 409	100
В том числе штатными специалистами	73 991	66	43 849	41	3 363	17
внештатными специалистами	38 409	34	62 385	59	16 046	83

ГРИГОРЬЕВА Валентина Кимовна – зам. руковод. Медико-экономического департамента ОАО «Сахамедстрах».

вершенствования организации экспертной деятельности.

При проведении ЭКМП удельный вес нарушений условий договора и ненадлежащего качества медицинской помощи составил в 2007г.- 41,9%, 2008 – 55, 2009г.- 35% от общего количества проведенных экспертиз. В 2009г. по показателям удельного веса выявленных нарушений отмечается положительная динамика.

За последние 3 года в структуре основных нарушений, выявленных при проведении ЭКМП, удельный вес случаев оказания медицинской помощи ненадлежащего качества увеличился с 2 до 70%, что обусловлено в основном разделением экспертиз на МЭЭ и ЭКМП в статистической форме отчетности и изменением оценки показателя УКЛ (УКЛ ниже 0,9 как ненадлежащий уровень качества лечения) (табл.2).

Одновременно увеличился удельный вес случаев необоснованной госпитализации с 0,3 до 6,9%, что связано с проведением плановых и внеплановых проверок эффективности использования средств ОМС в ЛПУ республики в части обоснованности госпитализации больных в круглосуточные стационары и обоснованности назначения лекарственных средств.

Отмечается снижение удельного веса случаев нарушений преемственности между различными этапами оказания медицинской помощи с 8,2 до 1,3%, ограничения доступности медицинской помощи – с 26 до 1,9%, случаев других нарушений – с 60 до 9,5%. В другие нарушения входят выставление счета за неоказанные медицинские услуги, отсутствие первичной медицинской документации без уважительных причин, необоснованное завышение объема и стоимости услуг, дефект оформления медицинской документации, нерациональное использование лекарственных средств, выявляемые в ходе проведения ЭКМП.

По результатам вневедомственного контроля КМП средний уровень качества лечения в ЛПУ республики, работающих в системе ОМС, составил в 2007 г.- 0,8, 2008 – 0,87, 2009 – 0,83. Снижение коэффициента уровня качества лечения в 2009 г. обусловлено снижением уровня качества лечения, по результатам ЭКМП, в отдельных центральных районных больницах и участковых больницах.

По ОАО «Сахамедстрах» уровень качества лечения в среднем разрезе ЛПУ за период 2007–2009 гг.: в республиканских – 0,9, ЛПУ г. Якутска – 0,9, промышленные ЛПУ – 0,84, заречные

Таблица 2

Структура основных нарушений, выявленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи 2007-2009 гг.

Основные нарушения	2007г.		2008г.		2009г.	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Выявлено случаев нарушений условий договора и ненадлежащего КМП всего	47 070	41,9	58 508	55	6 851	35
В том числе оказание МП ненадлежащего качества	785	2	12 363	21	4 778	70
необоснованная госпитализация	143	0,3	673	1,2	471	6,9
необоснованное ограничение доступности медицинской помощи	12 118	26	8 067	13,8	131	1,9
повторное обоснованное обращение пациента	17	0,03	85	0,1	19	0,3
нарушение преемственности между этапами оказания медицинской помощи	3 846	8,2	2 670	4,6	90	1,3
непрофильная госпитализация	15	0,03	52	0,09	20	0,3
другие нарушения	28 313	60	26 759	45,7	653	9,5

Таблица 3

Удовлетворенность качеством медицинской помощи по данным социологического опроса в 2009г.

Результаты социологического опроса	Количество		Удовлетворены качеством мед. помощи		Не удовлетворены качеством мед. помощи		Затруднились ответить	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Количество опрошенных граждан	7 252	100	4 653	64	767	11	1 832	25
При получении стационарной мед. помощи	2 425	33	1 584	65	173	7	668	27
При получении стационаро-зачемщ-й мед. помощи	2 351	32	1 411	60	222	9	718	31
При получении амбулаторно-поликлинической помощи	2 476	34	1 658	67	372	15	446	18

группы улусов – 0,8, центральные группы улусов – 0,82, вилюйская группа улусов – 0,78, северная группа улусов – 0,8.

Финансовые средства, удержанные с ЛПУ из-за частичной или неполной оплаты медицинских услуг по результатам ЭКМП за отчетный 2009 год составили 55774 тыс. рублей.

В целях изучения мнения и удовлетворенности населения о качестве и доступности предоставляемых медицинских услуг страховой медицинской организацией в лечебно-профилактических учреждениях проводится социологический опрос (табл.3).

Многообразие задач, стоящих перед врачами-экспертами при оценке КМП, определяют необходимость иметь в составе фондов ОМС, страховых организаций внештатных врачей-экспертов, которым поручается непосредственное проведение экспертизы КМП в медицинских учреждениях по их специальности.

Положения о внештатном и штатном врачах-экспертах и порядок их работы утверждены приказами МЗ и

ТФ ОМС РС(Я) от 16.01.09г. № 9. В соответствии со статьей 61 основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, о врачебной тайне утвержден приказ «49/1-4 от 08.09.2003г. «О соблюдении конфиденциальности сведений, составляющих врачебную тайну, приложением №4 к вышеуказанному приказу «Порядок прохождения в ОАО «ГСМК «Сахамедстрах» поступивших документов из учреждений и обращений граждан со сведениями, составляющими врачебную тайну».

В своей работе внештатный врач-эксперт руководствуется действующим законодательством РФ, приказами и методическими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФОМС, ТФОМС.

Внештатный врач-эксперт проводит экспертизу по своей основной медицинской специальности в пределах компетенции, определенной сертификатом специалиста. Поскольку внештатный врач-эксперт занимается собственно экспертной деятельностью, для него главную роль играют именно профессиональные знания как

специалиста в определенной области медицины: высокая компетентность в той области, в которой осуществляется экспертиза, сочетающаяся с общей культурой и эрудицией. В соответствии с требованиями, предъявляемыми к нему именно как к эксперту, он, как и штатный врач-эксперт, должен владеть знаниями по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение». Следует обратить особое внимание на обязанности и права внештатного врача-эксперта.

Трудно назвать другую сферу человеческой деятельности, где вопросы профессиональной этики имели бы столь важное значение. Врач-эксперт постоянно оказывается в сложной психологической ситуации. Объективно, исполняя роль третейского судьи, он не отстаивает ни позиции пациента, ни позиции медработника. Более того, врачу-эксперту необходимо постоянно подчеркивать свой нейтралитет, определяя основную цель экспертизы как необходимость выявления дефектов работы для предотвращения аналогичных ошибок в будущем.

К сожалению, за период деятельности в условиях ОМС на федеральном уровне не создана единая концепция стандартов медицинских услуг, по большинству нозологических форм, не разработаны и не утверждены стандарты обследования и лечения, не разработаны сопоставимые критерии оценки деятельности врачей-экспертов. В определенной мере показателями работы врачей – экспертов могут служить: число выявленных нарушений по кодам, динамика при проведении экспертиз в учреждении, на территории; сравнительная оценка данных медико-экономических экспертиз в близких по мощности учреждениях здравоохранения, за равнозначный период.

В заключение можно сделать следующие выводы:

Причины, значительно ограничивающие эффективность работы по непрерывному улучшению качества медицинской помощи:

– Недостаточная материально-техническая оснащенность медицинских учреждений, как амбулаторно-поликли-

нических, так и стационарных структур ЛПУ, работающих в системе ОМС.

– Недостаточная укомплектованность врачами.

– Необеспеченность прав пациентов показывает увеличение расходов населения на медицинскую, в том числе и лекарственную помощь.

– Отмечается недостаточная реализация на региональном уровне, с формальным подходом на местах к внедрению систем качества, наименьшее внимание на территориальном уровне уделяется оценке управленческого решения.

– Анализ результатов контроля качества медицинской помощи не носит систематический целостный разносторонний характер; в основном отмечается поверхностное обобщение полученной в ходе проведенных проверок и работы с обращениями граждан информации, вызванное необходимостью ее представления в отчете (квартальном, полугодовом, годовом) или на конференции.

Предложения:

1. Продолжать обучение штатных и внештатных врачей экспертов для необходимой работы в области управления качеством медицинской помощи.

2. Постоянно внедрять необходимые новации по управлению качеством медицинской помощи.

3. Проводить правовой и экономический анализ проведенных экспертиз, организационно-методологическое сопровождение экспертной деятельности.

4. Провести работу по повышению преемственности и эффективности диагностики.

5. Осуществлять систематический мониторинг качества медицинской помощи на всех уровнях: отдельного врача, структурного подразделения, учреждения в целом.

6. Необходимо создать условия для непрерывного взаимодействия субъектов, участвующих в системе обеспечения качества медицинской помощи: страховщик, страхователь, органы управления здравоохранения, врачи, пациенты.

Литература

1. Буланов Д.Г. Перспективы и тенденции развития обязательного медицинского страхования / Д.Г. Буланов, В.Ф. Клименко // Экономика здравоохран. - 2004. - № 3. - С. 8-11.

Bulanov D.G., Klimenko V.F. Perspectives and Development Tendencies of Obligatory Medical Insurance / D.G. Bulanov, V.F. Klimenko // Economy of Public Health Care. - 2004. - # 3. P. 8-11.

2. Воловец А. Экспертиза качества медицинской помощи в системе ОМС / А. Воловец // Качество медицинской помощи. - 2001. - №3. - 75-80.

Volovets A. Examination of Medical Service Quality in the System of Obligatory Medical Insurance / A. Volovets // Quality of Medical Service. - 2001. - # 3. - 78-80.

3. Галаянова Г.Н. Оценка эффективности управленческой деятельности ЛПУ и оплата за качество медицинских услуг: методическое пособие / Г.Н. Галаянова. - М., 1997. - 104 с.

Galyanova G.N. Evaluation of medical and preventive institutions effectiveness and payment for medical service quality: Study guide / G.N. Galyanova. - M., 1997. - P.104

4. Герасименко Н.Ф. Новое в российском законодательстве в сфере охраны здоровья / Н.Ф. Герасименко, О.Ю. Александрова // Экономика здравоохран. - 2004. - № 11-12. - С.5-17

Gerasimenko N.F., Alexandrova O.U. New in Russian Legislation in sphere of Public Health Care/ N.F. Gerasimenko, O.U. Alexandrova // Economy of Public Health. - 2004. - # 11-12. P. 5-17.

5. Захаров И.А. Вопросы права в деятельности медицинских работников: учебное пособие / И.А., Захаров О.В. Фадеев. - Саратов, 2003.

Zakharov I.A. Problems of Legislation in Medical Workers' Activity: Textbook / I.A. Zakharov, O.V. Fadeev. - Saratov, 2003.

6. Информационно-аналитическая справка «О состоянии защиты прав застрахованных граждан в системе обязательного медицинского страхования в РС(Я) за 2009г. / ТФ ОМС Республики Саха (Якутия).

Information and Analytical Reference Book "About the state of Rights Defense in the Obligatory Medical Insurance System in the Republic of Sakha (Yakutia) in 2009" / Territorial Fund of Obligatory Medical Insurance in the Republic of Sakha (Yakutia).

7. Таранов А.М. Обеспечение качества медицинской помощи с использованием подходов доказательной медицины: учебно-методическое пособие / А.М. Таранов, О.В. Андреева. - М., 2003. - С. 190-242.

Taranov A.M., Andreeva O.V. Guaranteeing of Medical Service Quality with the Use of Approaches Conclusively Medicine: Educational and Methodical Textbook / A.M. Taranov, O.V. Andreeva. - M., 2003. - P. 190-242.