Груз качества 200 и 3 «нэ»

Категория: Стратегические вопросы и проблемы управления качеством
Опубликовано: Понедельник, 29 мая 2017, 15:37
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 7500

Доброго дня, уважаемые коллеги!

Не хотелось снова утомлять вас аналитикой отраслевого нормотворчества на тему качества, да приходится. Предмет рассмотрения касается каждой медицинской организации, каждого руководителя и каждого врача в стране.

Вы уже, конечно, в курсе произошедшего. Если нет – краткая справка: 10 мая 2017 года приказом Минздрава России № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (далее – Приказ 203н) установлены новые «критерии оценки качества» (скачать можно здесь). Документ прошел регистрацию в Минюсте России, регистрационный № 46740 от 17 мая 2017, и вступает в силу с 1 июля 2017 года. Он отменил оба предшествующих нормативных акта: и приказ Минздрава России от 7 июля 2015 года № 422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (далее – Приказ 422ан), и не успевший вступить в силу приказ Минздрава России от 15 июля 2016 года № 520н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (далее – Приказ 520н). Аналитический разбор первого документа произведён нами в статье «О федеральных «критериях оценки качества». Ласково», второго – в работах «Явление федеральных критериев оценки качества – 2016» и «Обратный отсчёт».

Ещё были опубликованные Минздравом проекты:

– в конце 2014 года (см. статью «Хаотическая концепция качества»);

– в январе 2017 года (см. статью «Звонок-3, или новый проект федеральных критериев оценки качества»);

– в апреле 2017 года (см. статью «Проект безумного качества» и работу профессора Валерия Викторовича Васильева, СЗГМУ им. И. И. Мечникова, г. Санкт-Петербург «Публикация "Проект безумного качества": мнение инфекциониста»).

Обозначенные документы – один приказистей другого. Как тут не утомиться? Все аналитические и полемические статьи, ссылки на которые приведены выше, актуальны по смысловому содержанию по сей день (и, судя по всему, сохранят свою актуальность ещё долго). Поэтому, здесь мы постараемся обойтись тем, что имеет непосредственное отношение к практической жизни страны, системы охраны здоровья её жителей и тех, кто эту охрану, собственно, осуществляет, каждый день поправляя здоровье миллионов Ивановых, Петровых, Сидоровых. Так, приступим.

Нэ 1. Что утвердили?

Phoca PDF

Гаврилин начал свою речь хорошо и просто:

– Трамвай построить, – сказал он, – это не ешака купить.

(© И.Ильф, Е.Петров, Двенадцать стульев)

Концепция Приказа 203н один к одному соответствует заложенной в Приказ 520н, и в деталях он также на него похож как брат-близнец, только впятеро толще. Первые два раздела Приказа 203н («Общие положения» и «Критерии качества по условиям оказания медицинской помощи») дословно воспроизводят аналогичные Приказа 520н. Утолщение целиком произошло за счёт третьего раздела, где с 13 до 18 расширен охват классов заболеваний МКБ-10, названных здесь «группами заболеваний (состояний)» наборами (их количество возросло в 5,5 раз, с 50 до 231) «критериев», число которых также увеличилось в 5,5 раз (с 421 до 2334). Помимо дополнения третьего раздела Приказа 520н внушительной массой новых наборов и «критериев», в Приказе 203н исправлены кое-какие досадные ошибки, допущенные авторами Приказа 520н – в основном, грамматические. В случаях такого поразительного сходства старого и нового документов принято утверждать изменения и дополнения к действующему нормативному акту, дабы не нарушать отлаженной работы регулируемой системы, если она важна её «регулятору». Кстати, в рамках заложенной сюда концепции неизбежно появление всё новых и новых аналогичных «революционных» приказов, и вот почему.

Приказ 203н, как и его абортированный предшественник, повторил во втором разделе почти все «критерии качества по условиям оказания медицинской помощи» Приказа 422ан, кроме важнейших, отражающих основные характеристики качества медицинской помощи – своевременность и правильность выбора методов профилактики диагностики и лечения, степень достижения запланированного результата. Здесь осталась одна «бумага», а вся «клиника» «ушла» в наборы «критериев качества по группам заболеваний (состояний)» третьего раздела. Но там только специализированная помощь, да и то, с неполным охватом возможных клинических ситуаций (по аналогии с «моделями пациента» в стандартах медицинской помощи), да с излишним укрупнением «групп заболеваний» во многих наборах. Что делать во всех остальных случаях? Не учитывать выбор медицинских вмешательств и результаты оказания медицинской помощи? Выходит, так. При этом ничего, кроме качества ведения очень важных, обязательных, отражающих и сопровождающих медицинскую помощь, но, всё же, бумажек, да местами, проведения и оформления обязательных процедур, оцениваться не будет. И это «экспертиза»?

Для нормальной работы системы здравоохранения в рамках прокрустова ложа данной концепции потребуется создать не сотни, а тысячи таких наборов, составленных не из тысяч, а из десятков тысяч «критериев», необходимых для оценки не только специализированной медицинской

Phoca PDF

помощи, но и первичной, паллиативной, и санаторно-курортного дела, реабилитации, скорой медицинской помощи и т.д.. Работы – на многие годы! И все равно, их никогда не будет достаточно, поскольку клиническая ситуация всегда уникальна, а предусмотренный Приказом 203н дихотомический принцип оценки по заданному детализированному набору параметров не позволяет применять к ней грубо усредненную «модель пациента».

Кроме того, сами наборы крайне несовершенны, включенные в них «критерии» представлены фрагментарно, однобоко, местами просто непрофессионально. Национальная медицинская палата подключилась к совершенствованию «критериев» и даже опубликовала некоторые замечания и предложения к апрельскому проекту. Её участие позволит постепенно совершенствовать наборы, но не исправит порочной концепции. Напротив, придаст ей легитимности. Ценой многолетних титанических усилий.

Далее. До «регулятора» постепенно будет доходить, что обеспечение объективности и достоверности результатов оценки качества, их пригодности для использования в различных целях в рамках избранной концепции требует, во-первых, более тонкой дифференциации и детализации признаков «моделей пациента», а во-вторых, уточняющих оговорок к большинству самих «критериев» в отношении их применения. Последнее уже наблюдается в Приказе 203н, где к оговоркам «при наличии медицинских показаний», «при отсутствии медицинских противопоказаний», имевшимся и в Приказе 520н, добавились уточняющие оговорки различного плана и даже двойные оговорки к некоторым «критериям». См., например, пп. 3.14.19. «Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при хронической почечной недостаточности (код по МКБ-10: N18)», поз.10: «Выполнено исследование уровня паратиреоидного гормона в крови (при стадии 4, 5) (при отсутствии проведения в последние 3 месяца)», «да/нет». При этом, никаких процедур исключения неприменимых «критериев» документом не предусмотрено, что порождает произвол при проведении «оценки качества» с использованием новых «критериев». Очевидно, нужные процедуры придется разработать и установить. Болезненное для врачей и пациентов, для системы здравоохранения и общества в целом продвижение в направлении дифференциации требований, в которые превратились критерии оценки качества медицинской помощи, неизбежно.

Вывод: многие годы будут ещё отняты у ведущих специалистов страны на разработку и совершенствование «критериев оценки качества медицинской помощи» с рецидивирующим утверждением их Минздравом, а появление каждого нового устанавливающего их нормативного акта будет вызывать многомесячный паралич системы здравоохранения. Кому и зачем нужна эта бурная деятельность? Попробуем разобраться.

Phoca PDF

Категория: Стратегические вопросы и проблемы управления качеством
Опубликовано: Понедельник, 29 мая 2017, 15:37
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 7500

Нэ 2. Кому и зачем понадобился Приказ 203н?

«ТЩАТЕЛЬНО ПЕРЕЖЁВЫВАЯ ПИЩУ, ТЫ ПОМОГАЕШЬ ОБЩЕСТВУ»

(© И.Ильф, Е.Петров, Двенадцать стульев)

Так, кому и для чего понадобилось устанавливать именно такие федеральные критерии оценки качества медицинской помощи?

На первый взгляд, всё просто. Приказ 203н, как и все его предшественники, а равно «Порядок осуществления экспертизы качества медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в соответствии с законодательством российской федерации об обязательном медицинском страховании», проект которого год назад был размещен на Федеральном портале проектов нормативных правовых актов и недавно обновлен (далее – Проект порядка экспертизы), являются подзаконными актами, обязательность установления которых и ответственный исполнитель («уполномоченный федеральный орган исполнительной власти» – т.е., Минздрав) прямо указаны в Законе. Минздрав и исполняет: разрабатывает и устанавливает необходимые документы. Чтобы были. Но перспективы их практического применения зависят от того, какими они получаются, и здесь обнаруживается множество ожидаемых проблем, довольно серьезных.

Прежде всего, обозначилась проблема базового несоответствия требованиям Закона. В п. 2 ст. 64 Закона указано, что «Критерии оценки качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения)». Из содержания остальных пунктов этой статьи можно предположить, что критерии оценки качества медицинской помощи нужны для проведения экспертизы качества медицинской помощи (далее – экспертиза качества) «в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата».

Закон 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». Соответственно, критерии оценки качества медицинской помощи, прежде всего, должны отражать обозначенную «совокупность характеристик», в которой характеристики, выражающие «степень достижения запланированного результата» указывают на центральное место пациента и его клинической ситуации при оказании ему своевременной медицинской помощи с правильным выбором (т.е., с учетом

Phoca PDF

имеющихся возможностей) и применением (на это указывают характеристики результативности) методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации. Данное положение не исключает необходимости соблюдения установленных требований к порядку и условиям оказания медицинской помощи, правильной организации лечебно-диагностического процесса, корректного применения медицинских технологий с доказанной эффективностью и т.д., как и контроля за их соблюдением, организацией и применением. И это же положение не допускает замены клинического мышления врача, необходимости принятия им оперативных решений в уникальной и непредсказуемым образом меняющейся в процессе оказания медицинской помощи клинической ситуации механистическим исполнением безличных предписаний, а экспертизы качества – формальным контролем их исполнения. Именно это произошло в Приказе 520н и закреплено в Приказе 203н, духу Закона вопреки.

Экспертиза по определению является исследованием, требующим специальных знаний в исследуемой области. Экспертиза качества представляет собой профессиональное исследование случая оказания медицинской помощи конкретному пациенту, и, конечно же, требует и специальных знаний, и практического опыта. Обеспечение объективности и достоверности результатов экспертизы возможно при соблюдении определенных условий, главными среди которых, помимо наличия случая оказания медицинской помощи, подлежащего экспертизе, и ответственного лица, осуществляющего экспертизу (эксперта) являются профессионализм эксперта (компетентность, опыт, моральные качества), его заинтересованность в получении объективных и достоверных результатов, независимость собственной цели экспертизы (получение объективных и достоверных результатов) от личных интересов эксперта и частных интересов иных лиц, доступ эксперта к материалам и иным информационным источникам, относящимся к рассматриваемому случаю оказания медицинской помощи, а также к справочной и иной информации, которая может потребоваться при проведении экспертизы, и самое важное, наличие методологии проведения экспертизы, системы оценочных критериев и принципов оценки, обеспечивающих объективность, достоверность, сопоставимость и воспроизводимость результатов.

Указанные условия должны быть обеспечены управляющей структурой, заинтересованной в получении объективных и достоверных результатов экспертизы, и описаны в регламентирующих документах соответствующего уровня. Федеральный Порядок проведения экспертизы должен устанавливать единые принципы и цели экспертизы качества, определять требования к условиям ее проведения (институт экспертизы качества, обеспечивающий защиту собственной цели экспертизы от посторонних воздействий), используемым технологиям и их методологическому сопровождению. Однако Проект порядка экспертизы вместо этого превращает экспертизу в разновидность государственного/ведомственного контроля с «оценкой качества» путем простого сопоставления с установленными Приказом 203н

Phoca PDF

«критериями» и заполнения «чек-листов», для чего «эксперту» достаточно на тройки закончить начальную школу.

Появление именно таких «критериев», как и Проекта порядка экспертизы, может означать только одно: Минздрав формирует регламентирующие документы под давлением общественного запроса на понимание того, что происходит в «черном ящике» лечебно-диагностического процесса (см. работу «Утопия прямого доступа»). Запрос на понимание можно понять и принять. Нельзя оправдать способ, которым общество пытается достичь понимания, безоговорочно принимаемый Минздравом. Идея избавиться от посредничества эксперта-профессионала, априори представителя «медицинского клана», в оценке качества медицинской помощи путем прикладывания к ней неких шаблонов только на первый взгляд кажется удачной. На самом деле, она лишь сбивает с правильного пути. Доверие общества к врачам, медицинским организациям и здравоохранению формируется через профессионализм врачей, экспертов и руководителей всех уровней, а профессионализм – это не только компетентность (хорошее базовое образование, активное освоение нового, опыт и т.д.) и хорошие результаты деятельности, но и моральные качества (ответственность и пр.), и мотивация, и удовлетворенность результатами своего труда. Паранойяльное стремление поставить врачей под тотальный жесткий и, к тому же, непрофессиональный контроль уничтожает профессионализм, выдавливает профессионалов из профессии и из страны. Причем, в первую очередь профессионалов высокого класса.

Нэ 3. Кто и как?

Здесь Паша Эмильевич, обладавший сверхъестественным чутьём, понял, что сейчас его будут бить, может быть, даже ногами.

(© И.Ильф, Е.Петров, Двенадцать стульев)

Закон не ограничивает использование результатов экспертизы качества (при условии соблюдения законодательства об информации и персональных данных). Впрочем, как не ограничивает он и использование имитирующих объективность и достоверность результатов «оценки качества» по утвержденным «критериям». Последние вытеснят первые и будут широко использоваться вследствие своей обязательности и легитимности. Где и как будут использоваться новые «критерии»?

В судах. Причем, как в процессах, инициированных пациентами и их законными представителями, так и надзорными органами; как по причине неисполнения предписаний при отрицательных ответах на вопросы «критериев», так и при возникновении негативных последствий или угрозы для жизни и здоровья пациента, вне зависимости от исполнения или неисполнения предписаний «критериев», включая и те случаи, когда

Phoca PDF

негативные последствия или угрозы возникли в результате их доскональной исполнения.

Судебный процесс значительно упростится. При возникновении негативных последствий признаки «оказания медицинской помощи ненадлежащего качества», установленные путём сопоставления с «критериями», будут служить доказательством вины врача и/или медицинской организации в уголовном процессе или основанием для удовлетворения иска против них в процессе гражданском, а при отсутствии или только угрозе оных – доказательством административного правонарушения. Под страхом серьёзного, порой катастрофического для личности наказания, врачи при оказании медицинской помощи конкретному пациенту с его неповторимой комбинацией проблем со здоровьем будут вынуждены руководствоваться безличными предписаниями. Там, где это возможно, это не вызовет особых трудностей, но всякий раз, когда этого нельзя будет сделать без причинения вреда здоровью пациента, они окажутся перед дилеммой: нарушить врачебный долг или законодательство? Как минимум, гарантировано молниеносное профессиональное выгорание и врачам, и руководителям медицинских организаций. Новые статьи КоАП об административной ответственности врачей усиливают эти явления.

В повседневной практике каждого врача постоянно встречаются «нестандартные» клинические ситуации и неожиданные реакции пациентов на проводимые в процессе оказания ему медицинской помощи медицинские вмешательства и назначенную терапию. Не все предусмотренные «критериями» вмешательства равно необходимы всем пациентам с тем или иным основным заболеванием («кодом МКБ–10», с позиции разработчиков Приказа 203н), а часто вообще противопоказаны. Ожидаемо, что пункты наборов «критериев» часто будут обозначены по результатам «оценки качества» невыполненными, хотя в клиническом отношении они были и не нужны или даже противопоказаны. Многие требования «критериев» нуждаются в выполнении лишь в определенных ситуациях, которые не везде оговаривает Приказ 203н, а где оговаривает – не везде вразумительно. С другой стороны, немалой доле пациентов с тем или иным «кодом МКБ–10» требуется проведение дополнительных методов исследования и лечебных воздействий, не предусмотренных «критериями», но имеющих для того или иного конкретного больного критическое значение – более важное, чем предусмотренные «критериями». Такие ситуации могут быть описаны в клинических рекомендациях, но суд будет опираться в своих решениях не на них, а на нормативные правовые акты, т.е, на Приказ 203н.

В случае, если пациент будет удовлетворен оказанной ему медицинской помощью и сопутствующим ей сервисом полностью и не выставит претензии к медицинской организации по какой угодно причине, но «нарушения» будут выявлены при проведении контрольных мероприятий любого вида и в любой форме, медицинская организация и врач отделаются административными наказаниями. А если выставит? У суда будет

Phoca PDF

практически готовое обоснование решения в его пользу. Факт «оказания медицинской помощи ненадлежащего качества» формально будет считаться установленным.

Очевидные негативные последствия распространения такой судебной практики для отрасли и ее работников смутно осознаются и самим Минздравом. Он ищет выход, но не там. Попытка превратить клинические рекомендации в «обязательные клинические руководства» с наборами каких-то директив для врачей воспроизводит заведомо провальную и чрезвычайно вредную идею с «обязательными для врачей» стандартами медицинской помощи, которую, т.н.м., многие настойчиво пытались претворить в жизнь на протяжении многих лет.

При проведении государственного и ведомственного контроля. Здесь всё достаточно просто: ответ «нет» на любой вопрос в «критериях» => статья КоАП сегодня; ответ «да» => выбор между «да» или «нет» завтра. Быстро, легко, результативно. И в отчетах всё красиво: многие тысячи проверок, выявленных «нарушений», предписаний, штрафов. Динамика «показателей качества» с эффектными графиками. Одна проблема: контроль не составляет управления, а является лишь одним из его инструментов.

Для того, чтобы «качество медицинской помощи» как «совокупность характеристик, отражающих…» улучшалось в совокупности случаев оказания медицинской помощи населению – то есть, конкретным людям, необходимо управлять, в первую очередь, тем, что на пресловутое «качество» влияет непосредственно, во вторую – опосредованно через те, что непосредственно, и т.д. Утвержденные Приказом 203н «критерии» устанавливают обязанность исполнения требований к ведению медицинской документации, проведению отдельных обязательных процедур при оказании медицинской помощи и их оформлению, предельные сроки применения отдельных методов диагностики и лечения и, местами, определяют обязательные к достижению отдельные признаки результата оказания медицинской помощи. Все остальные параметры оказываются в неконтролируемой «серой зоне» и неминуемо приведут ко многим негативным последствиям для здоровья пациентов. Причём, не только связанным с ослаблением кадрового состава здравоохранения по указанным выше причинам, но и с прямым деформирующим воздействием «критериев» на процесс оказания медицинской помощи пациенту.

Например, чуть ли не в каждом наборе имеется такой критерий, как «Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации», что кажется оправданным. Однако критерия, отражающего риск развития осложнений альтернативного геморрагического характера, рядом с ними нет, как нет и критериев оценки риска глубокой разбалансировки свёртывающей системы крови или какого-либо универсального критерия для осложнений, такого как «отсутствие иных опасных осложнений в процессе оказания медицинской помощи» и т.п. Этот перекос будет иметь

Phoca PDF

следствием «профилактику» врачами и медицинскими организациями риска выявления нарушений установленных требований по названному критерию в виде грубого одностороннего вмешательства в свёртывающую систему крови с риском развития тяжелых геморрагических осложнений, коагулопатии потребления и других. Возможным опасным для жизни и здоровья пациентов эффектам избирательного контроля по тому или иному «критерию» разработчикам оценочных критериев следовало бы уделять особое внимание.

Вневедомственный контроль в системе ОМС. Здесь тоже всё понятно. Впереди предстоит большая работа по интеграции «критериев» в эту отработанную модель, что создаст ещё более прочное основание для применения финансовых санкций к медицинским организациям под флагом защиты прав застрахованных.

Страховые медицинские организации (СМО) осуществляют «контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» и применяют финансовые санкции к медицинским организациям по его результатам. Вопрос, какие санкции и за какие именно нарушения? Само по себе, регулярное применение финансовых санкций к медицинским организациям как способ управления качеством медицинской помощи гражданам в системе ОМС является откровенно порочным и постоянно подвергается заслуженной критике. Никакой «защиты прав граждан» на «доступную и качественную медицинскую помощь» здесь нет, а есть чёткий меркантильный интерес и право СМО отнимать часть денег, предназначенных для возмещения финансовых затрат медицинских организаций на реализацию программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, своего рода законное право наживаться на постепенном удушении медицинских организаций. Внедрение «критериев» Приказа 203н с его заведомо перекошенными результатами «оценки качества» открывают перед СМО широкие перспективы наращивания доходности своей деятельности за счет денег, предназначенных на охрану здоровья населения.

Методология экспертизы качества медицинской помощи в системе ОМС проработана неплохо и позволяет извлекать объективные и достоверные сведения о качестве оказанной пациенту медицинской помощи. Проблема системы заключается в абсолютной зависимости эксперта от «заказчика», СМО, кровно заинтересованного в обратном, в искажениях реальности, и практически неограниченных возможностях использования этим «заказчиком» искаженных нужным ему образом результатов в целях получения дополнительных доходов. Экспертиза в системе ОМС, таким образом, на протяжении четверти века является эффективным сдерживающим фактором управленческого абсурда за счет одной только клинически ориентированной методологии, последнего рубежа экспертности. Вклинивание в неё «критериев», установленных Приказом 203н, формализует экспертизу, превратит её в неведомую «оценку качества»,

Phoca PDF

идентичную контролю исполнения предписаний, и разобщит клинику и эксперта окончательно. Рубеж будет взят. Абсурд затопит систему вневедомственного контроля и саму систему ОМС вместе с нею.

Потребительский контроль. Тут можно ожидать следующего. У спекуляций с типичным началом «Даже не сделали мне…» появляется основание в виде предполагаемого в клиническом отношении, но несомненного юридически долженствования врача и медицинской организации выполнить те или иные медицинские вмешательства и получить в результате их выполнения какие-то обязательные, не зависящие от реальных возможностей (эффективности методов, соответствия их применения клинической ситуации и рисков) оздоровительные эффекты. Станет больше жалоб, проверок, судебных процессов. Ещё больше.

Независимая экспертиза качества. В настоящее время институт т.н. «независимой экспертизы качества» находится в самом начале своего становления. Необходимость его понимают многие, однако обеспечение независимости эксперта от интересов «заказчика» и третьих лиц представляет собой клубок правовых и организационных проблем и противоречий. Далее других продвинулась в их решении Национальная медицинская палата, предусмотрев проведение экспертизы качества деперсонализированных случаев оказания медицинской помощи экспертами из других регионов и запустив пилотные проекты в ряде субъектов Российской Федерации. Однако объективность и достоверность результатов экспертизы качества обеспечиваются за счет надлежащего применения методик с доказанной эффективностью, а их нет. Никаких. Они со временем появятся, но вряд ли будут отвечать всем требованиям. Дело в том, что независимая экспертиза качества носит прецедентный характер, она осуществляется, так или иначе, по заказу и её результаты должны быть легитимными. Соответственно, она должна проводиться только по федеральным «критериям» и её результаты не могут принципиально отличаться от результатов «оценки качества» этого же случая сотрудниками надзорного ведомства в силу описанных в настоящей статье особенностей самих «критериев». В этих условиях развитие института независимой экспертизы возможно только в отдельных аспектах, и озвученные недавно руководством НМП большие надежды на его последующую эффективную работу вряд ли оправданы.

Обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности медицинской организации. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности в части контроля соблюдения установленных требований при оказании медицинской помощи пациентам является обязательным и формально должен также опираться на федеральные «критерии», и с этим ничего поделать нельзя. Но можно попытаться сохранить интеграцию системы внутреннего контроля в систему управления медицинской организацией, что представляет собой непростую и с течением времени всё более трудную задачу. Новые отраслевые нормативные правовые акты

Phoca PDF

расширяют и детализируют и без того гипертрофированные массивы требований разного рода к осуществлению медицинской деятельности и оставляют всё меньше возможностей для свершения каких-либо полезных действий помимо исполнения этих требований.

К сложным нестабильным объектам управления, таким как медицинская деятельность и качество медицинской помощи, должны применяться системный подход и процессное управление, включающие в себя различные управленческие инструменты, в т.ч. контроль состояния управляемых процессов. Система управляемых параметров (оценочных критериев) приобретает особую важность. Если она перекошена, деформируется и система управления. Когда избыточные и алогичные требования подлежат обязательному внутреннему и жёсткому внешнему контролю, управление целиком сводится к их формальному исполнению и формальному контролю. Руководитель медицинской организации имеет право вводить такие управляемые параметры и информационные каналы, которые ему необходимы для принятия управленческих решений на основе объективных и достоверных данных, отражающих состояние управляемых структур и процессов, но только при условии исполнения обязательных требований. Система, обеспечивающая исполнение избыточных требований, выходит из системы управления и оформляется в самостоятельную сущность, отнимающую все доступные ресурсы. Иметь две параллельно функционирующие и во многом противоречащие одна другой системы управления невозможно, и в организации остается «обязательная», формальная. Все остальное отмирает.

То же касается лечебно-диагностического процесса и его результатов: хотелось бы что-то добавить к «критериям оценки качества по группам заболеваний», необходимое именно для обеспечения качества медицинской помощи (и, кстати, этого никто не запрещает делать локально), но их в Приказе 203н и без того более двух тысяч (в перспективе – десятки тысяч). Привести федеральные «критерии» в систему, частично их переработать и добавить недостающие можно, но чрезвычайно трудно. И даже если реализовать такую грандиозную задачу, обеспечив полноту, объективность и достоверность получаемых в процессе экспертизы качества сведений, их управленческую ценность, то с их использованием в целях управления, в т.ч. качеством медицинской помощи, снова возникнут трудности, частью непреодолимые. Принимаемые на основе таких сведений самые грамотные управленческие решения будут иметь правовые последствия, чреватые разбирательством и признанием их необоснованными, принятыми с нарушением действующего законодательства.

В этой связи, руководитель каждой медицинской организации в стране с выходом Приказа 203н очутился перед выбором: пытаться сохранить интеграцию системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в систему управления (а она туда уже не помещается) либо махнуть на все рукой и перейти к формальному

Phoca PDF

исполнению требований. Авторы считают, что в современных общественно-исторических условиях второй путь неизбежно приведет медицинскую организацию к краху. В последующих статьях мы дадим руководителям, избравшим трудный первый путь, некоторые полезные советы, которые, как нам кажется, позволят сохранить единство управления качеством медицинской помощи без потери его смысла. Оставайтесь с нами!

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

Всегда ваши, команда Здрав.Биз и Андрей Таевский.

Phoca PDF