

Необходимая обратная связь

В январе 2014 года состоялся IX Общероссийский медицинский форум, на котором была высказана претензия медицинского сообщества в адрес страховых медицинских организаций по поводу применения ими финансовых санкций к медорганизациям. Эти претензии не новы и сопровождают взаимоотношения между участниками системы ОМС на протяжении уже 20 лет с момента вступления в силу в 1993 году законодательства о медицинском страховании в России. И это неудивительно, ведь наверняка все согласятся с тезисом о том, что любая экспертная деятельность изначально конфликтна, и экспертная деятельность в системе ОМС не исключение. А значит, нужен конструктивный диалог всех заинтересованных сторон.



Надежда ГРИШИНА,
генеральный директор
ООО «Росгосстрах-Медицина»



Алексей СТАРЧЕНКО,
заместитель генерального дирек-
тора ООО «Росгосстрах-Медицина»

Цена обратной связи

Конфликтная природа экспертной работы в системе ОМС обнаруживается на самых разных уровнях. Это и сомнения проверяемого медицинского учреждения в компетентности эксперта, и «соперничество» между амбициями проверяемого и проверяющего, и наличие финансовых санкций — повод для депремирования медицинского работника со стороны администрации медицинской организации. Например, врачи-эксперты страховых компаний с недоумением воспринимают выпады некоторых руководителей здравоохранения в отношении якобы их за пределами пенсионного возраста и невосприимчивости в медицине. Но это предвзятое мнение легко развеять обращением к действующему закону, где четко указано, что экспертом качества медицинской помощи является опытный врач с десятилетним стажем работы по клинической специальности. Причем часто встречаются ситуации, при которых практические врачи из соседних медицинских организаций проверяют качество работы друг друга. И, отметим, они не являются штатными сотрудниками страховой компании, которая лишь полагается на их опыт, знания и добросовестность.

Учитывая конфликтность экспертной деятельности, теория управления любыми процессами, в т.ч. в общественных институтах, с целью стабильного их функционирования

устанавливает необходимость создания системы сдержек и противовесов. Только при их наличии система может развиваться без оглядки на субъективизм. В организме живого человека и общественном организме системообразующим фактором сдержек и противовесов является обратная связь. Врачи об этом получают информацию в процессе приобретения профессии, слушая курс клинической физиологии,

с п. 18 статьи 38 Закона РФ № 326-ФЗ ТФОМС предоставляет СМО на расходы на ведение дела по ОМС не менее 1% и не более 2% всего объема средств, поступивших в СМО по дифференцированным подушевым нормативам. Т.е. цена обратной связи в виде экспертной деятельности составляет 1—2% от объема финансирования всех медицинских организаций. А в реальности большинство субъектов РФ установило лимит средств на ведение дела для СМО в пределах 1—1,1% от объема финансирования медорганизаций. На эти средства, к слову, эксперты страховых компаний в соответствии с действующими обязательствами в системе ОМС обязаны выполнить следующие объемы экспертной деятельности: 8% случаев стационарной медицинской помощи в рамках медико-экономической экспертизы и 5% в рамках экспертизы качества медицинской помощи.

Итак, за вычетом 1—2% средств здравоохранения на медицинские организации приходится 98—99% финансов. В этой связи откровенно попу-

Смысл существования саморегулируемой общественной организации врачей заключается в ответственности за качество работы своих членов, значит, она не должна скрывать дефекты в их работе, руководствуясь принципом круговой поруки и защиты чести мундира

медицинской социологии и организации здравоохранения.

И живой человеческий организм не могут существовать без этой обратной связи. Именно ее и осуществляют эксперты СМО. Результатом своей экспертной работы (актом экспертизы) специалист сигнализирует главному врачу о нарушении функционирования его общественного организма.

При этом в соответствии

листами являются заявления отдельных руководителей здравоохранения об избыточном применении штрафов за ненадлежащую медицинскую помощь. Если здравоохранению «не хватило» для оказания медицинской помощи надлежащего качества 99% выделяемых средств, то уж «добавление» еще 1%, полученного страховыми компаниями, никак не изменит экономическую ситуацию.

Игра стоит свеч

По данным ФОМС, финансовые результаты контроля объемов и качества медицинской помощи СМО в 2011 году более чем впечатляющи. Например, в 2011 году медицинским организациям за оказанную медицинскую помощь по представленным к оплате счетам страховыми организациями направлено 584,4 млрд руб. По результатам выявления дефектов оказания медицинской помощи при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи сумма, исключенная страховыми компаниями из оплаты медицинским организациям в результате предъявления санкций за выявленные нарушения, составила 21,7 млрд рублей, т.е. всего 3,7% от направленных в лечебные учреждения денег. Получается, что при выявлении более чем 13 млн дефектов в оказании медицинской помощи в год страховые компании «наказали» медицинские учреждения, допустившие ненадлежащее качество оказания помощи пациентам, всего на 3,7% от годового финансирования. При этом из 21,7 млрд рублей финансовых санкций в 2011 году страховыми компаниями возвращено в систему здравоохранения на оказание медицинской помощи пациентам в последующие месяцы — 19,8 млрд руб., или 91%. Причем на предупреждение (снижение) дефектов в оказании медицинской помощи страховые медицинские организации выделили 1,3 млрд руб. И в том же 2011 году на обучение врачей-экспертов, в том числе не являющихся их штатными сотрудниками, затрачено 11,1 млн рублей.

В группе компаний «Росгосстрах-Медицина» на обучение врачей-экспертов и специалистов по защите прав пациентов, в том числе не являющихся штатными сотрудниками, в 2011 году направлено 1,8 млн руб., в 2012-м — 1,9 млн и в 2013-м — 2,8 млн. Финансовые санкции к медицинским организациям 42 субъектов РФ за период действия Закона РФ № 326-ФЗ «Об

обязательном медицинском страховании граждан в РФ», примененные группой компаний «Росгосстрах-Медицина», держатся приблизительно на одном уровне: за 2011 и 2012 годы объем финансовых санкций составил по 1,9 млрд руб. (3,1% от годового объема финансирования), за 9 месяцев 2013 года — 2,8 млрд руб. (2,9%). Очевидно, что изъятие из финансирования всего-навсего 2—3% никак не сказывается на технологии оказания медицинской помощи, не может служить нерадивому главному врачу оправданием в отсутствии в его учреждении лекарственных средств, включенных в перечень жизненно необходимых, или популистским оправданием задержки или невыплаты заработной платы медицинским работникам.

Таким образом, потребляя 1—2% от финансирования здравоохранения и проверяя не более 10% случаев оказанной медицинской помощи, врачи-эксперты страховых компаний сигнализируют в форме обратной связи о «нормальности» или «патологии» функционирования медицинских организаций с целью принятия их руководителями необходимых управленческих решений. А если эти управленческие решения не принимаются руководством здравоохранения в оставшихся непроверенными 90% случаев оказания медицинской помощи, то это становится уже предметом рассмотрения других органов...

Объединительный лозунг

Если обратиться к размерам финансовых санкций, налагаемых страховыми компаниями на медицинские организации, то в соответствии с рекомендацией ФОМС максимальный ее размер составляет 500% от норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год. При этом максимальный размер санкций налагается всего в двух случаях:

— необоснованный отказ в оказании медицинской помо-

щи, повлекший причинение вреда здоровью, создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания;

— несвоевременное и ненадлежащее выполнение необходимых диагностических и лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками и стандартами медицинской помощи, приведших к летальному исходу.

В 2013 году в соответствии с Программой государственных гарантий средний подушевой норматив финансирования в год составил 9032,5 рубля. Следовательно, за отказ в оказании медпомощи в 2013 году штраф составлял 45 тыс. рублей. С одной стороны, вроде бы много. Но ведь медорганизация создана не для того, чтобы выпроваживать за дверь больных, объявляя их симулянтами, а для того, чтобы внимательно разобраться в болезни пациента, оказать ему соответствующую помощь или перевести в

другое лечебное учреждение. Последствия отказа для пациента могут быть катастрофическими! Поэтому штраф должен быть большим. Именно размер штрафа является мерой профилактики этого грубейшего нарушения.

ным должно быть предотвращение уголовного преследования члена врачебного сообщества. Смысл существования саморегулируемой общественной организации врачей заключается в ответственности за качество работы своих членов, значит,

дефекты – это и есть реальный механизм профилактики профессиональных медицинских преступлений.

В этих условиях независимая экспертная обратная связь направлена на повышение качества медицинской помощи, ведь выявление экспертом страховой компании ряда дефектов в оказании медицинской помощи является мощным стимулом к их действительной профилактике. Для этого главному врачу следует внимательно читать акт экспертизы СМО и требовать от подчиненных искоренения указанных недостатков!

В общем же предметом диалога между страховыми компаниями и общественными объединениями врачей могут и должны стать такие темы, как:

— участие в едином экспертном медицинском пространстве в здравоохранении России с общими для всех равными, прозрачными и ясными правилами, принципами и методами экспертной деятельности;

— принятие направленных на высокое качество медицинских услуг экономически оптимальных тарифов;

— создание единого информационного поля для врача с целью предупреждения его о типичных дефектах в оказании помощи и пациента с целью выбора им соответствующей медицинской организации;

— защита интересов врача от несправедливых обвинений и защита интересов пациента в случае причинения ему вреда при оказании медицинской помощи.

А объединительным лозунгом должно стать упрочение принципа справедливости в отечественном здравоохранении для всех. Для врача, самоотверженно оказывающего медицинскую помощь, для пациента — нуждающегося потребителя медицинских услуг, для врача-эксперта, принципиально выявляющего дефекты в оказании медицинской помощи с целью их искоренения. ■

Потребляя 1—2% от финансирования, врачи-эксперты страховых компаний сигнализируют в форме обратной связи о «нормальности» или «патологии» функционирования медицинских организаций

В этой связи также полезно вспомнить о том, что такой отказ — повод для возбуждения уголовного дела в отношении конкретного врача по ст. 124 и 125 УК РФ. Очевидно, что для медицинского сообщества важ-

она не должна скрывать дефекты в их работе, руководствуясь принципом круговой поруки и защиты чести мундира. Поэтому поддержка объединением врачей соответствующих размеров штрафов за существенные

ПОДРОБНОСТИ

Языком цифр

Ниже приведены официальные данные, обобщенные специалистами "Росгосстрах-Медицина" и подтвержденные решениями судов.

В 2008 году доктор медицинских наук В.М. Казарян (кафедра госпитальной хирургии Лечебного факультета МГМСУ) привел в работе «Клиническое, медико-правовое и экспертное исследование профессиональных ошибок и неблагоприятных исходов в urgentной абдоминальной хирургии и меры их профилактики» данные анализа 1340 карт стационарных больных, 195 заключений экспертных карт летальных исходов и 106 заключений комплексных судебно-медицинских экспертиз (СМЭ), проведенных по «врачебным делам». Некоторые результаты представлены в табл. 1.

В том же 2008-м доктор медицинских наук Ю.В. Бисюк в работе «Ненадлежащее оказание экстренной медицинской помощи (критерии экспертной оценки и медико-правовые аспекты проблемы)» представил анализ причин ненадлежащего качества экстренной медицинской помощи и обвинения медицинских работников в профессиональных правонарушениях. Всего было составлено 92 акта СМЭ, а дефекты выявлены в 62 случаях (67,4%). При этом на долю объективных трудностей в лечении пришлось только 11,3% случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи.

В 2010 году в работе Ю.С. Корневой и Д.В. Козлова «Кардиологическая патология в структуре смертности в больнице скорой медицинской помощи», опубликованной в «Саратовском научно-медицинском журнале», при анализе кардиологической патологии в структуре смертности в больнице скорой медицинской помощи в 26,7% случаев выявлено расхождение диагнозов по основной причине смерти, а в 33,7% случаев неверно определена непосредственная причина смерти. В 2012 году Е.Х. Баринов с соавторами провели экспертную оценку профессиональных ошибок оказания экстренной помощи в абдоминальной хирургии, проанализировав 151

карту стационарного больного и 125 экспертных карт летальных исходов в стационарах ЦФО в период с 2000 по 2008 год. Дефекты диагностики выявлены в 31% случаев, дефекты лечения — в 28% (в т.ч. технические дефекты операции составили 57,2%; дефект объема операции — 46,2%; ошибки в показаниях к хирургическому лечению — 23%; несостоятельность кишечных швов и анастомозов 20,7%). Задержка в проведении повторного оперативного

лечения составила в среднем 40 часов (от 6 до 96 часов). Судебно-медицинскими экспертами обнаружена высокая встречаемость в медицинской документации исправлений, приписок, ложных диагнозов, т.е. факторов сокрытия признаков ненадлежащего качества оказания медицинской помощи, которые являются преступлением, классифицирующимся как служебный подлог. Так, проанализировав 1300 медицинских карт в период с 1998

по 2007 год, эксперты обнаружили: исправления в 16%, приписки в 10%, а ложный диагноз — в 14% случаев.

Кемеровским бюро (Б.А. Саркисян, Н.Б. Шапкина, 2008) с 1996 по 2008 год выполнено 456 заключений судебно-медицинской экспертизы, выявлено 339 случаев (74,3%) ненадлежащего качества оказания медицинской помощи. Из них 280 случаев (61,4%) приходилось на ошибки диагностики, лечения или организации медицинской помощи с неблагоприятным влиянием их на процесс лечения и состояние здоровья больного; 112 случаев (24,6%) — на ятрогении, в 53 случаях (15,6%) обнаружено сочетание дефекта и ятрогении.

По данным известного патологоанатома профессора О.В. Зайратьянца (2012), расхождение диагнозов второй категории (дефект диагностики, якобы не приведший к летальному исходу) в последнее десятилетие в среднем составляет катастрофические 48—50%. Это значит, что пациенты умирают в больницах от нераспознанных при жизни заболеваний, от неправильного лечебно-диагностического процесса! И только в 0,1% случаев, по предоставляемому ЛПУ данным, отсутствие правильного диагноза привело пациентов к смерти! Именно поэтому СМО поступают справедливо, применяя финансовые санкции за отказ медицинской организации от патологоанатомического вскрытия или при установлении II и III категории расхождения клинического и морфологического диагноза.

Отказ от вскрытия умершего в стационаре пациента при наличии обязательных к нему поводов — не что иное, как отказ медицинского сообщества от знаний объективной реальности (табл. 2).

Из приведенных данных очевидно, что сложилась ситуация, когда смертельное осложнение не распознается достаточно часто даже в условиях высокой оснащенности лечебных учреждений, а значит, пациенты умирают в стенах стационара без соответствующей экстренной и неотложной помощи! ■

Таблица 1. Дефекты оказания медицинской помощи (данные В.М. Казаряна, 2008 г.)

Неправильная оценка тяжести состояния, УЗИ, лабораторных данных, лапароскопии, рентгенограмм	
острый аппендицит	в 15% случаев
холецистит	23%
панкреатит	40%
перфоративная язва	24%
кишечная непроходимость	25%
несвоевременная хирургическая операция:	
острый аппендицит	42%
холецистит	18%
панкреатит	17%
перфоративная язва	10%
кишечная непроходимость	56%
ранения живота	45%
закрытая травма живота	21% случаев
неправомерный отказ от операции:	
холецистит	12%
панкреатит	17%
кишечная непроходимость	13%
ранения живота	11% случаев

Таблица 2. Расхождения диагнозов по смертельному осложнению у умерших в стационарах взрослой сети мегаполиса в 2011 г.

пневмония	8,3%
тромбоэмболия легочной артерии	15,7%
кровотечение и шок 4 степени	8%
перитонит	8,5%
сепсис	16%
менингит	23%
инфаркт миокарда (больничная летальность)	10,4%