

или одноразмерных единиц, что создаст дополнительные трудности при нормировании.

3. Может наблюдаться значительный разброс трудозатрат, объективно обусловленный спецификой болезней и контингента обслуживаемых пациентов, уровнем обеспечения процессов лечения в рамках одних и тех же по виду единиц обслуживания, на которые установлены типовые нормативы трудозатрат по отрасли здравоохранения или даже по отдельному медицинскому учреждению.

4. Новые формы исчисления заработной платы могут не согласовываться с желанием работодателя и готовностью работника работать в новых условиях.

5. Исчезает стабильность в одинаковом уровне ежемесячной заработной платы, что влечет за собой трудности планирования семейного бюджета работника.

6. Определённые издержки повлечет за собой постоянный мониторинг оценки качества выполняемой работы путем проверки критериев эффективности, для данных целей могут применяться и современные информационные технологии в автоматическом режиме, позволяющие отследить работу специалиста.

Литература

1. Гусева С.Л. Совершенствование управления человеческими ресурсами как стратегический императив лечебного учреждения

/ С.Л. Гусева, И.Н. Кондратьев, К.Г. Пучков // Организационные основы кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации: Сборник научных трудов ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрав». – М., 2012. – С. 30-40.

Guseva S.L. Control system reforming as primary link of municipal health care // S.L. Guseva, I.N. Kondratyev, K.G. Puchkov // Social aspects of health of the population. – 2012. – №4. – P. 20.

2. Саввина Н.В. Основные показатели деятельности столичного здравоохранения и новые методы управления в первичном звене здравоохранения г. Якутска при переходе на подушевое финансирование / Н.В. Саввина, Е.А. Борисова, И.П. Луцкан // Якутский медицинский журнал. 2013. – № 4. С. 53-57.

Savvina N.V. The main indicators of activity of capital health care and new methods of management in primary link of health care of Yakutsk upon transition to per capita financing // N.V. Savvina, E.A. Borisov, I.P. Lutskan // Yakut medical journal. – 2013. – No. 4. – P. 53-57.

М.В. Лядова

АНАЛИЗ МЕДИКО-ПРАВОВЫХ ВОПРОСОВ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГА- ТЕЛЬНОГО АППАРАТА

УДК 614.256

В статье предпринята попытка определения медико-экспертных критериев для определения качества экстренной травматологической помощи на основании анализа значительного количества медицинской документации, проведения социологического опроса как врачей, так и пациентов, оценки регламентирующей деятельности по изучению правовых законодательных документов. Определен алгоритм оценки качества медицинской помощи пострадавшим с травмами опорно-двигательного аппарата.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, экстренная травматологическая помощь, оценка качества, дефекты лечения.

The article attempts to determine the medical and expert criteria for qualifying an emergency trauma care on the basis of the analysis of a large number of medical records, the sociological poll, both of doctors and patients, assessment of regulatory initiative on the legal legislative documents. We defined algorithm for estimating the quality of medical care for the injured with the musculoskeletal system lesion.

Keywords: quality of health care, emergency trauma care, quality assessment, treatment defects.

Обеспечение качества медицинской помощи – основная цель деятельности системы здравоохранения. В ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» раскрыто внутреннее содержание терминов: здоровье, охрана здоровья, медицинская помощь, порядок оказания медицинской помощи, стандарт медицинской помощи, а также качество медицинской помощи. Также вышеуказанным законом законодательно закреплён приоритет интересов пациента. Еще в 2004 г. Всемирной ассамблеей здравоохранения была опреде-

лена основная задача современной медицины – радикально увеличить безопасность и качество лечения. Выделены критерии безопасности медицинской помощи (МП), основным из которых является адекватная оценка соотношения риска и потенциальной пользы от вмешательства. Такая задача поставлена не случайно, ведь по данным экспертов по вопросам безопасности пациентов в Гарварде, медицинские ошибки ежегодно в 13,6% случаев приводят к смерти пациентов, а в 2,6% – к инвалидизации [6]. В РФ вследствие ненадлежащего оказания экстренной медицинской помощи в условиях стационара ежегодно число случаев причинения вреда жизни и здоровью граждан составляет около 70 тыс. [1].

Вред здоровью является также четко выделенным и регламентированным на законодательном уровне

понятием. Причем может быть нанесен легкий, средний и тяжкий вред здоровью пациента, что установлено правилами определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека, в приказе Минздравсоцразвития [5]. В зависимости от степени нарушения качества МП для медицинского работника может наступить как административная, так и юридическая ответственность, которая с учетом тяжести противоправных действий медицинского персонала, если они доказаны, квалифицируется по соответствующим статьям уголовного или гражданского кодексов РФ. Для определения степени вины медицинского работника на законодательном уровне введено понятие экспертизы качества МП «выявление нарушений в оказании МП, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного

ЛЯДОВА Мария Васильевна – к.м.н., врач травматолог-ортопед по оказанию экстренной медицинской помощи ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова г. Москвы, ассистент кафедры ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, mariadoc1@mail.ru.

результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи». Деятельность врача травматолога по оказанию экстренной травматологической помощи сопряжена со значительными правовыми рисками, ибо экстренная медицина – это самостоятельный специализированный вид помощи. Для экстренных травматологических пациентов характерна быстротечность развития патологических состояний, особенно в острый период травматической болезни, что выделяет экстренную травматологическую помощь в особый раздел и требует особых подходов к организации, характеру и порядку использования медицинских ресурсов [3]. Преобразования в системе здравоохранения, включая и проблемы стандартизации системы обязательного медицинского страхования (ОМС), увеличение обращений граждан по вопросам судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью в случаях возникновения повреждений от противоправных действий, стабильный рост судебных исков по вопросам качества оказания медицинской помощи делают актуальной разработку научно обоснованных рекомендаций, направленных на повышение доказательности экспертных критериев оценки качества экстренной помощи пострадавшим с повреждениями опорно-двигательного аппарата (ОДА).

Нами произведен ретроспективный анализ медицинской документации по оказанию экстренной помощи пациентам травматологического профиля с повреждениями ОДА: сопроводительных листов скорой помощи (форма №114/у) 350 пострадавших, доставленных в ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова в период с сентября 2012 по август 2013 г.; 180 медицинских карт стационарного больного, форма №033/у; 50 протоколов заседаний подкомиссий летальных исходов пострадавших травматологического профиля за 2013-2014 гг.; отчеты заведующих травматологическими отделениями ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова за последние 5 лет; 50 комиссионных СМЭ по материалам уголовных и гражданских дел, связанных с возмещением вреда здоровью при оказании медицинской помощи пострадавшим с травмами ОДА. Изучены 237 заключений судебно-медицинских экспертиз в Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г. Москвы в отношении пострадавших, которым были при-

чинены повреждения, неопасные для жизни, но повлекшие за собой длительное расстройство здоровья (свыше 21 дня) и расцененные как влекущие вред здоровью средней тяжести, где принимал участие в качестве эксперта врач травматолог, за период с сентября 2011 г. по декабрь 2013 г. Для изучения правовой осведомленности врачей было опрошено 80 специалистов врачей травматологов по оказанию экстренной медицинской помощи г. Москвы. Возраст респондентов от 27 до 62 лет, стаж работы от 2 до 40 лет, врачебные категории различные. Статистическое исследование проводилось с использованием разработанных для этой цели анкет, содержащих 38 вопросов с вариантами ответов. Среди вопросов анкеты были следующие: наличие конфликтов в практике врачей по оказанию экстренной помощи, причины их возникновения и пути их разрешения; знания врачами нормативных документов, регламентирующих их профессиональную деятельность; наличие потребности в их изучении; о защищенности врачей от судебных исков со стороны пациентов; о правильности ведения медицинской документации.

Для изучения степени удовлетворенности пациентов оказываемой в настоящее время экстренной помощью и определения ориентировочной линии поведения в случае возникновения конфликтной ситуации авторами методом случайной выборки было опрошено 100 пациентов стационара, которым была оказана экстренная травматологическая помощь. Пациенты в возрасте от 18 до 82 лет, разного социального статуса. Опрос проводился по анкетам из 25 вопросов.

Оценка качества оказания медицинской помощи пострадавшим травматологического профиля с повреждениями ОДА осуществлялась по разработанному алгоритму, который включал несколько этапов: 1) информационно-аналитический этап – оценка правильности ведения и оформления медицинской документации; 2) оценка качества выполнения лечебно-диагностических мероприятий в соответствии с порядком и стандартами оказания скорой медицинской помощи на этапах диагностики и лечения; 3) выявление дефектов оказания МП по этапам ее оказания; 4) оценка влияния объективных факторов на процесс и результат оказания медицинской помощи.

Дефекты оформления медицинской документации у пострадавших травматологического профиля имеют важное значение при оценке тяжести вреда здоровью при противоправной травме. Так, в 40,9% наблюдений не приведены сведения о наличии или отсутствии наружных проявлений травм в виде ссадин, кровоподтеков, гематом, ран. Если же они были зафиксированы, то им не дана достаточно полная морфологическая характеристика (цвет, размеры, контуры, состояние окружающих и прилежащих мягких тканей, цвет корочки и пр.) В частности, в 17,0% случаев кровоподтеки с медицинской точки зрения описаны неудовлетворительно и подменяются понятиями, не несущими достаточной информации; в 8,0% случаев отмечены разночтения в трактовке наличия повреждений в виде кровоподтека и гематомы: при первичном осмотре врачом указана гематома, а при повторных – кровоподтек, несмотря на то, что имеется общепринятое определение этих образований и их содержания. У каждого третьего пострадавшего отсутствуют указания на характер повреждения, а выставленный клинический диагноз не соответствует жалобам пациента и данным клинической симптоматики.

Экстренная травматологическая помощь становится более специализированной, технологически оснащенной и дорогостоящей, наблюдается нарастание хирургической активности, отмечается неукоснительный рост числа экстренных оперативных вмешательств в среднем на 25,0% ежегодно (рис. 1). По данным изучения комиссионных экспертиз по уголовным и гражданским делам, число претензий к врачам травматологам составляет около 6,6% от общего числа экспертиз. Доля дефектов медицинской помощи на госпитальном этапе составила 90,0%, догоспитальном – 10,0%. Чаще всего

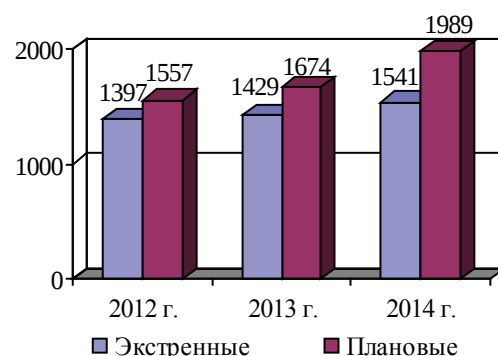


Рис. 1. Динамика оперативной активности, по отчетам заведующих отделениями

со стороны пациентов предъявляются претензии к оказанию именно экстренной травматологической медицинской помощи (64,0%). Более 90,0% больницы летальности у пострадавших травматологического профиля связано с экстренным характером госпитализации больных. По результатам экспертной оценки (данные изучения протоколов КИЛИ и ПИЛИ, а также комиссионных экспертиз), причинами летальности больных травматологического профиля, доставленных в стационар по экстренным показаниям, являются: поздняя обращаемость в стационар (несоблюдение принципов «золотого часа»), наличие у пациентов тяжелой сопутствующей патологии, инкурабельность пациентов, ошибки врачей стационаров (необоснованный выбор метода лечения, неправильное назначение медикаментозного лечения).

Основным критерием качества оказания экстренной помощи травматологическим больным является достижение максимального результата лечения. Установленный диагноз определяет стандарт последующего лечения. В ходе исследования нами выявлено, что относительно стандартов оказания медицинской помощи пациентам травматологического профиля стандартизация лечения не является безупречной. Существуют определенные ограничения в стандартизации лечебно-диагностического процесса. Медицинская наука не стоит на месте, принятые недавно стандарты сегодня уже устарели (например, в отношении лечения проксимальных переломов бедра). Стандарты постоянно подвергаются критике со стороны различных школ, практикующих иные медицинские подходы (например, много вопросов остается при стандартизации лечения пациентов с сочетанной травмой). На практике соблюдение требований стандартов (скорее

– протоколов лечения, содержащих алгоритм лечебно-диагностических мероприятий) возможно только в отношении небольшого числа неотложных состояний. Так, на догоспитальном этапе определены критерии, на основании которых может быть дана медико-экспертная оценка лечебно-диагностического процесса, а именно: наличие иммобилизации перелома, асептической повязки на ране, анестезия, ее адекватность, измерение АД, катетеризация периферической вены, наличие инфузионной терапии, ее объем, ЭКГ у лиц пожилого возраста.

Анализ дефектов оказания МП на этапах ее оказания позволяет выявить недостатки организации лечения и диагностики, что даст возможность поработать в последующем соответствующие рекомендации по улучшению организации лечебного процесса пациентам травматологического профиля. Например, при исследовании догоспитального этапа оказания МП выявлено, что из 350 пациентов, доставленных в приемное отделение бригадой СМП, у 196 (56,1%) диагностирована травма, не требующая госпитализации. В этой группе пострадавших при более точной догоспитальной диагностике медицинской помощь могла быть оказана на уровне травматологического пункта, что в значительной степени снизило бы загруженность стационара и сэкономило финансовые затраты. В настоящее время сложилась такая обстановка, что работа СМП в значительной мере зависит от качества работы поликлиник и травматологических пунктов, что неоднократно подчеркивалось другими исследователями. Таким образом, одной из основных причин необоснованного направления на госпитализацию является недостаточная квалификация врачебного персонала ЛПУ, который использует работу СМП в качестве перевозки, так как бригада СМП, которая приезжает на эти вызовы, является фельдшерской и не вправе оспаривать выставленный врачом ЛПУ диагноз. Наличие дефекта организации лечебного процесса.

Выявлено, что недовольство опрошенных пациентов вызвано не качеством самой медицинской помощи, а обращением к себе со стороны медицинского персонала (рис.2). Согласно полученным данным, 86,0% ре-

спондентов в возрасте от 30 лет, т.е. те, кто уже обращался за экстренной помощью ранее, отмечают, что общая культура обслуживания в стационарах, включая работу всех звеньев медицинского персонала, значительно снизилась именно с точки зрения деонтологии. Возросло число конфликтных ситуаций с пациентами. Так, практически все опрошенные врачи (98,0%) указали на их наличие. Очевидно, что нарушения не всегда связаны только с действиями врачей. Так, длительность ожидания приема, которая, как считают пациенты, провоцирует конфликты, зависит, как было установлено, не только от расторопности врача, а скорее, от системы организации его работы. Еще одна причина недовольства пациентов – отсутствие ожидаемых результатов лечения, что прежде всего связано с ограничением ресурсными возможностями существующей системы здравоохранения в рамках полиса ОМС. При этом следует отметить, что у большинства населения нашей страны отсутствует мотивация на здоровьесберегающее поведение на фоне увеличения ожиданий и запросов [2]. Как показали наши исследования, 18,7% обратившихся за экстренной помощью отягощено алкогольным или наркотическим опьянением.

Последние несколько лет в отечественной системе здравоохранения происходят реформаторские изменения, направленные на ее оптимизацию. Одним из итогов преобразований уже стало, например, сокращение числа дежурных врачей по оказанию ургентной помощи. В настоящее время проходит общественное обсуждение проекта приказа, утверждающего типовые отраслевые нормы времени посещения пациентом врача: за определенный промежуток времени врач должен установить контакт с больным на уровне взаимопонимания, далее провести его обследование (например, в случае травмы он включает обязательный рентген, ультразвук, общие анализы), назначить лечение, направить на госпитализацию, заполнить весь необходимый пакет документов [4]. В итоге получается, что на врача лежит не только «груз» моральной (за жизнь больного), но и юридической ответственности. Как показали наши исследования, в правовом отношении медицинские работники защищены недостаточно.

Мы полагаем, что проведенный нами анализ позволит улучшить качество МП пострадавшим травматоло-

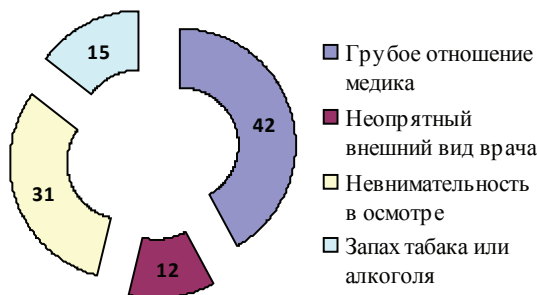


Рис.2. Оценка качества медицинской помощи потенциальными пациентами молодого возраста

гического профиля, а также снизить частоту возникновения конфликтов между врачами и пациентами, оптимизировать лечебный процесс.

Литература

1. Департамент здравоохранения города Москвы. Обзор обращений граждан в Департамент здравоохранения города Москвы. URL: <http://www.mosgorzdrav.ru>

The Department of Health in Moscow. Review of applications of citizens in the Moscow Health Department. URL: <http://www.mosgorzdrav.ru>

2. Евдокимов В.И. Методические проблемы оценки профессионального выгорания у врачей-травматологов / В.И. Евдокимов, А.И. Губин // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2009. – № 3. – С.85-91.

Evdokimov V.I. Methodical problems of assessment of burnout in doctors-traumatologists / V.I. Evdokimov, A.I. Gubin // Medical-biological and socio-psychological problems of safety in emergency situations. – 2009. – № 3. – P. 85-91.

3. Лядова М.В. Стандартизация оказания медицинской помощи как основной инструмент воздействия на ее качество: за и против / М.В. Лядова, Е.С. Тучик, А.В. Лядова // Труд и социальные отношения. – 2013. – №5. (107) – С. 141-150.

Liadova M.V. Standardization of care as the main tool of influence on its quality: the pros and cons / M.V. Lyadova, E.S. Tuchik, A.V. Lyadova // Labour and Social relations. – 2013. – №5. (107) – P. 141-150.

4. Министерство здравоохранения Российской Федерации. URL: <http://www.mosgorzdrav.ru/> (дата обращения 01.02.2015).

The Ministry of Health of the Russian

Federation. URL: <http://www.mosgorzdrav.ru/> (date of address 01.02.2015).

5. Приказ Минздравсоцразвития от 24.04.2008 № 194н. «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека». – М., 2008.

Order of the Health Ministry 24.04.2008 № 194n. «On approval of the medical criteria for determining the severity of harm to human health». – M., 2008.

6. Сергеев Ю.Д. Ненадлежащее оказание экстренной медицинской помощи (экспертно-правовые аспекты) / Ю.Д. Сергеев, Ю.В. Бисюк // Научно-практическое руководство. Авторская академия. – М.: Товарищество научных изданий КМК, 2008. – 399 с.

Sergeev Yu.D. Inadequate emergency medical aid (expert and legal aspects). / Yu.D. Sergeev, Yu. V. Bisyuk // Scientific and practical guidance. Author Academy. – M.: KMK Partnership scientific publications, 2008. – 399 p.

Л.А. Апросимов, Д.А. Чичахов

ДИНАМИКА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ КАДРАМИ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

УДК 614.2:616-051(571.56)

Проведен анализ динамики обеспеченности населения РС (Я) врачами всех специальностей, врачами педиатрического профиля с учетом детских хирургов, детских эндокринологов, детских онкологов за 1995-2013 гг. В целом по РС (Я) за исследуемый период отмечается увеличение обеспеченности детского населения врачами педиатрического профиля. Рост обеспеченности врачами педиатрами, как в РФ, так и в РС (Я) произошел в основном за счет сокращения детского населения и, в меньшей степени, увеличения численности самих врачей. Проведенное исследование выявило рост обеспеченности врачами педиатрического профиля только на густонаселенных территориях и сохранение недоступности педиатрической помощи на территориях с низкой плотностью населения РС (Я).

Ключевые слова: медицинские кадры, обеспеченность врачами, обеспеченность средним медицинским персоналом, кадровая политика здравоохранения, педиатрическая служба, соотношение врачей и среднего медицинского персонала.

The analysis of the dynamics of the supply of the Sakha (Yakutia) Republic population by physicians of all specialties, doctors-pediatricians, taking into account the pediatric surgeons, pediatric endocrinologists, pediatric oncologists for the 1995-2013 was done. In general in the Sakha Republic (Yakutia) during the analyzed period the increase of the children's population by doctors staffing of the pediatric profile was marked. This increase happened, both in Russia and in the Republic Sakha (Yakutia), mainly due to the reduction of the child population and, to a lesser extent, increasing the number of doctors themselves. The study has revealed the growth of doctors - pediatricians just in densely populated areas and the preservation of the unavailability of pediatric care in areas with low population density of the Sakha (Yakutia) Republic.

Keywords: medical staff, doctors staffing, nurses staffing, pediatric service, the ratio of doctors and nurses.

Введение. В настоящее время здравоохранение Республики Саха (Якутия) (РС (Я)) представляет собой мощную государственную структуру, имеющую разветвленную сеть лечебно-профилактических учреждений. Значительным является его вклад в стабилизацию показателей демографического развития региона. Сегодня система здравоохранения РС (Я), в трудные годы на рубеже веков сумевшая усилиями организаторов сохранить свою практическую значимость, провела реструктуризацию своих ресурсов, что обеспечило её дальнейшее

развитие. Но в то же время показатели здоровья населения республики, медленный демографический рост, недостаточная эффективность системы здравоохранения требуют ресурсных инвестиций и, в большей степени, кадровых ресурсов.

Т.Е. Уварова и Т.Е. Бурцева [4] при проведении исследования медицинской обеспеченности районов компактного проживания коренных малочисленных народов Севера в РС (Я) отметили продолжающееся сокращение основных ресурсов (численность ЛПУ, коечного фонда, кадров и т.д.). Данное сокращение произошло именно на малонаселенных территориях РС (Я) при «избыточных», по сравнению с общефедеральными, показателях обеспеченности населения всей республики. Такое положение дел де-

монстрирует несостоятельность нормирования медицинской обеспеченности населения, ориентированной на число проживающего населения, что является нарушением конституционных прав граждан Российской Федерации (РФ) на доступное медицинское обслуживание. Это обстоятельство отмечено не только в районах Крайнего Севера, но и на других малонаселенных территориях: в Сибири [2, 3], районах центральной России [1] и др.

В связи с тем, что показатель обеспеченности врачами является наиболее обобщенным критерием уровня медицинской помощи, то анализ его представляет особый интерес для любой региональной системы здравоохранения. Следует отметить, что наиболее сложные процессы в настоящее время происходят на районном

АПРОСИМОВ Леонид Аркадьевич – к.м.н., доцент, декан ФПОВ СВФУ им. М.К. Аммосова, leoapros@mail.ru; **ЧИЧАХОВ Дьулустан Анатольевич** – д.м.н., гл. педиатр МЗ РС (Я), gulustaan@rambler.ru.