Явление федеральных критериев оценки качества – 2016

Категория: Стратегические вопросы и проблемы управления качеством
Опубликовано: Среда, 24 августа 2016, 22:21
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 5986

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 июля 2016 года № 520н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (далее – Приказ 520н) установлены новые критерии оценки качества медицинской помощи. Приказ зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 8 августа 2016 года и вступает в силу с 1 июля 2017 года. Мы сообщали об этом в анонсе от 11 августа. Там же можно скачать приказ.

Выход Приказа 520н напоминает постановочное шоу со спецэффектами: проект его был анонсирован на Федеральном портале проектов нормативных правовых актов с ID 02/08/07-16/00050309 (далее – Проект) и должен был подвергнуться открытому обсуждению, однако текста Проекта там так и не появилось. Проект «застрял» на второй стадии «уведомления о начале разработки» и пребывает в ней до сих пор. Многие специалисты видели Проект в нескольких вариантах, просочившихся в первой половине лета через естественные отверстия ведомства в окружающую профессиональную среду, но ждали официального размещения текста, чтобы сделать свои замечания и предложения. Вместо этого, они получили шептуна в лицо в виде утверждённого и даже зарегистрированного в Минюсте Приказа 520н. Нет официального размещения текста проекта – нет серьёзного обсуждения. Нет обсуждения – нет критики. Нет критики – нет изъянов у модели. В общем, выход Приказа 520н в свет получился эффектным, да ароматы не те. Оваций профессионального сообщества не последовало – все зажали носы.

Варианты Проекта попали в сеть и немного обсуждались в профессиональных социальных сетях. Мы также подвергли одну из версий (довольно высокой степени готовности, кстати) критическому разбору в работе «Каша стройными рядами, или проект федеральных критериев оценки качества – 2016». До выхода Приказа 520н сделать успели лишь первую часть, где разобрали планируемые на тот момент изменения в критериях оценки качества относительно утверждённых приказом Минздрава России от 7 июля 2015 года № 422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (далее – Приказ 422ан). Теперь, отняв, наконец, руки от носов, мы имеем возможность продолжить наш критический разбор уже с участием новоявленного Приказа 520н.

Часть I. Фактическая

Я вчера видел раков по пять рублей.

Но большие, но по пять рублей.

а сегодня были по три, но маленькие, но по три...
но маленькие... зато по три...
хотя совсем маленькие... поэтому по три...
хотя маленькие... зато по три...

Phoca PDF

Категория: Стратегические вопросы и проблемы управления качеством
Опубликовано: Среда, 24 августа 2016, 22:21
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 5986

но есть по пять. но большие... но по пять...

А эти по три, но маленькие, но сегодня. вчера...
а эти сегодня, но по три, но маленькие,
но по три. И сегодня.

А те были по пять, но вчера, и не по три, но очень большие,
а эти и маленькие, и сегодня, и по три.

Вот и выбирай, большие, но вчера,
либо по три, маленькие, но сегодня, понял?

Не всё, не понял, сообразил, но всё-таки понял...
Хотя не всё, сообразил, но всё-таки понял...
Хотя не всё.

Ну, пошли. Не знаю куда, но пошли. Хотя не знаю куда.
Идем, идем, надо бежать...
но некуда... В том-то и всё дело...

(© М. Жванецкий [Для Р. Карцева], «Я видел раков»)

В работе «Каша стройными рядами, или проект федеральных критериев оценки качества – 2016» мы выяснили, что Проект:

а) в первом разделе («Общие положения») меняет, по сравнению с первым пунктом Приказа 422ан, обоснование введения критериев оценки качества медицинской помощи и обозначает цели и сферу их применения в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон), исключив из оснований, при этом, порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации. Приказ 520н полностью наследует эти изменения;

б) во втором разделе («Критерии оценки качества по условиям оказания медицинской помощи») повторяет третий и четвёртый пункты Приказа 422ан, за исключением некоторых подпунктов (предельные сроки первичного осмотра пациента при оказании медицинской помощи в экстренной и неотложной формах и при его поступлении в профильное отделение стационара, включение в планы диагностики и лечения лекарственных препаратов на основе стандартов медицинской помощи, а также результаты лечения), «перекочевавших» в третий раздел и изложенных в наборах критериев «по группам заболеваний (состояний)» в виде конкретных вопросов. Приказ 520н и здесь дословно повторяет Проект, с одним лишь уточнением в последнем подпункте «амбулаторного» блока, вставляя словосочетание «медицинских осмотров» с запятой между словами «проведение» и «диспансеризации»;

Phoca PDF

в) в третьем разделе частично детализирует второй пункт Приказа 422ан по «группам заболеваний (состояний)», которыми названы «модели пациента», наподобие стандартов медицинской помощи, с неполным (фрагментарным) охватом кодов МКБ и только при оказании специализированной медицинской помощи, где к избранным моделям пациента представлены от 3-х до 23-х (в основном, менее 10) вопросов относительно фактов и сроков проведения отдельных медицинских вмешательств и некоторых признаков результата оказания медицинской помощи, предполагающих дихотомический ответ («да» или «нет»). Третий раздел Приказа 520н, по сравнению с Проектом, подвергся множеству частных изменений в «моделях пациента» и прилагаемых к ним перечнях вопросов – многие из них изменились в числе и формулировках, добавилась ещё одна «группа заболеваний (состояний)» – «3. 5 Критерии качества при болезнях уха и сосцевидного отростка». Здесь мы не будем подвергать сомнению качество проработки «вопросников», т.к. это прерогатива профильных специалистов. Отметим, лишь, что они не могут считаться априори бесспорными;

г) исключает предусмотренную Приказом 422ан необходимость оценки предельных сроков первичного осмотра пациента, нуждающегося в неотложной медицинской помощи, включения в планы диагностики и лечения лекарственных препаратов на основе стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций и, что особенно важно, ***результатов лечения*** при проведении экспертизы качества первичной медицинской помощи. Приказ 520н утверждает эту колоссальную деформацию;

д) исключает предусмотренную Приказом 422ан необходимость оценки предельных сроков первичного осмотра пациента при оказании медицинской помощи в экстренной и неотложной формах и при поступлении пациента в профильное отделение стационара, включения в планы диагностики и лечения лекарственных препаратов на основе стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций, а также результатов лечения при проведении экспертизы качества специализированной медицинской помощи при тех заболеваниях и состояниях, наборы критериев для которых не подготовлены или подготовлены неполными. Приказ 520н вводит в действие и этот дефект системы оценочных критериев;

е) подменяет полноценный контроль соблюдения установленных требований к осуществлению медицинской деятельности при оказании специализированной медицинской помощи пациенту на основе порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) выборочным (точечным) контролем исполнения ***отдельных*** установленных требований, а также контролем ***не установленных*** требований сомнительной клинической значимости. Приказ 520н несколько улучшает качество детализации по сравнению с Проектом, однако закрепляет порочный подход к оценке с точечным контролем исполнения вместо полноценного контроля соблюдения

Phoca PDF

требований, не исключающего возможность прицельного контроля исполнения ***установленных*** требований по отдельным критически важным параметрам;

ж) подменяет полноценную оценку качества медицинской помощи, оказанной конкретному пациенту в его уникальной клинической ситуации, проводимую на основе порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) с учётом достигнутых результатов выборочной (точечной) оценкой отдельных признаков результата с не обоснованной клинической значимостью. В Приказе 520н также в наборах «критериев качества по группам заболеваний (состояний)» подлежат оценке лишь отдельные признаки результата оказания медицинской помощи, и то, далеко не во всех наборах из имеющихся, не говоря уже об отсутствующих. Результат оказания медицинской помощи, как следует понимать из этого документа, в оценке качества в большинстве случаев не важен;

з) нарушает принципы делопроизводства («детские» ошибки). Нумерацию подпунктов второго раздела в Приказе 520н поправили;

и) препятствует получению объективных и достоверных данных, в своей совокупности отражающих так называемое качество медицинской помощи, при проведении специального исследования (экспертизы качества медицинской помощи) за счёт выведения за пределы исследуемой области конкретно не обозначенных параметров медицинской помощи, включая важнейшие (оценку своевременности, полноты назначений и результата). Приказ 520н закрепляет это препятствие и оно становится непреодолимым для эксперта, поскольку попытка выхода в «тёмную область» при проведении экспертизы будет дискредитировать её результаты, они будут терять юридическую силу;

к) не устраняет недостатков действующей системы критериев оценки качества медицинской помощи, рассмотренных нами в работе «О федеральных критериях оценки качества. Ласково», но порождает новые.

Так, зачем понадобились все эти изменения? Попробуем разобраться с этим во второй части настоящей работы.

Часть II. Смысловая

Как можно не верить человеку? Даже если и видишь — врёт он, верь ему, то есть слушай и старайся понять, почему он врёт?

(© Максим Горький)

Первое, что приходит на ум: изменения вносятся во исполнение

Phoca PDF

требований Закона. Так ли это?

Статья 64. Экспертиза качества медицинской помощи

1. Экспертиза качества медицинской помощи проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

2. 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) по вопросам оказания медицинской помощи, разрабатываемых и утверждаемых в соответствии с частью 2 статьи 76 настоящего Федерального закона, и утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

3. Экспертиза качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования, проводится в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.

4. Экспертиза качества медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании, осуществляется в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Действительно, в п.2 ст.64 Закона указано, что критерии «формируются по группам заболеваний или состояний» (что было слабо представлено в Приказе 422ан и, безусловно, требовало доработки) и обозначена основа, на которой это следует делать: «на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разрабатываемых и утверждаемых в соответствии с частью 2 статьи 76 настоящего Федерального закона». Попытки детализированного воплощения этого положения наблюдаются в Проекте и Приказе 520н, а в Приказе 422ан оно было реализовано обобщённо, отсылая эксперта к соответствующим документам. Попробуем разобраться, стали ли оценочные критерии с детализацией лучше соответствовать требованиям Закона?

На первый взгляд, детализация учитываемых признаков должна

Phoca PDF

обеспечивать более глубокое изучение исследуемого явления (в нашем случае – медицинской помощи, оказанной конкретному пациенту, и её качества). Это так, если детализации в разумной степени подвергаются оцениваемые параметры в иерархической системе с единой или стандартизованной методикой оценки, что в итоге даёт полное представление о явлении и его наиболее значимых характеристиках (следующая задача – в обеспечении чёткости представления). Если же мы удалим часть оцениваемых параметров высшего уровня иерархии из системы и представим вместо них наборы из отдельных признаков низшего уровня иерархии без связи с высшим, мы получим два изолированных друг от друга результата, каждый из которых будет ущербным, а вместе они будут давать фрагментарную картину изучаемого явления, где часть значимых характеристик будет отражена полностью (с той или иной степенью чёткости), а другая часть – отдельными, пусть и яркими, штрихами, между которыми останутся «тёмные» области, в которых неизвестно, что творится. А если эти наборы будут пригодны для изучения явления лишь в некоторой части случаев, то во всех остальных случаях мы получим на месте удалённых параметров высшего уровня иерархии сплошные неконтролируемые зоны, населённые непредсказуемыми демонами. Здесь описана одна сторона произошедшей деформации.

О другой мы говорили в работе «Каша стройными рядами, или проект федеральных критериев оценки качества – 2016». «Точечные» критерии в виде конкретных вопросов, на которые эксперту необходимо дать категоричный дихотомический ответ («Да» или «Нет»), не только ограничивают исследование оценкой исполнения отдельных установленных требований в ущерб всем остальным, но и придают правовую силу доселе не установленным требованиям. Ответы на эти вопросы обретают сверхценность вне зависимости от их реальной клинической значимости в рассматриваемом случае оказания медицинской помощи и от того, отражает ли тот или иной критерий требование, закреплённое в нормативных правовых актах. Они будут использоваться для принятия судьбоносных решений в отношении врачей и медицинских организаций независимо от их клинической и юридической обоснованности.

Таким образом, большая степень соответствия Приказа 520н требованиям Закона по сравнению с Приказом 422ан не очевидна. В то же время, критерии оценки качества медицинской помощи нужны не «чтобы были», а для проведения экспертизы качества медицинской помощи (ст. 64 Закона). Может, изменения вносятся ради обеспечения получения объективных и достоверных результатов экспертизы качества медицинской помощи?

Экспертиза (франц. expertise – от лат. expertus – опытный), по определению, есть исследование специалистом (экспертом) каких-либо вопросов, решение которых требует специальных познаний в исследуемой области. То есть, профессионализм эксперта является необходимым условием для получения объективных достоверных данных об изучаемом

Phoca PDF

явлении. Получение в результате проводимого специального исследования объективных достоверных данных, в своей совокупности отражающих так называемое качество медицинской помощи, и составляет собственную цель экспертизы качества медицинской помощи. Эта цель объединяет указанные в п.1 ст.64 Закона частные цели и перекрывает их.

Медицинская деятельность характеризуется исключительной сложностью. При этом, её центральный процесс – оказание медицинской помощи пациенту, всегда уникален. Уникальна клиническая ситуация, находясь в которой пациент вступает в него, и её динамика уникальна, и то, как он реагирует на медицинские вмешательства, исход заболевания, изменения качества жизни, субъективное восприятие качества оказанной медицинской помощи, всё уникально. Установленные требования есть не что иное, как принятые уполномоченными лицами решения, обязательные к исполнению ответственными лицами в неких идеальных ситуациях. Они не могут быть разработаны для каждой реальной клинической ситуации, т.к. число вариантов клинических ситуаций бесконечно (здесь следует отметить, что чем лучше разработаны требования, тем большая доля частных случаев может быть успешно разрешена типичными способами, но никогда все).

Отсюда следует вывод: Закон вынуждает к расширенному толкованию понятия «нарушений» в п.1 ст.64, куда должны быть включены не только прямые нарушения установленных требований, но и неверные решения, принятые в процессе оказания медицинской помощи пациенту (или не принятые, что тоже своего рода решение), а также предотвратимые негативные результаты её оказания. Это предположение подтверждается завершающей фразой данного пункта, т.к. невозможно представить себе установленные требования к степени достижения результата оказания медицинской помощи в конкретном случае, вне зависимости от того, запланирован он или нет. В наших силах лишь обозначить его, стремиться к нему и минимизировать риски, и нарушения могут допускаться в этих трёх составляющих, но никак не в самом результате.

В то же время, сама экспертиза может проводиться в самых различных целях, которые могут быть объединены в две большие группы: связанные с управлением и связанные с конфликтом интересов сторон, участников процесса оказания медицинской помощи. Подчиненность собственной цели экспертизы внешней цели ее осуществления может оказывать существенное влияние на объективность и характер получаемых результатов. В этой связи, осуществление экспертизы должно быть методологически, технологически и организационно обеспечено и регламентировано. Для этого и нужны названные цели проведения экспертизы качества медицинской помощи (п. 1 ст. 64 Закона) и пределы регламентируемой зоны (п. 3 ст. 64 Закона), критерии оценки качества медицинской помощи (п. 2 ст. 64 Закона) и, конечно, порядок проведения экспертизы (п. 4 ст. 64 Закона).

Phoca PDF

Категория: Стратегические вопросы и проблемы управления качеством
Опубликовано: Среда, 24 августа 2016, 22:21
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 5986

Это не всё, что нужно. Нужны ещё принципы, технология, методика, чёткие правила, надёжные информационные источники и методическое обеспечение экспертизы, экспертная школа, независимые экспертные институты и много ещё чего. В Законе указан минимум, который должен быть обеспечен «уполномоченным федеральным органом исполнительной власти…» – т.е., Министерством здравоохранения Российской Федерации. Установление порядка проведения экспертизы и системы критериев оценки качества (она же – система управляемых параметров процесса оказания медицинской помощи, ибо в оценке неуправляемых параметров нет никакого практического смысла) – важнейшие задачи в обеспечении качества и безопасности медицинской деятельности в масштабах страны, возложенные на Минздрав России, с которыми ведомство не может справиться на протяжении нескольких лет.

Есть и другие предположения относительно решаемых Минздравом посредством Приказа 520н задач. Например, было высказано мнение, что с новыми оценочными критериями «будет обеспечено одинаковое лечение пациентов вне зависимости от региона». Непонятно, правда, как именно оно будет обеспечено при существующих диспропорциях в финансовом, материально-техническом, кадровом и пр.пр. обеспечении системы здравоохранения регионов, их колоссальных различиях во всех важнейших аспектах жизнедеятельности (демографические особенности и распределение населения, его здоровье, транспортная система, инфраструктура, структура производства и т.д., и т.п.). За счёт контроля? Да, будет, уже. Кроме того, существовавшие до выхода Приказа 520н нормативные правовые акты федерального уровня действуют на всей территории страны.

Более реалистичное предположение относительно преследуемых задач было высказано участвовавшей в разработке Приказа 520н Натальей Ивановной Ильиной, главным врачом клиники института иммунологии ФМБА России: «Введение таких критериев поможет нивелировать проблему низкой компетенции проверяющих органов, и, как следствие, полного непонимания возникшей ситуации. Не секрет, что наши проверяющие, которые часто у нас бывают, и по страховой медицине и по другим различным ведомствам, зачастую демонстрируют достаточно низкий уровень компетенции, особенно по узкими специализациям».

Если это предположение соответствует действительному положению дел, то мы с прискорбием вынуждены констатировать приближение смерти отечественной системы здравоохранения. В системе просто не останется профессионалов, т.к. ни один уважающий себя врач не потерпит, чтобы неотесанная дубина с чек-листами проверяла качество оказываемой им медицинской помощи и выносила суждения, на основе которых к нему будут применяться различные меры воздействия воспитательного характера – административные (новые статьи КоАП не просто так вводятся), финансовые (штрафы и удержания), уголовные и т.д. Урон врачебным

Phoca PDF

кадрам страны, который будет нанесён таким подходом к оценке качества медицинской помощи, невозможно будет компенсировать никакими способами. Тем более, теми, о которых в последнее время так много говорится – ликвидацией интернатуры, обязательной отработкой в первичном звене и т.п. судорогами истекающей кадровой кровью системы, выталкивающей в оборот последние капли ресурсов.

В то же время, ситуация с правовым нормативным обеспечением контроля качества и безопасности медицинской деятельности в стране не безнадёжна. Для этого необходимо устранить наносы мути, препятствующие ясному видению проблемы. Мы постараемся, насколько это в наших силах, внести ясность в тему в третьей части работы.

Часть III. Рецептурная

На огне бежит собака,
Видит левый,
Ичит правый,
Брат сохатого убил…

(© Случайный фрагмент песни кочевника)

Что следует ожидать и чего бы хотелось от Минздрава?

Введение в действие новых федеральных критериев оценки качества медицинской помощи с 1 июля 2017 года свидетельствует о больших надеждах министерства, возлагаемых на предстоящий до этого момента период. Интересно, каково их содержание. Всё-таки, предустановленная годовая отсрочка вступления в силу ведомственного нормативного акта – явление довольно редкое.

Наиболее вероятной причиной видится планирование Минздравом разработки и установления «порядка проведения экспертизы качества медицинской помощи» во исполнение требований п.4 ст.64 Закона, т.к. тянуть с решением проблемы его отсутствия больше нельзя. С учётом важности этого документа, хотелось бы видеть его разумным. В этом отношении возникают серьёзные сомнения по причине неудовлетворительного качества подготовки сложных отраслевых документов в целом. Кроме того, велика вероятность заведомо провальной попытки компенсировать деформации Приказа 520н за счёт «порядка проведения экспертизы», что не может не сказаться на его качестве.

Не исключено ещё, что Минздрав использует это время и для технологического обеспечения экспертного процесса в части разработки требований к автоматизации экспертных процедур или даже самих решений. Такие проекты на уровне федеральных структур власти всегда требуют

Phoca PDF

немалого времени на поиск компромиссных вариантов взаимодействия влиятельных участников. Возможно, за счёт технологий Минздрав также надеется компенсировать непродуманность системы оценочных критериев, установленных Приказом 520н, аналогично тому, как наши технологии (см. работу «Технология экспертизы качества медицинской помощи по федеральным критериям») позволяют в значительной мере компенсировать непродуманность критериев оценки качества, установленных Приказом 422ан. Однако, технологии не всесильны. Не всякую кривизну можно исправить. Выше мы показали, что система оценочных критериев в Приказе 520н гораздо более деформирована, чем предшествующая ей в Приказе 422ан, и исправить её потрясающую кривизну можно только одним способом: понять и доработать.

Что касается самого Приказа 520н, то возможны три варианта сценария в предшествующий его вступлению в силу период:

1) драматический: множество специалистов будут упорно трудиться над пополнением и совершенствованием «вопросников», пытаясь сделать «идеальные» чек-листы для всех возможных «моделей пациента», а в сам документ будут без конца вноситься изменения. Ясно, что дело полностью сделано не будет никогда. Та же нескончаемая песнь кочевника о том, что попало в поле зрения или пришло на ум – о тундре, «протоколах ведения больных», оленях, «стандартах медицинской помощи», собаках, «порядках оказания медицинской помощи», родне, «национальных руководствах», охоте, «национальных клинических рекомендациях», рыбалке, «клинических рекомендациях», ичигах, «протоколах лечения» и пр.пр.

2) трагикомический: документ останется таким или почти таким, как есть, но его недостатки попытаются компенсировать в «порядке проведения экспертизы качества медицинской помощи». Смешно и грустно наблюдать взрослого человека, попытавшегося пролезть через дыру в заборе и безнадёжно застрявшего в ней при наличии широкой калитки в двух шагах. Ещё более смешно и более грустно, когда этим занимаются регулярно и/или коллективно;

3) комический: Минздрав не выдержит критики и отменит его до вступления в силу. Настоящий нормативный аборт «регулятора». Как всякий аборт, вреден для здоровья, чреват нормативным бесплодием и прочими сугубо «регуляторскими» проблемами.

Та самая «калитка», которой, почему-то, Минздрав никак не желает воспользоваться: давно известные принципы управления процессами. Определитесь с целью, изолируйте её от возможных внешних воздействий и свяжите все контролируемые (они же – управляемые) параметры с нею,

Phoca PDF

напрямую или опосредованно, через параметры более высокого уровня. «Неприкаянных» показателей, не имеющих связи с целью, быть не должно – ни отдельных, ни списочных. Выведите наиболее значимые параметры на верхний уровень иерархии, второстепенные должны занять свои места на более низких ступенях иерархии. Укрупнённые показатели должны давать полное представление о качестве медицинской помощи, составляющие каждого из них – исчерпывать его без «белых пятен» и «тёмных зон». Детализируйте разумно, в необходимой степени, без фанатизма. Позаботьтесь о единой методике расчёта показателей. Разнородные показатели должны быть стандартизованы. Обеспечьте информационную базу. Каждый используемый параметр должен быть научно обоснованным, клинически значимым, законным и информационно обеспечённым.

Осознайте, что медицинская помощь отличается от парикмахерских услуг или автосервиса, и разделите уже, наконец, контроль исполнения установленных требований и оценку правильности решений, принимаемых в процессе оказания медицинской помощи на основе уникальной и меняющейся в процессе лечения клинической ситуации (можно, как у нас, «развести» по этапам экспертизы). Предусмотрите индикаторы опасных отклонений процессов. Обеспечьте статистический учёт результатов, их анализ и выход на причины отклонений – здесь спрятан управленческий клад. Ничего не требуется изобретать. Всё давно есть. Даже из Приказа 520н можно без особого труда «конфетку» сделать, и нужно для этого лишь одно – понимание.

И, в завершение, позволим себе дать несколько советов коллегам на предстоящий год. Пока Минздрав пытается выбраться из дыры в заборе, стараясь, при этом, сохранить свою модельную презентабельность, работать нужно по критериям оценки качества медицинской помощи, установленным Приказом 422ан. Застрять-то «регулятор» застрял, да чресла его совершают резкие опасные движения. Особенно, правая нога, специально приспособленная для раздачи назиданий – Росздравнадзор. Любая проверка, любое судебное или какое другое разбирательство будут опираться на действующую нормативную правовую базу. Организация и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности является обязательным условием осуществления медицинской деятельности на территории Российской Федерации вне зависимости от организационно-правовой формы, типа, мощности или каких-то других характеристик того, кто её осуществляет. Данное требование Закона включено также и в перечень лицензионных требований и условий осуществления медицинской деятельности, причём нарушения по этому пункту относятся к грубым и грозят серьёзными санкциями.

Ждать, чем всё закончится, и отращивать «хвосты» в теме внутреннего контроля лучше не надо – наш опыт и опыт многих коллег показывает, что растут они очень быстро, а ликвидируются с большим трудом. Когда придёт время, перейти с действующей системы критериев оценки качества

Phoca PDF

медицинской помощи на устанавливаемую с 1 июля следующего года не составит особого труда. По крайней мере, в настоящей редакции Приказа 520н.

Вот, морально к вступлению его в силу готовиться стоит. Излишняя и сумбурная формализация экспертизы качества медицинской помощи – не единственная бомба, которая свалится на головы врачей в назначенный срок. Рядом с нею разорвутся новые осколочные статьи КоАП, зажигательные фугасы аккредитации специалистов, новейшие кассетные бомбы псевдо-независимой «оценки качества медицинской помощи» с оперением в форме идиотских улыбок, да бочки со страховым напалмом для полного и окончательного, т.с., «развития сферы медицинских услуг».

Актуальное решение для организации внутреннего контроля качества медицинской помощи в соответствии с федеральными критериями оценки качества нужны вам вчера? Вы найдете здесь!

Пакет технологий экспертизы качества и управления качеством медицинской организации

Версия пакета разработана для стационарных медицинских организаций, отделений, групп, а также для амбулаторно-поликлинических организаций. Приобрести пакет технологий экспертизы качества медицинской помощи можно в форме подписки.

С наилучшими пожеланиями, Андрей Таевский.

Phoca PDF