Западнизация российской медицины, или Дело не в качестве

Категория: Стратегические вопросы и проблемы управления качеством
Опубликовано: Воскресенье, 28 декабря 2025, 13:56
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 1116

Монотонный труд, особенно когда его много, затуманивает разум. Последний – если он, конечно, в порядке, принимается мстить своему владельцу сонливостью, отупением и досадными ошибками, вынуждает бедолагу прерваться, чтобы освободиться от рутины. Тут-то несчастный, озабоченный крайними сроками мозг и посещают озарения.

На этот раз, уважаемые коллеги, занялся ваш покорный слуга обработкой федеральных критериев оценки качества медицинской помощи. А их в новом, 2025 года, 203н приказе Минздрава, как вы знаете, без счёта[1]. Обработка состоит в том, чтобы из 900-страничной простыни повыдёргивать таблички с нозологическими наборами критериев в отдельные файлы, коим дать понятные имена, и создать их каталог. А сами наборы очистить от «да/нетов» и должным образом структурировать.

Какова должна быть структура нозологических наборов критериев оценки качества медицинской помощи, чтобы с их помощью действительно можно было оценивать именно качество именно медицинской помощи, в Законе написано[2]. Оценочные критерии должны отражать качество диагностики, лечения, профилактики, реабилитации и степени достижения запланированного результата, иначе никакое качество, несмотря на знакомые слова в названии, ими не измерить.

Никакого управления качеством медицинской помощи с неструктурированными наборами критериев тоже быть не может. Для целей управления качеством критерии должны быть разнесены по соответствующим разделам в структурно единообразных наборах. Это необходимо, чтобы отсутствие критериев в том или ином разделе не препятствовало формированию результатов экспертизы качества пригодных для использования в управлении.

Минздрав этого делать упорно не желает. Я пишу об этом уже лет десять – в последний раз – весной этого года, в аналитическом разборе проекта приказа[3]. В той публикации есть список источников, где можно посмотреть, сколько проектов и приказов регулятора мне пришлось разобрать в надежде быть услышанным и им тоже. Видать, не царское это дело. Так что, работу по структурированию нозологических наборов приходится вновь проделывать «на земле», какой бы нудной она ни была. Сколько бы таких наборов Минздрав ни наклепал вчера, сегодня, завтра – все наши. А клепать он, согласно обновлённому законодательству, обязан. С учётом беспрерывного процесса обновления клинических рекомендаций, которым должны соответствовать утверждаемые критерии, работы нам с вами, уважаемые коллеги, хватит.

Вышедший в апреле приказ принципиально соответствует проекту, и повторять его аналитический разбор мне не имеет смысла – все критические замечания и соображения остались в силе. Здесь расскажу лишь о том, что проявилось в процессе обработки самих нозологических

Phoca PDF

наборов.

Они странные. В большинстве своём, содержат практически одну диагностику с робкими включениями лечения, изредка – реабилитации, и исключительно редко – профилактики (профилактическая направленность здравоохранения – привет!). Целевые параметры результата оказания медицинской помощи вообще встречаются штучно.

Диагностика может включать как единичные исследования, так и «простыни» в десятки позиций, и при этом не предполагать совершенно никакого лечения. И то верно: когда кровь всю на анализы высосали, лечить уже не надо. В некоторые позиции авторы умудрились собрать громадные кучи псевдо независимых исследований. К примеру, биохимический анализ крови (который им, видимо, запретили так называть), может включать в себя и дюжину исследований.

Авторы критериев открыли замечательный способ собрать всё в кучу: многократно перечислять полные формулировки какого-либо исследования через двусмысленный союз «и/или». Он стал у них весьма популярным. Например, лучевые методы. Формулировка начинается с «Выполнено: …» и далее следуют совокуплённые с помощью «и/или» различные лучевые методы и области исследований. Всё бы ничего, но каждый метод представлен полной формулировкой из Номенклатуры медицинских услуг с прилепленной к нему той или иной областью исследований, затем через «и/или» указывается тот же метод с другой областью исследований, и так множество раз, пока все возможные области исследований не будут исчерпаны. Но и на этом дело не заканчивается, а вместо того следует очередная связка «и/или», и ровно таким же макаром идёт череда полных формулировок уже с другим метод исследований и теми же областями исследований, и всё продолжается заново. Такие формулировки раздуваются на полстраницы, а их смысл растворяется в бесконечных повторах, одно по одному. Прошу прощения, но нормальные люди так не разговаривают, а когда встречают в тексте – воспринимают с большим трудом.

В разных наборах встречаются удивительные вещи. Для меня открытием было кое-где обнаружить пропедевтику в виде её отдельных фрагментов, жидко разбрызганных по некоторым табличкам. Где-то авторы сочли необходимым включить сбор анамнеза, где-то – физикальный осмотр, и т.д. Пропедевтика – это прекрасно! Только хорошо бы ещё узнать, почему она прекрасна только для отдельных нозологий, а других пациентов – что, смотреть не нужно, достаточно анализов?

В части наборов неожиданно попадаются критерии качества управления лечебно-диагностическим процессом: диспансеризация и диспансерное наблюдение, маршрутизация пациентов, профилактика ИСМП, оформление ИДС, беседы с родственниками, что угодно. В старом приказе всё это

Phoca PDF

было во втором разделе документа, с «критериями качества по условиям оказания медицинской помощи»[4]. Однако из нового приказа этот раздел выкинули, и то, что раньше было важным всегда, стало важным лишь в случае страдания чем-то особенным. Остальным довольно: «Что болит? Рентген, анализы, готов!».

По формулировкам заметно, как меняются представления о должном и важном у разных групп разработчиков. Одни ещё помнят и используют комплексные и сложные медицинские услуги, другие о них не подозревают и обходятся одними простыми. Одни тщательно распределяют содержание медицинской помощи по уровням, другие лепят практически идентичные наборы для первичной и специализированной медицинской помощи. Зачем только больного человека направлять на следующий уровень в таких случаях, если под качеством медицинской помощи и там, и там подразумевается одно и то же, не уточняется. Каюсь, мне далеко не всегда удаётся уловить логику составителей наборов тех или иных серий.

Оценка качества медицинской помощи в отдельном случае её оказания с новыми критериями сводится к оценке выполнения отдельных тезисов клинических рекомендаций позиций, которым посчастливилось попасть в приказ. На каком основании они были выхвачены, а другие остались без внимания, остаётся неведомым. Экспертиза качества медицинской помощи на их основе не представляется возможной, как и использование таких результатов в управлении. Благо, решения, компенсирующие недостатки федеральных критериев и обеспечивающие получение надёжных сведений о качестве медицинской помощи, я давно нашёл и реализовал, все они рабочие[5-7].

Единственная проблема, которую никак не решить, кроме как ценой приличного отрезка потраченной жизни – чудовищное количество никак не систематизированных федеральных оценочных критериев, которые, поскольку утверждены отраслевым приказом, должны обязательно применяться в соответствующих случаях. Но, если говорить о качестве, не только они, но и клинические рекомендации, и порядки оказания медицинской помощи, и все другие документы, обязательные при осуществлении медицинской деятельности.

Это значит, что к минимальным нозологическим наборам от Минздрава медицинским организациям придётся сделать собственные расширенные версии на основе клинических рекомендаций и других документов, в том числе локальных, чтобы действительно обеспечить у себя качество медицинской помощи. Но вначале, всё же, все федеральные наборы нужно структурировать и включить в систему управления качеством.

Вот этим я сейчас всё свободное время и занимаюсь, шаг за шагом открывая для себя всё новые грани нормотворческого таланта регулятора. На всём протяжении пройденного отрезка не покидало меня ощущение

Phoca PDF

бесполезности и даже бессмысленности... Нет, не своего труда – он является одним из этапов большого обновления авторского пакета технологий[8], а труда, потраченного многими, несомненно, важными и занятыми людьми на производство самих федеральных критериев, как и его плодов. Если использование оценочного инструмента не позволяет производить однозначные выводы о качестве медицинской помощи, зачем он нужен? Действительно, кому и зачем? В чём состоит великий замысел творца?

И вдруг, где-то на пятой сотне табличек, меня осенило: критерии оценки качества, в которых не удаётся обнаружить собственно качества – гениальное изобретение!

Расскажу по порядку. Дело было так. Голова моя в процессе пересборки табличек была свободна, и мысли гуляли по ней сами по себе. И тут одна сходила куда-то, и вытащила сценку из давно забытого сериала «Ланцет». В ней состоялся диалог незадолго до того ставшего начмедом героя со следователем СКР. Дословно не помню, но смысл в ней был таков: ежели пациенту всё было сделано согласно протоколу, то претензий у следователей к медикам нет.

Сиё киношное соображение на этот раз (вот, не зря, всё же, запомнилось) показалась мне интересным, тем более, что сериал тот, хоть и снят был на медицинскую тему, явно популяризировал работу именно следственных органов. Да и в других отечественных криминальных сериалах с прокачкой медицинской тематики что-то такое, как будто, проскальзывало (увы, здесь уже ничего конкретного я вспомнить не смог). В любом случае, дыма без огня не бывает, и идея протоколов-индульгенций явно стоила того, чтобы её обдумать. Тем более, что табличек на обработку впереди у меня оставался ещё вагон и маленькая тележка, и открывшуюся возможность занять мозги размышлениями я не упустил.

Запад до спасительных алгоритмов додумался давно – правда, не для того, чтобы от следователей с прокурорами отбиваться. Когда что-то идёт не так, страховые компании разбираются между собой, пациент и/или его родственники получают причитающуюся им компенсацию, а врачи, которых не таскают по судам, не сажают в следственный изолятор и не избивают неудовлетворённые потребители медицинских услуг, продолжают дальше трудиться. В том числе, анализируют свои ошибки и корректируют алгоритмы, если неудача при их использовании обнажила таковую необходимость.

Мы движемся в ту же сторону, с полувековым отставанием. И со своим чиновным колоритом, куда ж без него. Тем временем, суммы компенсаций морального вреда в десятки миллионов суды уже распечатали, дальше – больше. Протаскивание гражданского по сути спора через уголовный

Phoca PDF

процесс за счёт механизма ничем не ограниченной преюдиции обеспечивает стороне пациента достижение цели без лишних расходов на экспертизу и риска судебных издержек[9,10].

Однако для эффективной и безотказной работы такой схемы необходимо обеспечивать надёжную доказательную базу т.н. «ятрогенных преступлений», и единственный способ сделать это на потоке состоит во введении обязательных правил. Таких, нарушение которых доказывать было бы легко и просто, и лучше без участия эксперта.

Правил в медицине полно, знай себе проверяй, да наказывай. Вот только главная врачебная задача состоит в принятии в условиях неопределённости клинически значимых решений, правильность которых невозможно оценить никаким иным способом, кроме экспертного. Тут-то у прекрасной отлаженной машины и случаются осечки. Эксперт-медик для неё – вражье племя (недаром СКР озаботился созданием собственных экспертных медицинских подразделений). Вся десятилетняя эпопея с федеральными критериями оценки качества медицинской помощи, как и начавшаяся ещё на десять лет раньше эпопея со стандартами медицинской помощи, сопровождается многоголосым требованием: «Дайте, дайте нам немедленно лекала, чтобы мы сами могли мерить качество медицинской помощи!». Минздрав и даёт.

Это всё мы с вами, уважаемые коллеги, обсуждали уже много раз (где посмотреть подробнее – я выше обозначил). Моё нынешнее озарение состоит в том, что новые федеральные критерии оценки качества медицинской помощи, в которых нет самого качества медицинской помощи, но есть обязательные к принятию и реализации врачебные решения с дихотомическим принципом оценки выполнения, разрывают гарантию преюдиции в «медицинских процессах»! А без неё исчезает смысл протаскивать гражданские по сути споры через уголовный процесс. Этот момент требует пояснений.

Экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП) и судебно-медицинская экспертиза (СМЭ) имеют много общего, однако цели и методология их проведения разные. При проведении ЭКМП эксперт стремится получить полные, объективные и достоверные сведения о качестве медицинской помощи, чтобы на основе полученных результатов можно было улучшить качество[11,12]. Эксперт СМЭ же отвечает на конкретные и при этом корректно заданные ему судом или следствием вопросы. Его ответы должны помочь установить наличие или отсутствие причинно-следственной связи между действиями (бездействием) определённых людей и наступившими негативными последствиями, без чего невозможно определить их вину.

Механизм преюдиции состоит в том, что ранее установленные судом обстоятельства не требуют повторного доказывания. В случае причинения вреда жизни и здоровью граждан в связи с оказанием им медицинской

Phoca PDF

помощи, эти обстоятельства устанавливаются в инициируемом следственными органами или прокуратурой уголовном процессе бесплатно для пострадавших. И они же, за счёт неограниченной преюдиции, гарантируют победу в гражданском суде. Так образуется спрос на «протаскивание» гражданских дел через уголовное судопроизводство. Однако вопросы к эксперту СМЭ не могут быть одинаковыми в уголовном и гражданском процессах! А это значит, что преюдиция в «медицинских» процессах должна иметь пределы, необходимость в которых обозначена Конституционным судом[13], но в «медицинских» процессах попросту игнорируется.

И тут появляются наши новые критерии оценки качества без качества. Они сформулированы в виде наборов вопросов, ответов эксперта на которые вполне достаточно для оценки правильности действий врача (в части его врачебной функции) и принятия решения в его отношении в уголовном суде. А качество медицинской помощи – это другой суд, иные цели и иные вопросы экспертам (в идеале – другая экспертиза, где уже применяются клинические рекомендации и всё прочее). Преюдиция автоматом не срабатывает (не должна).

Отсюда следует, что врачу, чтобы обезопасить себя, критерии оценки качества необходимо именно досконально выполнять, а для всего остального есть клинические рекомендации и знания в голове. Именно по этой причине в недавно анонсированной обновлённой версии пакета технологий экспертизы, контроля и управления качеством медицинской помощи в медицинских организациях я сместил акценты на самоконтроль врача и контроль выполнения критериев (оставив, однако, все прочие решения рабочими и предусмотрев их интеграцию в систему внутреннего контроля). А если пациент или его родственники считают, что помощь им была оказана «некачественно», они будут вынуждены доказывать причинённый им вред в гражданском суде, неся все судебные расходы и риски, оплачивая заказную экспертизу и т.д.

В этом свете управленческое убожество новых оценочных критериев от Минздрава неожиданно оборачивается правовым преимуществом. Выходит, хорошо, что они такие, и ещё лучше, что их так много. И нужно ещё больше, чтоб на все мыслимые и немыслимые случаи врачебной жизни нашлись свои наборчики критериев. И тогда, выполняя всё перечисленное в оных, врач оставляет себе свою жизнь и свободу – профессиональную в том числе, поскольку за пределами формальных требований он волен принимать решения, исходя из реальных клинических потребностей. Если, конечно, моя догадка верна.

А вы что думаете, уважаемые коллеги? Новые критерии оценки качества медицинской помощи от Минздрава – наша беда или спасение? Щит или меч карающий? Спасательный круг или удавка на шее?

Phoca PDF

Категория: Стратегические вопросы и проблемы управления качеством
Опубликовано: Воскресенье, 28 декабря 2025, 13:56
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 1116

Использованные материалы:

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2025 года № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (Зарегистрирован 28.05.2025 № 82382).
2. Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
3. Таевский А.Б. «Салат из свежих критериев с кодами под оценочным соусом». – Здрав.Биз, 335.
4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 года № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (Зарегистрирован 17.05.2017 № 46740) (утратил силу).
5. Таевский А.Б. «Решения проблем организации внутреннего контроля по приказу Минздрава № 203н. Проблема №1: бессистемность оценочных критериев». – Здрав.Биз, 200.
6. Таевский А.Б. «Решения проблем организации внутреннего контроля по приказу Минздрава № 203н. Проблема №2: фрагментарность оценочных критериев». – Здрав.Биз, 202.
7. Таевский А.Б. «Решения проблем организации внутреннего контроля по приказу Минздрава № 203н. Проблема №3: точечность охвата клинических ситуаций». – Здрав.Биз, 204.
8. Таевский А.Б. «Встречайте пакет технологий экспертизы, контроля и управления качеством медицинской помощи в новом составе». – Здрав.Биз, 348.
9. Таевский А.Б. «О безлимитной преюдиции в "медицинских" процессах. Первый проблемный очерк для чтения по диагонали». – ЗдравЭкспертРесурс, 139.
10. Таевский А.Б. «О безлимитной преюдиции в "медицинских" процессах. Второй проблемный очерк для чтения по диагонали». – ЗдравЭкспертРесурс, 140.
11. Методика экспертизы качества медицинской помощи: учеб. пособие / Б.В. Таевский, А.Б. Таевский, Е.Г. Князев. – Иркутск: РИО ИГМАПО, 2018. – 108 с.
12. Таевский А.Б. «Технология экспертизы качества медицинской помощи по федеральным критериям». – Здрав.Биз, 119.
13. Определение Конституционного Суда Российской Федерации от 19 ноября 2015 г. № 2685-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданки Кюттенен Татьяны Николаевны на нарушение ее конституционных прав положением статьи 61 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации».

Для цитирования:

Таевский А.Б. Западнизация российской медицины, или дело не в качестве. – Здрав.Биз, 349. https://zdrav.biz/index.php/menagement-kachestva-

Phoca PDF

Категория: Стратегические вопросы и проблемы управления качеством
Опубликовано: Воскресенье, 28 декабря 2025, 13:56
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 1116

med-pomoschi/strategisheskie-voprosy-upravleniya-kachestvom/349-zapadnizaciya-ros-mediciny-v-kriteriyah-kachestva.

Всегда ваш, Андрей Таевский.

Обсудить в Телеграм
Обсудить вКонтакте

Каталог решений Здрав.Биз.

Phoca PDF