

ПЕРВЫЙ ОПЫТ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ НА ЭТАПАХ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ

УДК 614.39

Белкин А.А.², Иванова Г.Е.³, Алашеев А.М.², Пинчук Е.А.², Шелякин В.А.¹¹Свердловской Фонд обязательного медицинского страхования,²Уральский государственный медицинский Университет³Российский научно-исследовательский медицинский Университет им. Н.И. Пирогова

THE FIRST EXPERIENCE OF MULTIDISCIPLINARY EXPERTIZE OF THE QUALITY OF MEDICAL CARE FOR PATIENTS WITH STROKE DURING INTENSIVE CARE AND REHABILITATION

Belkin A.A.², Ivanova G.E.³, Alasheev A.M.¹, Pinchuk E.A.², Shelyakin V.A.¹¹Sverdlovsk Fund of State medical insurance,²Ural state medical University³Russian research medical University. N.I. Pirogova

Актуальность

Мультидисциплинарная экспертиза качества медицинской помощи – один из наиболее сложных, но одновременно и высоко чувствительный инструмент в анализе многоэтапной медицинской помощи. Примером такого вида помощи является сосудистая программа, в частности пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК), эффективность реализации которой заложена в мониторируемых региональных показателях состояния организации системы здравоохранения. Сложность программы в том, что, начиная от этапа неотложной помощи, она охватывает последующий реабилитационный этап и диспансерное наблюдение в условиях амбулаторно-поликлинического звена. Это означает, что снижение смертности от инсульта может быть достигнуто только при условии качественно оказанной помощи в первичных сосудистых, реабилитационных и поликлинических отделениях. В приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017 года № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» предложены дихотомические чек-листы, описывающие ключевые технологические элементы лечения пациентов с ОНМК только в неотложном отделении, но не описаны критерии качества

помощи в реабилитационном и поликлиническом отделениях, что недостаточно для проведения мультидисциплинарной экспертизы. Решение данной проблемы мы определили в качестве основной цели настоящего исследования.

Материалы и методы

Технологический цикл оказания помощи при ОНМК в Свердловской области представляет собой алгоритмизированную маршрутизацию пациента по этапам оказания помощи (рисунок 1) с применением телемедицинских технологий.

На 1 этапе пациент госпитализируется в первичное сосудистое отделение для получения неотложной помощи (ПСО). Если тяжесть пациента не позволяет это сделать сразу, то он оставляется в ближайшее ЛПУ, откуда по стабилизации состояния переводится в первичное сосудистое отделение. При наличии показаний его консультируют в режиме телемедицинской консультации (ТМК) специалисты Регионального сосудистого Центра (РСЦ). При необходимости силами выездной нейрореанимационной бригады (НРБ) он перегоспитализируется в РСЦ для оперативного нейрохирургического и рентгенохирургического (тромбо-

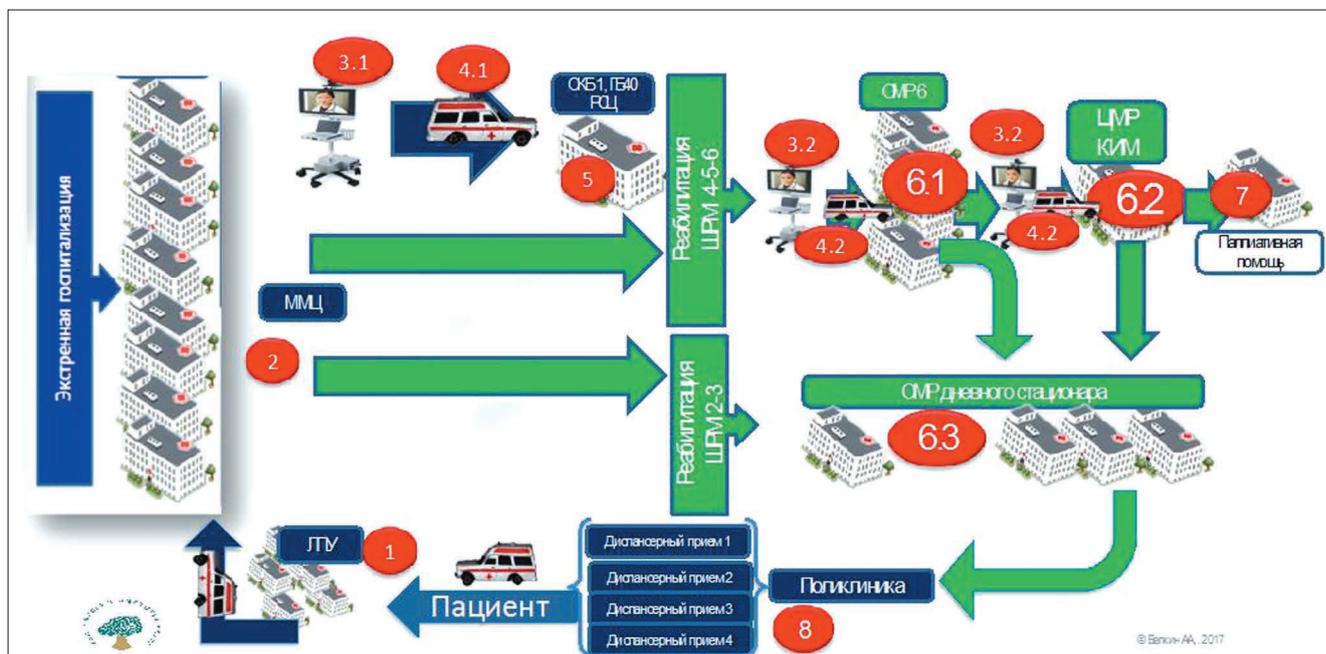


Рис. 1. Маршрутизация пациента с острым нарушением мозгового кровообращения в Свердловской области.

- 1 – лечебно-профилактическое отделение по месту жительства (ЛПУ)
- 2 – первичное сосудистое отделение (ПСО)
- 3.1 – телемедицинская консультация РСЦ
- 3.2–3.3 – телемедицинская консультация ЦМР
- 4.1 – перевозка нейрореанимационной бригады (НРБ)
- 4.2 – перевозка с медицинским сопровождением на этапы реабилитации
- 5 – Региональный сосудистый центр (РСЦ)
- 6.1 – отделение медицинской реабилитации круглосуточного пребывания (ОМР)
- 6.2 – центр медицинской реабилитации (ЦМР)
- 6.3 – отделение медицинской реабилитации дневного стационара (ДС)
- 7 – отделения паллиативной помощи
- 8 – амбулаторно-поликлиническое отделение (АПО).

экстракция) лечения. По завершению 1 этапа лечения пациент маршрутизируется в зависимости от тяжести состояния на 2–3 этапа реабилитационного лечения. Дифференциация маршрутизации происходит по результатам телеконсультации специалистов бюро госпитализации Центра медицинской реабилитации (ЦМР). В 2015–2016 годах дифференцирующим признаком тяжести была шкала Рэнкина, с 2017 маршрутизация осуществлялась с использованием Шкалы Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ).

Если уровень зависимости от посторонней помощи соответствует индексу 0–1 по ШРМ, пациент выписывается на диспансерное наблюдение по месту жительства. При уровне ШРМ 2–3 – перевод на 3 этап реабилитации в дневной стационар (ДС), при уровне 4–5 – перевод на 2А этап в отделение медицинской реабилитации (ОМР) круглосуточного пребывания. Если после курса реабилитационного лечения на этапе 2А пациент сохраняет индекс 5 по ШРМ, после телеконсультации он переводится на этап 2Б в ЦМР для экспертизы реабилитационного прогноза. Пациенты с индексом 6, выявленные на 1 этапе оказания помощи в отделениях реанимации и интенсивной терапии, после телеконсультирования переводятся в ЦМР для оценки реабилитационного прогноза и попытки интенсивного реабилитационного лечения. По итогам госпитализации пациент переводится в отделение паллиативной помощи (негативный прогноз), либо получает дополнительный интенсивный курс реабилитации (положительный прогноз).

Финальной точкой маршрутизации пациента является амбулаторно-поликлиническое отделение (АПО) по месту жительства, где осуществляется диспансерное наблюдение в соответствии с регламентом: 4 визита к неврологу (терапевту) в 1 год после ОНМК, 2 визита в течение 2–3 года после. При отсутствии повторного события через 3 года пациент может быть снят с активного наблюдения.

Таким образом, лечение пациента с ОНМК представляет собой совокупность из восьми технологически автономных элементов, преимущественно представленных субъектами реабилитационной помощи, доступных для индивидуального контроля качества. В рамках настоящего исследования объектом мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи (МД ЭКМП) избран 1 случай оказания помощи при ОНМК.

В соответствии с «Методическими рекомендациями по порядку проведения экспертизы качества медицинской помощи (мультидисциплинарный подход)» (введены письмом Директора ФФОМС от 15.09.2016 No 8546/305/и) каждый случай ОНМК был детализирован до уровня отдельных объектов мультидисциплинарной экспертизы:

1. Случай оказания медицинской помощи на стационарном этапе вне отделения для пациентов с ОНМК (в отделении, не являющимся первичным сосудистым отделением/региональным сосудистым центром).
2. Случай оказания медицинской помощи на этапе отделения для пациентов с ОНМК (первичное сосудистое отделение/региональный сосудистый центр).

3. Случай оказания медицинской помощи на этапе оказания помощи нейрореанимационной бригады:
 - 3.1. консультативное посещение выездной нейрореанимационной бригады;
 - 3.2. транспортировка пациента нейрореанимационной бригадой.
4. Случай оказания медицинской помощи – телеконсультации по профилю «неврология», «анестезиология и реанимация».
5. Случай оказания медицинской помощи – телеконсультации по профилю «медицинская реабилитация».
6. Случай оказания медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» пациентам с ОЦН.
7. Случай оказания медицинской помощи взрослым на амбулаторном этапе, в т.ч. состоящим на диспансерном учёте после острого нарушения мозгового кровообращения.

В действующем приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017 года № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» утверждены критерии качества медицинской помощи только для неотложного этапа, что послужило мотивом создания Свода экспертных

*Шкала Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ)
для определения маршрутизации на этапах реабилитационной помощи.*

Индекс	Описание статуса
0	Нет симптомов
1	Отсутствие значимых нарушений жизнедеятельности, несмотря на имеющиеся симптомы заболевания; <ul style="list-style-type: none"> • Может вернуться к прежнему образу жизни (работа, обучение), поддерживать прежний уровень активности и социальной жизни; • Тратит столько же времени на выполнение дел, как и раньше до болезни.
2	Легкое ограничение жизнедеятельности; <ul style="list-style-type: none"> • Не может выполнять ту активность, которая была до заболевания (вождение автомобиля, чтение, письмо, танцы, работа и др.), но может справляться со своими делами без посторонней помощи • Может самостоятельно за собой ухаживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит простую еду, может совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается), • Не нуждается в наблюдении, • Может проживать один дома от недели и более без помощи.
3	Ограничение жизнедеятельности, умеренное по своей выраженности <ul style="list-style-type: none"> • Может передвигаться самостоятельно и без посторонней помощи, • Самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет др. виды повседневной активности, • Нуждается в помощи при выполнении сложных видов активности: приготовление пищи, уборке дома, поход в магазин за покупками и другие, • Нуждается в помощниках при ведении финансовых дел, • Может проживать один дома без помощи от 1 суток до 1 недели.
4	Выраженное ограничение жизнедеятельности <ul style="list-style-type: none"> • Не может передвигаться самостоятельно и без посторонней помощи, • Нуждается в помощи при выполнении повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и др., • В обычной жизни нуждается в ухаживающем, или того, кто находится рядом, • Может проживать один дома без помощи до 1 суток.
5	Грубое нарушение процессов жизнедеятельности. <ul style="list-style-type: none"> • Пациент прикован к постели • Не может передвигаться самостоятельно и без посторонней помощи, • Нуждается в постоянном внимании, помощи при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и др., • Нуждается в ухаживающем постоянно (и днем, и ночью), • Не может быть оставлен один дома без посторонней помощи.
6	Нарушение жизнедеятельности крайней степени тяжести <ul style="list-style-type: none"> • Хроническое нарушение сознания: витальные функции стабильны; нейромышечные и коммуникативные функции глубоко нарушены; сохранены фазы сна и бодрствования; пациент может находиться в условиях специального ухода реанимационного отделения • Нейромышечная несостоятельность: психический статус в пределах нормы, однако глубокий двигательный дефицит (тетраплегия) и бульбарные нарушения вынуждают больного оставаться в специализированном реанимационном отделении

Принцип применения:

Индекс 0–1 – не нуждается в реабилитации

Индекс 2–3 – курс лечения в условиях ОМП дневного стационара

Индекс 4–5–6 – курс лечения в условиях ОМП круглосуточного пребывания.

Таблица 1. Экспертные признаки качества оказания помощи по профилю «медицинская реабилитация».

№	Признак
1. Оценка обоснованности госпитализации.	
1.	Наличие направления на госпитализацию
2.	Наличие заключения врача отделения медицинской реабилитации специализированного отделения в истории болезни
3.	Наличие протокола ВК при дальнейшей маршрутизации на следующий этап реабилитационного лечения
4.	Наличие протокола телеконсультации для пациентов с индексом 4–6 по ШРМ при выписке с решением о дальнейшей маршрутизации
2. Оценка соответствия объема лечебно-диагностических мероприятий, проведенных медицинской организацией	
5.	Консультация анестезиолога-реаниматолога при госпитализации
6.	Консультация врача ЛФК с оценкой состояния по стандартизированным шкалам
7.	Консультация логопеда с оценкой состояния по стандартизированным шкалам
8.	Консультация клинического психолога с оценкой состояния по стандартизированным шкалам
9.	Фиброларингоскопия с оценкой функции глотания и подбором текстуры питания
10.	Суточное наблюдение врача анестезиолога-реаниматолога пациентов с индексом 5 по ШРМ
11.	Оценка риска ТЭЛА, в том числе УЗИ глубоких вен голени
12.	Отметки о реабилитационном лечении в реанимационной карте при длительности пребывания в ОРИТ более 24 часов
13.	Лабораторные данные (по показаниям)
14.	МНО (пациентам, принимающим варфарин)
15.	ЭКГ
16.	Наличие в истории болезни протокола мультидисциплинарного обхода с формированием целей реабилитации, программы реабилитации (задачи)
17.	Проведение мероприятий по вторичной профилактике ОНМК (по показаниям)
3. Оценка эффективности лечебно-диагностических мероприятий, проведенных медицинской организацией.	
18.	Медицинская реабилитация начата не позднее 48 часов от момента поступления в стационар
19.	Карта мониторинга реабилитационных мероприятий с полностью заполненными графами и указанием результатов предыдущих этапов
20.	Оценка целевой динамики при 2-х кратном измерении веса пациента с расчетом ИМТ и дефицита/избытка массы тела
21.	Начата индивидуальная нутритивная поддержка для пациентов с НГЗ /гастростомой не позднее 24 часов от момента поступления в стационар с последующей коррекцией с указанием в листе назначения
22.	Наличие пролежней при отсутствии их описания в первичном осмотре
23.	ТЭЛА при отсутствии комплекса профилактических мер
24.	Отсутствие отражения динамики состояния пациента в записях совместных обходов/заседаний мультидисциплинарной бригады.
25.	Проведение реабилитационных мероприятий в объеме не менее 120 минут ежедневно (в режиме 6 дневной рабочей недели).
26.	Соответствие данных о терапии, внесенных в «Карту мониторинга реабилитационных мероприятий» и данных «Листа назначений».
27.	Обоснование досрочной выписки или неэффективности реабилитационного лечения
<p>КЛЮЧЕВЫЕ КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА: Достижение не менее двух критериев из нижеперечисленных:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. уменьшение двигательного дефицита (шкала MRC, Ривермид); 2. повышение количественного и (или) качественного уровня сознания; 3. коррекция нарушений речи, глотания и питания (данные специальных шкал); 4. снижение уровня зависимости от посторонней помощи и адаптация к самообслуживанию (индекс ШРМ шкала Бартела., шкала исходов Glasgow) 	

актов для мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи пациентам с ОНМК. Для этого были приглашены ведущие специалисты по соответствующим профилям: невролог, реаниматолог, реабилитолог, специалист по скорой помощи. По каждому объекту МД ЭКМП они создали опросные листы (чек-листы) для анализа первичной медицинской документации на всех этапах лечения пациента с ОНМК: медицинская карта стационарного или амбулаторного больного, карта вызова скорой медицинской помощи, в т.ч. нейрореанимационной бригады, протокол телемедицинской консультации (обращения за телемедицинской консультацией). Каждый чек-лист содержит наиболее информативные признаки соответствия порядкам оказания медицинской помощи, стандартам медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения) и сложившейся кли-

нической практики, с учетом особенностей конкретного пациента. Каждому признаку был присвоен код дефекта, которому соответствует размер штрафа.

Экспертный лист по медицинской реабилитации (таблица 1) был разработан на основе сложившейся практики и требований клинических рекомендации Союза Реабилитологов России.

Все экспертные листы были разосланы в ЛПУ для ознакомления и общественного обсуждения после чего «Свод экспертных листов» был утвержден Министерством здравоохранения, Медицинской Палатой Свердловской области и Межрегиональным Союзом страховщиков на территории Екатеринбурга и Свердловской области». Для оценки воспроизводимости и валидации разработанного «Свода экспертных правил» экспертам 3 крупнейших стра-

Таблица 2. Свод дефектов в оказании помощи пациентке К.Л.С. в ходе оказания помощи на разных этапах маршрутизации по данным чек-листов.

№ элемента	Место оказания помощи	Признак дефекта	Код дефекта
Первичная профилактика			
1	АПО	Нет замечаний	
Случай первичного ОНМК			
2	ПСО	Не выполнено определение патогенетического варианта ишемического инсульта по критериям TOAST	4.2
		Не выполнена профилактика повторных сосудистых нарушений лекарственными препаратами группы антиагреганты при некардиоэмболическом варианте ишемического инсульта или лекарственными препаратами группы антикоагулянты при кардиоэмболическом варианте ишемического инсульта (при отсутствии медицинских противопоказаний)	3.2
		Оценка по шкале ШРМ не уменьшилась не менее чем на 1 балл за время пребывания в стационаре.	3.4
3.1	ТМК	Нет замечаний	
4	НРБ	Нет оценки гидробаланса и данных температуры во время транспортировки	3.4
5	РСЦ	Нет замечаний	
3.2	ТМК	Нет замечаний	
6.1	ОМР	Нет протокола ВК при дальнейшей маршрутизации на следующий этап реабилитационного лечения	3.6
		Нет консультации анестезиолога-реаниматолога при госпитализации	3.2
		Нет суточное наблюдение врача анестезиолога-реаниматолога пациентов с индексом 5 по ШРШ (не менее 24 часов)	3.2
		Нет консультации логопеда с оценкой состояния по стандартизированным шкалам	3.2
		Нет оценки целевой динамики при 2-кратном измерении веса пациента с расчетом ИМТ и дефицита/избытка массы тела	3.2
		Нет назначения лекарственных препаратов с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний	3.2.3
3.2	ТМК	Нет замечаний	
6.2	ЦМР	Нет замечаний	
Случай повторного ОНМК			
2	ПСО	Не выполнена телеконсультация больного с уровнем сознания по шкале Глазго менее 9 баллов специалистами РСЦ не позднее 48 часов от момента угнетения сознания для случая угнетения сознания в стационаре	3.2

ховых компаний, не являющимися специалистами ни по одному из экспертируемых профилей, было предложено провести пробную экспертизу 5 страховых случаев. Для выборки были избраны следующие критерии:

- Случаи лечения в стационаре в течение 1 года пациентов с повторным ОНМК.
- Исход заболевания – летальный.
- Возраст пациента – моложе 60 лет
- Случаи лечения, включающие наибольшее количество этапов оказания медицинской помощи: стационарный этап во время «первичного» ОНМК, консультативное посещение выездной нейрореанимационной бригады, транспортировка пациента нейрореанимационной бригадой, телеконсультации по профилю «неврология», «анестезиология и реанимация», телеконсультации по профилю «медицинская реабилитация», «медицинская реабилитация» пациентам с ОЦН, медицинская помощь взрослым на амбулаторном этапе, в т.ч. состоящим на диспансерном учёте после острого нарушения мозгового кровообращения (первичный ОНМК).

Для получения выборки была использована рестровая база данных ТФОМС с применением специального автоматизированного запроса «Эпизоды оказания медицинской помощи» (свидетельство государственной регистрации программы для ЭВМ №20117660549). Полученные по данным выборки перечень ЛПУ, в которых пациент получал мультидисциплинарную помощь в связи с первичным и повторным ОНМК, предоставили первичную медицинскую документацию (МПД). В ходе постановочной ЭКМП перед экспертами была поставлена задача в ходе изучения ПМД заполнить все поля чек-листов по каждому технологическому эпизоду в комплексном лечении пациента. В экспертном заключении требовалось отразить описание ошибок сбора информации, диагноза, обследования, лечения, преемственности, обоснование их негативных следствий; описание наиболее значимых дефектов/нарушений.

Эксперт качества медицинской помощи, специалист по лечению и реабилитации пациентов с ОНМК, на основании предоставленных чек-листов подготовил обобщенный протокол, в котором ответил на следующие вопросы:

- Был ли предотвратим летальный исход? Если да, то в какой медицинской организации были допущены значимые для исхода дефекты?
- Есть ли нарушения организации медицинской помощи в определенной медицинской организации и в конкретной клинической ситуации?
- Правильно ли проведена маршрутизация пациентов на этапах оказания помощи в соответствии с региональным регламентом?

Для определения штрафных санкций использовались следующие правила: при выявлении в одном и том же случае оказания медицинской помощи двух и более оснований для отказа в оплате медицинской помощи или уменьшения оплаты медицинской помощи к медицинской организации применяется одно – наиболее существенное основание, влекущее больший размер неоплаты, или отказ в оплате. Суммирование размера неполной оплаты медицинских услуг по одному страховому случаю не производится. В рамках пробной экспертизы фактическое штрафование не проводилось.

Результаты

В выборку для пробной экспертизы включены 5 случаев лечения ОНМК, завершившихся повторным инсультом с последующим летальным исходом. Все чек-листы оказались заполненными полностью. Все 7 элементов комплексной терапии прошли 2 пациента.

В качестве иллюстрации приводим протокол МД ЭКМП одного из пациентов.

«Пациентка К.Л.С., 1957 г.р. умерла в первичном сосудистом отделении от повторного ишемического инсульта в бассейне ЛСМА и кардиогенного шока на 3 сутки на фоне прогрессирующего отека головного мозга и сердечной недостаточности. Первичный инсульт произошел в июле 2017 года, лечение проведено на всех этапах оказания медицинской помощи: ПСО, РСЦ, 2 этапа реабилитации (2 этап реабилитации проводится также в 2 этапа: 2А этап ОМР, 2Б этап – ЦМР). Повторный инсульт развивается на 5 сутки пребывания на 2Б этапе реабилитационного лечения, пациентка госпитализируется в ПСО.» Данный случай соответствует критериям выборки, что послужило поводом для назначения МД ЭКМП. На основании изучения ПМД были выявлены дефекты в оказании помощи (табл. 2).

При анализе качества оказания помощи пациентке К.Л.С. комиссией под руководством специалиста было сделано следующее заключение: «При госпитализации в ПСО не учтены данные анамнеза и данных амбулаторно-поликлинического этапа, что не позволило определить патогенетический вариант инсульта и продолжить вторичную профилактику антикоагулянтами в период нахождения с ПСО. При нахождении пациентки в отделении медицинской реабилитации на 2А этапе проведение мероприятий по вторичной профилактике ОНМК антикоагулянтами проводилось, но без учета инструкции по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний. На фоне развития побочной реакции на прием антикоагулянтов проводится отмена препарата с переводом на прием антиагрегантов. Прием антикоагулянтов другой группы рекомендуется только при выписке из отделения. Не проводится консультация логопеда у пациентки с клиническими проявлениями дисфагии, дизартрии и моторной афазии, что создало дополнительный риск развития осложнений на этапе реабилитационного лечения. После выписки из отделения медицинской реабилитации пациентка госпитализируется на 2Б этап в ЦМР, где начат подбор рекомендованной антикоагулянтной терапии, но на фоне недостаточного эффекта (МНО 1,38) на 5 сутки развивается повторный инсульт, пациентка госпитализируется в ПСО, находится в ОРИТ в течение 3 суток, не консультирована в РСЦ до 3-х суток. На секции: обширный инфаркт, отек, дислокация створчатых структур, исходы мелкоочаговых инфарктных пневмоний, смешанный обтурирующий тромб искусственного двустворчатого аортального клапана (Операция «СОКБ №1» в 2010 году: протезирование аортального клапана по поводу ревматического комбинированного порока.)

Резюме: Летальный исход был предотвратим. Фатальная ошибка была допущена в ПСО, где не был диагностирован патогенетический вариант инсульта и не начата патогенетическая терапия антикоагулянтами. Начатая с опозданием вторичная профилактика инсульта на этапе ОМР не была проведена должным

образом, что привело к повторному инсульту. При оказании помощи в ПСО была упущена возможность оказания адекватной нейрохирургической помощи в условиях РСЦ. Финансовые санкции должны быть применены по отношению к ПСО, где оказывалась помощь при первичном инсульте. Рекомендовано усилить методический контроль в ОМР за правильностью назначения антикоагулянтной терапии».

Обсуждение

Экономический аспект МД ЭКМП при ОНМК состоит в том, что каждый случай лечения этого состояния по всем элементам технологического цикла (рисунок 1) обходится бюджету ОМС в сумму от 330 до 990 тыс. рублей (с учетом нейрохирургической операции и (или) тромбэкстракции). Естественно, что дефекты в оказании помощи или маршрутизации оборачиваются финансовыми потерями. В максимальной степени эти потери проявляются при повторных инсультах. По данным ТФОМС (выборка «Эпизоды оказания медицинской помощи») ежегодно регистрируется до 3000 повторных инсультов. Целенаправленный мониторинг и прецизионная экспертиза качества помощи при ОНМК способствует выявлению системных ошибок в организации специализированной помощи и локальных технологических дефектов, связанных с недостатком подготовки персонала или низким уровнем оснащенности ЛПУ. Это позволит органам управления здравоохранения совершенствовать механизмы контроля и управления качеством оказываемой в регионе специализированной помощи. Используемый нами подход к созданию инструмента экспертного контроля в виде детализированных чек-листов, разработанных специалистами по профилю оказываемых при ОНМК видов помощи, обеспечил возможность проведения медико-экономической экспертизы экспертами СМО без специальной подготовки по неврологии. Это демонстрирует универсальность подхода и перспективы его экстраполирования на другие многокомпонентные виды специализированной помощи. Принципиальным моментом экспертизы является использование в про-

цессе формирования единых требований к организации лечебно-диагностического и реабилитационного процесса, единых универсальных и специальных воспроизводимых инструментов в виде шкал и метрик адекватно примененных на всех этапах медицинской помощи. В частности, Шкала Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ), разработанная взамен использованной ранее шкалы Рэнкин, позволила более детально разграничить нарушения функций и ограничения жизнедеятельности у пациентов, развившиеся в результате нарушения мозгового кровообращения, способствовала выбору более адекватной маршрутизации пациентов на последующие этапы медицинской реабилитации, не вызвала принципиальных затруднений в применении для оценки динамики состояния пациентов.

На основании первых результатов МД ЭКМП МЗ СО разрабатывает дополнения к «дорожной карте», направленные на усиления мер по совершенствованию организации вторичной профилактики сосудистых заболеваний.

Следуя методическим рекомендациям ФФОМС по организации мультимедицинской экспертизы качества медицинской помощи, нам удалось расширить возможности применения приказа МЗ РФ от 10.05.2017 года № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», что следует считать достижением поставленной цели исследования.

Ограничение данного исследования: ограниченный размер выборки не позволяет провести статистическую оценку чувствительности и специфичности использованного метода.

Вывод

Мультимедицинская экспертиза качества медицинской помощи – эффективный инструмент анализа эффективности организации медицинской помощи как системно, так и в разрезе отдельных технологий, в частности диагностики и медицинской реабилитации, включающей мероприятия по вторичной и третичной (предупреждение инвалидности) профилактике.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Г.Е. Иванова, Е.В. Мельникова, А.А. Шмонин, Д.М. Аронов, А.А. Белкин и др. «Развитие системы медицинской реабилитации в РФ». протокол второй фазы . ученые записки СПбГМУ ИМ. АКАД.И.П. ПАВЛОВА · ТОМ XXIII · № 2 · 2016, с. 27–34.
2. Приказ МЗ РФ от 29.12.2012 г. №1705-н «Порядок оказания помощи по профилю «медицинская реабилитация».
3. Приказ МЗ РФ от 10.05.2017 года № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»
4. Письмо ФФОМС от 15.09.2016г. №8546/30–5/и «О направлении для использования в работе Методических рекомендаций»
5. Письмо Минздрава России N 11–9/10/2–7938, ФФОМС N 8089/21-и от 24.12.2015 (ред. от 25.04.2016) «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования»
6. Клинические рекомендации по реабилитации Союза реабилитологов России: <http://rehabrus.ru/materialyi/normativnaya-baza-i-klinicheskie-rekomendaczii/>
7. Белкин А.А., Алашеев А.М., Гаджиева Н.Ш., Пинчук Е.А., Шелякин В.А., Трофимов И.М., Демина Т.А., Медведская Д.Р., Бадаев Ф.И., Сафонова Т.Ю., Колчанова Е.А. Методические рекомендации по порядку проведения мультимедицинской экспертизы качества медицинской помощи пациентам с ОНМК на территории Свердловской области. Екатеринбург, ИРА-УТК, 2017, 37С.

REFERENCES

1. G.E. Ivanova, E.V. Mel'nikova, A.A. Shmonin, D.M. Aronov, A.A. Belkin i dr. "Razvitie sistemy medicinskoj rehabilitacii v RF". protokol vtoroj fazy . uchenye zapiski SPbGMU IM. AKAD.I.P. PAVLOVA · TOM XXIII · № 2 · 2016, s. 27–34.
2. Prikaz MZ RF ot 29.12.2012 g. №1705-n "Porjadok okazaniya pomoshhi po profilju "medicinskaja rehabilitacija".
3. Prikaz MZ RF ot 10.05.2017 goda № 203n "Ob utverzhenii kriteriev ocenki kachestva medicinskoj pomoshhi"
4. Pis'mo FFOMS ot 15.09.2016g. №8546/30–5/i "O napravlenii dlja ispol'zovanija v rabote Metodicheskikh rekomendacij"
5. Pis'mo Minzdrava Rossii N 11–9/10/2–7938, FFOMS N 8089/21-i ot 24.12.2015 (red. ot 25.04.2016) "O metodicheskikh rekomendacijah po sposobam oplaty medicinskoj pomoshhi za schet sredstv objazatel'nogo medicinskogo strahovanija"
6. Klinicheskie rekomendaczii po rehabilitacii Sojuza reabilitologov Rossii: <http://rehabrus.ru/materialyi/normativnaya-baza-i-klinicheskie-rekomendaczii/>
7. Belkin A.A., Alasheev A.M., Gadzhieva N.Sh., Pinchuk E.A., Sheljakin V.A., Trofimov I.M., Demina T.A., Medvedskaja D.R., Badaev F.I., Safonova T.Ju., Kolchanova E.A. Metodicheskie rekomendaczii po porjadku provedeniya mul'tidisciplinarnoj jekspertizy kachestva medi-cinskoj pomoshhi pacientam s ONMK na territorii Sverdlovskoj oblasti. Ekaterinburg, IRA-UTK, 2017, 37S.

РЕЗЮМЕ

В формировании медицинской реабилитации как ключевого компонента комплексной помощи при различных заболеваниях неизбежно возникают сложности в междисциплинарном взаимодействии и надлежащем контроле качества реабилитационных услуг. Возможный выход в организации единой системы оценки качества на всех этапах помощи, основанной на метриках, шкалах и чувствительных критериях адекватности и достаточности медицинских услуг. В качестве одного из вариантов такой системы в системе обязательного медицинского страхования Свердловской области применен метод мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения. Разработанный авторским коллективом свод правил экспертизы, основанный на клинических рекомендациях профессиональных сообществ, прошел апробацию на выборке 5 пациентов с повторным инсультом с летальным исходом. Результаты показали возможность воспроизводимости предложенных правил оценки качества медицинской помощи и используемых в медицинской реабилитации метрик и шкал, в частности Шкалы Реабилитационной Маршрутизации. Для окончательных выводов необходимы масштабные исследования, в том числе, непосредственная валидизация шкал.

Ключевые слова: мультидисциплинарная экспертиза, контроль качества, реабилитация, острое нарушение мозгового кровообращения.

ABSTRACT

In the formation of medical rehabilitation as a key component of comprehensive care in various diseases, difficulties inevitably arise in interdisciplinary interaction and proper quality control of rehabilitation services. A possible way out in the organization of a unified system of quality assessment at all stages of care, based on metrics, scales and sensitive criteria for the adequacy and adequacy of health services. As one of the variants of such system in the system of obligatory medical insurance of Sverdlovsk region the method of multidisciplinary expertize of quality of medical care for patients with acute cerebral circulation is applied. The set of rules of expertize developed by the authors team, based on the clinical recommendations of professional communities, was tested on a sample of 5 patients with repeated stroke with fatal outcome. The results showed the possibility of reproducibility of the proposed rules for assessing the quality of medical care and the metrics and scales used in medical rehabilitation, in particular the Rehabilitation Routing Scale. The final conclusions require big trials, including the immediate validation of scales.

Keywords: multidisciplinary expertise, quality control, rehabilitation, acute cerebral circulation disorders.

Контакты:

Белкин А.А. E-mail: belkin@neuro-ural.ru