Категория: Стратегические вопросы и проблемы управления качеством
Опубликовано: Понедельник, 01 августа 2016, 21:05
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 4627

Проект приказа Минздрава России «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» 1 июля 2016 года анонсирован на Федеральном портале проектов нормативных правовых актов с ID 02/08/07-16/00050309 и опубликован на некоторых профессиональных медицинских ресурсах в сети Интернет с ограниченным доступом (далее – Проект).

Каша стройными рядами, или проект федеральных критериев оценки качества – 2016. Часть I. Изменения

Прежде всего, рассмотрим, какие предполагается произвести изменения критериев оценки качества медицинской помощи относительно утверждённых приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 июля 2015 года № 422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», зарегистрированного в Минюсте 13 августа 2015 года (далее – Приказ)?

Первый раздел Проекта: всё законно

«Общие положения». Содержит три пункта вместо одного пункта Приказа («Настоящие критерии оценки качества медицинской помощи (далее – Критерии) сформированы на основе порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации, клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разработанных и утвержденных медицинскими профессиональными некоммерческими организациями»):

1.1. Настоящие критерии оценки качества медицинской помощи (далее – критерии качества) применяются при оказании медицинской помощи в медицинских и иных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность, имеющих лицензию на медицинскую деятельность, полученную в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

1.2. Критерии качества применяются в целях оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

1.3. Критерии качества применяются по группам заболеваний (состояний) и по условиям оказания медицинской помощи (в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара и стационарных условиях).

Логика изменений понятна: подзаконный акт должен соответствовать закону, во исполнение требований которого он создаётся. В нашем случае, Федеральному закону от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об

Phoca PDF

Категория: Стратегические вопросы и проблемы управления качеством
Опубликовано: Понедельник, 01 августа 2016, 21:05
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 4627

основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон).

Кстати, о нумерации пунктов: разделы Проекта обозначены римскими цифрами, а пункты – арабскими, состоящими из двух чисел, первое число которых соответствует номеру раздела, а второе – порядковому номеру пункта в этом разделе. Однако в делопроизводстве принята сквозная нумерация пунктов официальных документов. Т.е., это первое число лишнее, пункты Проекта должны и обозначены быть пунктами («1», «2» и т.д.), а не подпунктами («1.1», «1.2» и т.п.). Выглядит это примерно так: «Раздел I: пункты 1, 2, 3…»; «Раздел II: пункты 3, 4, 5…» и т.д. Пункты могут содержать подпункты, которые пронумеровываются арабскими цифрами со скобкой, начиная с единицы, либо буквами. Это так, ликбез по случаю. В нашем разборе будем придерживаться оригинальной структуры Проекта с пунктами, обозначенными как подпункты и в каждом разделе нумерующимися заново.

Так, а где пункт 2 Приказа («Критерии применяются в целях оценки качества медицинской помощи при следующих заболеваниях и состояниях») с самим перечнем заболеваний и состояний? Он исчез? Вовсе, нет. Он перекочевал в третий раздел Проекта и радикальным образом переработан. Вернёмся к нему в порядке последовательного рассмотрения Проекта.

Второй раздел: найди семь отличий

Раздел II Проекта («Критерии оценки качества по условиям оказания медицинской помощи») и его пункты 2.1 и 2.2 («Критерии оценки качества в амбулаторных условиях» и «Критерии оценки качества в стационарных условиях и в условиях дневного стационара») против пунктов 3 и 4 Приказа («Критерии, применяемые при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях» и «Критерии, применяемые при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара»).

В целом, наблюдается дословное повторение, но исчезли некоторые подпункты. Из «амбулаторных» критериев (п. 3):

– пп. «б», ч. 2: «проведение осмотра пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме не позднее 2 часов с момента обращения в регистратуру медицинской организации»;

– пп. «е»: «включение в план обследования и план лечения перечня лекарственных препаратов для медицинского применения с учетом лекарственных препаратов, включенных в стандарты медицинской помощи, имеющих частоту применения 1,0, и клинические рекомендации (протоколы

Phoca PDF

Категория: Стратегические вопросы и проблемы управления качеством
Опубликовано: Понедельник, 01 августа 2016, 21:05
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 4627

лечения)»;

– пп. «н»: «лечение (результаты)» со всем содержимым: «отсутствие прогнозируемых осложнений, связанных с проводимой терапией», «отсутствие осложнений, связанных с дефектами обследования, лечения, выбора метода хирургического вмешательства или ошибок в процессе его выполнения».

Из «стационарных» критериев (п. 4):

– пп. «б», ч. 2 – 4: «проведение первичного осмотра пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме, безотлагательно», «проведение первичного осмотра пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме, не позднее 2 часов с момента поступления пациента в приемное отделение (дневной стационар) медицинской организации» и «проведение первичного осмотра врачом профильного отделения медицинской организации не позднее 3 часов с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар)». То есть, осталась лишь ч. 1: «оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, записью в стационарной карте»;

– пп. «е»: «включение в план обследования и план лечения перечня лекарственных препаратов для медицинского применения с учетом лекарственных препаратов, включенных в стандарты медицинской помощи, имеющих частоту применения 1,0, и клинические рекомендации (протоколы лечения);

– пп. «н»: «лечение (результаты)» со всем содержимым: «отсутствие прогнозируемых осложнений, связанных с проводимой терапией», «отсутствие осложнений, связанных с дефектами обследования, лечения, выбора метода хирургического вмешательства или ошибок в процессе его выполнения» и «отсутствие внутрибольничной инфекции».

То, что из наборов «амбулаторных» и «стационарных» критериев исчезли одни и те же пункты, наводит на мысль, что это произошло не случайно. К сожалению, нормативное творчество зачастую сопровождается досадными ошибками, сказывающимися на работе всей отрасли. Например, сбившаяся нумерация пунктов Приказа, где в п. 4 забыли подставить литеру «о» к одному из подпунктов (видимо, потому, что содержание его с этой же буквы начиналось), и самостоятельный подпункт (о порядке перевода пациента в другое отделение) превратился в дочерний к подпункту «н» (о назначении и выписывании лекарственных средств), при том, что по характеру, естественно, не имел к нему никакого отношения, а следующий

Phoca PDF

Категория: Стратегические вопросы и проблемы управления качеством
Опубликовано: Понедельник, 01 августа 2016, 21:05
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 4627

за ним подпункт стал подпунктом «о» вместо него. Каждая такая ошибка – это головная боль многих тысяч людей, использующих данный нормативный правовой акт в своей работе, серьёзное препятствие для автоматизации и фактор заведомой недостоверности учёта. В Проекте тоже не обошлось без «детских» ошибок: в пункте 2.1 за подпунктом «м» сразу следует подпункт «п». Алфавит изучают ещё дошкольники – правда, лишь организованные, кому посчастливилось ходить в детский сад, а из прочих – те, кому более-менее повезло с родителями.

Чем обусловлено странное исчезновение некоторых (причём, немаловажных) пунктов, коль оно не случайно? Созданием третьего раздела, «Критерии качества по группам заболеваний (состояний)», где определены предельные сроки оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме и проведения первичного осмотра, необходимость проведения отдельных медицинских вмешательств, а также некоторые ожидаемые результаты для отдельных заболеваний и состояний, для которых разработаны наборы оценочных критериев. Более того, указанные позиции встречаются лишь в некоторой части из этих наборов.

Из этого следует, что при проведении экспертизы качества медицинской помощи при заболеваниях и состояниях, для которых эти наборы не разработаны, а также тех, в наборы которых не включены соответствующие позиции, эксперт не сможет оценить своевременность оказания медицинской помощи и ее фактическое содержание, а также достигнутые результаты, и гарантированно получит абсурдные и бесполезные результаты экспертизы. Впрочем, да, «оценки качества», т.к. экспертизой (т.е., профессиональным исследованием) это уже не назовёшь.

Третий раздел: чем бы дитя ни тешилось

«Критерии качества по группам заболеваний (состояний)» представлены таблицами с наборами вопросов в различном количестве, от трёх до двадцати двух (в основном, менее десяти). «Группами заболеваний (состояний)», при этом, названы знакомые нам по стандартам медицинской помощи «модели пациента» в лаконичном изложении. Наборов довольно много (24 страницы 12-м кеглем), но на охват всей МКБ X пересмотра авторы Проекта не претендуют. Для этого, с учётом особенностей оказания медицинской помощи разного уровня и в разных условиях различным категориям пациентов, им понадобилось бы создать несколько тысяч таких наборов, что в обозримом будущем не представляется возможным. Таким образом, здесь следует ожидать появления такой же дырявой мозаики из блестящих кривых кусочков, как и те, что многие годы ласкают наш взор во многих направлениях: «протоколы ведения больных», «стандарты медицинской помощи», «порядки оказания медицинской помощи», «национальные руководства», «национальные клинические рекомендации», «клинические рекомендации», «протоколы

Phoca PDF

лечения» и т.д., и т.п. Красота созданных фрагментов не оправдывает дыр и сквозняков, уносящих здоровье народа.

Да, Законом определено, что «Критерии оценки качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний», но в Законе и записано, здесь же, что формируются они «на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения)». Это указывает на необходимость вначале залатать дыры в имеющихся витражах и уменьшить их кривизну вместо того, чтобы прорубать новое окно с витражом ещё более дырявым и кривым. Кроме того, если нормально отрегулировать вопросы стандартизации, экспертизы, контроля и управления, то надобность в этой новой витражной мозаике отпадёт вовсе. Преимущества ровного и чистого, прозрачного стекла станут очевидны для всех, в т.ч. и депутатов. Об этом поговорим во второй части настоящей работы.

Далее. «Критерии качества по группам заболеваний (состояний)» представлены таблицами с наборами вопросов, предполагающих односложные дихотомические ответы «да» или «нет». То есть, чек-листами оценки соответствия. Чего и чему? Смотрим.

Первый попавшийся:

3.11.1 Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при задержке мочи (коды по МКБ – 10: R33)

№ п/п	Критерии качества	
1.	Выполнено ультразвуковое исследование мочевого пузыря не позднее 2 поступления в стационар	
2.	Выполнена катетеризация мочевого пузыря уретральным катетером или деривация мочи (цистостомия) не позднее 1 часа от момента установле зависимости от медицинских показаний)	
3.	Проведена терапия альфа-адреноблокаторами (при отсутствии медицинс	
4.	Отсутствие повторной задержки мочи в период госпитализации	

Phoca PDF

Категория: Стратегические вопросы и проблемы управления качеством
Опубликовано: Понедельник, 01 августа 2016, 21:05
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 4627

Очевидно, первые три пункта предназначены для оценки соответствия установленным требованиям, в т.ч. к предельному сроку проведения отдельных обязательных медицинских вмешательств при задержке мочи (1, 2) и к обязательной лекарственной терапии (3), а последний (4) – для оценки результата лечения, что подтверждает сделанное выше предположение о том, что исчезновение некоторых подпунктов во втором разделе Проекта не случайно, а связано с попыткой их детализации при тех или иных заболеваниях и состояниях. Теперь, нам достаточно открыть соответствующие нормативные документы и убедиться, что попытка удалась.

Открываем приказ Минздрава России от 12 ноября 2012 года № 907н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "урология"» и убеждаемся, что он ни слова не содержит о предельных сроках проведения медицинских вмешательств вообще, не говоря уже о конкретных.

В Положении об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, утверждённом приказом Минздрава России от 2 декабря 2014 года № 796н, находим требование «При оказании специализированной медицинской помощи в экстренной форме время от момента доставки пациента выездной бригадой скорой медицинской помощи в медицинскую организацию или от момента самостоятельного обращения пациента в медицинскую организацию до установления предварительного диагноза не должно превышать 1 час». Близко, но не то. «Того» нет.

Открываем приказ Минздрава России от 9 ноября 2012 года № 745н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при задержке мочи» и убеждаемся в некоторых вещах. Во-первых, в том, что в модели пациента присутствует только мужской пол («женского» стандарта нет). Во-вторых, в том, что медицинских вмешательств («медицинских услуг») с «усреднённым показателем частоты предоставления» 1.0 (т.е., того, что нужно сделать всем пациентам, соответствующим данной модели) там гораздо больше трёх, а «усреднённый показатель кратности применения» катетеризации мочевого пузыря составляет 2 (т.е., в среднем, выполняется дважды одному пациенту в период нахождения его в стационаре). В третьих, в том, что терапия альфа-адреноблокаторами должна проводиться в среднем 90% пациентов, а применение растворов электролитов – 100%. Есть там и другие препараты (антибиотики и анальгетики, например) с немалой «частотой предоставления», без которых во многих случаях обойтись немыслимо. Предельные сроки проведения медицинских вмешательств в стандарте мы не искали, т.к. их там быть не должно. К слову, их там и нет.

Так, каким же требованиям должны мы оценить соответствие по первым

Phoca PDF

трём вопросам нашего чек-листа? Может, клинических рекомендаций? Однако, эти документы не могут содержать установленных требований в своём статусе на сегодняшний день. Их принимают на своих собраниях различные независимые профессиональные сообщества, самих сообществ может быть сколько угодно, а значит, и клинических рекомендаций по любому профилю может быть принято много и разных, и никакой процедуры придания им статуса официальных документов пока не предусмотрено. Но, допустим, вся эта статусная неразбериха будет завтра устранена, и мы уже сейчас можем на них опереться в судьбоносных экспертных решениях (именно судьбоносных, ведь мы говорим о критериях оценки качества).

Открываем, соответственно, «Российские клинические рекомендации по урологии», разработанные Российским обществом урологов, 2013 года издания, и обнаруживаем, что указанных требований там нет. Есть ещё «Урология. Национальное руководство», разработанное Российским обществом урологов совместно с Ассоциацией медицинских обществ по качеству (АСМОК) в 2008 году и вновь изданное в 2013 году. Труд объёмный, очень информативный и, безусловно, ценный в практической работе, но содержать требований не может. Такие документы в Законе и подзаконных актах не упоминаются. Остальные (учебная литература и т.д.) – ещё дальше от того, чтобы можно было на них опереться.

То, что пациенту необходимо провести указанные медицинские вмешательства как можно быстрее, сомнений не вызывает. Проблема обрисовалась иного плана: какими официальными документами установлены требования, на основе соответствия которым, ответив на конкретные вопросы в категоричной форме, эксперт должен оценить качество специализированной медицинской помощи больному с задержкой мочи? Почему выделены именно эти требования, и куда делись все остальные? Как выше уже отмечалось, в Законе чётко сказано: «Критерии оценки качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения)». Не на чём-то сбоку от основы, а на ней.

А что с оценкой результатов лечения? Вместо исследования результатов оказания медицинской помощи на основе исчезнувшего пп. «н» Приказа («лечение [результаты]») со всем содержимым («отсутствие прогнозируемых осложнений, связанных с проводимой терапией», «отсутствие осложнений, связанных с дефектами обследования, лечения, выбора метода хирургического вмешательства или ошибок в процессе его выполнения» и «отсутствие внутрибольничной инфекции») мы должны сделать вывод о главном признаке качества медицинской помощи, ответив «да» или «нет» на вопрос о повторной задержке мочи у больного в период его нахождении в стационаре.

О, да! Это именно тот вопрос, что любого прохожего сделает экспертом

Phoca PDF

Категория: Стратегические вопросы и проблемы управления качеством
Опубликовано: Понедельник, 01 августа 2016, 21:05
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 4627

качества медицинской помощи и урологическим светилом. А если он, при этом, ещё сумеет дать односложные ответы и на первые три вопроса о соответствии не установленным требованиям, то его можно смело назначать главным экспертом-урологом страны или даже мира. Не подведёт.

С остальными чек-листами – та же песнь. Пара простых вопросов об исполнении несуществующих требований, ещё пара – об исполнении отдельных установленных требований, отобранных на неясных основаниях, вопросец про какой-нибудь кусочек результата, и – бац! Итог: качество такое-то, вот вам списочек с несколькими галочками в подтверждение.

К сожалению, приходится констатировать: разработчики Проекта постарались на совесть, но попытка детализации критериев оценки качества провалилась. 24 страницы чек-листов 12-м кеглем в Проекте не восполнили исчезнувших трёх пунктов Приказа. Если критерии оценки качества медицинской помощи, установленные Приказом, некоторые авторы называли «пропедевтикой», то предлагаемые Проектом можно назвать профанацией пропедевтики для профанов, чтоб те не плакали.

Забегая вперёд второй части: проект – ещё не приказ, паниковать рано. А многим коллегам, идущим в ногу со временем, скорее всего, вовсе не придётся. Для нас переход на предлагаемые критерии оценки качества медицинской помощи, будь они завтра установлены в представленном виде, не составит труда. Достаточно будет отключить часть «выброшенных» показателей, да дополнить систему имеющимися в Проекте чек-листами. Толку от контроля качества и безопасности медицинской деятельности в стране на всех уровнях и во всех формах станет значительно меньше, бумаг гораздо больше. Традиция, однако.

Каша стройными рядами, или проект федеральных критериев оценки качества – 2016. Часть II. Суть

Задача потеряла актуальность в связи с выходом приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 июля 2016 года № 520н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (см. анонс). Вместо второй части анализа проекта будет новая статья с анализом приказа.

Базовый пакет технологий экспертизы качества и управления качеством медицинской помощи по отклонениям

Phoca PDF

Категория: Стратегические вопросы и проблемы управления качеством
Опубликовано: Понедельник, 01 августа 2016, 21:05
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 4627

С наилучшими пожеланиями, Андрей Таевский.

Phoca PDF