Обратный отсчёт

Категория: Стратегические вопросы и проблемы управления качеством
Опубликовано: Среда, 07 сентября 2016, 10:25
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 3814

1 июля 2017 года вступает в силу приказ Минздрава России от 15 июля 2016 года № 520н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», прошедший регистрацию в Минюсте России 8 августа 2016 года (далее – Приказ 520н). Действующий в настоящее время приказ Минздрава России от 7 июля 2015 года № 422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (далее – Приказ 422ан) будет отменён. В деятельности медицинских организаций и практикующих врачей с этого момента произойдут существенные изменения.

Приказ 520н отражает попытки Минздрава привести критерии оценки качества медицинской помощи к единообразию, формированию единых наборов кодов МКБ-10 и кодов медицинских услуг при оказании специализированной медицинской помощи.

Данная попытка сопровождалась удалением части пунктов из «критериев оценки качества по условиям оказания медицинской помощи», касающиеся своевременности, полноты и результативности оказания медицинской помощи. Т.е., вместо детализации этих пунктов, применимых ко всем случаям оказания медицинской помощи в амбулаторных или стационарных условиях, произошла их замена на указанные наборы для части случаев оказания специализированной медицинской помощи.

Таким образом, с утверждением Приказа 520н «уполномоченный федеральный орган исполнительной власти» ещё дальше отошёл от соответствия требованиям п.1 ст.64 Закона: «Экспертиза качества медицинской помощи проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата» и ст.64 Закона в целом, чем в Приказе 422ан. По большом счёту, в новых федеральных критериях оценки качества медицинской помощи отсутствуют критерии для полноценной оценки «своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата», как таковые. Есть лишь отдельные позиции, имеющие отношение к медицинской помощи.

Кроме того, новые критерии излишне формализуют экспертизу, сводя её к контролю исполнения отдельных установленных требований, контролю исполнения *(sic!)* не установленных требований и проверке достижения некоторых (штучных) признаков результата оказания медицинской помощи либо отсутствия отдельных осложнений. Новые критерии практически не оставляют места для профессиональной оценки собственно качества медицинской помощи, оказанной конкретному пациенту в его уникальной и меняющейся в процессе лечения клинической ситуации, с учётом достигнутых результатов. Выявление и учёт иных обстоятельств, повлиявших на качество медицинской помощи и результат её оказания, установление причинно-следственных связей между оперативными решениями врача и других задействованных в оказании медицинской помощи пациенту

Phoca PDF

работников, допущенными нарушениями установленных требований и отклонениями лечебно-диагностического процесса и результатом оказания медицинской помощи, определение степени их влияния на результат при проведении экспертизы качества медицинской помощи не предусмотрены. Проведение этих важнейших экспертных процедур становится невозможным вследствие автоматически возникающей при этом дискредитации результатов экспертизы.

Критерии оценки качества практически могут использоваться в различных целях, объединяющиеся в две большие группы: связанные с управлением и связанные с урегулированием конфликтов.

Для управления новые оценочные критерии непригодны вследствие их бессистемности. Допустим, проведена экспертиза качества медицинской помощи в случае, подходящем под имеющуюся в третьем разделе Приказа 520н «модель пациента». Её результат будет представлять собой два не связанных между собой линейных набора данных – утвердительных или отрицательных ответов на вопросы из «критериев оценки качества по условиям оказания медицинской помощи» и «галочек» в соответствующем чек-листе «критериев качества по группам заболеваний (состояний)». Ими можно бесконечно любоваться, но полезное применение им найти сложно.

Внутри перечней вопросы также не связаны между собой, никакой структуры нет. И что должен сделать руководитель на основе этих «ценных» данных? Какие выводы? Устранить выявленные нарушения – да, но не более того. Нарушения выявлять и устранять надо, только для этого не нужны специально выдумываемые «критерии оценки качества», а нужны конкретно установленные требования и банальный контроль исполнения – можно и с «чек-листами», когда их много. Отдельный нормативный документ с оценочными критериями в контроле исполнения – совершенно лишняя промежуточная сущность, искажающая результаты собственно контроля исполнения за счёт появления неустановленных требований и прочих посторонних элементов.

Экспертиза качества медицинской помощи не может ограничиваться контролем исполнения установленных требований, т.к. в требованиях нет пациента и его уникальной клинической ситуации. Что, помимо контроля исполнения, поведают руководителю результаты экспертизы качества медицинской помощи, оказанной конкретному пациенту, о её качестве? С новыми критериями – практически, ничего. Может, он получит ценные сведения для управления на основе результатов многих экспертиз? Допустим. Тогда, рядом с данными предыдущего случая ляжет набор данных с другой «моделью пациента» и совершенно другими вопросами, а за ними ещё один набор, тот вовсе без «модели». Их даже сопоставить нельзя, не говоря уже о серьёзном анализе. На причины снижения качества без анализа результатов ему не выйти, а без этого нет целесообразного управления. Точнее, больше не будет с 1 июля 2017 года.

Phoca PDF

Урегулирование конфликтов к справедливому удовлетворению интересов сторон на основе результатов, которые могут быть получены при проведении экспертизы качества медицинской помощи по новым оценочным критериям, представляется исключительно редким явлением, поскольку эти результаты неизбежно будут противоречить наблюдаемой реальности в большинстве случаев. Элементарно: качество медицинской помощи, оказанной пациенту, может по всем «критериям» быть оценено положительно, несмотря на то, что пациент скончался от предотвратимого осложнения, не упомянутого в соответствующей «модели пациента» (если она есть, конечно), сопутствующего или даже ятрогенного заболевания. И, наоборот, счастливо излечённый и всем довольный пациент может и не подозревать, что врач будет подвергнут серьёзному наказанию за «оказание медицинской помощи ненадлежащего качества» по формальным основаниям, значимость каждого из которых можно беспредельно раздувать вследствие всё той же бессистемности новых оценочных критериев.

Более глубокий аналитический разбор новых федеральных оценочных критериев произведён нами в работе «Явление федеральных критериев оценки качества – 2016». Статья большая, но прочесть её стоит.

Дело в том, что система здравоохранения в стране медленно, но верно, настойчиво сдвигается в сторону американской «рисковой модели» в типично российском дефицитном варианте – то есть, со свободой извлечения прибыли множеством различных посредников, но никем и ничем не обеспеченными рисками. Врач в этой модели становится не столько субъектом, сколько заложником права с немалыми дополнительными обязанностями и персональной ответственностью, не обретая ничего взамен.

Вынесенный в июле текущего года Правительством Российской Федерации на рассмотрение Государственной Думы законопроект № 1093620-6 «О внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях в части совершенствования административной ответственности в сфере здравоохранения», был принят в первом чтении и в ближайшее время, с некоторыми изменениями, вероятно, будет принят и во втором. Судя по характеру критических высказываний некоторых «экспертов», не исключено, что изменения будут направлены, во-первых, на повышение ответственности врачей за неисполнение установленных требований и «оказание медицинской помощи ненадлежащего качества», а во-вторых, на устранение дисбаланса в распределении ответственности между должностными лицами и практикующими врачами с повышением ответственности последних.

Приказ 520н к предстоящему «чтению» пришёлся как нельзя кстати. Возможно, в предстоящих слушаниях и заключается истинная причина как скрытности в процессе подготовки этого документа (текст проекта не был официально размещён для публичного обсуждения, хотя и был анонсирован

Phoca PDF

на Федеральном портале проектов нормативных правовых актов), так и необъяснимой иначе спешки с его утверждением при огромной, на целый год, отсрочке вступления в силу. Откровенно сырой, алогичный, противоестественный, псевдо-экспертный, контр-управленческий и анти-врачебный документ нужен, если наше предположение верно, именно как концентрат требований, исполнение которых может проверить любой, не имеющий никаких профессиональных знаний, и вынести своё оценочное суждение о «качестве медицинской помощи» со всеми вытекающими отсюда правовыми, административными, финансовыми и прочими последствиями для врача и медицинской организации. Экспертизой качества медицинской помощи это действо назвать уже будет нельзя, и дело останется за малым – изменить неудобные формулировки ст.58 и ст.64 Закона, вычистив оттуда словосочетание «экспертиза качества медицинской помощи», наполненное профессиональным смыслом. К слову, экспертиза качества медицинской помощи в Приказе 520н не упоминается.

До вступления документа в силу остаётся триста и один день…

Базовый пакет технологий экспертизы качества и управления качеством медицинской помощи по отклонениям

С наилучшими пожеланиями, Андрей Таевский.

Phoca PDF