

К.Н. Мовчан<sup>1,2</sup>, В.В. Ерошкин<sup>1</sup>, И.Б. Смигельский<sup>1</sup>,  
А.Д. Тарасов<sup>1</sup>, Т.И. Оболенская<sup>1</sup>, О.А. Гриненко<sup>3</sup>,  
Т.В. Яковенко<sup>2</sup>, К.И. Русакевич<sup>2</sup>

## Результаты организации экспертной оценки качества медицинской помощи, оказываемой пациентам с заболеваниями терапевтического профиля

<sup>1</sup>Медицинский информационно-аналитический центр, Санкт-Петербург

<sup>2</sup>Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

<sup>3</sup>Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

**Резюме.** Представлены данные о результатах организации экспертизы качества медицинской помощи, оказанной в лечебно-профилактических учреждениях Санкт-Петербурга пациентам с заболеваниями терапевтического профиля. Экспертная оценка качества медицинской помощи осуществлялась по единым критериям. Анализ данных позволяет считать, что наряду с системой ведомственного контроля качества медицинской помощи её оценка специалистами медицинских сообществ остается значимой. Особым направлением в работе по достижению надлежащего качества сотрудников терапевтических подразделений медицинских организаций города следует считать целенаправленную деятельность членов региональных профессиональных сообществ и главных (ведущих) внештатных интернистов со специалистами штатных подразделений органов управления здравоохранением регионов и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, образующих основу системы контроля качества медицинской деятельности. Посредством деятельности ответственных работников Управления здравоохранения Санкт-Петербурга в ракурсе анализа данных об оказании медицинской помощи больным патологией терапевтического профиля ежегодно осуществляется 30–180 экспертных оценок с разбором 15–20 случаев на заседаниях Городской клинико-экспертной комиссии. Дефекты оказания терапевтической помощи чаще всего констатируются при ее осуществлении в стационарах, специалисты которых вынуждены выполнять лечебно-диагностические мероприятия экстренно и в круглосуточном режиме. В деятельности по совершенствованию системы управления качеством медицинской помощи необходим достоверный и скупленный анализ результатов клинико-экспертной работы при заболеваниях терапевтического профиля. Показано, что важным индикатором качества в здравоохранении должна быть оценка деятельности медицинских работников сообществом коллег. Предоставлены материалы, демонстрирующие значение непрерывного последипломного образования как врачей-терапевтов, так и медицинских работников среднего звена здравоохранения в плане достижения уровня профессионализма специалистов, при котором достижение надлежащего качества предоставляемой медицинской помощи, оказывается гарантированным.

**Ключевые слова:** внутренние болезни, оценка качества медицинской помощи, безопасность медицинской деятельности, врачебная комиссия, профессиональное образование врача, образовательная программа, дефекты лечебно-диагностического процесса, вред здоровью, компьютерный опрос терапевтов, последипломное образование.

**Введение.** Придерживаясь конфиденциальности, врачи должны учитывать многочисленные особенности личности пациентов, побуждая их мотивированно заботиться о состоянии здоровья, и с уважением относиться к личной жизни людей, обращаясь за медицинской помощью, не забывая про их честь и достоинство. Согласно Кодексу профессиональной этики врача Российской Федерации [8], если требования больных, связанные с их здоровьем или с оказанием им медицинской помощи (МП), противоречат интересам других лиц, предпочтение должно отдаваться интересам пациентов (особенно в тех случаях, когда нет причинения какого-либо ущерба им или окружающим людям). Медицинские работники не должны и не могут допускать публичных негативных высказываний как непосредственно в адрес своих коллег, так и в отношении качества их работы [2, 6, 7, 8]. Профессио-

нальные замечания медицинским работникам должны быть аргументированными, доброжелательными, и их смысл должен коррелировать с защитой интересов больного [9, 10]. Врачи также обязаны с уважением относиться к медицинскому персоналу и представителям других профессий, принимающим участие в деятельности по охране здоровья населения и оказании медицинской помощи. Поиск путей оптимизации оценки качества медицинской помощи (КМП) – важная работа в плане обеспечения граждан обследованием и лечением надлежащего качества. Особенно это важно при предоставлении МП пациентам с заболеваниями терапевтического профиля (ЗТП), удельный вес которых среди всех возрастных групп населения оказывается наиболее высоким [7, 10].

**Цель исследования.** Обосновать роль и место организации экспертной оценки качества медицинской

помощи при патологии терапевтического профиля в Санкт-Петербурге.

**Материалы и методы.** Изучены данные о результатах экспертной оценки случаев оказания терапевтической помощи в медицинских организациях Санкт-Петербурга в 2009–2015 гг. Экспертиза проводилась преимущественно посредством автоматизированной технологии по В.П. Чавпецову [12]. Проанализированы руководящие документы: приказы, постановления, распоряжения, методические рекомендации по организации процесса управления системой контроля качества медицинской помощи.

**Результаты и их обсуждение.** Установлено, что сложности трактовки КМП в случаях оказания её специалистами лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) Санкт-Петербурга выносятся на обсуждение в профессиональном сообществе, осуществляемое посредством работы Городской клинико-экспертной комиссии (ГорКЭК). Базисным мероприятием при подготовке ГорКЭК является организация экспертизы КМП [9]. В течение года в Комитете по здравоохранению (КЗ) Санкт-Петербурга осуществляется около 300 экспертных оценок КМП (рис. 1).

Поводами к проведению экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП) оказывались случаи расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов; разногласия в экспертных оценках и обращения граждан по вопросам КМП в административные инстанции. При оценке КМП в ЛПУ Санкт-Петербурга деятельность специалистов регламентировалась постановлениями Правительства Санкт-Петербурга, распоряжениями КЗ.

При оценке КМП дефектами её оказания считаются: недостатки диагностической, лечебной, организационной деятельности, приводящие (или которые могут приводить) к ошибкам диагностики выявленных у пациента заболеваний (состояний) или её несвоевременности. При установленном диагнозе такими дефектами оказываются погрешности в медицинской деятельности, обуславливающие

выполнение неправильных или неадекватных лечебных (профилактических) мероприятий. Упущениями лечебно-диагностического процесса считаются также нарушения (невыполнение) положений действующих федеральных или территориальных стандартов (протоколов) оказания МП или медицинских технологий, правил оформления медицинской документации [12].

Дефекты оказания МП классифицируются с учетом этапов её оказания (догоспитальные/в стационаре); сути лечебно-диагностических мероприятий (с конкретным их анализом в организации, диагностике, лечении, оформлении медицинской документации и прочих элементов, составляющих лечебно-диагностический процесс (ЛДП)); причин (позднее обращение за МП, неадекватность в организации ЛДП, недостаточная квалификация врача (медицинского работника), неполноценное обследование больного, отсутствие необходимых средств диагностики, объективные трудности в оказании МП и др.); причинно-следственной связи со смертельным исходом (дефект оказался основной причиной смерти, способствовал летальному исходу, не повлиял на его наступление и т. д.) [2].

Количество поручений руководства КЗ Санкт-Петербурга о рассмотрении на ГорКЭК случаев оказания медицинской помощи в ЛПУ примерно одинаково распределялось по годам. На ГорКЭК рассмотрено в 2012–2014 гг. соответственно 39, 41 и 40 наблюдений случаев оказания МП в ЛПУ Санкт-Петербурга. Доля терапевтических случаев составила около 30%.

В 2013 г. рассмотрены 12 случаев оказания МП больным при ЗТП с участием в работе ГорКЭК сотрудников ЛПУ, подведомственных КЗ (20 стационаров и 32 амбулаторно-поликлинические медицинские организации), 5 клиник федерального подчинения.

На заседаниях ГорКЭК в 2012 – 2014 гг. преобладали наблюдения оказания МП пациентам Городской Александровской больницы. Особенность работы специалистов этого стационара заключается в значительном объеме оказания МП в неотложном порядке. Общее количество экспертиз в рамках подготовки работы ГорКЭК в 2013 г. увеличилось до 89 (в 2012 г. – 76). Среди них наблюдений предоставления МП качества: надлежащего – 26, ненадлежащего – 63 (I класс – 1, II класс – 12, III класс – 5, IV класс – 38, V класс – 7, VI класс – нет).

В 2014 г. в КЗ проведена 341 ЭКМП, из них 103 – в случаях ЗТП. Данные оценки КМП рассмотрены на 10 заседаниях ГорКЭК (40 наблюдений), из них 15 наблюдений по случаям ЗТП.

При разборах наблюдений ЗТП на ГорКЭК в 2014 г. преобладали случаи по профилям: неврология, кардиология, нефрология, гематология (табл. 1).

В 2013 г. на заседаниях ГорКЭК рассмотрены 36 случаев. Из них оценка КМП при ЗТП осуществлена в 12 наблюдениях. В работе заседаний Комиссии приняли участие представители 44 МО (495 человек). Качество деятельности специалистов 32 ЛПУ оценено: надлежа-

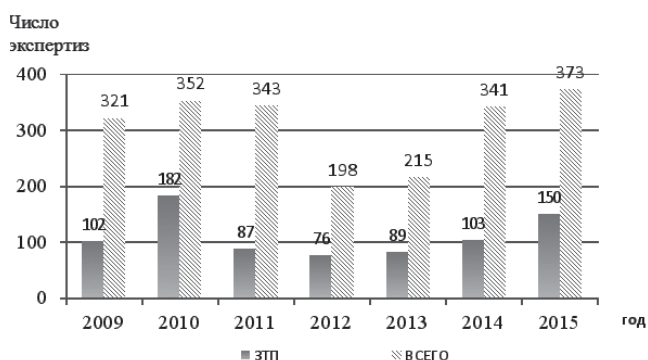


Рис. 1. Распределение поручений проведения экспертизы КМП (в целом и выполненных строго по случаям ЗТП), рассмотренных на ГорКЭК СПб КЗ в 2009–2015 гг.

**Таблица 1**  
**Распределение случаев оценки КМП на заседаниях ГорКЭК в 2014 г. с учетом профилей терапевтических специальностей, абс.**

Клинический профиль	Качество						
	надлежащее	ненадлежащее					
		по классам					
	I	II	III	IV	V	VI	
Гематология	1	-	1	-	-	1	-
Кардиология	3	2	1	1	4	-	-
Неврология	7	1	2	1	2	-	-
Нефрология	-	-	2	3	-	-	-
Пульмонология	3	-	-	-	-	-	-
Скорая мед. помощь	2	1	1	-	-	-	-
Онкотерапия	3	-	1	-	-	-	-

щим (при изучении особенностей представления МП на 17 этапах её оказания), ненадлежащим (на 15 этапах).

В таблицах 2, 3 отражены данные оценки КМП по решениям участников заседаний ГорКЭК в 2015 г. в случаях оказания МП больным ЗТП.

Анализ данных по оценке ЭКМП, проведенный в отношении случаев предоставления пациентам терапевтической помощи в 2012–2015 гг. на основании решений ГорКЭК, позволяет констатировать: дефекты оказания МП нередко обуславливаются недостатками при оформлении медицинской документации (использование малоинформативных дневниковых записей врачей, отсутствие в них данных о динамике течения заболевания и меняющейся тактике лечения, формулировка диагноза не в соответствии с существующими классификациями, отсутствие информированного отказа пациента от лечебно-диагностических процедура, также информированного согласия больного на обследование и др.); чаще всего ошибочные действия врачей в диагностике и лечении больных происходят в выходные и праздничные дни, а также при оказании МП больным, пребывающим в тяжелом состоянии на фоне мультиморбидности; отмечаются случаи утраты медицинских документов (особенно в амбулаторно-поликлинических учреждениях), допускаются нарушения в соблюдении правил медицинской этики и деонтологии; дефекты сбора анамнеза и дифференциальной диагностики, чаще всего констатируемые при внебольничной и нозокомиальной пневмонии, хронической почечной недостаточности, сахарном диабете, подагре и ряде других заболеваний, обуславливают расхождение клинического и патолого-анатомического диагнозов [4, 5].

Негативные результаты обследования и лечения больных ЗТП происходят по причинам несоблюдения

**Таблица 2**  
**Распределение случаев оценки КМП при ЗТП (с учетом классов по 32 ЛПУ) по результатам заседаний ГорКЭК в 2015 г., абс, (%)**

Всего заседаний ГорКЭК	Качество						
	надлежащее	ненадлежащее					
		по классам					
	I	II	III	IV	V	VI	
12	17 (53,2)	1	3	7	3	1	-

**Таблица 3**  
**Распределение заседаний ГорКЭК, проведенных в Санкт-Петербурге в 2015г. при разборе случаев ЗТП с учетом их профилей, абс.**

Профиль терапевтической деятельности	Количество заседаний ГорКЭК	Качество						
		надлежащее	ненадлежащее					
			по классам					
		I	II	III	IV	V	VI	
Нефрология	1	1	-	-	-	-	1	-
Гематология	1	2	-	-	-	-	-	-
Кардиология	2	4	-	1	3	-	-	-
Мед. реабилитация	2	4	-	-	-	-	-	-
Неврология	3	2	1	2	3	-	-	-
Пульмонология	2	4	-	-	1	3	-	-
Психиатрия	1	4	-	-	-	-	-	-

алгоритмов и объемов обследования пациентов (не проводятся компьютерная томография (КТ), электрокардиография, ультразвуковое исследование); не осуществляется контроль показателя международного нормализованного отношения при терапии варфарином, запоздалого выполнения рентгенологических исследований, игнорирования целенаправленных осмотров специалистов (кардиологом, неврологом, реаниматологом и др.); невыполнения фиброгастроудоденоскопии больным с рисками острых желудочно-кишечных кровотечений при назначении пациентам неспецифических противовоспалительных средств, глюкокортикостероидов и антикоагулянтов; неправильной трактовки клинико-лабораторных данных при оценке генеза анемического синдрома, лейкопении, нейтропении, моноцитоза, тромбоцитопении; игнорирования преемственности оказания больным МП (несвоевременный перевод пациентов в отделение реанимации и интенсивной терапии, задержка по времени в оказании специализированной помощи, отказ в госпитализации, преждевременная выписка из стационара) [7].

Большинство выявленных дефектов МП обусловлены несоблюдением стандартов и порядков её оказания. Последнее особенно часто констатируется при

остром коронарном синдроме, инсультах, декомпенсации эндокринной патологии, осложнениях язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, запущенных формах туберкулеза, злокачественных новообразований и др. В этих случаях показана, но не выполняется реваскуляризация миокарда пациентам с острым коронарным синдромом, при подозрении на ишемический инсульт выполнение КТ проводится с опозданием в 2–3 дня, а антибиотикотерапия осуществляется без определения чувствительности микрофлоры к препаратам данной группы и без учета антибактериальной терапии на предыдущих этапах. Гепаринотерапия нередко выполняется без исследования свертывающей и противосвертывающей систем крови.

В определенной части дефекты в лечебно-диагностическом процессе обуславливаются организационными причинами: недостаточной подготовкой врачей в вопросах выбора тактики лечения внебольничной и нозокомиальной пневмонии; несмотря на создание сосудистых центров в Санкт-Петербурге больные с острым коронарным синдромом направляются в стационары, в которых нет возможности осуществлять хирургическую реваскуляризацию миокарда; в отдельных случаях лечение в специализированных стационарных отделениях проводится без учета сопутствующей патологии [9].

Среди общих причин ненадлежащего качества оказания МП выявляются невнимательное отношение к пациенту (в разнообразных проявлениях); отсутствие информированного согласия пациента на лечение; отсутствие согласованности в действиях врачей разной специализации; небрежное ведение медицинской документации; недостаточная профессиональная компетентность; низкий уровень приверженности пациента назначениям врача.

Наиболее частыми дефектами в диагностике заболеваний оказываются погрешности в сборе жалоб и данных анамнеза заболевания; недооценка клинических данных и тяжести состояния больных; запоздалые вызовы для консультации узких специалистов (реаниматолога, эндокринолога, невролога, инфекциониста, офтальмолога и др.); неверная интерпретация клинико-лабораторных данных при обследовании больных [8].

Основные дефекты в деятельности медицинских работников среднего звена здравоохранения сводятся к нарушениям этики и деонтологии; недостаточным навыкам в соблюдении технологии инвазивных вмешательств (забор крови, введение лекарственных средств и др.); нарушениям санитарно-эпидемиологического режима (что создает угрозу для распространения внутрибольничных инфекций); недостаткам в ведении медицинской документации.

Улучшение качества оказания МП больным ЗТП возможно при условии реализации мероприятий по нескольким направлениям: привлечение к экспертной работе членов общественных организаций

и ассоциаций; целенаправленное повышение квалификации врачей и руководителей ЛПУ в плане устранения системных причин ненадлежащего КМП; создание и реализация образовательных программ; формирование партнерства и доверия между врачом и больным; поощрение отличившихся медицинских работников.

Для снижения вероятности дефектов деятельности медицинских работников среднего звена здравоохранения целесообразны следующие формы её совершенствования: само – и взаимоконтроль (работа в команде «опытный работник – молодой специалист»); развитие института наставничества; регулярные занятия с психологом (профилактика синдрома выгорания); сбор, систематизация и анализ сестринских ошибок в медицинских организациях; непрерывное медицинское образование; внедрение системы аттестации на рабочем месте [5, 11].

При оценке уровня профессиональных знаний на аттестационной комиссии медицинские работники наименее убедительно демонстрируют осведомленность, отвечая на вопросы по клинической фармакологии, лечению пациентов с заболеваниями эндокринной и иммунной систем (рис. 2).

На рис. 3 отражены результаты компьютерного опроса терапевтов при аттестации в 2015 г. в ракурсе присвоения (подтверждения) квалификационной категории. Очевидно, что наиминимальный уровень знаний констатируется в вопросах оказания МП больным при патологии кожи, иммунитета, венерических заболеваний.

При сравнительном анализе результатов оценки знаний врачей-интернистов при их обучении констатируется повышение уровня знаний в конце циклов повышения квалификации на экзамене с 50–70% до 85–95% (рис. 4).

Очевидно, что для достижения эффективности системы управления КМП, предоставляемой гражданам при ЗТП, в плане учебно-воспитательного процесса целесообразно:

- создание системы непрерывного профессионального образования врачей и провизоров, обеспечивающей систематическое повышение квалификации специалистов;
- разработка и внедрение современных образовательных программ дополнительного профессионального образования по всем медицинским и фармацевтическим специальностям;
- внедрение в образовательный процесс современных образовательных и информационно-коммуникационных технологий, обеспечивающих удаленный доступ обучающихся к информационным банкам знаний и интерактивному взаимодействию с профессорско-преподавательским составом;
- обеспечение механизмов коррекции государственного задания на подготовку медицинских и фармацевтических специалистов по дополнительным профессиональным программам с учетом современных потребностей практического здравоохранения;

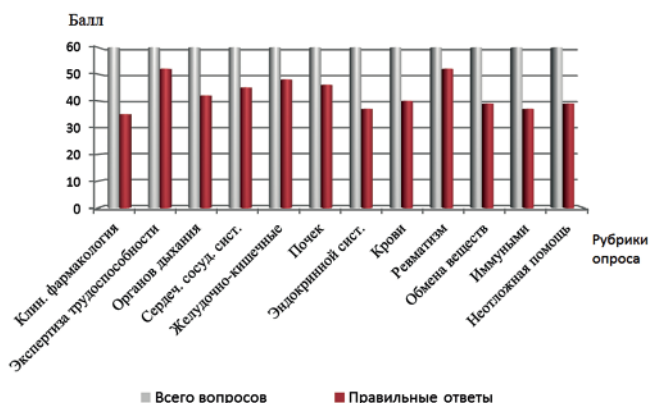


Рис. 2. Удельный вес правильных ответов при компьютерном опросе медицинских работников в 2013 г.

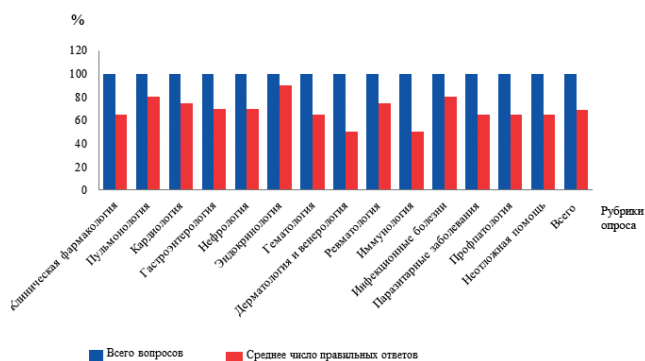


Рис. 3. Результаты компьютерного опроса терапевтов при аттестации в 2015 г. на предмет присвоения (подтверждения) квалификационной категории

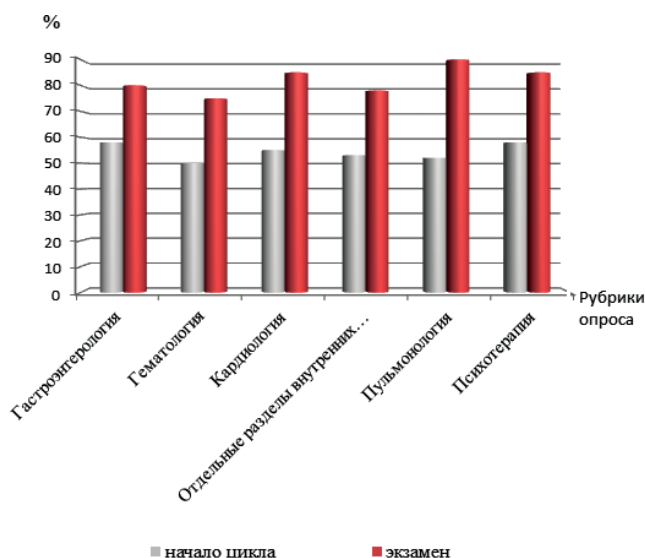


Рис. 4. Результаты тестирования врачей терапевтических специальностей с учетом обучения с целью повышения квалификации

– формирование у медицинских и фармацевтических специалистов потребности в самообразовании;  
 – установление отношений социального партнерства по вопросам подготовки кадров между организациями, осуществляющими образовательную деятельность, общественными и профессиональными организациями.

**Заключение.** С давних времен в медицине сложились определенные этические принципы, согласно которым все действия медицинских работников должны исключать факты возможного причинения вреда пациентам и их близким и тем более не должны быть источником обогащения. Врач обязан хранить в тайне сведения, касающиеся здоровья пациента и обстоятельств его жизни, которые становятся известны представителям медицинского сообщества в процессе обследования и лечения больных. Эти принципы, несомненно, важно учитывать при экспертизе качества обследования и лечения пациентов. Особым индикатором качества в здравоохранении может считаться оценка деятельности медицинских работников сообществом коллег. Только вердикт специалистов может служить основой независимого суждения о качестве обследования и лечения больных и пострадавших, непрерываемого со стороны всех, кто посвящает себя медицинской деятельности.

**Литература**

1. Брескина, Т.Н. Карта экспертизы качества медицинской помощи как основа организации контроля качества медицинской помощи в многопрофильном стационаре / Т.Н. Брескина // Здравоохранение. – 2016. – № 1. – С. 21–31.
2. Воронина, У.В. Мотивация врачей Санкт-Петербурга к работе в службах управления качеством медицинской помощи медицинских организаций / У.В. Воронина [и др.] // Врач-аспирант. – 2013. – Т. 59, № 4. – С. 44–54.
3. Карачевцева, М.А., Анализ результатов экспертной деятельности страховых медицинских организаций в Санкт-Петербурге (по итогам 2013 г.) / М.А. Карачевцева [и др.] // Вестн. Росздравнадзора. – 2015. – № 1. – С. 31–35.
4. Карачевцева, М.А., Современные проблемы экспертизы качества медицинской помощи и пути их решения на основе опыта Санкт-Петербурга / М.А. Карачевцева, С.М. Михайлов // Здравоохранение. – 2015. – № 4. – С. 82–93.
5. Карачевцева, М.А., Современные проблемы экспертизы качества медицинской помощи и пути их решения на основе опыта Санкт-Петербурга (окончание) / М.А. Карачевцева, С.М. Михайлов // Здравоохранение. – 2015. – № 5. – С. 74–83.
6. Карачевцева, М.А. Статистический анализ результатов экспертизы качества медицинской помощи / М.А. Карачевцева, С.М. Михайлов // Здравоохранение. – 2015. – № 8. – С. 88–95.
7. Карачевцева, М.А., Экспертиза в сфере обязательного медицинского страхования (опыт Санкт-Петербурга) / М.А. Карачевцева [и др.] // Вестн. Росздравнадзора. – 2013. – № 3. – С. 68–73.
8. Мурашко, М.А., Единые подходы к проведению экспертизы качества медицинской помощи / М.А. Мурашко [и др.] // Здравоохранение. – 2016. – № 1. – С. 5–9.
9. Рошаль, Л.М. Предложения по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

- в медицинской организации (стационаре) / Л.М. Рошаль // Здравоохранение. – 2016. – № 2. – С. 35–36.
10. Серёгина, И.Ф. Экспертиза качества медицинской помощи в современных условиях: проблемы и решения / И.Ф. Серёгина [и др.] // Здравоохранение. – 2016. – № 1. – С. 14–20.
11. Старченко, А.А. Медицинская экспертиза в системе ОМС – необходимая обратная связь в общественном организме здравоохранения России / А.А. Старченко А.А. // Здравоохранение. – 2016. – № 1. – С. 10–13.
12. Чавпецов В.Ф. Автоматизированная технология экспертизы качества медицинской помощи: структура, результаты и перспективы применения: информационные материалы / В.Ф. Чавпецов, С.М. Михайлов, М.А. Карачевцева. – СПб.: [Б.и.], 2007. – 65 с.
- 

K.N. Movchan, V.V. Eroshkin, I.B. Smigelskiy, A.D. Tarasov,  
T.I. Obolenskaya, O.A. Grinenko, T.V. Yakovenko, K.I. Rusakevich

### **The results of the organization of the expert assessment of the quality of medical care to patients with diseases of the therapeutic profile**

**Abstract.** *It was presented the data of management of medical care quality expertise are submitted in the article for patients with therapeutic profile diseases in hospitals of Saint-Petersburg. Examination of the quality of medical care was carried out according to unified criteria. It was shown that medical care quality expertise does not lose its significance in medical associations along with departmental control. Priority in achieving the quality of surgical activity of medical organizations in St. Petersburg should be considered hard work of regional public organizations specialists with surgical units of health management body of the region and of the territorial compulsory medical insurance fund of the territorial compulsory medical insurance fund, the components of the system of quality evaluation of medical activity in St. Petersburg. While analyzing data of medical care for patients with therapeutic profile it was found that 30–180 medical care quality expertises are carried out annually in Saint-Petersburg for the patients with therapeutic profile and 15–20 cases are discussed at the meetings of The City Clinical Expert Committee. Most of the defects of medical care arise when such care in hospitals, where medical and diagnostic activities are carried out urgently, and around the clock. At the activities to improve health care quality management system a reliable and scrupulous analysis of the results of clinical and expert work in diseases of therapeutic profile is required. It was shown that an important indicator of quality in health care should be an assessment of activities of health workers by colleagues community. The submitted materials reflect the importance of uninterrupted postgraduate education both for general practitioners and nurses in order to reach the professional level which guarantees the provision of medical care of proper quality.*

**Key words:** *internal diseases, expertise of medical care quality, safety of medical activity, medical Commission, medical professional education, educational program, defects diagnostic and treatment process, damage to health, computer survey, postgraduate education.*

Контактный телефон: 8 (812) 635-55-76, e-mail: EroshkinV@miaspsb.ru