Категория: Общие и практические вопросы организации контроля качества и безопасности
Опубликовано: Понедельник, 03 июля 2017, 10:30
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 10135

Подолжаем серию публикаций «Проблемы организации внутреннего контроля и управления качеством медицинской помощи в медицинских организациях, порождённые приказом Минздрава России от 10 мая 2017 года № 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 № 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

Phoca PDF

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

Phoca PDF

Категория: Общие и практические вопросы организации контроля качества и безопасности
Опубликовано: Понедельник, 03 июля 2017, 10:30
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 10135

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:

Phoca PDF

Категория: Общие и практические вопросы организации контроля качества и безопасности
Опубликовано: Понедельник, 03 июля 2017, 10:30
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 10135

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

N п/п	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 показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

Рис.1. Приказ Минздрава от 10 мая 2017 года № 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

Phoca PDF

Категория: Общие и практические вопросы организации контроля качества и безопасности
Опубликовано: Понедельник, 03 июля 2017, 10:30
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 10135

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
Руководитель МО
_____(И.И. Иванов)
«___» _____201 _ г.

Приложение № 3
к Положению о контроле качества
медицинской помощи
в ОПФ «ХХХ»

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

1. Структурное подразделение: _____ 2. Код МКБ: _____
3. Вид медицинской помощи: первичная/специализированная/скорая/паллиативная_____
4. Экспертиза по критериям качества медицинской помощи по группе заболеваний (состояний)*: **3.6.2.** Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при дистонии (код по МКБ-10: G24)

№ п/п	Критерии качества медицинской помощи по группе заболеваний (состояний) / Дата проведения контроля:	НУТ[1] Выявлено	НУТ[1] Устранено	I уровень (зав.отд.) ОК[3]	I уровень (зав.отд.) ДК[4]	I уровень (зав.отд.) КТ[5]	II уровень (начмед) ОК[3]	II уровень (начмед) ДК[4]	II уровень (начмед) КТ[5]	III уровень (ВК[2]) ОК[3]	III уровень (ВК[2]) ДК[4]	III уровень (ВК[2]) КТ[5]
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	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Общее число выявленных и устраненных нарушений (НУТ), Коэффициент качества медицинской помощи (КМП) и число выявленных дефектов качества (ДК):												
Экспертиза проведена: (ФИО, подпись 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.

Phoca PDF

Категория: Общие и практические вопросы организации контроля качества и безопасности
Опубликовано: Понедельник, 03 июля 2017, 10:30
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 10135

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.

Phoca PDF

Категория: Общие и практические вопросы организации контроля качества и безопасности
Опубликовано: Понедельник, 03 июля 2017, 10:30
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 10135

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 лечебно-диагностического 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:

Phoca PDF

Категория: Общие и практические вопросы организации контроля качества и безопасности
Опубликовано: Понедельник, 03 июля 2017, 10:30
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 10135

УТВЕРЖДАЮ
Руководитель МО
_____ (И.И. Иванов)
«___» _____ 201 _ г.

Приложение № 3
к Положению о контроле качества
медицинской помощи
в ОПФ «ХХХ»

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

1. Структурное подразделение: _____ 2. Код МКБ: _____
3. Вид медицинской помощи: первичная/специализированная/скорая/паллиативная_____
4. Экспертиза по критериям качества медицинской помощи по группе заболеваний (состояний)*: **у3.6.2.** Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при дистонии (код по МКБ-10: G24)

№ п/п	Критерии качества медицинской помощи по группе заболеваний (состояний) Дата проведения контроля:	НУТ[1]		I уровень (зав.отд.)			II уровень (начмед)			III уровень (ВК[2])		
		Выявлено	Устранено	ОК[3]	ДК[4]	КТ[5]	ОК[3]	ДК[4]	КТ[5]	ОК[3]	ДК[4]	КТ[5]
1.	Оценка диагностических медицинских вмешательств											
1.1.	#											
1.2.	#											
1.3.	#											
1.4.	#											
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)											
2.2.	#											
2.3.	#											
3.	Оценка профилактических мероприятий											
3.1.	#											
3.2.	#											
4.	Оценка реабилитационных мероприятий											
4.1.	#											
4.2.	#											
5.	Оценка достижения целевых значений показателей в 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)												
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.

Phoca PDF

Категория: Общие и практические вопросы организации контроля качества и безопасности
Опубликовано: Понедельник, 03 июля 2017, 10:30
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 10135

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 лечебно-диагностического 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:

Phoca PDF

Категория: Общие и практические вопросы организации контроля качества и безопасности
Опубликовано: Понедельник, 03 июля 2017, 10:30
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 10135

УТВЕРЖДАЮ
Руководитель МО
_____ (И.И. Иванов)
« » 201 г.

Приложение № 3
к Положению о контроле качества
медицинской помощи
в ОПФ «ХХХ»

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

1. Структурное подразделение: _____ 2. Код МКБ: _____
3. Вид медицинской помощи: первичная/специализированная/скорая/паллиативная
4. Экспертиза по критериям качества медицинской помощи по группе заболеваний (состояний)*: **у3.62.**
Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при дистонии (код по МКБ-10: G24).

№ п/п	Критерии качества медицинской помощи по группе заболеваний (состояний) Дата проведения контроля:	НУТ[1]		I уровень (зав.отд.)			II уровень (начмед)			III уровень (ВК[2])		
		Выявлено	Устранено	ОК[3]	ДК[4]	КТ[5]	ОК[3]	ДК[4]	КТ[5]	ОК[3]	ДК[4]	КТ[5]
1.	Оценка диагностических медицинских вмешательств											
1.1.	# Проведена клиническая диагностика по алгоритму, описанному в КР[6]											
1.2.	# Проведена дифференциальная диагностика с заболеваниями (состояниями) в зависимости от формы дистонии											
1.3.	#											
2	Оценка лечебных медицинских вмешательств											
2.1.	# Осуществлен выбор лечебной тактики на основе КР[6]											
2.2.	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)											
2.3.	#											
3.	Оценка профилактических мероприятий											
3.1.	# Наблюдение за состоянием больного после проведенных медицинских вмешательств											
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											
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)												
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.

Phoca PDF

Категория: Общие и практические вопросы организации контроля качества и безопасности
Опубликовано: Понедельник, 03 июля 2017, 10:30
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 10135

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:

Phoca PDF

Категория: Общие и практические вопросы организации контроля качества и безопасности
Опубликовано: Понедельник, 03 июля 2017, 10:30
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 10135

УТВЕРЖДАЮ
Руководитель МО
_____(И.И. Иванов)
«___» _____201 _ г.

Приложение № 3
к Положению о контроле качества
медицинской помощи
в ОПФ «ХХХ»

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

1. Структурное подразделение: _____ 2. Код МКБ: _____
3. Вид медицинской помощи: первичная/специализированная/скорая/паллиативная_____
4. Экспертиза по критериям качества медицинской помощи по группе заболеваний (состояний)*: **v3.6.2.** Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при дистонии (код по МКБ-10: G24)

№ п/п	Критерии качества медицинской помощи по группе заболеваний (состояний) / Дата проведения контроля:	НУТ[1] Выявлено	НУТ[1] Устранено	I уровень (зав.отд.) ОК[3]	I уровень (зав.отд.) ДК[4]	I уровень (зав.отд.) КТ[5]	II уровень (начмед) ОК[3]	II уровень (начмед) ДК[4]	II уровень (начмед) КТ[5]	III уровень (ВК[2]) ОК[3]	III уровень (ВК[2]) ДК[4]	III уровень (ВК[2]) КТ[5]
1.	Оценка диагностических медицинских вмешательств											
1.1.	# Проведена клиническая диагностика по алгоритму, описанному в КР[6]											
1.2.	# Проведена дифференциальная диагностика с заболеваниями (состояниями) в зависимости от формы дистонии											
1.3.	#											
2.	Оценка лечебных медицинских вмешательств											
2.1.	# Осуществлен выбор лечебной тактики на основе КР[6]											
2.2.	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)											
2.3.	#											
3.	Оценка профилактических мероприятий											
3.1.	# Наблюдение за состоянием больного после проведенных медицинских вмешательств											
3.2.	#											
4.	Оценка реабилитационных мероприятий											
4.1.	# Начата реабилитация и/или психотерапия в период госпитализации											
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											
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)												
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, утвержденныерешением Президиума Всероссийского общества неврологов 17 июня 2014 года.

Phoca PDF

Категория: Общие и практические вопросы организации контроля качества и безопасности
Опубликовано: Понедельник, 03 июля 2017, 10:30
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 10135

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 помощи™» – 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

Phoca PDF

Категория: Общие и практические вопросы организации контроля качества и безопасности
Опубликовано: Понедельник, 03 июля 2017, 10:30
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 10135

медицинской помощи по отклонениям

Всегда ваши, команда Здрав.Биз и Андрей Таевский.

Phoca PDF