

«Отчет ХКФОМС о деятельности по защите прав застрахованных и контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования»

Уважаемые члены Координационного совета, участники заседания!

Слайд 2

ХКФОМС
Защита прав застрахованных

Цель контроля качества медицинской помощи -
обеспечение защиты прав и интересов застрахованных граждан на получение доступной и качественной медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования

Основные направления деятельности отдела

- Работа с обращениями и жалобами граждан
- Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным
- Информирование застрахованных о правах на получение медицинской помощи в системе ОМС

Повышение качества и эффективности оказания медицинских услуг, защита прав пациентов на качественное медицинское обслуживание в должном объеме определяют цель контроля качества медицинской помощи.

Контроль качества медицинской помощи носит комплексный характер и включает выявление дефектов оказания медицинской помощи, врачебных ошибок и других факторов, негативно влияющих на качество медицинской помощи для предотвращения их в будущем, устранения отклонений до того, как они перерастут в серьезные проблемы.

Слайд 3



Едва ли не самым значимым индикатором эффективности работы системы здравоохранения является удовлетворенность населения качеством и доступностью медицинской помощи.

Изучение этого показателя осуществляется Фондом и страховыми медицинскими организациями в форме анонимного анкетирования застрахованных лиц в период пребывания на обследовании или лечении в медицинских организациях и вне медицинских учреждений (на предприятиях, в организациях).

Так в 2014 году в анкетировании задействовано более 12,5 тысяч застрахованных лиц

Результаты анкетирования показали, что в динамике за последние три года сохраняется разница в показателях удовлетворенности доступностью, условиями и качеством оказанной медицинской помощи в круглосуточном стационаре и в амбулаторно-поликлинических условиях (от 5 до 12 процентов).

Кроме того, вне медицинских организаций удовлетворенность оказанной медицинской помощью традиционно ниже на 22%-26%, чем при анкетировании непосредственно в медицинском учреждении.

Сохраняется ограничение доступности бесплатной амбулаторно-поликлинической помощи (длительное ожидание приема врачей и диагностического обследования, ограничение доступности врачей-специалистов в поликлинике, отсутствие возможности полного обследования в поликлинике по назначению врача).

Слайд 4

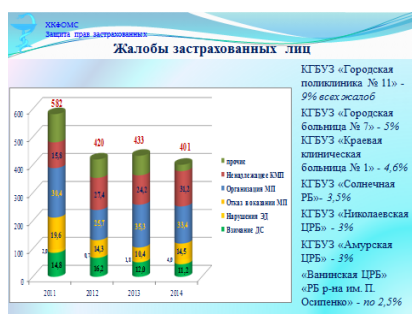


Одним из важнейших каналов обратной связи являются обращения граждан, включающие жалобы и (или) предложения по совершенствованию деятельности системы здравоохранения.

Количество обращений, поступивших в Фонд и СМО в 2014 году, уменьшилось на 45% к уровню прошлого года. В структуре преобладают письменные 82,3% и это преимущественно заявления граждан.

Наибольший интерес застрахованных при обращениях за консультацией и с заявлениями вызывают вопросы выбора и замены СМО, обеспечения полисами ОМС. Значительно реже, суммарно 2%, обращения за консультацией касались вопросов организации работы медицинских учреждений (*редкие обходы лечащим врачом, недостаточное информирование пациента лечащим врачом о схеме лечения, плане обследования, сроках лечения и т.д.*), отказов в оказании медицинской помощи, взимания денежных средств медицинскими работниками и организациями.

Слайд 5.



Доля жалоб в общем объеме поступивших и рассмотренных обращений составила 0,2%.

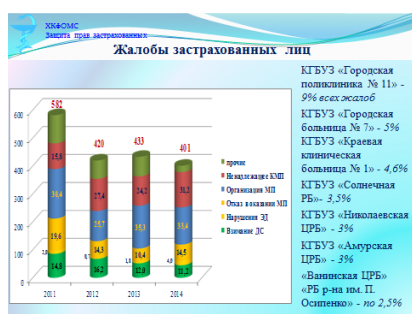
Анализ результатов рассмотрения обращений и жалоб граждан выявил следующие тенденции.

Первое, устойчивое снижение частоты жалоб, признанных обоснованными, с 72 % в 2011 году до 59,7% в 2014 году.

Второе, негативная динамика роста числа обоснованных жалоб застрахованных на качество оказания медицинской помощи и недостатки организации медицинской помощи суммарно с 46% в 2011 году до 64,4% в 2014 году. Наиболее часто такие жалобы поступали в отношении медицинских организаций, представленных на слайде.

Каждая третья обоснованная жалоба этой категории была связана с несвоевременным, недостаточным выполнением диагностических и лечебных мероприятий, приведшим к ухудшению состояния здоровья больного, либо создавшим риск возникновения нового заболевания.

Слайд 5.

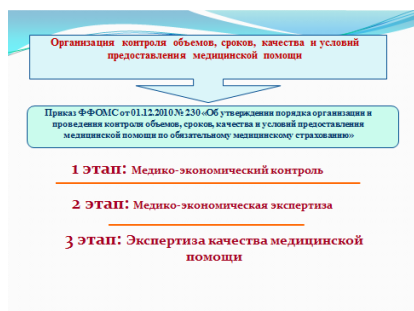


Четверть обоснованных жалоб на качество медицинской помощи обусловлены нарушением в организации лечебно-диагностического процесса, преемственности между этапами оказания медицинской помощи. Общая сумма финансовых санкций, примененных страховыми компаниями и Фондом к медицинским организациям по результатам рассмотрения жалоб, составила порядка 900 тыс. рублей.

Тем не менее, начиная с 2012 года, наметилась устойчивая тенденция к снижению числа обоснованных жалоб на взимание денежных средств медицинскими работниками с 16 до 11 процентов. Наиболее часто

такие жалобы регистрировались в отношении Городской больницы № 7 г. Комсомольска-на-Амуре, Городской клинической больницы № 11 по 9%, Отделенческой больницы ОАО РЖД на ст. Комсомольск-на-Амуре и Консультативно-диагностического центра г. Хабаровска – чуть менее 7%.

Слайд 6.



В системе ОМС организована трехэтапная система контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. Остановлюсь на особенностях и результатах организации совместной со страховыми медицинскими компаниями экспертной работы в 2014 году.

Законодательными и нормативными правовыми актами федерального уровня установлены требования к организации экспертиз, в том числе к выполнению объемов планового контроля, определению поводов к проведению обязательных, так называемых целевых экспертиз, требования к экспертам качества медицинской помощи в системе ОМС.

Профессиональный уровень экспертной оценки случая предоставления медицинской помощи является важным компонентом эффективной системы управления качеством в условиях ОМС.

Слайд 7.

Территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи

Количество экспертов качества в территориальном реестре	2012 год	2013 год	2014 год
	187	196	115

по состоянию на 01.03.2015 – 120 экспертов
 30 профилей оказания медицинской помощи
 40 докторов медицинских наук
 37 кандидатов медицинских наук

Требования:

- ✓ наличие профессионального образования
- ✓ свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста
- ✓ стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет
- ✓ подготовка по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования
- ✓ состав территориального реестра экспертов качества медицинской помощи

На федеральном уровне установлены правила ведения Территориального реестра экспертов качества медицинской помощи и закреплена персональная ответственность директора ТФОМС за это направление работы.

В течение 2014 года по инициативе и при активной методической помощи Фонда на базе Института повышения квалификации специалистов здравоохранения проведено обучение 90 врачей вопросам экспертной деятельности в системе ОМС с последующим их введением в Территориальный реестр. Часть экспертов прошли обучение за счет средств страховых медицинских компаний.

В настоящее время Территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи представлен 120 экспертами по 30 специальностям. В реестре состоят также 25 главных внештатных специалистов министерства здравоохранения Хабаровского края.

Дальнейшее расширение реестра экспертов за счет введения главных внештатных специалистов, а также пополнение реестра экспертами по недостающим специальностям позволят обеспечить практическое взаимодействие между Фондом и министерством здравоохранения края для принятия эффективных управленческих решений по результатам контроля.

Слайд 8.



Планирование и организация экспертной деятельности страховых компаний осуществлялась в соответствии с требованиями Федерального фонда ОМС с ежемесячной кратностью проведения медико-экономических экспертиз. Со второго полугодия 2014 года по итогам проверки Федеральным Фондом страховыми компаниями активизировано проведение целевых экспертиз. Это повлияло на итоговые показатели экспертной работы СМО: рост числа экспертиз составил 50% к уровню 2013 года. Нормативы объемов экспертиз выполнены по всем видам медицинской помощи.

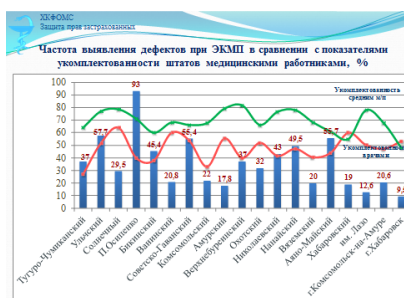
Частота выявления дефектов на этапе экспертизы качества медицинской помощи составила порядка 20%, то есть каждый пятый экспертный случай имел нарушения.

Слайд 9.



Анализ распространенности дефектов по результатам ЭКМП СМО и Фонда в целом по краю и в разрезе муниципальных образований, показывает, что наиболее часто нарушения при оказании медицинской помощи регистрируются в медицинских организациях района имени П. Осипенко, Советско-Гаванского, Ульчского, Бикинского муниципальных районов. Ниже среднекраевого значения показатель только в городе Хабаровске.

Слайд 10.



Сопоставляя частоту выявления дефектов с уровнем укомплектованности медицинских организаций врачами и средним медицинским персоналом, мы прослеживаем зависимость качества оказания медицинской помощи от укомплектованности штатов медицинскими работниками.

Слайд 11.

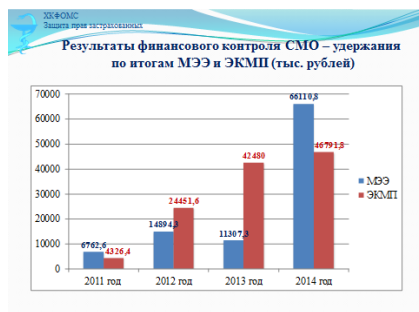
Частота выявления дефектов в зависимости от уровня медицинских организаций

Уровень МО	Частота выявления дефектов по уровням МО, %	Распределение МО по количеству выявленных дефектов	Частота выявления дефектов, %
1 уровень по районам края	40,2	МО Ульчского района, РБ района им. П. Осипенко, Советско-Гаванский РБ, Приманский ЦРБ	57,7 93 55,4 49,5
1 уровень по г. Хабаровску и г. Комсомольск-на-Амуре	15,8	Отделическая поликлиника ст. Хабаровск-1, Городская поликлиника №15, Городская поликлиника №9, Родильный дом №3, Городская больница №7	25,8 60,8 67 24,5
2 уровень	17,3	Городская больница №2, Городская больница №2 им. Матвеева	38,7 25 25
3 уровень	10,2	Детская крайняя клиническая больница, Краевая клиническая больница №1, НИИ патологии дыхания СОРАМИ	12,6 15,6 37,5

Кроме того, анализ результатов контроля качества медицинской помощи выявляет прямую зависимость качества предоставляемых медицинских услуг от уровня медицинской организации.

Так, в медицинских организациях первого уровня дефекты выявляются практически в каждом втором страховом случае из общего количества подвергшихся экспертизе качества, в медицинских организациях второго уровня каждый пятый, а третьего - только каждый десятый.

Слайд 12.



За выявленные в ходе экспертизы нарушения к медицинским организациям применены финансовые и /или штрафные санкции в соответствии с утвержденным Перечнем оснований для отказа в оплате или уменьшения оплаты медицинской помощи.

Слайд 13.



Ежемесячно в целях осуществления расчетов за оказанную медицинскую помощь застрахованным на другой территории Фонд организует проведение МЭК, МЭЭ и ЭКМП, в том числе по запросам территориальных фондов ОМС других субъектов.

В 2014 году количество страховых случаев, подверженных экспертизе для обоснования МТР, составило 139% к уровню прошлого года. Достигнуты нормативные значения по выполнению плановых и целевых показателей по всем видам медицинской помощи. На слайде представлены результаты работы отдела и представительств Фонда в 2014 году.

По запросам территориальных фондов ОМС проведено 88 целевых МЭЭ, финансовые средства в бюджет Хабаровского краевого фонда ОМС восстановлены в полном объеме в размере 2,5 млн. рублей.

Слайд 14.



Выявляемость нарушений по результатам проведенных экспертиз для обоснования МТР увеличилась в сравнении с 2013 годом в 2 раза и составила 7%. (Для сравнения, по РФ частота дефектов, выявленных при проведении МЭЭ для МТР – 8,6%, ЭКМП – 18%).

Структура дефектов, выявляемых сотрудниками Фонда, аналогична таковой по результатам контроля страховыми компаниями. При этом значительно сократились случаи непредставления без объективных причин первичных медицинских документов с 28% в 2013 году до 7% в 2014 году.

На этапе МЭЭ чаще имеют место дефекты оформления и ведения первичной документации, по итогам ЭКМП преобладают нарушения, связанные с невыполнением стандартов и порядков оказания медицинской помощи.

Слайд 15.



В рамках осуществления контроля за деятельностью СМО Фонд мониторит объемы, оценивает эффективность, качество и обоснованность результатов экспертной работы страховых компаний, в том числе путем проведения повторных экспертиз.

Количество случаев оказания медицинской помощи, подвергаемых повторной экспертизе, должно составлять не менее 10 процентов от числа всех экспертиз за соответствующий период времени, в их числе не менее 30 процентов реэкспертиз качества медицинской помощи.

В сравнении с 2013 годом количество случаев оказания медицинской помощи, подверженных повторной экспертизе, увеличилось на 30%, а в сравнении с 2012 годом – в 4 раза. Количественный показатель

составил 10,2 процентов от числа всех экспертиз страховых компаний. Тем не менее, сохраняется дисбаланс в выполнении установленного объема повторных экспертиз качества медицинской помощи.

Слайд 16



Качественные показатели эффективности повторной экспертной работы Фонда, несколько уступают расчетным среднероссийским значениям.

В этой связи считаем для себя приоритетной задачей в текущем году обеспечить выполнение установленных требований по объемам повторной ЭКМП с одновременным повышением эффективности повторного контроля.

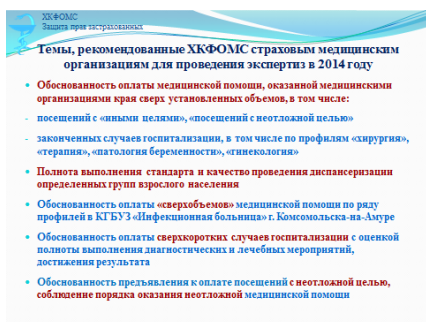
Слайд 17.



Резервы повышения эффективности повторной экспертной работы мы видим в формировании тематики плановых экспертиз на основе систематизации и анализа выявляемых дефектов по результатам контроля в разрезе медицинских организаций.

Оптимальная частота проведения тематических экспертиз установлена ФФОМС на уровне не менее 40 процентов от общего количества страховых случаев, рассмотренных в плановом порядке. Информация, представленная на слайде, содержит сведения **об экспертизах**. При этом на одну плановую экспертизу СМО в среднем приходится 8 случаев. Поэтому фактически в 2014 году в рамках тематических экспертиз рассмотрено более 45% страховых случаев.

Слайд 18.



В 2014 году на основе анализа выполнения объемов медицинской помощи медицинскими организациями и освоения ими финансовых средств, а также с учетом социально-значимых, с точки зрения высокой заболеваемости и смертности, направлений, Фондом разработан и рекомендован для СМО перечень тематических экспертиз. Часть рекомендованной тематики представлена на слайде.

Слайд 19.



В качестве примера приведу используемый подход к организации экспертизы случаев диспансеризации определенных групп взрослого населения. На основании установленных критериев Фонд осуществляет выборку случаев, подлежащих проведению экспертиз, для страховых компаний.

Слайд 20.



В отбор входят случаи госпитализации в стационар пациентов с заболеваниями, на выявление которых направлена диспансеризация, но признанных в ходе диспансеризации здоровыми. Либо случаи отсутствия диспансерного наблюдения пациентов с установленной хронической патологией разной степени выраженности (3-5 группы

состояния здоровья) и госпитализированных в стационар.

Слайд 21.

Период	Рассмотрено случаев по МЭЭ	Дефекты на этапе МЭЭ, %	Рассмотрено случаев по ЭКМП	Дефекты на этапе ЭКМП, %
2013 год	2771	12%	0	0
2014 год	10704	11%	2343	5%

Типовые нарушения:
Включение в счет на оплату посещений, не подтвержденных медицинской документацией (24,5%)
Неверное установление группы состояния здоровья пациента
Отсутствие преемственности между этапами диспансеризации, последующего наблюдения по профилю патологии

Как показывает анализ, в ходе экспертизы выявляются такие дефекты, как:

- дублирование, приписки, несоответствие установленной по итогам диспансеризации группы состояния здоровья, расхождение диагнозов.

Неправильно установленная группа здоровья влечет отсутствие лечебно-диагностических рекомендаций, риск прогрессирования заболевания и развития осложнений.

Выявленные нарушения отражаются в актах по результатам экспертизы. О выявленных дефектах информируется министерство здравоохранения края.

Обращаем внимание руководителей медицинских организаций края на необходимость использования ресурса экспертного контроля для повышения качества медицинского обслуживания пациентов.

Слайд 22.

«Точки особого контроля» в рамках проведения тематических экспертиз в 2015 году
<ul style="list-style-type: none">• Полнота выполнения стандарта и качество проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, последующего диспансерного наблюдения• Обоснованность оплаты «серьезных» случаев госпитализации с оценкой полноты выполнения диагностических и лечебных мероприятий, достижения результата• Обоснованность оплаты «серьезных» случаев госпитализации• Использование затратных с финансовой точки зрения методов лечения, инструментальной и лабораторной диагностики• Экспертиза случаев с установленными дифференцированными коэффициентами (сложности случая пациента) с объективным анализом тяжести состояний пациентов для исключения риска необоснованного увеличения финансирования• Обоснованность оплаты с оценкой полноты и качества тяжелых, осложненных случаев лечения

В 2015 году, учитывая особую актуальность оптимального расходования финансовых средств ОМС, наряду с оценкой качества оказания медицинской помощи по социально-значимым направлениям предметом контроля в рамках тематических экспертиз станут обоснованность оплаты за оказанную медицинскую помощь, реализуемой на основе клинико-затратных групп в стационарных условиях, и по подушевому принципу для амбулаторной помощи.

Слайд 23.



Важным разделом экспертной работы Отдела в части контроля за деятельностью страховых медицинских компаний является рассмотрение претензий, поступающих от медицинских организаций, не урегулированных со страховой медицинской организацией, путем проведения повторной экспертизы.

Мы отмечаем ежегодный рост числа поступающих в отдел претензий от медицинских организаций. В ходе рассмотрения претензий активно применяется механизм предварительного урегулирования разногласий, в сложных случаях используется ресурс Единого реестра экспертов качества медицинской помощи. Привлекались эксперты по профилям «акушерство и гинекология», «анестезиология и реаниматология», «неонатология», «неврология» Иркутской, Новосибирской областей, Красноярского края.

Отклоняются претензии, направленные в Фонд без материалов внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи и с нарушением установленных сроков.

Слайд 24.

ИФФОНС
Защита прав застрахованных

Основные задачи и пути их реализации

Задачи	Решения
Выполнение ключевых показателей экспертной деятельности в установленных объемах, обеспечение сопоставимости объемов по разным видам контроля в рамках месячной экономики	<ul style="list-style-type: none"> Максимальная автоматизация процесса отбора экспертных случаев, оформление, учета и анализа результатов контроля Ежемесячный мониторинг индивидуальных показателей экспертной работы сотрудников Отдела и представительств Фонда
Повышение эффективности взаимодействия участников системы ОМС и субъектов контроля	<ul style="list-style-type: none"> Регулярный анализ выявленных дефектов по результатам проведения целевых, плановых экспертиз в рамках МО Пополнение предложений по устранению замечаний совместно с экспертами КМП, главными внештатными специалистами Минздрава края
Повышение качества экспертной работы и предупреждение дефектов	<ul style="list-style-type: none"> Расширение ТР за счет введения главных внештатных специалистов Минздрава края Форумирование предложений и взаимодействие тематических исследовательских совместно с экспертами КМП, главными внештатными специалистами Увеличение числа очных экспертиз и метаэкспертиз Привлечение врачей-экспертов из Единого реестра экспертов качества медицинской помощи по спорным и сложным случаям

Безусловно, у нас есть сложные и нерешенные вопросы, нам предстоит интенсивная работа, необходимо принять действенные меры по повышению экономической эффективности проводимых экспертиз, выполнить установленные объемы повторной экспертизы и улучшить качественные показатели экспертного контроля.

Мы уверены, что эффективное решение задач, стоящих перед Фондом в части защиты прав застрахованных, организации экспертной деятельности напрямую зависит от плодотворного конструктивного

партнерства со страховыми медицинскими организациями, взаимодействия с министерством здравоохранения края и медицинскими организациями.

Слайд 25.



Благодарю за внимание.