

Категория: Управление качеством медицинской помощи

Опубликовано: Понедельник, 02 сентября 2024, 11:56

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 2493

Продолжаем разбираться с качеством медицинской помощи. Точнее с тем, что осталось к настоящему времени от этой некогда значимой для многих врачей области профессионального интереса. В предыдущих частях работы был выполнен краткий обзор теории качества[1], а также рассмотрены различные модели качества в здравоохранении и их характерные черты, как в нашей стране советского периода, так и за рубежом[2]. Эта часть посвящена самобытному отечественному пути к качеству в здравоохранении на протяжении последних трёх десятилетий и его исходу к настоящему времени.

В советский период, т.е., на протяжении большей части XX века, качество медицинской помощи почти не артикулировалось. В то же время, решения, принимаемые на отраслевом, республиканском и союзном уровнях, по существу были направлены на улучшение медицинского обеспечения населения, включая и качество оказываемой ему медицинской помощи. Глубокая интеграция отрасли здравоохранения в систему государственного управления народным хозяйством способствовала исполнению принимаемых решений. Для плановой экономики и социалистического характера общественных отношений этого было достаточно.

С распадом Советского Союза и рыночными реформами в стране появились массовый потребитель, спрос на т.н. «медицинские услуги» и качественный сервис, и медицинский бизнес, готовый его удовлетворять. И хотя в подавляющем большинстве случаев медицинская помощь по-прежнему оказывалась населению бесплатно в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, система здравоохранения перестала быть единой. Она распалась натрое по форме собственности:

- государственная;
- муниципальная;
- частная.

И ещё раз натрое по источникам финансирования:

- бюджетные;
- страховые;
- частные.

Каждый из этих источников также неоднороден. Так, бюджетное финансирование осуществляется из средств бюджетов федерального, регионального и муниципального уровней. Средства обязательного (ОМС) и добровольного (ДМС) медицинского страхования собираются и используются совершенно разными путями. Среди частных источников можно выделить оплату т.н. «платных медицинских услуг» из личных средств граждан, деятельность различных фондов, обществ и организаций, благотворительность и инвестиции.

Категория: Управление качеством медицинской помощи

Опубликовано: Понедельник, 02 сентября 2024, 11:56

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 2493

При этом, различные источники могут разнообразно сочетаться между собой. Средства ОМС наполняются частью из бюджета (на неработающих граждан) и из специальных взносов предприятий и организаций, начисляемых на заработную плату (на работающих). Программы ДМС формируются, как правило, крупными и устойчивыми предприятиями, и в них участвуют работники, формат же участия может быть разным. Правда, доля ДМС в нашем здравоохранении так и осталась небольшой.

Поиск удачных сочетаний продолжается, появляются новые формы, такие как государственно-частное партнёрство и др. Всё чаще звучат призывы к введению т.н. «соплатежей» для населения в системе ОМС, а также различные проекты по его расширению за счёт частных вложений («ОМС+» и т.п.). Особый путь в новой России проделали ведомственные учреждения здравоохранения и санаторно-курортные учреждения, что также достойно упоминания. К сожалению, во многих случаях его не назвать благополучным, и ни в одном – простым.

Система здравоохранения современной России, таким образом, получилась довольно сложной, как по своей структуре, так и по составу финансовых потоков. Дело усложняется традиционным для нашей страны чрезмерным регулированием общественных отношений и деятельности в сфере здравоохранения.

Оплачиваемые из личного кармана «платные медицинские услуги» позволяют говорить о медицинских организациях и пациентах в категориях Закона о защите прав потребителей[3], соотнося их роли с производителями, поставщиками и потребителями медицинских услуг, хотя с профессиональной точки зрения, нашедшей отражение в законодательстве о здравоохранении[4а] (далее – 323-ФЗ), это недопустимо.

Но и страхование в плане финансового обеспечения медицинской помощи радикально отличается от бюджетного, поскольку в немалой части (за исключением подушевого финансирования поликлиник) осуществляется в виде страховых выплат. Т.е., в форме возмещения затрат на уже оказанную застрахованным лицам медицинскую помощь. Эти лица фактически становятся её потребителями, медицинские организации – производителями, а роль плательщиков отходит к страховым медицинским организациям (СМО) и далее к территориальным фондам ОМС.

Появление потребителя полностью меняет взгляд на качество медицинской помощи – оно перестаёт быть абстракцией и требует всё большей ясности, определённости, которой неоткуда взяться. Попытки обрести такую ясность путём применения страховщиками специализированных инструментов мы наблюдаем всё время существования системы ОМС. Инструментарий «контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями» в системе ОМС составляют:

Категория: Управление качеством медицинской помощи

Опубликовано: Понедельник, 02 сентября 2024, 11:56

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 2493

- медико-экономический контроль (МЭК);
- медико-экономическая экспертиза (МЭЭ);
- экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП).

Соответствующие положения закреплены в законодательстве об ОМС [5] (далее – 326-ФЗ), а требования к применению этих инструментов, а также к использованию результатов их применения, подробно регламентированы в подзаконных актах [6, 7].

Однако результаты применения вышеуказанных инструментов имеют правовые и финансовые последствия, поэтому эксперты ТФОМС и СМО всегда нуждались в формализации процедур. В части ЭКМП в этих целях применялись порядки оказания и стандарты медицинской помощи, а с недавних пор – «критерии оценки качества медицинской помощи», утверждённые приказом Минздрава [8, 9] и в составе клинических рекомендаций [10]. Формализация неизбежно приводит к упрощению и извращению экспертизы. Это с одной стороны.

С другой стороны, преимущественное использование результатов экспертизы в репрессивных целях превращает пресловутое «качество медицинской помощи» в удобный предлог для применения предусмотренных финансовых санкций к медицинским организациям и в их оправдание [11]. В силу этой и ряда других причин, подробное рассмотрение которых выходит за рамки настоящей публикации, проблем с оценкой качества медицинской помощи в системе ОМС меньше так и не стало. Об этом свидетельствует неуклонный рост числа судебных тяжб между страховщиками и медицинскими организациями.

Указанные проблемы наблюдаются на фоне множественного раскола единой системы здравоохранения, о которой мы говорили чуть выше. Сложность моделей взаимодействия в системе ОМС (подушевое финансирование поликлиник и т.д.) вкупе с оказанием «платных услуг» или участием в ДМС принципиально ничего не меняют, они лишь усложняют оценку качества и использование её результатов.

Ещё один серьёзный осложняющий фактор – «парад суверенитетов» 90-х, когда каждый регион, взяв столько самостоятельности, сколько мог унести, принялся регулировать вопросы, связанные с качеством медицинской помощи, по собственному (или по соседскому, как это ни странно) разумению. Поскольку таких вопросов с каждым днём становилось всё больше, регионы устанавливали требования к качеству медицинской помощи и его контролю, кто во что горазд. Так появился в нашей стране контроль качества медицинской помощи (ККМП) – отечественное ноу-хау.

Очень быстро и как будто сами собой сложились уровни ККМП, первые три из которых были внешними по отношению к медицинской организации:

Категория: Управление качеством медицинской помощи

Опубликовано: Понедельник, 02 сентября 2024, 11:56

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 2493

- Государственный;
- Ведомственный;
- Вневедомственный;
- Внутренний.

Государственный контроль фактически сводился к лицензионному контролю, которому в 90-е предшествовала сертификация медицинских учреждений, предусматривающая выборочный ККМП законченных случаев оказания медицинской помощи.

Ведомственный контроль, как выше уже было отмечено, в разных регионах понимался и осуществлялся по-разному. В основном, региональными органами управления здравоохранением регулировалось и контролировалось осуществление внутреннего контроля в подведомственных учреждениях здравоохранения. Реже проводился выборочный плановый ККМП по законченным случаям и внеплановый (целевой) ККМП в случаях, подлежащих обязательному контролю на региональном уровне.

Вневедомственный ККМП осуществлялся и до сих пор осуществляется в двух вариантах, лишь один из которых законодательно регламентирован:

- в рамках контроля объёмов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи в системе ОМС согласно 326-ФЗ;
- в рамках договоров ДМС согласно соответствующим программам.

Внутренний ККМП был предусмотрен законодательством о здравоохранении, однако что в «Основах законодательства об охране здоровья граждан»[12], что в новом 323-ФЗ вплоть до лета 2018 года[46] регламентирован не был, его организация и проведение были на совести руководителя медицинской организации. В то же время, как выше уже было отмечено, регионы устанавливали свои требования к организации и проведению внутреннего контроля в медицинских организациях, причём не везде они ограничивались подведомственными организациями, что составляло ещё одну странность того времени.

Региональными нормативными правовыми актами предусматривались несколько уровней внутреннего контроля. Число уровней варьировалось, но чаще всего их было три:

1. Заведующие отделениями, филиалами;
2. Главный врач либо его заместитель (обычно – по медицинской части, реже – по лечебной);
3. Врачебная комиссия.

Это количество варьировалось не только от региона к региону, но и от одной медицинской организации к другой. По разным причинам.

Категория: Управление качеством медицинской помощи

Опубликовано: Понедельник, 02 сентября 2024, 11:56

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 2493

В некоторых региональных положениях чётко обозначался ещё один уровень ККМП, а именно – самоконтроля врача. Важнейший, на самом деле [13]. Он мог входить в нумерованный список уровней или указываться отдельно. Для него кое-где даже были введены специальные формы и требования по их заполнению.

В крупных организациях помимо врачебной комиссии может создаваться специализированная подкомиссия по ККМП или полномочия по осуществлению ККМП могут даже распределяться среди нескольких подкомиссий. Однако в полномочия самой врачебной комиссии ККМП всё равно должен входить, пусть и реже используемый. Так что подкомиссии в таких случаях образуют дополнительный подуровень контроля.

В небольших частных клиниках часто нет подразделений с заведующими, и тогда первые два уровня сливаются в один (I–II). Функции начальника медицинской службы в таких организациях обычно выполняет главный врач. Его статус согласно законодательству не может быть ниже уровня заместителя руководителя организации. И он же, как правило, является председателем врачебной комиссии – т.е., III-го уровня контроля. Так что ему приходится выполнять практически всю работу по ККМП в медицинской организации.

В крупных сетях могут быть ещё внутренние структуры, осуществляющие ККМП в масштабах федеральной сети, а также на уровне региональных отделений («кустов»). Это помимо того контроля, что осуществляется непосредственно в филиалах.

Ещё один «расширенный» вариант – вступление организации в т.н. «саморегулируемую организацию» (СРО), где ККМП может включаться в требования. Ещё, организация и проведение ККМП со строго регламентированным внешним участием может быть предусмотрено франшизой. В общем, вариантов масса. Более подробный обзор региональных подходов к оценке качества и управлению качеством медицинской помощи я проводил в недавней серии публикаций «Фокусы качества» [14–16].

Уровни ККМП, как мы видим, не являются чем-то искусственным, они продиктованы самой жизнью. Самоконтроль врача [17] – естественная и одна из важнейших врачебных функций (если, конечно, подходить к делу без фанатизма и излишнего формализма с обязательным сплошным заполнением специальных форм). Заведующим отделениями нужно знать, что у них во вверенных им подразделениях делается. Как и начмеду и главному врачу – во всей больнице или клинике. Врачебная комиссия – высший коллегиальный орган управления медицинской организации, в ведении которой находится рассмотрение любых клинических вопросов [18], включая и качество медицинской помощи.

Категория: Управление качеством медицинской помощи

Опубликовано: Понедельник, 02 сентября 2024, 11:56

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 2493

Помимо уровней контроля, региональными положениями, как правило, устанавливались:

- минимальное число случаев оказания медицинской помощи, подлежащих плановому (выборочному) ККМП в амбулаторных и стационарных условиях на каждом уровне;
- признаки случаев, подлежащих обязательному ККМП на всех уровнях (грубо говоря, все «проблемные»);
- критерии оценки качества медицинской помощи (кто что смог придумать или подсмотреть у соседа);
- методика оценки качества медицинской помощи, включая оценочную шкалу (здесь полный раздраз).

К настоящему времени региональные положения о качестве медицинской помощи утратили актуальность в связи с изменениями в законодательстве. Эти изменения продиктованы продолжающимся переходом страны к рынку, включая и «рынок медицинских услуг», который выставляет свои требования и условия в области качества.

С рыночных позиций медицинская помощь является продуктом деятельности хозяйствующих в сфере здравоохранения субъектов. Поскольку эта деятельность имеет ярко выраженные особенности и, к тому же, сопряжена с весьма специфическим риском, целесообразно выделение медицинской деятельности, как деятельности особого рода, регулируемой специальным законодательством. Что мы и наблюдаем.

В практическом плане это означает наличие взаимосвязи качества медицинской помощи, изначально сугубо экспертной категории, с качеством и безопасностью медицинской деятельности – категорией уже производственной, хоть и адаптированной к медицинской специфике. Контроль качества производственной деятельности кажется делом методически более простым и благодарным, поскольку оно «отвязано» от уникальности каждого случая оказания медицинской помощи и не требует обязательного участия эксперта. А ЭКМП с ККМП становятся, как будто, лишними сущностями и ненужными усложнениями.

Поэтому неудивительно, что «регулятор» тяготеет к регламентированию и контролю именно качества и безопасности медицинской деятельности, где легко устанавливать правила (отсюда их несметное число) и контролировать их исполнение[19]. Дихотомически, как это нравится ему и надзорным органам[20]. Но можем ли мы вообще обойтись без качества медицинской помощи? Обсудим в следующей части работы.

Использованные материалы:

1. Таевский А.Б. [«Качество медицинской помощи – всё? Часть первая. Предпосылки»](#). – Здрав.Биз, 323.

Категория: Управление качеством медицинской помощи

Опубликовано: Понедельник, 02 сентября 2024, 11:56

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 2493

2. Таевский А.Б. [«Качество медицинской помощи – всё? Часть вторая. Институциональная»](#). – Здрав.Биз, 324.
3. Закон Российской Федерации от 7 февраля 1992 № 2300-1 [«О защите прав потребителей»](#).
4. Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в т.ч.:
 - а) [действующая редакция](#),
 - б) [ред. от 19.07.2018](#).
5. Федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ [«Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»](#).
6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24 октября 1996 года № 363/77 [«О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации»](#) (утратил силу).
7. Методические рекомендации [«Организация вневедомственного контроля качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации»](#). – утв. ФОМС 12 мая 1999 года.
8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 года № 203н [«Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»](#) (Зарегистрирован 17.05.2017 № 46740).
9. Таевский А.Б. [«Груз качества 200 и 3 "нэ"»](#). – Здрав.Биз, 194.
10. Федеральный закон от 25 декабря 2018 года № 489-ФЗ [«О внесении изменений в статью 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" по вопросам клинических рекомендаций»](#).
11. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 года № 231н [«Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения»](#) (Зарегистрировано в Минюсте России 13.05.2021 N 63410).
12. [Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан](#), утв. Верховным Советом Российской Федерации 22 июля 1993 года № 5487-1 (утратил силу).
13. Таевский А.Б., Князев Е.Г. О роли врача в управлении качеством медицинской помощи// Консилиум главных врачей. – 2016. – 08(56). – С.29-31.
14. Таевский А.Б. [«Фокусы качества. Качество медицинской помощи»](#). – Здрав.Биз, 315.
15. Таевский А.Б. [«Фокусы качества. Качество медицинской деятельности»](#). – Здрав.Биз, 317.
16. Таевский А.Б. [«Фокусы качества. Качество здравоохранения»](#). – Здрав.Биз, 318.
17. Таевский А.Б. [«О самоконтроле врача в системе контроля качества](#)

Категория: Управление качеством медицинской помощи

Опубликовано: Понедельник, 02 сентября 2024, 11:56

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 2493

- ». – Здрав.Биз, 129.
18. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 5 мая 2012 года № 502н [«Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»](#).
 19. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 года № 785н [«Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»](#) (Зарегистрирован 02.10.2020 N 60192).
 20. Приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 10 июля 2020 года № 5974 [«Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по осуществлению государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности»](#) (Зарегистрировано в Минюсте России 07.08.2020 N 59208).
-

Для цитирования:

Таевский А.Б. [Качество медицинской помощи – всё? Часть третья. Контрольная](#). – Здрав.Биз, 325. <https://zdrav.biz/index.php/management-kachestva-med-pomoschi/325-kontrol-med-kachestva>.

Всегда ваш, Андрей Таевский.

[Обсудить в Телеграм](#)

[Обсудить вКонтакте](#)

[Каталог решений Здрав.Биз](#).