Управление качеством медицинской помощи. Автоматизация 2.0

Категория: Автоматизация экспертизы, контроля и управления качеством
Опубликовано: Суббота, 18 марта 2017, 13:41
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 4991

Трудно в современном здравоохранении найти руководителя, задача создания эффективной системы управления качеством медицинской помощи (далее – управление качеством) у которого не стояла бы в ряду приоритетных. Излишне объяснять коллегам важность перехода от формального соблюдения установленных требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности к полноценному управлению качеством.

Материал предназначен для руководителей медицинских организаций и их заместителей, сотрудников органов управления здравоохранением, врачей – организаторов здравоохранения, специалистов-экспертов, разработчиков специализированного программного обеспечения медицинской деятельности.

Восхождение на новую эволюционную ступень развития медицинских организаций становится вопросом их выживания в современных условиях. Управление качеством обеспечивает не только соблюдение установленных требований к медицинской деятельности, но необходимый «запас прочности» на созданном и растущем вопреки самой сути медицинской помощи, укрупняющемся и насквозь пропитанном всевозможными рисками «рынке медицинских услуг».

Попытки создания системы управления качеством в медицинских организациях в настоящее время зачастую оборачиваются неудачей для предпринимающих их руководителей, и это не случайно. Такие попытки проваливаются в силу объективных причин разного рода. Беспрестанно и вычурно трансформирующееся в своём несовершенстве федеральное отраслевое нормативное правовое регулирование сопровождается множественной подменой понятий, имеющих отношение качеству медицинской помощи, его обеспечению и контролю. Естественные трудности создания системы управления качеством ввиду сложности медицинской деятельности и заведомой неопределённости каждого случая оказания медицинской помощи усугубляются принципиальным неприятием ответственными медицинскими работниками любой обоснованной, но дополнительной к обязательной, чрезмерной и не всегда логичной регламентации медицинской деятельности. Препятствий более, чем достаточно. Не будь их, системы управления качеством и системы менеджмента качества (СМК) в медицинских организациях страны давно стали бы правилом, а не исключением.

Одним из серьёзных препятствий на пути разработки и повсеместного внедрения систем управления качеством является общая технологическая отсталость здравоохранения, особенно заметная в управлении. Автоматизированные системы управления (АСУ), а затем и вобравшие в себя в той или иной мере и их функционал медицинские информационные системы (МИС) в нашей отрасли изначально строились на порочном основании т.н. «точечной автоматизации», при которой перед разработчиками ставились цели повышения эффективности частных решений

Phoca PDF

при сохранении общей иррациональности системы. Этим путём развитие идёт до сих пор. Даже самые современные и мощные информационные системы по-прежнему представляют собой, по сути, обширные коллекции решений частных задач, как-то увязанных между собой.

Системный подход пробивает себе дорогу с трудом, вопреки как запросам «заказчиков», так и условиям, задаваемым отраслевым «регулятором», и если с первым обстоятельством ещё можно что-то сделать, то со вторым – вряд ли. Напротив, новые проекты из недр Минздрава извергаются с завидным постоянством, и каждый из них представляет собой «идеальное решение» какой-либо частной проблемы без оглядки на все остальные. Единая государственная информационная система здравоохранения (ЕГИСЗ) сама по себе проблемы бессистемности управления не решает, т.к. является комплексом средств автоматизации организационных и управленческих решений, какие они есть, и если они не представляют собой системы, но никаким средствам автоматизации системности им не придать, как лупа не наполнит смыслом шизофреническую клинопись. Это невозможно.

«Точечные» средства автоматизации предназначены для решения конкретных задач, однако узкоспециализированный софт, вроде калькулятора или календаря, встречается довольно редко. Обычно, всё же, это комплексные решения, ориентированные вдоль некоей осевой линии, «актуальной боли» заказчика. В случае ЕГИСЗ, как и в большинстве МИС, используемых в государственных и муниципальных медицинских организациях и органах управления здравоохранением, всё «крутится» вокруг документооборота и отчётности. В частных клиниках во главе угла стоят задачи бизнеса, основной из которых является организация прибыльного взаимодействия с клиентами, решаемая посредством CRM-систем. И в том, и в другом случае мы наблюдаем смещение приоритетов и потерю целей в управлении, неизбежно переносимые в средства автоматизации и не способствующее системности. Автоматизация управления ресурсами (финансы, материально-техническая база, снабжение, кадровое обеспечение и т.д.) обычно осуществляется посредством отдельного программного обеспечения или самостоятельных модулей МИС, никак не связанных с целями управления качеством.

В то же время, управление в здравоохранении и, соответственно, медицинские информационные системы должны выстраиваться вокруг главного из процессов, составляющих медицинскую деятельность – процесса оказания медицинской помощи конкретному пациенту. Они должны иметь целью наилучшее качество, достижимое в уникальной и меняющейся в процессе лечения клинической ситуации пациента в современных условиях. Качество медицинской помощи, согласно п.21 ст.2 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»[1], представляет собой совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи,

Phoca PDF

правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата. Оно достигается за счёт правильного применения медицинских технологий с доказанной эффективностью в оптимальном для данного пациента лечебно-диагностическом процессе, протекающем в соответствующих требованиям и по возможности лучших условиях.

Отсюда, главной действующей фигурой в системе управления (и, соответственно, в МИС) должен быть лечащий врач, как мы уже отмечали в работе «О роли врача в управлении качеством медицинской помощи», опубликованной на нашем сайте и в журнале «Консилиум главных врачей»[2]. Всё остальное должно выстраиваться системно (т.е., в соответствии с вышеизложенными положениями и принципами) вокруг центральной оси – основного в медицинской деятельности процесса оказания медицинской помощи конкретному пациенту, с главной целью – достижением наилучшего качества медицинской помощи, и широкими полномочиями лечащего врача, осуществляющего непосредственное управление основным процессом. К сожалению, мы наблюдаем серьёзные препятствия к этому в отраслевом регулировании, выраженные в многочисленных произведённых и планируемых деформациях системы здравоохранения. Что делать?

Единственным способом организации управления качеством на уровне медицинской организации в современных условиях, фактически, является максимальная гибкость моделей управления, сочетающих в себе обеспечение как соответствия установленным требованиям, так и достижения целей в области качества. То же касается средств автоматизации. Это непростые задачи, настоящий вызов для каждого руководителя и каждого разработчика.

К счастью, история не стоит на месте, и возникающие сложности постепенно преодолеваются. Разрабатываются отечественные и адаптируются к российским условиям зарубежные технологии управления и необходимые средства автоматизации. В результате, правда, образуются довольно громоздкие, ресурсоёмкие системы менеджмента качества, применение которых в большинстве медицинских организаций страны сегодня не представляется возможным. Распространение их будет постепенным, по мере укрупнения «рынка медицинских услуг» и перевода российского здравоохранения на т.н. «страховые принципы».

А пока необходимо использовать доступные технологии, обладающие достаточной гибкостью и реализующие принципы системного подхода к управлению, такие как технология управления качеством медицинской помощи по отклонениям, описанная нами в одноимённой работе, опубликованной на нашем сайте и в журнале «Консилиум главных врачей»[3], технология управления условиями оказания медицинской

Phoca PDF

помощи на основе Системы оценки соответствия в здравоохранении «ЭкспертЗдравСервис»[4], поддерживаемой в актуальном состоянии и соответствующей утверждённым Минздравом порядкам оказания медицинской помощи, и другие.

Для автоматизации управления качеством медицинской помощи по отклонениям в небольших медицинских организациях может быть достаточно решений в оболочках электронных таблиц, представленных в разделе «Автоматизация экспертизы, контроля и управления» нашего сайта. Для более крупных медицинских организаций и «продвинутых» руководителей, ориентированных на системное развитие и достижение целей в области качества, недавно появилось решение на более современной технологической платформе, в настоящее время разрабатывается Медицинская информационная экспертная система. Задача непростая, поскольку такая система должна обладать максимальной гибкостью в условиях штормящего регуляторного моря.

Для автоматизации управления условиями оказания медицинской помощи наиболее подходящим решением на сегодняшний день является комплекс Автоматизированных экспертных технологических карт (АЭТК) Системы оценки соответствия в здравоохранении «ЭкспертЗдравСервис», выполненных в оболочке электронных таблиц, т.к. только они позволяют обеспечить необходимую гибкость без потери связи с целями в области качества. Попытки реализации решаемых с их помощью задач на иных платформах (в т.ч. с интеграцией в МИС) до сих пор приводили разработчиков к осознанию факта «неподъемного проекта». Вместе с тем, технологическое развитие идёт, и, в перспективе, появление полноценных решений на более технологичных платформах возможно, но при условии изначально правильного направления, задаваемого «глобальным заказчиком».

Исторически сложившийся путь от «точечной автоматизации» управления цифрами, вещами, ставками, бумажками и продажами «медицинских услуг» к системному автоматизированному управлению качеством медицинской помощи долог, труден и опасен, ведь идти приходится задом наперёд. Пришло время системе здравоохранения развернуться к своим истинным целям лицом.

Список источников:

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Таевский А.Б., Князев Е.Г. О роли врача в управлении качеством медицинской помощи// Консилиум главных врачей. – 2016. – 08(56). – С.29-31.
3. Таевский А.Б., Князев Е.Г. Управление качеством медицинской помощи по отклонениям// Консилиум главных врачей. – 2016. – №01(49). –

Phoca PDF

С.17-20.
4. Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 30 июля 1996 года № 306 «О внедрении единой автоматизированной программы по сертификации и лицензированию медицинской деятельности».

Пакет технологий экспертизы качества и управления качеством медицинской помощи по отклонениям с АЭТК

Всегда ваши, команда Здрав.Биз и Андрей Таевский.

Phoca PDF