Категория: Общие и практические вопросы организации контроля качества и безопасности

Опубликовано: Понедельник, 03 июля 2017, 10:30

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 8497

Подолжаем серию публикаций «Проблемы организации внутреннего контроля и управления качеством медицинской помощи в медицинских организациях, порождённые приказом Минздрава России от 10 мая 2017 года \mathbb{N} 203н». В первой работе серии мы обосновали вариант решения проблемы бессистемности федеральных оценочных критериев.

Коллега! Если Вы — наш партнёр по направлению обеспечения внутреннего контроля, но ещё не видели обновление для своей версии пакета, пожалуйста, срочно проверьте электронную почту за 20-24 июня! В случаях смены адреса, временной блокировки почтового аккаунта по причине превышения лимита и других проблем с получением обновлений сообщите нам любым доступным Вам способом (например, в форме обратной связи)! И, пожалуйста, не забудьте, при этом, представиться. Спасибо!

Во второй публикация серии мы представляем вашему вниманию решение другой появившейся с выходом приказа Минздрава от 10 мая 2017 года \mathbb{R} 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (далее – приказ 203н) фундаментальной проблемы федеральных оценочных критериев – их фрагментарности.

Приступим!

Проблема № 2. Фрагментарность новых федеральных «критериев оценки качества медицинской помощи»

В отличие от своего одноимённого предшественника, приказа Минздрава от 7 июля 2015 года № 422ан, приказ 203н детализирует «клинику» в своём 3-м разделе «Критерии качества по группам заболеваний (состояний)». Точнее, пытается детализировать. Детализация получилась, скажем, так себе.

Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Закон) определяет качество медицинской помощи как «совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата».

Невозможно судить о совокупности на основании отдельных характеристик, пусть даже и важных, если они не составляют (а с учётом природы исследуемого объекта – и не могут составлять) исчерпывающего перечня и не содержат позиций, отражающих не названные конкретно признаки! Это нарушение элементарной логики. Тем более, невозможно сделать правильный вывод о совокупности, применяя к отдельным характеристикам дихотомический принцип оценки! Это нарушение логики во

Категория: Общие и практические вопросы организации контроля качества и безопасности

Опубликовано: Понедельник, 03 июля 2017, 10:30

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 8497

второй степени, в степени её отрицания. Но именно этим будут заниматься проверяющие из различных надзорных органов (помимо Росздравнадзора, намерение применять «критерии» в целях контроля «рынка медицинских услуг» уже выказал Роспотребнадзор), прокуроры и судьи, правозащитники всех мастей, сами пациенты. Валу предвзятых оценок, подкреплённых узаконенным в своей заведомой недостоверности оценочным инструментарием, противостоять будет чрезвычайно трудно. Однако, возможно, и об этом ниже.

Использование детализированных «критериев оценки качества медицинской помощи» в целях управления качеством медицинской помощи в медицинских организациях могло бы приносить пользу при определённых условиях, которым Минздрав своими новыми нормативными актами (приказы 203н и 226н) не только не способствуют, но неимоверно препятствует. Раскроем это положение подробнее (см. также работу «Утопия прямого доступа»).

Медицинская помощь конкретному пациенту — это управляемый сложный процесс, протекающий в определённых условиях и приводящий к определённому результату, имеющему объективные и субъективные, клинические и общие признаки. Центральным в совокупности параллельно протекающих процессов, составляющих медицинскую помощь пациенту, является лечебно-диагностический процесс. Последний складывается из последовательности своевременно, адекватно и правильно применяемых медицинских технологий. Ясно, что правильность (технологичность) применения медицинских технологий, предельные сроки и условия (по крайней мере, минимально достаточные) оказания медицинской помощи могут и должны быть заданы. Также могут быть установлены требования к некоторым сопровождающим процессам (ведение медицинской документации, выполнение обязательных процедур — например, проведение экспертизы трудоспособности и т.д.).

В отношении лечебно-диагностического процесса такой подход не годится, поскольку клиническая ситуация всегда уникальна и непредсказуемо меняется в процессе оказания медицинской помощи. Адекватный выбор медицинских вмешательств в процессе оказания медицинской помощи находится в зоне ответственности лечащего врача. В оценке клинической ситуации в её динамике и соответствующем ей последовательном выборе медицинских вмешательств состоит непосредственное управление лечебно-диагностическим процессом, осуществляемое лечащим врачом. Для того, чтобы делать это правильно, врач учится всю жизнь, глобальная медицинская наука снабжает его современными достоверными знаниями, а его руководитель обеспечивает ему необходимые условия и возможности. Установленные требования в лечебно-диагностическом процессе должны играть совсем иную роль - роль предохранителей от появления выраженных отклонений, чреватых причинением вреда жизни и здоровью пациента. Это отдельные критически важные вещи, признаки развития экстремальных отклонений, рекомендуемые

Категория: Общие и практические вопросы организации контроля качества и безопасности

Опубликовано: Понедельник, 03 июля 2017, 10:30

Автор: Андрей Таевский Просмотров: 8497

корректирующие мероприятия и т.п. Но никак не прямые указания. Тем более, безличные, установленные для отсутствующих в природе стандартизованных «моделей пациента».

«Критерии» приказа 203н, с учётом характера и способов их применения – это именно прямые указания, загоняющие врача в прокрустово ложе исполнителя безличных предписаний, несущего ответственность как за исполнение этих предписаний, так и за содержание и результативность лечебно-диагностического процесса. При том, что эти две оценочные категории противоречат друг другу! Врач становится заложником указанного противоречия.

В недавнем прошлом мы нашли и реализовали решение, обеспечивающее объективность и достоверность результатов экспертизы качества медицинской помощи на основе критериев, установленных приказом 422ан. Его суть состоит в устранении смешения принципов, в их разделении и разумном сочетании. Оценка исполнения установленных требований и оценка собственно качества медицинской помощи, оказанной конкретному пациенту, как принципиально различные процедуры, производится на разных этапах экспертизы (см. работу «Технология экспертизы качества медицинской помощи по федеральным критериям»).

Однако с фрагментарно-чрезмерной детализацией «критериев» приказом 203н одного этого решения уже недостаточно, поскольку с введением конкретных предписаний (с контролем исполнения) к отдельным аспектам лечебно-диагностического процесса, в отсутствие какого бы то ни было упоминания о прочих его характеристиках, последние всем скопом выпадают из сферы внимания участников. Весь лечебно-диагностический процесс превращается в одну сплошную чёрную неконтролируемую зону с редкими просветлениями! В неконтролируемой зоне процесс постоянно будет стремиться выйти за неустановленные формально, но вполне реальные по своей природе допустимые границы, рождая осложнения и конфликты, отвечать за которые в итоге придётся врачу и медицинской организации. Отсюда, единственно верное решение проблемы фрагментарности федеральных оценочных критериев 3-го раздела приказа 203н состоит в устранении «слепых зон». Этим и займёмся.

Решение проблемы № 2. Обеспечение полноценности наборов оценочных критериев

Возьмём произвольно любой набор «критериев качества по группам заболеваний (состояний)» 3-го раздела приказа 203н. Например, этот:

Категория: Общие и практические вопросы организации контроля качества и безопасности

Опубликовано: Понедельник, 03 июля 2017, 10:30

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 8497

 3.6.2. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при дистонии (код по МКБ-10: G24)

N n/n	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена терапия ботулиническим токсином (под контролем электромиографии при вовлечении мышц гортани, жевательных мышц, глубоких шейных мышц, мышц плечевого пояса, мышц конечностей) и/или хирургическое вмешательство (при наличии медицинских потоказаний)	Да/Нет

Рис.1. Приказ Минздрава от 10 мая 2017 года \mathbb{N} 203н, п. 3.6.2. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при дистонии (код по МКБ-10: G24).

Упс... В этом наборе явно чего-то не хватает. Ни диагностики не нужно, ни профилактики, ни реабилитации? Тынц ботулотоксином, и досвидос! Для особых случаев - «хирургическое вмешательство». Без разницы, насколько успешно.

А вот эта фраза: «при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний» - к чему относится? К хирургическому лечению, к терапии ботулиническим токсином, к обоим указанным методам или к лечению вообще? Логично предположить, что к обоим указанным методам. Ну, допустим, имеются противопоказания, и...? Больной поступил, оформили медицинскую карту, ИДС, выставили диагноз и выполнили всё остальное из того, что «положено» (предусмотрено «критериями» 2-го раздела приказа 203н), и выписали. Выписку дали. В клиническом плане ничего не делали. Помощь оказана качественно? Возможно, но нужно разобраться. Или, допустим, сделали и получили осложнение постинъекционный абсцесс, аллергическую реакцию, хирургическое осложнение... Да, что угодно! Помощь оказана качественно? И тут возможно, но тоже нужно разобраться. Чтобы знать, что правильно было сделано, а что нет, и что не было сделано из того, что нужно было именно этому больному. Хотя бы, для того, чтобы сделать правильные выводы, и в другой раз... А то и в этот, если лечение ещё не завершено. В общем, федеральный наборчик здесь явно ущербный. Открываем клинические рекомендации.

Хорошие клинические рекомендации читаются, как художественное эссе. Всегда интересно, ёмко, лаконично, жизненно и познавательно. Но ещё и профессионально. Из содержания Клинических рекомендаций по диагностике и лечению дистонии, утвержденных решением Президиума Всероссийского общества неврологов 17 июня 2014 года следует однозначный вывод: набор «критериев» п.3.6.2 приказа 203н никуда не годится и требует

Категория: Общие и практические вопросы организации контроля качества и безопасности

Опубликовано: Понедельник, 03 июля 2017, 10:30

Автор: Андрей Таевский Просмотров: 8497

усовершенствования. Открываем наше Приложение к карте внутреннего контроля с обработанным набором «критериев» «3.6.2» (делать их мы научились первой статье серии) и доводим до ума.

УТВЕРЖДАЮ		Приложение №
Руководитель N	10	к Положению о контроле качеств
•	(И.И. Иванов)	медицинской помощ
«»	201_r.	в ОПФ «ХХХ
	Приложение к карт	e №
внутрен		ской помощи (в стационарных условиях)
	» ФПО	
1. Структурно	е подразделение:	2. Код МКБ:
	нской помощи: первичная/специализир	
4. Экспертиза:	по критериям качества медицинской по	омощи по группе заболеваний (состояний)*: 3.6.2.
		кой помощи взрослым и детям при дистонии (код по
МКБ-10: G24)		
T/*		HVT I I I I I I I I I I I I I I I I I I I

Критерии качества медицинской помощи по		HYT ¹		Iу	рове	НЬ	II 3	ров	ень		ень	
	группе заболеваний (состояний)	BM:	Yes				(начмед)			()	
No	Дата проведения контроля:	AB:	TPa:		25.							
U/U		HQ.	не-	OK3	ДК	KT ⁵	OK3	ДКţ	KT5	OK3	ДК	KT5
1.	Оценка диагностических медицинских вмешательств	-	-	-	,	,	-	-	-	-	-	-
2.	Оценка лечебных медицинских вмешательств											
2.1.	Выполнена терапия ботулиническим токсином (под контролем электромиографии при вовлечении мышц гортани, жевательных мышц, глубоких шейных мышц, мышц плечевого пояса, мышц конечностей) и/или хирургическое вмешательство (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)											
3.	Оценка профилактических мероприятий	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4.	Оценка реабилитационных мероприятий		-	-	-	-	-	-	·-	-	-	-
5.	Оценка достижения целевых значений показателей в результате лечения	-	-	-	1	-	-	_	-	-	-	-
(HY	ее число выявленных и устраненных нарушений Г), Коэффициент качества медицинской помощи П) и число выявленных дефектов качества (ДК):											
	Экспертиза проведена: (ФИО, полпись эксперта)											

Рис.2. Приложение к карте внутреннего контроля качества медицинской помощи (в стационарных условиях) для трёхуровневой модели контроля со сгруппированными «критериями» п. 3.6.2. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при дистонии (код по МКБ-10: G24).

Прежде, чем приступать к такой работе, необходимо прояснить некоторые важные вещи.

Категория: Общие и практические вопросы организации контроля качества и безопасности

Опубликовано: Понедельник, 03 июля 2017, 10:30

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 8497

Первое. Формирование и установление «критериев оценки качества медицинской помощи» (точность формулировки важна!) Законом отнесены к полномочиям «федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения». Иными словами, торговая марка Критерии оценки качества медицинской помощи™ принадлежит Минздраву России. И Росздравнадзор будет ревностно отстаивать права своего хозяина. Не искушайте надзорный орган, если не имеете цели его удовлетворить.

Назовите необходимые Вам дополнительные оценочные критерии иначе. Например, «управляемыми параметрами лечебно-диагностического процесса». Этот момент необходимо очень чётко описать в локальных нормативных актах (лучше всего - в локальном Порядке проведения экспертизы качества медицинской помощи в целях внутреннего контроля). В совокупности, федеральные «критерии оценки качества медицинской помощи» и собственные «управляемые параметры лечебно-диагностического процесса» в форме Приложения к карте внутреннего контроля, для краткости, можно называть и «критериями качества медицинской помощи» (без «оценки»).

Второе. Совершенствуя наборы, не трогайте федеральные критерии. Совсем. Максимум, что можно себе позволить — разнести их по группам, имеющим отношение к профилактике, диагностике, лечению, реабилитации и результату оказания медицинской помощи (что мы успешно реализовали и описали в предыдущей работе). Формулировки не меняйте ни в коем случае и, тем более, не удаляйте откровенно дурные «критерии», если не имеете цели глубоко удовлетворить надзорный орган.

Третье. Помечайте добавляемые управляемые параметры каким-либо значком (у нас это знак <#> перед формулировкой). Так Вы всегда будете знать, что можно менять по своим потребностям когда угодно, а что — только при изменениях федеральных «критериев». Ниже таблицы сделайте на этот счёт примечание (вот и раскрыта тайна «звёздочки»» в «шапке» Приложения к карте внутреннего контроля, о которой мы говорили в первой статье серии).

Четвёртое. Избегайте излишней детализации. Эксперт по определению — профессионал, даже если не имеет такового официального звания, а условно называется экспертом в целях обеспечения внутреннего контроля в соответствии с локальным Порядком проведения экспертизы качества медицинской помощи и другими локальными документами. Как профессионал, он вполне способен оценить полноту, своевременность и правильность применения медицинских технологий в конкретном случае оказания медицинской помощи, имея хорошо структурированную систему оценочных критериев и методику проведения экспертизы.

Категория: Общие и практические вопросы организации контроля качества и безопасности

Опубликовано: Понедельник, 03 июля 2017, 10:30

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 8497

Излишняя детализация потребует от эксперта затратить гораздо больше времени на многочисленные формализованные позиции, отражающие вопросы, на которые он мог бы ответить быстро, кратко, точно и по существу в произвольной форме. Более того, при излишней детализации накапливается погрешность, связанная с несовершенством оценочных критериев, и чем глубже детализация, тем она сильнее. Существуют условные границы разумной степени детализации оценочных критериев, одна из которых защищает от произвола эксперта, другая — от системной ошибки накопления погрешности. В общем, доверяйте эксперту. И врачу, обязанному учитывать оценочные критерии в своей работе — тоже.

Пятое. Руководитель по своему разумению, даже с надёжными информационными источниками (клиническими рекомендациями и т.п.), может устанавливать лишь самые общие управляемые параметры лечебнодиагностического процесса. Любая детализация требует участия профильных специалистов. Как и их деятельность по реализации поставленных задач — заинтересованной курации руководителем.

В последующих работах мы раскроем вопросы, связанные с процедурами разработки и введения в действие управляемых параметров лечебно-диагностического процесса в медицинских организациях. А сейчас, вернёмся к нашей открытой уже форме.

Сохраняем копию, в наименовании используем какой-либо код, который позволит нам отличать формы, содержащие исключительно федеральные «критерии» от усовершенствованных (с учётом числа приложений на одних только федеральных «критериях» - 231, действие немаловажное). Например, можно поставить букву «у» перед номером пункта приказа 203н в названии файла (в нашем примере наименование файла: «Прил-кКартеККМП-С_ур3_у6.2.спец_вд_Дистония.docx»). Эту же букву выставляем в п.4 «шапки», тоже перед номером пункта приказа 203н, чтобы две открытые формы, с одними федеральными «критериями» и усовершенствованные, отличались друг от друга стандартным образом, так удобнее работать. Заранее заготавливаем строки с нумерацией и «решётками» для добавляемых параметров (лучше заготовить их на этапе «болванки», и просто оставлять в формах, созданных по федеральным «критериям» - это экономит время). Получится следующее:

Категория: Общие и практические вопросы организации контроля качества и безопасности

Опубликовано: Понедельник, 03 июля 2017, 10:30

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 8497

УТВЕРЖДАЮ		Приложение № 3
Руководитель:		к Положению о контроле качества
	(И.И. Иванов)	медицинской помощи
«»	201_r.	в ОПФ «ХХХ»
	Приложение к карте	. №
внутре	ннего контроля качества медицинс	кой помощи (в стационарных условиях)
	ОПФ «Х	XXX»
1. Структурно	ое подразделение:	2. Код МКБ:
3. Вид медици	инской помощи: первичная специализир	ованная/скорая/паллиативная

Вид медицинской помощи: первичная специализированная скорая/паллиативная
 Экспертиза по критериям качества медицинской помощи по группе заболеваний (состояний)*: уз.6.2.

Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при дистонии (код по

МКБ-10: G24) HYT^1 Критерии качества медицинской помощи по I уровень II уровень III уровень Вы-Yc-(зав.отд.) (начмед) (BK2) группе заболеваний (состояний) AB-TPa: Дата проведения контроля: No Je. не-OK3 JK4 KT5 OK3 JK4 KT5 OK3 JK4 KT5 п/п HO HO 1. Оценка диагностических медицинских вмешательств 1.1. 1.2. 1.3. 1.4. 2. Оценка лечебных медицинских вмешательств Выполнена терапия ботулиническим токсином (под контролем электромиографии при вовлечении мышц гортани, жевательных мышц, глубоких шейных мышц, 2.1. мышц плечевого пояса, мышц конечностей) и/или хирургическое вмешательство (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) 2.2. 2.3. 3. Оценка профилактических мероприятий 3.1. 3.2 4. Оценка реабилитационных мероприятий 4.1 4.2 Оценка достижения целевых значений показателей в 5. результате лечения 5.1. 5.2 5.3. Общее число выявленных и устраненных нарушений (НУТ), Коэффициент качества медицинской помощи (КМП) и число выявленных дефектов качества (ДК): Экспертиза проведена: (ФИО, подпись эксперта)

* Критерии, установленные для данной группы в медицинской организации, отмечаются знаком «#».

1 НУТ — нарушения установленных требований; 2 ВК — врачебная комиссия; 3 ОК — оценка качества; 4 ДК — количество дефектов; 5 КТ — класс тяжести дефекта.

С результатами экспертизы ознакомлен: (дата, ФИО, подпись лечащего врача)

Категория: Общие и практические вопросы организации контроля качества и безопасности

Опубликовано: Понедельник, 03 июля 2017, 10:30

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 8497

Рис.3. Заготовка «усовершенствованного» Приложения к карте внутреннего контроля качества медицинской помощи (в стационарных условиях) для трёхуровневой модели контроля со сгруппированными «критериями» п. 3.6.2.

Сюда уже можно без опаски что-то добавлять в соответствии с актуальными задачами. Например, руководитель медицинской организации заинтересован в снижении рисков осуществляемой медицинской деятельности и намерен максимально оградить медицинскую организацию и работающих в ней врачей от возможного преследования не только при формальном «неисполнении» федеральных «критериев», но и по причинам, связанным с реальным ухудшением качества медицинской помощи вследствие неправильного ведения лечебно-диагностического процесса.

Это решается на основе клинических рекомендаций. В нашем примере могут быть добавлены, например, такие управляемые параметры лечебнодиагностического процесса: «Проведена клиническая диагностика по алгоритму, описанному в Клинических рекомендациях по диагностике и лечению дистонии, утвержденных решением Президиума Всероссийского общества неврологов 17 июня 2014 года» и «Проведена дифференциальная диагностика с заболеваниями (состояниями) в зависимости от формы дистонии» в раздел диагностики, «Осуществлен выбор лечебной тактики на основе Клинических рекомендаций по диагностике и лечению дистонии, утвержденных решением Президиума Всероссийского общества неврологов 17 июня 2014 года» в раздел лечения, «Наблюдение за состоянием больного после проведенных медицинских вмешательств» в раздел профилактики, «Отсутствие осложнений проведенных медицинских вмешательств» и «Исчезновение или уменьшение симптомов заболевания на момент выписки из стационара» в раздел результатов оказания медицинской помощи. Если убрать ссылку на информационный источник (Клинические рекомендации) в сноску к таблице, записи получаются довольно компактными:

Категория: Общие и практические вопросы организации контроля качества и безопасности

Опубликовано: Понедельник, 03 июля 2017, 10:30

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 8497

	Приложение №3
MO.	к Положению о контроле качества
(И.И. Иванов)	медицинской помощи
201 г.	в ОПФ «XXX»
	МО (И.И.Иванов)

Приложение к карте № _____ внутреннего контроля качества медицинской помощи (в стационарных условиях) ОПФ «ХХХ»

Вид медицинской помощи: первичная/специализированная/скорая/паллиативная
 Экспертиза по критериям качества медицинской помощи по группе заболеваний (состояний)*: y3.62.

Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при дистонии (код по

MK5-10: G24)

IVIN	b-10: G24)												
	Критерии качества медицинской помощи по		T _v	I уровень			Шу	ров	ень	III уровень			
	группе заболеваний (состояний)	BH.	Y.S.	(33	E.OT	д.)	(H	ачме	ед)		(BK^2))	
№	Дата проведения контроля:		TRA:										
п/п		HQ.	не-	OK3	дк⁴	KT ⁵	OK3	дк	KT ⁵	OK3	ДК	KT	
1.	Оценка диагностических медицинских вмешательств												
1.1.	#Проведена клиническая диагностика по алгоритму, списанному в $\mathbb{R}P^6$												
1.2.	#Проведена дифференциальная диагностика с забодева- низмя (состояниями) в зависимости от формы дистония											Г	
1.3.	#												
2.	Оценка печебных медицинских вмешательств									× 1			
2.1.	# Осуществлен выбор лечебной тактики на основе КР											Г	
2.2.	Выполнена терагия ботулиническим токсинем (под контролем электромиографии при всвлечении мышц гортани, жевательных мышц, глубоких шейных мышц, мышц плечевого пояса, мышц конечностей) в/или хирургическое вмешательство (при наличии медицинских показаний и стсутствии медицинских противопоказаний)												
2.3.	#												
3.	Оценка профилактических мероприятий												
3.1.	# Наблюдение за состоянием больного после проведенных медицинских вмещательств												
3.2.	#												
4.	Оценка реабилитационных мероприятий												
4.1.	#												
4.2.	#												
5.	Оценка достижения целевых значений показателей в результате лечения												
5.1.	# Отсутствие осложнений проведенных медицинских вмешательств												
5.2.	# Исчезновение или уменьшение симптомов заболевания на момент выписки из стационара											Г	
5.3.	#												
(НУ	ее число выявленных и устраненных нарушений Г), Коэффициент качества медицинской помощи П) и число выявленных дефектов качества (ДК):												
	Экспертиза проведена: (ФИО, подпись эксперта)								•				
	С результатами экспертизы ознакомлен: (дата, ФИО, подпись лечащего врача)												

^{*} Критерии, установленные для данной группы в медицинской организации, отмечаются знаком «#».

¹ НУТ – нарушения установленных требований; ² ВК – врачебная комиссия; ³ ОК – оценка качества; ⁴ ДК – количество дефектов; ⁵ КТ – класс тяжести дефекта; ⁶ Клинические рекомендациях по диагностике и лечению дистонии, утвержденные решением Президиума Всероссийского общества неврологов 17 июня 2014 года.

Категория: Общие и практические вопросы организации контроля качества и безопасности

Опубликовано: Понедельник, 03 июля 2017, 10:30

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 8497

Рис.4. «Усовершенствованное» Приложение к карте внутреннего контроля качества медицинской помощи (в стационарных условиях) у3.6.2. для трёхуровневой модели контроля.

Аналогичным образом можно вводить параметры с целью достижения определённых улучшений. Например, в Клинических рекомендациях имеются указания на эффективность общих реабилитационных мероприятий у многих больных дистонией. Реабилитация и психотерапия уменьшают частоту проведения курсов ботулинотерапии, снижают лекарственную нагрузку в целом, помогают больным в социальной адаптации. Параметр «Начата реабилитация и/или психотерапия в период госпитализации» в разделе реабилитации не помешает. Добавьте её сами в разумной, на Ваш взгляд, формулировке, чтобы убедиться, что процедура не вызывает технических сложностей. Итог:

Категория: Общие и практические вопросы организации контроля качества и безопасности

Опубликовано: Понедельник, 03 июля 2017, 10:30

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 8497

Рук	оводитель МО				K1.	оло	жени			-		
11	(И.И. Иванов) » 201 г.							мед		ской ОПФ		
	Приложение к карте №								-	0111		
	внутреннего контроля качества медицинской		MOII	ін (в	ста	пио	нарі	ных	усло	овия	(x)	
	ОПФ «ХХ			, (-			L		,			
1.6	Структурное подразделение:					_2.	Код	MKE	i:			
3.1	Вид медицинской помощи: первичная специализирова											
4.	Экспертиза по критериям качества медицинской помог	ши п	огру	уппе	забо	пева	ний (COCT	инко	ıй)*:	y3.	6.2.
	Критерни качества специализированной медицинской	пом	ощи	взро	СЛЬВ	нде	MRI	при	цист	онии	(KO	попр
M	KB-10: G24)									_		
	Критерии качества медицинской помощи по	H		1	ров		II уровень					
	группе заболеваний (состояний)	BM-			B.OT	д.)	(начмед)			(BK ²)		
No	Дата проведения контроля:	ae:	пра-									_
Π/Π		но	но	OK3	дк	KT5	OK3	ДК.	KT5	OK3	ДК.	KT
1.	Оценка диагностических медицинских вмешательств											
1.1.	#Проведена клиническая диагностика по алгоритму,											
	описанному в КР6	_		_	<u> </u>	_	_					_
1.2.	#Проведена дифференциальная диагностика с забодева- низми (состояниями) в зависимости от формы дистонии											
1.3.	#					-			3 7			\vdash
2.	Оценка лечебных медицинских вмешательств								8 6			
2.1.	# Осуществлен выбор лечебной тактики на основе КРб		9 7									\vdash
	Выполнена терапия ботулиническим токсином (под											
	контролем электромиографии при вовлечении мышц											
2.2.	гортани, жевательных мышц, глубоких шейных мышц, мышц плечевого пояса, мышц конечностей) и/или											
	хирургическое вмешательство (при наличии медицинских											
	показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)											
2.3.	#											
3.	Оценка профилактических мероприятий					l						
3.1.	# Наблюдение ва состоянием больного после проведенных											
	медицинских вмешательств	-	⊢		_	_	<u> </u>	├				_
3.2.	#	-	\vdash		_	⊢	-	\vdash			_	\vdash
4.	Оценка реабилитационных мероприятий					L			, v			
4.1.	# Начата реабипитация и/или психотерапия в период госпитализации											
4.2.	#										- 1	
5.	Оценка достижения целевых значений показателей в результате лечения											
5.1.	# Отсутствие ос:ложнений проведенных медицинских вмешательств	3	8									
5.2.	#Исчезновение или уменьшение симптомов заболевания на момент выписки из стационара		-									
5.3.	#											
	ее число выявленных и устраненных нарушений											
	T), Коэффициент качества медицинской помощи					I						
(KM	III) в число выявленных дефектов качества (ДК):		_		_		-	_			_	_
	Экспертиза проведена: (ФИО, подпись эксперта)											
	С результатами экспертизы ознакомлен: (дата, ФИО, подпись лечащего врача)											

^{*} критерии, установленные для даннои группы в медицинской организации, отмечаются знаком «*».
¹ НУТ – нарушения установленных требований; ² ВК – врачебная комиссия; ³ ОК — оценка качества; ⁴ ДК – количество дефектов; ⁵ КТ – класс тяжести дефекта; ⁶ Клинические рекомендациях по диагностике и лечению дистонии, утвержденные решением Президиума Всероссийского общества неврологов 17 июня 2014 года.

Категория: Общие и практические вопросы организации контроля качества и безопасности

Опубликовано: Понедельник, 03 июля 2017, 10:30

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 8497

Рис.5. Приложение к карте внутреннего контроля качества медицинской помощи (в стационарных условиях) у3.6.2. для трёхуровневой модели контроля. Пример.

Уважаемые коллеги! Авторы не претендуют на безусловную корректность управляемых параметров лечебно-диагностического процесса при дистонии, использованных в данном примере. Они приведены здесь исключительно для иллюстрации представленного в статье решения проблемы фрагментарности наборов федеральных «критериев оценки качества медицинской помощи» 3-го раздела приказа 203н.

Руководитель, стремящийся к устойчивому развитию медицинской организации, имеет приоритетом обеспечение качества медицинской помощи и его непрерывное улучшение. И у каждого руководителя есть неотъемлемое право использовать такие управляемые параметры деятельности организации, которые ему необходимы для того, чтобы достигать поставленных целей и добиваться запланированных улучшений, предотвращая возможные сбои.

Пусть Минздрав, Росздравнадзор и другие надзорные ведомства носятся со своими «критериями оценки качества медицинской помощит» — в отличие от Вас, они не свободны в выборе рабочих инструментов. Оно и к лучшему, что им приходится заколачивать шурупы головой в каждую крышку гроба чьего-то Дела. А у руководителя медицинской организации есть все возможности быть эффективным.

В следующей статье серии мы рассмотрим ещё одну важную проблему, порождённую приказом 203н: точечность охвата клинических ситуаций. И, конечно, предложим решение. Кроме того, нам предстоит поговорить о том, как организовать реализацию предложенных решений и регламентировать всю эту работу в медицинской организации. Оставайтесь с нами!

С отзывами, полученными нами от коллег после рассылки бесплатных обновлений, Вы можете ознакомиться на этой странице.

Заказать пакеты документов по организации внутреннего контроля на основе новых федеральных нормативных документов и наших технологий можно здесь:

Базовый пакет технологий экспертизы качества и управления качеством

Категория: Общие и практические вопросы организации контроля качества и безопасности

Опубликовано: Понедельник, 03 июля 2017, 10:30

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 8497

медицинской помощи по отклонениям

Всегда ваши, команда Здрав. Биз и Андрей Таевский.