Морок и морока проверок случаев оказания медицинской помощи в приказах Минздрава по

Категория: Общие и практические вопросы организации контроля качества и безопасности
Опубликовано: Вторник, 01 декабря 2020, 10:59
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 4124

Уважаемые коллеги! Добрый день!

В этой работе мне хотелось бы прояснить одну тёмную для большинства медицинских организаций России в настоящее время область обязательных трудов, впервые образовавшуюся с выходом приказа Минздрава России от 7 июня 2019 года № 381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности». Идущий ему на смену одноимённый приказ Минздрава России от 31 июля 2020 года № 785н сохранил эту область в первозданно беспросветном виде.

Интриги не получилось, название статьи выдаёт её тему: обсудить предлагается «проверки случаев оказания медицинской помощи», коим в обоих названных документах отведено несколько идентичных по сути пунктов.

Как таковые, «проверки» появляются в п.9 (это раздел II Требований, где собраны «мероприятия» по внутреннему контролю), но в этом и следующих за ним двух пунктах речь идёт о проверках вообще, а в п.12 обрисовался «анализ случаев оказания медицинской помощи», который «включают» в себя «проверки», но не просто так, а «в зависимости от поставленных задач». Далее следует п.13, с общими туманными правилами «тематического» отбора «случаев» и выбора «тематики», и п.14, в котором, собственно, и раскрывается суть «анализа». Приведу его полностью:

> 14. Анализ случаев оказания медицинской помощи в ходе плановых и целевых (внеплановых) проверок осуществляется для оценки качества и безопасности медицинской деятельности медицинской организации, в том числе для оценки характера, частоты и причин возможных нарушений при оказании медицинской помощи пациенту, приведших к ухудшению состояния здоровья пациента, создавшего риск прогрессирования имеющегося заболевания, создавших риск возникновения нового заболевания, приведших к инвалидизации, к летальному исходу, а также к неэффективному использованию ресурсов медицинской организации, неудовлетворенности пациента медицинской помощью.

Далее по тексту Требований, «проверки» продолжаются, но уже без привязки к случаям оказания медицинской помощи и их какому-либо «анализу». Эти забавные смысловые модуляции вызывают у меня невольные ассоциации с одесским юмором.

В то же время, как до этого места, так и после, «регулятор» постоянно касается различных аспектов клинической работы. Обеспечение и контроль исполнения разных документов – порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций и др., регистрация и разбор неблагоприятных

Phoca PDF

событий при оказании медицинской помощи, профилактика осложнений и т.д. Проще будет выбрать вне-клинические требования из текста приказа, чем так или иначе касающиеся клинических составляющих медицинской деятельности, если кому-то зачем-то захочется их рассортировать. Все они каким-то образом оказались за рамками «анализа случаев оказания медицинской помощи». Причём, непонятно, в каких отношениях работа, необходимая для исполнения «клинических» требований, состоит с тем, что подразумевает под собой «анализ случаев»: то ли дублирование трудов имеется в виду, то ли потерявший важные составляющие и от того ущербный «анализ».

Под полноценным «анализом случаев оказания медицинской помощи» и соответствующими «проверками» следует понимать экспертизу качества медицинской помощи, проводимую в целях внутреннего контроля. Почему «регулятор» предпочитает называть её в нормативном правовом акте федерального уровня мутными «проверками, включающими, в зависимости от поставленных задач, случаи оказания медицинской помощи», в целом, понятно. Основная причина состоит в необходимости лицензирования работ (услуг) по проведению экспертизы качества медицинской помощи всем медицинским организациям в том случае, если бы такая формулировка появилась в приказе. И если для оказания соответствующих услуг одной медицинской организации другой лицензирование оправдано, то в целях внутреннего контроля и своими силами, конечно, нет. Я рассматривал эту проблему в работе «Нужно ли лицензировать экспертизу качества медицинской помощи?».

В локальных актах системы внутреннего контроля мы называем экспертизу качества медицинской помощи экспертизой, а проводящих её экспертов – экспертами условно, о чём прямо и недвусмысленно в этих актах и сообщаем. Но федеральный приказ – совсем другое дело, там подобные условности недопустимы. Трудности «регулятора» – это его трудности, а мы можем совершенно спокойно пользоваться этим решением и впредь, называя, пусть и условно, вещи своими именами. Приказ тому нисколько не препятствует. Стоит отдать авторам должное, ведь без обозначенных выше пунктов медицинским организациям проводить экспертизу качества медицинской помощи в целях внутреннего контроля было бы гораздо сложнее. Но только ли в лицензионных завихрениях дело? Я полагаю, нет, и меня это сильно беспокоит. Попробую объяснить, почему.

Прописанный в Требованиях «анализ случаев оказания медицинской помощи» вовсе не обязательно должен быть полноценным. Приказ позволяет закладывать в этот «анализ» какие угодно признаки, и проводить их оценку любыми оценочными инструментами, в т.ч. полностью автоматизированными. Многие медицинские организации такой возможностью радостно воспользуются, ведь экспертиза качества медицинской помощи – дело трудоёмкое, отнимающее ценное время лучших специалистов. А тут, без экспертизы, всё просто и дёшево. Галочки об исполнении каких-

Phoca PDF

Категория: Общие и практические вопросы организации контроля качества и безопасности
Опубликовано: Вторник, 01 декабря 2020, 10:59
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 4124

нибудь «критериев» в компьютере всё «нужное» (кому и для чего?) о «случае» скажут: что сделано и не сделано, что вовремя и что нет, возникали ли проблемы, и какие. Причём, сразу, а то и прямо в процессе!

Ведь это здорово, коллеги, согласитесь? Сидит какой-нибудь «старший врач», как охранник, перед мониторами в тихой будочке, и наблюдает процессы оказания медицинской помощи «рядовыми врачами», а чуть что у кого не так – тут же краешек покраснел, и сигнал: «пи-пи!». Да, можно и без будочки и «пи-пи», всё равно здорово. Автоматически правильные автоматические клинические рекомендации ™ пару лет назад нам уже обещали, что уж говорить о технически примитивных чекалках всевозможных «критериев».

«А на кой ляд нам вообще сдалась какая-то там экспертиза?» – догадаются некоторые. И будут совершенно правы! В развитых странах не то, чтобы экспертные исследования в отношении качества медицинской помощи совсем не проводились, они проводятся, но содержательно иначе, редко и дорого. Клиники же контролируют отдельные, того заслуживающие, параметры деятельности. Большинство разбираемых при этом «кейсов» подвергается предметному анализу по интересующим в плане улучшения деятельности вопросам без претензии на получение полной картины, или «совокупности характеристик», по-нашему. Вот бы и нам так! И приказ это позволяет, что удивительно.

Требования приказов Минздрава по внутреннему контролю составлены таким образом, что медицинские организации имеют возможность выбора: сходу штурмовать высоты «продвинутого» менеджмента качества с упором на стандартизацию процессов, или внести необходимые изменения в свою работающую систему внутреннего контроля, в т.ч. сохранить и заново интегрировать в неё экспертизу качества медицинской помощи. А вот такой популярный вариант выбора, как иметь абы какие бумажки по внутреннему контролю на полке для проверяющих, наконец, исчезает. В общем, Требования в отношении качества медицинской помощи, основного «производственного» процесса и главного «продукта» медицинской деятельности, сформулированы достаточно аккуратно. Что же меня тогда беспокоит? А то, что «продвинутого» менеджмента качества в нашей стране, как распространённого явления, нет, и ещё долго не будет. Для него нет условий, а поставленная на поток имитация чревата весьма неприятными последствиями. Оба этих тезиса требуют пояснений.

Качество медицинской помощи коротко и ёмко можно охарактеризовать, как наилучшим образом реализованные правильные решения, приводящие к желаемым результатам. Под «правильностью» решений следует понимать их максимальную адекватность текущей клинической ситуации в свете современных медицинских знаний и имеющихся практических возможностей. Что оценка клинической ситуации в динамике, что принимаемые в процессе

Phoca PDF

оказания медицинской помощи стратегические, тактические и оперативные решения, что их реализация, что достигаемые результаты зависимы от влияния самых разнообразных агентов и факторов. Вскрывая проблемы оказываемой нами медицинской помощи при проведении экспертизы качества, анализируя причины неблагоприятных событий и выявляя скрытые связи и угрозы, мы учимся предотвращать нежелательные события и получать надёжные результаты. То есть, улучшать свою деятельность.

Точнее, должны бы улучшать, за счёт качественных результатов экспертиз, обратной связи с врачами и другими работниками, задействованными в оказании медицинской помощи и организации лечебно-диагностического процесса, а также возможности использования систематизированных данных для реального улучшения медицинской деятельности и системы здравоохранения. На деле, в стране устоялась модель с последовательно дискредитируемой экспертизой, проводимой в различных целях.

Так, результаты экспертиз качества медицинской помощи, проводимых страховыми медицинскими организациями в рамках контроля объёма, сроков, качества и условий медицинской помощи, оказываемой гражданам в системе ОМС, используются для применения к медицинским организациям финансовых санкций с немалой выгодой для тех, кто эти экспертизы проводит. Она, понятно, тем выше, чем хуже оказывается медицинская помощь. Пока «нарушения» выгодны контролирующим структурам, ни о каких системных улучшениях говорить не приходится.

Экспертиза качества медицинской помощи в рамках государственного и ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности проводится по обращениям граждан, органов и организаций – то есть, изначально в контексте разворачивающегося конфликта. При этом, экспертиза неизбежно загоняется в прокрустово ложе поиска формальных нарушений вместо проведения полноценного исследования, поскольку её результаты имеют правовые последствия, и любой отход от формальных оснований их ослабляет. То же касается судебных и около того разбирательств.

Экспертиза качества медицинской помощи, проводимая на возмездной основе, в отсутствие хоть сколько-то развитых независимых экспертно-аналитических институтов, беззащитна перед интересами заказчика. Основы формирования таких институтов я изложил в «Эссе о качестве экспертизы качества», пока без заметной реакции. Так называемая «независимая» экспертиза в обсуждавшихся недавно законопроектах просто смешна. Из «независимого» там лишь слово в названии.

Экспертиза качества медицинской помощи, проводимая в целях внутреннего контроля, таким образом, в настоящее время остаётся чуть ли не единственным вариантом, где возможно получать более-менее

Phoca PDF

Категория: Общие и практические вопросы организации контроля качества и безопасности
Опубликовано: Вторник, 01 декабря 2020, 10:59
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 4124

пригодные для управления и совершенствования медицинской деятельности результаты. Но и здесь она подвергается внешним искажающим воздействиям. Региональные положения о контроле качества с требованием проведения какого-то жуткого количества экспертиз в медицинских организациях с многоэтажным контролем, да столь же неуёмные аппетиты в отношении числа экспертиз по заключаемым в системе ОМС договорам, помноженные на горячее желание знакомиться с результатами.

Экспертиза качества медицинской помощи здесь также постепенно подменяется формализованным контролем исполнения требований порядков оказания и стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций и «критериев оценки качества медицинской помощи» – так удобнее проверять. Конечно, с печальными последствиями для «виновных», что вынуждает медицинские организации прилагать немало усилий для того, чтобы всё серьёзное было надёжно спрятано в толще мелких «нарушений». Теперь всё это густо замешивается на потребительском экстремизме и жгучем «ятрогенном» интересе правоохранительных структур, для которых результаты экспертиз равноценны добровольным и чистосердечным признаниям вины. Неудивительно, что перспектива кончины экспертизы качества медицинской помощи в медицинских организациях воспринимается многими с радостным предвкушением.

Допустим, всё идёт прежним курсом, и экспертиза качества медицинской помощи в своём истинном содержании канет в Лету. Но что взамен? Как мы будем совершенствоваться? Как «они»? Точно?

Грубыми мазками, как это работает на Западе. Пациент со всеми своими потребностями в отношении здоровья и правами действительно находится в центре системы. Всё должно быть сделано наилучшим для него образом, исходя из его (вспоминаем вышесказанное в отношении сути качества медицинской помощи) ситуации в свете современных представлений медицины и имеющихся возможностей. При этом, успешность модели обеспечивается кое-какими важными обстоятельствами. Как минимум, имеет значение следующее:

- современные представления медицины формируются в результате добровольных коллективных усилий всех специалистов, соприкасающихся с проблемами пациентов;
- эти представления путём консенсуса специалистов воплощаются в руководящие принципы и документы о надлежащей клинической практике, поддерживаемые общими усилиями в актуальном состоянии;
- система «заточена» на обеспечение возможности их полноценной реализации на практике, от интеграции в образовательные программы до обеспечения расходными материалами;
- врач, за счёт очень серьёзной профессиональной подготовки, формируемой с юных лет мотивации, вовлечённости в процесс совершенствования практик и наличия реальных возможностей,

Phoca PDF

совместно с пациентом вырабатывает и поддерживает с учётом динамики наилучшую для него клиническую траекторию;
- доходы врачей и системы здравоохранения позволяют иметь надёжную финансовую подушку, и когда что-то идёт не так, пациент может рассчитывать на компенсацию без необходимости искать и карать виновных;
- развитые независимые экспертно-аналитические институты обеспечивают возможность справедливого разбирательства в тех случаях, когда оно неизбежно.

Зачарованные менеджментом забывают спрашивать себя: а что же у нас имеется из всего этого? Сегодня, как мне кажется, ничего. Будет ли завтра? Не думаю. Тенденции, к сожалению, наблюдаю обратные. А это значит, что в радости по поводу отказа от экспертизы качества медицинской помощи есть что-то недальновидное, поросячье. Да, экспертизу в целях внутреннего контроля можно не проводить, и тем не только сэкономить уйму времени, но и избавиться от существенного в сегодняшних реалиях риска самооговора её объективными результатами в случае внешнего грубого вмешательства. При этом, однако, рвётся одна из последних нитей, удерживающих остатки профессионализма над пропастью, расколовшей врачебное сословие надвое.

Горстка высокооплачиваемых специалистов, обитающих в федеральных учреждениях и элитных клиниках, сочиняющих ценные указания и раздающих их оптом и в розницу, не особо заморачиваясь местечковыми проблемами, не способна заменить собой целую отрасль. Если массовый мыслящий врач ликвидируется, как явление, то и горстке этой конец. Сегодня она получит преимущество, а завтра, лишившись корней, канет в небытиё. Вся «периферия» на наших глазах превращается, по сути, в бакалавров с врачебными дипломами, отвечающих за всё безответных дешёвых исполнителей, натаскиваемых в суррогатной образовательной системе на послушание и безропотное выполнение ценных указаний в виде директив и контролируемых чиновниками клинических рекомендаций. В таких условиях совершенствоваться будет всё, что угодно, кроме того, что действительно нужно. Риски в дальнейшем будут лишь множиться, а с ними проблемы и трагедии.

В общем, реальной альтернативы экспертизе качества медицинской помощи в настоящих условиях и в обозримом будущем нет. Её необходимо в целях внутреннего контроля проводить, и заниматься этим до тех пор, пока в нашей стране не сформируется модель здравоохранения, способствующая совершенствованию практик любыми иными действенными способами. Отсюда, «проверки случаев оказания медицинской помощи» следует понимать, как а) собственно экспертизу качества медицинской помощи, проводимую в целях внутреннего контроля, и б) любые иные контрольные действия в отношении случаев оказания медицинской помощи.

Phoca PDF

Категория: Общие и практические вопросы организации контроля качества и безопасности
Опубликовано: Вторник, 01 декабря 2020, 10:59
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 4124

Эти «иные контрольные действия» могут быть представлять собой различные варианты оперативного, в т.ч. автоматизированного наблюдения за состоянием лечебно-диагностического процесса по заданным параметрам, включая контроль соблюдения установленных требований критической важности и индикаторов опасных отклонений, а также отбор случаев на экспертизу по критериям, что экономит ресурсы и повышает эффективность внутреннего контроля.

Уверен, участие в наших онлайн-семинарах поможет Вам всё правильно выстроить:

«Новые требования к организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации в соответствии с приказом Минздрава России от 31 июля 2020 года № 785н» 15 декабря:

Семинар по приказу Минздрава 785н.

«Роль отдела качества (уполномоченного по качеству) в построении системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации» 17 декабря:

Семинар по организации службы качества.

–

Обсудить в Телеграм

Обсудить вКонтакте

Каталог решений Здрав.Биз.

Всегда ваши, команда Здрав.Биз и Андрей Таевский.

Phoca PDF