

Автор:

Трифонов Илья Вадимович — заместитель главного врача по клиничко-экспертной работе ГБУЗ МО «Центр специализированной медицинской помощи больным внелегочными формами туберкулеза», врач — организатор здравоохранения с 25-летним стажем.

Трифонов, И. В.

Т69 Авторитетный главный врач : обеспечение качества в медицинской организации / И. В. Трифонов. — 2-е изд. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 80 с. — DOI: 10.33029/9704-5187-8-2-AGV-2019-1-80.

ISBN 978-5-9704-5187-8

В книге изложена методика организации внутреннего контроля качества медицинской помощи в многопрофильном стационаре.

Материалы руководства основаны на пятилетнем опыте проведения текущей и ретроспективной экспертизы качества медицинской помощи в центральной районной больнице. Специальный раздел посвящен соблюдению трудового законодательства при наложении дисциплинарных взысканий.

Предложены примерные образцы документов, оформляемых при проведении заседаний комиссии по изучению летальных исходов, лечебно-контрольной комиссии и принятии административных решений.

Издание предназначено организаторам здравоохранения.

УДК 614.2
ББК 51.1(2),2

Права на данное издание принадлежат ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа». Воспроизведение и распространение в каком бы то ни было виде части или целого издания не могут быть осуществлены без письменного разрешения ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа».

© Трифонов И.В., 2019
© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2019
© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»,
оформление, 2019

ISBN 978-5-9704-5187-8

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений и условных обозначений	4
Актуальность	5
Обзор литературы и нормативных документов	8
Система обеспечения контроля качества медицинской помощи в Российской Федерации	8
Краткое описание методики, блок-схема	22
Мотивация сотрудников медицинских организаций к качественной лечебной работе	26
Аутопсия и обоснование необходимости изучения конкретного случая неблагоприятного исхода	28
Комиссия по изучению летальных исходов	32
Лечебно-контрольная комиссия	34
Обязанность руководителя медицинской организации соблюдать трудовое законодательство	38
Образцы документов	47
Приказ «О создании постоянной комиссии по изучению летальных исходов (КИЛИ)»	47
Приказ «О создании постоянной лечебно-контрольной комиссии ЦРБ (ЛКК ЦРБ)»	48
Приказ «О проведении заседания ЛКК ЦРБ по поводу смерти больного»	52
Письменный доклад-объяснение врача травматолога-ортопеда	52
Письменный доклад-объяснение врача анестезиолога-реаниматолога	55
Протокол заседания ЛКК по разбору случая смерти	58
Акт рассмотрения лечебно-контрольной комиссией обращений граждан, органов власти, организаций (учреждений)	62
Приказ «О дисциплинарном взыскании»	67
Результаты собственных наблюдений	69
Некоторые побочные эффекты и ограничения	74
Список литературы	77

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

♣	— торговое название лекарственного средства
АД	— артериальное давление
ВБИ	— внутрибольничная инфекция
ГБО	— отделение гипербарической оксигенации
ДХО	— детское хирургическое отделение
ИВЛ	— искусственная вентиляция легких
К-ДО	— качество — должностная обязанность
КАК	— клинико-анатомическая комиссия
КИЛИ	— комиссия по изучению летальных исходов
ККМП	— контроль качества медицинской помощи
КМП	— качество медицинской помощи
КЭР	— клинико-экспертная работа
ЛКК	— лечебно-контрольная комиссия
ЛПУ	— лечебно-профилактическое учреждение
МО	— медицинская организация
МП	— медицинская помощь
МЭС	— медико-экономические стандарты
ОАР	— отделение анестезиологии-реанимации
ОАРИТ	— отделение анестезиологии, реанимации, интенсивной терапии
ОРИТ	— отделение реанимации и интенсивной терапии
ОМС	— обязательное медицинское страхование
ОНМК	— острое нарушение мозгового кровообращения
ПАО	— патологоанатомическое отделение
СМО	— страховая медицинская организация
СМП	— скорая медицинская помощь
СМЭ	— судебно-медицинская экспертиза
ТК	— Трудовой кодекс
ТЭЛА	— тромбоэмболия легочной артерии
ЦРБ	— центральная районная больница
ЭКГ	— электрокардиограмма

АКТУАЛЬНОСТЬ

Медицинскую помощь призваны оказывать медицинские организации (МО). Элементарная человеческая справедливость и российское законодательство требуют, чтобы медицинская помощь была максимально качественной. Следовательно, оказание максимально качественной медицинской помощи является основной задачей медицинской организации. Все аспекты ее деятельности (материально-техническая база, кадровый состав, инфраструктура, система финансирования и управления) должны быть направлены на решение этой задачи.

Тем не менее и дня не проходит, чтобы в СМИ не была затронута тема некачественной медицинской помощи. И, как правило, в публикациях и новостях речь идет о низком качестве медицинской помощи, связанной с лечением конкретного пациента. В качестве продолжения этих историй публикуются сведения о наказаниях, налагаемых на медицинских работников, снятиях с должностей руководителей МО, выявленных масштабных нарушениях в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ), которые стали очевидны проверяющим органам, а не только специалистам-медикам.

Резонно предположить две вещи. Первая: публикации в СМИ — это реакция общества лишь на малую часть происходящих случаев низкого качества медицинской помощи. Вторая: руководство МО не занимается контролем качества медицинской помощи в постоянном режиме.

Почему так происходит? Наверное, потому, что в повседневной работе медицинские работники забывают о своей главной должностной обязанности — осуществлять качественную медицинскую помощь, а руководство не знает, как напоминать об этом в текущем режиме так, чтобы это не забывалось. Очевидно, что от отсутствия налаженного контроля качества медицинской помощи страдают все: руководство МО, медицинские работники и в первую очередь пациенты. Следовательно, руководство МО должно наладить такой контроль. Тем более что на определенном этапе это, возможно, станет условием

сохранения рабочего места, возможности заниматься медицинской деятельностью, личной свободы.

Согласно пункту 3 статьи 2 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — Закон № 323-ФЗ), медицинская помощь — комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

Пункт 21 статьи 2 указанного Закона формулирует качество медицинской помощи как совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Для целей данного руководства очень ценным является понятие медицинской деятельности — «профессиональной деятельности по оказанию медицинской помощи...». Медицинская деятельность — должностная обязанность медицинских работников. И именно это обстоятельство является ключевым в предлагаемой методике контроля качества медицинской помощи. Его нужно оценивать по качеству медицинской деятельности.

Система контроля качества медицинской помощи (деятельности) в многопрофильной больнице, занятой оказанием медицинской помощи в плановом и экстренном режиме, должна характеризоваться следующими признаками.

- Предмет контроля — случай летального исхода или случай явного неблагоприятного исхода лечения, связанный со значительным ухудшением качества жизни. Очевидно, что предмет контроля должен быть очень весомым и довольно однозначным (бесспорным). И в этом смысле выбор случая летального исхода как предмета контроля вполне понятен.
- Субъект контроля — медицинские работники.
- Исполнительный механизм контроля должен основываться на законе. С учетом того что медицинская деятельность — это трудовая обязанность, которую медицинские работники выполняют в соответствии с Трудовым кодексом РФ (ТК РФ) и трудовым договором, руководство МО как работодатель обязано предполагать, что низкое качество медицинской деятельности (наступивший летальный исход), возможно, является неисполнением должностных обязанностей со стороны медицинского работника. Исполнительный механизм контроля каче-

ства лечебной работы должен базироваться на ТК РФ и переводить медицинскую проблему в юридическую плоскость.

- Результатом контроля качества лечебной работы должно быть наложение дисциплинарного взыскания на провинившегося медицинского работника, что, как показывает опыт, заставляет его серьезно пересмотреть свое отношение к выполнению должностных обязанностей и, следовательно, сделать все необходимое для повышения качества медицинской деятельности.

Пятилетний опыт подобной работы позволяет утверждать, что в условиях многопрофильного стационара данная методика является эффективным механизмом повышения качества медицинской помощи.

КОМИССИЯ ПО ИЗУЧЕНИЮ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ

Результатом первого управленческого решения будет информация о конкретных случаях летальных исходов с данными, полученными в результате патологоанатомического или судебно-медицинского исследования.

Следующее управленческое решение — разбирать или не разбирать случай летального исхода на лечебно-контрольной комиссии.

Для принятия такого решения должен быть создан коллегиальный орган по контролю качества медицинской помощи — КИЛИ. Его деятельность регламентируется приказом главного врача, который отражает статус комиссии, ее состав, цели и порядок работы (периодичность, время, место заседаний).

КИЛИ должна собираться на заседания по мере поступления окончательных результатов патологоанатомического или судебно-медицинского исследования трупа умершего в лечебном учреждении. На КИЛИ обсуждаются абсолютно все случаи летальных исходов в ЛПУ на истекший период, по которым было проведено патологоанатомическое или судебно-медицинское исследование.

Смысл обсуждения конкретного случая летального исхода на заседании КИЛИ сводится к принятию решения: разбирать данный конкретный случай летального исхода на заседании ЛКК или не разбирать. С целью облегчения принятия такого решения использовались следующие правила.

Для обсуждения на заседание лечебно-контрольной комиссии выносятся:

- случаи летальных исходов после плановых операций;
- случаи расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов (за исключением случаев кратковременного пребывания пациента, изначально поступившего в очень тяжелом состоянии, при вскрытии трупа которого были выявлены патологические изменения, не доступные коррекции медицинскими мероприятиями);

- случаи смерти пациентов детского возраста;
- случаи смерти, когда причину смерти можно связать с выполнением или невыполнением медицинских манипуляций либо лекарственных назначений;
- случаи смерти от редких и необычных в данном регионе заболеваний;
- случаи смерти, в отношении которых имеется предписание прокуратуры или вышестоящих организаций о проведении служебных разбирательств;
- случаи смерти, по которым имеются обоснованные жалобы родственников.

Состав комиссии по изучению летальных исходов не должен быть громоздким: врач-патологоанатом [заведующий патологоанатомическим отделением (ПАО)] или врач судебно-медицинский эксперт [заведующий отделением Бюро судебно-медицинской экспертизы (СМЭ)], заведующий отделением, где наступил обсуждаемый летальный исход, заместитель главного врача по медицинской части. На заседание врач-патологоанатом представляет медицинские карты стационарных больных, протоколы патологоанатомических (судебно-медицинских) вскрытий, гистологические заключения, патологоанатомические эпикризы, патологоанатомические диагнозы с оценкой совпадения с клиническими диагнозами и установлением категории расхождения. Перечисленные документы изучаются, и в соответствии с вышеизложенными правилами принимается решение. По итогам обсуждения заполняется формализованный протокол заседания КИЛИ, выносится заключение и ставятся подписи. Оформленные протоколы КИЛИ удобнее хранить в документах патологоанатомического отделения, но копию формализованного протокола можно вклеивать в историю болезни. Обычно целесообразно проводить заседания КИЛИ один раз в месяц. В больших многопрофильных стационарах можно организационно разделить КИЛИ по профилям (например, хирургическая, терапевтическая, педиатрическая).

Затем в зависимости от количества случаев летальных исходов, требующих разбора на ЛКК, составляется план ее работы на ближайший месяц, готовятся приказы главного врача о проведениях заседания ЛКК с указанием сроков, тем заседаний, докладчиков, рецензентов, секретаря, председателя, места проведения. Приказы проходят обычную процедуру оформления и регистрации в канцелярии ЛПУ и вступают в законную силу.