

# Экспертиза качества медицинской помощи в современных условиях: проблемы и решения

*Серёгина И.Ф., Князев Е.Г., Малаев М.Г., Таевский Б.В., Таевский А.Б. Экспертиза качества медицинской помощи в современных условиях: проблемы и решения*

*В работе рассматриваются проблемы осуществления экспертизы качества медицинской помощи, организации и проведения контроля качества и безопасности медицинской деятельности, а также управления качеством медицинской помощи в условиях действующего приказа Минздрава России от 07.07.2015 №422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». Предложена технология проведения экспертизы на основе утвержденных критериев оценки качества медицинской помощи.*

**Ключевые слова:** контроль качества и безопасности медицинской деятельности, технология экспертизы качества медицинской помощи, критерии оценки качества медицинской помощи, нормативный акт, приказ Минздрава России от 07.07.2015 №422ан

**Keywords:**

В соответствии Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [1] (далее — Закон) контроль в сфере здравоохранения Российской Федерации включает в себя контроль качества и безопасности медицинской деятельности (далее — Контроль). В целях регулирования организации и проведения Контроля Законом установлен ряд положений, раскрывающих суть используемых терминов и понятий, определяющих формы Контроля и полномочия органов государственной власти Российской Федерации, субъектов Российской Федерации и медицинских организаций. Законом предусмотрено три формы Контроля: государственный, ведомственный и внутренний.

Государственный Контроль осуществляется органами государственного контроля в соответствии с их полномочиями путем проведения проверок:

*И.Ф. СЕРЁГИНА, д.м.н., проф., заместитель руководителя Росздравнадзора  
Е.Г. КНЯЗЕВ, начальник ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть №94 ФМБА России», член общероссийской общественной организации «Общество по организации здравоохранения и общественного здоровья», г. Пересвет Сергиево-Посадского района Московской области, [egknjazev@rambler.ru](mailto:egknjazev@rambler.ru)  
М.Г. МАЛАЕВ, к.м.н., ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, [formular-mal@mail.ru](mailto:formular-mal@mail.ru)  
Б.В. ТАЕВСКИЙ, к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ДПО ИГМАПО Минздрава России, г. Иркутск, [taevsky\\_bv@mail.ru](mailto:taevsky_bv@mail.ru)  
А.Б. ТАЕВСКИЙ, руководитель интернет-портала для врачей — организаторов здравоохранения и владельцев медицинского бизнеса Здрав.Биз ([www.zdrav.biz](http://www.zdrav.biz)), г. Санкт-Петербург, [zdrav-expert@ya.ru](mailto:zdrav-expert@ya.ru)*

- фондами, медицинскими организациями и фармацевтическими организациями прав граждан в сфере охраны здоровья;
- применения медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;
- соблюдения медицинскими организациями порядков проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;
- соблюдения медицинскими организациями безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению);
- соблюдения медицинскими работниками, руководителями медицинских организаций ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности;
- организации и осуществления ведомственного и внутреннего Контроля органами и организациями;
- осуществления лицензирования медицинской деятельности.

Порядок организации и проведения государственного Контроля установлен постановлением Правительства Российской Федерации от 12 ноября 2012 г. №1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности» [2].

Ведомственный Контроль осуществляется федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с имеющимися полномочиями. Порядок

организации и проведения ведомственного Контроля установлен приказом Минздрава России от 21 декабря 2012 г. №1340н «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности» [3].

Внутренний Контроль осуществляется в порядке, установленном руководителями органов или организаций государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в целях обеспечения медицинской деятельности. Наличие внутреннего Контроля является лицензионным требованием при осуществлении медицинской деятельности (Федеральный закон от 4 мая 2011 г. №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» [4], постановление Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. №291 «О лицензировании медицинской деятельности» [5] [далее — Постановление №291]). Внутренний Контроль не входит в утвержденный Постановлением №291 «Перечень видов работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность».

Законом установлено, что Контроль осуществляется путем:

- 1) соблюдения требований к осуществлению медицинской деятельности, установленных законодательством Российской Федерации;
- 2) определения показателей качества деятельности медицинских организаций;
- 3) соблюдения объема, сроков и условий оказания медицинской помощи, контроля качества медицинской помощи фондами обязательного медицинского страхования (далее — ОМС) и страховыми медицинскими организациями в соответствии с законодательством Российской Федерации об ОМС;
- 4) создания системы оценки деятельности медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг;
- 5) создания информационных систем в сфере здравоохранения, обеспечивающих в том числе персонализированный учет при осуществлении медицинской деятельности.

В соответствии с Законом «критерии оценки качества медицинской помощи» (далее — критерии оценки качества) установлены приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 июля 2015 г. №422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» [6] (далее — Приказ №422ан). Документ зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 13 августа 2015 г.

Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в соответствии с законодательством Российской Федерации об ОМС [7], регламентируется приказом ФФОМС от 1 декабря 2010 г. №230 «Об утверждении Порядка организации и про-

ведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» [8]. Целью утвержденного Порядка является проведение мероприятий, направленных на реализацию прав застрахованных лиц на получение бесплатной медицинской помощи в установленных территориальной программой ОМС и договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС объемах, сроках и условиях, надлежащего качества в медицинских организациях, участвующих в реализации программ ОМС. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС реализуется посредством проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, а также экспертизы качества медицинской помощи.

Экспертиза (франц. *expertise* от лат. *expertus* — опытный) — исследование специалистом (экспертом) каких-либо вопросов, решение которых требует специальных познаний в исследуемой области. Закон относит экспертизу качества медицинской помощи к медицинским экспертизам и в ст. 64 дает ее определение: «Экспертиза качества медицинской помощи проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе на основе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата».

Получение в результате проводимого специального исследования объективных достоверных данных, в своей совокупности отражающих так называемое качество медицинской помощи, составляет собственную цель экспертизы качества медицинской помощи (далее — Экспертиза). В то же время сама Экспертиза может проводиться в самых различных целях, которые могут быть объединены в две большие группы: связанные с управлением и связанные с конфликтом интересов сторон, участников процесса оказания медицинской помощи. Подчиненность собственной цели Экспертизы внешней цели ее осуществления может оказывать существенное влияние на объективность и характер получаемых результатов. В этой связи осуществление Экспертизы должно быть методологически, технологически и организационно обеспечено и регламентировано.

Экспертиза включена в Перечень видов работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, утвержденный Постановлением №291, и, соответственно, для ее осуществления необходимо получить лицензию. В то же время организация и проведение внутреннего Контроля, обязательного при осуществлении медицинской деятельности, но исключенного из указанного перечня, без проведения Экспертизы невоз-

можно. Экспертиза может осуществляться как в целях обеспечения внутреннего Контроля достоверными сведениями об оказываемой в организации медицинской помощи, так и с другими целями (например, в соответствии с законодательством Российской Федерации об ОМС). В первом случае требование лицензирования Экспертизы является избыточным, во втором — оправданным. Конкретные указания на этот счет в федеральных законах и подзаконных актах отсутствуют. Таким образом, в данном вопросе наблюдается недостаточность правового регулирования.

Как и критерии оценки качества, порядок осуществления Экспертизы должен быть установлен Министерством здравоохранения Российской Федерации, которое объявило о начале разработки соответствующего документа в ноябре 2015 г. [9]. Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС должен соответствовать как этому документу в части осуществления Экспертизы, так и Приказу №422ан в части используемых критериев оценки качества. В то же время в проекте приказа его наименование указывает на то, что обеспечение единообразия подходов к Экспертизе на территории Российской Федерации посредством данного документа не планируется: «Об утверждении порядка осуществления экспертизы качества медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании».

До появления подзаконных актов федерального уровня, регламентирующих организацию Контроля и проведение Экспертизы на всей территории страны, органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации использовали различные подходы к решению комплекса организационных проблем, связанных с обеспечением качества медицинской помощи. Многие региональные разработки имели большую управленческую ценность. Однако новые федеральные нормативные правовые акты, регламентирующие отдельные аспекты тех или иных направлений деятельности, зачастую целиком выводят из правового поля комплексные региональные решения, что чревато потерей управления деятельностью подведомственных медицинских организаций и качеством медицинской помощи на территории субъектов Российской Федерации. Потеря управления региональными органами управления здравоохранением связана с риском потери управления и федеральным центром.

Первым подзаконным актом федерального уровня, регламентирующим вопросы проведения Экспертизы, стал Приказ №422ан. Документом установлены критерии оценки качества, применяемые при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных

условиях (в т. ч. в условиях дневного стационара) для обширной группы заболеваний и состояний. Его появление свидетельствует о несомненном прогрессе отраслевого регулирования. В то же время многими специалистами отмечаются существенные недостатки этого документа, анализ и устранение которых требуют времени. Они отражают доминирующий в области права и предлагаемый здравоохранению упрощенный подход к оценке качества медицинской помощи и ее сути — лечебно-диагностического процесса.

Закон определяет, что медицинская помощь является сложным комплексом мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя проведение медицинских вмешательств в виде выполняемых медицинскими работниками по отношению к пациенту медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию. Невозможно дать оценку качеству медицинской помощи без оценки всей совокупности характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, а также степень достижения запланированного результата.

Лечебно-диагностический процесс всегда индивидуален, реализуется в многомерном пространстве и не может быть полностью описан в двумерной сетке координат (последовательность этапов и условия оказания медицинской помощи, частота предоставления и кратность применения методов диагностики и лечения, лекарственных средств и медицинских изделий), задаваемой требованиями порядков оказания и стандартов медицинской помощи. В процессе оказания медицинской помощи клиническая ситуация постоянно меняется, и врач должен принимать решения, обоснованные не только и не столько установленными требованиями, сколько необходимостью оказания помощи больному здесь и сейчас. Рекомендации относительно возможности получения наилучших результатов за счет оптимизации лечебно-диагностического процесса с учетом течения основного и сопутствующих заболеваний, осложнений, исходов, а также критерии оценки правильности принимаемых решений должны содержаться в клинических рекомендациях (протоколах ведения больных), разрабатываемых и утверждаемых профессиональными медицинскими сообществами и официально размещаемых в сети Интернет на сайте Федеральной электронной медицинской библиотеки [10].

При проведении Экспертизы недостаточно ограничиваться оценкой исполнения установленных требований, к чему может приводить формальное применение

ние критериев оценки качества, установленных Приказом №422ан, и чему способствует упрощенное понимание определения Экспертизы в Законе, в котором цель Экспертизы сформулирована через «выявление нарушений при оказании медицинской помощи». Для получения объективных и достоверных результатов Экспертизы обязательному изучению и оценке подлежат также лечебно-диагностический процесс и его отклонения от оптимального хода с учетом реально складывающейся клинической ситуации и достигнутых результатов.

Утвержденные Приказом №422ан критерии оценки качества составляют наборы параметров, некоторые из которых являются простыми проверочными вопросами на тему исполнения установленных требований, в основном в части ведения медицинской документации, предполагающими получение однозначного ответа («да» или «нет»). Односложные ответы никак не характеризуют информативность и другие значимые характеристики записей, а также не отражают полное содержание произведенных действий, на основании которых эти записи были сделаны. В то же время категоричный отрицательный ответ по любому оцениваемому параметру равносителен принятию решения об отрицательных результатах Экспертизы в целом, вне зависимости от действительной клинической значимости каждого такого параметра.

Формулировки части установленных критериев оценки качества отражают попытки свести сложные клинические и организационные вопросы к простым, предполагающим ответ «да» или «нет». Такие критерии предусматривают проведение оценки качества в двух вариантах: с опорой на нормативные правовые акты (производство некоторых действий в соответствии с неким нормативным документом) и с отсылкой к клинической ситуации (производство некоторых действий с учетом состояния пациента). Второй вариант не может обеспечить желаемый (т. е. объективный) результат Экспертизы, поскольку у эксперта как не было, так и нет надежных ориентиров для объективной оценки правильности произведенных действий по этим параметрам. Эксперт вынужден судить произвольно. Первый вариант также не обеспечивает получение объективных результатов вследствие невозможности тотальной регламентации процесса оказания медицинской помощи.

В установленных критериях оценки качества прослеживается акцентуация на «дефектах оказания медицинской помощи» (далее — дефект). Сами дефекты все чаще сводятся к выявлению нарушений установленных требований. В то же время исполнение установленных требований не тождественно качеству оказания медицинской помощи и не гарантирует получение положительных результатов, поскольку специфика

ка медицинской деятельности предполагает, что имеются границы возможностей регламентации, за пределами которых требования не приводят к улучшениям деятельности системы оказания медицинской помощи. Следовательно, необходимо различать дефекты оказания медицинской помощи и дефекты исполнения требований к ее оказанию, что неизбежно порождает вопросы о том, в какой мере установленные требования отражают реальные управленческие потребности. И чем тщательнее регламентируется медицинская деятельность, тем более насущными становятся такие вопросы.

Регистрации дефектов исполнения недостаточно для принятия управленческих решений. Для того чтобы выявляемые дефекты служили надежными индикаторами качества медицинской помощи, следует относиться к ним не только нарушения установленных нормативными правовыми актами требований, но и клинически значимые отклонения от оптимального хода лечебно-диагностического процесса при оказании медицинской помощи конкретному пациенту. Такой подход, по мнению авторов, наполняет выявление дефектов практическим смыслом. Управление качеством складывается из целенаправленного и согласованного управления ресурсами, технологиями и процессами. Анализ причин возникновения дефектов позволяет выявлять недостатки в обеспечении медицинской деятельности (медицинских организаций, системы здравоохранения), фокусировать внимание и производить управленческие воздействия с высокой точностью.

Еще одной проблемой использования установленных критериев оценки качества является включение в единый перечень как универсальных параметров, так и параметров, применение которых невозможно к части случаев оказания медицинской помощи и/или в части медицинских организаций, без каких-либо методологических указаний о том, каким образом эксперту следует поступать с неприменимыми параметрами — исключать их из перечня, игнорировать их или как-либо пометать. Возможность использования произвольного набора критериев оценки качества снижает достоверность результатов Экспертизы из-за сложности обеспечения их воспроизводимости при проведении Экспертизы другим экспертом.

Указанные проблемы препятствуют достижению собственной цели Экспертизы. Соответственно, затрудняется использование ее результатов при проведении Контроля в любой форме. Сомнительные результаты Экспертизы не могут служить надежным основанием для принятия справедливых решений в конфликтных ситуациях, а также непригодны для принятия эффективных решений органами управления здравоохранением и руководителями медицинских организаций.

Контроль — это институт, обеспечивающий анализ результатов Экспертизы и их использование в целях управления для достижения конкретных улучшений. Интеграция Экспертизы в систему управления качеством медицинской помощи посредством системы Контроля имеет важное значение для развития как отдельной медицинской организации, так и системы здравоохранения любого уровня. При отсутствии надежной обратной связи у управляющей структуры отсутствуют основания для принятия оперативных и эффективных решений по управлению какой-либо деятельностью, протекание процессов нарушается, и развитие системы становится проблематичным или невозможным.

Формирование системы управления качеством медицинской помощи на всех уровнях организации здравоохранения является сложной стратегической задачей. При решении этой задачи важно обеспечить возможность получения своевременных, объективных, достоверных и хорошо структурированных данных о процессах, составляющих медицинскую деятельность, условиях ее осуществления, эффективности использования ресурсов и результатах оказания медицинской помощи. Обеспечить органы управления здравоохранением и руководителей медицинских организаций такими сведениями в определенных пределах возможно за счет использования специальной технологии Экспертизы.

Осуществляя регламентацию какой-либо деятельности, необходимо понимать, какое требование в каких целях вводится. Требования прямого действия, исполнение которых может быть оценено по дихотомическому принципу минимальной достаточности («выполнено» или «не выполнено»), в здравоохранении не могут иметь широкого применения вследствие исключительной сложности медицинской деятельности. Одними простыми вопросами, предполагающими простые ответы, охарактеризовать полностью качество медицинской помощи, оказанной конкретному пациенту, не представляется возможным.

Основная масса требований в медицине возможна лишь в виде комплексных и сложных идейных конструкций, неких условных взаимосвязанных ориентиров, базирующихся на современном уровне медицинских знаний. Значение имеют не сами факты исполнения конкретных предписаний, а то, как именно были реализованы комплексы мероприятий, составляющих лечебно-диагностический процесс, и с каким результатом. То есть простая оценка исполнения к медицинской деятельности неприменима, т. к. не характеризует качества оказания медицинской помощи. Для того чтобы оценить всю совокупность характеристик, отражающих качество медицинской помощи, необходимо использовать также и принцип соответствия.

Принцип соответствия предполагает установление градации оценки исследуемого параметра от полного несоответствия до полного соответствия. Его использование позволяет устанавливать степень отклонения исследуемого объекта/процесса от оптимума и с помощью оценочной шкалы получать результат в цифровом выражении (в процентах или в виде десятичной дроби в диапазоне от нуля до единицы). Принцип минимальной достаточности позволяет проводить оценку изучаемого параметра, используя в качестве ответов слова «да» и «нет» или цифры «0» и «1», выражающие категоричные ответы на прямые вопросы («достаточно/недостаточно», «выполнено / не выполнено», «допустимо/недопустимо» и т. д.). Достижение собственной цели Экспертизы (получение достоверных объективных результатов) возможно лишь при условии различения и осознанного использования экспертом как принципа минимальной достаточности, так и принципа соответствия.

Обеспечение регулярного получения достоверных, объективных и воспроизводимых результатов Экспертизы по каждому оцениваемому параметру и в их совокупности является, таким образом, технологической задачей. Именно технология Экспертизы, интегрированная в систему Контроля, способна обеспечивать органы управления здравоохранением и руководителей медицинских организаций надежными и хорошо структурированными сведениями о процессах, составляющих медицинскую деятельность. Систематизированные наборы оценок по многим параметрам (результаты Экспертизы), поступаая в систему Контроля, подвергаются статистическому учету и анализу, в итоге которого, наряду с другими данными о медицинской деятельности, составляют уже результаты Контроля — они, собственно, и являются основой для целесообразного управления.

Экспертом при проведении Экспертизы выявляются как прямые нарушения установленных требований, подлежащие оценке по принципу минимальной достаточности и напрямую свидетельствующие о ненадлежащем качестве медицинской помощи, так и отклонения от оптимального хода лечебно-диагностического процесса различной степени выраженности и с различным влиянием на результат оказания медицинской помощи, подлежащие оценке по принципу соответствия. Для оценки значительных отклонений, создающих угрозу жизни и здоровью пациентов, резко ухудшающих результат оказания медицинской помощи или влекущих за собой неоправданное расходование ресурсов (мы называем такие отклонения «экстремальными»), эксперту одного принципа соответствия недостаточно — ему необходимы четкие пределы отклонений. Сопоставляя с ними величину допущенного отклонения, он может обоснованно судить, нарушил

врач что-либо или нет. То есть здесь снова становится актуальным дихотомический принцип оценки, но применяемый не формально, а к месту и основанный на реальности.

В каком виде должны быть представлены пределы допустимых отклонений — вопрос в большей степени технический. Это может быть величина отклонения, соотносимая с размером оптимального диапазона (допустим, оптимальная продолжительность лечения для данной «модели пациента» — 8—10 дней, а пределы допустимых отклонений могут быть установлены равными величине оптимального диапазона (3 дня) в ту и другую сторону, т. е. продолжительность лечения менее 5 дней или свыше 13 дней будет являться признаком экстремального отклонения). Это может быть минимально допустимая экспертная оценка по данному параметру (предположим, эксперт, руководствуясь заранее установленными критериями оценки степени отклонения и отнесения его к тому или иному диапазону оценочной шкалы, выставил балл 0,6, а минимально допустимым для данного параметра определено 0,7, и, следовательно, выявлено экстремальное отклонение). Это может быть и требование прямого действия, например, соблюдение лимита времени, отводимого для оказания медицинской помощи в экстренной форме в критериях оценки качества.

Очевидно, что для каждого управляемого параметра вопрос о том, каким образом устанавливать пределы отклонений, решается прицельно, с участием ведущих профильных специалистов. И, конечно, именно эти пределы, наряду с требованиями прямого действия, и должны составлять «установленные требования» при осуществлении медицинской деятельности.

Оценка по каждому применимому в данном случае (а неприменимые должны быть отключаемыми) управляемому параметру может проводиться в два, а в перспективе (с появлением установленных пределов допустимых отклонений) — в три этапа:

1. Оценка по дихотомическому принципу «минимальной достаточности» («да» или «нет», «выполнено» или «не выполнено», «0» или «1»).
2. Оценка по градиентному принципу «соответствия» (от «0» до «1» на «оценочной шкале» с заданным «шагом»).
3. Оценка величины допущенного отклонения по дихотомическому принципу путем сопоставления с заранее установленными «пороговыми» значениями.

В отсутствие федеральных требований, уточняющих критерии оценки качества в части установления границ («пороговых» значений), выход за которые может считаться признаком экстремального отклонения, пределы допустимых отклонений могут быть установлены региональным органом управления здравоохранением или даже руководителем медицинской орга-

низации в целях организации проведения действенного ведомственного или внутреннего Контроля и управления медицинской деятельностью.

Сама процедура оценки по каждому параметру сложностей для эксперта не представляет. Скорее, наоборот, упрощает его работу (особенно в трехэтапном варианте), т. к. с ликвидацией смешения принципов минимальной достаточности и соответствия, установлением четких ориентиров для выставления оценки, появлением возможности «отключения» неприменимых параметров работа эксперта значительно облегчается.

Экспертиза конкретного случая оказания медицинской помощи проводится по многоуровневому перечню параметров, в итоге последовательной «отработки» которых эксперт получает массив результатов. На основании полученных результатов эксперт делает свое заключение и «передает» (включает) их в систему Контроля. Соответственно, чем больше случаев оказания медицинской помощи подвергается Экспертизе в целях Контроля в установленный промежуток времени, тем выше потребность в автоматизации процедур.

В крупной медицинской организации ежемесячно проводятся сотни Экспертиз, в субъекте Российской Федерации — тысячи, поэтому идеальным техническим решением задачи автоматизации Экспертизы и Контроля для них может быть модуль используемой в субъекте Российской Федерации медицинской информационной системы (далее — МИС[A1]) или интегрированная в МИС сторонняя программа. При этом необходимо обеспечить ряд требований и условий, как установленных федеральными законами и подзаконными актами, так и продиктованных жизнью. Во избежание попадания в ситуацию непреодолимой зависимости от разработчика при заказе стороннего программного обеспечения необходимо контролировать соблюдение стандартов обмена информацией. Внедряемое программное обеспечение должно облегчать и ускорять работу экспертов и лиц, осуществляющих Контроль, и быть достаточно гибким, чтобы большая часть изменений в нормативной правовой базе здравоохранения могла быть отражена в системе оперативно и без необходимости повторного привлечения разработчика.

Небольшим и средним медицинским организациям может быть достаточно решений в среде электронных таблиц (MS Excel, QuattroPro, Calc и др.) с самостоятельным созданием «Автоматизированных экспертных технологических карт» для целей Экспертизы и Контроля. Основные преимущества такого подхода заключаются в точном удовлетворении собственных потребностей в автоматизации процедур и в абсолютной свободе от разработчика. К недостаткам относятся огра-

ническая возможность автоматизации, особенно сложных комплексных задач, необходимость ручного ввода и переноса данных, слабая защита от ошибок, недопустимость хранения персональных данных, отсутствие интеграции в МИС и накопление со временем большого числа рабочих файлов, содержащих труднодоступные для общего анализа массивы данных.

Технология Экспертизы, опирающаяся на различие и осознанное использование принципов минимальной достаточности и соответствия при проведении двух— или трехэтапной оценки каждого оцениваемого параметра, должна быть методологически обеспечена и вводиться в действие специальным нормативным правовым актом, «Порядком осуществления экспертизы качества медицинской помощи», регламентирующим порядок проведения Экспертизы, интегрированной в систему Контроля (внутреннего, ведомственного или государственного). В Порядке должна быть представлена система управляемых параметров медицинской деятельности, включающая критерии оценки качества, утвержденные Приказом №422ан, оценочные шкалы с заданным шагом, описание процедур, составляющих Экспертизу, а также рекомендации для эксперта и регламент его работы.

Представленная технология проведения Экспертизы в целях осуществления ведомственного или внутреннего Контроля обеспечивает:

1. Объективность и достоверность результатов Экспертизы за счет проведения двух- или трехэтапной процедуры оценки по каждому оцениваемому параметру, т. к. на каждом этапе используется только один из принципов оценки с четкими ориентирами для эксперта.
2. Воспроизводимость результатов за счет описания процедур и методологии проведения Экспертизы.
3. Повышение эффективности труда эксперта за счет устранения части неясностей и противоречий, встречающихся в действующих нормативных правовых актах, четкой регламентации и автоматизации выполняемых экспертом процедур.
4. Информативность результатов для целей управления за счет интеграции в систему Контроля, предусматривающей сбор, хранение, систематизацию и анализ данных, возможности выявления статистическими методами отклонений подлежащих контролю параметров от заранее установленных значений с целью их коррекции.
5. Обоснованность принимаемых управленческих решений за счет получения надежной информации об осуществляемой медицинской деятельности.
6. Повышение результативности принимаемых управленческих решений за счет их обоснованности.

#### ИСТОЧНИКИ

1. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Постановление Правительства Российской Федерации от 12.11.2012 №1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности».
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации России от 21.12.2012 №1340н «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности».
4. Федеральный закон от 04.05.2011 №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».
5. Постановление Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 №291 «О лицензировании медицинской деятельности».
6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.07.2015 №422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».
7. Федеральный закон Российской Федерации от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
8. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 г. №230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».
9. Проект приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении порядка осуществления экспертизы качества медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании» <http://regulation.gov.ru/projects#npa=42100>.
10. Сайт Федеральной электронной медицинской библиотеки Министерства здравоохранения Российской Федерации [www.femb.ru](http://www.femb.ru).
11. Интернет-портал для врачей — организаторов здравоохранения и владельцев медицинского бизнеса Здрав.Биз [www.zdrav.biz](http://www.zdrav.biz).