О федеральных «критериях оценки качества». Ласково

Категория: Стратегические вопросы и проблемы управления качеством
Опубликовано: Вторник, 25 августа 2015, 02:35
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 7085

Вот они и появились, федеральные «критерии оценки качества медицинской помощи». Они установлены приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 июля 2015 года № 422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (далее – Приказ), о чём нам посчастливилось одними из первых сообщить коллегам и предоставить сам приказ.

Шашки – наголо!

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения в последнее время подвергалась довольно жёсткой критике за отсутствие достаточных правовых оснований осуществляемых ею проверок качества оказываемой медицинской помощи и обеспечения контроля качества в медицинских организациях в связи с отсутствием федеральных критериев. Соответственно, и принимаемые в отношении медицинских организаций меры не были законными, поскольку базировались на произвольных суждениях сотрудников этого ведомства, выступающих здесь в качестве экспертов. Об этой проблеме сообщалось, в частности, Федеральной антимонопольной службой, о чём мы говорили в работе «Январский доклад ФАС. Возможные последствия».

Сейчас все основания для проведения проверок в отношении качества медицинской помощи и внутреннего его контроля у Росздравнадзора есть. С 25 августа приказ вступает в силу. Медицинские организации должны быть готовы предъявить проверяющим систему внутреннего контроля качества на основе федеральных критериев и признаки её регулярного применения – то есть, результаты проведения контроля. Времени для осмысленного перехода медицинских организаций и здравоохранения в целом на новые критерии не предусмотрено. Переход приходится осуществлять в авральном порядке.

В этой связи перед нами встал закономерный вопрос: что нового мы можем предложить нашим клиентам и коллегам, уже работающим в системе внутреннего контроля качества? Ведь в предыдущие недели (за 2 года!) мы переработали и обновили все наши материалы, получили массу отзывчивых коллег, а наиболее интересные сообщения разместили на этой странице. Настало время осмыслить произошедшие перемены.

Прогресс регулятора

Как мы и предполагали в работе «Хаотическая концепция качества», установленные Приказом «критерии» далеки от совершенства. Но, это уже критерии, в отличие от профильных наборов установленных требований,

Phoca PDF

произвольно отобранных из различных регламентирующих документов («чек-листов» исполнения для механической непрофессиональной оценки «качества»). Ими был наполнен проект соответствующего приказа в декабре прошлого года, реакцией на который и стала обозначенная статья (а также, наши критические комментарии на Едином государственном портале для размещения информации о разработке федеральными органами исполнительной власти проектов нормативных правовых актов и результатов их общественного обсуждения).

Перечни «критериев оценки качества» стали менее механистическими и более профессиональными, «экспертными». Лишь эксперт может дать обоснованные и верные ответы на многие вопросы, которые неизбежно возникнут при проведении оценки качества на основе установленных Приказом критериев. И эти ответы будут отражать его профессионализм, его клиническое мышление и его экспертный уровень. Так и должно быть.

Неплохо решены в Приказе самые, пожалуй, «тяжёлые» вопросы исполнения порядков оказания и стандартов медицинской помощи, а также клинических рекомендаций. У врача появилась не только возможность, но и обязанность принимать решения с учётом клинической ситуации, а не только установленных требований (это затруднение ранее преодолеть в нормативно-правовых актах федерального уровня не могли), и обосновывать свои решения. И не только в начале, но и в процессе лечения. Здесь, правда, возникает проблема обеспечения соответствия «порядков» и «стандартов» клиническим рекомендациям. Особенно, «стандартов». Вся их история указывает на то, что вряд ли нам стоит надеяться на скорое её решение. Как и на то, что телега всегда будет позади лошади.

Приказ проясняет многие туманные в прошлом (при отсутствии системного управления качеством, конечно) вопросы экспертизы качества медицинской помощи при осуществлении внутреннего контроля, так часто становившиеся основной причиной формирования сверхстойкого формализма в экспертной работе. Теперь эксперт медицинской организации уже не может игнорировать необходимость погружения в лечебно-диагностический процесс при разборе случаев оказания медицинской помощи. Он будет либо погружаться в него, либо лгать, и эта ложь будет явной.

В песочнице

Вместе с тем, установленные Приказом «критерии» не лишены серьёзных недостатков. Первое, что бросается в глаза: отсутствие системы. Связь «критериев» с целью, местами, появилась, прослеживается, но в систему они не сложились. Для оценки качества медицинской помощи в амбулаторных условиях предлагается 15 равнозначных параметров, в стационаре – 20 (с учётом традиционно сбитой нумерации пунктов – забыли поставить букву «о» в п.4 и самостоятельный критерий

Phoca PDF

превратился в дочерний, хотя и не имеет к нему никакого отношения. В общем-то, для документа такого уровня подобные огрехи недопустимы).

Некоторые критерии уточняются в подпунктах, однако проблемы это не решает. Степень влияния на общую оценку качества каждого из 15 или 20 критериев равна любому другому. Но это ещё не вся проблема. Среди 15 «амбулаторных», например, 3 критерия касаются действий врача при первичном осмотре, 3 – назначения и выписывания лекарственных средств, 2 – диспансерного наблюдения и диспансеризации, 1 – результата лечения. Это значит, что значимость результата лечения равна 1/15, диспансеризации 2/15, а назначения лекарственных препаратов в соответствии с регламентами 1/5. Втрое выше, чем результатов лечения! Деформация налицо.

Чтобы обрести более ясное видение проблемы, ознакомьтесь с материалами «Критерии качества. Модель системы» и «О критериях качества. Конкретно».

Далее. Содержание некоторых критериев уточняется в подпунктах, которые полностью его не раскрывают. Отдельные аспекты, выхваченные из общей массы, могут акцентироваться в определённых целях – это вполне нормально (например, оформление информированного добровольного согласия в угоду обеспечения прав потребителей – как в Приказе, или что-либо действительно важное в лечебно-диагностическом процессе, или актуальное – некий параметр, который необходимо «подтянуть» в настоящее время – в нормальной, «живой» системе управления). Но, тогда, под все прочие необходимо отводить место. В противном случае, они будут регулярно игнорироваться, в результате чего процессы будут стремиться к выходу из допустимых пределов в неконтролируемых зонах. Это чревато негативными последствиями, как для отдельных пациентов, так и для населения.

Но, конечно, самый серьёзный недостаток установленных Приказом «критериев оценки качества», это унаследованное смешение принципов минимальной достаточности и соответствия. Подробно сущность смешения принципов рассмотрена нами во второй части работы «Бодрый спотыкач» («Бодрый спотыкач. Часть II. Шоу стреноженных зомби»).

В Приказе мы находим смесь признаков качества, оценка которых проводится по различным принципам – дихотомическому принципу минимальной достаточности (есть/нет, допустимо/недопустимо) и принципу соответствия, предполагающему градацию от полного несоответствия до полного соответствия. Напомним, критерии последней группы также могут оцениваться по принципу минимальной достаточности, но для этого необходимо установить допустимые пределы показателей на оценочной шкале (одного из трёх типов: меньше, чем X – недопустимо, либо больше, чем Y – недопустимо, либо меньше, чем X и больше, чем Y –

Phoca PDF

недопустимо). И если с критериями, предполагающими оценку по принципу минимальной достаточности, в Приказе есть хоть какая-то ясность, то с критериями, оцениваемыми по принципу соответствия – не ясно ничего. Пределы допустимых отклонений не установлены.

Критерии нужны не для того, чтобы были, а для применения при проведении экспертизы и контроля качества медицинской помощи. Вопрос в том, кто, как и в каких целях будет их использовать. Органам государственного надзора в сфере здравоохранения при проведении проверок будет легко устанавливать исполнение обязательных требований, если их оценка проводится по принципу минимальной достаточности. Есть или нет, выполнено или не выполнено – вопрос простой. А там, где нужно оценить, преодолело ли то или иное отклонение допустимые границы, действовать придётся произвольно. То есть, произвол эксперта при проведении контроля качества в форме надзора сохраняется в системе.

С учётом того, что Приказ, по сути, даёт зелёный свет Росздравнадзору на проведение проверок качества оказываемой медицинской помощи и обеспечения контроля качества в медицинских организациях, сохранение надзорного произвола означает новый виток прежней спирали. Очередная попытка подмены надзором дефективного управления ещё больше сжимает пружину, и без того находящуюся в перенапряжённом состоянии, угрожающем срывом в любой момент.

В целях управления, установленные Приказом «критерии» также мало применимы. По крайней мере, в «чистом виде», без определения идеального состояния, оценочной шкалы и пределов допустимых отклонений, а также без описания технологии проведения экспертизы. Вне хорошо проработанной системы внутреннего контроля пользы от них будет мало (кроме защиты от проверок, конечно же. Надзор – это наше всё). Можно выйти из положения следующим образом: проводить оценку каждого (из предложенных Минздравом) контролируемого параметра в два этапа. На первом этапе оценивать параметр по принципу минимальной достаточности, на втором (для прошедших первый этап, разумеется) – оценивать уже по принципу соответствия.

Для примера, возьмём самый первый «критерий оценки качества» в федеральном перечне, и внутри него – первый уточняющий подпараметр. Он звучит так: «заполнение всех разделов, предусмотренных амбулаторной картой». Прекрасно! Заполнены все разделы в амбулаторной карте в соответствии с требованиями к ведению медицинской документации – первый этап пройден. Нет – нет. Следует устранить нарушения, насколько это возможно. Если пройден, на втором этапе оценивается качество «контента» – здесь могут быть уже варианты приближения к желательному. В зависимости от полноты и информативности, читаемости и грамотности, особенно профессиональной грамотности, логичности и обоснованности записей и, самое главное, от того, в какую сторону и в какой степени

Phoca PDF

выявляемые отклонения повлияли или могли повлиять на результат лечения, эксперт выставляет оценку. На основе оценочной шкалы, «шаг» которой задан, как заданы и принципы оценки, и пределы допустимых отклонений. Именно здесь эксперт может оценить связь отклонения с результатом оказания медицинской помощи. Иных возможностей для этого нет. А без них нет и управления.

С 18 августа мы поставляем новые пакеты документов по организации внутреннего контроля на основе федеральных критериев качества. Заказать их можно здесь:

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

Всегда ваши, команда Здрав.Биз и Андрей Таевский.

Phoca PDF