Автор: agorachev
17.05.2018 00:00

Апрель 2018 года, г. Москва

Использование разной терминологии, несогласованность клинических и морфологических классификаций, их несоответствие «Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра» (МКБ-10), противоречия в действующих нормативно-методических документах приводят к проблемам в организации и оказании медицинской помощи, неверному статистическому учету. Заслушав и обсудив выступления специалистов различного профиля – статистиков, клиницистов, патологоанатомов и судебно-медицинских экспертов на симпозиумах и круглом столе, организованных в рамках XXV Конгресса «Человек и лекарство», все участники констатировали ряд проблем, связанных с выбором первоначальной причины смерти и последующей оценкой показателей смертности от отдельных причин.

1. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) ежегодно вносит изменения в МКБ-10, которые публикуются на официальном сайте ВОЗ, но эти изменения регулярно не переводятся, не публикуются и практически не используются в Российской Федерации, хотя отдельные новые правила кодирования и выбора первоначальной причины смерти направляются в регионы письмами Минздрава России и методическими рекомендациями ЦНИИОИЗ МЗ РФ.

2. Правила выбора «основного заболевания (состояния)» в статистике заболеваемости и «первоначальной причины смерти» в статистике смертности определены МКБ-10, однако не всегда используются практическими врачами, не только в России, но и в других странах мира.

3. Международная статистическая классификация болезней не является образцом для формулирования клинического, патологоанатомического и судебно-медицинского диагноза, а служит только для его формализации. В связи с этим невозможно достигнуть полной соподчиненности клинических и морфологических классификаций с классификацией МКБ-10.Многие нозологические единицы, которые содержатся в МКБ-10, традиционно не используются клиницистами в прижизненной диагностике состояний и заболеваний, а также патологоанатомами и судебно-медицинскими экспертами по результатам вскрытий, нет согласованности между клиницистами и патологоанатомами в употреблении ряда терминов. Часть представленных в МКБ формулировок не имеет клинических и морфологических объяснений и обоснований. Не определены клинические и морфологические критерии для установления данных диагнозов, нет классификаций для данных состояний.

4. В последние годы в России посмертные диагнозы и медицинские свидетельства о смерти оформляют у 40-44% умерших врачи-клиницисты (без проведения вскрытий), в 20-23% - патологоанатомы и в 36-37% - судебно-медицинские эксперты (по результатам посмертных патологоанатомических и судебно-медицинских исследований). Процент вскрытий ежегодно растет, причем до 65% вскрытий в судебно-медицинской экспертизе составляют умершие от ненасильственных причин смерти (преимущественно - скоропостижная смерть), которые в части случаев могут направляться на патологоанатомические вскрытия. Приказ Минздрава России от 04.12.1996 г. № 398 «О кодировании (шифровке) причин смерти в медицинской документации» возложил на врачей, а не специалистов по статистике обязанность кодировать по МКБ (тогда МКБ-9) медицинскую документацию, в то время как во многих странах это является функцией специалистов по статистике. Хотя это не устраняет ошибки кодирования причин смерти по МКБ-10, если врачи не формулируют диагнозы в соответствие с требованиями МКБ. Несмотря на определенные успехи в повышении качества оформления диагнозов, медицинских свидетельств о смерти и кодирования причин смерти по МКБ-10, а также объективизации ряда показателей смертности населения в России, сохраняются серьезные проблемы, требующие консенсуса специалистов различного профиля – статистиков, клиницистов и морфологов. Прежде всего, это касается объективизации установления посмертных диагнозов и первоначальных причин смерти, подлежащих впоследствии кодированию по МКБ-10 и статистическому учету. Так, процент расхождений заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов, в среднем, по РФ, упал за 15 лет в 10 раз, с 10-16% в начале 2000-х гг., до 1,2% в 2016 г. По международной модели расчета, с учетом процента вскрытий, этот показатель должен быть не ниже 20% (в странах ЕС он составляет в последние годы 12-33%, в США – 14-24%). Основными факторами, влияющими на объективность формулировки и сопоставления диагнозов, являются не столько квалификация врачей, сколько экономическое (санкции ФОМС и разная «стоимость» диагнозов) и административное

(парадокс снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний при сохранении общего показателя смертности населения ряда регионов) давление на результаты вскрытий, накопившиеся нерешенные организационные проблемы, касающиеся работы патологоанатомической службы в стране. 5. Наиболее остро вопрос о правилах формулировки диагнозов и кодирования причин смерти стоит для класса IX МКб-10 – болезней органов кровообращения, а именно ИБС и ЦВБ. Статистические данные о причинах смерти населения в России несопоставимы с таковыми в других странах. Так, в России, по сравнению с США, в 2000-2015 гг. была в 1,6 раз ниже смертность от острых форм ИБС, но в 1,3 раза выше – от хронических (хронические формы в группе ИБС составили 88%); в 200 раз - выше смертность от инфаркта головного мозга, вызванного неуточненными причинами; в 200 раз - выше доля «Гипертензивной энцефалопатии» в смертности от ЦВБ (причем этот код должен применяться крайне редко, только при гипертоническом кризе); в 50 раз - выше доля «Других уточненных поражений сосудов мозга (хроническая ишемия мозга)» и в 105 раз - ниже смертность от болезни Альцгеймера и т.д [1,2,3]. Близкая ситуация отмечается с регистрацией смертей от алкогольной кардиомиопатии. Приведенные данные свидетельствую о том, что статистические данные о причинах смерти населения в России носят искажённый характер. 6. В части случаев, особенно у умерших пожилого возраста имеются коморбидные состояния и врачам бывает сложно, руководствуясь правилами МКБ-10, выделить одно ведущее состояние (заболевание) – первоначальную причину смерти. Учитывая высокую распространенность мультиморбидной патологии в популяции, проблема требует внимания специалистов, как с точки зрения оказания медицинской помощи, так и уточнения состояния здоровья пациентов, должна быть отражена в определенных рубриках диагноза, а в перспективе подлежать обязательному статистическому учёту.

7. Наиболее распространенными ошибками при оформлении медицинских свидетельств о смерти являются (учитывая исследование, проведенное в Иркутске): переписывание диагноза из медицинских карт без изменений, включение развернутого диагноза, неправильный выбор первоначальной причины смерти, неверный порядок патологических состояний, включение нескольких заболеваний в одну строку, указание в качестве первоначальной и непосредственной причины смерти болезней, таковыми не являющихся, использование сокращений и аббревиатур, отсутствие или неверное определение кода МКБ [4].

8. Серьезной проблемой является то, что достаточно большая доля смертей регистрируется в селах и небольших населенных пунктах, пациенты пожилого возраста часто умирают дома, без обращения за медицинской помощью в течение месяцев, а иногда и лет, что приводит к появлению в свидетельствах неуточненных первоначальных причин смерти и вызывающей настороженность тенденции

необоснованного расширения использования диагноза "Старость".

9. Все это, наряду с отсутствием единого учебного центра и системы обучения по МКБ в Российской Федерации приводило к многочисленным ошибкам кодирования (межклассовым — до 20 %, внутриклассовым - до 40 %). Таким образом, результаты обсуждения свидетельствуют о проблемах сопоставимости данных о смертности от отдельных причин (в динамике, между регионами России, между Россией и другими странами), что обусловлено:

1. Проблемами в статистической оценке смертности от отдельных причин.

2. Использованием разных подходов и критериев к формулировке диагнозов, несоблюдением правил выбора первоначальной причины смерти и неправильным кодированием.

3. Несоответствием терминов и формулировок, используемых в МКБ, терминам и формулировкам, используемым в клинической, патологоанатомической и судебно-медицинской практике (особенно при ИБС).

4. Отсутствием полноценной системы обучения врачей, ординаторов и студентов принципам формулировки диагнозов с учетом правил МКБ.

5. Недостаточным внедрением автоматизированной системы кодирования, использование которой изменяет структуру смертности (например, согласно результатам пилотных исследований, доля смертей от болезней системы кровообращения снижается с 55% до 36-38%).

Учитывая представленные данные, участники Круглого стола считают целесообразным дальнейшее изучение вышеперечисленных вопросов на уровне профессиональных медицинских обществ с привлечением специалистов смежных специальностей.

По итогам обсуждения было принято решение о создании междисциплинарной рабочей группы под руководством Департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Минздрава России, с целью обсуждения и возможной реализации следующих предложений:

 поэтапно передать кодирование причин смерти по МКБ-10 в России специалистам по медицинской статистике;

 совместно с ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко» РАН, ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России под руководством Департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Минздрава России создать, утвердить и внедрить во всех регионах страны единую автоматизированную систему для

оформления и формирования базы данных медицинских свидетельств о смерти, с возможным многофакторным анализом причин смерти;

 сформулировать задачи профессиональным медицинским ассоциациям по разработке единых клинико-морфологических классификаций, не противоречащих МКБ-10 с соответствующими синонимами для применения в диагнозах и кодирования по МКБ-10;

 издать на русском языке приложение к МКБ-10 (уточнения и дополнения по последней актуальной версии), доработать т. 3 МКБ-10 как справочник с клиническими, морфологическими и статистическими синонимами терминов классификаций болезней, прежде всего, ИБС; привести в соответствие с 323-ФЗ и МКБ-10 (2017) и издать единые рекомендации Минздрава России по формулировке и кодированию диагнозов;

 организовать на базе учебного центра Сотрудничающего центра ВОЗ в России по семейству международных классификаций обучение врачей всех специальностей единым правилам формулировки диагноза (пригодного для последующей кодировки по МКБ): включить раздел «учение о диагнозе» в соответствующие учебные программы ВУЗов и НМО по всем специальностям;

 принять положение, что сам факт (и процент) расхождения диагнозов не является дефектом оказания медицинской помощи, разработать и утвердить правила сличения заключительного клинического и патологоанатомического/судебно-медицинского диагнозов, организации и проведения комиссий по анализу летальных исходов (КИЛИ) и клинико-анатомических конференций (КАК); внести соответствующие изменения в Законодательные акты РФ, нормативную базу Минздрава России и ФОМС;

 завершить централизацию патологоанатомической службы, начатую в России 1988 г. (Приказ МЗ РСФСР от 04.01.1988 г. № 2), организовать целевую подготовку кадров для скорейшего устранения острого дефицита кадров врачей-патологоанатомов, повысить качество их подготовки и внести соответствующие уточнения и дополнения в нормативные документы патологоанатомической службы;

 организовать вертикально-структурированную (регионы-центр) и постоянно действующую комиссионную структуру по контролю над оформлением и кодированием диагнозов и медицинских свидетельств о смерти с участием специалистов по статистике, врачей-патологоанатомов и судебно-медицинских экспертов.

 организовать Всероссийское совещание по вопросу смертности от болезней системы кровообращения с приглашением главных внештатных специалистов субъектов РФ по кардиологии, патологической анатомии, судебно-медицинской экспертизе, специалистов службы медицинской статистики для решения на совещании вопроса о целесообразности создания рабочей группы и последующей разработки методических рекомендаций по вопросу формулирования диагнозов при болезнях системы кровообращения, правил кодирования и выбора первоначальной причины смерти с учетом решений и предложений рабочей группы при Минздраве России.

Автор: agorachev
17.05.2018 00:00

Рабочая группа: Барбараш О.Л., член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор (Кемерово директор ФГБНУ НИИ Комплексных проблем сердечно сосудистых заболеваний), Бойцов С.А., член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор (директор ФГБУ " НМИЦ Кардиологии" Минздрава России, Москва), Вайсман Д.Ш., д.м.н. (вед. научный сотрудник ФГБУ "ЦНИИОИЗ" Минздрава России, Москва),

Галявич А.С., д.м.н., профессор (вице-президент РНКО, заведующий кафедрой кардиологии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России Казань),

Драпкина О.М., д.м.н., профессор (директор ФГБУ «НМИЦ профилактической медицины» Минздрава России)

Забозлаев Ф.Г., д.м.н., профессор (профессор кафедры клинической лабораторной диагностики и патологической анатомии ИПК ФМБА России, главный патологоанатом ФМБА России)

Зайратьянц О.В., д.м.н., профессор (заведующий кафедрой патологической анатомии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова МЗ РФ, Заслуженный врач РФ, главный патологоанатом Росздравнадзора по ЦФО РФ),

Какорина Е.П., д.м.н., профессор (директор Департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации Москва),

Кактурский Л.В., член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор (научный руководитель ФГБНУ НИИ морфологии человека, главный патологоанатом Росздравнадзора, Президент Российского общества патологоанатомов)

Клевно В.А., д.м.н., профессор (главный судебно-медицинский эксперт МО, начальник Бюро СМЭ МО, Президент ассоциации судебных медиков)

Самородская И.В., д.м.н., профессор (руководитель лаборатории демографических аспектов здоровья населения ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва),

Черкасов С.Н., д.м.н., профессор (заведующий отделом исследований общественного здоровья ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А.Семашко», руководитель Сотрудничающего центра ВОЗ по семейству международных классификаций, Москва).

Литература

1. Сравнительный анализ смертности населения от острых форм ишемической болезни сердца за пятнадцатилетний период в рф и сша и факторов, влияющих на ее формирование Бойцов С.А., Самородская И.В., Никулина Н.Н., Якушин С.С., Андреев Е.М., Зайратьянц О.В., Барбараш О.Л. Терапевтический архив. 2017. Т. 89. № 9. С. 53-59.

2. Оценка возможности сравнения показателей смертности от болезней системы кровообращения в россии и сша Бойцов С.А., Андреев Е.М., Самородская И.В. Кардиология. 2017. Т. 57. № 1. С. 5-16.

3. Статистическая, клиническая и морфологическая классификация ишемической болезни сердца — есть ли возможность объединения? Бойцов С.А., Самородская И.В., Галявич А.С., Белялов Ф.И., Вайсман Д.Ш., Явелов И.С., Никулина Н.Н., Якушин С.С., Зайратьянц О.В., Какорина Е.П. Российский кардиологический журнал. 2017. № 3 (143). С. 63-71

4. Резолюция круглого стола на тему «Вклад болезней системы кровообращения в структуру общей смертности: вопросы и проблемы». Здравоохранение Российской Федерации. 2016. Т. 60. № 5. С. 277-280.