



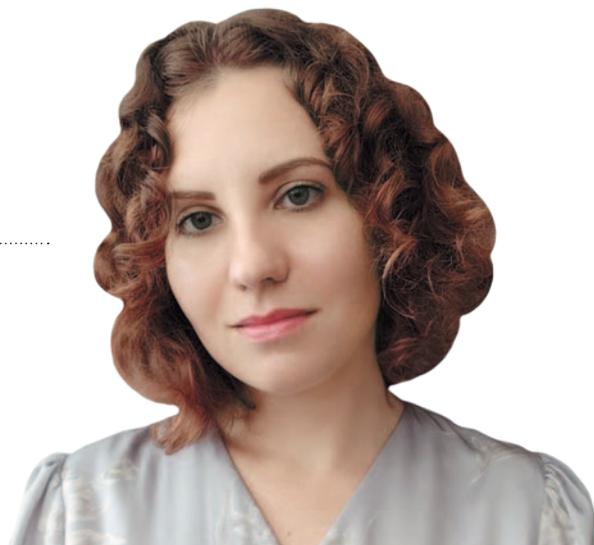
**Обязательные клинические
рекомендации.
Как обосновать отступление
и по каким критериям
контролировать работу
персонала**

Введение

В книге — алгоритм, как внедрять в работу клинические рекомендации и контролировать работу по ним. Директор ТФОМС из Севастополя предложила формулировки: как обосновать отступление от клинреков. Представитель Росздравнадзора дал алгоритм, как делать короткие протоколы по клинрекам в виде схем. Руководитель сертифицированной клиники поделилась опытом, как решить типичные проблемы в работе по клинрекам.

Автор-составитель

София ШПИТОНКОВА, шеф-редактор



Содержание

- 2** Введение
- 4** Новые обязательные клинреки. Инструктаж от директора ТФОМС, как обосновать отступление и смягчить санкции
- 27** Представитель экспертной организации Росздравнадзора показал, как создать алгоритм по клиническим рекомендациям. Методика на примере медпомощи при ОКС и образец документа
- 38** Минздрав вводит новые критерии оценки качества медпомощи на основе клинреков. Методичка, чтобы подготовить врачей
- 57** Как решить проблемы с клинреками, которые есть у всех. Методика сертифицированной больницы

Новые обязательные клинреки. Инструктаж от директора ТФОМС, как обосновать отступление и смягчить санкции

В статье – инструктаж от директора ТФОМС: как обосновать отступление от клинреков. На примерах показали, какие аргументы мотивируют фонд занять позицию медорганизации, даже если отклонились от рекомендаций с максимальным уровнем убедительности. Готовые формулировки для ответа на претензию прилагаются.

Разобрали пять случаев, когда клиники не согласились с решением страховой и потребовали реэкспертизу. Привели аргументы сторон, показали, на что обращает внимание при повторных проверках ТФОМС. Не во всех случаях удалось добиться полного снятия санкций, зато получилось сменить код дефекта и уменьшить сумму штрафа. Читайте, какие стратегии помогли успешно отстоять клинику в конфликте со страховой. Фрагменты обоснований позиции с готовыми формулировками смотрите в приложениях.

На каждое отступление приводите опровержение с цитатой из клинреков

В данном примере покажем, как клинике удалось опровергнуть все доводы страховщиков, которые обвинили медорганизацию в отступлении от клинреков при оказании медпомощи беременной в гинекологическом стационаре.



Татьяна ГРОЗДОВА,
директор ТФОМС,
Севастополь

Обязательные клинические рекомендации. Как обосновать отступление и по каким критериям контролировать работу персонала

У пациентки на ранних сроках случился выкидыш, причем ранее врачи обнаружили угрозу и поставили диагноз «угрожающий аборт» (МКБ-10 O20.0).

Позиция страховой. По требованиям клинических рекомендаций «Выкидыш (самопроизвольный аборт)» пациентке необходимо было провести УЗИ матки и плода или УЗИ придатков. Еще – пересчитать факторы риска венозных тромбозмболических осложнений (далее – ВТЭО). Предоставить протокол УЗИ клиника не смогла, хотя врач ссылался на исследование во время осмотра. Факторы риска тоже не пересчитали.

Специалисты клиники поставили пациентке диагноз, но не указали в документах его обоснование. Не провели повторный вагинальный осмотр при усилении кровянистых выделений. В рекомендации при выписке не включили обследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на ИППП на амбулаторном этапе.

Для этого случая страховая использовала коды дефектов 3.11., 3.2.1. – отсутствие в меддокументации данных обследования и осмотров, а также невыполнение необходимых пациенту диагностических мероприятий, которое не повлияло на состояние здоровья. Клинике следовало уменьшить оплату страхового случая на 50 процентов по коду 3.11., и на 10 процентов по коду 3.2.1.

Аргументы клиники. Полное обоснование со ссылками на клинреки – в приложении 1. Приведем ключевые аргументы. Прежде всего, пациентке не рекомендовали обследование на ИППП, поскольку при первой госпитализации вагинальный мазок был в норме. Выкидыш может произойти из-за множества факторов, которые не ограничиваются только ИППП или антифосфолипидным синдромом. Перерассчитывать риски ВТЭО также не было необходимости.

Профиль отделения гинекологии не подразумевает наблюдение и длительное лечение пациентов. В выписке

Обязательные клинические рекомендации. Как обосновать отступление и по каким критериям контролировать работу персонала

указали, что пациентке необходимо обратиться в женскую консультацию, и назначили дату явки. Обозначили, что женщину должны дообследовать врачи и наблюдать ее амбулаторно.

Повторный вагинальный осмотр не провели, поскольку был первичный осмотр при госпитализации в день поступления. Также сделали УЗИ. Повторный осмотр лечащий врач провел на следующий день после поступления – это подтвердили дневниковыми записями.

Кратность протокольных УЗИ в клинических рекомендациях не указана. Когда пациентка поступила в клинику, УЗИ сердцебиения плода ей провели, – есть соответствующая запись в дневнике.

Позиция ТФОМС. Отступления от клинреков при реэкспертизе не выявили. Пациентка поступила в клинику своевременно, лечение провели в соответствии с требованиями клинических рекомендаций «Выкидыш (самопроизвольный аборт)». При этом клинике сделали замечание из-за нарушений требования приказа Минздрава от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (далее – приказ № 203н). После первичного лечения в плане осмотра врач не указал названия препаратов и суточную, а также курсовую дозу.

Ссылайтесь на то, что с момента начала действия клинрека прошло мало времени

Аргументы медорганизации из данного спора подойдут в тех случаях, когда нарушили клинреки, которые только что ввели в действие. В данном споре клиника нарушила рекомендации «Сахарный диабет» в феврале, а действовали они с января. Медорганизация признала вину, но ей удалось смягчить санкции. Как – читайте далее.



Важно

Алгоритм, чтобы составить претензию на заключение страховой, – в приложении 2. Памятка со стратегиями защиты клиники в приложении 3

Обязательные клинические рекомендации. Как обосновать отступление и по каким критериям контролировать работу персонала

Позиция страховой. Клиника не провела ряд обязательных лабораторных исследований, пациентку не направили к офтальмологу и на ЭКГ. Полный список нарушений – в перечне ниже.

Код нарушения 3.15.1. – неполный объем диспансерного наблюдения застрахованного лица. То есть случай не засчитают как диспансерное наблюдение и оплачивать не будут. При этом штраф могут назначить в размере от 100 до 300 процентов от подушевого норматива финансирования программы госгарантий. Подробнее про то, как рассчитывают такие штрафы, читайте в приложении 4.

ПЕРЕЧЕНЬ. НАРУШЕНИЯ КЛИНРЕКОВ «САХАРНЫЙ ДИАБЕТ», КОТОРЫЕ ВЫЯВИЛА СТРАХОВАЯ

- 1 Не провели анализ крови биохимический общетерапевтический, который следует проводить не реже 1 раза в год.
- 2 Не определили альбумин в утренней порции мочи или соотношение альбумина и креатинина в утренней порции мочи, что следует делать не позднее чем через 5 лет от дебюта сахарного диабета, далее не реже 1 раза в год.
- 3 В меддокументах нет данных об измерении артериального давления не реже 1 раза в год.
- 4 Не выполнили общий клинический анализ мочи, который следует проводить не реже 1 раза в год.
- 5 Врач-офтальмолог не провел прием, который следует проводить не позднее чем через 5 лет от дебюта сахарного диабета, далее не реже 1 раза в год.
- 6 Не выполнили расчет скорости клубочковой фильтрации, который следует определять не реже 1 раза в год.
- 7 Не выполнили биомикроскопию глаза и глазного дна под мидриазом, которую следует проводить не позднее чем через 5 лет от дебюта сахарного диабета, далее не реже 1 раза в год.
- 8 Не зарегистрировали электрокардиограмму, которую следует проводить не реже 1 раза в год.
- 9 Не выполнили исследование уровня гликированного гемоглобина в крови, которое следует проводить не реже 1 раза в 3 месяца.
- 10 Не выполнили комплексное обследование стоп, которое следует проводить не позднее чем через 5 лет от дебюта сахарного диабета, далее не реже 1 раза в год.
- 11 Не провели обучение в «Школе сахарного диабета».

Обязательные клинические рекомендации. Как обосновать отступление и по каким критериям контролировать работу персонала

Кроме того, нарушение может повлиять на достижение критериев эффективности деятельности медорганизации. А именно – на критерии доступности и качества медпомощи, которую оказывают в рамках территориальной программы.

Аргументы клиники. Код дефекта, который применила страховая, неверен. Пациентка находилась на амбулаторном приеме с 20 по 24 февраля 2024 года, диспансерное наблюдение за ней установили. При этом клинреки вступили в силу только 1 января 2024 года – за 2 месяца до начала лечения.

Позиция ТФОМС. Медорганизация действительно нарушила новые клинические рекомендации. Например, пациентка на момент осмотра получала сахароснижающую терапию, а записи в медкарте об этом не было. Однако клинреки начали действовать за два месяца до того, как выявили случай, и медорганизация могла не успеть перейти на новые правила. Поэтому лучше провести дообследование и после него затребовать меддокументы для новой экспертизы.

Код дефекта поменяли на 3.2.6. – ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических мероприятий. Последствия: на 90 процентов уменьшают финансирование случая, штраф – 100 процентов.

Доказывайте, что дефект медпомощи не мог предотвратить смерть пациента

В данном случае медорганизация защищалась от обвинений в расхождении клинического и патолого-анатомического диагнозов. Ей пришлось объяснять, почему не поставили правильный диагноз при жизни пациента: лечили его по клинрекам «Стабильная ишемическая

Обязательные клинические рекомендации. Как обосновать отступление и по каким критериям контролировать работу персонала

болезнь сердца», а умер он, как показала экспертиза, от инфаркта миокарда. Медорганизация доказала, что на момент госпитализации диагноз поставили верно, и вовремя выявить инфаркт возможности не было. Какие аргументы помогли – читайте далее.

Позиция страховой. Клиника не смогла вовремя установить верный диагноз, потому что не выполнила ЭКГ и анализ крови на тропонины. Поскольку это привело к гибели пациента, код дефекта – 3.2.5.: отмена оплаты страхового случая и трехсотпроцентный штраф.

Аргументы клиники. С момента поступления пациента по направлению терапевта и до момента резкого ухудшения состояния жалобы пациента не менялись. Поэтому его лечили по клинрекам «Стабильная ишемическая болезнь сердца». Если бы в процессе перевода пациенту снова сделали электрокардиограмму и анализ крови, острый инфаркт миокарда удалось бы выявить. Но при этом летальный исход это бы не предотвратило. Подробное обоснование позиции для страховой – в приложении 5.

Позиция ТФОМС. До момента ухудшения состояния пациента медорганизация делала все верно. Ряд дефектов допустили на стадии ухудшения состояния пациента. Действительно, пациенту не провели электрокардиограмму и не взяли кровь на тропонины, не во всем правильна лекарственная терапия.

Верный код дефекта – 3.2.2. Необходимо на 40 процентов уменьшить оплату страхового случая и назначить штраф 30 процентов. Клиника недообследовала пациента и не выявила осложнение, которое привело к ухудшению его состояния. При этом надо учесть скорость развития нарушения. Даже если бы клиника его обнаружила, спасти пациента было нельзя, так как он находился в непрофильном отделении.

Клинреки начали действовать за два месяца до того, как выявили случай, и медорганизация могла не успеть перейти на новые правила

Если обнаружили ошибку эксперта – заявляйте об этом на этапе обжалования

Клинику обвинили в отступлении от клинических рекомендаций «Язвенный колит». При этом эксперт страховой допустил ошибку и оценивал тактику лечения по клиническим рекомендациям для другого заболевания. При реэкспертизе случай лечения переоценили: нашли дефекты, но штраф все равно сняли. Какие доводы клиники учли, смотрите далее.

Позиция страховой. Врачи необоснованно назначили месалазин в процессе противорецидивной терапии и на амбулаторном приеме. Также прописали препараты аминосалициловой кислоты в виде монотерапии. Не провели оценку нутритивного статуса пациента.

Случаю присвоили код дефекта 3.13.: уменьшение оплаты случая на 50 процентов и штраф 60 процентов.

Аргументы клиники. Эксперт допустил ошибку: он оценивал терапию с точки зрения клинических рекомендаций для болезни Крона. При этом лечение провели по требованиям клинических рекомендаций для язвенного колита, который диагностировали у пациента. Полное обоснование – в приложении 6.

Позиция ТФОМС. При реэкспертизе оценили процесс лечения пациента с точки зрения клинических рекомендаций «Язвенный колит» и нашли нарушения: нет данных исследований, например гастроскопии, фиброколоноскопии и УЗИ органов брюшной полости. Медорганизация не установила нутритивный статус пациента, что рекомендуется при язвенном колите в том числе.

Выявили нарушение приказа № 203н. Специалисты клиники назначили пациенту лекарства, в инструкции

Обязательные клинические рекомендации. Как обосновать отступление и по каким критериям контролировать работу персонала

к которым не было показаний для его случая. Например, этамзилат, для которого кишечное кровотечение не показание к назначению.

Код дефекта изменили на 3.11. Клинике не назначили штраф, но уменьшили оплату на 50 процентов.

Доказывайте, что эксперт некорректно интерпретировал записи медработника

Медорганизацию обвинили в нарушениях клинических рекомендаций «Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ)», потому что фельдшер назначал несовершеннолетним пациентам жаропонижающие. Она смогла доказать, что действия сотрудника с медицинской точки зрения оправданы, а эксперт страховой позволил себе вольную интерпретацию документов. Как защищалась клиника, читайте далее.

Позиция страховой. При лечении детей с ОРВИ клиника систематически нарушала клинреки. Детям старше трех месяцев регулярно назначали жаропонижающие средства при температуре 38–38,5 °С, хотя показаний к этому не было.

В диагнозах не прописывали сопутствующие хронические заболевания. Во всех случаях при описании жалоб не указывали признаки «дискомфорта, связанного с температурой». При этом врачи отмечали, что «сознание ясное, ребенок активен, одышки нет, голос звонкий».

Специалистам клиники необходимо помнить, что самая главная проблема при лихорадке – вовремя распознать бактериальную инфекцию. Согласно клинрекам в первую очередь следует провести диагностику тяжелой бактериальной инфекции. Она гораздо важнее борьбы с лихорадкой.

Клиника смогла доказать, что действия сотрудника с медицинской точки зрения оправданы, а эксперт страховой позволил себе вольную интерпретацию документов

Обязательные клинические рекомендации. Как обосновать отступление и по каким критериям контролировать работу персонала

Код дефекта 3.13.: оплату случая уменьшают на 50 процентов, штраф – 60 процентов.

Аргументы клиники. Как клиника сформулировала обоснование для претензии в страховую, смотрите в приложении 7. Приведем некоторые аргументы. Прежде всего, все случаи, которые рассматривали эксперты страховой, произошли во время обращения пациентов в кабинет неотложной помощи либо при вызове на дом. Жалобы на высокую температуру и сам факт обращения в кабинет неотложной помощи означают, что дискомфорт больные испытывали. Ясность сознания, отсутствие одышки и активность детей не означают, что они не испытывали дискомфорта из-за лихорадки. То, что семь из 10 пациентов осматривали не на дому, также не означает, что пациенты не страдали из-за симптомов лихорадки. Госпитализировать больных клиника имеет право только при непосредственной угрозе жизни, и в данном случае решение принимали родители.

В клинических рекомендациях четко не регламентировано назначение жаропонижающих препаратов в диапазоне 38,5–39,0 °С. Решение, назначать препарат или нет, во всех случаях принимал фельдшер. При этом медработник обращал внимание на наличие сопутствующих заболеваний у детей и связанные с ними риски, что отражал в документах.

В должностные обязанности фельдшера не входит формулировать клинический диагноз. В первую очередь он оказывает неотложную помощь, которая необходима, чтобы облегчить состояние больного и предотвратить риски осложнений. Во всех случаях предварительный диагноз фельдшер поставил верно и оказал соответствующую помощь. Лихорадку всем детям купировали.

Позиция ТФОМС. Медорганизация нарушила клинические рекомендации не потому, что назначила жаропонижающие как таковые, а потому, что рекомендовала

Обязательные клинические рекомендации. Как обосновать отступление и по каким критериям контролировать работу персонала

продолжить их прием. Повторную дозу жаропонижающих необходимо назначать только в случае повторного повышения температуры.

Врач при назначении решил чередовать два препарата – парацетамол и ибупрофен. При этом чередование этих двух лекарств или применение комбинированных препаратов не имеет существенных преимуществ перед монотерапией. В клинических рекомендациях действительно указаны эти препараты, но назначить врач должен только один из них. Если лихорадка не проходит, можно постепенно перевести пациента с одного жаропонижающего лекарственного препарата на другой, но только в формате монотерапии.

Клинике сделали замечание, поскольку жалобы и объективный статус пациентов в меддокументации описаны кратко. Из-за этого объективно оценить необходимость применения препарата нельзя. В связи с этим случаи признали бездефектными: штраф не налагали и страховые случаи оплатили полностью.

Обоснование позиции клиники насчет отступления от клинреков «Выкидыш (самопроизвольный аборт)»

Дефект преемственности

Эксперт страховой выявил дефект «отсутствие рекомендаций обследований на ИППП в выписном эпикризе». Данное замечание необоснованно для хирургического стационара.

При первой госпитализации с 7 по 13 сентября 2024 года вагинальный мазок был в норме, что не требовало дополнительных исследований на ИППП на стационарном этапе.

- Дополнительные исследования в виде выполнения бакпосевов и обследований на ИППП в стационарных условиях рутинно не предусматриваются с учетом этапности наблюдения за беременными;
- обследование на ИППП проводят на этапе амбулаторного обследования в рамках преконцепционной подготовки или на фоне прогрессирующей беременности после постановки на учет в женской консультации;
- на фоне прогрессирующей беременности при выявлении ИППП лечение возможно проводить только после 12 недель;
- результаты исследований должен интерпретировать и назначать лечение лечащий врач.

*КР: Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), однократно, и беременную пациентку дважды: при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности, на микроскопическое исследование влагалищных мазков, включая микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк (*Neisseria gonorrhoeae*), микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на трихомонады (*Trichomonas vaginalis*), микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на дрожжевые грибы с целью своевременного выявления и лечения инфекционно-воспалительных заболеваний генитального тракта для профилактики восходящей инфекции.*

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарий: Нецелесообразно рутинно направлять беременную пациентку на молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (*Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*), и на определение ДНК *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae*, *Lactobacillus spp.* и общего количества бактерий во влагалищном отделяемом методом ПЦР, количественное исследование и молекулярно-биологическое исследование отделяемого женских половых органов на условно-патогенные генитальные микоплазмы (*Ureaplasma parvum*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*). Данные исследования должны быть рекомендованы при появлении жалоб на вагинальный дискомфорт, изменение характера выделений из половых путей, зуд, жжение, выделения с неприятным запахом, при воспалительном характере микроскопического исследования влагалищных мазков.

Обоснование действий врача

Выкидыш – это полиэтиологический фактор, который не ограничивается только АФЛС и ИППП. Профиль отделения гинекологии не подразумевает наблюдение и длительное лечение пациенток. Среднее пребывание на койке составляет 4–5 дней. Женские консультации относят к структурным подразделениям ГБУЗ «Городская больница № 6» и к первичному звену медико-санитарной помощи, где и проводят обследование и дальнейшее лечение выявленной патологии, которая могла привести к выкидышу. В рекомендациях есть дата явки в женскую консультацию. Там же прописали необходимость дальнейшего наблюдения и дообследования амбулаторно.

Основание: Раздел 5. «Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики» клинических рекомендаций «Нормальная беременность». В действующих клинических рекомендациях «Выкидыш (самопроизвольный аборт)» нет указаний в разделе 5. «Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики» на перечень точных рекомендаций по выписке и реабилитации пациенток. Замечание не правомочно.

1. При повторной госпитализации первичный осмотр проведен согласно приказу Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка

Обязательные клинические рекомендации. Как обосновать отступление и по каким критериям контролировать работу персонала

оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология”». Врач отметила выделения как умеренные, кровянистые. Согласно стандартному бланку приказа, врач не обязан описывать количество, качество и другие характеристики выделений.

2. Претензия из-за отсутствия повторных вагинальных осмотров пациентки при усилении кровянистых выделений не обоснованна. Пациентку осмотрели вагинально при поступлении, выполнили УЗИ ОМТ трансвагинально в день поступления. На следующий день больную повторно осмотрел лечащий врач (дневниковые записи есть в наличии). Повторный вагинальный осмотр может вызвать контаминацию вагинальной флоры и не влияет на исход беременности.

Согласно клиническим рекомендациям, требования к осмотру указаны в физикальных исследованиях (п. 2.2) без указания обязательной кратности выполнения.

Дефект в части отсутствия протокола УЗИ ОМТ

Дефект в части отсутствия протокола УЗИ ОМТ от 13 ноября 2023 года также не обоснован. Согласно рекомендациям, УЗИ необходимо выполнить при поступлении, чтобы подтвердить факт прогрессирующей маточной беременности, – УЗИ было выполнено.

К критериям выписки относят отсутствие жалоб: кровянистых выделений у пациентки не было, болевой синдром не беспокоил. Ей также провели УЗИ ОМТ для подтверждения прогрессирования беременности (наличие сердцебиения) в условиях отделения. УЗИ-аппарат входит в стандарты оснащения отделения и предназначен для текущего контроля лечения пациенток. В дневниковой записи отметили, что провели УЗИ ОМТ С/Б+. При повторном поступлении по УЗИ с протокольным заполнением прогрессирующую беременность подтвердили. То есть дефекта в оказании помощи не было. Также кратность протокольных УЗИ в клинических рекомендациях не прописали.

Замечание по ВТЭО

Не обосновано замечание в части отсутствия обоснования клинического протокола и рисков ВТЭО. Критерии оценки качества медицинской помощи согласно клинрекам выполнили в полном объеме.

Алгоритм. Как составить претензию на заключение страховой

- 1** Соберите специалистов, участвующих в оказании медпомощи пациенту и рассмотрите нарушения из заключения страховой. Запросите меддокументы.
- 2** Проверьте, действуют ли клинреки, на которые ссылается эксперт на cr.minzdrav.gov.ru. Сравните заключение с клинреками: посмотрите, действительно ли эксперт ссылается на них, верно ли цитирует.
- 3** Если не согласны с решением страховой, подготовьте протокол разногласий, подробно опишите свою позицию. Форма протокола может быть утверждена в субъекте. Если нет, используйте свободную.
- 4** Направьте протокол в страховую в течение 10 рабочих дней со дня получения заключения. Узнайте, дошел ли документ, если вам не выслали новое заключение через 10 рабочих дней с момента отправки.
- 5** Если страховая не приняла во внимание доводы клиники, направьте претензию в ТФОМС в течение 15 рабочих дней. Составьте по форме из приложения 8 к приказу ФФОМС от 19.09.2022 № 120н. Приложите обоснование, перечень вопросов и материалы ВКК по каждому оспариваемому случаю, результаты ведомственного контроля качества.
- 6** Если не согласны с решением ТФОМС, оспорьте решение в суде.

Стратегии защиты клиники

На каждое отступление приводите опровержение с цитатой из клин-реков

Страховая обвинила медорганизацию в отступлении от клинреков: якобы, из-за неверного лечения у женщины случился выкидыш. Медорганизации удалось доказать, что все исследования провели по клинрекам, отклонений не было. ТФОМС подтвердил правоту клиники, но сделал замечание: после первичного лечения в плане осмотра врач не указал названия препаратов и суточную, а также курсовую дозу.

Код дефекта

Было: 3.11., 3.2.1., оплата страхового случая меньше на 50 процентов и на 10 процентов

Стало: Дефект не выявили

Ссылайтесь на то, что с момента начала действия клинрекомендации прошло мало времени

Даже спустя два месяца после начала действия новой клинической рекомендации клиника уже обязана ее применять в полном объеме. Медорганизация отступила от клинической рекомендации «Сахарный диабет I типа у взрослых»: документ начал действовать в январе, а клинику поймали на нарушении в конце февраля. При реэкспертизе ТФОМС признал нарушение, но позволил клинике провести дообследование по новым правилам и подать документы на новую экспертизу. Код дефекта 3.15.1. заменили на 3.2.6.: клинику оштрафовали на 100 процентов, а страховой случай оплатили лишь на 10 процентов от стоимости тарифа.

Код дефекта

Было: 3.15.1., штраф от 100 до 300 процентов

Стало: 3.2.6., оплата страхового случая меньше на 90 процентов, штраф – 100 процентов

Доказывайте, что дефект медпомощи не мог предотвратить смерть пациента

Страховая выявила расхождение клинического и патолого-анатомического диагнозов. Клиника лечила пациента в соответствии с клинреками «Стабильная ишемическая болезнь сердца», а вскрытие показало, что умер он от инфаркта миокарда. В момент, когда пациенту резко стало плохо, клиника не провела ЭКГ и анализ на тропонины, как того требовали клинреки. Медорганизация признала отступление, но не согласилась, что лечение по клинрекам помогло бы избежать летального исхода. ТФОМС положительно оценил работу врачей до момента ухудшения состояния больного, обнаружил неточности в отчете патологоанатома, и частично согласился с аргументами клиники. Отступление от клинреков очевидно, но летальный исход в данном случае врачи предотвратить не могли. Код дефекта 3.2.5. заменили на 3.2.2. – нарушение, которое привело к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица либо создало риск прогрессирования имеющегося заболевания или риск возникновения нового заболевания. На 40 процентов уменьшили оплату страхового случая и назначили штраф 30 процентов.

Код дефекта

Было: 3.2.5., отмена оплаты страхового случая, штраф – 300 процентов
Стало: 3.2.2., оплата страхового случая меньше на 40 процентов, штраф – 30 процентов

Если обнаружили ошибку эксперта – заявляйте об этом на этапе обжалования

Эксперт допустил ошибку и оценивал страховой случай пациента с язвенным колитом по требованиям клинреков по болезни Крона. Клиника обратила на это внимание и потребовала реэкспертизу по клинрекам, которые соответствуют диагнозу пациента. ТФОМС снял нарушения, которые медорганизации приписали ошибочно, но выявил ряд новых дефектов. Код 3.13. заменили на 3.11.: штраф назначать не стали, но уменьшили оплату страхового случая на 50 процентов.

Код дефекта

Было: 3.13., оплата страхового случая меньше на 50 процентов, штраф – 60 процентов

Обязательные клинические рекомендации. Как обосновать отступление и по каким критериям контролировать работу персонала

Стало: 3.11., оплата страхового случая меньше на 50 процентов, штраф не назначили

Доказывайте, что эксперт некорректно интерпретировал записи медработника

Страховая обвинила клинику в необоснованном назначении жаропонижающих при ОРВИ. По мнению эксперта, показаний для такой лекарственной терапии не было, так как в документах не зафиксировали, что пациенты испытывают дискомфорт. Клиника смогла доказать, что страховая делает выводы на основе записей без учета контекста. С опорой на клинреки медорганизация доказала, что терапию жаропонижающими назначили по медицинским показаниям. При этом ТФОМС выявил другое нарушение: терапию пациентам продолжили, даже когда лихорадка спала. Код 3.13. отменили и случаи определили как бездефектные.

Код дефекта

Было: 3.13., оплата страхового случая меньше на 50 процентов, штраф – 60 процентов

Стало: дефект не выявили

Памятка. Как рассчитывают размер подушевого норматива

Размер подушевого норматива устанавливают тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медпомощи. Его применяют в зависимости от способа оплаты медпомощи, в отношении оказания которой проводят контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления.

Таблица. Размер подушевого норматива по тарифному соглашению

Условия оказания медпомощи	Вид медпомощи	Размер подушевого норматива
Амбулаторные условия	Медпомощь, которую предоставляют в рамках базовой программы застрахованным лицам в амбулаторных условиях	7030,70 руб.
Скорая медпомощь вне клиники	Скорая медпомощь, которую предоставляют в рамках базовой программы застрахованным лицам	1060,60 руб.
Стационарные условия, в том числе для ВМП	Специализированная медпомощь в стационарных условиях, которую предоставляют в рамках базовой программы застрахованным лицам	7611,80 руб.
Дневной стационар, в том числе для ВМП	Специализированная медпомощь в условиях дневного стационара, которую предоставляют в рамках базовой программы застрахованным лицам	1948,60 руб.

Обоснование позиции клиники насчет отступления от клинреков «Стабильная ишемическая болезнь сердца»

Пациент получал все необходимые лекарственные препараты в соответствии с выставленным диагнозом и действующими клиническими рекомендациями «Стабильная ишемическая болезнь сердца». Ему назначили антиаритмики, диуретики, бетаблокаторы, ингибиторы АПФ, статины. В процессе лечения у пациента отмечали положительную динамику на ЭКГ: снижалась частота сердечных сокращений, аритмия. Не выявили признаков ишемии – депрессии сегмента ST (от 5 августа 2024 года 75, ритм синусовый). За период госпитализации, вплоть до 11 августа характер жалоб пациента не изменялся. Состояние резко ухудшилось 11 августа в 13.10. Пациент пожаловался на выраженную слабость. При осмотре АД до 90/60 мм рт. ст. Начали инфузию дофаминна. Во время перевода в отделение реанимации у пациента произошла остановка дыхания и сердечной деятельности на фоне инотропной поддержки. Реанимационные мероприятия не дали эффекта.

Если бы в момент перевода провели ЭКГ, это позволило бы выявить осложнение в виде острого инфаркта миокарда, но не предотвратило бы летальный исход.

Обоснование позиции клиники насчет отступления от клинреков «Язвенный колит»

Выставленный экспертом страховой код дефекта 3.13. не соответствует выявленному дефекту. Лекарственный препарат месалазин назначили согласно клиническим рекомендациям Минздрава «Язвенный колит» от 2021 года, а также выписному эпикризу к медкарте стационарного больного № 1840-с отделения гастроэнтерологии ФГАОУВО «Российский НИМУ им. Н.И. Пирогова».

Клинические рекомендации

Пероральное назначение препаратов аminosалициловой кислоты и аналогичных препаратов (употребляемые наименования: аminosалицилаты, 5-АСК) (месалазин и сульфасалазин не разрешен по инструкции детям до 10 лет, применяется в более младшем возрасте по решению врачебной комиссии – сульфасалазин) рекомендовано в качестве терапии первой линии для индукции и поддержания ремиссии у детей при легкой и среднетяжелой активности язвенного колита. (УУР – С; УДД – 5)

Рекомендовано комбинированное назначение пероральных и местных (ректальных) препаратов аminosалициловой кислоты и аналогичных препаратов (5-АСК) пациентам без противопоказаний, так как данная стратегия более эффективна, чем применение каждого препарата отдельно. (УУР – С; УДД – 5)

Обоснование позиции клиники насчет отступления от клинреков «Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ)»

Эксперт при проведении экспертизы качества медпомощи применил код дефекта 3.13. «...необоснованное применение жаропонижающих средств...». С данным заключением медорганизация не согласна по следующим причинам:

- Все пациенты обращались за медпомощью в кабинет неотложной помощи либо вызывали медработников на дом, чтобы им оказали медпомощь в неотложной форме при лихорадке, которая причиняла больным дискомфорт.
- Все пациенты жаловались на повышение температуры тела, что говорит о наличии дискомфорта. Фраза «сознание ясное, ребенок активен, одышки нет, голос звонкий», на которую ссылается эксперт, не означает, что ребенок не испытывал дискомфорт из-за лихорадки. Указание на то, что пациентов осматривали в поликлинике (семерых из 10), а не на дому, также не означает, что дискомфорта не было. Большинство пациентов в поликлинику доставили на личном транспорте родители, чтобы максимально сократить сроки оказания медпомощи.
- Решение вызвать медработника на дом или самостоятельно привезти ребенка в клинику принимают родители. Исключение – состояния, которые связаны с непосредственной угрозой для жизни. То, что родители не потребовали госпитализации, нельзя интерпретировать как свидетельство хорошего самочувствия пациента.
- Признаки дискомфорта субъективны, общепринятых критериев дискомфорта в клинреках нет.
- Показания к применению лекарств содержатся в инструкции по медицинскому применению.
- У всех пациентов на момент осмотра отмечали лихорадку в пределах 38,5–38,6 °С. В клинреках четко не регламентировано назначение жаропонижающих препаратов в диапазоне 38,5–39,0 °С. То есть решение о назначении лекарственных средств принимает лечащий врач. При

этом он должен учитывать анамнез, клинические данные, сопутствующие заболевания и индивидуальные особенности пациента.

- Из 10 пациентов семь состояли на диспансерном учете у специалистов с различными заболеваниями. Фельдшер принял во внимание эту информацию, когда назначал лекарства. Также он оценил риски возникновения осложнений гипертермического синдрома для различных органов.

Обоснование действий фельдшера при оказании неотложной медицинской помощи

В соответствии с пунктами 16–19 приказа Минздрава России от 07.03.2018 № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям» в структуре ГБУЗ «Горбольница № 1» организовали мобильные медицинские бригады. В их состав включили фельдшеров.

Согласно структуре и штатному расписанию фельдшеры ведут прием в кабинетах неотложной помощи. В соответствии с приказом Минздрава-соцразвития России от 23.03.2012 № 252н «Об утверждении Порядка...», на фельдшера возложили отдельные функции лечащего врача по непосредственному оказанию медпомощи пациенту.

В чем не согласны с экспертом

1. Эксперт страховой в акте возражений отметил, что в «диагнозе не указаны сопутствующие заболевания». Клиника обращает внимание, что:
 - Врачебная комиссия указала, что трех из 10 пациентов осмотрел фельдшер мобильной выездной бригады на дому по вызову. Семь пациентов фельдшер осмотрел в кабинете неотложной помощи детской поликлиники.
 - В соответствии с функциональными обязанностями, фельдшер не обязан формулировать клинический диагноз. Структурированный клинический диагноз – это конечный результат врачебного диагностического поиска. Диагноз могут поставить пациенту в стационаре или при длительном наблюдении в амбулаторных условиях с использованием специальных диагностических методов исследования.
 - В первую очередь медработник со средним медицинским образованием оказывает неотложную медпомощь, чтобы облегчить состояние боль-

Обязательные клинические рекомендации. Как обосновать отступление и по каким критериям контролировать работу персонала

ного и предотвратить риск развития тяжелых осложнений основного заболевания.

Во всех рассматриваемых случаях предварительный диагноз основного заболевания фельдшер поставил верно, неотложную помощь оказал в соответствии с ведущим на момент осмотра патологическим синдромом – лихорадкой. Лихорадку удалось купировать. Наличие сопутствующих заболеваний фельдшер расценили как фактор риска. При этом структурированный клинический диагноз он не оформил, поскольку это не входит в функциональные обязанности сотрудника из числа среднего медперсонала. При этом на качество оказанной в неотложной форме медицинской помощи данный факт не повлиял.

2. Врачебная комиссия обращает внимание, что эксперт страховой в акте возражений некорректно использовал цитату из клинических рекомендаций о том, что «самая главная проблема при лихорадке – вовремя распознать бактериальную инфекцию. Таким образом, диагностика тяжелой бактериальной инфекции гораздо важнее борьбы с лихорадкой». Данное положение авторский коллектив клинреков рассматривает в контексте применения жаропонижающих лекарственных препаратов в сочетании с антибиотиками: «...применение жаропонижающих вместе с антибиотиками чревато маскировкой неэффективности последних». Таким образом, эксперт вырвал эту фразу из контекста. Ее нельзя применить к данным случаям оказания медицинской помощи, поскольку вопрос о назначении антибиотиков ни в одном из случаев даже не рассматривался.

Заключение: рисков для здоровья пациента применение антипиретиков при лихорадке 38,5 не создавало. Врачебная комиссия считает, что применение экспертом кода дефекта 3.13. «Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение лекарственных препаратов со схожим фармакологическим действием; нерациональная лекарственная терапия, в том числе несоответствие дозировок, кратности и длительности приема лекарственных препаратов клиническим рекомендациям и стандартам медицинской помощи, связанные с риском для здоровья пациента» с удержанием 50 процентов стоимости случая и штрафом неправомерно.

Представитель экспертной организации Росздравнадзора показал, как создать алгоритм по клиническим рекомендациям. Методика на примере медпомощи по ОКС и образец документа

Предлагаем методику, как создать алгоритм по клиническим рекомендациям с учетом стандартов медицинской помощи и критериев оценки качества медпомощи. Ее подготовила эксперт ФГБУ «ВНИИИМТ» Росздравнадзора Елена Трофимова на примере алгоритма ведения пациента с острым коронарным синдромом. Документ разрабатывали для областной клинической больницы № 3 г. Челябинска. Образцы прилагаются.

В статье по шагам пройдем все этапы создания алгоритма ведения пациентов при конкретных нозологических формах по клиническим рекомендациям с учетом стандартов медицинской помощи и критериев оценки качества медпомощи. Обычно алгоритм по клинической рекомендации составляют в текстовом формате. В статье покажем альтернативный способ: все действия участников представлены в виде схемы. По ней удобнее ориентироваться и определять время на каждом этапе. Разберем, какие нормативные документы взять за основу, как добавить коды по МКБ, распределить зоны ответственности и разграничить их визуально, чтобы каждый видел себя на алгоритме.



Елена ТРОФИМОВА, заместитель руководителя Центра мониторинга безопасности медицинских изделий, экспертизы медицинских изделий, инспекции производства медицинских изделий ФГБУ «ВНИИИМТ» Росздравнадзора, г. Москва

Выберите нормативные документы, на которые будете опираться при разработке алгоритма

Удостоверьтесь, что алгоритм составили не только по клинической рекомендации, но и учли стандарты медицинской помощи, критерии оценки качества оказания медпомощи.

Разберем на примере алгоритм ведения пациента с острым коронарным синдромом. Мы использовали две клинические рекомендации – «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы» и «Острый инфаркт миокарда без подъема сегмента ST электрокардиограммы». Также проанализировали критерии качества оценки медпомощи и стандарт медицинской помощи по этим нозологиям (приказ Минздрава от 10.06.2021 № 612н). Учли требования ряда приказов Минздрава, например, об утверждении унифицированных форм медицинской документации для медорганизаций, которые оказывают медпомощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также требования к порядку ведения документации. Базовый перечень документов, который можно адаптировать под любую нозологию, – в памятке в приложении.



К СВЕДЕНИЮ

Медицинские организации должны применять клинические рекомендации уже сейчас, хотя переходный период и продлили до 2025 года. Медработники, которые их игнорируют, не получают судебной защиты: Верховный суд признал клинические

рекомендации обязательным документом при оказании медпомощи (определение ВС от 21.08.2023 № 16-КГ23-23-К4). Ранее до этого решения суды уже отмечали, что несоблюдение клинических рекомендаций – это нарушение.

Определите коды по МКБ

В разделе «Диагноз» укажите коды диагнозов по МКБ, предварительный и клинический диагнозы, на которые будут рассчитаны действия в алгоритме.

Мы составили алгоритм для двух групп кодов диагнозов по МКБ – с подъемом сегмента ST электрокардиограммы и без подъема сегмента. У пациентов с ОКС наблюдаются клинические признаки и симптомы, которые могут указывать и на инфаркт миокарда, и на нестабильную стенокардию. Задача врача – с помощью дифференциальной диагностики поставить пациенту клинический диагноз.

Пример

МКБ: I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.9, I22.0, I22.1, I22.8, I22.9, I24.0, I24.8 – для алгоритма ОКС с подъемом сегмента ST электрокардиограммы

МКБ: I20.0, I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, I22.0, I22.1, I22.8, I22.9, I24.8, I24.9 – для алгоритма ОКС без подъема ST электрокардиограммы

Предварительный диагноз:

1. ОКС с подъемом сегмента ST – ИМ с подъемом сегмента ST. К этой группе относят также остро возникшую блокаду ЛНПГ.
2. ОКС без подъема сегмента ST.

Клинический диагноз:

1. ИМ с подъемом сегмента ST. К этой группе относят также остро возникшую блокаду ЛНПГ.
2. ИМ без подъема сегмента ST.



СОВЕТ

Разместите алгоритмы в МИС, интегрируйте в электронные медицинские карты. Медработники должны иметь доступ к клиническим рекомендациям в режиме 24/7. Поручите организационно-методическому

отделу отслеживать обновления в Рубрикаторе Минздрава на cr.minzdrav.gov.ru и информировать врачей в том числе о новых редакциях действующих клинических рекомендаций.

Обязательные клинические рекомендации. Как обосновать отступление и по каким критериям контролировать работу персонала

3. Нестабильная стенокардия.

Классификация ИМ на основании локализации очага некроза: <...>.

Классификация ИМ на основании наличия ИМ в анамнезе: <...>.

1. Повторный ИМ – ИМ, развившийся через 28 суток и позднее после предшествующего ИМ.

2. Рецидив ИМ – ИМ, развившийся в течение 28 суток после предшествующего ИМ.

Классификация типов ИМ: <...>.

Распределите зоны ответственности

Необходимо определить, кто из сотрудников будет работать по алгоритму, – выбрать целевую аудиторию. Определите последовательность действий и процедур так, чтобы их могли понять и исполнители, и проверяющие при проведении ВКК.

В качестве целевой аудитории алгоритма по ОКС мы выбрали в том числе кардиолога, анестезиолога-реаниматолога, сердечно-сосудистого хирурга. Эти три специалиста отвечают за динамическое наблюдение и лечение в стационаре. Чтобы составить алгоритм, мы разграни-

ПАМЯТКА. ЦЕЛЕВАЯ АУДИТОРИЯ АЛГОРИТМА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ОКС

- 1 Кардиолог.
- 2 Анестезиолог-реаниматолог.
- 3 Фельдшер скорой медицинской помощи.
- 4 Врач скорой медицинской помощи.
- 5 Терапевт.
- 6 Участковый терапевт.
- 7 Врач общей практики.
- 8 Сердечно-сосудистый хирург.
- 9 Врач по рентгеноваскулярным методам диагностики и лечения.

Обязательные клинические рекомендации. Как обосновать отступление и по каким критериям контролировать работу персонала

чили их зоны ответственности и выделили обязанности каждого. Так, кардиолог проводит первичный осмотр, повторный и ежедневный. Анестезиолог-реаниматолог отвечает за суточное наблюдение. Сердечно-сосудистый хирург наблюдает пациента ежедневно. Полный список сотрудников, для которых составляли алгоритм, смотрите в памятке → 30.

Адаптируйте алгоритм под свою клинику

Когда будете создавать алгоритмы, учтите особенности работы вашей клиники. Проанализируйте, какие исследования в медорганизации будет провести затруднительно, а какие организовать вообще нет возможности. Оцените обеспеченность тест-системами, исправность медоборудования, наличие квалифицированного медперсонала.

Когда мы обсуждали алгоритм, возник спорный вопрос: надо ли включать в него исследование МРТ, сцинтиграфию и спиральную КТ сердца, для которых у нас в клинике нет медицинской техники. Так как в клинических рекомендациях эти исследования есть, необходимо было их включить. При этом мы указали низкую частоту исследования: 0,05 и 0,01 и 0,005 – для МРТ, сцинтиграфии и КТ соответственно. Проводить их следует только по показаниям.

В случае если понадобится исследование, для которого у нас нет оборудования, руководство клиники

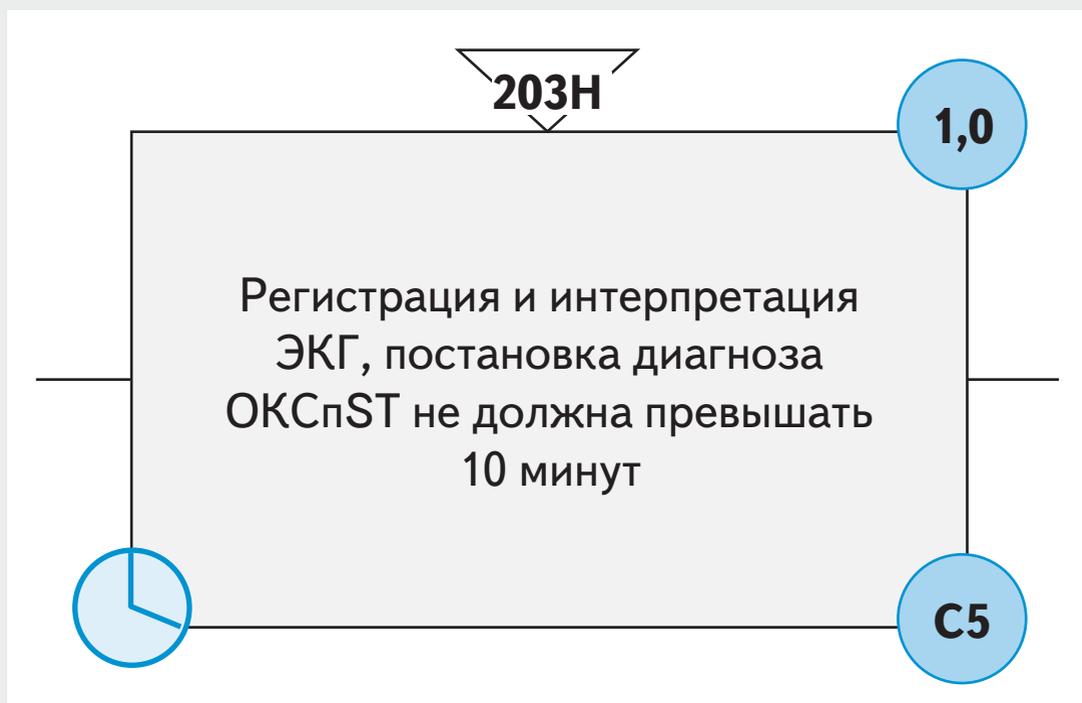


СОВЕТ

Организируйте для сотрудников обучающие инструктажи по алгоритмам ведения пациента и разработайте систему мотивации. Поручите заместителю главного врача, зав-

отделением и врачебной комиссии проводить непрерывный внутренний контроль за соблюдением клинических рекомендаций (п. 4.10 приказа Минздрава № 502н).

Рисунок 1. Соответствие действий алгоритма критериям



рассмотрит возможность направить больного в другую медорганизацию. Решение примут с учетом соотношения «польза – риск» в интересах жизни и здоровья пациента.

Поскольку к нам направляют пациентов из других медорганизаций, в алгоритм добавили этап маршрутизации. Если пациент прибыл в сосудистый центр с уже установленным диагнозом, этап исследований мы пропускаем и сразу начинаем лечение. При этом мы указали временной интервал транспортировки с момента постановки диагноза в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи – менее 30 минут.

Сделайте наглядные схемы

Алгоритм должен быть простым, кратким и визуально удобным. Используйте графическое изображение и текст.

Используйте условные обозначения. Например, шаги с транспортировкой пациента можно пометить значком «автомобиль». Мы также указали для каждого действия достоверность соответствия стандартам и соответствие классу рекомендации и уровню доказательности. Использовали две группы критериев – уровни достоверности доказательств Европейского общества кардиологов УДД и УУР, а также классы рекомендаций (таблицы 1–5 клинических рекомендаций).

Посмотрите на рисунок 1. В правом верхнем углу можно увидеть зеленый кружок с цифрой «1,0»*. Он означает обязательное 100-процентное выполнение ЭКГ как минимум в 12 стандартных отведениях в первые 10 мин. В правом нижнем углу расположен оранжевый кружок с подписью «С5». Это значит, что уровень достоверности доказательств эффективности исследования определили на основе согласованного мнения экспертов или результатов небольших исследований, ретроспективных исследований, регистров. Цвет кружка – это усредненный показатель частоты предоставления из стандартов медпомощи. Им обозначают вероятность, когда 100 процентам пациентов предоставят конкретную медуслугу. Этот показатель может принимать значения от 0 до 1: 1 – услугу получит каждый пациент, менее 1 – указанный в стандартах медпомощи процент

2

раза в месяц

проводите семинары по проблемам, которые выявляете при внедрении клинреков



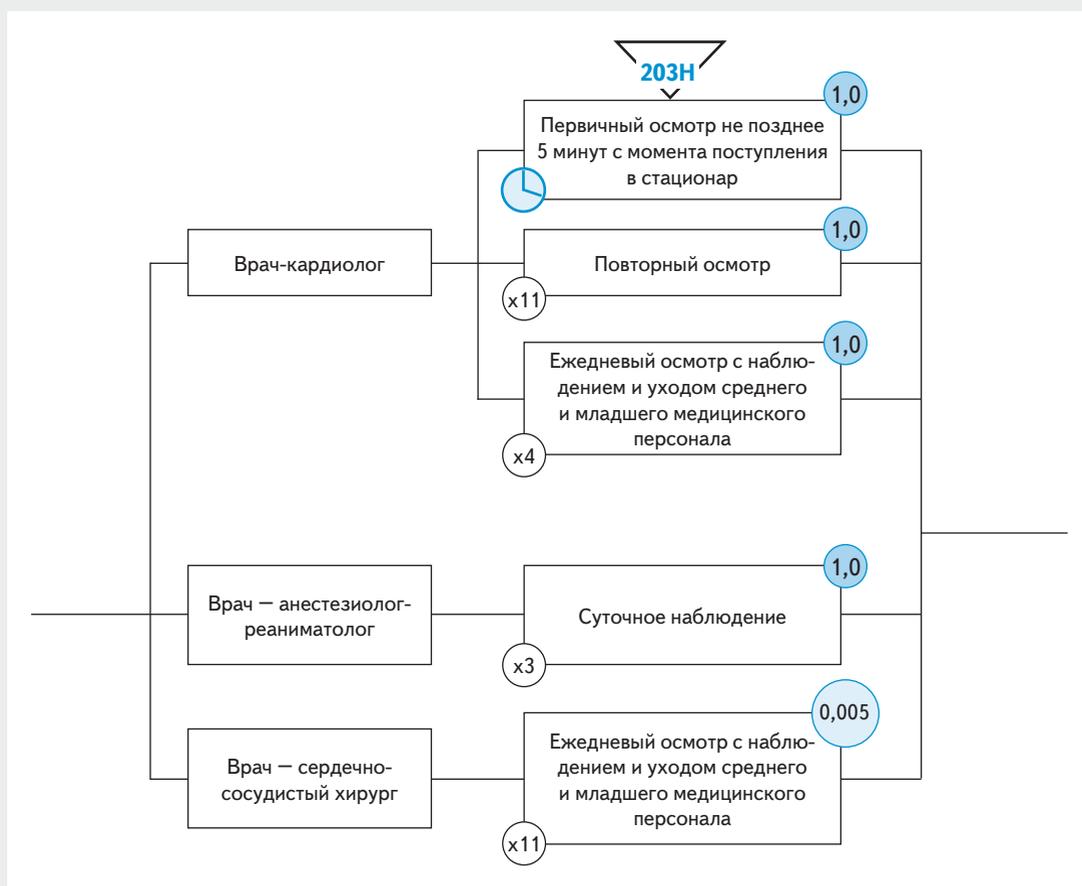
СОВЕТ

Если в клинических рекомендациях лекарства указали на выбор, в алгоритме пропишите препараты первой и второй линии на основе того запаса, который приобрели

по госконтрактам. Обязательно уточните периодичность обновления алгоритма с учетом будущих закупок на случай, если приобретете другой препарат.

Обязательные клинические рекомендации. Как обосновать отступление и по каким критериям контролировать работу персонала

Рисунок 2. Динамическое наблюдение и лечение в стационаре

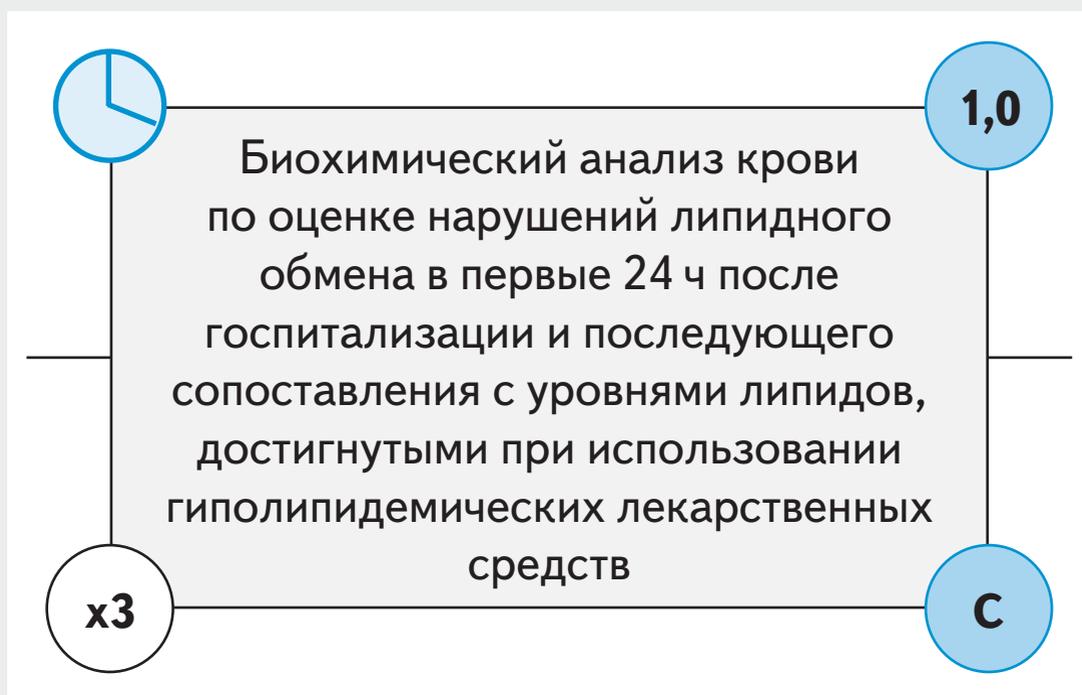


пациентов, у которых есть медицинские показания. Чтобы обозначить нужную вероятность, мы используем один из трех цветов: <0,5 – белый фон, = 0,5 – желтый, >0,5 – зеленый.

Треугольник с надписью «203Н» над рисунком означает, что действие соответствует критериям качества из приказа Минздрава от 10.05.2017 № 203Н. Циферблат внизу слева указывает на то, что для действия определили временной интервал – 10 минут. Иногда на этом месте можно увидеть белый кружок с надписью, например, «x11» – кратность применения.

* В печатном издании для иллюстрации используем оттенки синего. Скачать оригинальный чек-лист можно на e.zamglvracha.ru/1106644

Рисунок 3. Фрагмент алгоритма без подъема ST



Сгруппируйте информацию по разделам. Мы выделили в алгоритме 10 смысловых разделов. Это доврачебная помощь, СМП, стационарная помощь, лечение, динамическое наблюдение в стационаре и лечение, медреабилитация, критерии выписки из стационара, профилактические мероприятия и диспансерное наблюдение. Постарались включить в каждый не больше 10 блоков – рисунок 2. Самый большой раздел – алгоритм выбора лечения: реперфузия, антитромботическое сопровождение реперфузионных вмешательств, медикаментозное, лечение осложнений. Поэтому дифференциальный диагноз и амбулаторный этап вынесли отдельно.

Укажите временные интервалы. По каждому этапу укажите временные интервалы для медпомощи и диа-

Обязательные клинические рекомендации. Как обосновать отступление и по каким критериям контролировать работу персонала

Рисунок 4. Фрагмент алгоритма с блоком «Важно»



гностических исследований в соответствии с клиническими рекомендациями.

Например, мы прописали, что время приезда СМП должно занимать меньше 20 минут. ЭКГ как минимум в 12 стандартных отведениях необходимо провести в первые 10 мин на месте первого контакта с медработником. Сроки и условия выполнения действия мы прописываем в тексте, а в свободном углу блока помещаем красный циферблат. Сотрудники знают, что, если блок «с часиками», необходимо обратить внимание на временные ограничения действия (рисунок 3).

Не перегружайте схемы деталями. Чтобы избавить основные блоки от лишней информации, вынесите ее отдельно. Мы сделали для дополнительных сведений блоки «Важно», которые разместили отдельно от схемы (рисунок 4).



Совет

Возьмите в работу 2–3 клинические рекомендации по наиболее частым патологиям в отделе или всей медорганизации. На их примере выявите трудности при внедрении, посмотрите, насколько удобно выполнять алгоритмы ведения пациента, проанализируйте ошибки сотрудников. Проведите корректирующие мероприятия

Памятка. Документы, которые необходимо использовать, когда составляете алгоритм ведения пациента

- 1** Клинические рекомендации по нозологии.
- 2** Приказ Минздрава об утверждении стандарта медицинской помощи по нозологии, если есть.
- 3** Приказ Минздрава от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».
- 4** Приказ Минздрава от 05.08.2022 № 530н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения».
- 5** Приказ Минздрава от 12.11.2021 № 1051н «Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства».
- 6** Приказ Минздрава от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации».
- 7** Приказ Минздрава от 06.06.2013 № 354н «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий».
- 8** Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- 9** Приказ Минздрава от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

Примечание. Приложения 2–5 смотрите в электронной версии журнала на e.zamglvracha.ru/1106644: в них схемы «Алгоритм ведения пациентов с ОКС с подъемом ST», «Алгоритм ведения пациентов с ОКС без подъема ST», «Дифференциальный диагноз», «Амбулаторный этап».

Минздрав вводит новые критерии оценки качества медпомощи на основе клинреков. Методичка, чтобы подготовить врачей

Предлагаем методичку, чтобы подготовить врачей к работе по новым критериям качества медпомощи. Минздрав приводит их в соответствие с клинреками, которые станут обязательны с 2025 года. Вместе с директором ТФОМС из Севастополя мы сравнили 300 страниц нового документа с приказом № 203н*. Показали новые принципы оценки на примере конкретных нозологий. Сможете замотивировать сотрудников быстрее переходить на клинреки.

Новые критерии оценки качества медпомощи разработали по поручению Михаила Мурашко этим летом**. В статье мы разберем три новых принципа оценки на примере конкретных нозологий. Используйте статью как конспект для планерки с заводделениями: сможете обсудить, нужно ли ускорить процесс перехода к новым клинрекам и что для этого сделать.

Разделят критерии оценки качества первичной и специализированной медпомощи

По новым правилам первичную и специализированную медпомощь хотят оценивать отдельно. Так проверяющие смогут дифференцированно подойти к экспертизе качества медпомощи. Сейчас оценку медпомощи дают



Татьяна ГРОЗДОВА,
директор ТФОМС,
г. Севастополь

Таблица 1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке желудка

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (при установлении диагноза)	Да/Нет
2	Выполнены биопсия желудка и патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала желудка (при установлении диагноза)	Да/Нет
3	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов шейных и надключичных лимфатических узлов (одна анатомическая зона)	Да/Нет

комплексно, без разделения на этапы. Рассмотрим, как изменится система оценки, на примере медпомощи по заболеванию с кодом МКБ-10: С16 – рак желудка у взрослых.

Первичная медпомощь. Проконтролировать этот этап позволят специальные критерии для оценки действий врача-онколога и иных врачей-специалистов в центре амбулаторной онкологической помощи. Если прием проходит в первичном онкологическом кабинете, первичном онкологическом отделении или поликлиническом отделении онкологического диспансера, то проверят медпомощь там. Критерии качества для этого этапа, а значит и исследования, которые будут проверять, смотрите в таблице 1.

В новом приказе появились отдельные критерии для оценки для случаев, когда на первичном этапе необходимо уточнить диагноз, распространенность процесса и стадию заболевания. То есть оценивать проверяющие будут те обследования, по результатам которых пациента направляют в специализированную клинику.

** Приказ Минздрава от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»*
*** Поручение министра здравоохранения Михаила Мурашко по итогам совещания с участниками страхового рынка 3 июня. Проект приказа Минздрава, который отменит приказ от 10.05.2017 № 203н, есть в распоряжении редакции (далее по тексту – новый приказ)*

Специализированная медпомощь. По сравнению с действующим списком критериев в новом приказе появятся дополнительные, которые основаны на современных принципах патологоанатомических исследований. Например, станут оценивать исследование органов грудной клетки и брюшной полости при помощи КТ с внутривенным болюсным контрастированием. Это связано с тем, что в критерии погружают особенности назначения исследований по действующим клинрекам. Полный список новых критериев оценки смотрите в приложении 1.

По клинрекам для исследований на этапе специализированной медпомощи клиника должна использовать современное техническое оснащение. Это будут проверять при оценке по новому приказу. Поэтому проверьте технические возможности медорганизации заранее и, если необходимо, проработайте вопрос маршрутизации пациентов.

Ряд критериев расширят, другие сократят или вовсе уберут

В новом приказе ряд критериев убирают совсем, в том числе те, которые касаются сроков выполнения этапов медпомощи. Другие добавляют, корректируют, параллельно разделяют их на виды медпомощи. Далее в статье рассмотрим эти поправки на примере оценки



К СВЕДЕНИЮ

Планируют увеличить число рубрик для группировки критериев качества по группам заболеваний с 18 до 20. При этом увеличат количество групп заболеваний по кодам МКБ-10, к которым разработаны критерии

оценки качества. В соответствии с клинреками в новые критерии оценки качества включают часть доказательных признаков с высоким уровнем убедительности и достоверности.

Обязательные клинические рекомендации. Как обосновать отступление и по каким критериям контролировать работу персонала

качества специализированной медпомощи взрослым при ишемическом инсульте и транзиторной ишемической атаке. Коды по МКБ-10: G45.0, G45.1, G45.2, G45.3, G45.4, G45.8, G45.9, G46.0, G46.1, G46.2, G46.3, G46.4, G46.5, G46.6, G46.7, G46.8, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9.

Введут новые критерии оценки. Всего новых критериев для оценки медпомощи взрослым при ишемическом инсульте и транзиторной ишемической атаке планируют ввести три, их смотрите в памятке. Все они списаны из клинреков и затрагивают случаи, когда исследования проводят по медицинским показаниям. Соответственно, у работников должен быть алгоритм: как определить, нужно ли выполнять исследование. Например, в клинреках указано, что есть случаи, когда провести тестирование «трехложечной пробы» невозможно. В качестве альтернативы пациенту следует установить назогастральный зонд для нутритивной поддержки.

Для случаев, когда пациенту назначают ацетилсалициловую кислоту, необходимо не только использовать схему лечения из клинреков, но и учесть анализ эффективности препаратов, который в них дали.



Совет

Сравните критерии качества, которые предлагают клинреки, приказ № 203н и проект новых критериев оценки, по таблице оценки соответствия в приложении 2

ПАМЯТКА. ТРИ НОВЫХ КРИТЕРИЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПОМОЩИ

- 1 Выполнена оценка состоятельности глотания при помощи теста оценки глотания («трехложечная проба» с использованием пульсоксиметра) в течение первых 24 часов пребывания пациента в стационаре.
- 2 Выполнено лечение ацетилсалициловой кислотой или клопидогрелем при некардиоэмболическом варианте транзиторной ишемической атаки и ишемического инсульта (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний).
- 3 Выполнено лечение антагонистами витамина К, или ингибиторами тромбина прямыми, или прямыми ингибиторами фактора Ха при кардиоэмболическом варианте транзиторной ишемической атаки и ишемического инсульта (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний).

Обязательные клинические рекомендации. Как обосновать отступление и по каким критериям контролировать работу персонала

Согласно третьему новому критерию, использовать прямые ингибиторы тромбина и прямые ингибиторы фактора Ха обязательно для профилактики повторных инсультов и ишемических атак у пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий. По клинрекам, они не уступают по эффективности варфарину, но имеют более низкую частоту внутричерепных кровотечений.

Исключат ряд действующих критериев. Из новых критериев оценки качества планируют исключить 15 действующих критериев. Из них 12 по клинрекам имеют уровень убедительности С и уровень достоверности 4–5. Другие – с более высокой достоверностью. Тот факт, что критерии остаются в клинреках, обязывает медработников учитывать их при оказании медпомощи в любом случае. Почему, читайте далее.

Возьмем критерий оценки, который планируют убрать: «Проведение системного внутривенного тромболитика не позднее 40 минут от момента установления диагноза при ишемическом инсульте». Уровень убедительности у него А, достоверности – 1. По клиническим рекомендациям, начать вводить алтеплазу следует не позднее 4,5 часа после возникновения симптомов инсульта или последнего известного времени, когда симптомов не было. При этом в рекомендациях дали указание на необходимость минимизировать временные потери. Это означает, что пациентам, у которых есть показания к ВВ ТЛТ и нет противопоказаний, следует начинать тромболитик как можно быстрее. Как и в действующем критерии, в клинреках оптимальное время проведения ВВ ТЛТ – не позднее 40 минут от момента, когда поставили диагноз. То, что этот критерий планируют исключить, не отменяет необходимости проводить процедуру для пациентов в течение 40 минут после постановки диагноза. Но при этом такую тактику лечения следует рассматривать индивидуально: только для тех больных, у которых есть соответствующие показания и соблюдены требования ко времени.

Обязательные клинические рекомендации. Как обосновать отступление и по каким критериям контролировать работу персонала

Еще один критерий с уровнем убедительности А и достоверности 1, который планируют убрать, – мониторинг жизненно важных функций. К числу показателей, за которыми необходимо следить в рамках этого критерия, относят артериальное давление, пульс, дыхание, уровни насыщения кислорода в крови, диурез. В рамках динамического наблюдения мониторинг остается обязательным.

Из критериев оценки также планируют исключить КТ-ангиографию, МР-ангиографию и рентгеноконтрастную ангиографию церебральных сосудов при субарахноидальном кровоизлиянии. Уровень убедительности доказательств у этого критерия – В, а достоверности – 2. Визуализацию сосудов головного мозга рекомендуют только пациентам с подтвержденным ишемическим инсультом – потенциальным кандидатам на внутрисосудистую реканализацию. КТ-ангиографию или МР-ангиографию следует проводить, чтобы определить окклюзионное поражение вне- или внутричерепной артерии. На практике это означает, что исследования остаются обязательными, но только в двух случаях. Первый – при планировании эндоваскулярных вмешательств. Второй – при выявлении пациентов, для которых такой вид терапии не подходит из-за извилистости сосудов или из-за невозможности получить доступ

ПАМЯТКА. СРОКИ ПРОВЕДЕНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО КРИТЕРИЯМ, ИЗ КОТОРЫХ СРОКИ ИСКЛЮЧИЛИ

- 1 Выполнено определение уровня тромбоцитов в крови не позднее 20 минут от момента поступления в стационар (УУА, УД1).
- 2 Выполнено определение международного нормализованного отношения и активированного частичного тромбопластинового времени не позднее 20 минут от момента поступления в стационар (УУА, УД1).
- 3 Выполнено исследование уровня глюкозы крови не позднее 20 минут от момента поступления в стационар (УУС, УД4).

Обязательные клинические рекомендации. Как обосновать отступление и по каким критериям контролировать работу персонала

к внутричерепным сосудам. Именно эти показания следует отразить в локальных документах – алгоритмах по клинрекам.

Уберут сроки проведения мероприятий. В трех критериях планируют исключить сроки проведения мероприятий по диагностике или лечению. Однако в клинреках данные сроки прописали с указанием на высокий уровень убедительности и достоверности для получения качественных результатов лечения – смотрите в памятке → 43. Это означает, что клиники обязаны их соблюдать.

Добавят новые группы заболеваний

Новые группы заболеваний выделяют по кодам МКБ-10. Некоторые из этих кодов есть в действующем приказе от 10.05.2017 № 203н, но они объединены в более широкие группы. Рассмотрим на примере оценки качества специализированной медпомощи детям при сальмонеллезе, коды по МКБ-10: A02.0, A02.8, A02.9 (таблица 2). Ранее эти коды по МКБ оценивали в рамках экспертизы качества специализированной медпомощи взрослым и детям при кишечных инфекциях. То есть критерии оценки качества медпомощи при сальмонеллезе, пищевом отравлении и шигеллезе были одни и те же. Теперь необходимо будет разработать отдельный алгоритм действия врача при сальмонеллезе у детей.



К СВЕДЕНИЮ

В проекте приказа исключили раздел II «Критерии качества по условиям оказания медицинской помощи». На данный момент он определяет требования к формированию

первичной документации, а также последовательность действий врача при консультации пациента в амбулаторных условиях и при госпитализации в стационар.

Обязательные клинические рекомендации. Как обосновать отступление и по каким критериям контролировать работу персонала

Таблица 2. Критерии оценки качества специализированной медпомощи детям при сальмонеллезе

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1	Выполнен ежедневный осмотр врачом-инфекционистом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара	Да/Нет
2	Выполнено молекулярно-биологическое исследование фекалий на микроорганизмы рода сальмонелла (<i>Salmonella</i> spp.) и (или) микробиологическое (культуральное) исследование фекалий/ректального мазка на микроорганизмы рода сальмонелла (<i>Salmonella</i> spp.)	Да/Нет
3	Выполнено лечение пероральными солевыми составами для регидратации и (или) солевыми растворами, и (или) растворами, влияющими на водно-электролитный баланс (в зависимости от возраста и типа дегидратации, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4	Выполнено лечение кишечными адсорбентами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5	Выполнено лечение противодиарейными микроорганизмами (при гастроинтестинальном сальмонеллезе (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

Чтобы выработать алгоритмы и чек-листы для работы, необходимо провести анализ соответствия новых критериев клинрекам. Так, диагностику вынесли как обязательный критерий, однако по клинрекам доказательности данного признака для определения тактики лечения нет. При этом в процессе идентификации инфекционного возбудителя рекомендуется определить чувствительность пациента к антибактериальным препаратам (приложение 3). То есть в алгоритм диагностики заболевания необходимо включить пункт о выявлении чувствительности к антибиотикам. Также следует учесть, что в клинреках «Сальмонеллез у детей», помимо исследования на сальмонеллу, есть исследования на шигелла и диарогенные эшерихии.

Обязательные клинические рекомендации. Как обосновать отступление и по каким критериям контролировать работу персонала

В критерии оценки качества их не включили, но проводить эти анализы обязательно.

Проанализируйте лечебную тактику, которую предполагают критерии оценки качества медпомощи, на основе клинических рекомендаций. Например, необходимо восстановить пациенту водно-электролитный баланс. Назначить можно пероральные солевые составы для регидратации, солевые растворы или растворы, которые влияют на водно-электролитный баланс. Согласно клинрекам, необходимо назначать пероральные солевые составы для регидратации со сниженной осмолярностью – 225–245 мосмоль/л. В алгоритме лечения пациента необходимо отразить это требование, хотя в критериях его не упоминают. В приложении 4 смотрите памятку для создания алгоритма по всем новым критериям лечения сальмонеллеза у детей.



К СВЕДЕНИЮ

С 15 октября при проведении экспертиз в системе ОМС перестали оценивать применение стандартов медпомощи (приказ Минздрава от 04.09.2024 № 449н). Ранее стандарты убрали из закона об основах охраны здоровья гражд-

дан, где они значились одним из источников формирования критериев оценки качества медпомощи (приказ Минздрава от 10.05.2017 № 203н). Также более 1050 стандартов уже отменили в июле и сентябре.

Таблица. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке желудка (код по МКБ-10: C16)

№	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1	Критерии оценки качества	
2	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала желудка и (или) патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала желудка с применением иммуногистохимических методов (при установлении диагноза)	Да/Нет
3	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием и (или) компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием (при отсутствии на предыдущем этапе и (или) неинформативности ранее проведенного исследования)	Да/Нет
4	Выполнена компьютерная томография органов малого таза с контрастированием, или магнитно-резонансная томография органов малого таза, или ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное/трансректальное и трансабдоминальное) (при отсутствии на предыдущем этапе и (или) неинформативности ранее проведенного исследования)	Да/нет
5	Выполнена лапароскопия диагностическая (при cT3-T4N0 и (или) ЛюбоеN1-3)	Да/Нет
6	Выполнено цитологическое исследование лаважной жидкости (смылов с брюшины) (после выполнения лапароскопии диагностической)	Да/Нет
7	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (после выполнения лапароскопии диагностической)	Да/Нет
8	Проведено хирургическое лечение и (или) лекарственная противоопухолевая терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/нет
9	Выполнено патолого-анатомическое исследование белка к рецепторам HER2/neu с применением иммуногистохимических методов или определение амплификации гена HER2 методом флуоресцентной гибридизации in situ (FISH) (при планировании предоперационной или паллиативной химиотерапии)	Да/Нет
10	Выполнено определение микросателлитной нестабильности в биопсийном (операционном) материале методом ПЦР или определение мутаций в генах MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 иммуногистохимическим методом (при местно-распространенной неоперабельной или диссеминированной аденокарциноме)	Да/нет
11	Выполнено определение экспрессии белка PDL1 иммуногистохимическим методом (при местно-распространенной неоперабельной или диссеминированной аденокарциноме)	Да/Нет

Сравнение новых критериев оценки медпомощи с критериями из клинреков и приказа № 203н

№	Клинические рекомендации «Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака у взрослых» (утв. Минздравом, 2021 г.)			Проект приказа	Приказ № 203н	Оценка соответствия
	Критерии качества	УД*	УУ*	Новые критерии	Утвержденные критерии	
1	Выполнен осмотр врачом-неврологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	А	1	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (с оценкой степени нарушения сознания и комы по шкале Глазго и неврологического статуса по шкале инсульта NIH) не позднее 10 минут от момента госпитализации	Выполнен осмотр врачом-неврологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	Соответствие трех документов
2	Выполнена оценка исходной функции глотания для выявления ранних признаков дисфагии при помощи теста оценки глотания («трехложечная проба» с использованием пульсоксиметра) в течение первых 24 часов пребывания пациента в стационаре	В	2	Выполнена оценка состоятельности глотания при помощи теста оценки глотания («трехложечная проба» с использованием пульсоксиметра) в течение первых 24 часов пребывания пациента в стационаре	Отсутствует	Новый критерий, включенный в проект приказа
3	Выполнена оценка степени нарушения сознания и комы по шкале Глазго и неврологического статуса по шкале NIH не позднее 3 часов с момента поступления в стационар	С	4	Отсутствует	Выполнена оценка степени нарушения сознания и комы по шкале Глазго и неврологического статуса по шкале инсульта NIH не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	Не включен в проект

Обязательные клинические рекомендации. Как обосновать отступление и по каким критериям контролировать работу персонала

№	Клинические рекомендации «Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака у взрослых» (утв. Минздравом, 2021 г.)	Проект приказа			Приказ № 203н	Оценка соответствия
		Критерии качества	УД*	УУ*		
4	Выполнено мониторирование жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза)	А	1	Отсутствует	Выполнено мониторирование жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза)	Не включен в проект
5	Выполнено определение патогенетического варианта ишемического инсульта по критериям TOAST	С	4	Отсутствует	Отсутствует	Не включен в проект
6	Выполнена оценка по шкале Рэнкин в первые 24 часа от момента поступления в стационар и на момент выписки из стационара	С	4	Отсутствует	Отсутствует	Не включен в проект
7	Выполнена компьютерная томография головы или магнитно-резонансная томография головного мозга с описанием и интерпретацией результата не позднее 40 минут от момента поступления в стационар	А	1	Выполнена компьютерная томография головного мозга или магнитно-резонансная томография головного мозга не позднее 40 минут от момента госпитализации	Выполнена компьютерная томография головы или магнитно-резонансная томография головы с описанием и интерпретацией результата не позднее 40 минут от момента поступления в стационар	Соответствует в трех документах
	Отсутствует в критериях качества, но включена в доказательную часть клинических рекомендаций	В	2	Отсутствует	Выполнена компьютерно-томографическая ангиография, и (или) магнитно-резонансная ангиография, и (или) рентгеноконтрастная ангиография церебральных сосудов (при субарахноидальном кровоизлиянии)	Не включен в проект

Обязательные клинические рекомендации. Как обосновать отступление и по каким критериям контролировать работу персонала

№	Клинические рекомендации «Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака у взрослых» (утв. Минздравом, 2021 г.)	Проект приказа		Приказ № 203н	Оценка соответствия	
		Критерии качества	УД*			УУ*
8	Выполнено исследование уровня глюкозы крови не позднее 20 минут от момента поступления в стационар	С	4	Выполнено исследование уровня глюкозы в крови	Выполнено определение уровня глюкозы в периферической крови не позднее 20 минут от момента поступления в стационар	В новом проекте исключены сроки выполнения
9	Выполнено определение уровня тромбоцитов в крови не позднее 20 минут от момента поступления в стационар	А	1	Выполнено исследование уровня тромбоцитов в крови	Выполнено определение международного нормализованного отношения и активированного частичного тромбопластинового времени не позднее 20 минут от момента поступления в стационар	В новом проекте исключены сроки выполнения
10	Выполнено определение международного нормализованного отношения и активированного частичного тромбопластинового времени не позднее 20 минут от момента поступления в стационар	А	1	Выполнено определение международного нормализованного отношения (МНО)	Выполнено определение международного нормализованного отношения и активированного частичного тромбопластинового времени не позднее 20 минут от момента поступления в стационар	В новом проекте исключены сроки выполнения
11	Выполнен системный внутривенный тромболитис не позднее 40 минут от момента установления диагноза (при ишемическом инсульте при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	А	1	Отсутствует	Выполнен системный внутривенный тромболитис не позднее 40 минут от момента установления диагноза (при ишемическом инсульте при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Не включен в проект

Обязательные клинические рекомендации. Как обосновать отступление и по каким критериям контролировать работу персонала

№	Клинические рекомендации «Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака у взрослых» (утв. Минздравом, 2021 г.)	Проект приказа		Приказ № 203н	Оценка соответствия	
		Критерии качества	УД*			УУ*
12	Начата индивидуальная нутритивная поддержка не позднее 24 часов от момента поступления в стационар с последующей ежедневной коррекцией	С	4	Начата индивидуальная нутритивная поддержка не позднее 24 часов от момента поступления в стационар с последующей ежедневной коррекцией	Начата индивидуальная нутритивная поддержка не позднее 24 часов от момента поступления в стационар с последующей ежедневной коррекцией	Соответствует в трех документах
13	Выполнена профилактика повторных сосудистых нарушений лекарственными препаратами группы ингибиторы агрегации тромбоцитов при некардиоэмболическом варианте транзиторной ишемической атаки и ишемического инсульта или лекарственными препаратами групп: антагонисты витамина К, прямые ингибиторы тромбина, прямые ингибиторы фактора Ха при кардиоэмболическом варианте транзиторной ишемической атаки и ишемического инсульта	А	1	Выполнена профилактика повторных сосудистых нарушений лекарственными препаратами группы антиагреганты при некардиоэмболическом варианте транзиторной ишемической атаки и ишемического инсульта или лекарственными препаратами группы антикоагулянты при кардиоэмболическом варианте транзиторной ишемической атаки и ишемического инсульта (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Выполнена профилактика повторных сосудистых нарушений лекарственными препаратами группы антиагреганты при некардиоэмболическом варианте транзиторной ишемической атаки и ишемического инсульта или лекарственными препаратами группы антикоагулянты при кардиоэмболическом варианте транзиторной ишемической атаки и ишемического инсульта (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Соответствует в трех документах
	Отсутствует в критериях качества, но включена в доказательную часть клинических рекомендаций	В	1	Выполнено лечение ацетилсалициловой кислотой или клопидогрелем (при некардиоэмболическом варианте транзиторной ишемической атаки и ишемического инсульта) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Отсутствует	Включен в новый проект

Обязательные клинические рекомендации. Как обосновать отступление и по каким критериям контролировать работу персонала

№	Клинические рекомендации «Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака у взрослых» (утв. Минздравом, 2021 г.)			Проект приказа	Приказ № 203н	Оценка соответствия
	Критерии качества	УД*	УУ*	Новые критерии	Утвержденные критерии	
	Отсутствует в критериях качества, но включена в доказательную часть клинических рекомендаций	В	1	Выполнено лечение антагонистами витамина К, или ингибиторами тромбина прямыми, или прямыми ингибиторами фактора Ха (при кардиоэмболическом варианте транзиторной ишемической атаки и ишемического инсульта) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Отсутствует	Включен в новый проект
14	Начата медицинская реабилитация не позднее 48 часов от момента поступления в стационар	С	4	Выполнены лечебная физкультура при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга и (или) лечебная физкультура с использованием аппаратов и тренажеров при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга, и (или) постральная коррекция, и (или) эрготерапия, и (или) медикологопедическое исследование при дисфагии, и (или) медикологопедическая процедура при афазии, и (или) медикологопедическая процедура при дизартрии не позднее 48 часов от момента госпитализации	Начата медицинская реабилитация не позднее 48 часов от момента поступления в стационар	Изменен текст критерия (расширение)
	Отсутствует	-	-	Отсутствует	Выполнены спинномозговая пункция и исследование спинномозговой жидкости (при наличии менингеальной	Исключен из проекта нового приказа

Обязательные клинические рекомендации. Как обосновать отступление и по каким критериям контролировать работу персонала

№	Клинические рекомендации «Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака у взрослых» (утв. Минздравом, 2021 г.)			Проект приказа	Приказ № 203н	Оценка соответствия
	Критерии качества	УД*	УУ*	Новые критерии	Утвержденные критерии	
					симптоматики и отсутствии признаков кровоизлияния по данным компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии головы)	
	Рекомендуется ранняя консультация врача-нейрохирурга при высоком риске развития злокачественного отека мозга	С	5	Отсутствует	Выполнена консультация врача-нейрохирурга не позднее 60 минут от момента установления диагноза внутримозгового кровоизлияния	Исключен из проекта нового приказа
	Рекомендуется всем пациентам с верифицированным диагнозом ИИ/ТИА начать лечение в условиях блока (палаты) интенсивной терапии/отделения реанимации не позднее 60 минут от момента поступления пациентов в стационар	С	4	Отсутствует	Начато лечение в условиях блока (палаты) интенсивной терапии или отделения реанимации не позднее 60 минут от момента поступления в стационар	Исключен из проекта нового приказа
	Отсутствует	-	-	Отсутствует	Выполнено стандартизированное скрининговое тестирование функции глотания не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	Исключены сроки из проекта нового приказа
	Рекомендуется всем пациентам с верифицированным диагнозом ИИ выполнить определение патогенетического	С	4	Отсутствует	Выполнено определение патогенетического варианта ишемического инсульта по критериям TOAST	Исключен из проекта нового приказа

Обязательные клинические рекомендации. Как обосновать отступление и по каким критериям контролировать работу персонала

№	Клинические рекомендации «Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака у взрослых» (утв. Минздравом, 2021 г.)	Проект приказа		Приказ № 203н	Оценка соответствия	
		Критерии качества	УД*			УУ*
	варианта ишемического инсульта по критериям TOAST с целью оптимизации тактики лечения и вторичной профилактики острых сосудистых событий					
	Рекомендуется выполнение врачом-неврологом оценки состояния пациента по шкале Рэнкин в первые 24 часа от момента поступления в стационар и на момент выписки из стационара для определения критериев исхода этапа медицинской реабилитации	С	5	Отсутствует	Выполнена оценка по шкале Рэнкин в первые 24 часа от момента поступления в стационар и на момент выписки из стационара	Исключен из проекта нового приказа
	Включен в анализ балльной системы	-	-	Отсутствует	Оценка по шкале Рэнкин уменьшилась не менее чем на 1 балл за время пребывания в стационаре	Исключен из проекта нового приказа
	В критериях отсутствует	-	-	Отсутствует	Отсутствие пролежней в период госпитализации	Исключен из проекта нового приказа
	В критериях отсутствует	-	-	Отсутствует	Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации	Исключен из проекта нового приказа

Примечание:

УД – Уровень достоверности доказательств

УУ – Уровень убедительности рекомендаций

Фрагмент клинических рекомендаций по идентификации инфекционного возбудителя – причины вспышек острого гастроэнтерита

<p>Выполнен ежедневный осмотр врачом-инфекционистом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара</p>	<p>Указаний в клинических рекомендациях нет</p>	
<p>Выполнено молекулярно-биологическое исследование фекалий на микроорганизмы рода сальмонелла (<i>Salmonella spp.</i>) и (или) микробиологическое (культуральное) исследование фекалий/ректального мазка на микроорганизмы рода сальмонелла (<i>Salmonella spp.</i>)</p>	<p>Рекомендуется проведение диагностики для установления возбудителя заболевания: МБИ фекалий на микроорганизмы рода сальмонелла (<i>Salmonella spp.</i>) и (или) микробиологическое (культуральное) исследование фекалий/ректального мазка на микроорганизмы рода сальмонелла (<i>Salmonella spp.</i>) с определением чувствительности к антибактериальным препаратам; молекулярно-биологическое исследование фекалий на микроорганизмы рода шигелла (<i>Shigella spp.</i>) и (или) микробиологическое (культуральное) исследование фекалий/ректального мазка на микроорганизмы рода шигелла (<i>Shigella spp.</i>) с определением чувствительности к антибактериальным препаратам; микробиологическое (культуральное) исследование фекалий/ректального мазка на диареогенные эшерихии (EHEC, EPEC, ETEC, EAgEC, EIEC)</p>	<p>Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)</p> <p>Комментарии: Исследование информативно для этиологической диагностики заболевания. Однако известно, что этиология острого гастроэнтерита не влияет на тактику патогенетической терапии</p>

Памятка. Что включить в алгоритм лечения сальмонеллеза у детей на основе клинреков

Критерий оценки качества медпомощи	Клинические рекомендации	Что включить в алгоритм
Выполнено лечение пероральными солевыми составами для регидратации и (или) солевыми растворами, и (или) растворами, влияющими на водно-электролитный баланс (в зависимости от возраста и типа дегидратации, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Рекомендуется назначение оральной регидратации с использованием пероральных солевых составов для регидратации с целью восстановления водно-электролитного баланса (с учетом возраста детей и массы тела). Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств — 1)	Пациенту необходимо назначить пероральные солевые составы для регидратации со сниженной осмолярностью (225–245 мосмоль/л) до момента полного купирования синдрома дегидратации
Выполнено лечение кишечными адсорбентами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Рекомендуется назначение адсорбирующих кишечных препаратов с цитомукопротективным действием с целью проведения патогенетической терапии пациентам с гастроинтестинальным сальмонеллезом (с учетом возраста детей и показаний). Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств — 3)	Пациенту необходимо назначить адсорбирующие кишечные препараты с цитомукопротективным действием до момента купирования диареи
	Рекомендуется назначение других адсорбирующих кишечных препаратов на основе смектита диоктаэдрического в возрастных дозировках. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств — 2)	Пациенту необходимо назначить препараты на основе смектита до момента купирования диареи. Дозировка должна соответствовать возрасту. Препараты, снижающие моторику желудочно-кишечного тракта, замедляющие пассаж содержимого кишечника, уменьшающие выделение жидкости и электролитов с фекалиями, назначать не следует
Выполнено лечение противодиарейными микроорганизмами (при гастроинтестинальном сальмонеллезе) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Рекомендуется назначение противодиарейных микроорганизмов с доказанной эффективностью с целью проведения патогенетической терапии пациентам с гастроинтестинальным сальмонеллезом (с учетом возраста детей и показаний). Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств — 2)	Пациенту необходимо назначить противодиарейные микроорганизмы в соответствии с инструкцией, возрастом, штаммовым составом препарата. Клиническая эффективность доказана для <i>Bifidobacterium animalis</i> subsp. <i>Lactis</i> , <i>Lactobacillus acidophilus</i> , <i>S. boulardii</i> , <i>Lactobacillus GG</i> , <i>Lactobacillus reuteri</i> . Препараты назначать в соответствии с инструкцией как в острую фазу болезни, так и фазу реконвалесценции

Как решить проблемы с клинреками, которые есть у всех. Методика сертифицированной больницы

В статье – методика, как решить главные проблемы при внедрении клинических рекомендаций. По каким критериям отбирать клинреки для своей медорганизации, как отслеживать изменения и справиться с сопротивлением сотрудников, показала главврач государственной многопрофильной больницы. Регламенты и чек-листы для персонала прилагаются.

Сотрудники затаили с клинреками – теперь пытаются разом все успеть

Невозможно одновременно внедрить все обязательные клинические рекомендации и контролировать применение. Особенно в многопрофильной клинике, где трудятся сотни врачей и надо разрабатывать регламенты с протоколами лечения по разным нозологиям.

Решение – определите приоритетные клинреки.

На этом этапе отбирают те клинические рекомендации, которые в первую очередь нужно внедрить в вашей медорганизации. Мы определили шесть главных критериев отбора (памятка). Например, значимость и распространенность нозологии, потенциальные риски осложнений для вклада в общую учрежденческую летальность, экстренность и важность скорости принятия решений при оказании медпомощи.



Наталья КУШНИРУК,
главный врач ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница № 1»,
к. м. н., EMBA

Обязательные клинические рекомендации. Как обосновать отступление и по каким критериям контролировать работу персонала

Так, в структуре нашей больницы два региональных сосудистых центра для лечения пациентов с ОНМК и ОКС. По этим нозологиям мы имеем дело с круглосуточной маршрутизацией большого пациентопотока, высока значимость для показателей внутрибольничной летальности, велики и затраты при лечении данной категории больных.

Нужно быстро принимать врачебные решения, строго соответствовать протоколам ведения. Поэтому с учетом этих критериев первыми мы решили внедрить клинические рекомендации при оказании помощи больным с различными типами ОНМК и ОКС.

Воспользуйтесь нашим регламентом действий персонала и чек-листами при оказании медпомощи пациентам с ОНМК и ОКС (приложения 1 и 2).



Важно

Рекомендуем внедрять клинические рекомендации по 7-шаговой системе управления изменениями Джона Коттера

В клинреке несколько вариантов диагностики и лечения – непонятно, какой выбрать

По каждой клинической рекомендации медорганизация должна разработать протоколы лечения, блок-схемы и чек-листы для контроля. Но у каждой клиники свои

6

критериев

для отбора

приоритетных

клинреков

1. Значимость и распространенность нозологии.
2. Потенциальные риски осложнений для вклада в общую учрежденческую летальность.
3. Экстренность и важность скорости принятия решений при оказании медпомощи.
4. Массивность маршрутизации и количество пациентов с данной нозологией.
5. Сложность и затратность медицинских процессов.
6. Зависимость исхода заболевания от частичного или полного выполнения клинреков.

Обязательные клинические рекомендации. Как обосновать отступление и по каким критериям контролировать работу персонала

условия оказания медпомощи и не всегда есть необходимые ресурсы, чтобы выполнить все требования.

Решение – отразите наиболее подходящий вариант с учетом особенностей медорганизации в алгоритме или протоколе. Адаптируйте клинические рекомендации под себя.

Учитывайте наличие и исправность медоборудования, возможность выполнять определенные виды исследований и лечения внутри самой медорганизации, моно- и поликорпусность, расположение отделений, логистику пациентов, режим работы сотрудников и обеспечивающих подразделений.

К примеру, при оказании медпомощи пациенту с ОНМК по ишемическому типу мы используем клинические рекомендации «Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака у взрослых». На их основе утвердили протоколы и регламент взаимодействия сотрудников между собой и другими службами – неврологическим, кардиологическим, нейрореабилитационным и другими отделениями в составе больницы, СМП и ПСО на территории, прикрепленных к нашему региональному сосудистому центру. Что учли при разработке, смотрите в памятке → 60.



К СВЕДЕНИЮ

Волгоградская областная клиническая больница № 1 – обладатель международного сертификата качества ISO 9001:2015 и в настоящее время активно внедряет систему управления качеством Росздравнадзора. Это крупнейшая в регионе многопрофильная клиника третьего уровня с коечным фондом 942 койки. В структуре стационара 37 профильных отделений и 6 центров. В том числе област-

ной эндокринологический, региональные сосудистый и нейрохирургические центры. Большинство профилей хирургические, амбулаторно-поликлинический прием ведут по 30 специальностям. Ежегодно в клинику обращаются более 130 тыс. человек, в стационар госпитализируют более 30 тыс. пациентов. Более 16 тыс. операций проводят ежегодно.

Даже после разработки регламента по клинреку могут возникать нештатные ситуации

Когда внедрили регламенты и протоколы по ОНМК, столкнулись с проблемой. Медперсонал одной из смен забрал кровь для срочных лабораторных тестов и стал ждать биообразцы от всех пациентов приемного отделения с ОНМК, чтобы не бегать в лабораторию несколько раз. В итоге медпомощь затянули.

Решение – доработать регламент с учетом практики.

Мы добавили в регламент требование доставлять биоматериал в лабораторию в кратчайший срок, сразу после забора. Все результаты лабораторных тестов, заключения КТ, МРТ по готовности выгружаем в МИС, чтобы врач сразу их видел со своего рабочего места в любом отделении больницы.

Ввели дополнительный контроль. Служба управления госпитализациями совместно с IT-службой больницы

ПАМЯТКА. ЧТО УЧЛИ ПРИ РАЗРАБОТКЕ ПРОТОКОЛОВ И РЕГЛАМЕНТА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДПОМОЩИ ПАЦИЕНТУ С ОНМК

- 1** Указали точный въезд, ближайший к кабинетам КТ и МРТ. Это важно, потому что в клинреках жесткие сроки диагностики, а в нашем региональном сосудистом центре несколько въездов для машин скорой помощи.
- 2** Прописали, что бригада скорой помощи предварительно должна связаться по выделенной телефонной линии с региональным сосудистым центром.
- 3** Указали диагностические шкалы для сотрудников СМП и сотрудников ПСО (первичных сосудистых отделений), а также шкалы для врачей ВОКБ № 1 в приемном отделении, в реанимации, чтобы сократить время оценки состояния пациента.
- 4** Определили, что делать и кого привлекать, если одновременно поступают несколько пациентов с ОНМК, кому и в какой срок проводить МР-диффузионное исследование.
- 5** В помощь персоналу разработали чек-листы с основными параметрами, которые надо выполнять по клиническим рекомендациям.

Обязательные клинические рекомендации. Как обосновать отступление и по каким критериям контролировать работу персонала

в МИС отслеживает время, когда взяли анализ, начали сканирование и выгрузили результат. Оценивают скорость обследования пациентов с ОНМК и ОКС в приемном отделении.

Все нештатные ситуации невозможно исключить. Например, бывает, что не работает единственный МР-томограф или нет свободных реанимационных коек. На такие случаи лучше прописать в протоколе, что при форс-мажорной, нестандартной ситуации нужно срочно информировать заместителя главного врача по профилю, ответственного администратора или главного врача, чтобы согласовать дальнейшие действия.

Врачи не привыкли работать строго по клинреку – думают, что и так все делают, как надо

Даже если разработаете самые понятные и удобные протоколы лечения, вряд ли сотрудники сразу начнут их четко исполнять. Трудно отказываться от привычных методов диагностики и схем лечения. Особенно для специалистов с большим стажем. Без контроля не обойтись.

Решение – введите мониторинг целевых показателей и систему штрафов. Важно регулярно контролировать соблюдение клинреков, выявлять подразделения и смены, в которых допускают нарушения. Мы создали службу управления госпитализациями, которая вместе с сотрудниками отдела ВКК и безопасности меддеятельности формирует перечень показателей по клиническим рекомендациям. Цель – оценивать эффективность, безопасность и качество медпомощи, анализировать текущие показатели и планировать, как и когда достигать целевых.

Например, для мониторинга исполнения клинических рекомендаций для лечения пациентов с ОКС и ОНМК определили семь показателей. В частности, количество

Обязательные клинические рекомендации. Как обосновать отступление и по каким критериям контролировать работу персонала

Таблица. Показатели для лечения пациентов с ОКС и ОНМК

Критерий	2022	2023
Пациентов с периодом ожидания первого осмотра в приемном отделении >15 минут	3,9%	3,5%
Пациентов с периодом ожидания начала обследования (лечения) в приемном отделении >60 минут	0%	0%
Количество нарушений стандартов на догоспитальном этапе — невыполнение стандартов на этапе СМП	17%	15%
Время «приемное отделение — КАГ» для пациентов ОКС	<20 минут для пациентов с подъемом ST	<20 минут для пациентов с подъемом ST
Время «приемное отделение — АРО» для пациентов с ОНМК (60 минут)	62 минуты	61,1 минуты
Количество пациентов с превышением нормативного времени пребывания в приемном отделении (кардиофиль)	31	7
Количество пациентов с превышением нормативного времени пребывания в приемном отделении (ОНМК)	23	18

пациентов с превышением нормативного времени пребывания в приемном покое, время от момента поступления пациента с ОКС в приемное отделение до коронарографии, время от поступления пациента с ОНМК в приемное отделение до госпитализации в реанимацию РСЦ. По итогам 2023 года видим положительную динамику (таблица).

Проверяем, как внедряют и применяют клинические рекомендации во всех структурных подразделениях и службах больницы. Мониторинг показателей по чек-листам и в МИС проводим ежедневно. Раз в квартал служба управления госпитализациями с отделом ВКК и безопасности меддеятельности проверяет, как сотрудники соблюдают регламенты. Контролируем исполнение перечня показателей качества. Перечень утвердили приказом (приложение 3, смотрите в электронной версии журнала на e.zamglvracha.ru/1097763). Используем данные МИС, а так-

Обязательные клинические рекомендации. Как обосновать отступление и по каким критериям контролировать работу персонала

же организуем очные плановые и внеплановые аудиты. Кроме того, начмеды отслеживают нарушения во время обходов, консилиумов и при анализе медкарт пациентов.

Каждый месяц мониторируем сумму санкций от страховых компаний. Учитываем это, когда на заседаниях комиссии по оценке эффективности действия медработников распределяем стимулирующие выплаты. При обоснованных жалобах на нарушения оказания медпомощи и несоблюдение клинических рекомендаций решаем, применять ли штрафные санкции к сотрудникам больницы.

На совместных ежеквартальных совещаниях с руководителями служб, начмедами, завотделениями профильных подразделений обсуждаем результаты работы, заключения после проверок и выездов НМИЦ. Рассказываем сотрудникам о судебной практике и штрафных санкциях за нарушение клинических рекомендаций. Формируем список отделений с нарушениями и приводим в пример положительные достижения в больнице.

Клинреки постоянно обновляют – трудно уследить за изменениями и вовремя переобучить персонал

Медорганизации должны следить не только за появлением свежих клинических рекомендаций, но и за обновлениями, своевременно информировать персонал.



К СВЕДЕНИЮ

К внешним аудитам привлекаем Торгово-промышленную палату региона и специализированные ассоциации. Например, Ассоциацию по сертификации «Русский регистр». Также приглашаем главных внештатных специалистов Комитета здравоохранения региона

для аудиторских мероприятий и информирования персонала. Учитываем заключения проверок, профилактических визитов НМИЦ и курирующих федеральных центров по анализу применения клинических рекомендаций по профилю.

Обязательные клинические рекомендации. Как обосновать отступление и по каким критериям контролировать работу персонала

Решение – сделайте в МИС обновляемый перечень клинреков и проводите регулярные конференции. Сотрудники службы ВКК и безопасности меддеятельности, главный клинический фармаколог больницы разместили в МИС обновляемый перечень клинических рекомендаций по профилям медпомощи, которую оказываем в больнице. Поручили IT-службе совместно с главным клиническим фармакологом больницы и уполномоченным сотрудником отдела контроля качества и безопасности меддеятельности своевременно его актуализировать. Для каждого профильного отделения создали сетевые папки «Контроль качества», а в них – «Клинические рекомендации». Теперь у сотрудников есть круглосуточный доступ к актуальным версиям.

Об изменениях в клинических рекомендациях информируем персонал через МИС. Прежде чем внедрить новый протокол лечения, проводим обучение сотрудников.

Организуем ежеквартальные конференции с участием главного клинического фармаколога больницы и ведущих специалистов по профилю. Сообщаем завотделениями и врачам актуальную информацию по пересмотренным и утвержденным клиническим рекомендациям по профилю. Отдельно прорабатываем обязательные к исполнению индикаторы. Разъясняем важность личного вклада в достижение целевых показателей каждого из сотрудников профильных подразделений.

Кроме того, врачи основного штата больницы ежегодно посещают целевые краткосрочные циклы по изучению клинических рекомендаций в ВолгГМУ, обучаются на «Фабрике процессов». Предпочитаем очную форму обучения.

Если выполнять все требования клинреков, есть риск дефицита ресурсов

Врачи и сотрудники обеспечивающих служб жалуются, что диагностическая составляющая и спектр уточняющих

Рассказываем сотрудникам о судебной практике и штрафных санкциях за нарушение клинических рекомендаций

Обязательные клинические рекомендации. Как обосновать отступление и по каким критериям контролировать работу персонала

исследований по клиническим рекомендациям слишком объемны и зачастую не нужны, чтобы верно поставить диагноз и назначить лечение.

Сотрудники сетуют: если назначать все методы обследований, есть риск перегрузки стационарных диагностических служб, удорожания лабораторной диагностики, затягивания сроков пребывания пациентов в отделении. Убеждают, что это ни к чему, если диагноз установлен и лечение эффективно.

Решение – определите, когда можно отступить от клинрека. Требуйте максимального выполнения всего спектра исследований, которые можно провести силами специалистов и подразделений больницы или по договорам с другими медорганизациями региона. Это особенно важно при поступлении пациентов в экстренном порядке, у больных с высоким риском летального исхода, с коморбидными состояниями, у беременных и родильниц, у пациентов с неясным диагнозом, у реанимационных больных, при оказании ВМП.

Можно сделать исключение, когда пациент стабилен, установлен диагноз и плановое лечение дает положительный эффект. Иногда по другим объективным причинам – противопоказания, аллергические реакции. Но чтобы отклониться от выполнения всех диагностических исследований по клинрекам и протоколам, лечащий врач обязан согласовать тактику с завотделением и внести обоснования в медкарту больного.



К СВЕДЕНИЮ

Клинические рекомендации становятся обязательными к применению сразу после официального утверждения профессиональной ассоциацией и одобрения научно-практическим советом, даже если еще

не размещены в рубрикаторе на сайте Минздрава – cr.minzdrav.gov.ru (ст. 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323 «Об охране здоровья граждан», определение ВС от 21.08.2023 по делу № 16 КГ-23-23-К4).

Обязательные клинические рекомендации. Как обосновать отступление и по каким критериям контролировать работу персонала

Снизить риски дефицита ресурсов нам удалось благодаря тому, что теперь планируем с учетом клинических рекомендаций объемы оказания медпомощи, закупки, контролируем расход ресурсов лаборатории и диагностического звена. Однако по-прежнему непросто обстоят дела с кадровой укомплектованностью и регулярным обновлением материально-технической базы, в том числе тяжелого и эндоскопического оборудования.

Благодаря тому, что наши специалисты ежедневно применяют клинические рекомендации, в учреждении положительная динамика качества медпомощи. По итогам 2023 года выполнили 25 из 26 показателей качества и безопасности меддеятельности, которые мониторим в учреждении.

Регламент действий персонала лечебных и диагностических служб ГБУЗ «ВОКБ № 1» при оказании медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом (ОКС) / подозрением на ОКС*

Настоящий Регламент определяет последовательность действий персонала лечебных и диагностических служб ГБУЗ «ВОКБ №1» при оказании медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом (ОКС) / подозрением на ОКС.

1. При транспортировке больного с признаками ОКС бригада СМП извещает дежурного врача-кардиолога ОКС ГБУЗ «ВОКБ № 1» о поступлении больного, предполагаемом диагнозе, степени тяжести состояния, времени начала заболевания и указании приблизительного времени доставки по выделенной телефонной линии РСЦ ГБУЗ «ВОКБ № 1» (сотовый телефон _____). Данная телефонная линия должна быть доступна 24 часа в дежурные дни согласно приказу о маршрутизации пациентов с ОКС комитета здравоохранения Волгоградской области). При поступлении звонка дежурный врач-кардиолог ОКС отвечает незамедлительно, представляется, идентифицирует звонящего, уточняет статус пациента.
2. Дежурный врач-кардиолог ОКС ожидает прибытия пациента в приемном отделении корпуса № 11, оповещает дежурный средний медперсонал о готовности принять пациента, уточняет наличие свободной рентген-операционной, оповещает анестезиолога-реаниматолога АРО1.
3. В случае поступления пациента с ОКС / подозрением на ОКС в приемное отделение ГБУЗ «ВОКБ № 1» без предварительного оповещения от СМП, в том числе самообращением, дежурный регистратор приемного отделения вызывает дежурного врача-кардиолога ОКС незамедлительно.
4. Пациент, транспортируемый в ГБУЗ «ВОКБ № 1» бригадой скорой медицинской помощи, доставляется в палату динамического наблюдения приемного отделения, где его ожидают дежурный врач-кардиолог ОКС, персонал приемного отделения.

* Полный текст документа смотрите в электронной версии журнала на e.zamglvracha.ru/1097763.

Обязательные клинические рекомендации. Как обосновать отступление и по каким критериям контролировать работу персонала

- дежурный врач-кардиолог ОКС не позднее 5 минут от момента поступления в стационар проводит первичный осмотр пациента, включающий: оценку состояния жизненно важных функций организма больного, общего состояния больного; по медицинским показаниям проводит мероприятия, направленные на восстановление нарушенных жизненно важных функций организма больного с признаками ОКС; обязательно вносит в первичную медицинскую документацию ГБУЗ «ВОКБ № 1» сведения, полученные от сотрудника бригады СМП о времени начала заболевания, результатах проведенных на догоспитальном этапе исследований (ЭКГ, глюкоза крови и иных), информацию о наличии догоспитально установленного периферического венозного катетера, а также сведения о проведенной тромболитической терапии.

<...>

ЧЕК-ЛИСТ по законченному случаю оказания медицинской помощи пациентам с ОКС (в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»)

Чек-лист «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы» (на основании клинических рекомендаций МЗ РФ)

№	Критерий качества	Оценка выполнения
1	Указан временной интервал от момента обращения за медицинской помощью до начала реперфузионного лечения	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
2	Время от постановки диагноза до введения проводника в инфаркт-связанную артерию при проведении первичного ЧКВ менее 90 минут	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
3	Время от постановки/подтверждения диагноза в ЧКВ-центре до введения проводника в инфаркт-связанную артерию при проведении первичного ЧКВ менее 60 минут	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
4	Время от постановки диагноза в неинвазивном центре до начала транспортировки в ЧКВ-центр при планировании первичного ЧКВ менее 30 минут	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
5	Начало ТЛТ в пределах 10 минут после постановки диагноза (при невозможности выполнения первичной ЧКВ в течение 120 минут от постановки диагноза до введения проводника в инфаркт-связанную артерию)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

Обязательные клинические рекомендации. Как обосновать отступление и по каким критериям контролировать работу персонала

№	Критерий качества	Оценка выполнения
6	Проведение коронарной ангиографии и при необходимости ЧКВ в пределах 2–24 часов после успешной ТЛТ	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
7	При КГ/ЧКВ использован доступ через лучевую артерию	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
8	Исследование уровня тропонинов I, T в крови	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
9	Оценена динамика уровня сердечного тропонина I или T в крови при недостаточной информативности первого определения	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
10	Выполнена ЭхоКГ в первые сутки госпитализации	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
11	Выполнена оценка ФВ ЛЖ перед выпиской	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
12	У пациентов, не имеющих показаний к длительному применению антикоагулянтов, использовалась двойная антитромбоцитарная терапия (сочетание АСК с ингибитором P2Y ₁₂ -рецепторов тромбоцитов); при неназначении любого из двух компонентов указана причина	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
13	У пациентов с показаниями к длительному применению антикоагулянтов использовалось сочетание перорального антикоагулянта с одним или двумя антиагрегантами; при неназначении антикоагулянта указана причина	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
14	Использован бета-адреноблокатор у пациентов ИМнST с ФВ ЛЖ ≤40%. При неназначении указана причина	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
15	Использован ингибитор АПФ или блокатор рецепторов ангиотензина у пациентов с ФВ ЛЖ ≤40%, сердечной недостаточностью, АГ, ХБП, при сахарном диабете; при неназначении указана причина	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

Чек-лист «Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST электрокардиограммы» (на основании клинических рекомендаций МЗ РФ)

№	Критерий качества	Оценка выполнения
1	Пациент с подозрением на ОКС срочно госпитализирован, предпочтительно в стационар, специализирующийся на лечении пациентов с ОКС, предпочтительно в лечебное учреждение, где возможно инвазивное лечение ОКС	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
2	У пациента с подозрением на ОКСбпST определен уровень биохимических маркеров повреждения кардиомиоцитов в крови, предпочтительно исследование уровня сердечного тропонина I или T	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

Обязательные клинические рекомендации. Как обосновать отступление и по каким критериям контролировать работу персонала

№	Критерий качества	Оценка выполнения
3	У пациента с подозрением на ОКСбпСТ выполнена ЭхоКГ с обязательной оценкой ФВ ЛЖ	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
4	У пациента с ОКСбпСТ на основании оценки риска неблагоприятного исхода выбрана и реализована одна из стратегий лечения в стационаре (КГ с намерением выполнить реваскуляризацию миокарда в первые 2–72 часа после госпитализации или первоначальное неинвазивное лечение)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
5	У пациента с ОКСбпСТ в начале лечения использовалась тройная антитромботическая терапия (сочетание АСК**, ингибитора P2Y12-рецептора тромбоцитов и антикоагулянта) с последующим переходом на сочетание АСК** с ингибитором P2Y12-рецептора тромбоцитов или для пациентов с показаниями к длительному применению антикоагулянтов на сочетание перорального антикоагулянта с одним или двумя антиагрегантами (АТХ-группа антиагреганты, кроме гепарина, В01АС)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
6	У пациента с ОКСбпСТ и ФВ ЛЖ $\leq 40\%$ назначен пероральный бета-адреноблокатор, если к препаратам этой группы нет противопоказаний	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
7	У пациента с ОКСбпСТ при ФВ ЛЖ $\leq 40\%$, АГ, сахарном диабете, хронической болезни почек (ХБП) назначен ингибитор АПФ, если к препаратам этой группы нет противопоказаний	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
8	У пациента с ОКСбпСТ в период госпитализации начато или продолжено лечение высокими дозами ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы вне зависимости от исходного уровня холестерина в крови, если к ним нет противопоказаний и высокая доза ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы хорошо переносится	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
9	Пациент, перенесший ОКСбпСТ, включен в программы КР, нацеленные на изменение образа жизни, коррекцию факторов риска ИБС, улучшение качества жизни и повышение приверженности к лечению	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
10	Пациент, перенесший ОКСбпСТ (ИМбпСТ или НС), после выписки из стационара взят на диспансерное наблюдение	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

Чек-лист «Стабильная ишемическая болезнь сердца»

(на основании клинических рекомендаций МЗ РФ)

№	Критерии качества	Оценка выполнения
1	Выполнено электрокардиографическое исследование	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
2	Выполнен общий развернутый (клинический) анализ крови	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

Обязательные клинические рекомендации. Как обосновать отступление и по каким критериям контролировать работу персонала

№	Критерии качества	Оценка выполнения		
3	Выполнен анализ общетерапевтический <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 100px;">крови</td><td style="width: 100px;">биохимический</td></tr></table>	крови	биохимический	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
крови	биохимический			
4	Выполнен анализ крови биохимический по оценке липидного спектра (общий холестерин, холестерин липопротеидов низкой плотности, триглицериды)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		
5	Выполнена эхокардиография	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		
6	Выполнено дуплексное сканирование экстракраниальных отделов сонных артерий	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		
7	Выполнен один из неинвазивных нагрузочных тестов для верификации ишемии при условии отсутствия противопоказаний	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		
8	Проведена терапия ацетилсалициловой кислотой** и гиполипидемическими средствами, ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента и (или) антагонистами рецепторов к ангиотензину II	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		
9	Назначена терапия бета-адреноблокаторами и (или) блокаторами медленных кальциевых каналов и (или) органическими нитратами	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		
10	Достигнуты рекомендованные целевые уровни Хс-ЛПНП <1,4 ммоль/л на фоне назначенной терапии HMG CoA редуктазы ингибиторами, если не были достигнуты, то проведена интенсификация терапии (максимально переносимая доза HMG CoA редуктазы ингибиторов, при недостаточном эффекте – добавлен эзетимиб). При непереносимости статинов назначен эзетимиб	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		
11	Своевременно выполнены коронарография и хирургическое лечение (реваскуляризация миокарда при неэффективности оптимальной медикаментозной терапии)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		
12	Проведен повторный осмотр пациента и оценка эффективности терапии не более чем через 6 месяцев от момента постановки диагноза ИБС	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		

Регламент действий персонала лечебных и диагностических служб ГБУЗ «ВОКБ № 1» при оказании медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) / подозрением на ОНМК*

Настоящий Регламент определяет последовательность действий персонала лечебных и диагностических служб ГБУЗ «ВОКБ № 1» при оказании медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) / подозрением на ОНМК.

1. При транспортировке больного с признаками ОНМК бригада СМП извещает дежурного врача-невролога Регионального сосудистого центра (РСЦ) ГБУЗ «ВОКБ № 1» о поступлении больного, предполагаемом диагнозе, степени тяжести состояния, времени начала заболевания и указании приблизительного времени доставки по выделенной телефонной линии РСЦ ГБУЗ «ВОКБ № 1» (сотовый телефон _____). Данная телефонная линия должна быть доступна 24/7. При поступлении звонка дежурный врач-невролог отвечает незамедлительно, представляется, идентифицирует звонящего, уточняет статус пациента (в том числе в соответствии с приложением № 1 Регламента взаимодействия медицинских и немедицинских организаций с РСЦ ГБУЗ «ВОКБ № 1»).

2. Дежурный врач-невролог ожидает прибытия пациента у входа № 4 корпуса № 11 (выделенный вход в зону проведения КТ-исследования), оповещает дежурного рентген-лаборанта КТ-зоны о прибытии пациента на исследование.

3. В случае поступления пациента с ОНМК / подозрением на ОНМК в приемное отделение ГБУЗ «ВОКБ № 1» без предварительного оповещения от СМП, в том числе самообращением, дежурный регистратор приемного отделения вызывает дежурного врача-невролога незамедлительно.

4. Пациент, транспортируемый в ГБУЗ «ВОКБ № 1» бригадой скорой медицинской помощи, доставляется к кабинету КТ, где его ожидают

* Полный текст документа смотрите в электронной версии журнала на e.zamglvracha.ru/1097763.

Обязательные клинические рекомендации. Как обосновать отступление и по каким критериям контролировать работу персонала

дежурный врач-невролог, персонал приемного отделения, рентген-лаборант кабинета КТ.

<....>

ЧЕК-ЛИСТ по законченному случаю оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК (в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1	Выполнен осмотр врачом-неврологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
2	Выполнена компьютерная томография головы или магнитно-резонансная томография головы с описанием и интерпретацией результата не позднее 40 минут от момента поступления в стационар	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
3	Выполнена компьютерно-томографическая ангиография и (или) магнитно-резонансная ангиография и (или) рентгеноконтрастная ангиография церебральных сосудов (при субарахноидальном кровоизлиянии)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
4	Выполнено определение уровня глюкозы в периферической крови не позднее 20 минут от момента поступления в стационар	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
5	Выполнено определение уровня тромбоцитов в крови не позднее 20 минут от момента поступления в стационар	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
6	Выполнено определение международного нормализованного отношения и активированного частичного тромбопластинового времени не позднее 20 минут от момента поступления в стационар	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
7	Выполнен системный внутривенный тромболизис не позднее 40 минут от момента установления диагноза (при ишемическом инсульте при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
8	Выполнена спинномозговая пункция и исследование спинномозговой жидкости (при наличии менингеальной симптоматики и отсутствии признаков кровоизлияния по данным компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии головы)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
9	Выполнена консультация врача-нейрохирурга не позднее 60 минут от момента установления диагноза внутричерепного кровоизлияния	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

Обязательные клинические рекомендации. Как обосновать отступление и по каким критериям контролировать работу персонала

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
10	Начато лечение в условиях блока (палаты) интенсивной терапии или отделения реанимации не позднее 60 минут от момента поступления в стационар	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
11	Выполнено стандартизированное скрининговое тестирование функции глотания не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
12	Выполнена оценка степени нарушения сознания и комы по шкале Глазго и неврологического статуса по шкале инсульта NIHSS не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
13	Выполнено мониторирование жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
14	Начата индивидуальная нутритивная поддержка не позднее 24 часов от момента поступления в стационар с последующей ежедневной коррекцией	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
15	Выполнено определение патогенетического варианта ишемического инсульта по критериям TOAST	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
16	Выполнена профилактика повторных сосудистых нарушений лекарственными препаратами группы антиагреганты при некардиоэмболическом варианте транзиторной ишемической атаки и ишемического инсульта или лекарственными препаратами группы антикоагулянты при кардиоэмболическом варианте транзиторной ишемической атаки и ишемического инсульта (при отсутствии медицинских противопоказаний)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
17	Начата медицинская реабилитация не позднее 48 часов от момента поступления в стационар	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
18	Выполнена оценка по шкале Рэнкин в первые 24 часа от момента поступления в стационар и на момент выписки из стационара	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
19	Оценка по шкале Рэнкин уменьшилась не менее чем на 1 балл за время пребывания в стационаре	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
20	Отсутствие пролежней в период госпитализации	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
21	Отсутствие тромбоемболических осложнений в период госпитализации	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

<...>