



Контроль качества в сфере обязательного и добровольного медицинского страхования

Практические вопросы экспертизы качества медицинской помощи в системе обязательного и добровольного медицинского страхования.

Особенности применения критериев оценки качества медицинской помощи.



ОМС и ДМС: Две модели – единая цель качества

ОМС (Обязательное медицинское страхование):

- **Основа:** Федеральный закон № 326-ФЗ.
- **Цель:** Обеспечение государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.
- **Объем финансирования (2024 г.):** ~3,9 трлн рублей (бюджет ФОМС).
- **Контроль:** Стандартизированный, трехуровневый (МЭК, МЭЭ, ЭКМП), фокус на массовость и соответствие стандартам.

ДМС (Добровольное медицинское страхование):

- **Основа:** Закон РФ № 4015-1 «Об организации страхового дела».
- **Цель:** Расширение и дополнение программы ОМС, сервис, доступ к технологиям.
- **Объем рынка (2023 г.):** ~253,5 млрд рублей (рост 18,6%).
- **Контроль:** Кастомизированный, фокус на исполнении условий договора, клиентском опыте (NPS) и результатах.



Место контроля в жизненном цикле качества (PDCA)

Plan (Планируй):

- Анализ данных предыдущих экспертиз (ОМС и ДМС) для выявления системных рисков.
- Разработка KPI по качеству на основе выявленных проблем.
- Планирование целевых экспертиз в зонах повышенного риска.

Do (Делай):

- Проведение экспертиз (плановых и целевых) с использованием чек-листов.
- Сбор данных в МИС и передача в ЕГИСЗ.

Check (Проверяй):

- Анализ результатов экспертиз, выявление дефектов и их корневых причин (RCA).
- Мониторинг индикаторов в BI-системах в режиме реального времени.
- Сравнение результатов внутреннего и внешнего контроля (расхождения с СМО).

Act (Действуй):

- Принятие управленческих решений на врачебной комиссии.
- Разработка корректирующих и предупреждающих действий.
- Обновление СОПов и обучение персонала.



Законодательный ландшафт: от ФЗ до приказов

Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья»:

- **Статья 2:** Дает определение качества медицинской помощи.
- **Статья 64:** Регламентирует экспертизу качества медицинской помощи.
- **Статья 90:** Устанавливает обязательность внутреннего контроля качества.

Федеральный закон № 326-ФЗ «Об ОМС»:

- **Статья 40:** Определяет порядок организации контроля объемов, сроков и качества в системе ОМС.
- **Приказ Минздрава РФ № 785н:**
 - Утверждает требования к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности.

Приказ ФОМС № 231 (с изменениями от 2024 г.):

- Регламентирует порядок проведения контроля страховыми медицинскими организациями.

Новый Приказ Минздрава № 180н (вступает в силу с 01.09.2025):

- Заменяет приказ № 502н, кардинально меняя роль и функции врачебной комиссии.



Эволюция контроля: от инспекций к предиктивной аналитике

Этап 1 (до 2010-х): «Бумажный» контроль.

- Ретроспективная проверка бумажных историй болезни.
- Фокус на формальных дефектах оформления документации.
- Низкая эффективность и высокая трудоемкость.

Этап 2 (2010-2020-е): Стандартизация и первые ИТ-системы.

- Внедрение критериев качества (приказ № 203н).
- Появление МИС и первых реестров.
- Экспертиза все еще ретроспективная, но основана на стандартах.

Этап 3 (2020-2025+): Цифровая трансформация и ЕГИСЗ.

- ГИС ОМС и «Цифровой профиль пациента» как единый источник данных.
- Автоматизированный медико-экономический контроль.
- Пилотные проекты по выявлению дефектов с помощью алгоритмов.

Этап 4 (Перспектива): Предиктивная аналитика и ИИ.

- Прогнозирование рисков на основе анализа больших данных (Big Data).
- Системы поддержки принятия решений (СППР) для экспертов.
- Value-Based Healthcare: контроль не процесса, а достигнутых исходов.



Ключевые принципы экспертизы качества

- **Законность:** Строгое соответствие федеральным законам, приказам и стандартам.
- **Объективность:** Оценка, основанная на фактах и данных, а не на личном мнении.
- **Независимость:** Эксперт не должен находиться в административной или иной зависимости от проверяемой организации.
- **Доказательность:** Все выводы должны опираться на принципы Evidence-Based Medicine и актуальные клинические рекомендации.
- **Пациентоориентированность:** Учет не только клинической правильности, но и удовлетворенности пациента, его прав и интересов.
- **Прозрачность:** Понятные и открытые критерии оценки, возможность обжалования решений.
- **Конфиденциальность:** Неукоснительное соблюдение врачебной тайны.



Уровни контроля качества в ОМС

Уровень 0: Самоконтроль врача.

- Ответственность за свои действия, следование клиническим рекомендациям.

Уровень 1: Внутренний контроль в МО (Приказ № 785н).

- **1-й подуровень:** Заведующий отделением (ежедневный оперативный контроль).
- **2-й подуровень:** Заместитель главного врача (выборочный контроль).
- **3-й подуровень:** Врачебная комиссия (анализ сложных случаев, системные решения).

Уровень 2: Внешний контроль СМО (Приказ ФОМС № 231).

- **Медико-экономический контроль (МЭК):** Автоматизированная проверка реестров счетов.
- **Медико-экономическая экспертиза (МЭЭ):** Проверка соответствия данных в счетах и первичной документации.
- **Экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП):** Очная или заочная оценка качества лечения.

Уровень 3: Контроль ТФОМС и ФФОМС.

- Реэкспертиза (повторная экспертиза) спорных случаев.
- Контроль деятельности самих страховых медицинских организаций.
- Формирование политики в сфере контроля качества.



Цели и задачи экспертизы: ОМС vs ДМС

Аспект	Обязательное медицинское страхование (ОМС)	Добровольное медицинское страхование (ДМС)
Основная цель	Обеспечение прав граждан на бесплатную и качественную помощь в рамках госгарантий.	Обеспечение исполнения условий договора страхования и высокого уровня сервиса.
Ключевые задачи	Контроль соответствия стандартам и клиническим рекомендациям. Предотвращение необоснованных расходов средств ОМС. Выявление системных проблем в оказании помощи.	Контроль объема и качества услуг, предусмотренных программой ДМС. Управление удовлетворенностью и лояльностью клиента (NPS). Медицинский андеррайтинг и оценка рисков.
Фокус экспертизы	Массовость, стандартизация, клиническая правильность.	Индивидуальный подход, сервис, комфорт, доступ к технологиям.
Типичный повод	Плановая экспертиза, рост заболеваемости, жалобы.	Запрос на согласование дорогостоящей услуги, жалоба на сервис, анализ убыточности договора.



Формы и методы экспертизы в ОМС

Медико-экономический контроль (МЭК):

- **Форма:** Автоматизированная, без участия эксперта.
- **Метод:** Проверка реестров счетов на соответствие тарифам, нормативам, формальные ошибки.
- **Результат:** Выявление «дефектов-агрегаторов» для последующей углубленной проверки.

Медико-экономическая экспертиза (МЭЭ):

- **Форма:** Документарная (камеральная).
- **Метод:** Сверка данных из счетов с первичной медицинской документацией (ЭМК).
- **Цель:** Проверка соответствия фактически оказанных услуг заявленным к оплате.

Экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП):

- **Форма:** Очная (с выходом в МО) или заочная (по документам).
- **Метод:** Мультидисциплинарный анализ клинического случая экспертной группой.
- **Цель:** Оценка своевременности, правильности и результативности лечения.



Особенности экспертизы в ДМС

- **Индивидуальный подход:** Экспертиза проводится по конкретному страховому случаю, а не по потоку.
- **Договор — основа всего:** Ключевой критерий — соответствие услуг программе страхования и исключениям из нее.
- **Сервисная составляющая:** Оценивается не только лечение, но и скорость организации помощи, комфорт, коммуникация.
- **Case-менеджмент:** Эксперт страховой компании часто сопровождает пациента на всем протяжении лечения.
- **Второе мнение:** Привлечение авторитетных внешних специалистов для оценки сложных и дорогостоящих случаев.
- **Телемедицинская экспертиза:** Активное использование телемедицины для «второго мнения» и согласования планов лечения.
- **Фокус на результат:** Оценка не только процесса, но и достижения цели, важной для клиента (например, быстрое возвращение к работе).



Критерии оценки качества: Приказ № 785н и здравый смысл

Группа 1: Соответствие клиническим рекомендациям.

- Выполнен ли необходимый объем диагностики и лечения?
- Применены ли обязательные методы из клинреков?

Группа 2: Своевременность.

- Соблюдены ли сроки постановки диагноза, начала лечения, выполнения процедур?
- Пример: время «дверь-игла» при инфаркте миокарда.

Группа 3: Безопасность.

- Профилактика ВБИ, падений, пролежней.
- Идентификация пациента, хирургический чек-лист.
- Лекарственная безопасность.

Группа 4: Пациентоориентированность.

- Наличие информированного добровольного согласия (ИДС).
- Удовлетворенность пациента процессом и результатом.

Группа 5: Преемственность.

- Качество оформления выписного эпикриза.
- Передача информации на следующий этап оказания помощи.



Практические сложности экспертизы в ОМС

- **Высокая нагрузка на экспертов:** Большой поток случаев, дефицит времени на глубокий анализ.
- **Формализм:** Риск сведения экспертизы к формальной проверке чек-листов без учета клинической логики.
- **Неоднородность практик в регионах:** Разные подходы ТФОМС и СМО к трактовке одних и тех же нарушений.
- **Качество первички:** Низкое качество оформления медицинской документации, что затрудняет объективную оценку.
- **Конфликт интересов:** Эксперт, работающий в одной клинике, проверяет другую, что может приводить к предвзятости.
- **Ограничения МИС:** Недостаточная функциональность медицинских информационных систем для сбора и анализа данных.
- **Апелляции и суды:** Рост числа оспариваний результатов экспертизы со стороны медицинских организаций.



Практические сложности экспертизы в ДМС

- **Субъективизм оценки:** Зависимость решения от конкретного эксперта и его трактовки «целесообразности».
- **Непрозрачность критериев:** Клиника и пациент не всегда понимают, на основании чего принимается решение об отказе.
- **Конфликт «плательщик-провайдер»:** Страховая компания заинтересована в минимизации расходов, клиника — в оказании услуг.
- **«Война правок»:** Длительные согласования плана лечения, запросы дополнительных данных, затягивание решений.
- **Давление со стороны клиента:** Застрахованный, особенно в рамках корпоративного договора, может оказывать давление на страховую для согласования услуг.
- **Отсутствие единых стандартов:** Каждая страховая компания имеет свои внутренние регламенты и подходы.
- **Управление убыточностью:** Экспертиза может использоваться как инструмент для снижения выплат по «дорогим» договорам.



Цифровизация контроля: ГИС ОМС и «Цифровой профиль»

Единое информационное пространство: ГИС ОМС интегрируется с ЕГИСЗ, объединяя данные о пациенте.

«Цифровой медицинский профиль пациента»:

- Цифровой полис ОМС.
- Электронная история болезни из ИЭМК.
- Сведения о страховании и всех оказанных услугах.

Автоматизированный МЭК: 100% счетов проходят автоматическую проверку на формальные ошибки.

Предиктивный анализ: Алгоритмы выявляют случаи с высоким риском дефектов для целевой экспертизы.

Системы поддержки принятия решений (СППР): Помогают эксперту анализировать данные и находить отклонения от клинреков.

Прозрачность для пациента: Доступ к своей медицинской информации через портал «Госуслуги».



Ценностно-ориентированное здравоохранение в России

Что это? Модель, где оплата привязана не к объему услуг, а к **достигнутым результатам лечения, важным для пациента.**

Ключевая формула: $\text{Ценность} = (\text{Исходы} + \text{Опыт пациента}) / \text{Затраты}$.

Пилотные проекты в РФ:

- **Онкология:** Разработка подходов к лечению рака предстательной железы и кишечника с оценкой исходов (НМИЦ онкологии им. Петрова).
- **Кардиология:** Проекты по снижению повторных госпитализаций при ХСН через комплексное ведение пациентов.
- **Сахарный диабет:** Проекты по управлению заболеванием с фокусом на гликированный гемоглобин и качество жизни.

Как это меняет контроль?

- Экспертиза фокусируется не на процессе, а на **оценке конечного результата.**
- Внедряются новые инструменты: **опросники для оценки исходов и опыта взаимодействия** (на основе PROMs и PREMs).
- Контроль становится частью **контрактов полного цикла** между плательщиком и клиникой.



САРА и PDCA: от выявления дефекта к системным улучшениям

Выявление дефекта: Результат внутреннего или внешнего контроля.

Анализ корневой причины (Root Cause Analysis - RCA):

- Почему это произошло? (Метод «5 почему»).
- Не «кто виноват?», а «почему система позволила этому случиться?».

Разработка корректирующих действий (Corrective Actions):

- Что мы сделаем, чтобы **исправить уже случившуюся ошибку?**
- Пример: дополнительное обследование пациента, пересмотр тактики лечения.

Разработка предупреждающих действий (Preventive Actions):

- Что мы сделаем, чтобы **предотвратить повторение ошибки в будущем?**
- Пример: обновление СОПа, обучение персонала, изменение настроек МИС.

Внедрение и контроль (PDCA):

- Внедрение изменений, мониторинг их эффективности, стандартизация успешных практик.



Внутренняя экспертиза: роль врачебной комиссии

Третий уровень внутреннего контроля: ВК – «мозговой центр» системы качества МО.

Анализ системных проблем: Разбор не отдельных ошибок, а повторяющихся дефектов и тенденций.

Мультидисциплинарный подход: Привлечение специалистов разного профиля для объективной оценки.

Принятие стратегических решений:

- Утверждение и обновление локальных протоколов и СОПов.
- Решения о внедрении новых технологий и методов лечения.
- Разработка программ обучения персонала по результатам экспертиз.

Легитимизация сложных решений:

- Назначение препаратов «off-label».
- Применение незарегистрированных медицинских изделий.
- Решение этических дилемм.



Внешний аудит: как работать с претензиями СМО

Воспринимайте как бесплатный консалтинг: Претензия СМО - это взгляд со стороны, который помогает увидеть ваши «слепые зоны».

Создайте единый центр ответственности: Назначьте ответственного (например, заместителя по КЭР) за работу с претензиями.

Разработайте регламент (СОП):

- Сроки и порядок ответа на претензию.
- Процедура внутреннего разбора каждого случая.
- Порядок принятия решения: согласиться или оспорить.

Анализируйте каждую претензию:

- Это случайная ошибка или системная проблема?
- Какова корневая причина дефекта?
- Что нужно изменить в процессах, чтобы это не повторялось?

Ведите диалог, а не войну:

- Участвуйте в совместных экспертизах и согласительных комиссиях.
- Обоснованно оспаривайте неправомерные санкции, но не бойтесь признавать ошибки.

Используйте данные для улучшений: Превращайте статистику штрафов в план корректирующих мероприятий.



Системные проблемы и перспективы контроля

Проблемы	Перспективы и решения
Дефицит и низкая мотивация экспертов	Развитие профстандарта «Врач-эксперт». Создание системы материальной и нематериальной мотивации. Внедрение СППР для снижения нагрузки.
Несогласованность подходов в ОМС и ДМС	Гармонизация критериев качества. Создание единых цифровых платформ для обмена данными.
Конфликт «экономика vs качество»	Переход к модели ценностно-ориентированного здравоохранения. Внедрение оплаты за результат, а не за услугу.
Недостаточная цифровизация на местах	Интеграция всех МО с ЕГИСЗ. Развитие функционала региональных МИС.
Рост «потребительского экстремизма»	Повышение правовой грамотности врачей. Развитие института досудебного урегулирования споров.



Современные вызовы и тренды в экспертизе

- **Рост объема данных:** Необходимость в инструментах Big Data и ИИ для анализа.
- **Персонализированная медицина:** Экспертиза должна научиться оценивать индивидуальные, а не только стандартные планы лечения.
- **Телемедицина:** Развитие методологии дистанционной экспертизы качества телемедицинских консультаций.
- **Пациент как партнер:** Активное использование опросников PROMs/PREMs в качестве объективного критерия оценки.
- **Кибербезопасность:** Защита конфиденциальных медицинских данных в условиях тотальной цифровизации.
- **Непрерывное обучение:** Эксперт должен постоянно обновлять знания не только в медицине, но и в IT, праве, менеджменте.
- **Глобализация:** Необходимость соответствия международным стандартам (ISO, JCI) для развития медицинского туризма.



Итоги и практические рекомендации

- **Контроль - это не наказание, а инструмент развития.** Измените свое отношение к экспертизе.
- **Интегрируйте внутренний и внешний контроль.** Создайте единую систему работы с данными о качестве.
- **Цифровизируйте процессы.** Внедряйте МИС, ВІ-системы, используйте возможности ЕГИСЗ.
- **Инвестируйте в людей.** Обучайте и мотивируйте своих экспертов и врачей.
- **Работайте с данными.** Принимайте решения на основе объективных показателей, а не интуиции.
- **Будьте проактивны.** Управляйте рисками, а не последствиями.
- **Ставьте пациента в центр системы.** Его безопасность, результат и удовлетворенность - главные критерии успеха.

Спасибо за внимание!