

Категория: Управление качеством медицинской помощи

Опубликовано: Четверг, 22 июня 2017, 02:56

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 3769

Если хочешь быть сухим

в самом мокром месте...

(© В.Маяковский)

В этой статье обсуждаются проблемы организации деятельности медицинских организаций и управления качеством медицинской помощи в связи с появлением новых федеральных отраслевых нормативных актов, регулирующих вопросы экспертизы качества медицинской помощи и контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Судя по всему, возникли очередные деформации системы здравоохранения Российской Федерации, произведённые «отраслевым регулятором», и как-то надо их компенсировать на уровне медицинской организации.

А искажено всё существенно.

Новые приказы Минздрава России:

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

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

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

Указанные документы меняют не только критерии оценки качества, административные регламенты надзорных органов или правила для страховых медицинских организаций, но саму федеральную политику в области качества. Не самым лучшим образом. Даже, пожалуй, одним из самых плохих способов, что можно было в принципе придумать. Хуже может быть только, если не пустить по следу, как сейчас, а приставить к каждому врачу «контролёра» со списками «критериев оценки качества медицинской помощи» (которые, [как мы уже знаем](#), на самом деле вовсе не критерии оценки качества, а чек-листы исполнения безличных предписаний по лечению стандартных болезней, но не больных людей). Т.с., для непосредственного контроля. И, боюсь, до этого дойдёт, когда неадекватность «экспертизы качества медицинской помощи» (которая, [как](#)

Категория: Управление качеством медицинской помощи

Опубликовано: Четверг, 22 июня 2017, 02:56

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 3769

мы тоже знаем, никакая не экспертиза, а новейший вид контроля (в форме надзора) по новым правилам станет всем очевидной, и её захотят усовершенствовать. Непременно, захотят. Вместо того чтобы просто выбросить.

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

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

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

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

Что делать? Благо, приказ 226н регламентирует государственный и ведомственный контроль в неведомой форме «экспертизы» и ничего не предписывает относительно экспертизы качества медицинской помощи (по определению – профессионального исследования), проводимой в целях внутреннего контроля и управления качеством медицинской помощи в медицинской организации. Это позволяет в системе внутреннего контроля, как и прежде, делать всё правильно и, при этом, не нарушать

Категория: Управление качеством медицинской помощи

Опубликовано: Четверг, 22 июня 2017, 02:56

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 3769

установленные требования (что даётся всё трудней). Авторские технологии [экспертизы качества медицинской помощи](#) и [управления качеством медицинской помощи по отклонениям](#) по-прежнему работают.

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

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

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

В завершение, несколько слов о практических аспектах перехода на новые федеральные критерии оценки качества медицинской помощи. Да,

Категория: Управление качеством медицинской помощи

Опубликовано: Четверг, 22 июня 2017, 02:56

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 3769

[решения разработаны и представлены](#), однако для полноценной их реализации ещё предстоит наработать свои управляемые параметры для Приложений к картам внутреннего контроля. Постепенно и лучше сообщаем. Нужные шаблоны и примеры – дополнений управляемых параметров к федеральным «критериям» и целиком состоящее из собственных параметров Приложение для первичной медицинской помощи (на основе клинических рекомендаций) есть. Постараемся в ближайшее время подготовить публикацию с ними для обсуждения.

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

Всегда ваши, команда Здрав.Биз и Андрей Таевский.