

Формирование системы критериев качества Пациент-ориентированная система контроля качества

**ОМЕЛЬЯНОВСКИЙ В.В.
ФГБУ «ЦЭКМП»
Минздрава России**

Уровни контроля качества медицинской помощи

Популяционный			Индивидуальный
Федеральный уровень (Минздрав России)	Региональный уровень (Минздрав субъекта)	Уровень медицинских организаций (Страховая организация (СМО))	Пациент (Эксперт СМО)
			
<ul style="list-style-type: none">- Заболеваемость- Доля проведенных интервенций (диагностических или лечебных процедур)- Смертность общая- Смертность по заболеваниям- Инвалидизация и т.д.			Выполнено /не выполнено

Мировой опыт разработки критериев качества

Доказательная медицина + Консенсус среди экспертов =
Метод приемлемости RAND / UCLA

Популяционный уровень



EPA

NICE National Institute for
Health and Care Excellence

Индивидуальный уровень



*National Primary Care Research
and Development Centre*

Критерии в Российской Федерации

Популяционный уровень

Критерии доступности и качества
медицинской помощи*

Пример:

*«доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведена **тромболитическая терапия**, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда;»*

**Постановление Правительства РФ от 19.12.2016 №1403 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов"*

Индивидуальный уровень

Критерии оценки качества медицинской
помощи**

Пример:

*«**Выполнено электрокардиографическое исследование до** начала тромболитической терапии и **через 1 час** после окончания (в случае проведения тромболитической терапии)»*

***Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 29.07.2017) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"*

Возможно ли быстрое внедрение
разработанных другой страной
критериев качества?

Да

Нет

Возможно ли быстрое внедрение разработанных другой страной критериев качества?



- ☐ Разная практика ведения заболеваний
- ☐ Разные утвержденные и финансируемые технологии
- ☐ Разные подходы в экспертных оценках
- ☐ Разная система финансирования медицинской помощи
- ☐ Разная система нормативного регулирования

Разработка критериев качества может осуществляться по трем подходам:

1. *de novo*
2. *выбор зарубежных КК и их перевод на русский язык*
3. *адаптация – применение и модификация КК в соответствии с культурными и организационными особенностями системы здравоохранения*

Критерии оценки качества медицинской помощи

«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.»

Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 29.07.2017) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Формирование критериев качества медицинской помощи



Критерии оценки качества медицинской помощи

- качество лечения одного пациента
- «суррогатные точки» / индивидуальные

Типы индикаторов:

1. **Содержательные** (смысловые, контентные, процессные) – сделал/ не сделал

Пример: выполнена КТ при подозрении на ишемический инсульт при поступлении больного в стационар?

2. **Временные** – когда сделал

Пример: выполнена КТ при подозрении на ишемический инсульт в первые 40 минут после поступления больного в стационар?

3. **Результирующие** (событийные)

Критерии как новый инструмент оценки качества медицинской помощи



Всего разработано **231 группа** критериев оценки качества медицинской помощи, из них

- **109 взрослых групп,**
- **47 детских групп,**
- **75 взрослые и дети.**

Охвачено 18 классов МКБ - 10.
Покрыто 85 % случаев госпитализации.

Из Приказа от 10 мая 2017 г. N 203н

Коды по МКБ-10

3.8.4 Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром панкреатите (коды по МКБ - 10: K85)

Временной критерий	Критерии качества	Оценка выполнения	Возрастная группа
1.	Выполнен осмотр врачом-хирургом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет	
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет	
3.	Выполнено исследование уровня амилазы в крови и в моче не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет	
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (билирубин, щелочная фосфатаза, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, мочевины, амилаза, глюкоза, калий) не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет	Ответ всегда «ДА»
5.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и/или лапароскопия и/или компьютерная томография органов брюшной полости не позднее 24 часов после поступления в стационар	Да/Нет	
6.	Выполнено лечение лекарственным препаратом группы соматостатины не позднее 1 часа от момента установления диагноза	Да/Нет	
7.	Начато проведение интенсивной консервативной консервативной терапии не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет	
8.	Выполнено бактериологическое исследование выпота из брюшной полости с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет	
9.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами в послеоперационном периоде (при хирургическом вмешательстве и при отсутствии медицинских противопоказаний)		В скобках указано условие, когда критерий действует
10.	Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет	

Содержательный критерий

Результативный критерий

Трудности восприятия обществом

- Разное возможности и оснащение медицинских организаций;
- Разные объемы финансирования медицинских организаций;
- Разные «школы» – разные подходы к оказанию медицинской помощи;
- Ригидность к изменениям и консерватизм специалистов;
- Законодательные противоречия.

Законодательные проблемы системы критериев качества в РФ

Стандарты медицинской помощи

VS

Критерии качества

(см. текст в предыдущей [редакции](#))

21. Экспертиза качества медицинской помощи проводится путем проверки (в том числе с использованием автоматизированной системы) соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, [порядкам](#) оказания медицинской помощи и [стандартам](#) медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, сложившейся клинической практике.

(в ред. Приказов ФФОМС от 21.07.2015 N 130, от 22.02.2017 N 45)

(см. текст в предыдущей [редакции](#))

Приказ ФФОМС от 1 декабря 2010 г. №230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», п.5, пп.5.3



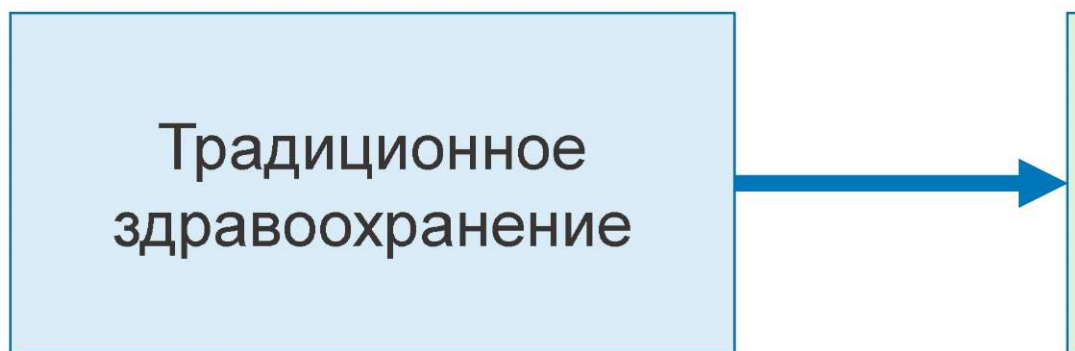
Приказ Минздрава России от 10.05.2017 N 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи"

Интеграция критериев качества в информационную систему МО



ФГБУ «ЦЭККМП» Минздрава России консультирует по информационно-аналитическому сопровождению работ по интеграции критериев качества на всех этапах

Будущее здравоохранения:



1. Контроль процессов и объемов МП;
2. Контроль исходов, не всегда важных для пациентов;
3. Мониторинг затрат и исходов на популяционном уровне.

смещение парадигмы

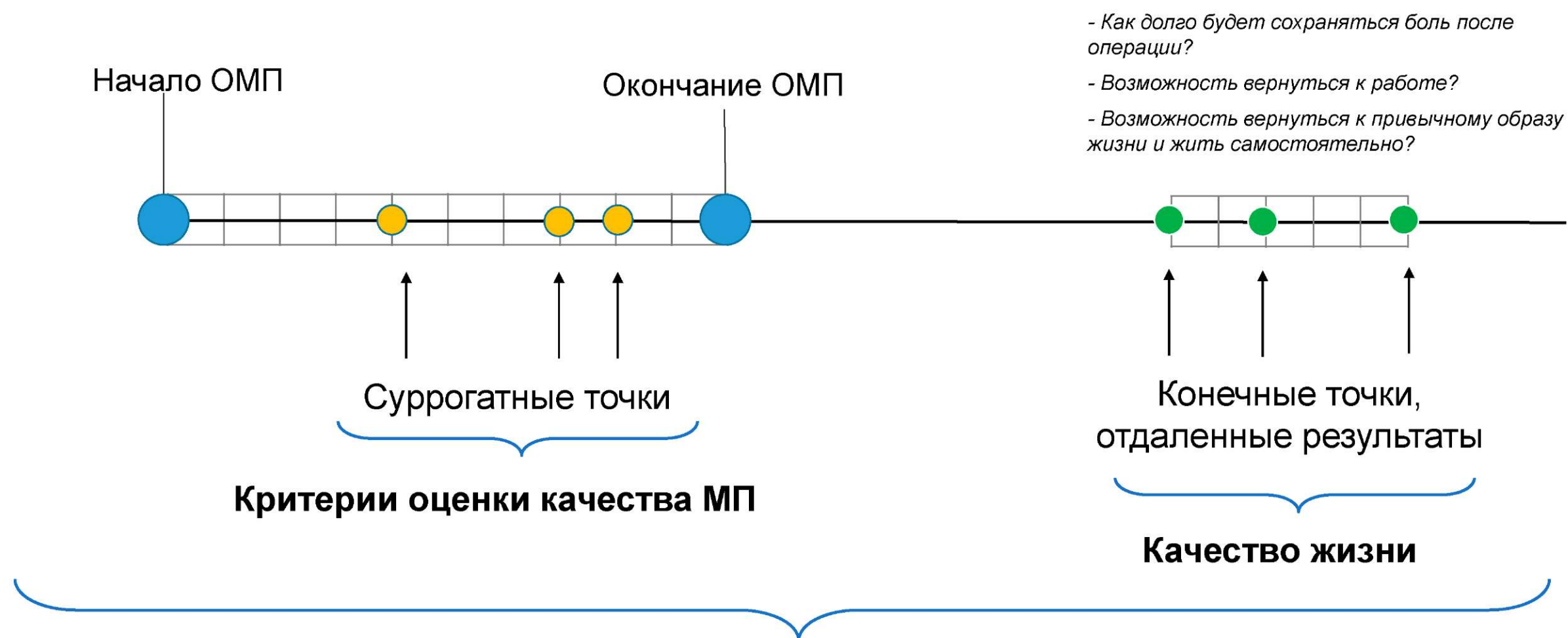
Ценностно-
ориентированное
здоровоохранение

1. Контроль конечного результата;
- 2. Контроль стандартных исходов, важных для пациентов;**
3. Мониторинг затрат и исходов на индивидуальном уровне.

«Суррогатные» и «конечные» точки при оценке эффективности лекарственного препарата



Суррогатные и конечные точки



Ценностно-ориентированное здравоохранение

От результата к оплате

**Контроль качества
медицинской помощи**



**Оплата медицинской
помощи**

**Value-based healthcare,
ценностно-
ориентированное
здравоохранение**

1. Контроль распределения объемов медицинской помощи;
2. Оплата по отдаленным результатам – по конечным точкам
3. «Бонус за качество» = премия при хорошем результате;



Выводы

- Ценностно-ориентированное здравоохранение – новый тренд оценки результата оказанной медицинской помощи и подходов по ее оплате.
- Развитие системы контроля качества медицинской помощи должно ориентироваться на ожидания и ценность проводимого лечения пациента на платформе цифрового здравоохранения.
- Новая парадигма здравоохранения – ценностно-ориентированное здравоохранение требует «перезагрузки» всей системы контроля качества медицинской помощи и ее информатизации.

Спасибо за внимание!