

Категория: Стратегические вопросы и проблемы управления качеством

Опубликовано: Среда, 06 марта 2024, 12:38

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 1404

Приветствую вас, уважаемые коллеги!

Мы живём в эпоху грандиозной глобальной перестройки. В переходные периоды важно не только принять неизбежность перемен, но и понимать их причины и вероятные последствия, уметь видеть «лес за деревьями». Особенно, когда реформы растянулись не на одно поколение, и не все уж помнят, как оно было раньше, к чему тогда стремились, куда шли. Если попросить специалистов здравоохранения назвать самые значительные отраслевые перемены последних лет, то, надо полагать, в лидерах окажутся ответы, так или иначе связанные с качеством, «цифровизацией» и клиническими рекомендациями.

Настоящая работа открывает серию публикаций, посвящённых проблематике качества в той тёмной и неоднозначной её зоне, где обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности (далее – КБМД) затрагивает лечебно-диагностический процесс (далее – ЛДП). И хотя это самая закрытая и непостижимая для непосвящённых зона в самом консервативном деле, которая по-настоящему открывается лишь спустя годы клинической практики, перемены задевают и её. В наши дни каждая медицинская организация обязана осуществлять внутренний контроль КБМД по новым правилам, которые воздействуют на ЛДП. И чем дальше, тем глубже.

Правила вырабатываются в тиши кабинетов, а реализуются на практике. В медицинской деятельности, как ни крути, основной «производственный процесс» есть процесс оказания медицинской помощи (далее – МП), а в нём центральное место занимает ЛДП. В этой связи, реформа, имеющая среди провозглашённых целей улучшения в области качества, неминуемо сопровождается глубоким вмешательством в клиническую практику. Жизнь медицинских организаций тотально подвергается глубокой трансформации.

Проблема содержания понятия качества МП

Что вообще есть качество – вопрос не самый простой[1]. Существует два базовых варианта понятия качества, исторически сформировавшихся в разных условиях. В одном из них качество – это подлежащее объективной оценке соответствие стандартам качества. В другом – качество есть подлежащая субъективной оценке совокупность потребительских свойств товаров и услуг, их соответствие потребителюскому запросу. Эти два некогда антагонистических подхода с развитием экономики и общественных отношений постепенно сближались, и ныне они взаимно глубоко проникают друг в друга. Современные стандарты качества учитывают потребности потребителей, а потребители опираются на стандарты, соотносят с ними свой выбор.

В случае качества МП, однако, такая схема не работает. Потребитель не способен оценить качество МП по объективным причинам, а выработка

Категория: Стратегические вопросы и проблемы управления качеством

Опубликовано: Среда, 06 марта 2024, 12:38

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 1404

стандартов качества МП оказывается делом слишком сложным и неоднозначным в силу вероятностной природы ЛДП[2]. Качество МП, т.о., есть понятие экспертное, и никаким иным способом, кроме проведения полноценного экспертного исследования, оно определено быть не может. Однако при этом нужно ещё обеспечить качество самой экспертизы качества МП (далее – ЭКМП), что не является простой задачей[3].

Содержание понятия качества МП раскрыто в ч.21 ст.2 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»[4] (далее – Закон). Формулировка его гласит: «Качество медицинской помощи – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата». По мнению автора, в ней не хватает «применения» (методов ...), ибо один только их выбор не определяет качества МП и, к тому же, не устанавливает связи с условиями оказания МП[5]. Пока же имеем ту формулировку, которая закреплена Законом. Она появилась вместе с ним в конце 2011 года. А что было раньше? Не потеряли ли мы что-нибудь ценное?

Некоторые исторические факты с отголосками в день сегодняшний

На федеральном уровне управления здравоохранением после распада Советского Союза никакого качества МП, очевидно, не предполагалось. В первом российском главном отраслевом законе, «Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», понятие качества МП, как таковое, отсутствовало[6].

Единственное, там фигурировали некие «стандарты качества медицинской помощи», полномочия по установлению которых были отнесены к ведению Российской Федерации. А органы власти на всех уровнях, от федерального центра до регионов и муниципалитетов, должны были заниматься «контролем за их соблюдением» в пределах своей компетенции. «Основы» просуществовали с лета 1993 до ноября 2011 года и выдержали 28 редакций. Предусмотренных документом «стандартов качества МП», правда, никто так и не увидел.

Но были имитации. Так, на рубеже веков вышло несколько «отраслевых стандартов» (ОСТов) и «протоколов ведения больных». Ни не, ни другие «стандартами качества МП» не являлись[7–10]. А с 2004 года стали выходить «стандарты медицинской помощи», которые также никакого отношения к «стандартам качества МП» не имели и не имеют, хотя попытки их применения именно в таком качестве заинтересованными лицами и структурами никогда не прекращались. Самыми настойчивыми в этом отношении были и остаются страховые медицинские организации (далее – СМО). Хотя позже у них появились серьезные конкуренты из числа

Категория: Стратегические вопросы и проблемы управления качеством

Опубликовано: Среда, 06 марта 2024, 12:38

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 1404

посредников в «медицинских делах» и за пределами системы обязательного медицинского страхования (далее – ОМС).

Т.о., на месте качества МП на федеральном уровне управления здравоохранением (точнее – «регулирования рынка медицинских услуг», ведь страна всё это время пребывала в условиях «рыночной экономики») зияла пустота. Чтобы лучше понять её природу, нужно, во-первых, ещё глубже заглянуть в историю, а во-вторых, принять во внимание доминирующие идеологические установки времён «перехода к рынку».

В Советском Союзе отношения в сфере здравоохранения с начала 70-х регулировались союзными «Основами законодательства о здравоохранении» и гармонизированными с ними законами «О здравоохранении» союзных республик [11, 12].

Законодательная власть в стране осуществлялась, прежде всего, Верховным Советом СССР, а также Верховными Советами союзных и автономных республик, Советами народных депутатов разных уровней. Высшим исполнительным органом государственной власти был Совет Министров (Правительство) СССР. На своих уровнях работали Советы Министров союзных и автономных республик, подотчётные соответствующим Верховным Советам, и исполнительные комитеты местных Советов народных депутатов [13].

Однако фактически законотворчество не было первичным процессом в регулировании правоотношений, а отражало «Линию Партии». Важнейшие решения вырабатывались в недрах КПСС, затем озвучивались и принимались на партийных Съездах. Намеченные Съездами задачи обретали правовую форму в виде принимаемых на сессиях Верховного Совета законов либо указов его постоянно действующего органа, Президиума, после чего закреплялись в совместных постановлениях Центрального комитета КПСС и Совета министров СССР. Т.е., идеологически и политически обусловленные решения воплощались в управленческих директивах исполнительной власти, а законы служили проводниками этих решений в общественных отношениях.

Т.н.м., такая схема позволяла реализовывать грандиозные планы, направленные на решение масштабных государственных задач, среди которых большое значение уделялось повышению общественного благосостояния и всестороннему улучшению условий (сейчас бы сказали – «качества») жизни советских людей. В т.ч., в отношении охраны здоровья. Советская власть с первых дней плотно занималась созданием и развитием системы здравоохранения, адекватной потребностям населения в медицинской помощи в сложных, временами – запредельно сложных и трудных, условиях.

В управлении здравоохранением основной упор делался на расширение, укрупнение и укрепление лечебной сети, повышение её мощности, ёмкости

Категория: Стратегические вопросы и проблемы управления качеством

Опубликовано: Среда, 06 марта 2024, 12:38

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 1404

и устойчивости с учётом растущих потребностей населения в квалифицированной медицинской помощи, а также возможной войны и других катаклизмов. Партией и Правительством предпринимались систематические усилия, направленные на улучшение материально-технического и лекарственного обеспечения и снабжения здравоохранения, подготовку квалифицированных медицинских кадров, развитие медицинской науки и практики. Кроме того, большое внимание уделялось санитарному и санитарно-эпидемическому благополучию населения, предупреждению производственного травматизма, профилактике заболеваний и санитарно-гигиеническому просвещению, санаторно-курортному делу.

Многие решения, закреплённые в совместных постановлениях ЦК КПСС и Совмина СССР и других директивных документах того времени, сейчас, на основе современных воззрений, можно было бы целиком или отчасти отнести к управлению качеством МП, хотя и с заметным креном в условия оказания МП [14, 15]. Качество оказываемой населению МП в них, во-первых, постулировалось, а во-вторых, сквозило во многих установках на улучшение системы охраны здоровья. Содержание понятия качества МП, однако, чётко и убедительно не раскрывалось, а управлению качеством не хватало фокуса. И это объяснимо.

За объяснением вновь обратимся к истокам понятия качества, обозначенным в начале статьи, и попробуем посмотреть на него сквозь призму мировосприятия советского периода. Очевидно, что в Советском Союзе качество понималось, преимущественно, как соответствие стандартам, поскольку экономика была плановой, а не рыночной. Улучшение потребительских свойств товаров потребления и предоставляемых населению услуг было целиком заботой государства.

И, действительно, в советское время функционировала мощная система стандартизации, дожившая до наших дней. По данным, приведённым в Большой Советской Энциклопедии, «К началу 1975 в СССР действовало более 20 тыс. ГОСТов (к 1940 было около 6 тыс.), охватывающих важнейшие виды промышленной и сельскохозяйственной продукции, более 6 тыс. республиканских, более 15 тыс. отраслевых стандартов и свыше 100 тыс. технических условий, зарегистрированных в Госстандарте СССР. Созданы и внедряются межотраслевые системы стандартов общегосударственного значения: Единая система конструкторской документации (ЕСКД), Единая система технологической подготовки производства (ЕСТПП), Единая система классификации и кодирования технико-экономической информации и др. Для планомерного повышения качества выпускаемой продукции в СССР введены аттестация промышленной продукции по высшей, первой и второй категориям качества и присвоение Государственного знака качества. Госстандарт СССР разрабатывает и утверждает научно-техническую документацию о порядке оценки достигнутого уровня качества выпускаемой продукции и осуществляет контроль за проведением и соблюдением условий аттестации качества

Категория: Стратегические вопросы и проблемы управления качеством

Опубликовано: Среда, 06 марта 2024, 12:38

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 1404

промышленной продукции». Кроме того, развивалась стандартизация на международном уровне, в рамках СЭВ[16].

Сами советские люди участвовали в процессе улучшения качества двояко. Во-первых, как сознательные люди и творцы, что может давать и давало прекрасные результаты, но зависит от культуры и, увы, нередко притворно. А во-вторых, как свободные люди, обладающие гражданскими правами, в т.ч. на справедливые требования и обоснованную критику. Потребительский запрос при социализме был целенаправленно, из идеологических соображений, ослаблен, а тот, что в принципе мог сформироваться, трансформировался в жалобы и, реже, в конструктивную критику. Кроме того, он находил себя на рынке, который в советское время состоял из рынков в буквальном понимании этого слова, как специально выделенных мест для сбыта легальной продукции колхозов, артелей и частных, а также подпольной торговли дефицитными товарами и запретными частными услугами с сопровождающим её криминалом.

К сожалению, именно полукриминальный рынок стал реальностью нашего народа в два десятилетних периода: назревающего распада и краха Советского Союза и последовавших за ним разрушительных реформ. И именно в этих условиях сформировалась дефицитная модель здравоохранения и затем дефицитная ОМС, с одной стороны, и дикий, беспредельный воинствующий потребительский запрос – с другой. Дефицит несовместим с качеством, поэтому там, где он побеждает, потребительский запрос постепенно вырождается в потребительский экстремизм[17].

Рыночная реформа в управленческом плане означала переход от отраслевого управления к «регулированию рынка медицинских услуг». Однако наш «отраслевой регулятор» унаследовал советское расфокусированное восприятие качества. Выскочившим из ниоткуда, как по команде, миллионам «потребителей медицинских услуг» он ничего в плане качества МП предложить не смог. Кроме системы ОМС.

В системе ОМС качества МП, наряду с её «объёмами», с самого начала было, хоть отбавляй. Первый закон о медицинском страховании появился в далёком 1991 году, ещё в РСФСР, и продолжил до ноября 2010 года[18]. Вопросы «предоставления застрахованному контингенту МП определённого объёма и качества» и «контроля качества МП» стали предметами «соглашений между СМО и медицинскими учреждениями» и обязательными составляющими «договоров на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг)». Причём, в обязательном порядке, по закону.

Принципиальное отнесение вопросов качества МП к сфере медицинского страхования соответствовало доминирующим представлениям об идеальном устройстве здравоохранения того времени[19]. В теории, именно

Категория: Стратегические вопросы и проблемы управления качеством

Опубликовано: Среда, 06 марта 2024, 12:38

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 1404

страховая медицина должна была обеспечить систематическое улучшение качества оказываемой населению МП[20]. На деле, однако, происходило нечто иное. Вначале, в острую фазу разрушения советского наследия, средства ОМС стали «вторым бюджетом» здравоохранения, позволившим уберечь систему от тотального развала. А затем, сформировалась и постепенно укоренилась дефицитная модель ОМС с закулисным розливом «объёмов» МП, где качество МП не имеет большого значения (хотя и проговаривается в фоновом режиме).

В 2010 году законодательство об ОМС сильно поменялось. Но проблемы остались. СМО в этой системе не заинтересованы в развитии лечебной сети, а заняты «отжимом» финансовых средств у медицинских организаций под любым предлогом. По новому закону[21], СМО осуществляют «контроль объёмов, сроков, качества и условий предоставления МП» в соответствии с программами государственных гарантий оказания гражданам МП бесплатно в системе ОМС. Под эти задачи в регионах были сформированы реестры экспертов качества, разработаны методические материалы и специализированные цифровые информационные системы.

Контроль в системе ОМС включает в себя три компонента: экспертизу качества МП (далее – ЭКМП), медико-экономическую экспертизу (МЭК) и медико-экономический контроль (МКК). Каждый из этих компонентов контроля в настоящее время максимально формализован, поскольку все результаты имеют правовые и экономические последствия. Формализация – закономерный итог десятилетий судебных споров. Однако загнать экспертизу в жёсткие формализованные рамки невозможно, её результаты вступают в противоречие с реальностью. Здесь возникает напряжение, приводящее ко вторичным спорам уже относительно качества экспертиз.

При выявлении нарушений к медицинским организациям применяются предусмотренные финансовые санкции[22]. Заинтересованность СМО в «плохих» результатах контроля чревата злоупотреблениями и действительно порождает множество конфликтов. Минздрав в последние годы пытается навести здесь порядок, хоть как-то ограничить рвение страховщиков. Но корень проблемы при этом сохраняется в неприкосновенности, и ведомству ничего не остаётся, как идти по пути дальнейшей формализации.

Споры вокруг качества МП и соблюдения правил ОМС, хотя бы, логичны, чего нельзя сказать об «объёмах». Многие годы подряд в стране повсеместно идут судебные разбирательства между медицинскими организациями, СМО и ТФОМС по поводу неоплаты СМО фактически оказанной МП под предлогом «превышения объёмов». И суды часто встают на сторону страховщиков, подкрепляя, тем самым, явные паразитические установки[23]. Медицинские организации в системе ОМС оказываются перед выбором: нарушить права граждан или превысить пресловутые «объёмы»? Вместо поддержки развития и улучшения качества МП со стороны СМО

Категория: Стратегические вопросы и проблемы управления качеством

Опубликовано: Среда, 06 марта 2024, 12:38

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 1404

медицинские организации зачастую получают убытки. Ни о каком улучшении качества МП здесь не может быть и речи.

В свою очередь, медицинскими организациями и региональными органами управления здравоохранением, ответственными должностными лицами и медицинскими работниками также допускается немало нарушений законодательства об ОМС [24]. Соблюдение прав граждан, назначение лекарственных препаратов, закупки в медицинских целях, выплаты медицинским работникам, расходование средств ОМС – разбирательства на эти и другие темы идут постоянно. И отнимают немало сил и времени у многих людей.

Обозначенные здесь проблемы появились ещё в прошлом веке и проявили удивительную живучесть. Минздрав время от времени пытается заставить страховщиков реально заниматься качеством, но выходит так себе. Взять, к примеру, тех же «медицинских страховых представителей», которые в прожете должны были образовать собой целый «институт». А на деле они оказались «пятым колесом в телеге», и мы стали свидетелями того, как им мучительно придумывали функционал [25].

Качества в системе ОМС, т.о., много, только оно порой служит формальным предлогом для достижения иных целей контроля, теряя своё первоначальное значение собственно цели. Это явление, известное как закон или принцип гетерогонии целей, было описано современником Карла Маркса Вильгельмом Вундтом. Суть его, в двух словах, такова: без должного внимания, цель и средства её достижения стремятся подменить друг друга, поскольку движение к цели и даже стремление к ней могут представлять собой бó лшую ценность для стремящегося, нежели провозглашённая цель. Бывшие средства достижения тогда становятся целью, а бывшая цель – оправданием для прилагаемых усилий и применения средств. Обычно это происходит неосознанно, но иногда и злонамеренно. Внимание страховщиков в системе ОМС занято чем угодно, только не удержанием и защитой цели улучшения качества МП от гетерогонии. А зачем, если «нарушения» и «дефекты» при оказании МП выгодны столь многим?

Установки СМО отчётливо видны в бесконечных спорах СМО с медицинскими организациями по поводу выявляемых в ходе контроля нарушений и «дефектов качества» оказываемой застрахованным МП и связанных с ними денег. Но не только. Также их видно и в спорах граждан с медицинскими организациями по поводу «качества медицинских услуг», предоставляемых в соответствии с программами государственных гарантий. Эти конфликты в последнее время всё чаще инициируются СМО путём передачи пациентам результатов ЭКМП. Эти результаты, вместо того, служить основой для улучшения качества оказываемой застрахованным МП посредством развития лечебной сети, используются СМО для того, чтобы усилить и без того запредельное потребительское давление на неё.

Категория: Стратегические вопросы и проблемы управления качеством

Опубликовано: Среда, 06 марта 2024, 12:38

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 1404

Внешнее давление на здравоохранение давно превысило возможности устойчивости системы. Количество ежегодно возбуждаемых против медиков уголовных дел исчисляется тысячами [26]. Немалое число гражданских споров против медицинских организаций заканчивается выплатами пациентам и их родственникам миллионных компенсаций, поскольку суды чаще встают на их сторону. Верховный суд прямо указывает, что именно медицинская организация должна доказывать то, что всё сделала правильно, а для требования компенсации морального вреда пациентам и их родственникам достаточно сознавать, что при оказании МП что-то пошло не так [27].

Полезный в иных случаях институт преюдиции в медицинских процессах приводит к тому, что уголовные дела против медиков возбуждаются ради того, чтобы бесплатно (за государственный счёт) и безо всякого риска для истца обрести гарантию победы над медицинской организацией в будущем гражданском процессе [28]. При разборе медицинских инцидентов качество МП смешивается с качеством услуг медицинских организаций с рождением невообразимой химеры «качества оказываемых потребителям медицинских услуг», а результаты СМЭ подменяют в глазах судей ЭКМП, открывая простор для безлимитной преюдиции [29–30].

На наших глазах потребительское давление, подкреплённое следственными органами, создавшими даже специальные подразделения «по борьбе с ятрогенными преступлениями», прокуратурой, некоторыми недобросовестными юристами и судебной системой, уничтожает финансовую устойчивость медицинских организаций и разрушает кадровый состав здравоохранения.

На региональном уровне управления здравоохранением в отношении качества в недавнем прошлом царил полная свобода. Здесь компенсировалось отсутствие внятного управления качеством со стороны отраслевого федерального центра. Во многих субъектах Российской Федерации действовали региональные положения о контроле качества МП. Часто – подсмотренные у соседей, и тогда они были похожими, как близнецы. А иногда – кардинально различались [31–33]. Однако региональные положения могли быть обязательными на законных основаниях лишь для подведомственных организаций. В то же время, общественные запросы в отношении качества МП неуклонно росли, подталкивая региональные власти к превышению полномочий.

Разные представления о качестве и подходы к управлению качеством, глубина регулирования и активность органов управления здравоохранением и ТФОМС формировали уникальный региональный опыт. Кафедры организации здравоохранения и другие кафедры медицинских вузов, факультетов и институтов усовершенствования врачей разрабатывали теоретические основы и методическое обеспечение управления качеством. На циклах усовершенствования врачей они доносили их до слушателей –

Категория: Стратегические вопросы и проблемы управления качеством

Опубликовано: Среда, 06 марта 2024, 12:38

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 1404

организаторов здравоохранения, руководителей медицинских учреждений, их заместителей, заведующих отделениями, экспертов. Правильно ориентировать медицинские организации в области качества помогли также ведущие отраслевые научно-исследовательские институты и профильные специалисты-эксперты органов управления здравоохранением.

Наработанный опыт закреплялся в нормативных документах различного типа – от региональных законов до утверждаемых ведомственными приказами положений и методических рекомендаций [34–38]. В регионах внедрялись различные методики ЭКМП с разными оценочными критериями, оценочными шкалами и методиками оценки.

Системы критериев оценки качества МП обычно были двухуровневыми. Высший уровень составляли, как правило, позиции, характеризующие важнейшие аспекты качества МП. Такие, как профилактика, диагностика, лечение, реабилитация, результат оказания МП, ведение медицинской документации [39]. Ниже они детализировались – обычно, не очень глубоко, что позволяло экспертам максимально использовать свои знания и опыт, не выходя, однако, за определённые рамки. Структура, состав и формулировки критериев от региона к региону были переменными.

К 2014-му году критериями оценки качества МП озаботился федеральный центр. Целая эпопея из заходов с фееричными проектами и странными приказами. Я их все подробно разбирал по мере появления в публичном пространстве [40–47], включая действующий приказ Минздрава 2017 года № 203н [48, 49].

И в проектах этих документов, и в утверждённых приказами Минздрава «критериях» не было и нет главного – показателей качества МП. Показатели – основа управления. Каждый показатель качества должен кратко и ёмко характеризовать его строго очерченные определённые аспекты, позволять проводить сравнительную оценку и статистический анализ данных, и т.д. Вместо этого, Минздрав утвердил раздутые чек-листы для оценки формальных требований к ведению медицинской документации с нозологическими довесками. Эти довески содержат некие обязательные для выполнения перечни, привязанные к кодам МКБ, и тем самым, по сути, являются какими-то недостандартами МП. Они не структурированы по отношению к важнейшим характеристикам качества МП (профилактике, диагностике, лечению, реабилитации, результату оказания МП). Да и имеются лишь для части нозологий и исключительно специализированной МП.

К слову, даже столь несовершенные федеральные «критерии» можно использовать для проведения ЭКМП. Но лишь при условии, что теоретические, технологические и методологические вопросы экспертизы будут достаточно глубоко проработаны. Только на такой надёжной основе стало возможным создание [экспертно-аналитической системы](#), позволяющей

получать полные, объективные и достоверные сведения о качестве МП, пригодные для целей управления качеством[50].

Следует признать, что, несмотря на все старания «регулятора», проблема отсутствия единой для всей страны полноценной системы критериев оценки качества МП до сих пор не решена. Напротив, всё становится только хуже, приказ давно отстал от жизни. Теперь, после внесения в законодательство о здравоохранении и о медицинском страховании поправок о клинических рекомендациях (далее – КР), эти нозологические довески к «критериям», к тому же, расползаются по разным документам[51]. Минздрав по закону обязан приводить утверждаемые своими приказами «критерии» в соответствии с КР, однако за шесть с половиной(!) лет не сделал этого ни разу. Работа в этом и во многих других аспектах перехода здравоохранения к работе по КР провалена[52].

С оценочными критериями – провал, т.о. А что с методикой оценки показателей при проведении ЭКМП? До того, как Минздрав пошёл в свою первую атаку на экспертизу, оценочные шкалы также были разными в разных регионах. Чаще всего – долевыми («от 0 до 1 с шагом 0,1», «от 1 до 10 с шагом 1» либо процентными) или балльными (фигурными – трёх, пятибалльными и т.д. либо переменными, с различным максимальным числом баллов для разных групп оценочных критериев).

Нашей технологией ЭКМП всегда предусматривалась долеговая оценочная шкала «от 0 до 1 с шагом 0,1». Она наиболее удобна и пригодна для последующей статистической обработки результатов экспертиз, их анализа и управления качеством на их основе[53]. Шкала, конечно, должна быть формализована и подробным образом описана, чтобы эксперт имел возможность учитывать различные нюансы при оценке показателей, и, в то же время, был защищён от лёгкого соскальзывания в произвол[54].

Оценочная шкала и методика оценки показателей принципиально важны для обеспечения надёжности результатов ЭКМП. К сожалению, Минздрав свои «критерии» зачем-то снабдил дихотомической оценкой выполнения «да/нет», превращающей в формальную оценку исполнения предписаний «критериев», не требующую специальных знаний и опыта – т.е., противоречащую самой сути экспертизы. Результаты такой «экспертизы» представляют собой простыни ответов, не пригодные ни для какого анализа и практически бесполезные в управлении качеством МП.

Конечно, в управлении качеством МП методика ЭКМП имеет первостепенное значение. Она должна быть надёжной, позволять получать полные, объективные и достоверные сведения о качестве МП. И таковая существует[55]. Увы, у «регулятора» и здесь полный провал. Вместо методики Минздрав выродил «Порядок осуществления экспертизы качества...»[56]. В высшей степени сомнительный документ[57]. Примечательно, что

Категория: Стратегические вопросы и проблемы управления качеством

Опубликовано: Среда, 06 марта 2024, 12:38

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 1404

приказ № 226н этот, аж 2017 года, как и вышеназванный № 203н с «критериями», благополучно пережил «регуляторную гильотину»[58] и действует до сих пор. По нему и поныне «осуществляется» ЭКМП в рамках государственного и ведомственного контроля КБМД, а также контроля соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья.

До возбуждения активного интереса «отраслевого регулятора» к ЭКМП, в регионах встречались также и разные модели управления качеством МП на основе результатов ЭКМП с выходом на улучшение процесса оказания МП и её результатов, как двух из трёх главных компонентов качества. Сейчас всё это крайне затруднено.

На уровне медицинских организаций управление качеством в недавнем прошлом сводилось к внутреннему контролю качества МП. И хотя многие кафедры активно продвигали идеи управления качеством, на деле особых стимулов расширять внутренний контроль за пределы контроля качества МП у руководителей медицинских организаций, да и у многих организаторов здравоохранения, не было.

Внутренний контроль проводился медицинскими организациями тогда по собственному (в лице их руководителей) разумению – так было в Законе написано вплоть до памятного лета 2018 года[4а]. «Разумение» же приходило с регионального уровня, мы выше о нём уже говорили. В целом, контроль качества МП выстраивался иерархично. Внутренний контроль был двух- или трёхуровневым, в зависимости от наличия или отсутствия подразделений. При наличии подразделений первый уровень осуществляли руководители подразделений (заведующие отделениями), второй – заместитель главного врача, третий – врачебная комиссия медицинской организации. В небольших организациях уровень руководителей подразделений отсутствовал, и контроль первого уровня осуществлял главный врач либо руководитель медицинской службы (начмед), уровень врачебной комиссии был вторым.

В «продвинутых» регионах и медицинских организациях выделялся также «нулевой» уровень, как самоконтроль лечащего врача – на самом деле, ключевой в системе управления качеством[59, 60].

Высшим коллегиальным органом управления медицинской организации является врачебная комиссия. В полномочия врачебной комиссии и, при формировании, ряда её специализированных подкомиссий обязательно входят вопросы, связанные с качеством МП. Это предусмотрено Законом[4] и подзаконным актом федерального уровня, который также счастливо избежал участи быть гильотинированным[61]. Обычно медицинские организации включали врачебную комиссию в систему внутреннего контроля в качестве органа высшего (второго или третьего, реже четвёртого – в зависимости от организационной структуры организации) уровня контроля[62].

Категория: Стратегические вопросы и проблемы управления качеством

Опубликовано: Среда, 06 марта 2024, 12:38

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 1404

Уровнем выше и внешним по отношению к медицинской организации был ведомственный контроль, осуществляемый органами управления здравоохранением регионов. И сбоку присовокуплялся вневедомственный контроль, который практически целиком состоял и состоит из контроля в системе ОМС.

В нулевые годы произошёл стремительный взлёт надзорных служб, включая Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор), с массивным перераспределением полномочий в их пользу. Были глубоко нормативно отрегулированы различные формы государственного контроля (надзора), в т.ч. лицензионный контроль, контроль соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья, государственный контроль КБМД и т.д. Стали выходить всё новые Административные регламенты [63, 64], появились «формы оценочных листов» и «списки контрольных вопросов», используемых надзорными органами при проверках [65, 66].

А потом появились первые Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности – в 2015-м для стационара, в 2017-м для поликлиники, в 2018-м для лабораторий, и далее по профилям [67]. А затем (несомненно, совершенно вне связи с ними, совершенно) были внесены изменения в Закон [46], обязывающие медицинские организации осуществлять внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности согласно установленным требованиям, а Минздрав – установить эти самые требования.

Вскоре после этого вышел приказ Минздрава № 381н о внутреннем контроле [68]. Этот приказ, в отличие от вышеназванных собратьев, под «регуляторную гильотину», всё же, угодил, и был эффектно обезглавлен. Реанимировать его не стали, и ему на замену вскоре вышел действующий в настоящее время приказ Минздрава № 785н [69]. Фактически, клон своего непутёвого предшественника [70]. Оба документа непосредственно затронули ЛДП, назвав это вмешательство «проверками случаев оказания МП» [71]. Кроме того, многие иные аспекты внутреннего контроля КБМД так или иначе касаются клиники. Возникли даже споры вокруг организационной структуры службы качества медицинской организации и разделения полномочий с традиционными, особенно с врачебной комиссией и её подкомиссиями [72].

Приказ Минздрава № 785н не только регламентирует внутренний контроль КБМД, но и открывает возможность плавного перехода к менеджменту качества на основе стандартов. Этот подход, получивший в мире широкое распространение, трудно реализуем в здравоохранении, поскольку качество МП, в силу вероятностного характера ЛДП, не может быть выражено всеобъемлющим образом через соответствие стандартам. Т.н.м., именно такие стандарты жаждут все посредники в «медицинских делах». И

делают таковыми что попало. Включая, увы, КР, с извращением не только их предназначения, но и их самих [73].

Здесь мы можем, наконец, удостовериться, что взобрались на вершину современной истории о качестве в здравоохранении по склону качества медицинской помощи. Чёткого понимания качества здесь мы не нашли, зато обнаружили следы колоссального труда многих людей, а также смешения понятий, споры, корысть, дурость и спекуляции разного рода. Как выше уже отмечалось, качество МП – категория сугубо экспертная. Попытки свести её к соответствию, неважно, стандартам или потребительскому запросу, уничтожают экспертизу и лишают понятие качества МП всякого смысла.

Карабкались мы на свою вершину, однако, не зря. Отсюда открывается взору другой исторический склон. Назовём его условно «качеством и безопасностью медицинской деятельности» и наметим к исследованию во [второй публикации серии](#).

Использованные материалы:

1. Таевский А.Б. [«Чему соответствует качество?»](#). – Здрав.Биз, 309;
2. Таевский А.Б. [«Трагедия гарантирована вероятностью»](#). – ЗдравЭкспертРесурс, 127;
3. Таевский А.Б. [«Эссе о качестве экспертизы качества»](#). – ЗдравЭкспертРесурс, 151;
4. Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в т.ч.:
 - а) [исходная редакция](#),
 - б) [ред. от 19.07.2018](#);
5. Таевский А.Б. [«Нужно ли лицензировать экспертизу качества медицинской помощи?»](#). – ЗдравЭкспертРесурс, 136;
6. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года № 5487-1, в т.ч.:
 - а) [исходная редакция](#),
 - б) [ред. от 10.01.2003](#);
7. ОСТ 91500.09.0001-1999 [«Протоколы ведения больных. Общие требования»](#);
8. ОСТ 91500.01.0007-2001 [«Система стандартизации в здравоохранении. Основные положения»](#);
9. ОСТ 91500.11.0004-2003 [«Протокол ведения больных. Дисбактериоз кишечника»](#), утв. от приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 июня 2003 г. № 231;
10. Найговзина Н.Б., Филатов В.Б., Бороздина О.А. [«История стандартизации в отечественном здравоохранении»](#). – Оргздрав.

- Вестник ВШОУЗ. №1, 2015;
11. Закон Союза Советских Социалистических Республик от 19 декабря 1969 года № 4589-VII [«Об утверждении основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении»](#);
 12. Закон Российской Советской Федеративной Социалистической Республики от 29 июля 1971 года [«О здравоохранении»](#);
 13. Конституция (Основной Закон) Союза Советских Социалистических Республик:
 - а) [1936 года \(утверждена Чрезвычайным VIII съездом Советов Союза ССР 5 декабря 1936 года\)](#),
 - б) [1977 года \(принята на внеочередной седьмой сессии Верховного Совета СССР девятого созыва 7 октября 1977 года\)](#);
 14. Постановление Центрального Комитета КПСС и Совета Министров СССР от 14 января 1960 года № 58 [«О мерах по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания и охраны здоровья населения СССР»](#);
 15. Постановление Центрального Комитета КПСС и Совета Министров СССР от 5 июля 1968 года № 517 [«О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения и развитию медицинской науки в стране»](#);
 16. [Большая советская энциклопедия. в 30-ти т.. – 3-е изд.. – М. : Совет. энцикл., 1969 – 1986. ил., карт. – т.24-I](#);
 17. Таевский А.Б. [«Потребительский крест медицины»](#). – ЗдравЭкспертРесурс, 187;
 18. Закон Российской Федерации от 28 июня 1991 года № 1499-I [«О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»](#) (утратил силу);
 19. 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);
 20. Методические рекомендации [«Организация вневедомственного контроля качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации»](#). – утв. ФОМС 12 мая 1999 года;
 21. Федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ [«Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»](#);
 22. 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);
 23. Панов А.В. [«Правовое поле системы ОМС заполнено непреодолимыми препятствиями в виде судебской дискреции?»](#). – Медицинский юрист Алексей Панов на Яндекс.Дзен;
 24. Малаев М.Г. [«Анализ возможности реализации прав граждан на получение лекарственных препаратов, необходимых при оказании](#)
-

- [медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях](#)». – ЗдравЭкспертРесурс, 142;
25. Таевский А.Б. «[О роли медицинских страховых представителей](#)». – ЗдравЭкспертРесурс, 111;
26. Зинин Д.С. «[Уголовная ответственность медицинских работников: анализ и тенденции](#)». Доклад на Круглом столе по вопросам правовой защиты врачей. Комитет по охране здоровья Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации;
27. [Определение Верховного Суда Российской Федерации от 24 июня 2019 года № 74-КГ19-5](#);
28. Таевский А.Б. «[О безлимитной преюдиции в "медицинских" процессах. Первый проблемный очерк для чтения по диагонали](#)». – ЗдравЭкспертРесурс, 139;
29. Таевский А.Б. «[О безлимитной преюдиции в "медицинских" процессах. Второй проблемный очерк для чтения по диагонали](#)». – ЗдравЭкспертРесурс, 140;
30. Таевский А.Б. «[Проблемы установления и интерпретации причин неблагоприятных событий при оказании медицинской помощи](#)». – ЗдравЭкспертРесурс, 143;
31. Таевский А.Б. «[Контроль качества в Москве и в Подмосковье. Найди 5 отличий](#)». – Здрав.Биз, 46;
32. Таевский А.Б. «[Челябинская поэма гиперконтроля](#)». – Здрав.Биз, 62;
33. Таевский А.Б. «[Ставропольская вольница контроля качества](#)». – Здрав.Биз, 66;
34. Приказ Комитета по здравоохранению мэрии Санкт-Петербурга от 5 сентября 1995 года № 484 «О введении системы управления качеством медицинской и фармацевтической помощи на территории Санкт-Петербурга» (утратил силу);
35. Приказ Министерства здравоохранения Республики Хакасия от 19 июля 1999 года № 153 «Об утверждении Положения о системе ведомственного контроля качества медицинской помощи в Республике Хакасия» (утратил силу);
36. Приказ департамента здравоохранения Кировской области от 5 мая 2005 года № 287 «О порядке ведомственного контроля качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Кировской области» (утратил силу);
37. Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 16 августа 2013 года № 820 «О совершенствовании организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы»;
38. Приказ министерства здравоохранения Волгоградской области от 24 октября 2014 года № 2790 «О методических рекомендациях по совершенствованию организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в государственных

- учреждениях здравоохранения, подведомственных министерству здравоохранения Волгоградской области»;
39. Таевский А.Б. [«Критерии качества. Модель системы»](#). – Здрав.Биз, 77;
 40. Таевский А.Б. [«Хаотическая концепция качества»](#). – Здрав.Биз, 33;
 41. Таевский А.Б. [«О критериях качества. Конкретно»](#). – Здрав.Биз, 77;
 42. Таевский А.Б. [«О федеральных "критериях оценки качества". Ласково»](#). – Здрав.Биз, 103;
 43. Таевский А.Б. [«Каша стройными рядами, или проект федеральных критериев оценки качества – 2016»](#). – Здрав.Биз, 151;
 44. Таевский А.Б. [«Явление федеральных критериев оценки качества – 2016»](#). – Здрав.Биз, 155;
 45. Таевский А.Б. [«Звонок-3, или новый проект федеральных критериев оценки качества»](#). – Здрав.Биз, 186;
 46. Таевский А.Б. [«Проект безумного качества»](#). – Здрав.Биз, 192;
 47. Васильев В.В. [«Публикация "Проект безумного качества": мнение инфекциониста»](#). – ЗдравЭкспертРесурс, 114;
 48. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 года № 203н [«Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»](#) (Зарегистрирован 17.05.2017 № 46740);
 49. Таевский А.Б. [«Груз качества 200 и 3 "нэ"»](#). – Здрав.Биз, 194;
 50. Серёгина И.Ф., Князев Е.Г., Малаев М.Г., Таевский Б.В., Таевский А.Б. Экспертиза качества медицинской помощи в современных условиях: проблемы и решения// Вестник Росздравнадзора. – 2016. – №1. – С.14–20;
 51. 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»](#);
 52. Таевский А.Б. [«Камень обязательного преткновения. Вновь о клинических рекомендациях»](#). – ЗдравЭкспертРесурс, 189;
 53. Князев Е.Г., Таевский А.Б. Экспертиза качества медицинской помощи: принципы и технологические решения// Заместитель главного врача. – 2016. – №3(118). – С.38–48;
 54. Таевский А.Б. [«Технология экспертизы качества медицинской помощи по федеральным критериям»](#). – Здрав.Биз, 119;
 55. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16 мая 2017 года № 226н [«Об утверждении Порядка осуществления экспертизы качества медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в соответствии с законодательством Российской Федерации об ОМС»](#);
 56. Таевский, А.Б. [«Молот ведьм в белых халатах»](#). – Здрав.Биз, 196;
 57. Постановление Правительства Российской Федерации от 31 декабря

[2020 года № 2467 «Об утверждении перечня нормативных правовых актов и групп нормативных правовых актов Правительства Российской Федерации, нормативных правовых актов, отдельных положений нормативных правовых актов и групп нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти, правовых актов, отдельных положений правовых актов, групп правовых актов исполнительных и распорядительных органов государственной власти РСФСР и Союза ССР, решений Государственной комиссии по радиочастотам, содержащих обязательные требования, в отношении которых не применяются положения частей 1, 2 и 3 статьи 15 Федерального закона "Об обязательных требованиях в Российской Федерации"»;](#)

58. Методика экспертизы качества медицинской помощи: учеб. пособие / Б.В. Таевский, А.Б. Таевский, Е.Г. Князев. – Иркутск: РИО ИГМАПО, 2018. – 108 с.;
59. Таевский А.Б. [«О самоконтроле врача в системе контроля качества»](#). – Здрав.Биз, 129;
60. Таевский А.Б., Князев Е.Г. О роли врача в управлении качеством медицинской помощи// Консилиум главных врачей. – 2016. – 08(56). – С.29-31;
61. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 5 мая 2012 года № 502н [«Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»;](#)
62. Таевский А.Б. [«Макропроблема микроконтроля»](#). – Здрав.Биз, 59;
63. Приказ Росздравнадзора от 28 октября 2020 года № 9936 [«Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по предоставлению государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности \(за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково"\)»](#) (Зарегистрировано в Минюсте России 22.12.2020 N 61696);
64. 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);
65. Приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 4 февраля 2022 года № 756 [«Об утверждении формы оценочного листа, в соответствии с которым Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и ее территориальными органами проводится оценка соответствия соискателя лицензии или лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении медицинской деятельности \(за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими](#)

- [организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково"\)»](#) (Зарегистрировано в Минюсте России 28.02.2022 N 67508);
66. Приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 11 февраля 2022 года № 973 [«Об утверждении форм проверочных листов \(списков контрольных вопросов, ответы на которые свидетельствуют о соблюдении или несоблюдении контролируемым лицом обязательных требований\), используемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и ее территориальными органами при осуществлении федерального государственного контроля \(надзора\) качества и безопасности медицинской деятельности»](#) (Зарегистрировано в Минюсте России 25.02.2022 N 67487);
67. [Предложения \(практические рекомендации\) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности](#), в т.ч.:
- а) в медицинской организации (в стационаре), утв. ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора, 2015 (утратили силу),
 - б) в медицинской организации (поликлинике), утв. ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора, 2017 (утратили силу),
 - в) в медицинской лаборатории, утв. ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора, 2018;
68. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 июня 2019 года № 381н [«Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»](#) (Зарегистрирован 04.09.2019 N 55818) (утратил силу);
69. 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);
70. Таевский А.Б. [«Колобок-2020, или Сказка о регуляторной гильотине»](#). – Здрав.Биз, 267;
71. Таевский А.Б. [«Морок и морока проверок случаев оказания медицинской помощи в приказах Минздрава по внутреннему контролю»](#). – Здрав.Биз, 269;
72. Таевский А.Б. [«Трактат о качестве и службе»](#). – Здрав.Биз, 266;
73. Таевский А.Б. [«Камень обязательного преткновения. Качество по рекомендациям»](#). – ЗдравЭкспертРесурс, 191;

Для цитирования:

Таевский А.Б. [Фокусы качества. Качество медицинской помощи](#). –

Фокусы качества. Качество медицинской помощи

Категория: Стратегические вопросы и проблемы управления качеством

Опубликовано: Среда, 06 марта 2024, 12:38

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 1404

Здрав.Биз, 315. <https://www.zdrav.biz/index.php/menagement-kachestva-med-pomoschi/strategisheskie-voprosy-upravleniya-kachestvom/315-focus-med-kachestva>.

Всегда ваш, Андрей Таевский.

[Обсудить в Телеграм](#)

[Обсудить вКонтакте](#)

[Каталог решений Здрав.Биз.](#)