Проект безумного качества

Категория: Стратегические вопросы и проблемы управления качеством
Опубликовано: Воскресенье, 07 мая 2017, 12:12
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 4270

Чудные дела творятся.

Наделавший шуму приказ Минздрава России от 15 июля 2016 года № 520н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», подписанный Министром и 8 августа 2016 года зарегистрированный в Минюсте России за № 43170 (далее – Приказ 520н), вступление которого в силу все – кое-кто с нетерпением, а кто-то и с недержанием, ожидали 1 июля 2017 года, отменяется. Так гласит в третьем пункте проект нового ведомственного акта. Проект приказа Минздрава «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», на полном серьёзе (не 1-го, а 26-го апреля сего года) опубликован на Федеральном портале проектов нормативных правовых актов с ID 01/02/04-17/00064460 (далее – Апрельский проект).

Вот, так бывает. Совсем недавно – в феврале, мы обсуждали проект дополнений к Приказу 520н (см. работу «Звонок-3, или новый проект федеральных критериев оценки качества») и сделали кое-какие выводы насчёт вероятных последствий введения новых критериев для системы здравоохранения и врачей. Неутешительные. И тут нежданно-негаданно появляется новый колоссального размера проект, отменяющий и заменяющий Приказ 520н со всеми его несостоявшимися дополнениями. Мы проанализировали содержание Апрельского проекта по сравнению с Приказом 422ан и Приказом 520н (в его первозданном виде и с учётом январского проекта к нему дополнений). Таблицу сопоставления документов любознательные коллеги, зарегистрированные на сайте Здрав.Биз, могут скачать здесь. Для того, чтобы провести количественный анализ всех объёмных документов разом, таблицу эту мы (после предварительной подготовки – то есть, изнурительной борьбы с дефектами текста и таблиц, которыми изобилуют все три документа) поместили в среду электронных таблиц и написали пару простых формул, позволивших нам быстро получить нужные цифры. Вкратце, чудесные явления зафиксированы следующие.

Приказ 520н устранил из критериев оценки качества медицинской помощи (они же – управляемые параметры качества медицинской помощи, что ясно любому профессионалу) в «амбулаторном» и «стационарном» разделах некоторые позиции, имеющие самое близкое (среди прочих, имевшихся в Приказе 422ан) отношение к клинической практике. Вместо них, были введены целых 50 блоков для оценки качества медицинской в неких стандартизованных клинических ситуациях (аналогично «моделям пациента» в стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях). Число критериев в каждом из блоков было различным (в среднем, 8,4), а их общее количество составляло 421. С более подробным разбором документа Вы можете ознакомиться в работе «Явление федеральных критериев оценки качества – 2016», а с нашей оценкой его значения для здравоохранения –

Phoca PDF

в статье «Обратный отсчёт».

Январский проект дополнений добавлял к Приказу 520н 30 блоков, состоящих из 286 позиций («критериев»). Если бы дополнения были утверждены, общее количество блоков Приказа 520н составило бы 80 при числе позиций 707 (по 8,8 в среднем на блок). Эта существенная прибавка, всё же, и близко не покрыла бы потребностей здравоохранения. Неизбежный рост числа «моделей пациента» и «критериев» мы прогнозировали с самого начала (см. работу «Явление федеральных критериев оценки качества – 2016», «Часть III. Рецептурная», «драматический сценарий»).

Как по писанному, Апрельский проект цифры демонстрирует уже совсем иного порядка. Он в «амбулаторном» и «стационарном» разделах дословно повторяет Приказ 520н, а в разделе «Критерии качества по группам заболеваний (состояний)» содержит 234(!) блока из 2363(!) параметров (в среднем, по 10,1 в блоке). И это только начало. В соответствии с «драматическим сценарием», в перспективе следует ожидать кратного увеличения: не сотни, а тысячи блоков – «моделей пациента», и не тысячи, а десятки тысяч оценочных критериев. В противном случае, и здесь потомкам достанется давно знакомое нам по стандартам медицинской помощи и другим масштабным проектам дрянное «лоскутное одеяло», в котором дыр больше, чем лоскутов.

В процессе изучения Апрельского проекта возникли некоторые вопросы. Прежде всего, включает ли он блоки Приказа 520н и январского проекта дополнений, и повторяет ли их по содержанию? Ответы: да и да. Иными словами, Апрельский проект фактически ***добавляет*** к Приказу 520н и январскому проекту дополнений к нему 154 новых блока и 1656 новых «критериев».

Как следствие, возник другой вопрос: если это, по сути, дополнения, почему в третьем пункте проект отменяет Приказ 520н? Может, всё дело в содержании совпадающих блоков? Мы попытались найти различия между документами. Убились искать. Тогда, мы вернулись к нашей таблице сопоставления, погруженной в среду электронных таблиц, написали ещё одну простенькую формулу и пять минут спустя обнаружили следующее: одну добавленную позицию, одну исчезнувшую, а также несколько новых слов («при отсутствии *медицинских* показаний» вместо «при отсутствии показаний», «проведена терапия *лекарственными препаратами:* ацетилсалициловой кислотой и…» вместо «проведена терапия ацетилсалициловой кислотой и…» и др.) и букв, а также немало грамматических ошибок – исправленных, пропущенных и новых. Всего (помимо ошибок) обнаружено 33 различия, причём, преимущественно с содержанием блоков проекта дополнений к Приказу 520н, а не самого Приказа. Существенных – не более пяти.

Phoca PDF

Категория: Стратегические вопросы и проблемы управления качеством
Опубликовано: Воскресенье, 07 мая 2017, 12:12
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 4270

Нормоконтроль при подготовке Апрельского проекта впечатляет. Все блоки раздела 3.14 (1–29) идут следом за разделом 3.1 (его последним блоком 3.1.24) и перед разделом 3.2, обозначенном как «3.3.1» (при этом, первый его блок пронумерован верно – «3.2.1»). За блоками раздела 3.13 (1–6) следуют подряд блоки ***дополнений*** в разделы 3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8, 3.9, 3.10, 3.11 и 3.13 Приказа 520н, а также совершенно новые ***дополнительные*** разделы 3.15, 3.16, 3.17 и 3.18. К чему относятся дополнения в проекте документа, отменяющего изменяемый документ (Приказ 520н) целиком, остаётся загадкой. Нумерация разделов, блоков и даже «критериев» (строк в таблицах) представляет собой хаотическое сочетание автоматической и ручной нумерации (в т.ч. смешиваясь внутри самих нумерованных списков и таблиц), что гарантирует потерю времени в несколько рабочих дней каждым специалистом, вынужденным использовать документ в работе (в какие потери времени это выльется в масштабах страны – представить трудно), и во многих местах сбита. О грамматических ошибках выше уже сказали.

Что касается смыслового содержания новых блоков, то мы вынуждены констатировать продолжение порочных принципов, реализованных в Приказе 520н: фрагментарная оценка исполнения неустановленных требований и, местами, оценка отдельных признаков достигнутых результатов. Превратившись в оценочные критерии, неустановленные требования обрели силу Закона, поскольку на основе оценки их исполнения будут выноситься административные, уголовные и прочие решения в отношении врачей. В общем, мы наблюдаем триумфальное возвращение всё тех же «обязательных для врачей» стандартов медицинской помощи, совсем недавно обозванных с высокой трибуны «важными прейскурантами», только вывернутых наизнанку.

Так, всё же, зачем понадобилось отменять Приказ 520н при таком раскладе, т.с., убивать нерождённое дитя в утробе Минздрава? Из-за тяжёлого врождённого уродства? Но идущее ему на смену не менее уродливо. А, может, Минздраву захотелось реализовать трагикомический сценарий (см. выше ссылку на статью «Явление федеральных критериев оценки качества – 2016», там «Часть III. Рецептурная»)? В этом случае, достаточно было просто отменить Приказ 520н, без геройского драматизма, необходимости в котором нет никакой. Это утверждение требует хоть малого пояснения. Мы обсуждали важнейшие аспекты проблемы оценочных критериев в работах, опубликованных на нашем сайте уже не раз. Поэтому, здесь только необходимое.

Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определяет качество медицинской помощи как «совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата». Эта формулировка далека от идеала, но, в отличие от подзаконных актов,

Phoca PDF

регламентирующих обеспечение качества медицинской помощи, хотя бы, логична. Фраза «степень достижения запланированного результата» указывает на то, что «выбор методов» должен опираться, в первую очередь, на конкретную клиническую ситуацию и имеющиеся возможности, а не на жёсткие, безличные и обязательные для исполнения предписания, выполнение которых оценивается по дихотомическому принципу «да/нет», в которые превратили критерии оценки качества медицинской помощи.

Исповедуемый Минздравом подход позволяет оценивать качество исполнения предписаний, имеющих некоторое отношение к качеству медицинской помощи, но никак не качество медицинской помощи. Он удобен для надзорных органов, судей, правозащитников и пациентов, озабоченных своими правами больше, чем здоровьем, поскольку совокупность отрицательных ответов является мерилом «вины врача», исключающим необходимость проведения профессионального исследования (экспертизы) качества медицинской помощи. Но с ним ни на йоту не сдвинуть здравоохранение к улучшению качества медицинской помощи. Скорее, эффект будет обратным, как только последние настоящие врачи разглядят в нормативном тумане приближающиеся силуэты четырёх всадников апокалипсиса здравоохранения: Лжи, Нужды, Формализма и Страха.

Для того, чтобы качество улучшалось, нужно понимать, как что устроено в жизни и что от чего зависит. Затюканный, измотанный, едва сводящий концы с концами и вечно виноватый врач не всегда будет правильно выбирать методы «профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи» при всём желании, и не всегда даже будет иметь таковое желание, какими «критериями оценки качества» и какими статьями КоАП и УК его ни стращай. И его компетентность в общем и частном может быть очень разной, и хорошо, если он чувствует её пределы. Лечить живых людей исключительно по «критериям», как и по стандартам медицинской помощи, и по клиническим рекомендациям, даже если назвать их «обязательными клиническими руководствами», не получится никогда. Без врача, его головы, его знаний и сформированного клинического мышления не обойтись, если мы хотим оказывать медицинскую помощь, а не отпускать «медицинские услуги» гарантированного перечня или по прейскуранту. Также не обойтись без ответственного сотрудничества с врачом самого пациента. Такие вопросы предложенными «критериями» не решаются.

Мало правильно выбрать (т.е., определить лучшие для данного больного из доступных) методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации. Нужно их правильно применить. «Правильно» – значит, не только своевременно, но и технологично: грамотно, осмысленно, с учётом конкретной клинической ситуации и её динамики, пределов возможностей используемых технологий и рисков, технично. То есть, правильными людьми правильным образом в правильных условиях! Закон здесь ещё добавляет: с правильным результатом, не учитывая, что понятие

Phoca PDF

результата в медицине – сложное, многокомпонентное. В него входят объективные и субъективные характеристики клинического и общего плана (объективные изменения в течении основного заболевания, сопутствующих заболеваний и осложнений, в состоянии здоровья и в качестве жизни, их субъективное восприятие пациентом, прогноз дальнейших изменений, а также удовлетворённость пациента не только результатом, но и самим процессом оказания медицинской помощи). Каждая из этих характеристик может иметь свои «запланированные» ориентиры, «степень достижения» которых может быть различной.

Соответственно, чтобы качество улучшалось, необходимо управлять тем, что на него влияет непосредственно – в первую очередь, тем, что влияет опосредованно через них – во вторую, и т.д.. Для этого и нужна иерархическая система управляемых параметров качества (они же «оценочные критерии» или «критерии оценки качества»), отражающая важнейшие зависимости главных сущностей, а не сотни выдуманных «чтобы были» чек-листов исполнения тысяч предписаний. Главные сущности – это клиническая ситуация и её динамика, это процесс оказания медицинской помощи пациенту, это медицинские технологии, используемые в этом процессе, это условия, в которых он протекает, это люди, его осуществляющие: врач и пациент, это результат. Именно этими сущностями нужно управлять, тщательно выбирая для каждой из них важнейшие параметры, и далее детализируя их в необходимой степени.

Стыдно отраслевому «регулятору» не понимать таких простых вещей. О непонимании свидетельствуют принятые документы – Приказ 422ан и Приказ 520н со всеми предшествующими и грядущими проектами изменений, дополнений и переполнений, проекты других документов – того же выдающегося бессмысленностью своего содержания «порядка проведения экспертизы» (см. статью «Проектирование деформаций системы здравоохранения»), многочисленные выступления высокопоставленных чиновников. Тысячи и десятки тысяч параметров с оценкой по принципу «да/нет», сложенных в наборчики по 9 (в среднем) штук и применяемые раздельно, вне какой бы то ни было системы, в сотнях и тысячах вариантов ситуаций – это не управление качеством. Это безумие. Качественное.

Процесс отраслевого нормотворчества запечатлён на этом видео.

Выражаю признательность Алексею Валентиновичу Панову, медицинскому юристу, эксперту, управляющему ООО «Центр медицинского права» из Омска, поделившегося со мной «горячей» новостью о проекте и любезно пригласившему меня принять участие в видеоконференции, посвящённой его разбору, от чего мне пришлось с сожалением отказаться.

Phoca PDF

Категория: Стратегические вопросы и проблемы управления качеством
Опубликовано: Воскресенье, 07 мая 2017, 12:12
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 4270

Уважаемые коллеги!

Профессор Валерий Викторович Васильев, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, провёл анализ критериев оценки качества медицинской помощи по некоторым инфекционным заболеваниям и поделился с нами результатами в **этой статье**. Они подтверждают самые худшие опасения и в части содержания «критериев». Что нас ждёт впереди: непрофессионалы будут судить профессионалов на основе непрофессиональных оценочных инструментов. Это беда.

Пакет технологий экспертизы качества и управления качеством медицинской помощи по отклонениям

Всегда ваши, команда Здрав.Биз и Андрей Таевский.

Phoca PDF