

УДК 369.067.4:618 (571,56)

В.К. Григорьева, Н.В. Саввина

Анализ оценки медицинской помощи ненадлежащего качества больным акушерско-гинекологического, педиатрического профилей

*Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова,
г.Якутск*

Контактная информация: В.К. Григорьева - e-mail: v-grigor.09@mail.ru

Резюме

В статье представлен анализ оценки медицинской помощи больным акушерско-гинекологического и педиатрического профилей республики Саха (Якутия) за 2009-2010 годы. Представлена структура нарушений и дефектов по амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, экспертная оценка, служба управления качеством медицинской помощи.

N.V. Savvina, V.K. Grigorieva

Analysis of the assessment of inadequate quality of medical care to patients of obstetrics and gynecological, pediatrics departments (as exemplified by the results of non-departmental control of the insurance company "Sakhamedstrah" for the Republic of Sakha (Yakutia))

Medical institute of North-Eastern Federal University named after M.K. Ammosov, Yakutsk

e-mail: v-grigor.09@mail.ru

Summary

Analysis of assessments of medical care to patients of obstetrics and gynecological, pediatrics departments for 2009-2010 in the Republic of Sakha (Yakutia). Presentation of the structure of violations and defects in clinical outpatient and hospital care.

Key words: Quality of medical care, expert evaluation, quality management of medical care.

Введение

В развитии здравоохранения и совершенствования охраны здоровья населения, задействован такой элемент, как повышение качества медицинской помощи (КМП).

Качество медицинской помощи находится на стыке интересов государства и населения, органов управления здравоохранением и медицинских организаций, администрацией лечебно-профилактических учре-

ждений и медицинских работников, врачей и пациентов [2].

Методологические аспекты качества и эффективности медицинской помощи актуальны в связи с требованиями общественности, справедливо распределять медицинские услуги, обеспечивать доступность бесплатной медицинской помощи, а также в связи с особенностями финансирования, планирования системы управления здравоохранением, преимущественным развитием лечебных служб при недостаточности профилактических. Внедрение ресурсосберегающих организационных технологий оказания медицинской помощи напрямую связано со многими аспектами качества медицинской помощи, однако эти аспекты всегда рассматривались как составляющие здравоохранения. Между тем эффективность функционирования систем здравоохранения органично связана с уровнем качества медицинской помощи, причем эффективность является производным качества [2, 3].

Обсуждение результатов

Понятие «качество медицинской помощи» используется во многих нормативно-правовых актах, включая Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан и за-

кон РФ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» [1] и др.

В общем виде качество - это совокупность свойств и характеристик продукции, услуги (в том числе медицинской), которые определяют их способность удовлетворять установленные и предполагаемые требования (спрос потребителей, в том числе пациентов). В последнее время КМП часто определяют как степень соответствия медицинской помощи, заранее установленным критериям и стандартам.

С точки зрения медицинских организаций рационально деление качества медицинской помощи на надлежащее и ненадлежащее. Согласно методическим рекомендациям Федерального фонда обязательного медицинского страхования «Территориальная система обеспечения и защиты прав граждан в условиях обязательного медицинского страхования», медицинская помощь надлежащего качества (качественная медицинская помощь) - это оказанная медицинским работником медицинская помощь, исключая негативные последствия, затрудняющие стабилизацию или увеличивающие риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания, повышающие риск возникновения нового патологического процесса; приводящие к затруднению оптимального использования ресурсов медицинского учреждения; вызывающие неудовлетворенность пациента при его взаимодействии с медицинским

учреждением. Или медицинская помощь ненадлежащего качества - процесс оказания медицинской помощи, в котором имеются:

- врачебные ошибки, способствующие нарушению выполнения медицинских технологий, увеличению и не снижению риска прогрессирования имеющего у пациента заболевания;
- риск возникновения нового патологического процесса;
- неоптимальное использование ресурсов здравоохранения;
- неудовлетворенности потребителей медицинской помощи.

По данным современных исследований в области качества медицинской помощи, уровень распространенности оказания медицинских услуг ненадлежащего качества, имеющих неблагоприятные последствия для здоровья пациентов, в Германии составляет 3% от обще-

го числа случаев оказания медицинских услуг, в РФ - 20,5% [2,3].

В Республике Саха (Якутия) по данным вневедомственного контроля качества медицинской помощи страховой компании ОАО «ГСМК «Сахамедстрах» составляет 35%.

За 2009-2010 гг. страховой компанией проведено всего 172 целевых экспертизы по поводу ненадлежащего оказания медицинской помощи.

Сравнительный анализ выявленных нарушений по результатам целевой экспертизы по жалобам граждан на ненадлежащего КМП по амбулаторно-поликлинической службе за 2009-2010 гг. показал, что наиболее частые нарушения и дефекты, приводящие к удлинению сроков лечения, развитию возможных осложнений и неблагоприятному исходу, наблюдаются в оказании терапевтической, акушерско-гинекологической, а также педиатрической помощи

Таблица 1. Структура дефектов в оказании терапевтической, акушерско-гинекологической, педиатрической помощи (%)

Дефекты	Терапия	Акушерство и гинекология	Педиатрия
Всего нарушений, из них:	7	6	3
Не проведение патронажных осмотров			1-33
Не проведение или несвоевременное проведение ДS-исследований	2-29	1-17	
Деонтологические ошибки врачей	1-14		
Дефекты лечения	1-14	1-17	1-14
Нарушение преемственности	1-14	4-67	
Некачественная диспансеризация	1-14		1-33
Консультация узких специалистов	1-1		1-33

Анализ структуры нарушений и дефектов по амбулаторно-поликлинической помощи показали, что преобладали дефекты по не проведению патронажных осмотров (33%), не проведению или несвоевременному проведению диагностических исследований (29%),

ошибки по обеспечения преемственности (67%), дефекты лечения (17%).

Случаи ненадлежащего КМП с негативным влиянием врачебных ошибок на состояние пациентов составили 19%.

Таблица 2. Структура наиболее частых нарушений приведшие к удлинению сроков лечения, возможным осложнениям и неблагоприятному исходу в оказании терапевтической, акушерско-гинекологической, педиатрической помощи

Наиболее частые нарушения и дефекты, приведшие к удлинению сроков лечения, возможным осложнениям и неблагоприятному исходу	Педиатрия	Акушерство-гинекология	Хирургия
Всего нарушений (абсолютное число), из них:	13	42	7
Не проведение профилактики внутриутробной гипоксии плода (%)		4- 17	
Недооценка состояния пациента (%)	3-23	5-12	
Не проведение или несвоевременное проведение ДС мероприятий (%)		4-17	1-14
Нерациональное применение антибиотиков и полипрагмазия (%)	1-7,6		
Назначение противопоказанных препаратов (%)	2-15		
Не проведение ЭКГ - контроль и R- диагностика (%)	1-7,6		
Не проведение или проведение с нарушением методики и неполным описанием результатов УЗИ (%)	1-7,6	3-7,1	1-14
Несвоевременное проведение консилиума (%)		2- 4,8	
Нет динамического наблюдения (%)			1-14
Отсутствие объективных данных состояния пациента – ЧД, ЧСС, АД определение группы крови (%)		1-2,3	1-14
Несвоевременное проведение или не проведение консультаций узких специалистов (%)	2-15	5-12	
Некачественная диспансеризация (%)		5-12	
Технические погрешности при проведении операции (%)		2-4,8	1-14
Неправильная тактика ведения (%)	2-15	4-9,5	2-29
Нарушение преемственности (%)		5-12	
Нарушение медицинской этики и деонтологии (%)	1		
Ятрогения (%)		2-4,7	

При сравнительном анализе выявленных нарушений по результатам целевой экспертизы по жалобам граждан на ненадлежащего КМП по стационарной помощи за 2009- 2010 гг. ведущими остаются акушерско-гинекологическая, педиатрическая службы. На третье место выходит хирургическая служба. При этом обнаружены следующие дефекты в оказании медицинской помощи: (табл.2).

Наиболее часто встречались следующие нарушения и дефекты по стационарной помощи в акушерстве и гинекологии: неправильная тактика ведения (40%), нерациональное применение антибиотиков и полипрагмазия (25%), вследствие чего не было обеспечено снижения риска развития послеродовых и послеоперационных воспалительных осложнений; не проведение профилактики внутриутробной гипоксии плода и не выполнение диагностических мероприятий (17%), что затруднило оценку состояния беременных (наличие /отсутствие «гестоза») и могло привести к ошибкам ведения родов; недооценка состояния пациента (23%); технические погрешности при проведении операций (14%); несвоевременное проведение или отсутствие гемодинамических исследований, определения группы крови и другие дефекты, что затруднило экспертную

оценку состояния плода и обусловило неоптимальное использование ресурсов лечебного учреждения и могло привести к ошибкам в случае необходимости гемотрансфузий.

В структуре обнаруженных дефектов в оказании медицинской помощи педиатрической службы удельный вес недооценки состояния пациента составляет 23%; неправильная тактика ведения больного, назначение противопоказанных препаратов, несвоевременное проведение или не проведение консультаций узких специалистов занимает 15%; неполное и несвоевременное проведение диагностических мероприятий – 7,6%.

При этом по результатам целевых экспертиз качества медицинской помощи системных нарушений и дефектов для всех ЛПУ отмечено не было, в каждом ЛПУ регистрировались свои типичные ошибки в оказании медицинской помощи. Результаты проведенного исследования позволило, уточнить характер этих ошибок, что явилось основой для принятия управленческих решений по улучшению качества медицинской помощи. Были рекомендованы следующие предложения:

1. Принятие мер по устранению выявленных нарушений и дефектов в каждом конкретном ЛПУ, создание служб управления качеством медицинской помощи.
2. Организовать действенный внутриведомственный контроль в ЛПУ, в том числе

подведомственных участковых больницах за качеством медицинской помощи, рациональным назначением лекарственных средств.

3. Внедрение современных информационных технологий и управленческого учета, позволяющих сформировать систему управления на основе контроля качества и анализа оперативной информации для принятия эффективных управленческих решений;
4. Обучение кадров.
5. Оснащение и укрепление материально-технической базы.
6. Внедрить эффективные формы информирования граждан по обязательному медицинскому страхованию.
7. Продолжить деятельность института представителей страховых медицинских организаций в ЛПУ.
8. Продолжить непрерывное взаимодействие структур, участвующих в защите прав граждан по обязательному медицинскому страхованию (Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия), ГУ территориального фонда обязательного медицинского страхования, территориального управления Росздравнадзор по Республике Саха (Якутия), МО и др.

Заключение

Таким образом, только в единстве трех направлений – государственного контроля, независимой экспертизы и внутрибольничного аудита можно создать настоящую систему управления качеством медицинской помощи, в частности в акушерство-гинекологической, педиатрической помощи в медицинских организациях.

Список литературы

1. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ//СПС «Консультант Плюс».
2. Александрова О.Ю., Суслин С.А.. Совершенствование контроля качества медицинской помощи в условиях ОМС //О медицинском страховании. - 2009. - № 2. – С. 10-12.
3. Гончарова Е., Рыкова И., Старченко А., Третьякова Е.Н. Независимая экспертиза как инструмент влияния страховых медицинских организаций на показатели деятельности исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения// О медицинском страховании. - 2011. - № 23. - С. 9-18.