

Управление качеством медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом по результатам экспертной деятельности

Шкитин С.О., Березников А.В. Шкитин В.А., Лебедева А.М.,
Саханов Е.И., Онуфрийчук Ю.О.

Введение. Одной из целей проведения экспертизы качества медицинской помощи является повышение качества оказания медицинской помощи. Результаты экспертизы качества медицинской помощи дают сведения администрации медицинской организации о количестве и характере дефектов медицинской помощи. В соответствии с пунктом 34 Приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" [7], плановая тематическая экспертиза качества медицинской помощи направлена на решение следующих задач:

а) выявление, установление характера и причин типичных (повторяющихся, систематических) ошибок в лечебно-диагностическом процессе;

б) сравнение качества медицинской помощи, предоставленной группам застрахованных лиц, разделенным по возрасту, полу и другим признакам.

Согласно статье 37 Федерального закона 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан Российской Федерации», качество медицинской помощи обеспечивается посредством выполнения порядков и стандартов медицинской помощи [10], качественная медицинская помощь – это медицинская помощь, оказанная в полном соответствии с порядками и стандартами медицинской помощи, либо сложившейся клинической практики. Уровень качества медицинской помощи определяется количеством несоответствий порядкам, стандартам и сложившейся клинической практики (национальные руководства, национальные рекомендации) [1]. Экспертиза качества медицинской помощи – это инструмент, который позволяет оценить уровень качества посредством выявления несоответствий медицинской помощи

нормативно-правовым актам и сложившейся клинической практики [12]. В обязательном медицинском страховании экспертиза качества медицинской помощи проводится в интересах застрахованных, а не в интересах медицинского сообщества, поэтому она носит более независимый и объективный характер [9]. Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию предусматривает проведение целевых и плановых, в том числе и плановых тематических экспертиз качества медицинской помощи [7]. Тематические экспертизы качества медицинской помощи позволяют более эффективно выявлять системные дефекты и оценивать уровень качества медицинской помощи по поводу конкретных нозологических форм [8]. Посредством проведения тематических экспертиз можно оценить уровень качества медицинской помощи в рамках конкретной нозологической формы в динамике, а также в определенной мере оценить эффективность действий администрации медицинской организации по управлению качеством медицинской помощи [2, 12]. В течение 3 лет по заданию Федерального Фонда Обязательного Медицинского Страхования проводятся тематические плановые экспертизы качества медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом. При каждой плановой экспертизе порядка 20 % случаев составляли данную тематику. Учитывая, что многократно использовалась данная тематика в одних и тех же медицинских организациях, представлялась возможность оценить изменение качества медицинской помощи данной категории больных в динамике [11].

Цель. Оценить в динамике уровень качества медицинской помощи и эффективность мероприятий по управлению качеством медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом, проводимых администрацией медицинских организаций по результатам тематических плановых экспертиз качества медицинской помощи.

Дизайн исследования. Работа построена в дизайне когортного ретроспективного исследования. В исследовании оценивали уровень качества медицинской помощи на начальной и конечной точках исследования. Начальной точкой исследования

считали результаты первой тематической экспертизы качества медицинской помощи по поводу острого коронарного синдрома в конкретной медицинской организации, конечной – результаты аналогичной по критериям выборки тематической экспертизы спустя год от начальной точки исследования. Оценивали динамику за 6 месяцев уровня качества медицинской помощи в медицинской организации, а также мероприятия по его повышению.

Материал исследования. Группа случаев для проведения исследования была сформирована с использованием критериев включения.

Критерии включения:

случаи оказания специализированной медицинской помощи с острым коронарным синдромом;

проведение тематической плановой экспертизы качества, согласно законным и подзаконным актам.

Характеристика группы исследования: общее число случаев оказания медицинской помощи – 9,00 пол: мужской – 70,2%, женский – 29,8%, средний возраст: 62,4 года (от 36 до 90 лет), средняя продолжительность ишемической болезни сердца: 42,8 мес. (от 0 до 300 мес.); причина оказания медицинской помощи: острый коронарный синдром без подъема сегмента ST – 50,0% случаев (нестабильная стенокардия – 72,1%, инфаркт миокарда – 27,9%), острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST – 50,0% случаев (инфаркт миокарда – 100,0%).

Методы исследования. Проведена экспертиза качества медицинской помощи каждого случая согласно законным и подзаконным актам, регламентирующим проведение экспертиз в системе обязательного медицинского страхования, с привлечением экспертов качества медицинской помощи [7]. Экспертиза качества медицинской помощи проводилась на соответствие «эталонам»: порядку (Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. N 918н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями») [6], стандартам медицинской помощи (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 01.07.2015 г. N 404ан «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при остром инфаркте миокарда (с подъемом сегмента ST электрокардиограммы) [4], Приказ Министерства здравоохранения

РФ от 01.07.2015 г. N 405ан «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при нестабильной стенокардии, остром и повторном инфаркте миокарда (без подъема сегмента ST электрокардиограммы)»[5]), сложившейся клинической практике. Объем выборки определялся по формуле Лера. По всем изучаемым параметрам в группах не было нормального распределения, поэтому, расчеты проводились с использованием методов непараметрической статистики. Для статистической обработки данных использовался метод непараметрической статистики Хи-квадрат – рассчитывалась достоверность (p) [3]. Тематические экспертизы позволили выделить типовые системные дефекты для каждой из медицинских организаций. Сведения о типовых системных дефектов медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом после каждой экспертизы передавались в виде служебной записки администрации медицинских организаций. Служебные записки включали также рекомендации по устранению системных дефектов. В ряде медицинских организаций по просьбе администрации ООО «АльфаСтрахование-ОМС» были проведены конференции с привлечением внештатных экспертов качества медицинской помощи [12].

Результаты собственного исследования. В ходе исследования мы выделили две группы медицинских организаций: первую, где администрация медицинских организаций приняла меры для повышения качества медицинской помощи (группа А – 200 случаев оказания медицинской помощи в 4 медицинских организациях), и вторую – где администрация не сочла необходимым влиять на работу коллектива (группа В – 300 случаев оказания медицинской помощи в 6 медицинских организациях). В ряде медицинских организаций группы А по просьбе администрации были проведены конференции с привлечением внештатных экспертов качества с подробным разъяснением дефектов медицинской помощи. В последующем, медицинской организацией была разработана или исправлена документация, регламентирующая действия медицинского персонала при оказании медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом. В качестве отправной точки исследования мы взяли исходный уровень качества медицинской помощи. В таблице 1 представлены показатели, отражающие качество медицинской

помощи по поводу острого коронарного синдрома в медицинских организациях групп А и В (в долях единицы).

Таблица 1. Частота встречаемости дефектов случаев оказания медицинской помощи в начальных точках исследования.

Дефект оказания медицинской помощи	Группа А	Группа В
общий анализ крови	0,073	0,076
общий анализ мочи	0,089	0,083
биохимический анализ крови	0,112	0,118
исследование кислотно-щелочного состояния	0,099	0,089
коагулограмма	0,134	0,131
определение группы крови и резус-фактора	0,046	0,050
проведение RW, определение HBsAg, Ig M, G к HCV и HIV -1, -2	0,144	0,153
электрокардиография (далее ЭКГ) и электрокардиомониторирование	0,114	0,102
эхокардиография	0,144	0,130
рентгенография органов грудной клетки	0,287	0,315
холтеровское мониторирование ЭКГ	0,218	0,194
ЭКГ с физическими упражнениями	0,293	0,276
проведение эндоваскулярных процедур	0,072	0,063
тромболитические препараты (для случаев с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST)	0,104	0,118
прямые антикоагулянты	0,066	0,055
ингибиторы агрегации тромбоцитов	0,024	0,018
растворы электролитов	0,026	0,033
органические нитраты	0,046	0,036
диуретические препараты	0,078	0,082
бетаадреноблокаторы	0,032	0,027
ингибиторы АПФ	0,047	0,043
ингибиторы ГМК- КоА- редуктазы	0,235	0,256
наркотические анальгетики	0,075	0,057
диетическая терапия	0,079	0,061
частота выявления случаев с дефектами	0,780	0,756

В начальной точке исследования частота встречаемости дефектов в группах А и В была сопоставима. Часть медицинских организаций (составившие группу А), после выявления дефектов произвели разбор дефектных случаев, выявили наличие единичных и системных дефектов, а также провели мероприятия, связанные с разработкой внутренних регламентов оказания медицинской помощи, и специальные критерии для внутреннего контроля качества на основании Порядка и стандартов оказания медицинской помощи [4, 5, 6]. Из данной группы – 2 медицинские организации написали протоколы разногласий в страховую медицинскую организацию, 1 медицинская организация – в территориальный фонд обязательного медицинского страхования. В общей сложности, медицинские организации не согласились с результатами 23 экспертиз качества медицинской помощи, 11 из них были пересмотрены в пользу медицинских организаций. Медицинские организации, составивших группу В, непосредственно результаты проведенной экспертизы со страховой медицинской организацией не обсуждали, обсуждали лишь размер санкций. По результатам экспертизы качества медицинской помощи медицинские организации данной группы написали 78 протоколов разногласий в страховые медицинские организации, 3 медицинские организации написали претензии в территориальные фонды обязательного медицинского страхования по 52 экспертизам качества медицинской помощи. По результатам протоколов разногласий пересмотрены результаты 5 экспертиз, территориальные фонды обязательного медицинского страхования при разборе претензий в 14 случаях применили иной код дефекта, чем страховая медицинская организация. Спустя 6 месяцев были проведены повторные экспертизы качества медицинской помощи в медицинских организациях, составивших группы А (160 случаев оказания медицинской помощи в 4 медицинских организациях) и В (240 случаев оказания медицинской помощи в 6 медицинских организациях), результаты которых явились конечной точкой исследования. По результатам экспертиз мы оценили уровень качества медицинской помощи в группах А и В (таблица 2, 3).

Таблица 2. Частота встречаемости дефектов случаев оказания медицинской помощи в медицинских организациях группы А в конечных точках исследования (в долях единицы).

Дефект оказания медицинской помощи	Начальная точка	Конечная точка
общий анализ крови	0,073	0,016
общий анализ мочи	0,089	0,012
биохимический анализ крови	0,112	0,031
исследование кислотно-щелочного состояния	0,099	0,033
коагулограмма	0,134	0,050
определение группы крови и резус-фактора	0,046	0,000
проведение RW, определение HBsAg, Ig M, G к HCV и HIV -1, -2	0,144	0,004
электрокардиография (далее ЭКГ) и электрокардиомониторирование	0,114	0,007
эхокардиография	0,144	0,026
рентгенография органов грудной клетки	0,287	0,034
холтеровское мониторирование ЭКГ	0,218	0,043
ЭКГ с физическими упражнениями	0,293	0,045
проведение эндоваскулярных процедур	0,072	0,009
тромболитические препараты (для случаев с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST)	0,104	0,024
прямые антикоагулянты	0,066	0,014
ингибиторы агрегации тромбоцитов	0,024	0,000
растворы электролитов	0,026	0,000
органические нитраты	0,046	0,004
диуретические препараты	0,078	0,023
бетаадреноблокаторы	0,032	0,007
ингибиторы АПФ	0,047	0,010
ингибиторы ГМК- КоА- редуктазы	0,235	0,000
наркотические анальгетики	0,075	0,022
диетическая терапия	0,079	0,010
частота выявления случаев с дефектами	0,780	0,211

Таблица 3. Частота встречаемости дефектов случаев оказания медицинской помощи в медицинских организациях группы В в конечных точках исследования (в долях единицы).

Дефект оказания медицинской помощи	Начальная точка	Конечная точка
общий анализ крови	0,076	0,074
общий анализ мочи	0,083	0,085
биохимический анализ крови	0,118	0,116
исследование кислотно-щелочного состояния	0,089	0,094
коагулограмма	0,131	0,128
определение группы крови и резус-фактора	0,050	0,045
проведение RW, определение HBsAg, Ig M, G к HCV и HIV -1, -2	0,153	0,147
электрокардиография (далее ЭКГ) и электрокардиомониторирование	0,102	0,104
эхокардиография	0,130	0,123
рентгенография органов грудной клетки	0,315	0,320
холтеровское мониторирование ЭКГ	0,194	0,188
ЭКГ с физическими упражнениями	0,276	0,263
проведение эндоваскулярных процедур	0,063	0,060
тромболитические препараты (для случаев с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST)	0,118	0,123
прямые антикоагулянты	0,055	0,057
ингибиторы агрегации тромбоцитов	0,018	0,016
растворы электролитов	0,033	0,030
органические нитраты	0,036	0,032
диуретические препараты	0,082	0,085
бетаадреноблокаторы	0,027	0,027
ингибиторы АПФ	0,043	0,047
ингибиторы ГМК- КоА- редуктазы	0,256	0,249
наркотические анальгетики	0,057	0,054
диетическая терапия	0,061	0,058
частота выявления случаев с дефектами	0,756	0,737

Следует отметить, что уровень качества оказания медицинской помощи по поводу острого коронарного синдрома медицинских организаций группы А и В существенно отличался (частота дефектов в медицинских организациях группы В в 3,7 раза, чем в медицинских организациях группы А ($p < 0,05$)). В группе А имелись существенные различия в показателях начальных и конечных точек исследования, тогда как в группе В такие показатели практически не отличались. По результатам экспертиз качества, проведенных на 2-м этапе исследования, медицинскими организациями, входящими в группу А, были поданы 3 протокола разногласий по 12 экспертизам, результаты 7 из них были пересмотрены. Претензий в территориальный фонд обязательного медицинского страхования не поступало. Медицинские организации, входящие в группу В, написали 6 протоколов разногласий на результаты 165 экспертиз, результаты 6 экспертиз были пересмотрены. Были поданы 4 претензии в территориальный фонд обязательного медицинского страхования по 70 случаям (по 15 случаям территориальный фонд обязательного медицинского страхования изменил основания для отказа в частичной неоплате).

Отдельно следует отметить, что при проведении экспертиз качества медицинской помощи в начальной точке исследования в обеих группах дефекты в основном носили системный характер; в конечной точке исследования большинство дефектов оказания медицинской помощи в медицинских организациях группы В по-прежнему оставались системными, а в группе А – системных дефектов выявлено не было.

Уровень качества медицинской помощи напрямую зависит от мероприятий, направленных на увеличение качества медицинской помощи.

Выводы.

Проведение тематических плановых экспертиз качества медицинской помощи – инструмент, позволяющий выделить единичные и системные дефекты оказания медицинской помощи по конкретным нозологическим формам.

Проведение администрацией медицинских организаций мероприятий по повышению качества медицинской помощи случаев с острым коронарным синдромом приводит к уменьшению частоты дефектов оказания медицинской помощи.

В медицинских организациях, в которых администрация не проводит мероприятий по повышению качества медицинской помощи случаев с острым коронарным синдромом, количество дефектов сохраняется, а уровень качества не меняется.

В медицинских организациях, в которых администрация не проводит мероприятий по повышению качества медицинской помощи, превалируют системные дефекты оказания медицинской помощи.

Список литературы:

1. Беленков Ю.Н., Оганова Р.Г. Кардиология. Национальное руководство – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012, 1259 с.

2. Березников А.В. Судебно-медицинская оценка дефектов оказания терапевтической помощи: дис. докт. медицинских наук: 14.03.05, 14.01.04 – Омск, 2012. – 359 с.

3. Гублер Е.В., Генкин А.А. Применение непараметрических критериев статистики в медико-биологических исследованиях – Л.: Медицина, 1973, 141 с.

4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 июля 2015 г. N 404ан «Об утверждении Стандарта специализированной медицинской помощи при остром инфаркте миокарда (с подъемом сегмента ST электрокардиограммы)».

5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 июля 2015 г. N 405ан «Об утверждении Стандарта специализированной медицинской помощи при нестабильной стенокардии, остром и повторном инфаркте миокарда (без подъема сегмента ST электрокардиограммы)».

6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. N 918н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями».

7. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. N 230 (ред. от 29.12.2015) «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» – статьи №№ 40 – 42.

8. Рыжаков А.Д. Управление качеством медицинской помощи на региональном уровне: применение результатов тематических плановых экспертиз качества/А.Д. Рыжаков, А.В.

Березников, В.Г. Леонтьева [и др.]// Вестник Росздравнадзора. - М., 2015, N 2.

9. Старченко А. А. Новые критерии оценки качества медицинской помощи: шаг по пути достижения баланса прав и законных интересов пациентов, медицинских работников и экспертов/А. А. Старченко // Здравоохранение. - М., 2015, N 10.- С.74-82.

10. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"».

11. Шкитин С. О. Экспертиза качества медицинской помощи больным с хронической ишемической болезнью сердца в обязательном медицинском страховании/С. О. Шкитин // Вестник Росздравнадзора. - М., 2016, N 1.

12. Экспертная деятельность в обязательном медицинском страховании: практическое пособие / А.В. Березников, В.П. Конев, Ю.О. Онуфрийчук [и др.] / под ред. А.В. Березникова. – М.: ИНФРА-М, 2016.