Бодрый спотыкач. Часть II. Шоу стреноженных зомби

Категория: Проблемы здравоохранения
Опубликовано: Среда, 15 июля 2015, 20:16
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 9164

— Теперь я стреножила тебя, — сказала она, — и винить в этом надо тебя, а не меня.
(© Стивен Кинг, «Мизери»)

Орган управления здравоохранением должен им управлять по своему предназначению. В соответствии с собственной отраслевой целью – здоровой относительно других нацией. В соответствии с собственной политикой, обеспечивающей эффективное достижение этой цели.

Каждое принимаемое управленческое решение должно быть направлено на достижение этой цели, а вместе они должны составлять систему управления. Но, орган управления не желает более управлять! Он желает быть регулятором, устанавливающим «правила игры» для «свободных игроков» на рынке! И здесь имеется громадное заблуждение.

Дело в том, что одного желания мало. Регулятор – это по-прежнему управляющая структура. Более того, регулятор должен иметь на порядок более высокую управленческую компетентность. В противном случае, для «игры» будут установлены ложные правила и результаты её будут отрицательными. Если орган управления не способен не только эффективно управлять процессом, направленным на достижение цели, но не имеет собственной политики и даже самой цели, то он не может быть и хорошим регулятором. Позволит ли общество ещё более отрицательные результаты управления здравоохранением? Вряд ли.

«Предложения» В Первой части работы мы рассматривали цели, свой невозможную не определенность

Управляющая структура вырабатывает и устанавливает правила для управляемой системы. Становясь регулятором, она устанавливает правила самоуправления для системы. Основные характеристики управления, при этом, неизбежно наследуются – как праведные, так и порочные. Вовлечение профессиональных ресурсов в различные процессы, в т.ч. в производство правил и требований для участников, само по себе не исправляет фундаментальных заблуждений, зато может усиливать их негативные последствия.

О смешении принципов

Собственно, управления здравоохранением сейчас нет. Система охраны здоровья управляется двумя способами (...*одна нога была у ней короче, другая деревянная была*...): затейно-массовым (вовлечённость в шумные проекты, псевдо-прогрессивные реформы, бесконтрольно размножающиеся мониторинги и т.п.) и репрессивно-правовым (административный беспредел, государственный надзор и потребительский террор). «Короткой» ноге-затейнице ничего не нужно, кроме возможности

Phoca PDF

производства максимального медийного шума, денег в интересных количествах и множества новых правил, совершенно не согласованных между собой и со всем остальным миром. А, вот, «деревянной» надзорной ноге нужны установленные требования, чтобы на их основе осуществлять надзорные, контрольные, судебные и иные (вроде «телефонного права») репрессивно-правовые функции.

Важно: дальнейшее изложение опирается на материал работы «Утопия прямого доступа».

В отсутствие собственно управления, роль надзора резко возрастает, как и масштабы потребительского террора. Потребность в требованиях обостряется, а дело с ними обстоит, мягко сказать, не лучшим образом. Федеральный орган управления здравоохранением отобрал все функции, так или иначе связанные с установлением требований, у региональных органов управления, будучи неспособным нормально координировать их работу, но и сам эту задачу полностью выполнить не смог ни по одному направлению.

Сейчас выработку отраслевых и профильных требований передают профессиональным сообществам, а за «регулятором» оставляют функции установления правил для разработчиков. Это очень правильно. Это было бы просто замечательно, если бы мы не наблюдали одного порочного явления с многолетней историей – смешения принципов минимальной достаточности и соответствия.

Этому смешению мы обязаны дефективностью федеральных порядков оказания и стандартов медицинской помощи, лицензионных требований и условий, административных регламентов и других федеральных нормативных документов. Это смешение ответственно за массово и несправедливо назначаемые штрафы и компенсации, иные санкции и наказания, и даже реальные сроки лишения свободы, как и за то, что многие врачи, медицинские организации и должностные лица попадают в эти ситуации, не сумев разобраться в требованиях, в которых сами до конца не разбираются и те, кто их создал и установил. И, это же смешение неизбежно будет закладываться в правила для сторонних разработчиков, что только усугубит проблему.

Принцип минимальной достаточности (далее – ПМД) – «дискретный», основан на дихотомии: 1 (наличие) или 0 (отсутствие), «включено» или «выключено». Он используется для гарантированного запуска процесса, его движения в направлении цели и предотвращения катастроф.

Принцип соответствия (далее – ПС) – «аналоговый», подразумевает некую степень приближения к желаемому, к идеалу, достижимому в настоящих общественно-исторических условиях. Используется для приведения процесса в оптимальное состояние.

Phoca PDF

В управлении должны использоваться оба принципа, но нужно чётко разделять их и применять в различных целях: либо один, либо другой, либо один с рассчитанной опорой на другой.

Например, лицензирование, в т.ч. контроль соблюдения лицензионных условий и требований, целиком должно базироваться на ПМД. Соответствие им может быть определено с помощью чек-листа с параметрами. Контролёр проверяет последовательно соблюдение требований: соблюдено, обеспечено – «1», нет – «0». В результате, все параметры должны давать «1», либо лицензия не выдаётся.

Важно! Сами требования должны быть конкретными и минимальными. Как только появляются размытые формулировки и общие фразы, либо отсылки к другим регламентирующим документам, содержащим такие формулировки, ПМД смешивается с ПС и решение вопроса отдаётся на откуп контролёру. Поскольку мы наблюдаем заложенный в лицензирование произвол не один десяток лет, мы можем сделать вывод о том, что о смешении принципов высший орган управления здравоохранением не имеет никакого представления.

Да, в нашей сфере правил много и есть среди них абсолютно необходимые. Но есть и относительно важные, и желательные. Контроль исполнения в форме надзора должен опираться исключительно на необходимые минимальные требования. Минимальным требованием может быть как прямое указание («выполнено» – «1», «не выполнено» – «0» [или наоборот]), так и порог соответствия («больше, чем X» – «1», «меньше, чем X» – «0» [или наоборот], либо пределы диапазона: «больше, чем X и меньше, чем Y» – «1», «меньше, чем X или больше, чем Y» – «0»).

Например, минимум клинического обследования в стационаре включает в себя набор обязательных требований (кстати, наличие каждого из них должно быть обосновано, как и любое другое управленческое решение – мы говорили об этом в Первой части работы). Это прямые указания. Или, наличие высшего медицинского образования и последипломной подготовки безусловно относятся к обязательным требованиям для осуществления деятельности по той или иной специальности. А, вот, уровень квалификации нельзя к ним отнести. В то же время, он должен быть выше минимально допустимого порога для осуществлении того или иного вида деятельности. Всё, что выше этого порога, приближает нас к идеалу (ПС), всё, что ниже – отсекает, работать нельзя (ПМД).

Возьмите любой нормативный документ. Везде вы найдёте смешение принципов. Присутствие там многих требований ничем не обосновано, многие из них никак не связаны с целью. Никто не знает, что обязательно, а что желательно, где минимум, а где оптимум. Ни врач, ни его руководитель не располагают точной информацией о том, что они минимально обязаны исполнить, чтобы не пасть жертвой надзора или

Phoca PDF

потребительского экстремизма. Исполнить всё невозможно, так как этого слишком много, да размыто так хорошо, что всегда найдётся что-нибудь не сделанное или сделанное зря. Вина врача или его руководителя в этом положении в любом судебном процессе доказывается с гарантией. «Потребители медицинских услуг», проверяющие и судьи похожи на зомби, истребляющих других зомби за нарушения зомби-правил. Они находят их по белым халатам. Некоторые из них – очень активны.

Интуитивные попытки разделить требования обязательные и необязательные убоги и не дают эффекта (например, мы видим эти попытки в стандартах медицинской помощи, содержащих услуги как со стопроцентной частотой назначения, так и с меньшей). Здесь осознанность нужна. Сами стандарты не являются обязательными к исполнению документами по своему характеру, но периодически становятся таковыми по назначению, что зависит от формулировок в законах, а не от сути вещей. Стандарты должны быть документами, сформированными из статистически обоснованных желаемых перечней, но в реальности они произвольны. Они не могут быть обязательными документами. В то же время, стандарты могут содержать чётко обозначенные обязательные требования, обоснованные своим однозначным влиянием на результат оказания медицинской помощи.

Исполнение обязательных требований должно быть обязательным всегда. ПМД: включено/выключено. Не сделал – нарушил, сделал – не нарушил. Их не может быть много, это должны быть действительно важные вещи. Всё остальное необходимо вывести из обязательных требований и превратить в контролируемые параметры процессов.

Везде необходимо иметь цель, технологию достижения цели («правильные» стандарты, порядки, клинические рекомендации и др. для лечебно-диагностического процесса, нормативы, регламенты и т.п. для организации здравоохранения), политику, обеспечивающую достижение цели (настройка процессов, мотивация участников, автоматизация, саморегуляция процессов), и, конечно, индикаторы, позволяющие оценивать и вовремя корректировать отклонения. Так же, как и в деле обеспечения качества медицинской помощи, для успеха необходимы продуманные и «живые», динамичные системы критериев, каждый показатель которых напрямую или опосредованно связан с целью.

Управление по отклонениям опирается на ПС. Это касается как лечебно-диагностического процесса в конкретном случае оказания медицинской помощи, так организации здравоохранения в любом масштабе. При этом, используется и надзор, основанный на ПМД, но только для аварийного контроля критически важных позиций (наподобие предохранителей в устройствах). Опасное приближение параметра к пороговому значению в нормальной системе должно своевременно выявляться (срабатывание сигнализации) и корректироваться с помощью процедур, базирующихся на

Phoca PDF

Категория: Проблемы здравоохранения
Опубликовано: Среда, 15 июля 2015, 20:16
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 9164

ПС, задолго до того, как в действие может быть приведён механизм контроля на основе ПМД и «вырубить» всю систему или её часть.

Отсюда вывод: абсолютно все «нарушения», выявляемые и пресекаемые надзорными органами, суть, **параличи**, свидетельствующие об отсутствии управления. Бравурное сопровождение жутких количеств нарушений в отчётах свидетельствует о непонимании происходящего. Настоящий зомби-апокалипсис здравоохранения.

Обсудить в Телеграм

Обсудить вКонтакте

Каталог решений Здрав.Биз.

Всегда ваш, Андрей Таевский.

Phoca PDF