

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ



УДК 614.2

РОЛЬ КЛИНИКО-ЭКСПЕРТНОЙ КОМИССИИ ОРГАНА УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ РЕГИОНА В СИСТЕМЕ МОНИТОРИНГА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

К.Н.Мовчан, А.Д.Тарасов, В.В.Ерошкин, Т.В.Яковенко, К.И.Русакевич*

THE ROLE OF CLINICAL EXPERT COMMISSION OF REGION'S HEALTH CARE MANAGEMENT IN THE MONITORING SYSTEM OF MEDICAL CARE QUALITY

K.N.Movchan, A.D.Tarasov, V.V.Eroshkin, T.V.Iakovenko, K.I.Rusakevich*

Медицинский информационно-аналитический центр, Санкт-Петербург, TarasovA@spbmiac.ru

**Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова, Санкт-Петербург*

Представлен опыт деятельности клинико-экспертной комиссии Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга в системе управления качеством медицинской помощи (КМП) региона. Обобщены итоги работы комиссии в течение нескольких лет. Продемонстрированы отличия в результатах оценки КМП в зависимости от профиля деятельности медицинских организаций и формы оказания медицинской помощи (плановая/экстренная). Проанализированы возможности использования формализованной методики оценки КМП с формулировкой при вынесении решений комиссии с учетом классов ненадлежащего КМП. Показана целесообразность комиссионного разбора спорных случаев оценки КМП среди специалистов медицинского сообщества.

Ключевые слова: экспертиза качества медицинской помощи, клинико-экспертная комиссия

This paper presents the experience of the work of clinical expert commission in the system of medical care quality management in the St. Petersburg Health Committee. The results of the Commission work for several years are summarized. Differences in evaluation of the medical care quality (MCQ) depending on the medical organization profile and forms of rendering medical aid (planned/emergency) were demonstrated. We also present possibilities of applying formalized methods to evaluation of the MCQ with wording the Commission's decisions considering the classes of improper MCQ. It is shown that the commission analysis of controversial assessments of the MCQ by experts in the medical community is reasonable.

Keywords: medical care quality evaluation, clinical expert commission

Введение

Среди критериев оценки эффективности деятельности сотрудников медицинских организаций (МО) данные экспертизы качества медицинской помощи (КМП) составляют особое место [1,5,6,7]. В Санкт-Петербурге при оценке КМП в лечебно-профилактических медицинских организациях (ЛПМО) города важное значение придается решениям Городской клинико-экспертной комиссии (ГорКЭК) Комитета по здравоохранению (КЗ) города [2]. Основными направлениями работы ГорКЭК являются: разрешение спорных вопросов, возникающих в процессе оценки качества оказания медицинской и медико-социальной помощи; рассмотрение конфликтных ситуаций, претензий пациентов и юридических лиц к системе здравоохранения Санкт-Петербурга. В этой связи изучение места и роли региональной КЭК в системе монито-

ринга КМП представляет собой важное направление в совершенствовании деятельности органов Управления здравоохранением.

Материалы и методы

Проанализированы решения ГорКЭК в 2011-2015 гг. по оценке КМП в случаях, разбираемых при претензиях граждан, летальных исходах в стационарах Санкт-Петербурга и разногласиях в заключениях экспертизы КМП на этапах предоставления медицинской помощи (МП).

Экспертные заключения о ненадлежащем качестве МП базировались на основании выявляемых дефектов МП, под которыми подразумевалось объективное неправильное предотвратимое действие или бездействие врача при выполнении лечебно-диагностического процесса (ЛДП), которое способствовало (или могло способствовать) нарушению выполнения медицинских технологий, увеличению (или

неснижению) риска прогрессирования заболевания пациента, возможности возникновения нового патологического процесса, неоптимальному использованию ресурсов здравоохранения или неудовлетворенности потребителя качеством МП. В зависимости от последствий дефектов выделяются 6 классов ненадлежащего оказания медицинской помощи по В.Ф.Чавпецову и соавт. [3].

I класс — случаи с дефектами, затрудняющими оценку процесса оказания МП и/или планирование потребности в ресурсах здравоохранения. Дефекты не влияют на состояние пациента, они могут обуславливать трудность оценки процесса оказания МП, а именно недостатки, связанные с небрежным ведением медицинской документации (почерк, неполные дневники, отсутствие записей обходов и осмотров специалистов, отсутствие логики в обоснованности мероприятий, изложенных в истории болезни и т.д.).

II класс — дефекты, связанные с неоптимальным использованием ресурсов здравоохранения. Дефекты I-II классов, как правило, оказываются предметом рассмотрения специалистов структур, контролирующих услуги в системе ОМС, ДМС и др., что обуславливается перерасходом или неиспользованием ресурсов здравоохранения без влияния на состояние пациентов.

III класс — повышен / не снижен риск ухудшения / не улучшения состояния пациента, развития новых заболеваний (возможное развитие). При данном классе ненадлежащего качества оказания МП выявляются ее дефекты, влияющие на состояние пациента или способные повлиять на него, при повышенном или несниженном риске ухудшения заболевания или несниженном риске ухудшения заболевания с возможным развитием нового патологического процесса.

IV класс — ухудшение / не улучшение состояния пациента, развитие новых заболеваний (реальное развитие). При данном классе дефекты оказания МП однозначно способствуют развитию нового патологического процесса.

V класс — влияние на состояние пациента, повышен / не снижен риск преждевременной смерти, инвалидности (возможное развитие).

VI класс — влияние на состояние пациента с негативными социальными последствиями: преждевременная смерть, инвалидность (реальное развитие). В данных случаях негативные последствия оказания МП связаны с медицинским действием (нередко бездействием врача или ятрогенией, что считается одним и тем же).

Наиболее значимые дефекты оказания МП констатируются при V и VI классах ненадлежащего КМП, когда возможно развитие инвалидности или смерти пациента.

Работа ГорКЭК осуществлялась по принятому в Санкт-Петербурге регламенту [2,4]. Непосред-

ственно оценка КМП проводится с использованием принципов методики автоматизированной технологии экспертизы (АТЭ) КМП, учитывающей классы ненадлежащего КМП по В.Ф.Чавпецову и соавт. [3].

Комиссию возглавляет заместитель председателя СПб КЗ. Заседания ГорКЭК, как правило, проводятся главными специалистами города по специальности клинического профиля — главным терапевтом или главным хирургом, реже главным специалистом по контролю КМП или (по поручению председателя) другими членами комиссии. В течение года организуется 10-12 заседаний ГКЭК с разбором данных о качестве оказания МП в 4-5 случаях.

При подготовке к рассмотрению случаев на ГорКЭК проводилась оценка качества МП (иногда по нескольким (3-4) специальностям) с привлечением при необходимости для экспертизы, рецензирования и участия в заседании Комиссии иногда нескольких специалистов (в том числе и главных специалистов КЗ) по профилю медицинской специальности разбираемого случая. Результаты экспертизы КМП на заседание ГорКЭК представляются анонимно (без указания данных эксперта), что, как считается в медицинских кругах, повышает объективность проведенной оценки [8].

Поручения об организации разбора случаев на заседании ГорКЭК поступают от должностных лиц СПб КЗ (табл.1).

Таблица 1
Распределение числа случаев разбора на ГорКЭК
в 2010-2015 гг. с учетом поручений
должностных лиц СПб КЗ

Должностные лица СПб КЗ	Число поручений					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Председатель и заместители председателя	18	32	34	32	38	39
Руководители управлений и отделов	32	7	7	7	2	1

При разборе на ГорКЭК преобладают случаи обращения граждан и целенаправленного изучения летальных исходов (табл.2).

В случае конфликтной ситуации с ЛПМО граждане нередко обращаются в несколько инстанций. Поэтому можно считать, что результаты деятельности Комиссии востребованы в надзорных структурах сферы здравоохранения и могут учитываться в ходе проведения мероприятий государственного и ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Таблица 2

Поводы к проведению заседаний ГКЭК и ЭКМП

Поводы к проведению ГКЭК	Число обращений в году				
	2011	2012	2013	2014	2015
1. Обращения граждан по вопросам качества МП в:					
Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга	26	12	10	15	17
Прокуратуру Санкт-Петербурга	6	5	5	7	7
Минздрав России	1		2	6	4
Следственный комитет РФ		1			2
Администрацию Президента РФ		3	1	1	1
Адрес губернатора Санкт-Петербурга	1	1		1	1
Генеральную прокуратуру РФ					1
Территориальный орган Росздравнадзора по СПб и ЛО			1	1	1
Аппарат Правительства РФ	1	1		1	
Адрес вице-губернатора СПб		1	1	1	
Депутатам Законодательного собрания СПб				1	
Адрес Главного управления МВД России по СПб и ЛО				1	
2 инстанции:					
Прокуратуру СПб + Росздравнадзор		1			
Адрес Президента РФ + Минздрав России		1			
Адрес Президента РФ + Губернатора Санкт-Петербурга				1	
Минздрав России + прокуратуру Санкт-Петербурга		1			1
Адрес Уполномоченного по правам человека в СПб + губернатора Санкт-Петербурга				1	
3 инстанции:					
Адрес Вице-Губернатора СПб + КЗ + Росздравнадзор по СПб и ЛО		1			
КЗ + Прокуратура СПб + Росздравнадзор по СПб и ЛО				1	
4 инстанции					
КЗ + Губернатор Санкт-Петербурга + Генеральная прокуратура РФ + Росздравнадзор по СПб и ЛО		1			
2. Целенаправленное изучение случаев летальных исходов в стационарах. Расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов, выявляемых при анализе летальности специалистов	5	11	17	2	3
3. Разногласия в экспертных оценках, установленных при ранее проведенных ЭКМП в связи с обращением руководителей медицинских организаций		1	2		2

Результаты исследования и их обсуждение

В течение года в СПб КЗ, как правило, на заседаниях ГорКЭК осуществляется оценка КМП около 40 случаев (рис.1).

Число разборов

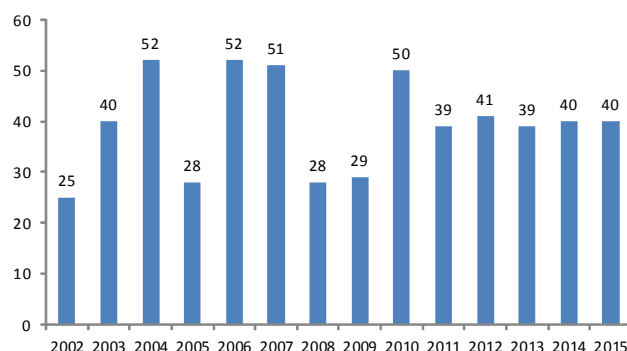


Рис.1. Распределение случаев оценки КМП на ГорКЭК в 2002-2015 гг.

В 2011-2015 гг. проведено 199 заседаний ГорКЭК (рис.2). Чаще всего заседания ГорКЭК осуществлялись по разбору случаев хирургического профиля (20-25 в течение года). Всего за 5 лет проведено 112 заседаний, касающихся оценки КМП, оказанной пациентам с хирургической патологией.

Число разборов



Рис.2. Распределение заседаний ГорКЭК с учетом удельного веса случаев хирургического профиля

Работа по организации экспертизы КМП осуществлялась по 26 специальностям (табл.3).

Таблица 3

Распределение случаев организации экспертиз КМП в 2015 году с учетом медицинских специальностей

№	Медицинские специальности	Общее кол-во экспертиз	Надлежащего	Количество случаев КМП						
				Всего	Ненадлежащего					
					По классам					
					I	II	III	IV	V	VI
1.	Хирургия	52	12	40	2	20	7	10	1	
2.	Неврология	51	2	49	2	11	25	8	2	1
3.	Травматология	49	16	33	11	8	4	9		
				(1 — без оценки)						
4.	Кардиология	34	5	29	7	11	7	3	1	
5.	Онкология	34	22	12	5	4	1	2		
6.	Акушерство и гинекология	31	11	20	3	9	5	3		
7.	Психиатрия	18	9	9	1	2	1	3	2	
8.	Сердечно-сосудистая хирургия	14	11	3	1	1	1			
9.	Нейрохирургия	13	3	10	1	5		3	1	
10.	Урология	12	7	5		3	1	1		
11.	Фтизиатрия	11	6	5	1	3				
				(1 — без оценки)						
12.	Неонатология	10	5	5		1		4		
13.	Терапия	9	1	8	2	4	1	1		
14.	Гематология	5	2	3		1	1	1		
15.	Инфекционные болезни	5	4	1				1		
16.	Эндокринология	4	2	2			2			
17.	Анестезиология и реаниматология	3		3			1	2		
18.	Скорая мед. помощь	3		3			2	1		
19.	Медицинская реабилитация и санаторно-курортное дело	3	3							
20.	Стоматология	2	2							
21.	Пульмонология	2		2				2		
22.	Нефрология	2		2			2			
23.	Дерматология	2	1	1			1			
24.	Офтальмология	2	2							
25.	Челюстно-лицевая хирургия	1	1							
26.	Гастроэнтерология	1		1				1		
27.	Всего	373	127	246	36	83	62	55	7	1

Таблица 4

Распределение результатов оценки КМП, оказываемой в ЛПМО в 2011-2015 гг., с учетом классов ненадлежащего КМП по решениям ГорКЭК

Годы	Количество случаев оценки КМП (%)		
	Всего	Ненадлежащее	Надлежащее
2011	85 (100)	64(75,3)	21(24,7)
2012	113 (100)	72(63,7)	41(36,3)
2013	89 (100)	63(70,8)	26(29,2)
2014	118 (100)	62(52,5)	56(47,5)
2015	140 (100)	77(55)	63(45)

Как правило, надлежащим качество МП оценивается при разборах на заседаниях ГорКЭК случаев, связанных с обращениями граждан. Этот показатель за год оказывается непостоянным, что обуславливается рядом технических обстоятельств (в частности, множество заключений по оценке качества на разных этапах при разборе одного случая оказания МП).

Чаще всего экспертиза КМП в 2015 г. проводилась по профилям специальностей: хирургия, неврология, травматология, кардиология, онкология.

В заседаниях ГорКЭК ежегодно привлекаются сотрудники 50-90 медицинских организаций (стационаров, поликлиник, учреждений скорой медицинской помощи и др.), в том числе федеральных клиник. Всего в заседаниях ГорКЭК в 2011-2015 гг. приняли участие 2 655 врачей.

Только в 2015 г. в работе ГорКЭК участвовали представители 167 этапов оказания МП 40 пациентам. Количество медицинских организаций (МО), сотрудники которых привлекались к участию в заседаниях Комиссии, оказывалось меньшим (94 ЛПУ), чем количество этапов, т.к. специалистам некоторых ЛПМО приходилось участвовать в оказании МП пациентам в нескольких разбираемых случаях. Качество МП оценено на 140 этапах, на которых она оказывалась специалистами 84 ЛПМО. Показатель удельного веса случаев надлежащего КМП при ее оценке по решениям ГорКЭК в году колеблется от 24,7 до 47,5% (табл.4).

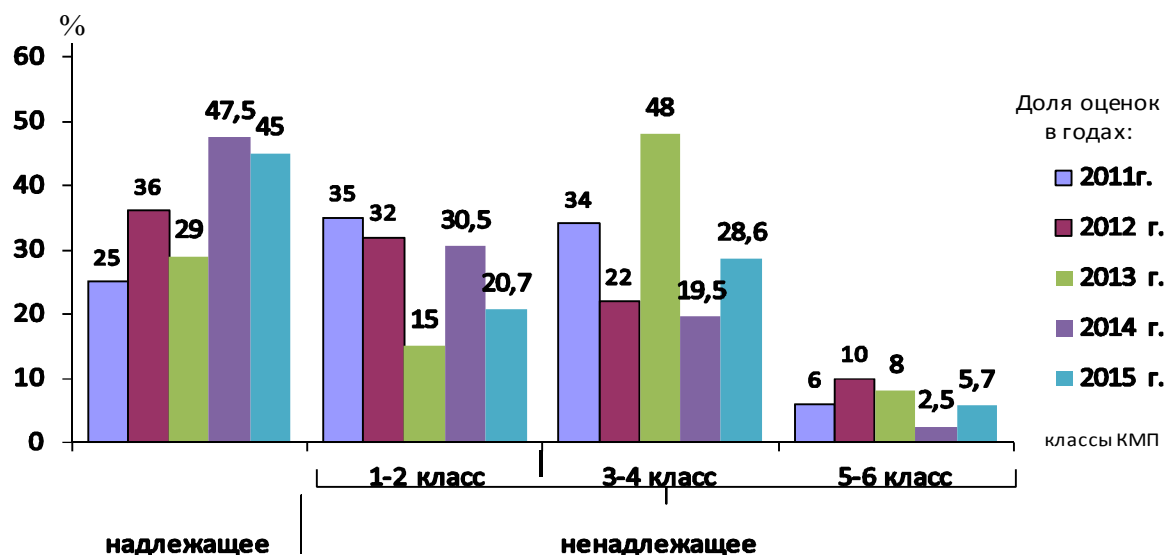


Рис.3. Распределение результатов оценки КМП по решениям ГорКЭК в 2011-2015 гг. с учетом классов неадекватного КМП

На ГорКЭК прежде всего представляют сведения специалисты (участковые врачи, врачи общей практики, скорой медицинской помощи) первичного звена здравоохранения (амбулаторий и поликлиник, станций скорой МП). Далее обсуждение случаев осуществляется по этапам вплоть до специалистов стационаров, которые общались с пациентом до исхода случая. Деятельность специалистов на каждом

этапе оценивается в присутствии всех участников оказания МП конкретному больному.

На рис.3 отражено распределение частоты случаев (в %) разборов на заседаниях ГорКЭК с учетом классов оценки качества МП.

В табл. 5-6 отражены данные о результатах оценки КМП на ГорКЭК с учетом профильности ЛПУ.

Таблица 5

Распределение оценок КМП на ГорКЭК с учетом профилей ЛПУ в 2011-2015 гг.
(средний показатель (в %) от общего количества оценок в отношении ЛПУ данного типа в течение 2011-2015 гг).

Лечебно-профилактические учреждения	Показатели оценки КМП					
	Надлежащего			Неадекватного		
	Всего	Кол-во в течение года*	% от кол-ва в году*	Всего за 5 лет	Кол-во в течение года*	% от кол-ва в году*
Стационары, оказывающие преимущественно экстренную МП	41	8	23,2	130	26	76,8
Амбулаторно-поликлинические учреждения (АПУ)	54	11	37,8	84	17	62,2
Осуществляющие МП в плановом режиме	21	4	35,2	42	8	64,8
Оказывающие специализированную МП	22	4	32,5	39	8	67,5
Федеральные и ведомственные	33	7	59,5	11	2	40,5
Оказывающие МП матерям и детям	6	1	23,5	17	4	76,5
Коммерческие	3	1	83,3	1	—	16,7
Скорой мед. помощи	33	7	77	8	2	23
Всего	213	—	37,2	332	—	62,8

* Приводится средний показатель в течение года по итогам 2011-2015 гг.

Таблица 6

Распределение результатов оценки КМП на ГорКЭК с учетом профилей ЛПУ в 2011-2015 гг.

Лечебно-профилактические медицинские организации	Число случаев оценки КМП (% от общего количества оценок в отношении данного типа ЛПУ)									
	Надлежащего					Ненадлежащего				
	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Подчиненные КЗ Санкт-Петербурга:										
стационары, оказывающие преимущественно экстренную МП	9 (27)	11 (26)	1 (4)	11 (34)	9 (24)	24 (73)	31 (74)	26 (96)	21 (66)	28 (76)
стационары, осуществляющие МП планово	3 (33)	5 (29)	1 (7)	8 (67)	4 (40)	6 (67)	12 (71)	14 (93)	4 (33)	6 (60)
МО, оказывающие специализированную МП	5 (42)	3 (25)	1 (17)	3 (33)	10 (45)	7 (58)	9 (75)	5 (83)	6 (67)	12 (55)
амбулаторно-поликлинические учреждения	7 (33)	10 (42)	5 (26)	15 (37)	17 (50)	14 (67)	14 (58)	14 (74)	25 (63)	17 (50)
МО, оказывающие МП матерям и детям	—	—	1 (33)	2 (33)	3 (27)	3 (100)	—	2 (67)	4 (67)	8 (73)
МО скорой медицинской помощи	3 (75)	15 (94)	4 (67)	7 (100)	4 (50)	1(25)	1 (6)	2 (33)	—	4 (50)
Федеральные и ведомственные	—	7 (88)	2 (33)	10 (83)	14 (93)	3 (100)	1 (12)	4 (67)	2 (17)	1 (7)
Коммерческие	—	1 (100)	—	—	2 (67)	—	—	—	—	1 (33)
Всего	27 (32)	52 (43)	15 (18)	56 (48)	63 (45)	58 (68)	68 (57)	67 (82)	62 (52)	77 (55)

Чаще всего дефекты оказания МП происходят в стационарах, оказывающих ее экстренно в круглосуточном режиме. В этих же МО показатели ненадлежащего КМП (по классам оценки) констатируются как более негативные (т.е. III-VI класса). Наглядно цифровые данные табл.5-6 отражены на рис.4.

На заседаниях ГорКЭК разбор случаев осуществляется с максимальной объективностью, что подтверждается данными таблицы 7, согласно которым

при выборочной оценке результатов оказания медицинской помощи самые высокие классы ее ненадлежащего качества (V и VI) констатируются именно при оценке экспертов и рецензентов ГорКЭК, а не специалистов, осуществляющих внутреннюю оценку качества медицинской помощи.

Администрации ЛПУ предоставляют в СПб КЗ данные о мерах реагирования на результаты заседания ГорКЭК (табл.8).

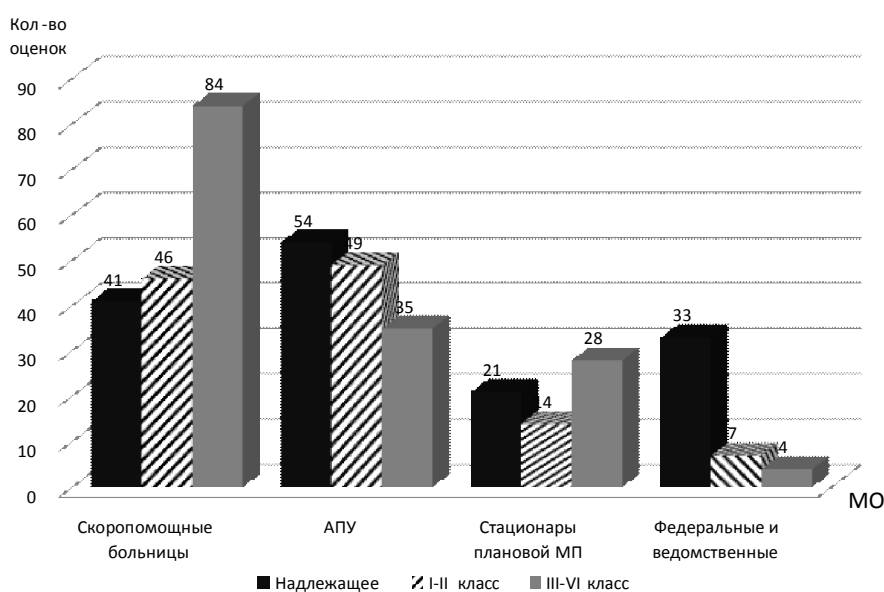


Рис.4. Распределение количества оценок качества МП в случаях, рассматриваемых на ГорКЭК за 2011-2015 гг. с учетом профилей ЛПУ

Таблица 7

Распределение примеров оценки КМП до и по результатам ГКЭК
(при констатации случаев V-VI классов ненадлежащего оказания МП)

№ примеров	Годы	Специальности	Классы КМП по версиям экспертов		
			ЛПУ	вне ЛПУ	ГорКЭК
1.	2015	Хирургия, ревматология	надл*	ненадл.** IV	ненадл. V
2.	2015	Хирургия, ревматология	надл	ненадл. II	ненадл. V
3.	2015	Фтизиатрия	надл	ненадл. III	ненадл. V
4.	2015	Акушерство-гинекология, неонатология	надл	ненадл. V-VI	ненадл. V
5.	2014	Хирургия	надл	ненадл. IV-VI	ненадл. V
6.	2013	Хирургия	ненадл. I	ненадл. II	ненадл. V
7.	2015	Торакальная хирургия	ненадл. II	ненадл. III	ненадл. V
8.	2014	Терапия	ненадл. II	нет	ненадл. V
9.	2013	Акушерство-гинекология	ненадл. III	ненадл. VI	ненадл. V
10.	2013	Терапия	ненадл. III	ненадл. IV-V	ненадл. V
11.	2015	Сердечно-сосудистая хирургия	ненадл. II-III	ненадл. II-V	ненадл. V
12.	2015	Анестезиология-реаниматология	ненадл. IV	ненадл. III	ненадл. V
13.	2015	Травматология, хирургия	ненадл. IV	ненадл. II	ненадл. VI
14.	2013	Травматология и ортопедия	ненадл. IV	ненадл. III-V	ненадл. V
15.	2014	Акушерство-гинекология	ненадл. V	ненадл. IV-VI	ненадл. V

*надл. — КМП надлежащее; **ненадл. — КМП ненадлежащее

Таблица 8

Данные о мерах, принятых администрацией МО по итогам работы ГорКЭК в 2015 г.

Медицинские организации	Меры реагирования			
	Дисциплинарные наказания (выговор, замечания)	Увольнение из ЛПУ	Направление на досрочное обучение	Прочее (тематические занятия, орг-метод. работа и др.)
Подведомственные КЗ Санкт-Петербурга:				
стационары, оказывающие преимущественно экстренную МП	2	1	30	43
стационары, осуществляющие МП в плановом режиме	—	—	14	21
оказывающие специализированную МП	1	4	23	22
амбулаторно-поликлинические учреждения	3	1	27	46
оказывающие МП матерям и детям	2	—	2	2
скорой медицинской помощи	1	—	1	7
Федеральные и ведомственные	—	—	—	2
Коммерческие	—	—	—	—
Всего	9	6	97	143

Таблица 9

Удельный вес дефектов оказания МП, констатируемых в ходе разбора случаев на заседаниях ГорКЭК в 2015 г.

Классы ненадлежащего КМП	Всего оценок ненадлежащего КМП (%)	Количество дефектов оказания МП (%)			
		Сбора информации	Диагноза	Лечения	Преемственности
I	5 (100)	4 (80)	—	—	—
II	24 (100)	17 (71)	5 (21)	3 (13)	4 (17)
III	16 (100)	9 (56)	4 (25)	6 (38)	6 (38)
IV	24 (100)	18 (75)	21 (88)	16 (67)	8 (34)
V	7 (100)	6 (86)	6 (86)	6 (86)	2 (29)
VI	1 (100)	1 (100)	1 (100)	1 (100)	—
Всего	77	55	37	32	20

При выявлении дефектов сбора информации качество МП оценивалось как ненадлежащее I класса. При оценке качества МП как ненадлежащее II класса констатировались преимущественно дефекты сбора информации (в 71% случаев от общего числа оценок II класса), однако выявляются и другие дефекты (диагноза, лечения и преемственности). В случае квалификации КМП как ненадлежащее III-VI класса выявлялись дефекты всех групп, однако при оценке V и VI классов предполагалось влияние на исход заболевания с возникновением социальных последствий (смерть или инвалидизация пациента).

В современных условиях массовой информированности населения значительно возрастает количество обращений граждан в руководящие инстанции по вопросам, касающимся качества оказания медицинской помощи. Оценка соответствия качества МП иногда может быть неоднозначной. При анализе

КМП одним экспертом его трактовка может оставаться субъективной. Разбор случаев на ГорКЭК (после оценки КМП в ракурсе проведении ведомственного контроля) позволяет углубленно, публично и прозрачно обсудить случай оказания медицинской помощи в профессиональном сообществе. Участие главных специалистов региона по медицинским специальностям в разборе и оценке клинических случаев позволяет обоснованно рекомендовать администрациям ЛПУ проекты управленческих решений. Мониторинг реакции ЛПУ региона на выводы ГорКЭК также позволяет ответственным специалистам органа управления здравоохранением субъекта Федерации контролировать и совершенствовать работу по повышению КМП, осуществляемой населению в его медицинских организациях.

Выводы

1. При разборе обращений граждан по факту оказания им МП ненадлежащего качества число таких случаев составляет 52,5%-75%, что позволяет признать большинство жалоб обоснованными.

2. Показатель удельного веса дефектов лечебно-диагностического процесса в случаях оценки КМП ненадлежащим III-VI класса (констатируется влияние ЛДП на состояние пациента) составляет от 22% до 56%.

3. Чаще всего дефекты оказания МП происходят при ее осуществлении в стационарах, проводящих экстренные лечебно-диагностические мероприятия в круглосуточном режиме.

4. Систему коллективного разбора результатов обследования и лечения пациентов с анонимным выполнением экспертизы КМП следует признать оптимальной при оценке эффективности оказания медицинской помощи больным и пострадавшим, в случае возникновения у них претензий.

5. Решения, вынесенные на заседаниях ГорКЭК, могут и должны использоваться в работе организаций, осуществляющих контроль в системе управления КМП.

5. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. №230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».
6. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
7. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. №1340н «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности».
8. Невинная И. Принцип анонимности // Российская газета. Вып. №6339 от 25 марта 2014 г. — <https://rg.ru/2014/03/25/vrachi.html>

References

1. Prikaz Ministerstva zdravookhraneniia Rossiiskoi Federatsii ot 7 iuliia 2015 g. № 422an "Ob utverzhdenii kriteriev otsenki kachestva meditsinskoi pomoshchi" [Order of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation "On approval of criteria for evaluating the medical care quality" № 422an enacted July 7, 2015].
2. Rasporiazhenie Komiteta po zdravookhraneniui № 606-r ot 13.10.2009 «Ob utverzhdenii Polozheniia o Gorodskoi kliniko-ekspertnoi komissii» s izmeneniami rasporiazheniem № 158-r ot 23.04.2013 [Decree of the Health Care Committee "On approval of the Regulations on the City Clinical Expert Commission" № 606-p enacted October 13, 2009, as amended by the Decree № 158-p enacted April 23, 2013].
3. Chavpetsov V.F., Mikhailov S.M., Karachevtseva M.A. Avtomatizirovannaia tekhnologiiia ekspertizy kachestva meditsinskoi pomoshchi: Struktura, rezul'taty i perspektivy primeneniia [Computer technology for evaluating the medical care quality. Structure, results, and application perspectives]. Saint Petersburg, "Kopi-R" Publ., 2007. 65 p.
4. Rasporiazhenie Komiteta po zdravookhraneniui ot 03.05.2011 № 197-r «Metodicheskie rekomendatsii po poriadku provedeniia ekspertizy kachestva meditsinskoi pomoshchi v uchrezhdeniiakh zdravookhraneniia Sankt-Peterburga» [Decree of the Health Care Committee "Methodological recommendations on the procedure of evaluating the medical care quality in medical care units in St. Petersburg" № 197-p enacted May 3, 2011].
5. Prikaz Federal'nogo fonda obiazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniia ot 1 dekabria 2010 g. № 230, g. Moskva, "Ob utverzhdenii Poriadka organizatsii i provedeniia kontroliia ob'emov, srokov, kachestva i uslovii predostavleniia meditsinskoi pomoshchi po obiazatel'nomu meditsinskomu strakhovaniui" [Order of the Federal Compulsory Medical Insurance Fund "On approval of the Procedure of evaluating the extent, quality, terms and provisions of medical care delivery according to compulsory health insurance" № 230 enacted December 1, 2010, Moscow].
6. Federal'nyi zakon Rossiiskoi Federatsii ot 21 noiabria 2011 g. № 323-FZ "Ob osnovakh okhrany zdorov'ia grazhdan v Rossiiskoi Federatsii" [RF Federal Law "On the basic principles of health care in the Russian Federation" № 323-FZ enacted November 21, 2011].
7. Prikaz Ministerstva zdravookhraneniia Rossiiskoi Federatsii ot 21 dekabria 2012 g. № 1340n "Ob utverzhdenii poriadka organizatsii i provedeniia vedomstvennogo kontroliia kachestva i bezopasnosti meditsinskoi deiatel'nosti" [Order of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation "On approval of the Procedure of internal monitoring the quality and safety in medical care" № 1340n enacted December 21, 2012].
8. Nevinnaia I. Printsip anonimnosti [The principle of anonymity]. Rossiyskaya Gazeta, March 25, 2014, no. 6339. Available at: <https://rg.ru/2014/03/25/vrachi.html>.
1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 июля 2015г. №422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».
2. Распоряжение Комитета по здравоохранению №606-р от 13.10. 2009 «Об утверждении Положения о Городской клинико-экспертной комиссии» с изменениями распоряжением №158-р от 23.04.2013.
3. Чавпецов В.Ф., Михайлов С.М., Карачевцева М.А. Автоматизированная технология экспертизы качества медицинской помощи: Структура, результаты и перспективы применения: информационные материалы. СПб.: Копи-Р, 2007. 65 с.
4. Распоряжение Комитета по здравоохранению от 03.05.2011 №197-р «Методические рекомендации по порядку проведения экспертизы качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Санкт-Петербурга».