

УДК: 616-007.21-036.86:614.258(477.63)

АНАЛІЗ ДЕФЕКТІВ ЛКК ПО ДНІПРОПЕТРОВСЬКОМУ ОЦК МСЕ

Лукьянченко Т.М., Павловских О.А., Чемирисов В.В, Савощенко Н.Д., Соловійов О.Я.,
Малий М.Ю.

КЗ «Обласний клінічний центр МСЕ ДОР»

Лікарсько-консультативні комісії (ЛКК) є третім рівнем експертизи непрацездатності, та, крім іншого, вирішують питання про направлення пацієнтів до медико-соціальної експертної комісії (МСЕК) на огляд або консультацію у випадках, передбачених чинним законодавством. До складу ЛКК входить голова та члени – терапевт, хірург, отоларинголог, офтальмолог, гінеколог, травматолог та лікуючий лікар.

Оскільки ЛКК належить провідна роль у експертизі ступеня зниження стану життєдіяльності та пов'язаної з цим тимчасової та стійкої працездатності, то дефекти у її роботі можуть вести до порушення прав хворих на отримання соціальної допомоги та захисту внаслідок експертних помилок.

З метою підвищення якості проведення МСЕ у хворих та інвалідів ГУОЗ ОДА видав ряд наказів, які зобов'язують голів МСЕК щоквартально надавати інформацію про виявлені дефекти у роботі ЛКК і направляти листи про це головним лікарям ЛПЗ району обслуговування та їх заступникам з питань експертизи (головам ЛКК). Крім листів з інформацією про неякісну роботу ЛКК, продовжено практику запрошення на засідання МСЕК лікарів ЛПЗ з метою удосконалення знань в області експертизи тимчасової та стійкої непрацездатності, пов'язаної зі зниженням життєдіяльності та проводиться обговорення актуальних питань співпраці на семінарських заняттях з головами ЛКК.

Аналіз дефектів роботи ЛКК ведеться для:

- А. Забезпечення максимальної об'єктивності при винесенні експертних вирішень;
- Б. Досягнення відповідності медико-експертної документації вимогам чинного законодавства;
- В. Зменшення кількості несвоєчасних та необгрунтованих направлень хворих на МСЕК;
- Г. Профілактики оскарження рішень МСЕК.

Треба відзначити, що за період 2011–2013 років кількість дефектів у медичній документації при направленні на МСЕК помітно знизилася, але помилки все ще трапляються. Структура та кількість дефектів ЛКК наведена у таблиці 1.

Таблиця 1

Структура та кількість дефектів ЛКК

№ з/п	Тип дефекту	2011	2012	2013
1	Дефекти у формулюванні діагнозу	527	370	299
2	Невідповідність стану (гіперболізація або применшення)	324	248	203
3	Відсутність необхідних допоміжних обстежень	312	253	200
4	Відсутність необхідних оглядів суміжних спеціалістів	235	185	78
5	Неінформативність виписок з амбулаторних карток	535	241	132
6	Неповне заповнення граф форми 088/о	315	207	120
7	Неякісне заповнення (відсутність) планів реабілітаційних заходів	301	162	142

8	Необгрунтоване направлення на МСЕК	216	149	100
9	Неякісне ведення амбулаторної картки	347	202	104
10	Перевищення терміну перебування на листку непрацездатності	26	33	23
11	Несвоєчасне направлення на переогляд	70	89	37
12	Тривалий термін оформлення «Направлення на МСЕК» – форма 088/о	54	41	87
13	Всього:	3260	2180	1525

Аналіз дефектів формулювання діагнозу показав, що кількість їх знизилася за період, який вивчається майже у 2 рази, але рівень їх залишається ще неприпустимо великим.

До типових дефектів відносяться:

- невідповідність діагнозу МКХ-10;
- відсутність інформації про час, коли був вперше виявлений діагноз; його ускладнення; про перебіг захворювання; частоту та важкість загострень при пароксизмальних станах; проведених діагностичних та лікувальних заходів; дату та вид оперативних втручань; відсутність даних гістологічних досліджень при онкопатології;
- не зазначені супутні захворювання та ступень їх важкості;
- діагноз не має ступеню функціональних порушень, до яких призвело основне та супутні захворювання, їх ускладнення. Тобто, не визначена яка саме категорія життєдіяльності чи їх сполучення і у якому ступені є обмеженою внаслідок втрати здоров'я.

Вищезазначені помилки цілком та повністю допущені внаслідок службової недбалості або ж низької кваліфікації саме голови ЛКК та в другу чергу – її членів.

До іншої групи дефектів роботи ЛКК відносяться помилки в оцінці ступеня зниження життєдіяльності, викликані порушеннями здоров'я. При цьому, має місце як гіпердіагностика, так і гіподіагностика. Обидва випадки є небажаними, бо з одного боку порушають права хворого, які отримують не відповідний законодавству обсяг соціальних пільг; з другого боку можуть вести за собою адміністративну чи кримінальну відповідальність за навмисне нанесення матеріальної шкоди органам, які відповідають за соціальну допомогу. Відрізнити добросовісну діагностичну помилку від дій, які направлені на свідомий обман соціальних структур, зокрема надання меддокументації, яка невірно віддзеркалює дані про стан пацієнта, досить важко.

Має місце відсутність методів обстеження, які характеризують стан здоров'я та ступінь функціональних порушень хворого. На тепер, після широкого впровадження у практику нових (інтроскопічних, ендоскопічних, лабораторних та ін.) методів дослідження, діагностика захворювань та їх ускладнень значно спростилися, але висока вартість самих досліджень та витратних матеріалів (як правило, імпортованих) роблять їх практично недоступними для абсолютної більшості інвалідів. Внаслідок цього, треба проводити обстеження осіб, які направляються на МСЕК тільки у обсязі, які підтверджують діагноз, а документація недообстежених хворих повинна повертатися до ЛКК ще на стадії подачі документів.

Неякісне заповнення планів реабілітаційних заходів також ще має місце. Зокрема, не вказані групи медичних препаратів для лікування, не включені заходи по забезпеченню засобами пересування та ортопедичними виробами, не зазначена потреба в оперативних

методах лікування, у т.ч.. відновного. Зрозуміло, що на тепер плани реабілітаційних заходів мають характер побажань за відсутності фінансування, проте їх наявність та повнота є невід'ємною частиною комплексної реабілітації інваліда.

Неінформативність виписок з амбулаторної карти утруднює роботу МСЕК. Часто виписка не завірена штампами, печаткою лікарні, власною печаткою лікаря. Найбільш суттєвим дефектом є відсутність динаміки перебігу захворювання. Фактично дефекти діагнозу обумовлені дефектами ведення амбулаторної карти та виписки з неї.

Неякісне чи неповне заповнення форми 088/о «Направлення на МСЕК» включають: відсутність дати видачі її (з якого часу під наглядом ЛПЗ), поштову адресу місця роботи, загальну кількість днів непрацездатності, зміну професії, відсутність підписів членів ЛКК, тощо.

Необґрунтоване направлення на МСЕК хоча і дещо знизилося, та також має ще місце. Хоча ЛКК не має права відмовити громадянину від направлення на МСЕК, проте це можна розцінювати як небажання конфліктувати з хворим та перекладення відповідальності за відмову визнати пацієнта інвалідом на МСЕК.

Хоча тривалий термін оформлення посильних листів може бути викликаний об'єктивними причинами, випадки оформлення документів впродовж 2-х місяців є неприпустимими.

Суттєвим дефектом є відсутність записів суміжних спеціалістів при наявності супутньої патології та відсутність записів вузьких спеціалістів з патології, яка призводить до інвалідності (наприклад, онколога при захворюванні раком без залежності від локалізації пухлини).

Несвоєчасне направлення інвалідів на переогляд є також суттєвим дефектом роботи ЛКК у цілому, та неякісним проведенням диспансеризації й виконанням ППР зокрема.

Необґрунтоване перевищення термінів перебування на листку непрацездатності без огляду МСЕК (без поважних причин) є дією, яка наносить матеріальну шкоду Фонду страхування від тимчасової непрацездатності та повинна бути відшкодована за рахунок лікаря, який лікує та голови ЛКК у адміністративному чи судовому порядку.

До дефектів ЛКК відноситься звертання особи на МСЕК за документами людини, яка померла (1 випадок спроби змінити причинний зв'язок інвалідності).

Таким чином, зниження кількості дефектів у медичній документації, яка направляється на МСЕК за період 2011–2013 рр. говорить про ефективність заходів, які для цього використовуються. Тем не менш, вважаємо доцільним продовження співпраці ЛКК та МСЕК для подальшого зниження дефектів документації, що направляється на МСЕК шляхом:

- посилення контролю головами ЛКК за якістю заповнення документації, яка направляється на МСЕК та відповідності її чинному законодавству;
- продовження щоквартального аналізу дефектів ЛКК головами обласних та міжрай МСЕК;
- проведення постійного розбору дефектів та помилок ЛКК на заняттях МСЕК з лікарями ЛПУ району обслуговування;
- систематичного проведення семінарських занять головами ЛКК з питань експертизи;

- проведення МСЕ тільки тим хворим, які пройшли повне обстеження та після проведення заходів, які передбачені «Положенням...» № 1317.
- своєчасного інформування головних лікарів ЛПЗ про наявність дефектів у роботі ЛКК.