



**ЧЕЛЯБИНСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ФОНД ОМС**

Министерство здравоохранения  
Челябинской области

**Вневедомственный  
и ведомственный  
контроль качества  
медицинской помощи**

Челябинск, 2011

Челябинский областной фонд обязательного  
медицинского страхования

Министерство здравоохранения Челябинской области

## **Вневедомственный и ведомственный контроль качества медицинской помощи**

Под редакцией исполнительного директора  
Челябинского областного фонда ОМС М.Г. Вербитского

Издательство «Челябинская государственная медицинская академия»

Челябинск, 2011

УДК 614.2:658  
ББК 5  
В 60

**Вневедомственный и ведомственный контроль качества медицинской помощи** / Под редакцией М.Г. Вербитского. – Челябинск: Изд-во «Челябинская государственная медицинская академия», 2011. – 32 с.

**Редактор:**

М.Г. Вербитский, исполнительный директор Челябинского областного фонда ОМС.

**Авторы:**

М.Г. Вербитский – исполнительный директор Челябинского областного фонда ОМС;

Т.И. Инсарская – к. м. н., заместитель исполнительного директора по вопросам организации ОМС Челябинского областного фонда ОМС;

М.Г. Москвичева – д. м. н., первый заместитель министра здравоохранения Челябинской области;

Н.Г. Калева – к. м. н., главный специалист отдела по связям с общественными и научными учреждениями Челябинского областного фонда ОМС.

**При сотрудничестве:**

Н.В. Жуковой – к. м. н., главного специалиста по контролю качества медицинской помощи Министерства здравоохранения Челябинской области;

Е.В. Красовской – начальника отдела тарифной политики и медицинской экспертизы Челябинского областного фонда ОМС;

В.А. Катькова – начальника отдела организации ОМС и защиты прав застрахованных.

**Ответственный секретарь:**

М.В. Панафидин – ведущий специалист отдела организации ОМС и защиты прав застрахованных.

Сборник содержит информационные материалы, отражающие динамику показателей вневедомственного и ведомственного контроля качества медицинской помощи в медицинских организациях Челябинской области, направленного на обеспечение бесплатной медицинской помощи, доступности и качества медицинских услуг. Материалы представляют интерес для работников системы ОМС, организаторов здравоохранения, руководителей МО, врачей, экономистов, представителей исполнительной и законодательной власти муниципальных образований, преподавателей медицинских вузов, широкого круга специалистов.

**ISBN 978-5-94507-135-3**

© Челябинский областной фонд обязательного медицинского страхования, 2011

© Министерство здравоохранения Челябинской области, 2011

© Изд-во «Челябинская государственная медицинская академия», 2011

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>Предисловие</b> .....	4
<b>Глава 1. Результаты вневедомственного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию</b> .....	5
1.1. Медико-экономический контроль .....	5
1.2. Медико-экономическая экспертиза .....	7
1.3. Экспертиза качества медицинской помощи .....	11
<b>Глава 2. Результаты ведомственной экспертизы качества медицинской помощи в лечебно- профилактических учреждениях Челябинской области (2008–2010 годы)</b> .....	18
<b>Глава 3. Информирование, защита прав и законных интересов граждан в системе ОМС</b> .....	24
<b>Заключение</b> .....	30

## Предисловие

В соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» с целью повышения качества и доступности медицинской помощи застрахованным по ОМС гражданам введен в действие приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 года № 230 «Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

Основными задачами контроля являются:

- обеспечение бесплатного предоставления застрахованному лицу медицинской помощи в объеме и на условиях, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования;

- защита прав застрахованного лица на получение бесплатной медицинской помощи;

- предупреждение дефектов медицинской помощи, являющихся результатом несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья застрахованного лица; невыполнения и/или неправильного выполнения порядков оказания медицинской помощи и/или стандартов медицинской помощи, медицинских технологий, путем анализа наиболее распространенных нарушений по результатам контроля и принятие мер уполномоченными органами;

- изучение удовлетворенности застрахованных лиц объемом, доступностью и качеством медицинской помощи.

В сборнике представлены аналитические материалы результатов деятельности Челябинского областного фонда обязательного медицинского страхования и Министерства здравоохранения Челябинской области по вопросам вневедомственного и ведомственного экспертного контроля качества медицинской помощи.

*Исполнительный директор  
Челябинского областного  
фонда обязательного  
медицинского страхования*

*М.Г. ВЕРБИТСКИЙ*

## **Глава 1. Результаты вневедомственного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию**

Вневедомственный контроль качества медицинской помощи в 2010 году проводился во всех медицинских организациях, которые в полном объеме или частично финансировались из средств обязательного медицинского страхования.

Экспертный контроль осуществлялся силами врачей экспертов шести страховых медицинских организаций и врачами-экспертами Челябинского областного фонда обязательного медицинского страхования ЧОФОМС.

Организация и проведение экспертного контроля проводились в соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 26 мая 2008 года № 111 «Об организации контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования», а также Положением об организации вневедомственного контроля объемов и качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Челябинской области, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Челябинской области и Челябинского фонда обязательного медицинского страхования 25 марта 2009 года № 307/170, по трем направлениям: медико-экономический контроль, медико-экономическая экспертиза, экспертиза качества медицинской помощи.

В 2010 году проведено 141 222 экспертизы. Из них 0,8 % приходится на долю медико-экономического контроля, 40,1 % составляют медико-экономические экспертизы, 59,1 % – экспертизы качества медицинской помощи. Прирост количества экспертиз в 2010 году составил 16,5 % по сравнению с 2008 годом. Общая сумма недоплат составила 49 322 612 рубля. Уровень финансирования потерь медицинских организаций по результатам экспертного контроля аналогичен 2009 году и составил 34 %.

### ***1.1. Медико-экономический контроль***

Медико-экономический контроль проводился по реестрам оказанных медицинских услуг, представленных к оплате страховщику медицинскими организациями.

Оценивалась правильность оформления реестров счетов, правильность кодирования медицинских услуг, исключались из реестра нелицензированные виды деятельности, контролировалось соответствие представленных медицинских услуг территориальной программе ОМС, идентифицировалась принадлежность застрахованного лица к страховому полю.

В 2010 году составлено 266 актов медико-экономического контроля, содержащих 1 515 нарушений.

Количество выявленных нарушений в результате медико-экономического контроля имеет тенденцию к снижению (рис. 1). Подобная ситуация объясняется тем, что СМО не заинтересованы в проведении данного вида контроля, так как суммы недоплат по выявленным нарушениям не являются источником расходов на ведение дела.

*Структура нарушений результатов  
медико-экономического контроля в 2010 году*



Рисунок 1

В структуре основных нарушений медико-экономического контроля в 2010 году наибольший удельный вес имели:

1) нарушения, связанные с включением в реестр счетов медицинских услуг, не входящих в территориальную программу ОМС (туберкулез, инфекции, передающиеся половым пу-

тем, ВИЧ, психические расстройства, кодируемые шифром F по МКБ 10), – 47 %;

2) включение в счет нелегализованных видов деятельности (оказание специализированной медицинской помощи детям по специальностям: детская хирургия, стоматология детская, детская кардиология, детская урология-андрология) – 31 %;

3) повторное включение в счет одной и той же медицинской услуги – 18 %.

Потери медицинских учреждений по результатам медико-экономического контроля составили 708 467 рублей.

По выявленным нарушениям в ходе проведения медико-экономического контроля в 2010 году составлено 1 154 акта. По сравнению с 2009 годом количество нарушений, выявленных при медико-экономическом контроле, уменьшилось в 1,8 раза.

## ***1.2. Медико-экономическая экспертиза***

Количество медико-экономических экспертиз по сравнению с 2009 годом увеличилось в 1,5 раза и в 2010 году составило 59 651, при этом сумма недоплат возросла в 1,4 раза (табл. 1).

Таблица 1

*Динамика сумм недоплат результатов медико-экономической экспертизы за период 2009–2010 годов*

	2009 г.	2010 г.
Количество медико-экономических экспертиз	34 511	59 667
Сумма недоплат	27 803 950 руб.	39 771 402 руб.

Обращает внимание, что на протяжении двух лет (2009–2010 годы) преобладает прирост медико-экономических экспертиз, выполненных сотрудниками ЧОФОМС: в 2,7 раза в 2009 году и в 2,8 раза в 2010 году.



*Динамика показателей роста медико-экономических экспертиз, проведенных СМО и ЧОФОМС*

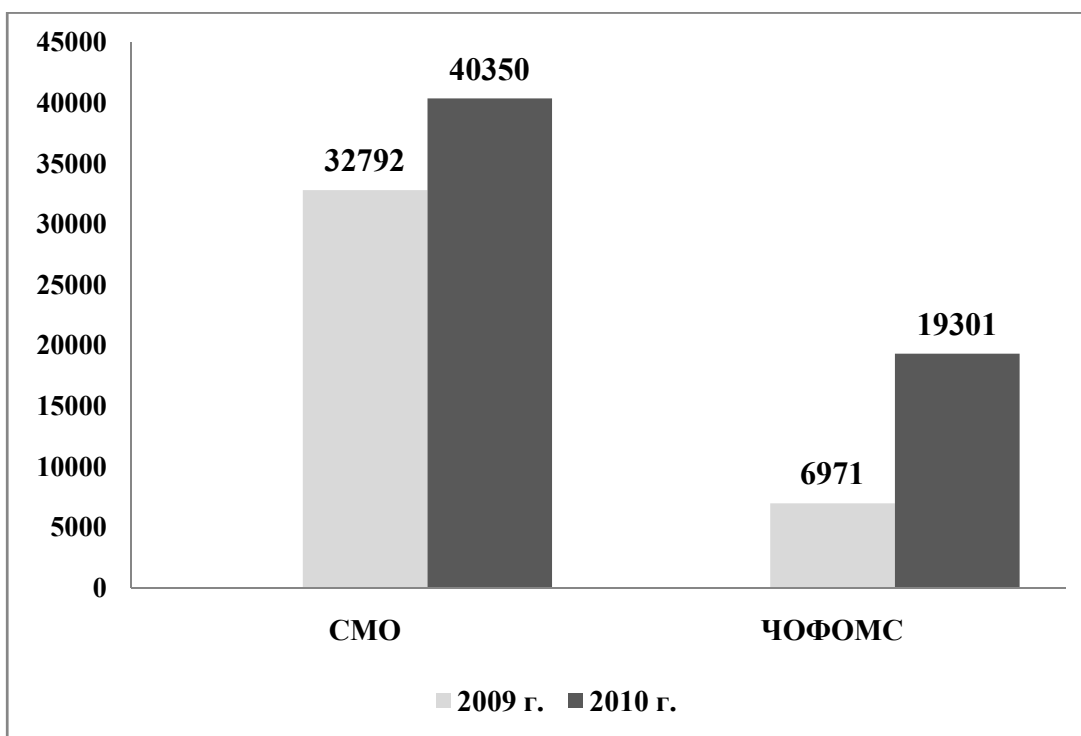


Рисунок 2

В связи с введением персонифицированного учета параклинических услуг проведено 1 019 медико-экономических экспертиз данного вида медицинских услуг, сумма недоплат по ним составила 2 199 436 рублей (6 % от общей суммы недоплат).

Возросшие финансовые потери медицинских организаций по результатам медико-экономической экспертизы объясняются, прежде всего, ростом тарифов на медицинские услуги как в стационаре, так и в поликлинике.

В структуре основных нарушений, выявленных при проведении медико-экономических экспертиз, наибольший удельный вес составляют нарушения, связанные с необоснованным завышением стоимости медицинских услуг (82 %) и выставлением счетов за неоказанные медицинские услуги (10,7 %).

Таблица 2

*Структура нарушений по результатам медико-экономической экспертизы*

Структура нарушений	2009 г.	2010 г.
Необоснованное завышение стоимости лечения	73 %	82 %
Нарушения, связанные с выставлением счета за неоказанные медицинские услуги	19 %	11 %

Следует отметить, что доля нарушений, связанных с необоснованным завышением стоимости медицинских услуг, почти в два раза (43,5 %) превышает среднероссийские показатели.

Структурное распределение нарушений, выявленных в ходе проведения медико-экономической экспертизы (табл. 3), претерпело изменения в связи с принятием Положения о вневедомственном контроле, последующими изменениями указанного документа и выделением отдельного учета нарушений при медико-экономическом контроле.

Таблица 3

*Структура всех нарушений по результатам медико-экономической экспертизы за 2010 год*

Нарушения, выявленные в результате МЭЭ	Абсолютное значение	% от общего количества нарушений по МЭЭ 2010 г.
Нарушения, связанные с необоснованным завышением стоимости лечения	48 975	82
Выставление счетов за неоказанные мед. услуги	6 398	10,7
Отсутствие первичной документации без уважительной причины	5 481	4,5
Прочие причины	2 888	2,8

В структуре нарушений, выявленных в случаях медико-экономической экспертизы при оказании амбулаторно-поликлинической помощи (рис. 3), преобладает завышение стоимости лечения (82,5 %).

*Структура нарушений медико-экономических экспертиз при оказании амбулаторно-поликлинической помощи*

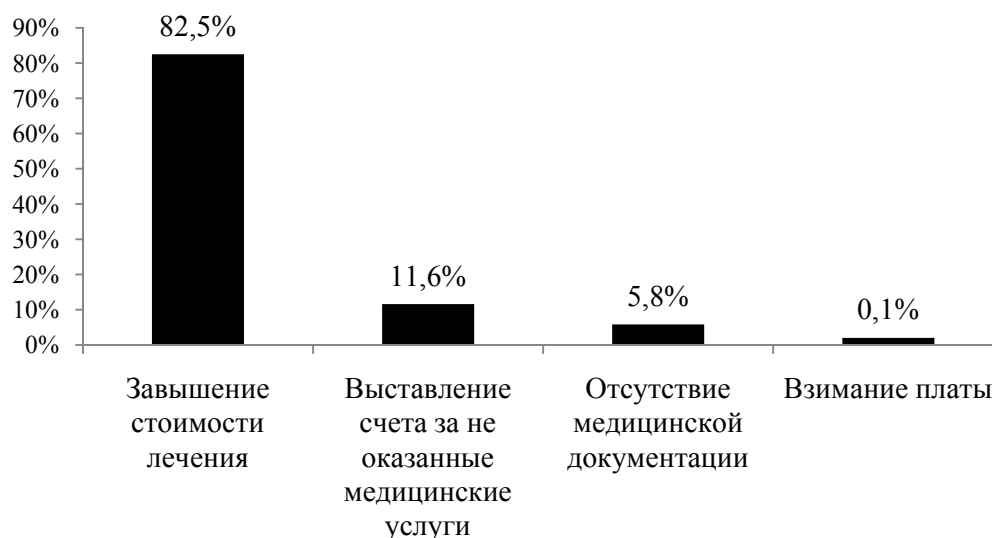


Рисунок 3

В стационарных подразделениях также преобладают нарушения, связанные с завышением стоимости лечения. В то же время в 12 % случаев недоплаты связаны с непрофильной госпитализацией (рис. 4).

В 2010 году произошло уменьшение количества нарушений медико-экономической экспертизы, связанное с взиманием платы за медицинские услуги по ОМС как в поликлинике, так и в стационаре.

Количество медико-экономических экспертиз по сравнению с 2009 годом увеличилось в 1,5 раза, при этом сумма недоплат возросла в 1,4 раза.

*Структура нарушений медико-экономических экспертиз  
при оказании стационарной медицинской помощи*

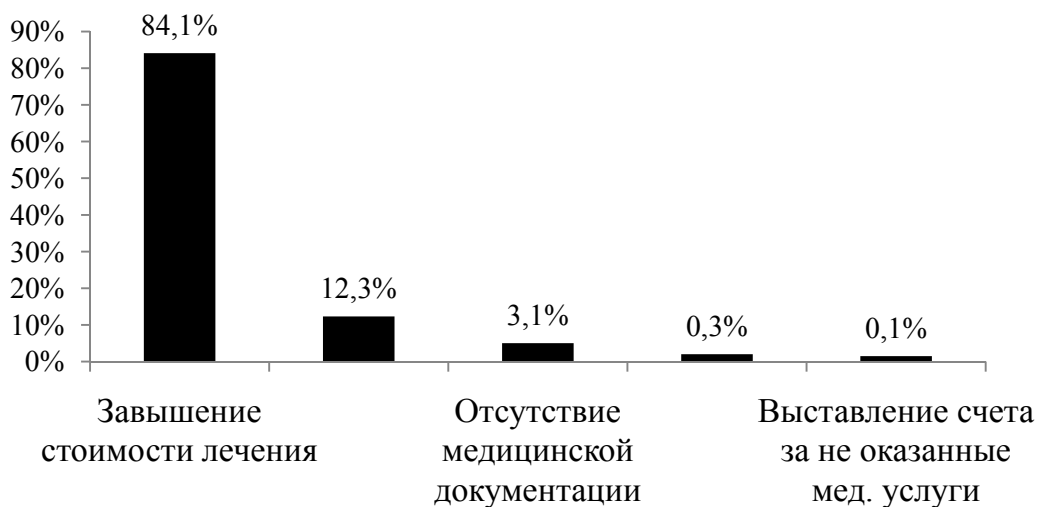


Рисунок 4

### *1.3. Экспертиза качества медицинской помощи*

В 2010 году проведено 83 417 экспертиз качества медицинской помощи, что на 2,3 % больше предыдущего года (81 462 экспертизы КМП).

Прирост экспертиз связан с изменениями условий договора о финансировании медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Из общего числа экспертиз качества медицинской помощи выявлено 23 % экспертиз с дефектами ( $ПД \geq 0,04$ ), что на 1 % больше, чем в 2009 году.

Экспертизы качества медицинской помощи проводились как штатными экспертами страховых медицинских организаций, так и внештатными экспертами, входящими в регистр внештатных экспертов системы обязательного медицинского страхования Челябинской области.

Таблица 4

*Процентное соотношение экспертиз, выполненных экспертами*

	2009 г.	2010 г.	РФ
Штатные	3 %	2,4 %	54,3 %
Внештатные	95,4 %	97,6 %	45,7 %

На территории Челябинской области отмечается значительное преобладание экспертиз качества медицинской помощи, выполненных внештатными экспертами, что подтверждает эффективность использования высококвалифицированных практикующих врачей, способных объективно учитывать все факторы, влияющие на уровень качества медицинской помощи.

Экспертиза качества медицинской помощи проводилась как в амбулаторно-поликлинических, так и в стационарных подразделениях.

Количество актов экспертиз качества медицинской помощи, имеющих дефекты с ПД  $\geq 0,04$ , в поликлинике составило 20 % от количества экспертиз качества амбулаторно-поликлинической помощи.

В стационаре случаи предоставления медицинской помощи ненадлежащего качества в 2010 году выявлялись на 2 % чаще, чем в 2009 году, и составили 25 %.

Рассматривая работу экспертов во взрослой и детской сети, можно говорить о превалировании числа экспертиз качества медицинской помощи, оказанной взрослому населению, в соотношении 80 : 20 соответственно.

В отчетном году в структуре экспертиз качества медицинской помощи выделен новый вид экспертиз. С декабря 2009 года в связи с переходом ряда медицинских организаций на оплату медицинской помощи по подушевому принципу в системе ОМС Челябинской области введены экспертизы по обращению медицинского учреждения – фондодержателя.

Таблица 5

*Структура экспертиз качества медицинской помощи*

Виды экспертиз	2009 г.		2010 г.	
	Абс.	%	Абс.	%
Плановые	63 700	78,2	68 686	82,3
Целевые	15 504	19,1	4 795	5,7
По жалобам	329	0,4	672	0,8
Тематические	1 804	2,2	844	1,0
По медико-экономическому анализу	125	0,2	8 294	10,0
Итого	81 462	100	83 291	100

Более чем в два раза увеличилось количество экспертиз качества медицинской помощи по жалобам застрахованных граждан. Рост количества экспертиз качества медицинской помощи по результатам медико-экономического анализа объясняется изменениями условий договора о финансировании по обязательному медицинскому страхованию

Очные экспертизы качества в медицинских организациях не проводились. В целом по Российской Федерации их доля составляет менее 1 %.

Количество экспертиз ненадлежащего качества медицинской помощи в 2010 году по сравнению с 2009 годом возросло как в поликлинике (табл. 6), так и в стационаре (табл. 7).

Таблица 6

*Общее количество экспертиз ненадлежащего качества в поликлинике (2009–2010 годы)*

Поликлиника	ЭКМП с нарушениями		ЭКМП с ПД $\geq 0,04$	
	Абс.	%	Абс.	%
2009 г.	12 829	41,4	6 276	20,3
2010 г.	12 591	43,8	5 791	20,2

Таблица 7

*Общее количество экспертиз ненадлежащего качества в стационаре (2009–2010 годы)*

Стационар	ЭКМП с нарушениями		ЭКМП с ПД $\geq 0,04$	
	Абс.	%	Абс.	%
2009 г.	23 538	46,6	11 805	23,4
2010 г.	27 506	50,3	13 453	24,6

В половине экспертируемых случаев оказания медицинской помощи в стационаре в 2010 году выявлены нарушения.

Среднеобластной показатель частоты случаев с дефектами в расчете на 100 экспертиз качества медицинской помощи (при ПД  $\geq 0,04$ ) возрос с 21 в 2008 году до 23 в 2010 году (табл. 8). Отмечено увеличение количества дефектов при оказании стационарной и амбулаторной медицинской помощи как взрослому, так и детскому населению Челябинской области.

Таблица 8

*Среднеобластной показатель частоты случаев с дефектам в расчете на 100 экспертиз качества медицинской помощи (при ПД  $\geq 0,04$ )*

ПД	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Среднеобластной	21	22	23
Поликлиника	18	20	20
Стационар	22	23	25
Взрослая сеть	22	23	24
Детская сеть	17	19	21

При анализе экспертной деятельности по службам сохраняется высокий уровень дефектов при оказании инфекционной (38), стоматологической (36), терапевтической (35) помощи населению Челябинской области.

Таблица 9

*Структура дефектов стационарной помощи в целом  
в расчете на 100 экспертиз*

Дефекты:	2009 г.	2010 г.
обследования	13	12
ведения историй болезни	13	14
лечения	11	11
постановки диагноза	9	12
сбора жалоб и анамнеза	5	4
сроков лечения	4	5
оценка работы зав. отделением	4	6
решения вопросов ВТЭ	3	3
объективного осмотра	3	3
необоснованная/непрофильная госпитализация	2	1/1

Чаще встречаются ошибки при назначении обследования, лечения и постановке диагноза. Обращают на себя внимание ухудшение качества ведения историй болезни и низкая оценка работы зав. отделениями.

Структура дефектов в целом по поликлинике в расчете на 100 экспертиз представлена в таблице 10.

Таблица 10

*Структура дефектов стационарной помощи в целом  
в расчете на 100 экспертиз*

Дефекты:	2009 г.	2010 г.
1	2	3
сбора жалоб и анамнеза	13	9
обследования (по основному/сопутствующему заболеванию)	10	9



Окончание таблицы 10

1	2	3
объективного осмотра	9	10
лечения	9	15
ведения медицинской документации	9	17
постановки диагноза	7	9
решения вопросов ВТЭ	2	2
сроков лечения	2	2
оценка работы зав. отделением	2	2
перевода на следующий этап лечения	1	1
необоснованная, непрофильная госпитализация	1	1

Наиболее значимый рост относится к дефектам лечения и реабилитации. Традиционно высоким остается уровень дефектов, относящихся к ведению медицинской документации.

В зависимости от уровня дефектов в расчете на 100 экспертиз выделены **три группы территорий**.

Таблица 11

**1. Территории с уровнем дефектов при оказании медицинской помощи, превышающим среднеобластной показатель в 2 и более раз:**

№ п/п	Территории	2009 г.	2010 г.
1.	Агаповский МР	48	54
2.	Аргаяшский МР	43	46
3	Нагайбакский МР	31	49
4.	Варненский МР	23	47
5.	Верхнеуральский МР	30	52

Как видно из табл. 11, в Агаповском и Аргаяшском МР уровень дефектов сохранился высоким, при этом остальные три муниципальных образования свои показатели ухудшили.

Таблица 12

**2. Территории с уровнем дефектов при оказании медицинской помощи, превышающим среднеобластной показатель в 1,5–2 раза:**

№ п/п	Территории	2009 г.	2010 г.
1.	Чебаркульский МР	43	42
2.	Чесменский МР	24	44
3.	Каслинский МР	40	44
4.	Карабашский ГО	47	40
5.	Уйский МР	38	43
6.	Брединский МР	37	44
7.	Верхнеуфалейский ГО	37	36
8.	Кизильский МР	37	36
9.	Катав-Ивановский МР	51	44
10.	Ашинский МР	35	44
11.	Троицкий МР	25	41
12.	Кунашакский МР	45	36
13.	Октябрьский МР	20	40

В Чесменском, Троицком и Октябрьском МР (табл. 12) в два раза чаще выявлялись случаи ненадлежащего оказания медицинской помощи.

Таблица 13

**3. Территории с уровнем дефектов при оказании медицинской помощи ниже среднеобластного показателя (менее 23).**

№ п/п	Территории	2009 г.	2010 г.
1.	Увельский МР	41	14
2.	Магнитогорский ГО	18	22
3.	Копейский ГО	16	9
4.	Челябинский ГО	7	6

Наиболее **низкий уровень дефектов** при оказании медицинской помощи остается в медицинских учреждениях г. **Челябинска**.

## **Глава 2. Результаты ведомственной экспертизы качества медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях Челябинской области (2008–2010 годы)**

Анализ представленных за 2010 год отчетов лечебно-профилактических учреждений Челябинской области по результатам ведомственной экспертизы качества медицинской помощи на первой ступени контроля при оказании стационарной медицинской помощи показал увеличение объемов проведенных экспертиз на 127 % по сравнению с 2008 годом. Причем в областных учреждениях здравоохранения рост за три года наблюдается в 1,6 раза, в районных ЛПУ – в 1,2 раза при снижении в 2010 году объемов экспертиз в городских ЛПУ.

В то же время объем проведенных экспертиз контроля качества на первой ступени контроля при оказании амбулаторно-поликлинической помощи в целом по области увеличился при неоправданном снижении за последний год в областных учреждениях здравоохранения с 36,1 % в 2009 году до 29,0 % в 2010 году и при увеличении объемов экспертиз в городских и особенно в районных учреждениях здравоохранения.

Средний показатель объема проведенных экспертиз на второй ступени контроля при оказании стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи за последние три года увеличился незначительно.

Качество медицинской помощи при внутреннем экспертном контроле оценивалось при помощи расчета показателя дефектов (ПД). Показатель дефектов рассчитывался как суммарное значение показателей (коэффициентов) дефектов, деленное на число проведенных экспертиз.

Анализ показателя дефектов на первой ступени контроля стационарной помощи по Челябинской области выявил его снижение с 0,03 в 2008 году до 0,023 в 2010 году. При этом положительная динамика снижения дефектов отмечается во всех учреждениях здравоохранения.

Средний по Челябинской области показатель дефектов на первой ступени контроля амбулаторно-поликлинической помощи снизился по сравнению с 2008 годом почти в два раза. Наиболее выраженное (более чем в три раза) снижение показателя

теля дефектов в 2010 году выявлено в областных ЛПУ при снижении почти в два раза анализируемого показателя в городских и районных учреждениях здравоохранения.

На второй ступени контроля среднеобластной показатель дефектов при оказании стационарной помощи снизился на 60,9%. Аналогично наблюдается снижение на 68% среднеобластного показателя дефектов амбулаторно-поликлинической помощи. Наибольшее снижение показателя дефектов в 2010 году достигнуто в областных учреждениях (почти в четыре раза), при незначительном снижении в городских и приросте на 148,1% в районных учреждениях.

Таблица 14

*Динамика показателей дефектов*

	Стационар			Поликлиника		
	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
<b>1-я ступень</b>	0,03	0,02	0,023	0,041	0,027	0,023
Областные	0,031	0,015	0,02	0,044	0,02	0,014
Городские	0,028	0,03	0,02	0,036	0,037	0,024
Районные	0,032	0,026	0,03	0,044	0,026	0,03
<b>2-я ступень</b>	0,037	0,029	0,023	0,042	0,028	0,025
Областные	0,026	0,02	0,02	0,062	0,016	0,016
Городские	0,041	0,031	0,03	0,038	0,038	0,02
Районные	0,044	0,037	0,03	0,027	0,03	0,04

Наиболее высокие значения показателей дефектов на первой и второй ступенях контроля стационарной медицинской помощи выявлены в Аргаяшской ЦРБ (0,06 – 0,07), Уйской ЦРБ (0,05 – 0,07), Южноуральской ЦГБ (0,11 – 0,12), Верхнеуральской ГБ (0,05 – 0,06), Чебаркульском МР (0,04 – 0,05), ГУЗ «ОПНБ № 5» (0,08 на второй ступени).

Выше среднего значения показатели дефектов на первой и второй ступенях контроля амбулаторно-поликлинической помощи в Верхнеуральской ГБ (0,05 – 0,06), Карабашской ГБ

(0,06 – н/д), Южноуральской ЦГБ (0,11 – 0,12), Варненской ЦРБ (0,05 – 0,03), Чебаркульском МР (0,05 – 0,05), ГУЗ «ОПНБ № 6» (0,04 – 0,05).

В структуре дефектов по стационарной помощи первое место за последние три года традиционно занимают дефекты по оформлению медицинской документации. Увеличилось в 1,5 раза количество дефектов оформления медицинской документации на первой и второй ступенях в областных (62 % и 52,8 %) и районных (36 % и 30,8 %) учреждениях здравоохранения. В городских ЛПУ также отмечается тенденция к увеличению дефектов оформления медицинской документации.

На втором месте в структуре дефектов стационарной помощи, как и в 2008 году, дефекты диагностики (на первой ступени контроля – 24,3 %, на второй ступени – 20,7 %). В течение трех лет этот показатель имеет уверенную тенденцию к снижению на 1-й и 2-й ступенях в областных ЛПУ при увеличении в городских и выраженном повышении показателя в районных учреждениях здравоохранения.

На третьем месте в структуре дефектов стационарной помощи в течение трех лет – дефекты лечения (на первой ступени 15,6 % и на второй ступени – 16,1 %). Количество дефектов лечения на первой и второй ступенях уменьшилось с 2008 года за счет областных ЛПУ при увеличении на первой ступени контроля в городских ЛПУ и на первой и второй ступенях контроля – в районных учреждениях здравоохранения.

Таблица 15

*Структура дефектов в стационарах (в %)*

	I ступень			II ступень		
	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
1	2	3	4	5	6	7
<b>1. Лечебные</b>	16,6	17	15,6	16,6	17,7	16,1
Областные	18,70	13,20	9,1	17,9	14,7	13,3
Городские	13,35	17,7	18,5	16,54	21,3	16,8
Районные	16,3	20,1	19,2	14,27	17,1	18,3

## Окончание таблицы 15

1	2	3	4	5	6	7
<b>2. Диагности- ческие</b>	20,16	20,8	24,3	20,6	21	20,7
Областные	20,60	12,80	12,2	19,3	16,7	15,3
Городские	16,67	27,8	25,2	20,85	25	22,3
Районные	23,5	21,7	35,5	22,34	21,2	24,4
<b>3. Постановка диагноза</b>	10,6	11,8	11,4	9,6	12,9	12,8
Областные	10,4	7,9	8,8	8,8	11,1	8,2
Городские	10,73	12	12,6	9,41	14,1	15,6
Районные	13,29	15,6	12,7	8,3	13,5	14,7
<b>4. Вопросы ЭВН</b>	10,6	11,3	8,4	11,8	13	11,7
Областные	10,3	8,8	7,9	12	15	10,4
Городские	15,2	12,2	7,7	12,3	12,7	14,5
Районные	7	12,8	9,5	11,3	11,4	10,1
<b>5. Оформле- ние медицин- ской доку- ментации</b>	22,34	33,7	40,4	24,05	32,1	38,7
Областные	26,7	53,7	62	28,1	40,4	52,8
Городские	21,34	21,5	36	29,67	24,3	30,8
Районные	15,43	26,1	23,1	11,72	31,6	32,5

Структура дефектов амбулаторно-поликлинической медицинской помощи сложилась следующим образом. Первое место в течение трех лет традиционно занимают дефекты оформления медицинской документации (31,5 % на первой ступени и 32,9 % на второй ступени контроля в 2010 году). Причем в районных ЛПУ на первой ступени отмечается незначительное снижение в сравнении с 2009 годом, в областных и особенно в городских учреждениях – увеличение данного показателя. По

сравнению с 2008 годом показатели дефектов оформления медицинской документации на второй ступени увеличились во всех учреждениях здравоохранения области.

В 2010 году второе место в структуре дефектов амбулаторно-поликлинической медицинской помощи занимают дефекты обследования (диагностики): на первой ступени контроля 28,9 %, на второй ступени – 26,4 %. Причем за отчетный год на первой ступени показатель дефектов обследования увеличился во всех учреждениях здравоохранения Челябинской области. На второй ступени контроля отмечается рост показателя дефектов по областным и городским учреждениям здравоохранения при выраженном снижении в районных ЛПУ.

Третье место в структуре занимают дефекты лечения (16,7 % на первой ступени и 15,5 % на второй ступени). При этом дефекты на первой ступени контроля снизились за три года лишь в районных учреждениях при увеличении в городских и областных учреждениях здравоохранения. На второй ступени контроля отмечается снижение дефектов лечения в городских ЛПУ при увеличении показателя в областных и районных учреждениях здравоохранения.

Таблица 16

*Структура дефектов в поликлиниках (в %)*

	I ступень			II ступень		
	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
1	2	3	4	5	6	7
<b>1. Лечебные</b>	12,3	14,5	16,7	14,5	17,7	15,5
Областные	6,7	12,1	11,9	7,60	15,6	11,3
Городские	16,93	16,1	17,3	19,59	16,6	15,6
Районные	38,87	15,3	21	18,80	20,9	19,5
<b>2. Диагностические</b>	20	26,1	28,9	26,30	25,5	26,4
Областные	20,1	28	33,1	22,10	23,8	31,4
Городские	22,6	28,1	28,5	22,94	27,2	26,2

## Окончание таблицы 16

1	2	3	4	5	6	7
Районные	17,24	22,1	25,1	30,46	25,5	21,3
<b>3. Постановка диагноза</b>	10,7	11,3	11,3	10,4	10,6	13,5
Областные	11,45	13,70	11,7	5,8	11,2	12,3
Городские	10,33	9,30	11	12	10	15,8
Районные	9,98	11,00	11,1	13,71	10,6	12,5
<b>4. Воросы ЭВН</b>	13,60	12,10	11,6	16,4	12,8	11,8
Областные	8,50	10,40	6,8	14,3	8,3	6,0
Городские	17,50	12,50	11,7	18,9	14,8	14
Районные	17,1	13,5	16,3	17,1	15,3	15,4
<b>5. Оформление медицинской документации</b>	25,6	32,6	31,5	24,2	32	32,9
Областные	28,5	36,7	36,5	24,1	40	39,0
Городские	26,03	27,2	31,5	27,54	29,7	28,4
Районные	19,8	34	26,5	21,71	26,2	31,3

Таким образом, при проведении ведомственной экспертизы качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Челябинской области в 2010 году отмечается положительная динамика по следующим показателям:

- увеличение объемов экспертиз на первой ступени контроля в стационарных и амбулаторно-поликлинических подразделениях учреждений здравоохранения области;

- увеличение объема проведенных экспертиз на одного эксперта второй ступени контроля в квартал, как в стационарах, так и на амбулаторно-поликлиническом этапе оказания медицинской помощи;



- снижение показателя дефектов на первой и второй ступенях контроля в стационарных и амбулаторно-поликлинических подразделениях учреждений здравоохранения области;
- уменьшение удельного веса дефектов обследования на первой и второй ступени контроля в стационарах областных ЛПУ;
- уменьшение удельного веса дефектов лечения на первой и второй ступени контроля в стационарах областных ЛПУ.

### **Глава 3. Информирование, защита прав и законных интересов граждан в системе ОМС**

Работа с обращениями граждан в 2010 году проводилась на основании приказа ФФОМС от 14 августа 2008 года № 175 «Об утверждении формы ведомственного статистического наблюдения N ПГ и инструкции по ее заполнению», в соответствии с приказом ЧОФОМС от 22 октября 2008 года № 757 «О введении формы ведомственного статистического наблюдения № ПГ», которым утверждено Положение о порядке рассмотрения обращений граждан в Челябинском областном фонде обязательного медицинского страхования, а также приказами ЧОФОМС от 22 июня 2009 года № 356 «Об утверждении Положения о порядке рассмотрения обращений граждан в страховых медицинских организациях в системе обязательного медицинского страхования на территории Челябинской области», от 10 декабря 2009 года № 716 «О соблюдении конфиденциальности сведений, составляющих врачебную тайну», от 8 февраля 2010 года № 70 «О работе по рассмотрению обращений граждан, поступивших по «горячей телефонной линии» ЧОФОМС».

Общее количество обращений граждан в 2010 году составило 16 934, из них жалоб 817, что составило 4,8 % от общего количества обращений.

В динамике с 2008 по 2010 год в структуре обращений, поступивших в ЧОФОМС и СМО в течение трех лет, преобладают консультации: 75,7 % – в 2008 году, 91,4 % – в 2010 году, при этом отмечается уменьшение удельного веса жалоб с 16,2 % в 2008 году до 4,8 % в 2010 году (табл. 17).

Таблица 17

*Структура обращений граждан в ЧОФОМС и СМО  
за 2008–2010 годы*

Виды обращений	2008 г.			2009 г.			2010 г.		
	Кол-во	Челяб. обл., %	РФ, %	Кол-во	Челяб. обл., %	РФ, %	Кол-во	Челяб. обл., %	РФ, %*
Обращения	7 105			12 769			16 934		
Жалобы	1 150	16,2	0,7	871	6,8	0,5	817	4,8	-
Заявления	542	7,6	86,1	474	3,7	87,5	633	3,8	-
Консультации	5 380	75,7	13,2	11 411	89,4	12	15 481	91,4	-
Предложения	33	0,5	0,02	13	0,1	0,01	2	-	-

Примечание: \* – официальные отчетные данные по РФ на февраль 2011 года отсутствуют.

Обращения граждан в ЧОФОМС и СМО принимались в письменной форме (письмо, телеграмма, интернет) и устной (телефон, личный прием) в виде заявлений, предложений и жалоб. Обращения были индивидуальные и коллективные.

Всего от застрахованных в 2010 году поступило 817 жалоб, при этом обоснованных было 384, что составило 47 % от общего количества жалоб (табл. 18).

В структуре причин обоснованных жалоб было:

- взимание денежных средств за медицинскую помощь по программе ОМС – 36,2 %;
- ненадлежащее качество медицинской помощи – 22,4 %;
- организация работы медицинского учреждения – 13,9 %.

Таблица 18

*Причины обоснованных жалоб граждан Челябинской области  
в 2008–2010 годах (%)*

Причина	2008 г.		2009 г.		2010 г.	
	Челябинская область	РФ	Челябинская область	РФ	Челябинская область	РФ*
Взимание денежных средств за медицинскую помощь по программе ОМС	11,2	29,8	26,5	32,0	36,1	-
Организация работы медицинских учреждений	18,2	14,7	18,1	20	13,9	-
Лекарственное обеспечение	34,5	14,3	11,8	13,5	9,8	-
Отказ в медицинской помощи, предусмотренной программой ОМС	13,9	9,8	13,8	10,3	9,4	-
Качество медицинской помощи	11,2	6,2	18,4	7,4	22,4	-
Этика и деонтология медицинских работников	5,3	2,4	7,8	2,8	4,4	-
Обеспечение полисами ОМС	2,6	7,2	1,6	4	1,4	-
Выбор ЛПУ в системе ОМС	1,1	10,2	0,7	5,7	0,7	-
Выбор врача	0,5	1,9	0,2	1,8		-

Примечание: \* – официальные отчетные данные по РФ на февраль 2011 года отсутствуют.

Таблица 19

*Рейтинг (по возрастанию) муниципальных образований  
Челябинской области по количеству обоснованных  
жалоб в 2010 году*

Место	Территория	Количество обоснованных жалоб на 100 000 населения		
		2008 г.	2009 г.	2010 г.
1	2	3	4	5
1	Увельский район	0	0	0
2	Катав-Ивановский район	5,6	5,7	0
3	г. Верхний Уфалей	5,2	13,1	0
4	Чесменский район	5	14,9	0
5	Кизильский район	97,3	-	0
6	Красноармейский район	0	4,5	2,3
7	Областные МО	2,4	4	2,8
8	г. Коркино	16,8	9,2	3,1
9	Кусинский район	3,3	9,9	3,3
10	Сосновский район	6,8	0	3,3
11	Чебаркульский район	7,1	3,4	3,3
12	Кунашакский район	36,9	3,4	3,4
13	Варненский район	6,7	-	3,5
14	Октябрьский район	3,7	-	3,7
15	Уйский район	3,7	3,8	3,8
16	Карталинский район	2	2	4
17	г. Копейск	9,3	6,5	4,3
18	Верхнеуральский район	113,4	14,2	4,8
19	г. Озерск	31,2	13,1	5,1
20	Троицкий район	1,2	4,9	6,1
21	г. Трехгорный	-	2,9	8,7
22	г. Челябинск	16,1	18	9,4
23	г. Кыштым	11,6	7	9,4
24	Брединский район	3,2	0	9,7
25	Нязепетровский район	24,4	4,9	9,9
26	Еткульский район	33,3	3,3	9,9

Окончание таблицы 19

1	2	3	4	5
27	Саткинский район	2,3	1,2	10,4
28	г. Златоуст	9,9	15,2	10,5
29	г. Миасс	6,6	11,4	11,4
30	Каслинский район	5Д	5,2	13,1
31	Агаповский район	-	-	14,2
32	г. Пласт	26,6	22,9	15,2
33	г. Магнитогорск	16,6	21,5	16,6
34	г. Усть -Катав	-	10,6	17,9
35	г. Южноуральск	10,3	7,8	18,1
36	Нагайбакский район	31,1	22,5	18,2
37	г. Еманжелинск	1,9	15	22,4
38	Аргаяшский район	21,5	7,1	23,6
39	г. Карабаш	0	0	25,8
40	Ашинский район	13,6	21,3	29,1
41	г. Снежинск	43,4	13,9	29,7

В досудебном порядке удовлетворено 335 жалоб, из них с материальным возмещением 98, сумма возмещения составила 442 938 рублей.

В 2010 году Челябинским областным фондом ОМС проводился социологический опрос об удовлетворенности населения качеством оказания медицинской помощи. **Показатель удовлетворенности застрахованных по ОМС граждан составил 63,8 %.**

Совместная деятельность ЧОФОМС и СМО по вопросам защиты прав застрахованных проводится по нескольким направлениям. Это улучшение организации деятельности страховых представителей в медицинских организациях, внедрение Партнерского проекта «Телефонная линия по вопросам доступности и качества медицинской помощи» с участием ЧОФОМС, СМО, Министерства здравоохранения Челябинской области, Управления здравоохранением администрации г. Челябинска и муниципальных образований.

С каждым годом растет количество информационно-разъяснительных материалов, распространяемых от имени

ЧОФОМС, совершенствуется подготовка и распространение буклетов, листовок, памяток с полезной для населения информацией (табл. 20–21). Большинство этих материалов посвящено теме защиты прав застрахованных граждан.

Таблица 20

*Информирование граждан в системе ОМС в 2008 году*

	Индивидуальное информирование (памятки, брошюры, плакаты, листовки)	Публичное информирование (материалы в СМИ, выступления в коллективах)
ЧОФОМС	40 тыс. экз.	1 076
СМО	86 тыс. экз.	1 715
Итого	126 тыс. экз.	2 791

Таблица 21

*Информирование граждан в системе ОМС в 2009 году*

	Индивидуальное информирование (памятки, брошюры, плакаты, листовки)	Публичное информирование (материалы в СМИ, выступления в коллективах)
ЧОФОМС	230 тыс. экз.	1 759
СМО	54 тыс. экз.	4 036
Итого	284 тыс. экз.	5 795

Таблица 22

*Информирование граждан в системе ОМС в 2010 году*

	Индивидуальное информирование (памятки, брошюры, плакаты, листовки)	Публичное информирование (материалы в СМИ, выступления в коллективах)
ЧОФОМС	41 тыс. экз.	1 904
СМО	66 тыс. экз.	3 153
Итого	107 тыс. экз.	5 057

## **Заключение**

Решение задач по совершенствованию системы обязательного медицинского страхования в Челябинской области в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» включает изменение экспертного контроля в соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 года № 230 «Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

Меняется сам подход к экспертному контролю. Нарушения, выявленные в ходе приема расчетных ведомостей от медицинских организаций, будут отмечаться в актах медико-экономического контроля. Подход к медико-экономической экспертизе принципиально не меняется. Базовой основой оценки качества медицинской помощи будут являться медицинские стандарты федерального уровня и порядки оказания медицинской помощи, что позволит более точно соблюдать выполнение медицинских технологий.

Цель настоящего подхода – регулирование мероприятий, направленных на реализацию прав застрахованных лиц на получение бесплатной медицинской помощи в установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию объемах, сроках и условиях, надлежащего качества в медицинских организациях, участвующих в реализации программ обязательного медицинского страхования.

Оптимизация взаимодействия Челябинского областного фонда обязательного медицинского страхования, страховых медицинских организаций, медицинских организаций, Министерства здравоохранения Челябинской области и муниципальных образований в направлении повышения качества медицинской помощи является важным условием эффективного и результативного решения задач по модернизации системы здравоохранения Челябинской области в 2011–2012 годах, защите прав и законных интересов застрахованных граждан.





Вневедомственный и ведомственный контроль качества  
медицинской помощи / Под редакцией М.Г. Вербитского. –  
Челябинск: Изд-во «Челябинская государственная медицинская  
академия», 2011. – 32 с.

Издательство «Челябинская государственная медицинская академия»  
454048, г. Челябинск, ул. Воровского, 64

ISBN 978-5-94507-135-3

Подписано в печать 14.04.2011г.

Отпечатано в ПЦ «ПРИНТМЕД».

454092, Челябинск, ул. Красная, 42; тел.: (351)222-01-56, 230-67-37:

e-mail: [rdfart@mail.ru](mailto:rdfart@mail.ru), [rinmed@mail.ru](mailto:rinmed@mail.ru)

Формат 64×96. Бумага 80 г/м<sup>2</sup>. Гарнитура Times New Roman.

Усл. печ. л. 0,9. Печать офсетная. Тираж 500. Заказ 570/11.