

УДК 614.2

Тематические экспертизы способствуют предупреждению серьезных дефектов медицинской помощи

Н.И. Гришина

ООО «Росгосстрах-Медицина», Москва



Н.И. Гришина

В последнее время в страховых медицинских организациях возросло количество проводимых экспертиз, принятых и разрешенных жалоб, в том числе и с возмещением необоснованно потраченных личных средств граждан. Более года назад появился институт страховых представителей, в рамках которого начинает более активно развиваться информационное сопровождение застрахованных при оказании медицинской помощи.

Но проведение всех этих мероприятий, включая выполнение большого объема плановых медико-экономических экспертиз (МЭЭ) и экспертиз качества медицинской помощи (ЭКМП), пока не приводит к желаемому повышению качества и доступности медицинской помощи.

Одна из причин этого в том, что массовые экспертные мероприятия, проводимые СМО, носят преимущественно ретроспективный характер. Такие мероприятия, проводимые постфактум, не могут эффективно влиять на профилактику дефектов медицинской помощи, не позволяют превентивно обеспечивать качество медицинской помощи и эффективно управлять им. Поэтому сегодня все большую актуальность приобретает смена акцентов в экспертной деятельности СМО, и одним из наиболее важных аспектов становятся тематические экспертизы медицинской помощи.

Именно тематические экспертизы позволяют обеспечивать и необходимую адресность экспертных действий, и, в целом, способствовать предупреждению серьезных дефектов медицинской помощи на этапе ее оказания и даже в период подготовки к ее оказанию, что и является основной целью системы управления качеством в сфере здравоохранения.

Выбор тематики экспертиз должен осуществляться в регионе на коллегиальной основе, например, рабочими группами или постоянно действующими комиссиями, созданными при территориальных фондах ОМС, на основе комплексного анализа показателей деятельности медицинских организаций и результатов предшествующих экспертных мероприятий.

Возможные поводы для проведения таких ЭКМП на текущий момент предусмотрены и Методическими рекомендациями Федерального фонда ОМС от 15.09.2016 № 8546/30-5/и, которыми предложен мультидисциплинарный подход к проведению тематических экспертиз.

Таковыми поводами могут быть как жалобы пациентов на качество медицинской помощи, в оказании которой принимали участие специалисты разных профилей, так и случаи, отобранные страховой медицинской организацией по результатам медико-экономической экспертизы

или экспертизы качества медицинской помощи, если их проведение одним экспертом не позволяет сделать заключение об объеме и качестве медицинской помощи. А так же изучаются случаи оказания медицинской помощи (в том числе и закончившиеся летальным исходом) при заболеваниях-лидерах в динамике и структуре смертности населения как на территории отдельного региона или России в целом.

Резонансным стало обращение пациентки с запущенным онкологическим новообразованием к Президенту России в ходе «открытой линии», после которого проблема низкой доступности в оказании онкологической медицинской помощи вышла на первый план. При подобных информационных поводах СМО, используя инструмент тематической экспертизы, в состоянии оперативно подвергать анализу качество и доступность больших массивов медицинской помощи с рисками системных дефектов.

Примером именно такого подхода являются тематические экспертизы, проведенные в 2017 году в ряде регионов страховой компанией ООО «Росгосстрах-Медицина» по случаям онкологической медицинской помощи. По результатам экспертиз был сделан вывод о фактическом отсутствии системы оказания химиотерапевтической помощи онкологическим больным в рамках стационарозамещающих технологий.

Существующий объем коек дневного стационара в проверенных медицинских организациях оказался незначительным, и не имел ожидаемого решающего значения для экономики здравоохранения субъектов РФ. Основные объемы дорогостоящей химиотерапевтической помощи продолжали оказываться в круглосуточном стационаре без достаточных к тому оснований. Во многих случаях было установлено, что основные химиотерапевтические препараты вводились в первые два-три дня госпитализации, при этом дневниковые записи подтверждали удовлетворительное состояние пациента, отсутствие сопутствующих заболеваний и экстремумов в результатах лабораторных исследований, т.е. свидетельствовали об отсутствии необходимости наблюдения пациента в условиях круглосуточного стационара.

Таким образом, в рамках тематических экспертиз было установлено, что в большинстве случаев весь объем необходимых вмешательств, включая поддерживающую терапию, мог быть выполнен в условиях дневного стационара, следовательно, финансовые средства системы ОМС были израсходованы неэффективно, что особенно недопустимо в условиях экономического кризиса.

Вопросам перепрофилирования части круглосуточных коек в койки дневного стационара стоит уделять особо пристальное внимание в регионах. Это позволяет не только оптимизировать расходы на оказание медицинской помощи, но и существенно сократить очередь пациентов на госпитализацию на циклы химиотерапии в условиях высокой востребованности данной помощи, т.к. койка дневного стационара может функционировать

в две или даже три смены, аналогично койкам дневного пребывания при оказании услуг гемодиализа.

Одновременно рассматривались варианты совершенствования тарифного регулирования с выделением поправочных коэффициентов к тарифам отдельных клинико-статистических групп (КСГ), учитывающих реальные затраты в регионах на главный «КСГ-образующий фактор» - стоимость конкретного препарата или их комбинации, закупленных на конкурсной основе.

В рамках проведенных тематических экспертиз были выявлены и системные дефекты в оказании качества онкологической помощи. В большинстве случаев доза введенного пациенту химиотерапевтического препарата не соответствовала расчету дозы согласно избранной схеме химиотерапии. Отсутствие формулы расчета разовой дозы химиотерапевтического препарата, обоснования режима химиотерапии, способа и кратности введения лекарственного препарата, длительности курса и аргументации назначения конкретного лекарственного средства или их комбинаций, предусмотренных действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), является грубым нарушением требований Критериев оценки качества медицинской помощи, утвержденных Минздравом России.

Проверки также установили отсутствие в медицинской документации онкологических больных формулировок о сопутствующих заболеваниях и (или) соответствующей медикаментозной коррекции, свидетельствующее о недостаточном внимании к состоянию здоровья пациентов врачей-химиотерапевтов.

На необходимость надлежащей степени заботливости и внимательности, проявляющихся в активном и целенаправленном клинико-инструментально-лабораторном поиске особенностей организма пациента, своевременном выявлении, консультировании и коррекции сопутствующих основному онкозаболеванию состояний, обычноотягчающих его течение и влияющих на показания и противопоказания к назначению химиотерапии, также указывают Критерии оценки качества медицинской помощи, утвержденные Минздравом России.

Циклы химиотерапии имеет четко определенные дни (начало и конец) введения препарата и периоды между ними. Однако в ряде случаев проверками установлено невыполнение требований своевременности начала, окончания и возобновления очередного цикла введения химиопрепаратов, предусмотренных Клиническими рекомендациями Ассоциации онкологов России, расцененное как ненадлежащее качество онкологической помощи по критериям своевременности ее оказания, правильности выбора методов лечения и степени достижения запланированного результата.

Такие выводы следуют и из нормы части 4 статьи 21 Федерального закона № 323-ФЗ: «3) плановая - медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента,

не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью». Ключевое словосочетание указанной нормы - «определенное время», т.е. конкретная дата и время, исключающие любую неопределенность: через несколько дней, через несколько недель, через 3-4 недели, через полгода или год.

Отсутствие у пациента выписки из медицинской карты с указанием «определенного времени» госпитализации на очередной цикл химиотерапии и копии протокола врачебного консилиума, с одной стороны, не позволяет планировать пациенту свое собственное время рационально (труд, отдых, посещение культурных мероприятий), т.е. не позволяет создать условий для повышения качества его жизни. С другой стороны, это не позволяет лечащему химиотерапевту и заведующему отделением рационально планировать собственные ресурсы для очередной госпитализации и лечения пациента.

Медицинская карта должна содержать своеобразную «дорожную карту» врача и пациента с включенным в нее календарем циклов химиотерапии, гормонотерапии и сеансов лучевой терапии. Такая дорожная карта для онкологического пациента – важнейшее предложение по результатам тематической ЭКМП и ключевой инструмент восстановления нарушенных прав онкологического пациента на медицинскую помощь надлежащего качества и полного объема.

Необходимо отметить, что при проведении тематических экспертиз экспертами ООО «РГС-Медицина» широко используется пособие для медицинских работников и экспертов по дефектам оказания медицинской помощи «Карта дефектов медицинской помощи», разработанное экспертами СМО «Росгосстрах-Медицина» под руководство профессора А. Старченко при эффективном сотрудничестве с Национальной медицинской палатой.

Карта дефектов создавалась как инструмент независимости медицинской экспертизы системы ОМС и поддержания справедливого баланса прав и законных интересов пациента и врача. Методологической основой для создания Карты дефектов явился более чем 20-летний

опыт экспертной деятельности страховщиков в системе ОМС. При реализации проекта использовались средства государственной поддержки, выделенные в качестве гранта в соответствии с распоряжением Президента РФ от 25.07.2014 № 243-рп на основании конкурса, проведенного ООО «Лига здоровья нации».

Целями разработки этого документа явились:

- искоренение субъективизма и «вкусовщины» в экспертизе;
- информирование врачей об описанных ранее выявленных дефектах в целях устранения этих дефектов;
- создание единого экспертного пространства в здравоохранении, когда эксперт любого ведомства или любой системы при схожих экспертных случаях выносит тождественные экспертные решения.

На сегодня Карта дефектов выдержала три издания, она бесплатно передавалась экспертам качества медицинской помощи, включенным в реестры экспертов субъектов РФ, и, ввиду широкой востребованности, была размещена на сайте Национальной медицинской палаты для свободного использования врачами и экспертами системы ОМС.

Такие подходы свидетельствуют о том, что страховые медицинские организации за шесть лет работы в условиях нового законодательства об ОМС стали более ответственно выполнять свои законодательные обязанности. В сфере экспертной деятельности они перешли на качественно иной уровень. Согласованные с Минздравом России, Федеральным фондом ОМС и Национальной медицинской палатой, инициативы медицинских страховщиков изменили их место и роль как участников обязательного медицинского страхования. Они оказывают все большее влияние на эффективность принимаемых органами исполнительной власти всех уровней решений, оптимизирующих систему оказания медицинской помощи и влияющих на повышение ее качества и доступности для граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию.

Для корреспонденции:

Гришина Надежда Ивановна – генеральный директор ООО «Росгосстрах-Медицина»

Адрес: 121059, г. Москва, ул. Киевская, д.7.

Тел.: 8(800)100-81-01, +7(495)287-81-27