

Управляемые критерии летальности — новый тренд системы управления качеством медицинской помощи

Старченко А.А. Управляемые критерии летальности — новый тренд системы управления качеством медицинской помощи
Летальность — неизбежный бич любой системы здравоохранения, медицинской организации и врача. Борьба за снижение летальности — закономерная деятельность менеджеров государства и здравоохранения, поэтому она должна носить постоянный, действенный, объективный и неукоснительный характер. С целью выработки ответственных управленческих решений следует проводить единую экспертную политику, основанную на управляемых критериях летальности, т.е. критериях, выявление которых позволяет принять действенные управленческие меры.

Starchenko A.A. Controlled lethality criteria – a new trend in medical aid quality system trend
Lethality is an inevitable bane of any healthcare system, a medical organization and a doctor. Fight for lethality reduction is a regular activity of the state managers and it must be of permanent, objective and rigorous. With the purpose of development of responsible managerial decisions it's necessary to conduct a single expert policy based on managed lethality criteria, i.e. criteria the detection of which allows taking efficient managerial measures.

Ключевые слова: летальность, управляемые критерии, качество медицинской помощи, экспертиза случаев с летальным исходом, констатация биологической смерти

Keywords: lethality, managed criteria, medical aid quality, expertise of cases with lethal outcome, biologic death assertion



А.А. Старченко

Главной задачей управления является активное воздействие управленческой системы на управляемый объект с целью улучшения показателей его функционирования. В здравоохранении, если общество беспокоят высокие показатели летальности, следует выделить управляемые ее критерии — те, с помощью которых будет возможно управлять летальностью.

Комитет Совета Федерации по социальной политике в рамках экспертного совета по здравоохранению 11 октября 2013 г. провел выездное заседание на тему «Опыт региона в совершенствовании высокоэффективных методов профилактики и лечения острого коронарного синдрома» [5]. Отмечено, что сердечно-сосудистые заболевания являются первой причиной смертности и составляют свыше 50% всех смертей в Российской Федерации. По результатам анализа качества медицинской помощи, оказанной пациентам с острым коронарным синдромом (ОКС), Комитет по социальной политике в своем решении в 2013 г. указал на возможные управленческие решения при оказании медицинской помощи больным с ОКС: «В целях повышения эффективности мер, принимаемых органами исполнительной власти в сфере здравоохранения, и совершенствования оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом, участники

заседания экспертного совета по здравоохранению вынесли предложения:

- рассмотреть вопрос о пересмотре порядка оказания медицинской помощи, регламентирующем требования к медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь больным с острым коронарным синдромом, для включения обязательного требования обеспечения круглосуточной работы (24/7/365) структурного подразделения, на базе которого оказывается медицинская помощь с применением рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения;
- рассмотреть вопрос об определении в стандартах оказания специализированной медицинской помощи больным с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST индикаторного показателя частоты выполнения чрескожных коронарных вмешательств на уровне 70% с поэтапным достижением данного показателя;
- оказать содействие в осуществлении мер по организации своевременной медицинской помощи пациентам с ОКС (включая первичное чрескожное коронарное вмешательство), а также по внедрению эффективной фармакологической поддержки на основе эффективных лекарственных средств нового поколения (антикоагулянтов и антиагрегантов) для лечения острого коронарного синдрома;
- осуществлять контроль за эффективностью проводимых в регионах мероприятий, направленных на снижение смертности и инвалидизации пациентов с острым коронарным синдромом».

П.В. Гуринов, М.А. Карачевцева и С.М. Михайлов (2016) написали о первых шагах по этому пути в работе «Экспертиза качества медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом (ОКС) в стацио-

А.А. СТАРЧЕНКО, д.м.н., профессор, МОНКИ им. М.Ф. Владимирского, член Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, alstar3@mail.ru

нарах Санкт-Петербурга». Авторы сообщили, что для проведения экспертизы качества медицинской помощи (КМП) была сформирована экспертная группа из восьми высококвалифицированных врачей-кардиологов, включая докторов и кандидатов медицинских наук, заведующих кардиологическими отделениями под руководством А.Н. Яковлева, заведующего научно-исследовательской лабораторией СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова. Все эксперты КМП входили в состав территориального реестра экспертов КМП в Санкт-Петербурге. Для повышения объективности экспертных заключений на основании действующих порядков и стандартов оказания помощи, национальных и международных клинических рекомендаций, сложившейся клинической практики группой были разработаны согласованные экспертные подходы. В частности, были согласованы представления экспертов о необходимой для постановки диагноза информации, получаемой путем расспроса и обследования больного; правила формулировки диагноза; современных требованиях к лечению пациентов с ОКС. Кроме этого, предварительно были согласованы типичные варианты негативных следствий ошибок на этапах сбора информации, постановки диагноза, лечения и обеспечения преемственности. Ошибки лечения устанавливались экспертами КМП в 32% случаев.

По результатам проведенной ЭКМП выявлены дефекты, которые следует рассмотреть с точки зрения признания управляемыми критериями летальности при ОКС.

1. Недостаточное привлечение блоков интенсивной терапии и реанимации (БИТР) для ведения данных пациентов (17% случаев).
2. Недостатки дезагрегантной терапии.
3. Недостатки антикоагулянтной терапии.

Наиболее часто высказывались замечания экспертов по поводу непроведения или неправильного/несвоевременного проведения двойной дезагрегантной терапии (17% случаев); недостаточной антикоагулянтной терапии (16% случаев); назначения непоказанных препаратов или препаратов с недоказанной эффективностью (10% случаев).

4. Недостаточное применение рентгенхирургических методов диагностики и лечения в виде дефектов организации и проведения коронароангиографии и малоинвазивной коронарной реваскуляризации в среднем отмечалось в 8% случаев [1—4].

В Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный приказом ФФОМС от 01.12.2010 №230, приказом ФФОМС от 29.12.2015 №277, были внесены изменения, направленные на парализацию экспертной деятельности.

1. В п. 25 Порядка контроля исключено требование о выполнении целевой экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП) по случаям летальных исходов исключительно при оказании медицинской помощи. Вместо этого с 2016 г. в обязанности СМО включено требование целевой экспертизы по всем летальным исходам застрахованных лиц, вне зависимости от факта оказания им медицинской помощи.

2. В п. 25 Порядка контроля внесен новый абзац: «При проведении целевой экспертизы качества медицинской помощи оценке подлежат все этапы и уровни оказания медицинской помощи».

Таким образом, при всех поводах для выполнения целевой ЭКМП СМО предписано проводить экспертизу «на всех этапах и уровнях оказания медицинской помощи».

Из указанной новации следует:

1) при получении жалобы от застрахованного лица или его представителя на доступность и качество медицинской помощи в медицинской организации СМО обязана провести целевую ЭКМП во всех медицинских организациях, в которые в обозримом прошлом обращался пациент, а не только в обжалуемой медорганизации;

2) в случае летального исхода вне медицинской организации и вне оказания медицинской помощи — на дому и, например, в транспорте (поезде, самолете), в общественном месте или в результате самоубийства или убийства, СМО обязана выполнить целевую ЭКМП во всех медицинских организациях всех этапов и уровней, в которые в обозримом прошлом обращался умерший пациент;

3) в случае внутрибольничного инфицирования и осложнения заболевания СМО обязана провести целевую ЭКМП во всех медицинских организациях, в которые в обозримом прошлом обращался пациент, а не только в то, где возникло внутрибольничное инфицирование или иное осложнение.

Теория управления такие изменения именует неэффективным — экстенсивным путем развития отношений. Такому неэффективному — экстенсивному пути развития отношений теория управления противопоставляет интенсивный путь развития.

В контексте приведенной выше новации порядка контроля следует признать, что существенное умножаемое расширение поводов для целевой ЭКМП не будет способствовать решению задачи повышения качества медицинской помощи.

Экстенсивность, т.е. неэффективность, предлагаемых мер очевидна. Пациенты умирают не только от ненадлежащего качества медицинской помощи, но и от прогрессирования заболевания и от старости. Введение всех без исключения летальных исходов в сферу экспертной деятельности системы ОМС приведет к тому,

что большинство экспертиз будут нерезультативны с точки зрения выявления выводов, направленных на повышение качества медицинской помощи, т.к. летальный исход будет признан закономерным.

Интенсивный путь развития экспертной деятельности подразумевает выявление управляемых критериев летальности, т.е. тех, исключение которых из повседневной клинической практики приведет к резкому снижению летальности. С этой целью необходимо выделить значимую для общества группу умирающих пациентов, например работоспособный возраст, и нозологическую единицу, отличающуюся высокой летальностью. После этого следует определить круг авторитетных экспертов высокого клинического уровня, которые на основе своего личного практического опыта и знания современных методов диагностики и лечения данной нозологии, медицинской статистики и нормативно-правовой базы составляют перечень управляемых критериев летальности, которые должны быть исключены из клинической практики как летальность определяющие дефекты оказания медицинской помощи. На следующем этапе для проведения массовой экспертной деятельности с целью массового снижения летальности данные критерии управления летальностью передаются на этап медико-экономической экспертизы, что дает возможность предупредить и снизить летальность, в том числе используя возможности очной экспертной деятельности, когда пациент еще жив.

Сегодня прогрессивные руководители здравоохранения и медицинских организаций строят систему управления качеством именно по этому пути: не бить по хвостам (уже умершим пациентам), а упреждать летальность.

Экстенсивный путь развития экспертной деятельности приведет к размыванию критериев управляемости смертностью в медорганизациях. Побочным эффектом экстенсивного пути станет недовольство руководства Национальной медицинской палаты, т.к. объемы экспертиз в медицинских организациях вырастут в несколько раз. Вторым поводом для конфликта с руководством Национальной медицинской палаты станет массовое увеличение объема финансовых санкций к медицинским организациям по формальному признаку — отсутствие патолого-анатомического вскрытия. В отсутствие патологоанатомического вскрытия трупов пациентов, умерших вне медицинских организаций (в т. ч. на дому) лиц пожилого возраста эксперт СМО будет вынужден применять в каждом страховом случае «на всех этапах и уровнях»:

■ код дефекта «3.13. Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патолого-анатомического вскрытия в соответствии с действующим законо-

дательством», т. к. в отсутствие патолого-анатомического вскрытия невозможно достоверно установить непосредственную причину смерти, что в соответствии с нормой ст. 67 Закона РФ №323-ФЗ является обязательным поводом для вскрытия трупа;

■ код дефекта «4.2. Дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы качества медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи)», т.к. в отсутствие окончательного морфологического диагноза сделать достоверные выводы о качестве медицинской помощи не представляется возможным.

Таким образом, вступившие в 2016 г. в силу новые нормы Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС дискредитируют смысл и результаты экспертной деятельности в системе ОМС, не способствуют улучшению качества медицинской помощи и не отвечают новому страховому принципу — пациентоориентированности.

■ Реальный алгоритм проведения экспертизы случаев с летальным исходом на дому по принципу «... на всех этапах и уровнях...»

1. Изучение списков умерших застрахованных лиц.
2. Оформление запроса в медицинскую организацию по месту прикрепления/регистрации умершего застрахованного лица на предоставление медицинской карты амбулаторного больного на имя умершего.
3. По результатам МЭЭ перечень застрахованных умерших лиц разделяется на два списка:
 - 3.1. Список №1 — случаи, по которым в амбулаторной карте имеется протокол патолого-анатомического вскрытия (ПАВ) трупа умершего застрахованного.
 - 3.2. Список №2 — случаи, по которым в амбулаторной карте отсутствует протокол патолого-анатомического вскрытия (ПАВ) трупа умершего застрахованного.
4. По позициям списка №1 необходимо выполнить:
 - 4.1. Выбрать из реестров счетов оказанной медицинской помощи, представленных в СМО, все оплаченные случаи по основному заболеванию, т. е. причине смерти, указанной в протоколе ПАВ за последний календарный год (с даты смерти).
 - 4.2. Запросить всю медицинскую документацию (МД) по оплаченным случаям (карты стационарного и амбулаторного больного).
 - 4.4. Поручить одному эксперту КМП по специальности основного заболевания, т.е. причине смерти пациента, провести ЭКМП всех случаев — на всех этапах лечения пациента.

5. В случае отсутствия протоколов посещений и обращений в амбулаторной медицинской документации медицинской организации МД, находящейся по месту регистрации (прикрепления) умершего застрахованного лица по основному заболеванию (причина смерти) и оплаченных СМО счетов в МО: следует направить письмо в ТФОМС о том, что медицинская помощь не предоставлялась данному умершему пациенту, не оплачивалась СМО, проведение ЭКМП невозможно в связи с отсутствием оказанной умершему медицинской помощи, т. е. предмета для экспертизы (Копии писем сохранять для отчетов).

6. По списку №2 при отсутствии протокола ПАВ в первичной медицинской документации следует:

6.1. В случае наличия в амбулаторной карте смертного эпикриза, записи о выдаче справки о смерти с диагнозом, который условно может быть принят экспертом за причину смерти, эксперту следует выбрать из реестров оплаченных СМО счетов все оплаченные случаи по основному заболеванию, соответствующие (в его понимании) причине смерти за последний календарный год (с даты смерти).

6.2. Выполнить МЭЭ и оформить Акты МЭЭ с кодом дефекта 3.13 — («Невыполнение ...обязательного патологоанатомического вскрытия...») на основании: — нормы п. 2 ч. 3 ст. 67 Закона РФ №323-ФЗ («— 2) невозможности установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти, и (или) непосредственной причины смерти») или — нормы п. 5 («5) смерти: б) от инфекционного заболевания или при подозрении на него»), т.к. большинство пациентов с тяжелыми последствиями ОНМК, хронической сердечной недостаточности умирают от деструктивной и/или двусторонней пневмонии с дыхательной недостаточностью, уросепсиса, инфицированных пролежней, катетерной инфекции.

6.3. Поручить одному эксперту КМП по специальности основного заболевания пациента (причина смерти) провести ЭКМП всех случаев — на всех этапах лечения пациента с оформлением акта ЭКМП и применением кода дефекта 4.2 на основании нормы п. 2 ч. 3 ст. 67 Закона РФ №323-ФЗ («— 2) невозможности установления... непосредственной причины смерти»), как препятствия для проведения ЭКМП и невозможности в отсутствие формулировки непосредственной причины смерти реализации основной задачи эксперта, установленной п. 82 Порядка контроля, утвержденного приказом ФФОМС от 01.12.2010 №230 — установления причинно-следственных связей выявленных дефектов медицинской помощи («82. Основной задачей эксперта качества медицинской помощи является проведение экспертизы качества медицинской помощи с целью ... установления причинно-следственных связей выявленных дефектов медицинской помощи»).

7. В случае отсутствия в медицинской карте амбулаторного больного записей, указывающих на причину смерти и отсутствия предъявленных СМО счетов за оказанную медицинскую помощь, СМО следует направлять в ТФОМС письмо об отсутствии оказанной умершему медицинской помощи, т. е. предмета ЭКМП.

8. В случае отсутствия в медицинской карте амбулаторного больного в МО по месту регистрации (прикрепления) умершего застрахованного записей, указывающих на причину смерти, но при наличии других любых протоколов посещений (обращений), которые эксперт не может связать причинно-следственной связью с летальным исходом (стоматолог, офтальмолог, ЛОР и др.), и/или при наличии оплаченных СМО счетов других МО об оказанной медицинской помощи по разнообразным профильным случаям (окулист, ЛОР, аллерголог, невролог, терапевт и др.), СМО следует направлять в ТФОМС письмо с просьбой о разрешении вопроса о специальности привлекаемого для ЭКМП эксперта КМП.

■ Констатация биологической смерти: правила оплаты в системе ОМС

Как известно, в системе ОМС оплачивается медицинская помощь и медицинская услуга, включенная в программу ОМС. Приказом Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 №1664н (в редакции приказа Минздрава России от 28.10.2013 №794н) утверждена Номенклатура медицинских услуг:

«I. Общие положения

1. Номенклатура медицинских услуг (далее — Номенклатура) представляет собой перечень медицинских услуг.

3. Перечень медицинских услуг разделен на два класса: «А» и «В», построенные по иерархическому принципу.

Класс «А» включает медицинские услуги, представляющие собой определенные виды медицинских вмешательств, направленные на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющие самостоятельное законченное значение.

Класс «В» включает медицинские услуги, представляющие собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

5.1. Разделы класса «В» обозначают определенный тип медицинской услуги:

01 — врачебная лечебно-диагностическая;

02 — сестринский уход;

03 — сложная диагностическая услуга (методы исследования: лабораторный, функциональный, инструмен-

тальный, рентгенорадиологический и др.), формирующие диагностические комплексы;

04 — медицинские услуги по профилактике, такие как диспансерное наблюдение, вакцинация, медицинские физкультурно-оздоровительные мероприятия;

05 — медицинские услуги по медицинской реабилитации».

К классу «В» отнесены следующие медицинские услуги, включающие слово «смерть»:

II. Номенклатура медицинских услуг

■ Код услуги: В01.045.003 — проведение экспертизы (исследования) причины смерти.

■ Код услуги: В01.045.006 — проведение экспертизы (исследования) причин перинатальной смерти.

■ Код услуги: В03.003.007 — комплекс исследований для диагностики смерти мозга.

Таким образом, Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 №1664н (в редакции приказа Минздрава России от 28.10.2013 №794н), не предусмотрена медицинская услуга «Констатация биологической смерти», что исключает ее из медицинских вмешательств и услуг, включенных в программу ОМС.

Статьей 66 Закона РФ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» установлены нормы: «5. Констатация биологической смерти человека осуществляется медицинским работником (врачом или фельдшером)».

8. Порядок определения момента смерти человека, в том числе критерии и процедура установления смерти человека, порядок прекращения реанимационных мероприятий и форма протокола установления смерти человека определяются Правительством Российской Федерации».

Статьей 79 «Обязанности медицинских организаций» Закона РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предусмотрено: «1. Медицинская организация обязана:

2) организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе порядками оказания медицинской помощи, и на основе стандартов медицинской помощи;

б) предоставлять пациентам достоверную информацию об оказываемой медицинской помощи, эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях».

Таким образом, среди обязанностей медицинской организации предусмотрены обязанности осуществления медицинской деятельности в соответствии с порядками оказания медицинской помощи. Требования к порядкам оказания медицинской помощи изложены в ст. 37 Закона РФ №323-ФЗ. Анализ упоминаемого в ч. 8 ст. 66

Порядка определения момента смерти человека и процедура установления смерти человека показывают, что данный порядок не отвечает требованиям, предъявляемым к порядкам оказания медицинской помощи, изложенным в ст. 37 Закона РФ №323-ФЗ, таким образом, порядок определения момента смерти человека и процедура установления смерти человека не являются порядком оказания медицинской помощи. Более того, постановлением Правительства Российской Федерации от 20.09.2012 №950 утвержден не порядок, а Правила определения момента смерти человека, в том числе критерии и процедуру установления смерти человека.

В то же время ст. 2 Закона РФ №323-ФЗ установлено: «Для целей настоящего Федерального закона используются следующие основные понятия:

3) медицинская помощь — комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;

4) медицинская услуга — медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;

5) медицинское вмешательство — выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности;

16) заболевание — возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма;

17) состояние — изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи».

Констатация биологической смерти как действие, выполняемое медицинским работником, не подпадает ни под одно из установленных законом приведенных выше понятий:

■ не является медицинской помощью, т. к. медицинская помощь — комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья, которое с биологической смертью утрачено окончательно и безвозвратно;

■ не является медицинской услугой, т. к. медицинская услуга — медицинское вмешательство или комплекс

медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, к которым не относится биологическая смерть;

■ не является состоянием, т. к. состояние — изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи; биологическая смерть не требует оказания медицинской помощи, а следовательно,

■ констатация биологической смерти не является медицинским вмешательством, т. к. вмешательство затрагивает физическое или психическое состояние человека, коим не является биологическая смерть.

Косвенным доказательством того, что констатация биологической смерти не является медицинским вмешательством, служит невозможность исполнения обязанности, предусмотренной ст. 79 и 20 Закона РФ №323-ФЗ об обязательном информировании о медицинском вмешательстве гражданина или его законного представителя, т. к. вместо гражданина имеется его труп, и любое законное представительство при этом утрачивается.

В соответствии с нормой ч. 1 ст. 67 «Определение момента смерти человека и прекращения реанимационных мероприятий» Закона РФ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: «1. Моментом смерти человека является момент смерти его мозга или его биологической смерти (необратимой гибели человека)».

В соответствие с ч. 4 ст. 67 Закона РФ №323-ФЗ «Биологическая смерть человека устанавливается на основании наличия ранних и (или) поздних трупных изменений».

Таким образом, констатация биологической смерти — это установление трупных признаков у ТРУПА. Трупные явления — изменения, которым подвергаются органы и ткани трупа после наступления биологической смерти. Трупные явления подразделяются на ранние и поздние.

К ранним трупным признакам относятся охлаждение трупа, трупные пятна, трупное окоченение, высыхание и аутолиз. Устанавливают помутнение роговицы (пятна Лярше — абсолютный признак смерти, образуются в результате высыхания роговицы при открытых глазах, формируются через 5—6 часов после смерти; представляются треугольными несколько сморщенными серовато-желтоватыми участками у углов глаз, основанием обращенные к радужке), подсыхание слизистой оболочки каймы губ, тонких слоев кожи — концев пальцев, мошонки, между складок кожи в местах опрелости. Диагностируют признак Белоглазова (изменение формы зрачка при надавливании на глазное яблоко (кошачий глаз) — вероятный признак смерти, заключающийся в том, что при сдавлива-

нии глазного яблока с боков зрачок становится щелевидным (как у кошки), образование «кошачьего глаза» возможно в агональном периоде и при коме; у здоровых живых людей форма зрачка при сдавливании глазного яблока не меняется).

К поздним трупным признакам относятся гниение, скелетирование, мумификация, восковизация и торфяное дубление.

Инструкцией по определению критериев и порядка определения момента смерти человека, прекращения реанимационных мероприятий, утвержденной приказом Минздрава России от 04.03.2003 №73, предусмотрено:

«2.4. Трупные изменения:

- а) ранние признаки,
- б) поздние признаки.

Биологическая смерть устанавливается на основании наличия трупных изменений (ранние признаки, поздние признаки)».

Порядком организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 12.05.2010 №346н, установлено перечисление ранних трупных признаков и порядок их выявления:

«38. Экспертиза трупа может быть начата лишь после появления ранних трупных изменений (охлаждение, трупные пятна, трупное окоченение).

45. При исследовании трупных явлений и суправитальных реакций (физиологических изменений в тканях мертвого тела), с указанием точного времени их фиксации:

■ определяют на ощупь охлаждение тела трупа в прикрытых одеждой и обнаженных частях тела, измеряют температуру в прямой кишке, при наличии возможности — в ткани печени, не менее чем двукратно с часовым интервалом;

■ устанавливают по плотности и рельефу скелетных мышц (лица, шеи, верхних и нижних конечностей), объему движений в суставах наличие (отсутствие) трупного окоченения, его распространенность и степень выраженности;

■ отмечают наличие (отсутствие) трупных пятен, их локализацию по областям тела, распространенность, интенсивность (островковые, сливные, обильные, скудные), характер, цвет, наличие кровоизлияний в кожу на их фоне;

■ отмечают сохранение способности трупных пятен к перемещению при изменении положения тела трупа и степень отличия от первоначально возникших; при необходимости делают надрезы кожи для дифференциации трупных пятен и кровоизлияний;

■ устанавливают помутнение роговицы (пятна Лярше), подсыхание красной каймы губ, тонких слоев кожи (на

концах пальцев, на мошонке, в складках кожи в местах опрелости и др.);

■ определяют наличие (или отсутствие) признака Белоглазова (изменение формы зрачка при надавливании на глазное яблоко)».

Часть 5 ст. 67 Закона РФ №323-ФЗ однозначно утверждает: «Констатация биологической смерти человека осуществляется медицинским работником (врачом или фельдшером)».

Клиническая смерть в соответствии с ч. 7 ст. 67 Закона РФ №323-ФЗ — это состояние остановки жизненно важных функций организма человека (кровообращения и дыхания) потенциально обратимого характера на фоне отсутствия признаков смерти мозга. Потенциальная обратимость состояния клинической смерти требует активных медицинских услуг, называемых «реанимационные мероприятия», а не констатации смерти. В соответствии с ч. 7 ст. 67 Закона РФ №326-ФЗ «7. Реанимационные мероприятия не проводятся: 2) при наличии признаков биологической смерти человека».

Страховым случаем является заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, приведшее к необходимости:

■ проведения реанимационных мероприятий пациенту в состоянии клинической смерти — обратимого состояния;

■ проведения мероприятий установления смерти мозга человека в соответствии с порядком, утвержденным приказом Минздрава России от 25.12.2014 №908н (вступил в силу с 1 января 2016 г.), вплоть до момента подписания протокола в соответствии с п. 13 Порядка установления диагноза смерти мозга человека. Следует указать, что в соответствии с п. 2 Порядка: «Смерть мозга человека наступает при полном и необратимом прекращении всех функций головного мозга, регистрируемом при работающем сердце и искусственной вентиляции легких. Момент смерти мозга человека является моментом смерти человека». Момент смерти человека на основании смерти его мозга оформляется юридически протоколом по установленной приказом Минздрава России от 25.12.2014 №908н форме. Именно после подписания Протокола установления диагноза смерти мозга человека по утвержденной форме и наступает момент смерти человека, до подписания протокола пациент юридически является и считается живым человеком.

Таким образом, медицинская помощь, оказываемая пациенту:

■ в состоянии клинической смерти вплоть до констатации биологической смерти;

■ вплоть до установления смерти мозга подписанием Протокола установления диагноза смерти мозга человека, оплачивается в системе ОМС.

Статьей 3 Закона РФ №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации» для целей ОМС установлены следующие понятия:

«4) страховой случай — совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию;

5) страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию (далее — страховое обеспечение) — исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате медицинской организации».

Таким образом, биологическая смерть (а именно биологическая смерть требует констатации) — это необратимая гибель человека, что никак не может быть расценено как страховой случай, т. е. «заболевание, травма или иное состояние здоровья застрахованного лица» (которого уже нет), тем более не профилактическое мероприятие.

В отсутствие страхового случая страховое обеспечение по ОМС не выплачивается, а все выплаченные суммы в нарушение требований ст. 2 Закона РФ №326-ФЗ следует относить к нецелевому расходованию средств ОМС.

Следовательно, так называемые парамедицинские услуги «смерть до приезда бригады СМП», «констатация факта смерти» — это констатация биологической смерти на основании трупных признаков, что исключает оказание медицинской помощи ... трупу (!). Оказание же медицинской помощи пациенту, в т. ч. в состоянии клинической смерти, производится по медицинским показаниям в соответствии с имеющимся заболеванием, травмой или иным состоянием. В этих страховых случаях имеет место заболевание, травма или иное состояние, в т. ч. в стадии клинической смерти, имеющее формулировку диагноза по МКБ X пересмотра, требующее оказания медицинской помощи, в т. ч. реанимационных мероприятий, а не «констатацию факта биологической смерти». Именно эти случаи оказания медицинской помощи (в т. ч. реанимационные мероприятия живому пациенту в состоянии клинической смерти) признаются страховыми, оплачиваются и подвергаются экспертной деятельности.

В настоящее время изменением действующего Порядка контроля не ликвидирована высокая степень неопределенности нормирования целевой медико-экономической экспертизы (МЭЭ).

Медико-экономическая экспертиза в соответствии с ч. 4 ст. 40 Закона №326-ФЗ — это установление со-

ответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.

В то же время п. 14 Порядка контроля установлено: «14. Целевая медико-экономическая экспертиза проводится в случаях:

а) повторных обращений по поводу одного и того же заболевания: в течение 30 дней — при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 90 дней — при повторной госпитализации;

б) заболеваний с удлинённым или укороченным сроком лечения более чем на 50% от установленного стандартом медицинской помощи или среднесложившегося для всех застрахованных лиц в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утвержденный стандарт медицинской помощи».

Коль скоро в соответствии с ч. 4 ст. 40 Закона №326-ФЗ МЭЭ — это установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации, что может быть предметом МЭЭ повторных обращений по поводу одного и того же заболевания: в течение 30 дней — при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 90 дней — при повторной госпитализации?

Ответ только один: наличие или отсутствие в медицинской документации факта повторного в течение 30 дней обращения или наличие самой медицинской карты стационарного больного, как доказательство факта повторной в течение 90 дней госпитализации. Все остальное, а именно дефекты оказания медпомощи при первом обращении или в процессе первой госпитализации, обоснованность повторного обращения или госпитализации, нарушения в преемственности оказания медицинской помощи или дефекты межгоспитального этапа в оказании медицинской помощи — прерогатива ЭКМП.

Из этого следует, что целевая МЭЭ — это экспертная профанация, не имеющая управленческого значения ни для медорганизации, ни для пациента, ни для органа управления здравоохранением.

С целью ликвидации таковой неопределенности следует выбрать четкие конкретные критерии целевой МЭЭ по поводу повторных обращений и госпитализаций. Это может быть достигнуто консенсусом экспертов КМП по выработке однозначных критериев надлежащего качества или дефекта медицинской помощи, которые однозначно, т. е. по типу «да-нет», и доказательно влияют на возникновение повторного

обращения или повторной госпитализации. Такие критерии могут быть переданы экспертам на уровень МЭЭ для объективной оценки оказанной медицинской помощи.

Аналогично в настоящее время имеется высокая степень неопределенности при выявлении поводов для целевой МЭЭ заболеваний с удлинённым или укороченным сроком лечения более чем на 50% от установленного стандартом медицинской помощи или среднесложившегося для всех застрахованных лиц в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утвержденный стандарт медицинской помощи.

Отсутствие стандартов по большинству нозологий, отмеченное в декабрьском 2015 г. докладе Счетной Палаты РФ, лишает экспертизу законных оснований. Формулировка о среднесложившемся для всех застрахованных лиц в отчетном периоде с заболеванием сроке лечения не выдерживает критики: во-первых, это не нормативное требование, во-вторых, какой экспертный вывод может быть сделан, если в его основе лежат сложившиеся ошибочные сроки лечения?

Боле того, так же как в предыдущем поводе, очевидна формальность таковой целевой МЭЭ: она может подтвердить только факт удлинённого или укороченного срока лечения или срока госпитализации, не более того. Такой результат МЭЭ бесполезен для принятия управленческих решений. Целевая МЭЭ удлинённых или укороченных сроков лечения не может ответить на вопросы:

- об обоснованности госпитализации с удлинённым или укороченным сроком;
- об обоснованности выписки при госпитализации с укороченным сроком;
- об обоснованности длительной госпитализации;
- о преемственности в оказании медицинской помощи;
- об эффективности постгоспитализационного этапа.

Из этого следует, что целевая МЭЭ заболеваний с удлинённым или укороченным сроком лечения — это формальная экспертная профанация, не имеющая управленческого значения ни для медорганизации, ни для пациента, ни для органа управления здравоохранением.

С целью ликвидации таковой неопределенности следует выбрать четкие конкретные критерии целевой МЭЭ по поводу удлинённого или укороченного срока лечения. Это может быть достигнуто консенсусом экспертов КМП по выработке однозначных критериев надлежащего качества или дефекта медицинской помощи, которые однозначно, т. е. по типу «да-нет», доказывают обоснованность удлинённого или укороченного срока лечения. Такие критерии могут быть пере-

даны экспертам на уровень МЭЭ для объективной оценки оказанной медицинской помощи [6—16].

Таким образом, в настоящее время необходимо сосредоточить усилия экспертного и профессионально-

го медицинского сообщества по пути разработки управляемых критериев летальности и ликвидации формальной бесцельной массовой экспертной деятельности, не имеющей управленческого значения.

ИСТОЧНИКИ

1. Гуринов П.В., Карачевцева М.А., Михайлов С.М. Экспертиза качества медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом в стационарах Санкт-Петербурга. Вестник Росздравнадзора. 2016, 1: 32-26.
2. Карачевцева М.А., Михайлов С.М., Гуринов П.В. и др. Методические рекомендации по порядку проведения экспертизы качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Санкт-Петербурга: Методические рекомендации (утв. распоряжением Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга от 03.05.2011 №197-р). Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. 2012, 4: 39-65.
3. Карачевцева М.А., Михайлов С.М. Статистический анализ результатов экспертизы качества медицинской помощи. Здравоохранение, 2015, 8: 88-95.
4. Карачевцева М.А., Савин К.А., Гуринов П.В., Михайлов С.М. Анализ результатов экспертной деятельности страховых медицинских организаций в Санкт-Петербурге (по итогам 2013 г.). Вестник Росздравнадзора, 2015, 1: 31-35.
5. Письмо Комитета Совета Федерации по социальной политике от 21.11.2013 №3.8-13/1843 «Опыт региона в совершенствовании высокоэффективных методов профилактики и лечения острого коронарного синдрома». 2013. 10 с.
6. Старченко А.А., Карпочева М.П., Фуркалюк М.Ю., Курило И.Н., Алешин П.И. Летальный исход по причине ненадлежащего наблюдения в блоке интенсивной терапии. Здравоохранение, 2006, 12: 69-73.
7. Старченко А.А., Карпочева М.П., Фуркалюк М.Ю., Курило И.Н., Соколов А.Е., Алешин П.И. Летальный исход из-за отсутствия своевременного лечения. Здравоохранение, 2007, 1: 71-83.
8. Старченко А.А., Зинланд Д.А., Абашкина Е.В., Третьякова Е.Н., Тарасова О.В., Салдуева О.В., Гуженко М.Д., Комарец С.А., Рыкова И.В., Гончарова Е.И. Оценка эффективности деятельности исполнительной власти субъектов РФ по критерию смертности от ОНМК. Российский нейрохирургический журнал им. проф. А.Л. Поленова, Спец. выпуск. Мат. X Юбилейной всерос. научно-практ. конф. «Поленовские чтения», 2011, III: 130.
9. Старченко А.А., Третьякова Е.Н., Тарасова О.В., Комарец С.А., Курило И.Н., Рыкова И.В., Фуркалюк М.Ю. Острый коронарный синдром: критерии ненадлежащего качества медицинской помощи в системе ОМС. Новости анестезиологии и реаниматологии, 2009, 1: 66-75.
10. Старченко А.А., Третьякова Е.Н., Тарасова О.В., Комарец С.А., Курило И.Н., Рыкова И.В., Фуркалюк М.Ю. Алгоритм экспертизы качества медицинской помощи при остром коронарном синдроме в системе ОМС. Кардиоваскулярная терапия и профилактика «Кардиология: реалии и перспективы», 2009, 8(6): 343.
11. Старченко А.А., Третьякова Е.Н., Тарасова О.В., Гуженко М.Д., Комарец С.А., Курило И.Н., Рыкова И.В. Критерии ненадлежащего качества интенсивной терапии острого коронарного синдрома в системе ОМС. Безопасность больного в анестезиологии и реаниматологии. Мат. VII Науч.-практ. конф. М., 2010: 101-102.
12. Старченко А.А., Зинланд Д.А., Третьякова Е.Н., Гуженко М.Д., Рыкова И.В. Оценка качества оказанной медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Заместитель главного врача, 2010, 5(48): 60-74.
13. Старченко А.А., Зинланд Д.А., Третьякова Е.Н., Тарасова О.В., Гуженко М.Д., Гончарова Е.Ю., Сергеева Л.А. Оценка качества медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом. Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза, 2012, 2: 38-51.
14. Старченко А.А. Критерии ненадлежащего качества оказания медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения в построении автоматизированной информационной системы оценки качества. Врач и информационные технологии, 2012, 5: 16-28.
15. Старченко А.А., Гришина Н.И., Тарасова О.В., Усачевская И.В. Своевременность оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения: критерии в системе ОМС. Мат. XVII Всерос. научно-практ. конф. Давиденковские чтения. СПб., 2015: 258-159.
16. Тарасова О.В., Старченко А.А., Рошаль Л.М., Гришина Н.И. Критерии своевременности оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Мат. XIV Всерос. научно-практ. конф. Поленовские чтения. СПб., 2015: 5.