Управление качеством в системе врач–пациент. Часть III. Без каски

Категория: Управление качеством медицинской помощи
Опубликовано: Понедельник, 30 октября 2023, 08:36
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 3422

В медицине и здравоохранении все смыслы вращаются, должны вращаться, вокруг медицинской помощи. Её качество является, наряду с доступностью, определяющим в оценках и прогнозировании систем охраны здоровья населения и медицинской деятельности.

Особенностью последней является то, что основной её производственный процесс, процесс оказания медицинской помощи, имеет вероятностную природу. По этой причине, устойчивый успех в медицине определяется, прежде всего, профессионализмом врачей – тех, кто непосредственно управляет лечебно-диагностическим процессом.

Будет ли его ход оптимальным в каждом конкретном случае оказания медицинской помощи, зависит, однако, не только от врача. На него оказывает влияние множество факторов, в т.ч. связанных с пациентом. В первой части работы («Управление качеством в системе врач–пациент. Часть I. Под градом камней и палок») был выявлен постоянно действующий мощный негативный фактор. Его можно сформулировать, как растущее давление потребительского запроса в условиях отраслевого ресурсного дефицита и противодействия общества увеличению расходов на здравоохранение.

Искусство врачевания состоит во многом в выявлении отклонений и скорейшем возвращении лечебно-диагностического процесса в оптимальное для пациента русло с учётом объективных условий и наличествующих возможностей. Притом никто не может сказать заранее, где пролегает искомое оптимальное русло для конкретного пациента и насколько успешными будут попытки коррекции. Неопределённость процесса вкупе с неустранимым риском связанных с ним неблагоприятных явлений делает врачей уязвимыми. Взаимоотношения врача и пациента становятся тем «слабым местом», где неразрешимые противоречия общественных отношений чаще всего находят выход в виде конфликтов. Данный механизм был рассмотрен во второй части работы: «Управление качеством в системе врач–пациент. Часть II. В перекрестии прицела».

Посредничество – юридическое, страховое, экспертное, административное и т.п., позволяет урегулировать отдельные конфликты, однако обходится довольно дорого, а также стимулирует рост числа и тяжести конфликтов. В то же время, посреднические институты способствуют совершенствованию правил, поскольку нуждаются в твёрдых основаниях при разборах конфликтов. Тому способствует их близость к институтам, формирующим правовую базу здравоохранения и оберегающим законность и порядок.

Причастные к контролю, расследованию, судейству и посредничеству в любой форме (далее для краткости будем называть их всех арбитрами) заинтересованы в простых инструментах для измерения качества медицинской помощи, позволяющих обойтись без привлечения к разбирательству экспертов из числа специалистов здравоохранения.

Phoca PDF

Категория: Управление качеством медицинской помощи
Опубликовано: Понедельник, 30 октября 2023, 08:36
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 3422

Вожделенными инструментами могут быть лишь требования по ведению пациентов прямого действия – т.е., некие клинические стандарты, разработанные врачами-специалистами и пригодные для правомочного самостоятельного применения арбитрами. Их они и добиваются от медиков (см. эссе «Утопия прямого доступа»). Справедливости ради, отметим, что арбитры совсем не против того, чтобы врач был защищён буквальным исполнением подобных предписаний, если таковые появятся.

Какие стандарты могли бы надёжно защитить врача при разбирательстве? Кажется, ответ очевиден: такие, документально подтверждённое исполнение которых снимало бы с врача все вопросы. Я на протяжении многих лет наблюдал довольно много попыток подсунуть какие-то официальные документы в качестве таковых.

К примеру, на излёте прошлого века появились ***протоколы ведения больных***. В профессиональном плане они были полезными содержательными пособиями, однако их было категорически мало для организации медицинской помощи в стране. Они были ориентированы на врачей и не особо удовлетворяли арбитров, а потому довольно быстро забылись. Но они проложили дорогу стандартам медицинской помощи.

Следом полетели стайками ***стандарты медицинской помощи*** трёх поколений (2004–2007 и 2010–2015 годов, нынешнее). Их «обязательностью» мучили врачей дольше и сильнее всего, особенно «услугами» и лекарственными препаратами «с частотой назначения 1.0». Прежде, чем эти документы были названы с высокой трибуны «сугубо экономическими» (что тоже ложно по сути, только в другую сторону), лет пятнадцать прошло. То, что они не регламентируют принятие врачебных решений, специалистам было ясно с самого начала. Как и то, что их «исполнение» не может служить единственным мерилом качества медицинской помощи, без учёта клинической конкретики и имеющихся возможностей обоснованного отхода от их содержания. Но арбитрам очень сильно того хотелось, поскольку с путём прикладывания трафаретов к документированным случаям оказания медицинской помощи легко доказывать «вину». Можно наложить на врача взыскание, привлечь медицинскую организацию к ответственности, в системе ОМС применить финансовые санкции, и т.п.

С самого своего появления стандарты медицинской помощи преимущественно применялись в целях проведения контроля и финансовых расчётов в системе ОМС. При этом используются утверждаемые Минздравом «Правила обязательного медицинского страхования» и «Порядок проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения». Последний документ включат в себя «***Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)***».

Phoca PDF

Категория: Управление качеством медицинской помощи
Опубликовано: Понедельник, 30 октября 2023, 08:36
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 3422

Медицинские организации, участвующие в системе ОМС, постоянно находятся под угрозой применения финансовых санкций. Они должны обеспечивать соблюдение соответствующих правил, дополнительных к ведомственным и иным общим для медицинской деятельности требованиям. Им приходится принуждать врачей и средних медицинских работников соблюдать все требования, вне зависимости от того, как это сказывается на взаимоотношениях с пациентами и условиях работы персонала.

Оценка и контроль реализации программ государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи бесплатно в системе ОМС в регионах производится на основании содержащихся в «базовой» (федеральной) программе ***критериев доступности и качества медицинской помощи***, целевые значения для которых устанавливаются территориальными программами. Здесь следует отметить одну удивительную вещь. В России действует всеобщее и равное для всех граждан обязательное медицинское страхование. И хотя введено оно уже три десятилетия назад, в стране до сих пор практикуется взимание платы за т.н. «медицинские услуги» напрямую с пациента. Поскольку законодательно и нормативно очерченные пределы ОМС не охватывают все потребности населения в медицинской помощи и охране здоровья, архаичный институт «платных медицинских услуг» поддерживает существование финансового барьера к необходимой медицинской помощи. Хуже того, судя по увеличивающейся из года в год доле частных расходов в структуре совокупных расходов на здравоохранение, барьер этот неуклонно растёт.

Для государственных и муниципальных медицинских организаций требования в системе ОМС имеют силу обязательных, практически «лицензионных». Большинство же частных медицинских организаций не участвуют в системе ОМС. Для них они имеют форму добровольных обязательств, принимаемых только в случае присоединения к системе ОМС. Само присоединение при этом может быть ограниченным, включающим в себя лишь коммерчески выгодные виды и профили медицинской деятельности. Условия и характер труда медицинского персонала, особенно врачей, там и там получаются совершенно разными. Это приводит к выдавливанию квалифицированных специалистов в частный сектор и способствует дальнейшей коммерциализации медицины с сопутствующим ей углублением социального неравенства.

Конечно, указанные обстоятельства радикально влияют на взаимоотношения в системе врач–пациент и меняют приоритеты в управлении лечебно-диагностическим процессом. Понятие качества медицинской помощи странным образом обретает различное содержание в системе ОМС и за её пределами. Совокупность правовых, ведомственных и иных норм, правил и условий медицинской деятельности слишком сложна и запутана для того, чтобы служить для врача надёжной защитой. В системе ОМС все сложности умножаются на её собственную запутанность. С другой стороны, в силу объективно громоздкого регулирования и весьма

Phoca PDF

специфичных инструментов контроля, здесь никто не оспаривает роль эксперта при рассмотрении случаев оказания медицинской помощи. Система ОМС стала своего рода заказником для экспертов. Правда, в то же время она стремится максимально формализовать экспертную работу, что противоречит сущности этого рода занятий.

А как насчёт разрешительной системы в здравоохранении? В разрешительной системе два главных подхода: лицензирование и добровольная сертификация. Может, там есть какие годные врачам для защиты стандарты?

Медицинская деятельность является лицензируемой целиком и безусловно. Основой служат периодически обновляемые ***порядки оказания медицинской помощи***, а также ***правила организации оказания медицинской помощи*** по видам. Среди содержащихся в них требований кое-что касается и врачебной работы: этапы и сроки оказания медицинской помощи, полномочия по ведению больных, маршрутизация. Сюда же можно добавить иные регламентирующие приказы Минздрава и других ведомств, санитарные правила и т.д. Все эти требования носят обязательный характер, однако врачу вменяется в обязанность лишь вовремя и правильно отреагировать в предусмотренных случаях, полноценная же реализация – задача организационная. Соответственно, врач может быть привлечён к ответственности за нарушения конкретных положений порядков, но целиком его работу их исполнение не характеризует и полной защиты не обеспечивает.

В стане добровольной сертификации большое разнообразие документов: ***государственные и отраслевые стандарты***, ***премии по качеству***, различные ***системы оценки соответствия*** и т.д. Те же ***Предложения (практические рекомендации) Росздравнадзора*** по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации. Качество медицинской помощи неразрывно связано с качеством и безопасностью медицинской деятельности. Так что, со ***стандартами качества*** всё прекрасно. Кроме того, что они обходят стороной основную врачебную функцию. Некоторые системы стандартов включают в себя требование использования клинических рекомендаций, а системы оценки соответствия – соответствующие показатели. Не более того.

При всей важности менеджмента качества на основе стандартов в наше время, дело это добровольное. Есть ещё, правда, ***региональные стандарты качества*** – например, в Москве («Московский стандарт поликлиники» и т.д.). Но и они обязательны только для медицинских организаций, подведомственных органам управления здравоохранением регионов либо добровольно принявших на себя эти обязательства.

В конце нулевых была попытка «регулятора» ввести разрешительную

Phoca PDF

Категория: Управление качеством медицинской помощи
Опубликовано: Понедельник, 30 октября 2023, 08:36
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 3422

систему в отношении ***медицинских технологий***. Вначале планировалось, что «участники рынка» в заявительном порядке, преодолев определённые процедуры, будут получать возможность использования в своей деятельности той или иной медицинской технологии, внесённой в специальный реестр, на условиях и с сопровождением её авторов-разработчиков. Такой вот гибрид аналога патентного права с чиновничьим «контролем потоков». Реестров никаких на тот момент не было, однако предполагалось, что результаты рассмотрения заявок, как раз, помогут их создать и наполнить.

И, действительно, поначалу авторы-разработчики потянулись за разрешениями. Минздрав даже успел выпустить пару «Перечней разрешённых медицинских технологий». Однако составляли они от применявшихся в стране ничтожную долю. Основная же масса была неподъёмной – заявляться с ними желающих не было. Добиться «регулирования рынка» таким путём было невозможно. Осознав провал, Минздрав сделал отчаянную попытку защитить идею путём обращения разрешительного подхода в запретительный, и выпустил свой первый и пока последний «Негативный перечень медицинских технологий». На том, всё, хотя идея в недрах «регулятора» бродит и периодически всплывает.

В рамках рассматриваемой темы интерес представляют предусмотренные некоторыми технологиями ***протоколы медицинских вмешательств***. Дело в том, что использование любой технологии связано с риском, принуждающим к распределению ответственности за возможные последствия её применения. Его невозможно произвести без разработки обязательных для исполнителя алгоритмов и протоколов, а также способов контроля их соблюдения. Сопровождающие технологию документы обязательны для всех работников, задействованных в её практическом применении, включая врачей. Если бы тема допуска медицинских технологий, что называется, «выстрелила», то медицинская деятельность тотально превратилась бы во всеобщее подконтрольное исполнение бесчисленных протоколов медицинских вмешательств. Пока же такие обязательства принимаются добровольно в рамках внедрения отдельных, сопровождаемых разработчиками, технологий – как правило, высокомаржинальных. Тема рассмотрена в статье «Какие протоколы действительно нужны практическому здравоохранению».

Ещё один вид документов, строго обязательных для всех участников в случае принятия на себя определённых обязательств. Это ***протоколы клинических исследований***. От их соблюдения в самих исследованиях зависит всё, однако на врачебную работу вне исследований они, по определению, никак не влияют. Они не используются в рутинной практике и, соответственно, в подавляющем большинстве случаев не могут применяться при разбирательствах, связанных с оказанием медицинской помощи, ни в качестве оружия нападения, ни для защиты.

Некое подобие таких протоколов хотели принудить сочинять на основе

Phoca PDF

клинических рекомендаций сами медицинские организации – см. п.п.10–15 Предисловия к статье Д.Б. Олейникова «Законопроект о клинических рекомендациях – 2018. Новая редакция – новые перекосы». И название к ним приспособили уже знакомое, «***протоколы лечения***», и в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон) впихнули. Правда, в окончательной редакции – только в качестве синонима клинических рекомендаций. Трудно представить, сколько бумажной работы привалило бы каждой медицинской организации страны, просочись в Закон норма с этими протоколами.

Колоссальные трудозатраты в масштабах страны – это только полбеды. Идея протоколов простирается много дальше простой адаптации клинических рекомендаций к условиям в той или иной медицинской организации. В результате «локализации» из клинических рекомендаций должны были получаться инструкции по ведению больных с различной патологией. Здесь видна всё та же утопия о качестве медицинской помощи, как о срочном выполнении фиксированной последовательности процедур безотносительно того, в чём действительно нуждается и чего хочет пациент. Врачи же несли бы всю полноту ответственности, и за «неисполнение» таких инструкций–протоколов, и за клинические результаты. Причём, изготавливались бы протоколы по принуждению руками самих исполнителей.

Благо, вводить изуверскую схему пока не рискнули (над этим работают). Клинические рекомендации остались ***клиническими рекомендациями***, документами, разрабатываемыми профессионалами для профессионалов – врачей и экспертов. К неудовольствию арбитров. В сентябре по Рунету прокатилась волна публикаций под девизом «Верховный суд назвал клинические рекомендации обязательными документами». Кое–то даже задвинул, будто клинические рекомендации – это, буквально, «инструменты для оценки действий медработников для суда». Тот самый штангенциркуль для измерения врачебной работы, то бишь.

Поводом послужило Определение Верховного суда от 21 августа 2023 года № 16–КГ23–23–К4, где на самом деле ничего подобного нет. В ходе обоснования необходимости пересмотра очередного «медицинского» дела там было указано, что оценка качества медицинской помощи производится с использованием критериев оценки качества медицинской помощи, утверждаемых Минздравом на основании клинических рекомендаций. Верховному суду, насколько можно судить, известно, что актуальных клинических рекомендаций по наблюдавшейся у пациентки патологии и утверждённых в соответствии с действующим порядком, нет. В то же время, действующие критерии оценки качества медицинской помощи блок по этой нозологии содержат. В глазах Верховного суда, его наличие указывает на то, что при утверждении «критериев» было учтено содержание старых рекомендаций по данному заболеванию. На необходимость принимать их во внимание суд и указывает. Судом, таким

Phoca PDF

образом, были использованы корректные и с медицинской, и с юридической позиций формулировки.

Клинические рекомендации – никакой не «инструмент оценки действий врача», а институт эффективной передачи современных научных и экспертных знаний в практику. Применение этих знаний в каждом конкретном случае, что при оказании медицинской помощи, что при экспертизе качества – вопросы сугубо профессиональные. Благо, в Верховном суде это понимают. Но арбитры в массе своей подобный подход отвергают. Им подавай готовые лекала. Клинические рекомендации на эту роль не годятся – для измерения качества с ними эксперт требуется.

Другое дело – утверждаемые приказами Минздрава России ***критерии оценки качества медицинской помощи***! Заветная мечта всех арбитров «медицинских дел». Я помню безудержную радость предвкушения, а затем бурное их ликование по поводу появления череды проектов критериев и их утверждения: первого, второго и третьего. Для пущего устрашения медиков, к ним прилагался Порядок экспертизы качества медицинской помощи вне системы ОМС. Тут-то и был достигнут арбитрами предел мечтаний.

Правда, конкретизированные критерии есть только для стационара, и только для части нозологических форм, что слегка омрачает праздник (несомненно, над этим работают). Немало подпортили веселье и всякие критики, не сумевшие постичь их бесподобную шедевральность. А окончательно испортило торжество внесение в Закон положений, согласно которым критерии оценки качества медицинской помощи, как и стандарты медицинской помощи, разрабатываются на основе клинических рекомендаций. Они, т.о., должны им соответствовать, чего пока не наблюдается. Зато, в клинических рекомендациях появился обязательный раздел «критериев оценки качества медицинской помощи» – до такого нигде в мире больше не додумались. Есть, чем гордиться.

Специалисты здравоохранения прекрасно понимают, что исполнение «критериев» не равно качеству медицинской помощи, поскольку целесообразность, последовательность, сроки и методики выполнения медицинских вмешательств определяются клинической ситуацией и интересами пациента. Аналогично, «неисполнение» каких-то критериев не означает «оказания услуг ненадлежащего качества» и не является автоматическим доказательством «вины», но дают лишь повод разобраться в ситуации и выяснить причины и последствия отказов. Т.е., провести нормальную экспертизу качества медицинской помощи, и лучше в целях управления качеством, развития медицинской науки и совершенствования медицинской практики в парадигме клинического аудита, а не поиска и наказания «виновных».

Само по себе, появление критериев оценки качества медицинской помощи,

Phoca PDF

что в виде фрагментов клинических рекомендаций, что в виде утверждаемых приказами Минздрава нозологических чек-листов, означает лишь одно: стремление арбитров избавиться от эксперта. Эксперт априори принадлежит к медицинскому стану, отстаивает принципы клинической практики и противостоит давлению потребительского запроса. Т.е., мешает полному потребительскому удовлетворению, что недопустимо в либеральной парадигме.

Последний вид документов, который мы должны упомянуть в этой части работы, несмотря на то, что она и без того получилась втрое длиннее любой другой – ***локальные регламенты***. Помогут ли они врачу защитить себя?

Для начала, смотря какие это регламенты. Бестолковые – никому и ничем помочь не могут. Как минимум, они должны быть составлены грамотно и помогать понимать суть требований тем, кому надлежит их соблюдать. Ещё лучше, когда соответствие требованиям обеспечивается в единой (интегрированной) системе менеджмента. Всё это защищает медицинскую организацию и её сотрудников. Но ровно до тех пор, пока разбирательство не доходит до оценки врачебных решений.

Сами решения навязываться врачу не могут. Локальные документы могут предписывать врачу принятие решений в установленные сроки на основании определённых правил и принципов. Правила и сроки содержатся в документах. Принципы же в общей своей части усваиваются специалистом в ходе обучения и закрепляются в клинической практике, в профессиональной среде. Применительно к той или иной патологии, они описываются клиническими рекомендациями – документами, предполагающими профессиональную интерпретацию содержащихся в них сведений. Качество же интерпретаций – вопрос сугубо экспертный. Был, есть и будет.

По итогам рассмотрения важнейших документов, имеющих отношение к врачебной работе, следует признать: защиты врачей и врачебного дела от безудержного давления потребительского запроса в них нет. В отношении медицинской деятельности действует уйма правил, нарушение любого из которых влечёт за собой ответственность. Многие из них касаются врачебной работы, однако их скрупулёзное исполнение не гарантирует врачу защиту при недостижении запланированного результата и любых нежелательных явлениях, связанных с оказанием медицинской помощи.

Причина врачебной беззащитности состоит в вероятностном характере лечебно-диагностического процесса, в силу которого закрепление стандартных врачебных решений в нормативных правовых актах не представляется возможным. Единственным видом официальных документов, которые могут и должны сегодня использоваться врачами при принятии врачебных решений, являются клинические рекомендации.

Phoca PDF

Категория: Управление качеством медицинской помощи
Опубликовано: Понедельник, 30 октября 2023, 08:36
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 3422

Важно, что для сохранения своей значимости они должны оставаться именно клиническими рекомендациями – документами для профессионалов. Все иные варианты, использующиеся для оценки качества врачебной работы, всякие «критерии», относятся к клиническим суррогатам. Использовать их следует с осторожностью, только в качестве индикаторов, где «нарушение» – не доказательство «вины», а лишь повод для проведения полноценной экспертизы качества медицинской помощи, для которой нужны надёжные методики.

Всевозможные «критерии» появляются не просто так. Многоголосый арбитр в угоду потреблению требует всё новых лекал для непосредственного, без участия эксперта, измерения качества врачебной работы. То, что они проникли внутрь клинических рекомендаций, свидетельствует о неблагополучии общественных отношений в сфере охраны здоровья. Нежелание достойно содержать отрасль, леность в отношении собственного здоровья, требования чудесного исцеления, мнительность и мстительность, дотошный контроль, жажда повелевать и понукать, подмена служения обслуживанием, прочий инфантилизм. Плюнуть и уйти – уже не вопрос для многих врачей. Вопрос – когда.

Неужели всё так плохо? А как же цифровизация всего и вся? Спасительная цифра нам поможет? Попробуем разобраться в следующей части работы.

Обсудить в Телеграм

Обсудить вКонтакте

Каталог решений Здрав.Биз.

Всегда ваши, команда Здрав.Биз и Андрей Таевский.

Phoca PDF