Презумпция дефективности

Категория: Стратегические вопросы и проблемы управления качеством
Опубликовано: Воскресенье, 26 июня 2016, 22:15
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 4659

Презумпция (от лат. praesumptio – предположение, ожидание, надежда) – предположение, признаваемое истинным, пока не доказано обратное. (© Толковый словарь С.И. Ожегова).

Дефективность – извращенность, патология, болезненность, противоестественность, ненормальность, уродливость, уродство, дефектность, неправильность, неестественность, анормальность, отклонение от нормы, аномалия, неполноценность. (© Словарь русских синонимов).

Возможности управления качеством медицинской помощи открываются перед руководителем по-настоящему лишь с анализом причин появления дефектов качества.

Начало целенаправленной коррекционной работы с причинами дефектов знаменует момент вступления руководителя в период управленческой зрелости. Руководитель, сумевший перерасти мрачный марионеточный театр рефлексивного управления, может правильно расставлять приоритеты и способен предупреждать проблемы тем раньше, чем больше ресурсов (времени, внимания, затрат и пр.) потребует их решение в случае возникновения.

Концепция управления качеством медицинской помощи по отклонениям и её [illegible] см. работу «[illegible]».

Такое управление определяет потребность руководителя в выявлении наиболее значимых причин снижения качества и безопасности осуществляемой медицинской деятельности и её основного процесса – процесса оказания медицинской помощи конкретному пациенту в целях их приоритетного устранения. Для этого ему требуется:

1) обнаружить и учесть факты снижения качества (дефекты) и оценить их значение;

2) проследить причинно-следственные связи и установить вероятные причины дефектов качества;

3) провести анализ степени влияния каждой из причин на качество и безопасность медицинской деятельности в целом и в критически важных её аспектах.

Однако, как только речь заходит о дефектах и их причинах, как правило, возникает вопрос: а есть ли у нас классификатор дефектов качества медицинской помощи? Вопрос кажется совершенно правомочным, но это иллюзия. Дело в том, что для управления медицинской деятельностью такой классификатор, в зависимости от целей его создания и использованных при его построении принципов, либо не нужен, либо

Phoca PDF

вреден.

Классификатор дефектов качества медицинской помощи по определению представляет собой структурированный перечень т.н. «дефектов качества», встречающихся при оказании медицинской помощи, с описаниями, позволяющими их идентифицировать и, при включении в него градации т.н. «классов тяжести», отнести их к тому или иному классу. Самим «дефектам качества», при этом, даётся определение, отражающее принцип, закладываемый в основу классификатора. Отсюда, количество определений понятия «дефект качества» не может быть меньше количества разнотипных классификаторов дефектов, а тех, в свою очередь, будет столько, сколько может быть целей у их создателей (или заказчиков). А цели у всех разные. Каким бы совершенным ни был классификатор, он всегда будет инструментом, созданным специальным образом для достижения определённых целей.

Идеальные классификаторы дефектов качества медицинской помощи «от сторонних производителей»

Надзорные органы, например, по своему предназначению заинтересованы в тотальной регламентации медицинской деятельности и понимании дефектов качества медицинской помощи как нарушений установленных требований, априори универсальных и совершенных. Нетрудно догадаться, каким быть идеальному «надзорному» классификатору – это был бы классификатор нарушений установленных требований, а не дефектов качества медицинской помощи, ведь пациенту и его клинической ситуации в нём места в принципе быть не может.

В процессе оказания медицинской помощи пациенту у каждого адресованного к этому процессу и его составляющим требования возможно два взаимоисключающих состояния: «исполнено» или «нарушено» (состояния «частично исполнено», «исполнено с нарушениями» и т.п. не в счёт, т.к. они свидетельствуют о том, что требование носит собирательный характер и должно быть конкретизировано во избежание произвола в оценке). В то же время, объект каждого требования в результате воздействия (либо отсутствия предусмотренного воздействия) изменяется одним из четырёх возможных способов: «положительно», «отрицательно», «никак» или «неопределённо». Когда требования обоснованы и выполнимы, подавляющая часть результатов оценки будет концентрироваться на пересечении состояния «исполнено» с результатом «привело к положительным изменениям». Если требования обоснованы, но трудновыполнимы, больше результатов «перекочует» на пересечение состояния «нарушено» с результатом «привело к отрицательным изменениям». Однако, при проведении достаточного числа оценок будут встречаться и все другие возможные варианты. Какими бы разумными ни были требования, в

Phoca PDF

клинической практике будут выявляться варианты «исполнено» + «имело отрицательные последствия» и даже «нарушено» + «привело к положительным изменениям», не говоря уже о вариантах «никаких изменений» и «не определено», ведь пациент и его клиническая ситуация всегда уникальны.

Надзор – важнейшая форма контроля, но нужно учитывать пределы его возможностей, а вещи следует называть своими именами. Нарушение установленных требований не эквивалентно дефекту качества медицинской помощи, а исполнение требований не означает качества и не гарантирует его, хотя и способствует его достижению и необходимо в подавляющем (при разумных требованиях) большинстве случаев.

Страховые медицинские организации уполномочены осуществлять контроль объёмов, сроков, условий предоставления и качества медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в соответствии с законодательством Российской Федерации об ОМС, и нуждаются в основаниях для применения штрафных санкций к медицинским организациям, неоплаты оказанной ими медицинской помощи или уменьшения её размера. Среди этих оснований дефекты качества медицинской помощи занимают центральное место наряду с приписками, подлогами и другими нарушениями. Идеальный «страховой» классификатор дефектов будет остро отточенным инструментом сепарации финансовых средств, предназначенных для возмещения расходов медицинских организаций на оказание медицинской помощи гражданам в соответствии с программами государственных гарантий.

Организации по защите прав потребителей, юристы и активисты-правозащитники, специализирующиеся на защите прав пациентов, многие другие службы и ведомства, общественные институты и появившиеся в последнее время в избытке бизнесмены-посредники между врачами и пациентами настырно и со всёвозрастающей настойчивостью пытаются устранить одно досадное препятствие между медицинскими услугами и их потреблением. Препятствие представляет собой самостоятельное понятие «медицинская помощь». Идеальный «потребительский» классификатор дефектов «медицинских услуг» состоял бы из признаков нарушений прав пациента при потреблении им «медицинских услуг» без учёта существования непонятной для непрофессионала субстанции – «медицинской помощи», которую они «якобы» составляют. Такой классификатор, принятый на государственном уровне, позволил бы поставить медицинскую деятельность под полный потребительский контроль и, уничтожив саму её суть – оказание медицинской помощи, низвёл бы здравоохранение в сферу обслуживания со всеми печальными как для отрасли, так и для общества последствиями.

Но самым уродливым классификатором дефектов качества медицинской помощи был бы, конечно, «судебный», в котором каждый дефект был бы

Phoca PDF

сформулирован с использованием юридически безупречных терминов, содержал бы описания признаков «оказания медицинской помощи ненадлежащего качества» и прочих преступлений и означал бы надёжное основание для применения к обвиняемому конкретной статьи. Идеальный «судебный» классификатор должен был бы, конечно, содержать и «классы тяжести» дефектов, соответствующие той или иной части какой-либо стати одного из кодексов Российской Федерации.

В работе «Утопия прямого доступа» мы подробно рассмотрели источники, характер и тщетность попыток непрофессиональной оценки качества медицинской помощи. Не стоит надеяться на то, что попытки проникнуть в «чёрный ящик» медицинской помощи с разных сторон когда-либо прекратятся, и связанные с ними опасности исчезнут сами собой. Для того, чтобы отстоять профессионализм в оценке медицинской деятельности, отрасль должна чётко сформулировать свои цели и определить свою политику, но эти вопросы уже выходят за рамки настоящей статьи.

Как это ни странно, но ведение в действие любого из обозначенных выше и им подобных классификаторов дефектов качества медицинской помощи на государственном уровне было бы законным (см. ст. 64 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», далее – Закон). Презумпция дефективности медицинской помощи установлена законодателем в формулировке цели проведения экспертизы. Согласно п.1 ст.64 Закона, «экспертиза качества медицинской помощи проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи», а не с целью получения в результате проводимого специального профессионального исследования каких-то непонятных объективных и достоверных данных, в своей совокупности отражающих так называемое качество медицинской помощи. Эксперт, как ему, возможно, ни хотелось бы давать объективную оценку качества оказанной медицинской помощи, вместо этого обязан преследовать цель экспертизы, определённую для него Законом, и стараться выявлять нарушения при оказании медицинской помощи, как выше уже говорилось, многими понимаемые как дефекты качества. Классификатор «чего-то такого» ему просто необходим. Какой – не суть важно для него, но критически важно для того, чью деятельность он оценивает. Следует учитывать также и тот факт, что эксперту и без классификатора сложно оставаться объективным, обслуживая интересы того или иного «заказчика», как показано в работе «Ода экспертной терпимости».

Очевидно, что любой из возможных «идеальных» классификаторов дефектов качества медицинской помощи от «сторонних производителей» был бы совершенно бесполезен в управлении медицинской деятельностью, в лучшем случае. В худшем – в случае насильственного внедрения – нанёс бы здравоохранению серьёзный урон, от бессмысленного расходования ресурсов до искалеченных судеб и ускорения развала системы. Общество

Phoca PDF

также несло бы существенные потери на ложном пути, ведущем не к качеству медицинской помощи и развитию здравоохранения, а к удовлетворению личных амбиций, частных и корпоративных интересов.

А что же с нашими «управленческими» классификаторами? Цель их, вроде, отвечает управленческим, и, чисто умозрительно, они могли бы быть полезными.

О «профессиональных» классификаторах дефектов качества медицинской помощи

Здесь нужно учитывать сам процесс их создания. Некий создатель скрупулёзно собирает сведения о возможных дефектах качества медицинской помощи, сортирует их и систематизирует, даёт им определения и даже устанавливает «классы тяжести». Затем, получившийся шедевр «запускается» в практику экспертной работы. Что это значит?

Уполномоченные лица по расписанию бросают все иные занятия и приступают к поиску дефектов. Они ищут и находят дефекты качества медицинской помощи, описанные в классификаторе, определяют класс их тяжести (если они присутствуют в классификаторе) и фиксируют для последующей «работы». «Работа» заключается в учёте дефектов и прочих нарушений, в информировании лиц, уполномоченных принимать решения и применять меры воздействия к нарушителям, и, собственно, в принятии соответствующих решений и применении адекватных мер воздействия. Уполномоченные лица, конечно, принимают все нужные решения и применяют все необходимые меры. Отдельно от системы управления. В результате, выстраивается довольно громоздкая, ресурсоёмкая параллельная система управления. И она не одна такая.

Возможно, одна из причин низкой эффективности российского здравоохранения по сравнению с советским периодом, как раз, и кроется в разрушении системного подхода в отраслевом управлении. Каждое направление регулируется само по себе, как будто других вовсе не существует или они не имеют значения. Множатся регламентирующие документы, формы, правила, порядки и т.д., и т.п. по каждому направлению, множатся сами направления, требования зачастую противоречат друг другу и преследуют цели, противные целям здравоохранения. В этом месте мы вновь подошли к проблеме отсутствия внятной отраслевой политики и должны покинуть её, вернувшись к обсуждаемой теме.

Итак, впадать управленческую шизофрению мы не должны. Но и наш классификатор дефектов жаль бросить, ведь мы исходим из того предположения, что он – творение выдающегося мыслителя и совершенен. Быть может, мы должны перестроить под него всю систему управления? То

Phoca PDF

есть, вместо того, чтобы задать оптимальные параметры процессов, составляющих медицинскую деятельность, включая и её основной процесс – оказание медицинской помощи, и контролировать их течение, своевременно производя коррекцию отклонений и предотвращая выход процессов за допустимые пределы, мы должны бросить их на самотёк и нестись следом, радостно и грозно карая «виновных» за неизбежные при этом «нарушения» и «дефекты», которым нашлось место в нашем классификаторе, или впадая в управленческий ступор, когда случилось нечто ужасное, но не описанное в классификаторе. Презумпция дефективности в угаре. Где телега, а где лошадь?

Дефекты качества медицинской помощи – это, по сути, то, что происходит с качеством медицинской помощи, когда процесс её оказания не только отклоняется от оптимального для конкретного пациента хода, но выходит за допустимые пределы и имеет (или может иметь) негативные последствия для пациента. Выход процесса за пределы допустимого редко происходит мгновенно. Выходит он вследствие того, что отклонение «проворонили» и не скорректировали тогда, когда дефект можно было ещё предотвратить, а «проворонили» потому, что не имели нормальной обратной связи или вообще выход произошёл в неконтролируемой зоне (это к вопросу о значении системы управляемых параметров, куда входят и критерии качества медицинской помощи).

При наличии хорошей системы управляемых параметров процессов и надёжной обратной связи, в классификаторах дефектов нет никакой потребности. Дефект регистрируется по факту экстремального отклонения процесса. При этом, он не высосан из пальца, чтобы красиво разместиться на подходящей «полочке» классификатора, а отражает реальность и прямо указывает на свой характер, на свои причины и свои последствия, а также и на то, что нужно сделать для предотвращения повторения его в дальнейшем.

В процессе экспертизы, вне зависимости от целей её проведения, эксперт всегда пытается установить причинно-следственные связи между явлениями, имеющими то или иное отношение к рассматриваемому случаю оказания медицинской помощи. Так, лучше, если эти связи будут напрямую пронизывать реальность, а не петлять в надуманных сущностях, пусть и хорошо упорядоченных и красиво сформулированных. Такой подход даёт честные и точные ответы на все важные вопросы всех заинтересованных сторон. Надёжные основания для решений – управленческих, и не только: административных, судебных и т.д. Личных профессиональных – тоже.

В отличие от сочинения бесполезных или вредных классификаторов дефектов качества, систематизация причин типичных отклонений (включая как незначительные, но регулярные отклонения, так и экстремальные – собственно дефекты качества медицинской помощи) и нарушений, а равно разработка методик выявления вероятных причин отклонений, представляют

Phoca PDF

собой важные отраслевые задачи, решение которых позволило бы целенаправленно и методично устранять наиболее значимые причины снижения качества медицинской помощи на всех уровнях организации здравоохранения и постепенно вывести здравоохранение на гораздо более высокий уровень эффективности. При том, что обществу это не будет стоить практически ничего.

Читайте также свежий анонс обновления Автоматизированных экспертных технологических карт для проведения экспертизы качества медицинской помощи по федеральным критериям.

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

Всегда ваши, команда Здрав.Биз и Андрей Таевский.

Phoca PDF