

Категория: Управление качеством медицинской помощи

Опубликовано: Четверг, 22 июня 2017, 02:56

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 3755

---

Если хочешь быть сухим

в самом мокром месте...

(© В.Маяковский)

Уважаемые коллеги!

В этой статье обсуждаются проблемы организации деятельности медицинских организаций и управления качеством медицинской помощи в связи с появлением новых федеральных отраслевых нормативных актов, регулирующих вопросы экспертизы качества медицинской помощи и контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Судя по всему, возникли очередные деформации системы здравоохранения Российской Федерации, произведённые «отраслевым регулятором», и как-то надо их компенсировать на уровне медицинской организации.

А искажено всё существенно.

Новые приказы Минздрава России:

– от 10 мая 2017 года № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (регистрация в Минюсте России № 46740 от 17.05.17) вступает в силу с 1 июля 2017 года), вступает в силу с 1 июля 2017 года (далее – приказ 203н);

– от 16 мая 2017 года № 226н «Об утверждении Порядка осуществления экспертизы качества медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании» (регистрация в Минюсте России № 46910 от 31.05.17) вступил в силу с 12 июня 2017 года (далее – приказ 226н);

– аналогичный «Порядок осуществления экспертизы качества медицинской помощи, оказываемой в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании», находится на регистрации в Минюсте.

Указанные документы меняют не только критерии оценки качества, административные регламенты надзорных органов или правила для страховых медицинских организаций, но саму федеральную политику в области качества. Не самым лучшим образом. Даже, пожалуй, одним из самых плохих способов, что можно было в принципе придумать. Хуже может быть только, если не пустить по следу, как сейчас, а приставить к каждому врачу «контролёра» со списками «критериев оценки качества

Категория: Управление качеством медицинской помощи

Опубликовано: Четверг, 22 июня 2017, 02:56

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 3755

---

медицинской помощи» (которые, как мы уже знаем, на самом деле вовсе не критерии оценки качества, а чек-листы исполнения безличных предписаний по лечению стандартных болезней, но не больных людей). Т.с., для непосредственного контроля. И, боюсь, до этого дойдёт, когда неадекватность «экспертизы качества медицинской помощи» (которая, как мы тоже знаем, никакая не экспертиза, а новейший вид контроля в форме надзора) по новым правилам станет всем очевидной, и её захотят усовершенствовать. Непременно, захотят. Вместо того чтобы просто выбросить.

Все эти вопросы, возникшие проблемы и возможные решения требуют обстоятельного рассмотрения. Здесь, пока, коротко. Т.с., концептуально.

3-й раздел приказа 203н содержит «критерии» «по группам заболеваний (состояний)» только для специализированной медицинской помощи (которая с некоторых пор у Минздрава стала почти синонимом стационарной) и только для некоторых, хотя и многочисленных, возможных клинических ситуаций. В самих наборах – отдельные признаки, относящиеся к диагностике, лечению и (не везде) результату оказания медицинской помощи с дихотомическим принципом оценки («да/нет»). Всё это не позволяет получить объективные и достоверные результаты экспертизы. Никак.

Если просто взять эти все наборы «критериев» «по группам заболеваний (состояний)» из приказа 203н (а их целых 231 набор из 2334 «критериев»!) и создать из них Приложения к картам внутреннего контроля (для двух- и трёхуровневой моделей контроля), будет ли от них какая польза? Эти наборчики «не пришей кобыле хвост» 3-го раздела приказа 203н ничего не дают для управления качеством, если их не «привязать» к цели – улучшению качества медицинской помощи через параметры более высокого уровня, имеющие прямое или опосредованное влияние на это самое качество.

Определение качества медицинской помощи дано в Федеральном законе от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон). Самое время вспомнить, что имевшиеся в приказе 422ан возможности связать «критерии» по «группам заболеваний» с целью авторами приказа 203н были тщательно вычищены. Для любой ситуации, не предусмотренной «критериями» 3-го раздела приказа 203н, оценить правильность выбора (и применения) методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации не представляется возможным, как и результат оказания медицинской помощи. И это, мягко скажем по слогам, недоразумение.

Что делать? Благо, приказ 226н регламентирует государственный и ведомственный контроль в неведомой форме «экспертизы» и ничего не

Категория: Управление качеством медицинской помощи

Опубликовано: Четверг, 22 июня 2017, 02:56

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 3755

---

предписывает относительно экспертизы качества медицинской помощи (по определению – профессионального исследования), проводимой в целях внутреннего контроля и управления качеством медицинской помощи в медицинской организации. Это позволяет в системе внутреннего контроля, как и прежде, делать всё правильно и, при этом, не нарушать установленные требования (что даётся всё трудней). Авторские технологии [экспертизы качества медицинской помощи](#) и [управления качеством медицинской помощи по отклонениям](#) по-прежнему работают.

Поскольку все «критерии» в наборах 3-го раздела приказа 203н имеют отношение либо к диагностике, либо к лечению, либо к результату оказания медицинской помощи, и иных там нет, в Приложениях к картам внутреннего контроля мы распределили их на три соответствующие группы, со сводными показателями для каждой. Эти три позиции мы поместили в специальный раздел Карты внутреннего контроля (в амбулаторных или стационарных условиях), наряду с федеральными же «критериями» 1-го или 2-го разделов приказа 203н, и, вуаля! У нас появилась система управляемых параметров качества медицинской помощи из федеральных «критериев». Правда, кривая, в силу особенностей самих «критериев». Поправляем дальше.

Поскольку полномочия устанавливать «критерии оценки качества медицинской помощи» Законом переданы Минздраву, то свои критерии с аналогичным названием использовать мы не можем. Ай-яй, это страшное преступление! Однако никто и никогда не лишит нас возможности использовать необходимые нам для управления параметры процессов, составляющих медицинскую деятельность. В том числе, и процесса оказания медицинской помощи конкретному пациенту (и его центрального процесса – лечебно-диагностического). Соответственно, мы можем формулировать и помещать свои управляемые параметры процессов рядом с федеральными «критериями» сколько угодно, исправляя их откровенную кривизну, а также составлять собственные систематизированные наборы. Главное, при этом, федеральные «критерии» не трогать, вместе с их дихотомическими «чекбоксами». Пришли проверяющие – вот вам, пожалуйста, таблички с федеральными «критериями» и первая колонка с дихотомией, всё остальное вас не касается. Действительно, не касается. В суде это будет доказать – на раз, два. Для удобства, собственные управляемые параметры лучше отмечать каким-либо значком. Всё. Здесь поправили. Решаем следующую проблему.

Приказ 203н будет ещё не раз и не два меняться, да и собственные управленческие потребности тоже. Так, и здесь можно снизить вред! Форму Приложения к карте внутреннего контроля утверждаем жёстко, в приложении к локальному Положению о внутреннем контроле или Порядку, а сами наборы «критериев» и управляемых параметров утверждаем в каждой форме отдельно («левым» грифом). Менять можно хоть каждый день. Процедуры описываем в локальном Порядке экспертизы. В общих чертах,

Категория: Управление качеством медицинской помощи

Опубликовано: Четверг, 22 июня 2017, 02:56

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 3755

---

всё. Обязательно ещё поговорим обо всех делах подробно, со скриншотами, как обычно.

В завершение, несколько слов о практических аспектах перехода на новые федеральные критерии оценки качества медицинской помощи. Да, [решения разработаны и представлены](#), однако для полноценной их реализации ещё предстоит наработать свои управляемые параметры для Приложений к картам внутреннего контроля. Постепенно и лучше сообща. Нужные шаблоны и примеры – дополнений управляемых параметров к федеральным «критериям» и целиком состоящее из собственных параметров Приложение для первичной медицинской помощи (на основе клинических рекомендаций) есть. Постараемся в ближайшее время подготовить публикацию с ними для обсуждения.

---

[Базовый пакет технологий экспертизы качества и управления качеством медицинской помощи по отклонениям](#)

---

Всегда ваши, команда Здрав.Биз и Андрей Таевский.