УДК 614.2

ОПЫТ РАБОТЫ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ ПО АВТОМАТИЗАЦИИ ЭКСПЕРТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СИСТЕМЕ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Аршинова Нина Александровна – к.м.н., доцент
МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО», Краснодар, Россия

Одноволов Олег Тимофеевич
МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО», Краснодар, Россия

Малюкова Валентина Александровна
МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО», Краснодар, Россия

В статье представлены элементы автоматизации экспертной деятельности в системе управления качеством оказания медицинской помощи, направленные на улучшение качества работы медицинского учреждения.

Ключевые слова: АВТОМАТИЗАЦИЯ ЭКСПЕРТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.

UDC 614.2

THE EXPERIENCE OF WORK OF VERSATILE HOSPITAL IN EXPERT ACTIVITY AUTOMATION IN SYSTEM OF MEDICAL CARE QUALITY MANAGEMENT

Arshinova Nina Alexandrovna – MD
City hospital Nr 2, Krasnodar, Russia

Odnovolov Oleg Tomofeevich
City hospital Nr 2, Krasnodar, Russia

Malukova Valentina Alexandrovna
City hospital Nr 2, Krasnodar, Russia

The article presented the elements of expert activity automation in management of medical care quality. The automation leads to improvement of medical institution work quality.

Key words: AUTOMATION OF EXPERT ACTIVITY.

Актуальность проблемы управления качеством оказания медицинской помощи в лечебных учреждениях не вызывает сомнения, поскольку позволяет оценить эффективность их работы.

В связи со значительным увеличением в последнее время потоков информации решить проблему управления качеством оказания медицинской помощи в учреждении невозможно без автоматизации экспертной деятельности.

Целью работы нашего объединения является улучшение качества оказания медицинской помощи за счет организации четкого алгоритма экспертной деятельности, основанного на разработке нормативных документов, определяющих экспертную работу, и последующей ее автоматизации.

Для решения поставленной цели в объединении разработаны следующие документы: «Положение об экспертизе качества оказания медицинской помощи» в соответствии с требованиями нормативных документов департамента здравоохранения Краснодарского края, Министерства здравоохранения и социального развития РФ, приказы ЛПУ по организации работы Врачебной комиссии, положение об отделе клинико-экспертной и организационно-методической работы, должностные инструкции и другие формализованные документы.

Разработка вышеперечисленных документов позволила нам четко сформулировать цели, обозначить задачи и выработать практические меры по их реализации на каждом этапе экспертной деятельности и организовать гибкую, эффективную управленческую систему контроля и выполнения поставленных задач.

Система управления качеством в объединении предполагает, прежде всего, создание действенной многофункциональной организационной структуры, способной быстро реагировать на выявление дефектов в оказании медицинской помощи за счет использования компьютеризации

отдельных направлений ее деятельности. При этом в созданной нами единой организационной структуре взаимосвязано функционируют экспертная, клиническая, статистическая, экономическая и информационная службы под руководством руководителя учреждения (см. рис.).

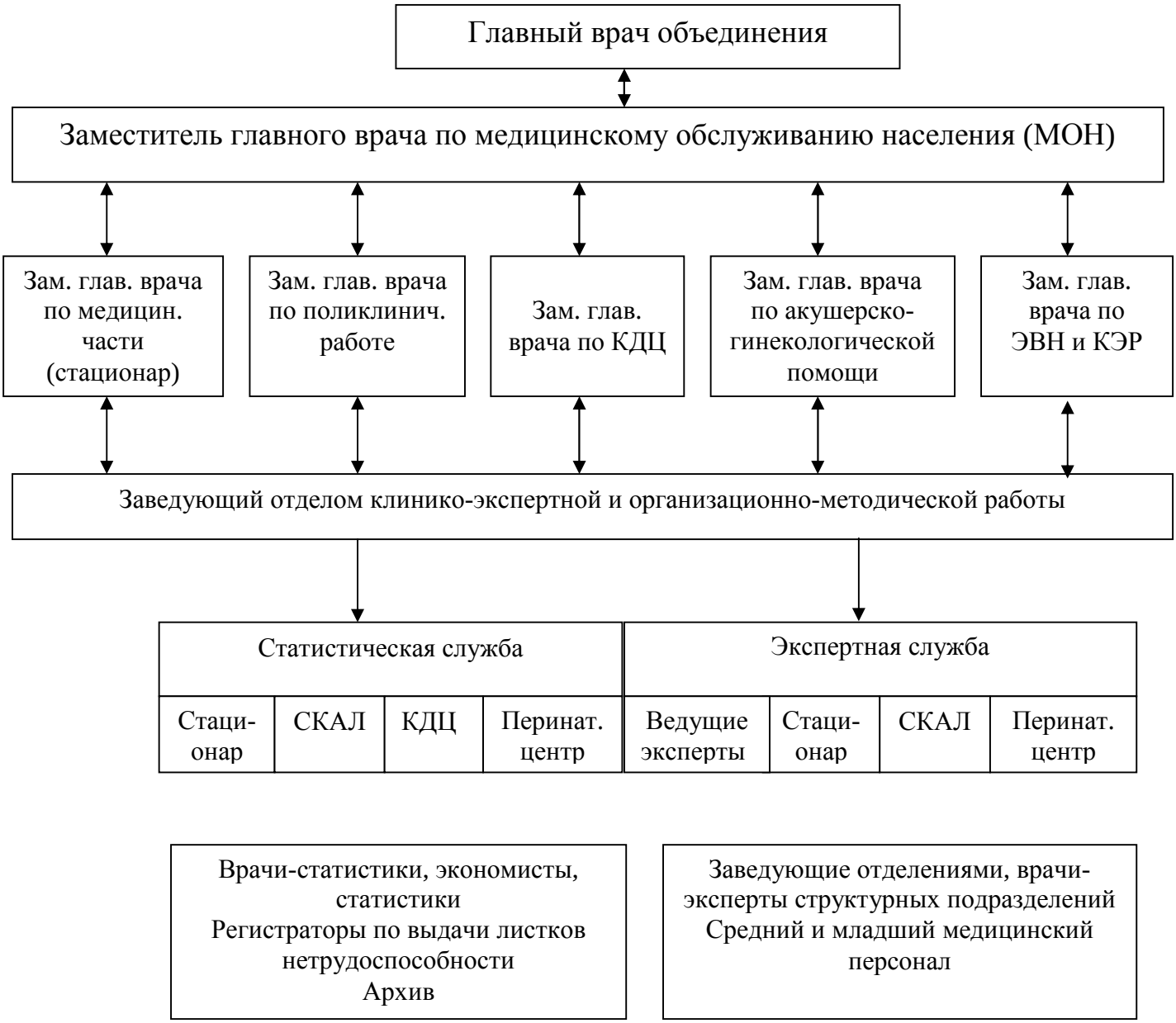

Рисунок. Структурная схема обеспечения процесса оказания медицинской помощи

Отдел имеет двойную структуру подчинения: с одной стороны, руководителю подразделения, с другой – руководителю клинико-экспертной и статистической работы. При этом все службы подчиняются главному врачу объединения, который координирует всю управленческую систему медицинского учреждения. Это дает возможность обеспечить четкое взаимодействие всех заинтересованных служб в достижении единой цели – объединения, направленной на повышение качества оказания медицинской помощи.

Управление системой качества оказания медицинской помощи предполагается многоуровневое.

На первом уровне организовано проведение сплошной экспресс-экспертизы статистической службой. Последняя многофункциональна и включает в себя статистику стационара, амбулаторного звена, перинатального центра, централизованные кабинеты по выписке листков нетрудоспособности. В штатной структуре статистической службы работают врачи-статистики, операторы, медицинские статистики и медицинские регистраторы.

Основная задача врачей и медицинских статистиков этого уровня – тщательная экспресс-экспертиза представленных медицинских карт стационарного и амбулаторного больного с точки зрения: полноты заполнения информации (титульного листа, его оборота), проведения стандартных методов обследования (флюорография, МОР, маркеры гепатита для хирургических больных), наличия этапных эпикризов, систематичности дневниковых записей, правильности кодов МКБ, стандартов медицинской помощи, патоморфологических результатов, наличия онкодокументов, сведений по листку нетрудоспособности и др.

При наличии выявленных недостатков оформления истории болезни на первом этапе предполагается работа по устранению неточностей документации путем возвращения историй болезни в отделение на

доработку в течение двух дней. С целью предотвращения в дальнейшем выявленных недочетов, информация о них ежедневно передается на утренние производственные совещания главного врача в разрезе отделений.

Такая система позволила нам уменьшить число недоработанных историй на первом уровне на 46 %.

На последующих уровнях (заведующие отделениями, отдел клинико-экспертной работы, подкомиссии ПИЛИ, ЛКП) продолжается выборочная оперативная и ретроспективная экспертиза.

В частности, клинико-экспертная деятельность в объединении предполагает следующие этапы экспертизы качества оказания медицинской помощи:

1-й этап – заведующие отделениями, старшие ординаторы, выполняющие функции врачей-экспертов отделения;

2-й – отдел организационно-методической и клинико-экспертной работы;

3-й – врачебная комиссия объединения.

На первом этапе, согласно действующим нормативным документам и положению по экспертизе качества, заведующий отделением и ответственный за экспертизу врач-эксперт отделения проводят оперативную и ретроспективную экспертизу историй болезни 25 % от пролеченных больных в стационаре и не менее 100 амбулаторных медицинских карт за месяц. При этом заполняется экспертная карта в автоматизированном режиме.

Экспертная карта включает в себя следующую информацию: паспортные данные пациента, его диагноз (основной, сопутствующий), осложнения. Данные заполняются в автоматизированном режиме, поэтому эксперт не затрачивает время на их введение. Это стало возможным благодаря полной автоматизации всех служб учреждения, основными из

которых по стационару является автоматизированное рабочее место (АРМ) врача, включающего автоматизированную историю болезни всех отделений и центров СКАЛ, а также приемное отделение. По консультативно-диагностическому центру автоматизация предполагает передачу выполненных исследований непосредственно в историю болезни. По вспомогательным службам функционирует автоматизированное рабочее место (АРМ) статистика, экономиста. Автоматизация данных служб позволяет в автоматизированном режиме получать всю информацию статистической карты выбывшего больного, оформленной в отделениях из АРМ врача, и автоматически передавать в АРМ экономиста, формирующего финансовые счета.

Последующая информация экспертной карты включает экспертизу следующих разделов работы:

- цели экспертизы (выборочная, целевая, временной нетрудоспособности и др.);
- диагностических мероприятий (ОДМ): качество сбора анамнеза, объективного статуса, полноты лабораторных, инструментальных исследований, обоснования полноты клинического и заключительного диагнозов (ОПМ) с балловой оценкой каждого из вышеназванных признаков по условным шкалам от 0 до 1 единицы;
- лечебных мероприятий (ОЛПМ): адекватность медикаментозной терапии, ее полноту, своевременность с оценкой полипрогмазии;
- сроков лечения в соответствии со стандартами;
- эффективности лечения в зависимости от цели госпитализации;
- преемственности этапов лечения;
- оформления документации.

Автоматизация экспертной карты по вышеназванным признакам позволяет на первом уровне непосредственно через АРМ заведующего отделением проводить ему экспертизу как оперативно, т.е. пациентов,

находящихся на лечении, так и ретроспективно, выписанных пациентов по нормируемой балловой оценке.

Карта экспертной оценки качества оказания медицинской помощи

История болезни № _____ Отделение _____Цель экспертизы_____
Дата поступления _____Дата выписки _____ к/дней_____
Ф.И.О. пациента _____Дата рождения _____ Возраст _____ Лечащий врач_____
Клинический диагноз _____Осложнение_____ _Сопутствующий диагноз_____

№	Показатели	Балл	Зав. отд. 1-й ур.	Эксперт. 2-й ур.
А.	Оценка диагностических мероприятий (ОДМ)	3		
	1. Объем и качество обсл. (сбор жалоб, анамнеза, физикальных данн. конс. спец-в, осмотр зав. отделением)			
	Полное	1		
	Частичное, несвоевременное, избыточное, что не отразилось на исходе заболевания	0,5		
	Неполное, несвоевременное, повлекшее за собой ухудшение состояния больного	0		
	2. Объем лабораторных обследований в соответствии со стандартами			
	Полное	1		
	Неполное, в т.ч. не выполнены контрольные анализы при выписке при имеющихся изменениях, избыточное	0,5		
	Нет интерпретации лабораторных данных лечащим врачом	0		
	3. Объем инструментальных обследований в соответствии со стандартами			
	Полное	1		
	Частичное, несвоевременное, избыточное	0,5		
	Не выполнено	0		
Б.	Оценка полноты диагноза (ОПД)			
	1. Диагноз поставлен в соответствии с правилами классификации (фаза, стадия процесса, локализация, нарушение функции, соп. заб. осложнения)	2		
	Правильно	1		
	Не полностью сформулирован, нарушена структура диагноза, не отмечены соп. заболевания	0,5		
	Не соответствует клинике, расхождение с патологоанатомическим диагнозом	0		
	2. Обоснование диагноза			
	Обоснование полное, с данными клиники и исследований	1		
	Частично обоснован, нет плана ведения, нет этапных эпикризов, неинформативные записи, нет осм. зав. отд.	0,5		
	Не обоснован	0		
В.	Оценка лечебно-профилактических мероприятий (ОЛПМ)	4		
	1. Адекватность лечения по диагнозу			
	Адекватное, своевременное	2		
	Неполное, избыточное (полипрогмазия), несвоевременно начато, необоснованное назначение препаратов	0,5		
	Не проведено лечение соп. заболеваний в стадии обострения, не соответствует стандартам	0		
	2. Сроки лечения			

	Адекватные	1		
	Необоснованно длительное лечение (длит. предоперац. период), более 25 % от стандарта	0,5		
	Ранняя необоснованная выписка	0		
	3. Цель госпитализации, эффективность лечения	1		
	Достигнута (выздоровление, компенсация хр. процесса)	1		
	Частично достигнута	0,5		
	Не достигнута, необоснованное пребывание в больнице	0		
Г.	Преемственность этапов (ПЭ)	0,5		
	Соблюдена	0,5		
	Частично соблюдена	0,25		
	Не соблюдена	0		
Д.	Оформление документации	0,5		
	Соответствует принятым нормам	0,5		
	Небрежное оформление, неточность и разночтения в истории болезни, не принятые сокращения	0,25		
	Невозможность прочтения, утеряны анализы, не записаны заключения проведенных исследований и консультации специалистов	0		
	Сумма баллов (max 10)	10		

Комплексный показатель качества оказания медицинской помощи рассчитывается также в автоматизированном режиме путем суммирования набранных баллов и делением этой суммы на число признаков экспертной карты. Такая информация на первом уровне содержится на каждого врача и в целом на отделение.

Одновременно с экспертизой автоматически формируется журнал качества оказания медицинской помощи, который брошюруется и хранится в отделении три года (см. табл.).

Это позволяет заведующему отделением на первом уровне анализировать работу отделения в целом и в разрезе каждого врача и принимать управленческие решения для устранения выявленных недостатков.

Экспертиза качества оказания медицинской помощи на первом уровне проводится также по случаям, подлежащим обязательной экспертной оценке, к которым следует отнести: летальные исходы, осложнения, повторные госпитализации, превышение стандартных сроков лечения. На данный контингент нами также разработаны формализованные экспертные карты, заполнение которых возможно в

автоматизированном режиме, что позволяет сократить сроки на проведение их углубленной экспертизы, определить недостатки в оказании медицинской помощи и вынести на последующий этап их разбора: ПИЛИ, ЛКП, ВК, патологоанатомическую конференцию.

Аналогичная работа в отношении экспертизы качества оказания медицинской помощи проводится также на втором уровне в экспертном отделе, на заседаниях врачебных подкомиссий (ПИЛИ) по разбору летальных исходов, послеоперационных осложнений (ЛКП), сложных клинических случаев (ЛКП), превышении стандартных сроков лечения и др. В задачи контроля данного уровня входит как проведение оперативной экспертизы, с целью коррекции, обследования и лечения на этапе стационарного лечения больного, так и после выписки пациента из больницы.

Экспертиза второго уровня проводится также в автоматизированном режиме с помощью АРМ врача-эксперта. При этом эксперт может просмотреть историю болезни каждого пациента как через АРМ заведующего отделением, так и сопоставить ее заполнение с бумажным вариантом ведения, а также оценить качество экспертизы первого уровня.

По результатам такого контроля разница в комплексной оценке качества оказания медицинской помощи первого и второго уровней экспертиз по опыту нашей работы составила около 10 %. Как правило, на втором уровне выявляется больше дефектов, чем на первом. Это позволило нам сделать вывод о недостаточно объективной экспертизе заведующих отделениями и некотором формальном подходе к ее проведению, особенно в отношении необоснованной задержки пациента в стационаре.

Таблица – Журнал контроля качества оказания медицинской помощи

Период (месяц, квартал, год)	Отд. Ф.И.О.	Кол-во провед. эксперт.	Количество медицинских карт с выявленными дефектами оказания медицинской помощи (абс. и %)							Итоговая оценка качества оказания медицин. помощи с коэффициентом качества
			Диагност. мероприятий	Полнота диагноза	Лечебно-профилакт. мероприятий		Преемствен-ности этапов	Оформл. медицин. документации		
2	3	4	5	6	7		8	9		10
Январь			Абс., %	Абс, %	Абс.	%	Абс., %	Абс.	%	

В этой связи по инициативе экспертного отдела в АРМ врача поставлены следующие блокировки, препятствующие дальнейшему ведению истории болезни: блок продолжительности стационарного лечения, превышающего стандарт, блок сбора страхового анамнеза при отсутствии его заполнения, блок заполнения выписного эпикриза при отсутствии в нем информации о явке пациента в поликлинику при наличии листка нетрудоспособности, блок восстановления из архива медицинской карты и др.

Это дало возможность комиссии ВК контролировать: обоснованность пребывания пациента в стационаре, полноту сбора анамнеза, преемственность в работе стационара и поликлиники при наличии листка нетрудоспособности. Внедрение этого механизма позволило сократить необоснованную задержку пациентов в стационаре на 8 %.

Совместная работа статистической службы, включая автоматизированное ведение заседаний врачебной комиссии по выдаче листков нетрудоспособности и экспертного отдела, позволила в АРМЕ врача-статистика и эксперта выделить участки экспертной работы по следующим позициям: случаи повторной госпитализации в течение 14, 30, 90 дней после стационарного лечения, превышение продолжительности стандартных сроков лечения, все случаи летальных исходов и послеоперационные осложнения в разрезе нозологий, оперирующих врачей и отделений.

Внедрение данной автоматизированной системы и систематическая экспертиза второго уровня вышеназванных разделов работы позволили экспертному отделу сократить случаи повторной госпитализации, обусловленной неадекватной стационарной медицинской помощью на 7 %, устранить скрытие послеоперационных осложнений и снизить частоту их

возникновения на 40 %, несмотря на достаточно низкий их уровень – 1,5 % в 2010 и 0,9 % в 2011 году.

Результаты экспертизы первого и второго уровней ежемесячно докладываются на производственных совещаниях заведующих отделениями, врачебных, клинических и патологоанатомических конференциях, а также на производственных заседаниях главного врача, административных его обходах и протоколируются в автоматизированном режиме.

Для устранения выявленных недостатков в работе в объединении используются следующие административные меры воздействия: конференции (клинические, патологоанатомические, научно-практические), клинические разборы, организационные меры (перемещение врачебного персонала и заведующих отделениями на определенный срок работы в приемное отделение, экспертный отдел и др.), приказы главного врача учреждения по реорганизации структурных подразделений, кадровых перемещений, дисциплинарных воздействий, направление на повышение квалификации сотрудников, разработка инструкций, штрафные финансовые санкции и др.

Таким образом, автоматизация экспертной деятельности в лечебном учреждении позволила нам значительно сократить время на проведение экспертизы за счет устранения бумажного документооборота, усилить контроль за экспертизой первого уровня в части качества его проведения, улучшить качество оказания медицинской помощи за счет своевременности проведения как оперативной, так и ретроспективной экспертизы, а также ускорить процесс информирования исполнителей с целью устранения выявленных недостатков на всех уровнях экспертизы.