

Оценка качества оказания медицинской помощи по профилю «пульмонология» населению Республики Крым

И.Г. Ульченко¹, И.В. Естегнеева², И.Л. Кляритская¹, Е.В. Максимова¹

Evaluation of quality of medical care on the profile “pulmonology” in Republic of Crimea population

I.G. Ulchenko, I.V. Estegneeva, I.L. Kliaritskaia, E.V. Maksimova

¹ Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», г. Симферополь, ² Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Крым

Ключевые слова: экспертиза качества медицинской помощи, пульмонология, стандарт медицинской помощи, дефекты оказания медицинской помощи

Резюме

Экспертиза качества медицинской помощи – выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности её оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

Цель: представить результаты плановой экспертизы качества оказания медицинской помощи пациентам в случаях с летальным исходом по профилю «Пульмонология» населению Республики Крым.

Основные положения. Самым часто встречаемым дефектом оказания медицинской помощи пациентам в случаях с летальным исходом, является нарушение стандартов медицинской помощи и/или клинических рекомендаций (протоколов лечения). Т.е. фактически осуществленные мероприятия, без соблюдения рекомендаций по лечению, прежде всего, пневмонии, в т.ч. и тяжелой, не достигли результатов по выздоровлению пациента.

Выводы. Основные пути решения для повышения качества МП: оптимальная (эффективная) организация и управление здравоохранением, персональная ответственность каждого медицинского работника и организатора здравоохранения – «управленца» в каждой медицинской организации, а также предъявление высоких требований к квалификации и профессионализму каждого медицин-

Ульченко Ирина Григорьевна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры терапии, гастроэнтерологии, кардиологии и общей врачебной практики (семейной медицины) факультета подготовки медицинских кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования Медицинской академии имени С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского». Контактная информация: medfarmstservice_simf@rambler.ru, 295006, Республика Крым, г. Симферополь, б-р Ленина 5/7, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

Естегнеева Ирина Витальевна – заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Крым. Контактная информация: irina.estegneeva@mail.ru, 295034, Республика Крым, г. Симферополь, бульвар И. Франко, 12-14, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Крым

Кляритская Ирина Львовна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой терапии, гастроэнтерологии, кардиологии и общей врачебной практики (семейной медицины) факультета подготовки медицинских кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования Медицинской академии имени С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»; главный внештатный федеральный гастроэнтеролог по Республике Крым и г. Севастополю Министерства здравоохранения Российской Федерации. Контактная информация: klira3@yandex.ru, 295006, Республика Крым, г. Симферополь, б-р Ленина 5/7, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

Максимова Елена Владимировна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры терапии, гастроэнтерологии, кардиологии и общей врачебной практики (семейной медицины) факультета подготовки медицинских кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования Медицинской академии имени С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского». Контактная информация: HelenMaksimovatt@mail.ru, 295006, Республика Крым, г. Симферополь, б-р Ленина 5/7, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

ского работника, оказывающего медицинскую помощь пациентам.

Ключевые слова: экспертиза качества медицинской помощи, пульмонология, стандарт медицинской помощи, дефекты оказания медицинской помощи

Abstract

Expertise of the quality of care is revealing of violations in health care, including assessment of the timeliness of its provision, the correct choice of methods of prevention, diagnosis, treatment and rehabilitation, the degree of achievement of the planned results.

Objective: To present the results of the planned expertise of the quality of care to patients in fatal cases on the profile «Pulmonology» in Republic of Crimea population.

Summary. The most frequently encountered defect of health care to patients in fatal cases is a violation of the standards of care and/or clinical guidelines (treatment protocols). The actual implementation of measures, without complying with treatment recommendations, primarily pneumonia, including heavy pneumonia, did not reach the results for the patient's recovery.

Conclusions. The main ways of solutions to improve the quality of health care are optimum (effective) organization and management of healthcare, personal responsibility of each health worker and health organizer – «manager» in each medical organization, and presentation of high standards for the qualification and professionalism of each health professional providing medical care for patients.

Keywords: expertise of quality of health care, pulmonology, standard of health care, defects of health care

*«...С самого начала моего врачебного поприща я принял за правило: не скрывать ни моих заблуждений, ни моих неудач, и я доказал это, обнаруживая все мои ошибки и неудачи...»
Николай Иванович Пирогов*

Право человека на здоровье есть право на получение своевременной качественной медицинской помощи. Это право гарантируется статьей 41 Конституции Российской Федерации, а также Основами законодательства об охране здоровья граждан в РФ. К сожалению, сегодня в Республике Крым мы нередко видим нарушение этих прав. Этот факт приводит к постоянному росту числа жалоб, исков пациентов, связанных с ненадлежащим качеством оказания медицинской помощи населению. Таким образом, экспертиза качества оказания медицинских услуг является важнейшим инструментом, направленным на выявление и устранение дефектов оказания медицинской помощи, тем самым повышая удовлетворенность жителей полуострова работой системы здравоохранения субъекта.

Экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП) – выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности её оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи [1]. Порядок организации и проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию установлен Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС) от 1 декабря 2010 г. N 230 (в ред. Приказа ФФОМС от 16.08.2011 N144, от 21.07.2015 № 130). Целью ЭКМП является обеспечение гарантий прав

застрахованных лиц на получение медицинской помощи надлежащего качества. Существуют несколько видов ЭКМП: целевая, плановая и плановая тематическая.

Целевая ЭКМП

Проводится в случаях получения жалоб от застрахованного лица и его представителя на доступность и качество медицинской помощи; летальных исходов при оказании медицинской помощи; внутрибольничного инфицирования и осложнения заболевания; первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей; повторного обоснованного обращения по поводу одного и того же заболевания: в течение 30 дней – при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 90 дней – при повторной госпитализации; заболеваний с удлинённым или укороченным сроком лечения более, чем на 50% от установленного стандартом медицинской помощи или средне сложившегося для всех застрахованных лиц в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утверждённый стандарт медицинской помощи.

Плановая ЭКМП

Проводится с целью: оценки соответствия объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. Направления плановой тематической ЭКМП: выявление, установление характера и причин типичных (повторяющихся, система-

тических) ошибок в лечебно-диагностическом процессе; сравнение качества медицинской помощи, предоставленной группам застрахованных лиц, разделенным по возрасту, полу и другим признакам. Объем плановой ЭКМП в стационаре составляет 5% от числа законченных случаев лечения; в дневном стационаре – 3% от числа законченных случаев лечения; при оказании амбулаторно-поликлинической помощи – 0,5% от числа законченных случаев лечения по результатам медико-экономического контроля. Проведение ЭКМП проводится методом случайной выборки и по тематически однородной совокупности случаев. Плановая ЭКМП проводится в каждой медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию (ОМС), не реже одного раза в течение календарного года в сроки, определенные планом проверок.

Приказом ФОМС от 21 июля 2015 года N 130 внесены изменения в Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 года N 230.

Так, согласно Приказу ФОМС от 21 июля 2015 года № 130, в предмет проверок включено соблюдение клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи. Так, экспертиза качества медицинской помощи должна проводиться также путем проверки соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи клиническим рекомендациям (протоколам лечения) по вопросам оказания медицинской помощи. Установлена возможность продления сроков проведения ЭКМП. В случае необходимости получения результатов патологоанатомического вскрытия при летальном случае, результатов расследования Роспотребнадзора при внутрибольничном инфицировании и иных случаях в соответствии с законодательством Российской Федерации и нормативными правовыми актами федеральных органов исполнительной власти, срок проведения ЭКМП продлевается. Организационные экспертные мероприятия (например, запрос материалов, необходимых для проведения экспертизы качества медицинской помощи и их анализ, переговоры с экспертом качества необходимой специальности) осуществляются в течение месяца после предоставления реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам.

При выявлении страховой медицинской организацией (по результатам жалобы, по результатам внутреннего контроля, по запросам органов прокуратуры Российской Федерации, Росздравнадзора, иных государственных органов и организаций, юридических лиц и индивидуальных предпринимателей) случаев летальных исходов, внутрибольнич-

ного инфицирования и осложнений заболеваний, первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится независимо от времени, прошедшего с момента оказания медицинской помощи.

Установлен перечень дефектов медицинской помощи и нарушений при оказании медицинской помощи.

Внесены изменения в формы документов, в частности в Акты целевой и плановой экспертизы качества медицинской помощи. Внесены изменения в перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) [2].

ЭКМП проводится экспертом качества медицинской помощи (КМП) (далее экспертом), включенным в территориальный реестр экспертов КМП. Экспертом КМП является врач-специалист, имеющий высшее образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет и прошедший подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования [1].

Федеральный фонд, территориальный фонд, страховая медицинская организация для организации и проведения ЭКМП поручают проведение указанной экспертизы эксперту из числа экспертов качества медицинской помощи, включенных в территориальные реестры экспертов качества медицинской помощи. Территориальный реестр экспертов КМП содержит сведения об экспертах качества медицинской помощи [3].

Все эксперты, включенные в Реестр экспертов качества медицинской помощи ТФОМС, по закону равны в своём статусе в любом регионе РФ. Учитывая требования, предъявляемые к врачу-специалисту для включения в реестры экспертов качества, эксперты являются авторитетными представителями «медицинской среды», специалистами высокого уровня. Экспертиза качества медицинской помощи проводится путем проверки соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, сложившейся клинической практике.

Выводы каждого эксперта являются научно обоснованными ответами на вопросы, входящие в компетенцию данного вида экспертизы, сформулированные на основе объективных данных, установленных в процессе экспертизы, экспертного анализа материалов дела и положений медицинской науки [3].

В территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи Республики Крым по состо-

янию на 01.09.2016 г. включено 112 врачей-специалистов. На сегодняшний день среди специалистов, проводящих экспертизу качества медицинской помощи, 24 кандидата медицинских наук, 3 доктора медицинских наук, 69 врачей клинической практики, имеющих высшую квалификационную категорию.

Для оценки процесса оказания медицинской помощи его необходимо рассматривать как совокупность следующих этапов:

- сбор информации о пациенте;
- постановка диагноза;
- лечение пациента;
- преемственность.

Замечания эксперта регистрируются в экспертном заключении (протоколе оценки КМП) по каждому этапу в отдельности с обоснованием негативных следствий выявленных дефектов (ошибок) и/или нарушений (далее – дефектов), которые позволяют описать негативное влияние дефектов на состояние основных компонентов качества медицинской помощи; причинно-следственных связей между выявленными нарушениями и негативными следствиями.

Для обоснования выявленных дефектов применяются следующие виды негативных следствий:

- следствия для социальных ресурсов;
- следствия для состояния пациента;
- следствия для процесса оказания помощи;
- следствия для ресурсов здравоохранения;
- следствия для оценки процесса оказания помощи;
- следствия для управления здравоохранением (оценки в потребностях ресурсов).

При проведении экспертизы КМП необходимо оценивать действия врача на отдельных этапах процесса оказания медицинской помощи в логической связи оцениваемого этапа с последующими этапами и обоснование экспертного мнения проводить с указанием реальных и/или вероятных следствий дефектов: на этапе сбора информации о пациенте, на этапе постановки диагноза, на этапе лечения пациента, на этапе преемственности. При описании выявленных нарушений в экспертном заключении используются коды дефектов Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (Приложение 8 в редакции Приказа ФФОМС от 21.07.2015 г. №130) [4], Приложения 46а Тарифного соглашения в системе обязательного медицинского страхования Республики Крым 2016 года (25.12.16 г.) [5].

В медицинских организациях (МО) Республики Крым с 2015 года проводятся различные виды ЭКМП. В данной статье представляются результаты Плановой экспертизы качества оказания медицинской помощи пациентам в случаях с летальным исходом. Экспертизе подлежали истории болезни из следующих медицинских организаций: ГБУЗ РК

«Сакская РБ», «Ялтинская ГБ», «Бахчисарайская ЦРБ», «Евпаторийская ГБ», «Керченская больница №3», «Симферопольская ГКБ № 7». Из них случаи: с диагнозом пневмония – 43%, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – 24%, интерстициальные заболевания легких – 4%, рецидивирующая тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) – 3%, бронхоэктатическая болезнь легких (БЭБ) – 2%, онкопатология – 7%, кардиологическая патология (по заключительному клиническому диагнозу) – 17%.

Выявлены следующие (по частоте встречаемости) дефекты оказания медицинской помощи (коды дефектов):

- невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и/или лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и/или клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке (код 3.2.3.) в 51% случаев;
- дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы качества оказания медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи) (код 4.2) в 25% случаев;
- нарушение по вине МО преемственности в лечении, в том числе несвоевременный перевод пациента в МО более высокого уровня, несвоевременная госпитализация из приемного отделения или из пульмонологического/терапевтического отделения в отделение интенсивной терапии и реанимации (код 3.6) в 22% случаев;
- наличие признаков фальсификации в истории болезни (код 4.4) в 16% случаев;
- необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств – синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения (код 3.12) – 14,5% случаев;
- невыполнение по вине МО обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством (код 3.13) в 13% случаев;
- непрофильная госпитализация, кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям (код 3.8) в 11% случаев;
- наличие расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов 2 и 3 категории (код

3.14) в 10% случаев;

- отсутствие в первичной документации информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение (код 4.3) в 5% случаев;
- повторное обоснованное обращение по поводу одного и того же заболевания в течение 90 дней (код 3.5) в 3% случаев;

При анализе полученных результатов выявлено, что самым часто встречаемым дефектом оказания МП пациентам в случаях с летальным исходом, является нарушение стандартов медицинской помощи и/или клинических рекомендаций (протоколов лечения). Т.е. фактически осуществленные мероприятия, без соблюдения рекомендаций по лечению, прежде всего, пневмонии, в т.ч. и тяжелой, не достигли результатов по выздоровлению пациента.

Кроме того, проводились плановые ЭКМП пациентам пульмонологического профиля, получающих стационарное лечение и выписанных из стационара. Экспертизе подлежали истории болезни из МО: ГБУЗ РК «Черноморская ЦРБ», «Керченская больница №3», «Симферопольская ГКБ №7». Из них случаи: пневмония – 58,5%, бронхиальная астма – 18%, ХОБЛ – 15%, интерстициальные заболевания легких – 2%, рецидивирующая ТЭЛА – 1,5%, онкопатология – 1%, другая патология (по заключительному клиническому диагнозу) – 3%.

Выявлены следующие (по частоте встречаемости) дефекты оказания медицинской помощи (коды дефектов):

- невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, не повлиявшие на состояние здоровья застрахованного лица (код 3.2.1.) в 45% случаев;
- дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы качества оказания медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи) (код 4.2) в 31% случаев;
- необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств – синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения (код 3.12) в 27% случаев;
- наличие признаков фальсификации в истории болезни (код 4.4) – 10% случаев;

• преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения) (код 3.4) – 6% случаев;

• госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара (код 3.7) – 5% случаев;

• выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания МП, стандартами МП и/или клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания МП мероприятий, приведших к удлинению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица (код 3.3.1) – 4% случаев;

• отсутствие в первичной документации информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение (код 4.3) – 2% случаев;

• нарушение условий оказания МП, в т.ч. сроков ожидания МП, предоставляемой в плановом порядке (код 1.1.3) – 2% случаев;

• невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и/или лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и/или клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке (код 3.2.3.) – 2% случаев;

• невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и/или лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и/или клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, приведших к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) отсутствия письменного согласия на лечение, в установленных законодательством РФ случаях (код 3.2.2.) – 1% случаев;

• выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания МП, стандартами МП и/или клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания МП мероприятий, при-

ведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке (код 3.3.2.) – 1% случаев;

- нарушение по вине МО преемственности в лечении, в том числе несвоевременный перевод пациента в МО более высокого уровня, несвоевременная госпитализация из приемного отделения или из пульмонологического/терапевтического отделения в отделение интенсивной терапии и реанимации (код 3.6) – 1% случаев;

- непрофильная госпитализация, кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям (код 3.8) – 1% случаев.

Анализируя полученные результаты плановых ЭКМП пациентам пульмонологического профиля, получающих стационарное лечение и выписанных из стационара, отмечается, что самыми часто встречаемыми дефектами оказания МП являются нарушения и невыполнение стандартов медицинской помощи и/или клинических рекомендаций (протоколов лечения) и дефекты оформления первичной медицинской документации. Полученные данные характеризуют оказание МП в вышеуказанных МО как некачественное. Проводя экспертизу, страховые медицинские организации выступают не в роли контролеров, а являются помощниками, которые позволяют своевременно выявить нарушения, принять оперативные меры, оценить степень ответственности медицинского персонала и способствовать повышению качества оказания медицинской помощи.

В связи с вышеизложенным, очевидны основные пути решения для повышения качества МП: оптимальная (эффективная) организация и управление здравоохранением, персональная ответственность каждого медицинского работника и организатора здравоохранения – «управленца» в каждой медицинской организации, а также предъявление высоких требований к квалификации и профессионализму каждого медицинского работника, оказывающего МП пациентам.

Литература

1. Федеральный закон РФ от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
2. <http://www.zdrav.ru/news/100116/>
3. Федеральный закон РФ от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (в ред. Федеральных законов от 14.12.2015 «N 374-ФЗ», от 30.12.2015 «N 432-ФЗ»)
4. Приказ ФОМС от 21.07.2015 № 130 «О внесении изменений в Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию...»
5. Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Республики Крым 2016 года.