

УДК 614.2:417

СОСТОЯНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОКАЗАНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

И. М. Барсукова^{1,2}, С. О. Глушков³¹*Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург, Россия*²*Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия*³*Станция скорой медицинской помощи № 4, г. Пушкин, Санкт-Петербург, Россия*

CONDITION OF QUALITY OF MEDICAL CARE WHEN RENDERING THE EMERGENCY MEDICAL SERVICE

I. M. Barsukova^{1,2}, S. O. Glushkov³¹*Dzhanelidze Research Institute of Emergency Care, St. Petersburg, Russia*²*The North Western State Medical University of Nominative of Mechnikov, St. Petersburg, Russia*³*Emergency medical service station, Pushkin, St. Petersburg, Russia*

© И. М. Барсукова, С. О. Глушков, 2014

Представлены результаты экспертной оценки качества медицинской помощи 1200 случаев оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе. В результате анализа надлежащее качество медицинской помощи при лечении больных выявлено в 46% случаев, ненадлежащее — в 54%. Рассмотрена структура ненадлежащего качества медицинской помощи.

Ключевые слова: скорая медицинская помощь, качество скорой медицинской помощи.

Results of an expert assessment of quality of medical care of 1200 cases of rendering an emergency medical service at a pre-hospital stage are presented. As a result of the analysis appropriate quality of medical care at treatment of patients is revealed in 46% of cases, inadequate — in 54%. The structure of inadequate quality of medical care is considered.

Key words: emergency medical service, quality of an emergency medical service.

Контакт: Ирина Михайловна Барсукова, bim-64@mail.ru

ВВЕДЕНИЕ

Главной целью совершенствования системы медицинской помощи является создание механизмов и условий оптимального использования имеющихся в сфере здравоохранения ресурсов для обеспечения граждан медицинской помощью надлежащего качества и объема в соответствии с программой государственных гарантий. В связи с переходом скорой медицинской помощи (СМП) к финансированию в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) с 01.01.2013 г. задача повышения качества медицинской помощи (КМП) приобретает первостепенное значение.

Доступность и качество медицинской помощи являются одними из основных принципов охраны здоровья в РФ (ст. 2 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» (ФЗ № 323)) и обеспечиваются применением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, предоставлением медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ст. 10

ФЗ № 323). Территориальной программой устанавливаются целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, на основе которых проводится комплексная оценка уровня и динамики показателей.

Качество медицинской помощи — это совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степень достижения запланированного результата (ст. 2 ФЗ № 323). Кроме того, КМП рассматривается как свойство процесса оказания медицинской помощи, характеризующее состояние следующих его существенных признаков [1]:

- выбор и выполнение медицинских технологий;
- риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания и риск возникновения нового патологического процесса;
- оптимальность использования ресурсов, направляемых на эти цели;
- удовлетворенность потребителей медицинских услуг.

И, наконец, КМП — это система критериев, позволяющих определить качество оказания медицинской помощи в определенной медицинской организации, у определенного врача, на определенной территории, отдельному больному.

Территориальными фондами ОМС и страховыми медицинскими организациями (СМО), в соответствии с п. 8 ч. 7 ст. 34 и п. 2 ч. 3 ст. 39 Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (ФЗ № 326) осуществляется контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в рамках программ ОМС. Порядок контроля установлен Приказом Федерального фонда ОМС от 1.12.2010 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию». Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (для случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации) регламентирован в Письме ФОМС от 24 декабря 2012 г. № 9939/30-и.

Экспертиза КМП (ст. 58 ФЗ № 323) является одним из видов медицинской экспертизы в РФ, проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата (ст. 64 ФЗ № 323). Экспертиза КМП, оказываемой в рамках программ ОМС, проводится в соответствии с законодательством РФ об ОМС. Федеральный фонд ОМС, территориальные фонды ОМС, СМО для организации и проведения экспертизы КМП поручают проведение указанной экспертизы эксперту КМП из числа экспертов КМП, включенных в территориальные реестры экспертов КМП.

Актуальность исследования заключается в том, что впервые с 01.01.2013 г. контроль КМП в условиях СМП выходит за рамки внутреннего контроля, при этом внешними экспертами выступают СМО и Территориальный фонд ОМС, имеющие реальные финансовые рычаги управления качеством в медицинских учреждениях.

Целью исследования явилась оценка адекватности лечебно-диагностических мероприятий, их соответствия имеющимся стандартам, алгоритмам, клиническим рекомендациям (протоколам) оказания медицинской помощи, оценка КМП (наличие врачебных ошибок и их последствий). Оценивалось также соблюдение гарантий медицинской помощи надлежащего качества.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Экспертная оценка КМП 1200 случаев оказания СМП за 2013 год проведена на основании формы № 110/у «Карта вызова скорой медицинской помощи» (утверждена Приказом Минздравсоцразвития РФ от 2 декабря 2009 г. № 942 «Об утверждении статистического инструментария станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи»). Медицинская помощь оказана врачебными выездными бригадами СМП. Исследование включало следующие этапы работ.

1. Определение актуальности (необходимости и своевременности) проведения экспертиз с учетом имеющихся потоков больных, результатов взаимодействия со страховыми медицинскими организациями, наличия профильных врачей-экспертов в Реестре учреждения.

2. Анализ структуры обращаемости за СМП, определение и формирование выборок страховых случаев, подлежащих экспертизе КМП.

Таблица 1

Структура качества медицинской помощи

Наименование	Надлежащее качество оказания помощи	Класс ненадлежащего качества оказания помощи					
		I	II	III	IV	V	VI
Абс. показатели	550	495	145	3	6	0	0
Доля, %	46	76	22	0.5	1	0	0
Итого		1200					

3. Проведение экспертизы 1200 случаев скорой медицинской помощи с целью:

- определения соответствия стандартам оказания медицинской помощи по профилю «скорая медицинская помощь»;
- оценки КМП (выявления врачебных ошибок и их последствий).

4. Составление аналитических отчетов, включающих:

- заключение о соответствии стандартам соответствующего профиля;
- анализ характера и причин типичных врачебных ошибок и их последствий при оказании медицинской помощи;
- определение факторов, которые являются наиболее вероятными причинами ненадлежащего КМП, обоснование мер по их устранению.

5. Принятие управленческих решений по мерам, направленным на улучшение КМП.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В результате анализа надлежащее КМП при лечении больных выявлено в 46% случаев (550 карт вызова СМП), ненадлежащее — в 54% (650 карт вызова СМП) (рис. 1).

Медицинской помощью надлежащего качества принято считать процесс оказания медицинской помощи, в котором отсутствуют медицинские ошибки, способствующие нарушению выполнения медицинских технологий, увеличению или не снижению риска прогрессирования имеющегося у пациента заболевания и возникновения нового патологического процесса, неоптимальному использованию ресурсов и неудов-

летворенности потребителей медицинской помощи [1].

Лечебно-диагностический процесс — это взаимодействие медицинского персонала, обладающего определенным уровнем квалификации, и пациента на этапах сбора информации, постановки диагноза, лечения, обеспечения преемственности, которое осуществляется на основе материально-технических ресурсов и направлено на достижение оптимальных результатов лечения. Быстротечность развития острых патологических состояний требует особых подходов к организации скорой медицинской помощи, характеру и порядку использования медицинских технологий. Особенности догоспитального этапа являются: сведение к минимуму времени ожидания и доставки, ограниченные диагностические возможности и посиндромный принцип терапии. Все это составляющие качества СМП.

Случаи ненадлежащего КМП представлены врачебными ошибками I–IV классов (табл. 1, рис. 2).

Имели место врачебные ошибки, наиболее значимым негативным следствием которых является влияние на процесс оказания помощи, оценку процесса оказания помощи и/или оценку потребности в ресурсах здравоохранения (I класс, 76%), влияние на ресурсы здравоохранения (II класс, 22%), влияние на состояние пациента (III и IV классы, 1,5%).

Основные причины ненадлежащего качества представлены на рис. 3: в 71% случаев ненадлежащего качества имели место дефекты сбора информации о пациенте, в 48% — дефекты оформления диагноза, в 53% — дефекты лечения, в 60% — дефекты преемственности при оказании медицинской помощи.



Рис. 1. Состояние качества медицинской помощи при оказании СМП

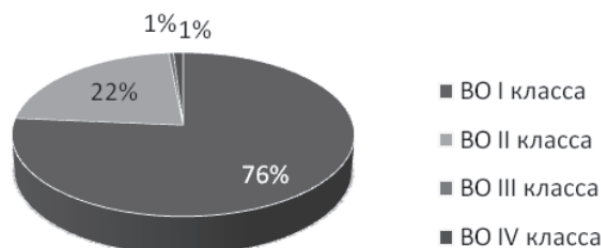


Рис. 2. Структура ошибок при оказании СМП

Таблица 2

Основные группы дефектов в оказании скорой медицинской помощи

Основные группы дефектов в оказании медицинской помощи		Абс. значения	%
I. Дефекты сбора информации о пациенте	Дефекты анамнеза	394	61
	Дефекты обследования объективного статуса	373	57
	Дефекты лабораторного и инструментального исследований	24	4
	Итого по I группе дефектов	459	71
II. Дефекты диагноза	Дефекты формулировки	248	38
	Дефекты содержания	100	15
	Итого по II группе дефектов	315	48
III. Дефекты лечения	Ошибочно не проводилось	128	20
	Нет оценки динамики состояния пациента и эффективности проводимого лечения	217	33
	Неадекватное	71	11
	Итого по III группе дефектов	345	53
IV. Дефекты преемственности	Не передан активный вызов в поликлинику	148	23
	Госпитализация не предложена (но показана)	41	6
	Дефекты рекомендаций	188	29
	Итого по IV группе дефектов	389	60
Всего	Надлежащее КМП	550	
	Ненадлежащее КМП	650	100

Более детально причины ненадлежащего КМП представлены в табл. 2.

Структура дефектов сбора информации о пациенте при оказании СМП представлена на рис. 4. Преимущественное значение имеют дефекты сбора анамнеза (86%) и дефекты объективного обследования пациента (81%). Выявленные нарушения (дефекты сбора информации о пациенте) связаны с несоблюдением гарантий медицинской помощи надлежащего качества, а именно: 1) не допускать перерасход или недоиспользование ресурсов диагностики (а также врачебных и финансовых ресурсов); 2) не затруднять оценку диагностических мероприятий; 3) не затруднять постановку диагноза на этапах медицинской помощи.

Структура дефектов оформления диагноза при оказании СМП представлена на рис. 5:

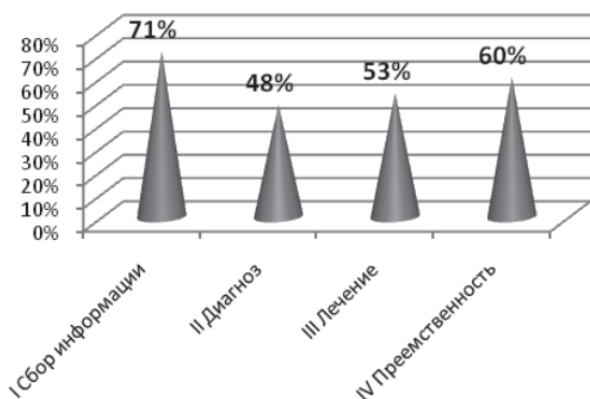


Рис. 3. Основные причины ненадлежащего качества медицинской помощи при оказании СМП

в 79% случаев они обусловлены дефектами формулировки диагноза и в 32% — дефектами содержания диагноза. Выявленные нарушения (дефекты оформления диагноза) связаны с несоблюдением гарантий медицинской помощи над-

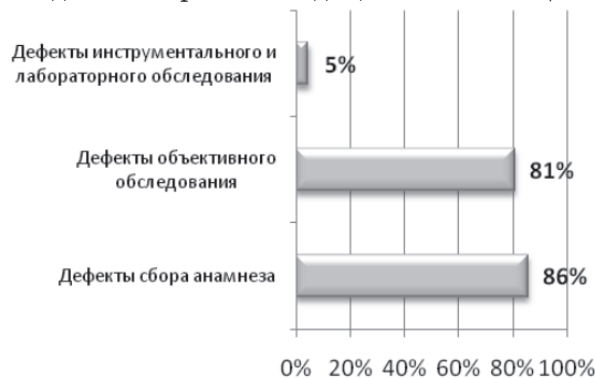


Рис. 4. Структура дефектов сбора информации о пациенте при оказании СМП

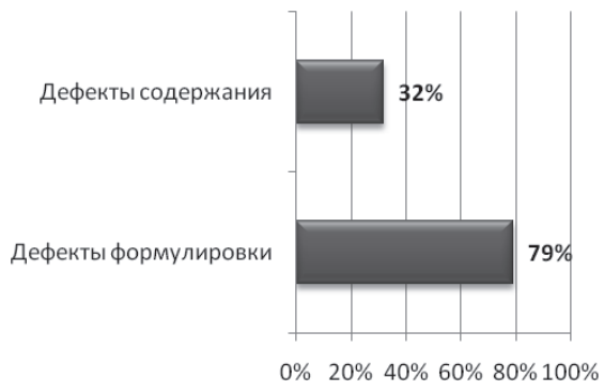


Рис. 5. Структура дефектов оформления диагноза при оказании СМП

лежащего качества, а именно не затруднять оценку диагноза.

Диагностические ошибки представляют весьма актуальную социально-медицинскую проблему. Формирование диагноза — одна из обязательных составляющих лечебного процесса. Диагноз является результатом и показателем работы врача, документальным свидетельством уровня его профессиональной квалификации, показателем качества оказания медицинской помощи, а также юридической, страховой и статистической составляющей процесса оказания медицинской помощи.

Диагноз как важное условие информации должен базироваться на знаниях об этиологии, симптоматологии, морфологии и патогенезе болезни, степени функциональных расстройств и тяжести течения заболевания, характере компенсаторных и приспособительных реакций, индивидуальных особенностях организма больного, наследственности.

При формулировании диагноза он должен удовлетворять следующим требованиям: быть структурным, нозологичным, этиологичным, патогенетичным, хронологичным, топографичным. При формулировании диагноза его следует структурировать (рубрифицировать), т.е. разбить на разделы. Общеизвестными считаются следующие разделы: 1) основное заболевание; 2) осложнения основного заболевания; 3) конкурирующие и фоновые заболевания; 4) сопутствующие заболевания [2].

В практике СМП на этапе постановки диагноза в зависимости от сложности ситуации можно выделить различные алгоритмы диагностики, определяющие характер последующих действий: 1) информативный анамнез и характерная клиническая картина, подтвержденная данными инструментального и лабораторного обследования — определенный нозологический диагноз — действия в соответствии с протоколами и стандартами оказания помощи; 2) в иных случаях (малоинформативный анамнез и/или отсутствие достоверных данных объективного, инструментального, лабораторного обследования) — синдромный диагноз, который допускает формулировки предположительного (синдромного) диагноза в виде ведущего синдрома, без указания нозологической формы болезни. Течение патологических процессов весьма вариабельно, и медицинская наука не может считаться совершенной и точной. Тем не менее, одним из важнейших требований является недопустимость диагностических ошибок. В практике СМП выделяют объективные и субъективные причины,

приводящие к диагностическим ошибкам неотложных состояний, причем их значимость и удельный вес различны на догоспитальном и госпитальном этапах. К объективным причинам диагностических ошибок в условиях СМП относят: отсутствие условий для обследования больного; ограниченность применения и невозможность проведения инструментального диагностического обследования; дефицит времени; тяжесть состояния пациента; неблагоприятные факторы сложившейся медико-тактической обстановки; стертость клинической симптоматики и отсутствие патогномичных симптомов заболевания в начальном периоде развития патологического процесса [2].

Основной субъективной причиной диагностических ошибок на догоспитальном этапе является недостаточная квалификация персонала СМП.

Эффективность лечебных мероприятий в первую очередь зависит от точности диагностики, от правильной расстановки акцентов в плане значения тех или иных нозологических форм и синдромов, их влияния на состояние больного (пострадавшего) и исход заболевания (патологического состояния). На рис. 6 представлена структура дефектов лечения при оказании СМП. У каждого пятого (21%) среди случаев ненадлежащего качества оказываемая медицинская помощь не соответствовала существующим стандартам, алгоритмам оказания скорой медицинской помощи (последовательности необходимых лечебно-диагностических мероприятий в типичных клинических ситуациях, соответствующей этапу и объему оказания СМП). В 37% случаев лечение не проводилось, но было показано, исходя из диагноза и тяжести состояния больного. В 63% случаев ненадлежащего качества отсутствовала оценка эффективности проводимого лечения, динамики состояния пациента. Выявленные нарушения (дефекты лечения) связаны с несоблюдением гарантий медицинской помощи надлежащего качества, а именно: 1) обеспечивать (не затруднять) прерывание (замедление) исходного патологического процесса (состояния); 2) не затруднять проведение лечения на этапах медицинской помощи; 3) не допускать перерасход или недоиспользование ресурсов лечения; 4) не затруднять оценку лечения.

Одним из ключевых понятий в работе СМП является «тактика оказания СМП». Тактика оказания СМП — это средства и методы, применяемые для своевременного и эффективного оказания СМП на всех ее этапах, это сумма мероприятий, позволяющих в каждом отдельном случае, с учетом конкретной обстановки, обеспе-



Рис. 6. Структура дефектов лечения при оказании СМП

читать наиболее верное достижение цели: своевременность и эффективность оказания экстренной медицинской помощи, безопасность транспортировки по показаниям или преемственность наблюдения и лечения больного в необходимых случаях на дому. Важным компонентом правильной тактики оказания СМП является преемственность в оказании медицинской помощи, под которой понимают межэтапное взаимодействие в ведении пациента, оказании СМП, начатой на предшествующем и продолженной на последующем этапе по всем параметрам лечебно-диагностического процесса, включая передачу документации и другой информации о пациенте.

В проведенном исследовании дефекты преемственности в оказании медицинской помощи имели место в 60% случаев ненадлежащего качества оказания СМП. Структура дефектов преемственности представлена на рис. 7. В 38% случаев больной (пострадавший) не был передан под наблюдение врача амбулаторно-поликлинического учреждения, но нуждался в этом. В 11% случаев пациент оставлен дома, в то время как диагноз и описанная в карте вызова тяжесть его состояния представляли угрозу его жизни и здоровью и требовали обоснованной госпитализации, при этом отказ от госпитализации оформлен не был. Подобные дефекты должны быть расценены как недооценка

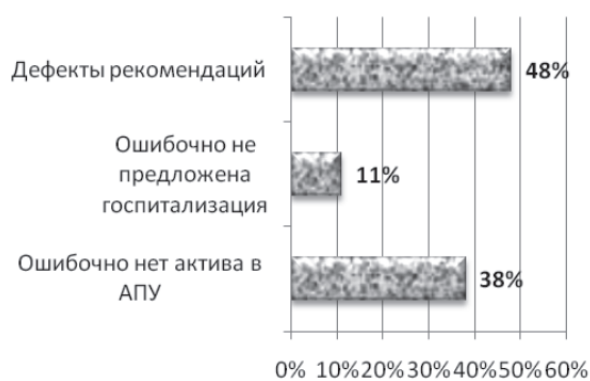


Рис. 7. Структура дефектов преемственности при оказании СМП

тяжести состояния пациента, оставление в опасности. Дефекты рекомендаций имели место в 48% случаях: они были малоинформативны, имели формальный характер (например, «прием жаропонижающих при температуре», «спазмолитики при болях» или «рекомендации даны»). Выявленные нарушения (дефекты преемственности) связаны с несоблюдением гарантий медицинской помощи надлежащего качества, а именно: не затруднять оценку принятого тактического решения.

Несомненным является тот факт, что параллельно выявленным дефектам лечебно-диагностического процесса имели место дефекты оформления первичной медицинской документации, затрудняющие оценку процесса оказания медицинской помощи. Грубые нарушения в оформлении Карты вызова СМП отмечены в 14% случаев: нечитаемый небрежный подчерк, недопустимые сокращения, отсутствие заполнения целых разделов документа сочетались с дополнительными записями иным подчерком и исправлениями проверяющих лиц учреждения (недопустимой коррекцией документов перед экспертной проверкой), не вызывающих сомнения в недостоверности представленных сведений.

Представленные сведения свидетельствуют о необходимости создания эффективной системы контроля и управления качеством медицинской помощи в службе скорой медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барсукова И.М., Стожаров В.В. Менеджмент качества в деятельности службы скорой медицинской помощи // Скорая медицинская помощь. — 2014. — № 2. — С. 33–41.
2. Качаев Е.В., Бойков А.А., Парфенов В.Е. и др. Анализ расхождений диагнозов скорой медицинской помощи с клиническими диагнозами: учебно-методическое пособие / ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе», ГБУ ВПО Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Министерства здравоохранения Российской Федерации, ГБУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, СПб ГБУЗ «Городская станция скорой медицинской помощи», МБУЗ «Станция скорой медицинской помощи». — Комсомольск-на-Амуре: ООО «Фирма «Стикс»; СПб., 2012. — 96 с.

Поступила в редакцию 14.05.2014 г.

УДК 614.2

РАСЧЕТ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ ВРЕМЕНИ ДОЕЗДА ВЫЕЗДНОЙ БРИГАДЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДО МЕСТА ВЫЗОВА

С. Ф. Багненко, И. П. Миннуллин, Н. В. Разумный

*Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия*

CALCULATION AND USING OF ARRIVAL TIME OF AMBULANCE CREWS TO A CALL PLACE

S. F. Bagnenko, I. P. Minnullin, N. V. Razumnyi

First State Medical University named after acad. I. P. Pavlov, St. Petersburg, Russia

© Коллектив авторов, 2014

В статье проанализировано использование показателя времени доезда выездной бригады скорой медицинской помощи до места вызова. Представлены предложения по применению данного показателя в городах и сельской местности.

Ключевые слова: скорая медицинская помощь, бригады скорой медицинской помощи, время доезда.

In this article using of arrival time of ambulance crews to a call place is analysed. Offers on application of this indicator in the cities and rural areas are submitted.

Key words: emergency medical services, ambulance crews, arrival time.

Контакт: Разумный Николай Владимирович, n_razumnyi@mail.ru

Совершенствование скорой медицинской помощи входит в число приоритетных направлений развития здравоохранения Российской Федерации [1]. При этом одним из критериев доступности и качества скорой медицинской помощи является доля выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до пациента менее 20 минут с момента вызова в общем количестве вызовов [2].

В соответствии с правилами организации деятельности станции скорой медицинской помощи, отделения скорой медицинской помощи поликлиники (больницы, больницы скорой медицинской помощи), утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи», место расположения и территория обслуживания станции скорой медицинской помощи, отделения скорой медицинской помощи поликлиники (больницы, больницы скорой медицинской помощи) устанавливаются с учетом численности и плотности населения, особенностей застройки, состояния транспортных магистралей, интенсивности автотранспортного движения, протяженности населенного пункта, с учетом 20-минутной транспортной доступности [3].

По нашему мнению, под 20-минутной транспортной доступностью подразумевается обеспечение доезда выездной бригады скорой медицинской помощи до места вызова в течение 20 минут с момента передачи вызова выездной бригаде скорой медицинской помощи.