Потребительский крест медицины

Категория: Проблемы здравоохранения
Опубликовано: Суббота, 30 декабря 2023, 10:45
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 3268

Управление медицинской организацией в стремительно меняющемся мире требует большого мастерства. Потребности населения в доступной и качественной медицинской помощи день ото дня растут, а правовые и экономические условия осуществления медицинской деятельности усложняются.

Проблем хватает на всех уровнях организации здравоохранения. Располагаемые отраслевые ресурсы всё сильнее отстают от растущих потребностей населения в медицинской помощи. И они в принципе не могут соответствовать идеалистической картинке исчерпывающего удовлетворения совокупности «потребителей медицинских услуг». Общественные отношения становятся в этой связи всё более напряжёнными.

Напряжение ищет выход и находит его в конфликтах. Чем напряжение выше, тем больше число и тяжесть конфликтов. И тем больше дефицитных ресурсов здравоохранения уходит на их урегулирование. Конфликты съедают и финансовые ресурсы, и кадровые. Чем больше ресурсов растрачено в борьбе с последствиями конфликтов, тем меньше осталось на удовлетворение растущих потребностей населения в медицинской помощи. Значит, напряжение в обществе ещё возрастёт, порождая ещё больше конфликтов. Круг замкнулся, маховик пришёл в движение.

Полный доступ к необходимой (в т.ч. профилактической) медицинской помощи, соответствующей современному уровню развития медицины (будем назвать её далее для краткости «качественной»), составляет несомненный личный, общественный и государственный интерес в сфере охраны здоровья.

Возможности финансового, кадрового и материально-технического обеспечения системы здравоохранения небезграничны. Бюджеты здравоохранения ещё с советских времён формируются по остаточному принципу. В наши дни для обеспечения доступа к качественной медицинской помощи их категорически недостаточно. А сразу после распада Советского Союза этих средств не хватило бы даже для сохранения отрасли. Система обязательного медицинского страхования была запущена для того, чтобы, прежде всего, сохранить государственное и муниципальное здравоохранение за счёт привлечения сопоставимого с бюджетным объема средств. Не менее важная стратегическая задача состояла в том, чтобы привести затраты на гарантированную государством медицинскую помощь в некоторое соответствие с возможностями экономики. Частичное саморегулирование достигалось за счёт внедрения страховых механизмов финансирования с фиксированным относительно зарплат размером взносов на работающее население. Больше работающих и выше зарплаты – больше денег в системе ОМС, есть за что побороться «конкурирующим» медицинским учреждениям. И, наоборот.

Объёмы средств ОМС зависят, т.о., от состояния экономики и её

Phoca PDF

прозрачности, к чему мы пока только стремимся. Потребности же населения в медицинской помощи устойчиво растут. Причём, вопреки логике спроса и предложения, растут не только с увеличением доходов населения, а всегда, поскольку снижение уровня жизни в периоды спада негативно сказывается на здоровье населения. Некогда спасительная подпитка ОМС сейчас доступа к качественной медицинской помощи не обеспечивает. К тому же, сформировавшаяся в нашей стране дефицитная модель ОМС не предполагает полного возмещения затрат медицинских организаций на оказываемую ими населению медицинскую помощь, не говоря уже о возможностях развития медицинских организаций за счёт средств ОМС.

Хроническим дефицитом финансирования, наряду с неэффективным управлением, во многом обусловлены различные системные негативные эффекты в виде оттока кадров и деградации первичного звена здравоохранения, его неоптимальной «оптимизации». Страховые медицинские организации неизменно демонстрируют отсутствие заинтересованности в развитии лечебной сети, что обращает на себя внимание. Напротив, такие возможности ими активно блокируются путем применения к медицинским организациям финансовых санкций, выискиванием оснований для которых они, в основном, и занимаются. В полном соответствии и с действующим законодательством об обязательном медицинском страховании, и с устоявшейся корпоративной и судебной практикой.

Удивительно, но для того, чтобы обойти сколь упёртое, столь и необъяснимое торможение развития здравоохранения системой ОМС, государству приходится изощряться, запускать национальные проекты с их непростым администрированием и придумывать различные схемы государственно-частного партнёрства с присущим им коррупционным риском.

Также удивительно, что до сих пор существует здравоохранение за пределами системы ОМС. Медицинские джунгли, где с пациентов взимается плата как за необходимую им медицинскую помощь, предусмотренную программами государственных гарантий, так и за «медицинские услуги», выходящие, зачастую далеко, за рамки необходимой медицинской помощи. И то, и другое противоречит основам медицинской профессии.

В настоящее время к системе ОМС подключаются медицинские организации частной формы собственности, нередко аффилированные со страховыми медицинскими организациями, и это считается благом. Такие организации, в основном, оказывают «по полисам» отдельные виды медицинской помощи или даже отдельные медицинские услуги, отличающиеся высокой маржой и низким риском. А вся тяжёлая, неблагодарная и опасная работа достаётся другим.

Phoca PDF

Средства добровольного медицинского страхования зависят от благополучия предприятий и их кадровой стратегии, что естественно ограничивает распространённость ДМС. К тому же, благо качественной медицинской помощи здесь по определению доступно лишь участникам соответствующих программ. В качестве источника финансирования здравоохранения роль ДМС невелика, как в доле совокупных расходов на здравоохранение, так и в размере средств, которые могут быть употреблены медицинскими организациями на улучшение своей деятельности.

Ограниченность государственных, общественных и корпоративных источников финансирования здравоохранения принуждает граждан к приобретению доступа к необходимой медицинской помощи за свой счёт. Финансовые возможности людей различны, однако подавляющая часть населения не располагает средствами, достаточными для приобретения всех объективно нужных им «медицинских услуг», а также лекарственных препаратов и медицинских изделий. Как и для дальних, длительных и регулярных поездок. Следует также иметь в виду, что наличие финансовой «подушки» не защищает семью среднего достатка от риска в любой момент столкнуться с вынужденными расходами, превышающими её размер (т.н. «катастрофические расходы домохозяйств» в терминологии ВОЗ).

Финансовый барьер вынуждает одних к отказу от своевременного обращения за медицинской помощью и подталкивает других к невыполнению врачебных назначений. То и другое приводит к ухудшению прогноза в отношении здоровья, а также к увеличению будущих расходов в связи с запущенностью. Чем выше финансовый барьер относительно возможностей основной (не относящейся к богатой прослойке) массе населения, тем будет хуже здоровье населения и ниже демографическая безопасность страны. И неважно, отражают эту простую логику показатели официальной статистики, или нет. Можно сколько угодно измерять опросами «удовлетворённость» населения медицинской помощью/медицинскими услугами, получать какие-то результаты, озвучивать их с трибун и т.д. Но если доля частных расходов в совокупных расходах на здравоохранение превышает треть, ни о каком благополучии общественных отношений в сфере охраны здоровья говорить не приходится. Тем более, когда она растёт.

У т.н. «платных медицинских услуг» есть ещё одно важное следствие, а именно – коммерциализация медицины. Торговля медицинскими услугами это не только их «продвижение на рынке», но и массовое в масштабах страны выполнение медицинских вмешательств без достаточных медицинских показаний. Выполнение вмешательств, целесообразность которых определяется платёжеспособностью потребителя, это не только бесполезное расходование средств, пусть и частных. Абсолютно безопасных медицинских вмешательств не существует, и чем больше их проводится, тем выше риск наступления негативных событий и их

Phoca PDF

последствий. Манипулирование спросом тем опаснее, чем успешнее, таким образом.

Дефекты структуры здравоохранения и неоптимальная маршрутизация больных, дефицит кадровых, материально-технических, финансовых и иных общественных ресурсов, несовершенство их распределения и неэффективность использования ограничивают доступ граждан к необходимой качественной медицинской помощи. Любые ограничения доступа к ней, как и её качественное несоответствие с позиций современной медицины, раскручивают маховик конфликтов.

В ту же сторону направлен момент силы любого требования в отношении содержания медицинской помощи, не обусловленного клинической целесообразностью. Неважно, является ли оно формально обязательным для тех или иных клинических ситуаций, или провозглашается уверенным в своих особых потребностях потребителем медицинских услуг. Причины для такой уверенности у него могут быть разными, от рекламы до чтения специальной литературы.

Что касается обязательных требований, то важно различать общие требования, условия и принципы организации и оказания медицинской помощи, и прямые предписания к её содержанию. Первые обнаруживаются, например, в положениях об организации медицинской помощи по видам и в порядках оказания медицинской помощи. Также сюда можно отнести требование оказывать медицинскую помощь в соответствии с клиническими рекомендациями как один из важнейших принципов надлежащей клинической практики.

В качестве документов, предписывающих врачу совершать с пациентами, подходящим под некие «модели пациента» определённые действия медицинского характера, в разные годы выступали различные нормативные изобретения «регулятора». Такие, как протоколы ведения больных, стандарты медицинской помощи, критерии оценки качества медицинской помощи и даже, на удивление зарубежных коллег, клинические рекомендации. Подробнее об этих документах можно почитать в работе «Управление качеством в системе врач-пациент. Часть III. Без каски».

Клинические рекомендации помогают врачу осуществлять диагностический поиск и приходить к обоснованным выводам, принимать правильные решения относительно необходимых медицинских вмешательств и лекарственных назначений, разъяснять их пациенту, курировать течение заболевания и оптимально управлять лечебно-диагностическим процессом, достигая лучших результатов оказания медицинской помощи в условиях присущей этому процессу неопределённости. Решения относительно медицинских вмешательств и назначений принимаются совместно с пациентом, исходя из клинической необходимости, которая всякий раз должна быть обоснована. В этом также врачу помогут надёжные источники профессиональных

Phoca PDF

сведений – клинические рекомендации.

И совсем другая история, когда врач обязан выполнить некий перечень «обязательных» вмешательств и назначений, надо или не надо это больному, под страхом привлечения к ответственности «за нарушения» или применения финансовых санкций страховой медицинской организацией. В результаты при этом можно особо и не вникать – главное, все галочки о выполнении должны быть проставлены. Невыполнение «обязательных», но ненужных в клиническом плане назначений влечёт за собой ответственность врача, особенно в случае негативных исходов и осложнений. А их выполнение связано с существенными излишними затратами и неустранимым риском, за реализацию которого в любом виде отвечать предстоит снова врачу и медицинской организации.

Регламентирующие документы не делают различий в отношении «обязательного» содержания медицинской помощи между медицинскими организациями по их организационно-правовой форме, источникам возмещения затрат на медицинскую помощь и другим признакам. В то же время, медицинским организациям открыты возможности дополнительного заработка на продаже «медицинских услуг», к чему их подталкивают дефицит финансирования и желания потребителей.

Врачи часто склонны перестраховываться не меньше, чем мнительные пациенты. Первые боятся угодить в жернова надзорной или правоохранительной машины. Вторые находятся под воздействием рекламы и тиражируемых предрассудков, а также легко попадают под влияние недобросовестных юристов, подвизавшихся на «медицинских делах», что добавляет к конфликтогенным факторам ещё и меркантильный интерес.

Сколько всего ненужного выполняется по разным причинам в медицине, сказать невозможно. Очевидно, однако, что практика массового применения не показанных с профессиональной точки зрения медицинских вмешательств и лекарственных назначений не только транжирит ресурсы здравоохранения впустую и увеличивает количество медицинских инцидентов. Она также порождает конфликты с правовыми и экономическими последствиями, защищаться от которых врачам и медицинским организациям чрезвычайно трудно.

Выполнение медицинских вмешательств и назначение лекарственных препаратов согласно клиническим рекомендациям зачастую ограничено и объективными причинами. Такими, как неподобающее кое-где состояние структуры системы здравоохранения, его кадровый, материально-технический и финансовый дефицит вкупе с невысокой платёжеспособностью населения. Врачи разводят руками или пытаются хоть как-то помочь, в любом случае подставляясь под удар, а пациенты – кто смиряется, с риском заполучить осложнения, кто находит частников и платит, а кто скандалит и пишет жалобы во всевозможные инстанции.

Phoca PDF

Свою роль здесь играет также чрезмерная сложность системы обеспечения населения лекарственными препаратами и медицинскими изделиями с фактически заложенным в неё способом получения дорогостоящих препаратов и изделий через жалобы и скандалы. Они «выбивают» их у медиков с привлечением надзорных органов, прокуратуры, СМИ, следственных органов, суда. В отдельных случаях удовлетворение таких, в правовом отношении безупречных, запросов существенно ослабляет и без того скудные возможности здравоохранения по оказанию качественной медицинской помощи населению. В «размазанном» по всей совокупности случаев виде это не столь заметно, но только до тех пор, пока их не становится много или не появляются семизначные суммы. Но количество случаев и потребные суммы неуклонно растут, в т.ч. за счёт развития науки и медицинской реабилитации, что представляет собой неразрешимую в настоящих условиях дилемму и серьёзный вызов современному обществу.

Растущий потребительский запрос на медицинскую помощь не соответствует возможностям здравоохранения, которые зависят от готовности того же общества потребителей содержать отрасль. Мы недавно рассмотрели эту дилемму в двух первых публикациях серии «Управление качеством в системе врач–пациент»: «Часть I. Под градом камней и палок» и «Часть II. В перекрестии прицела»).

Но если бы потребительский запрос ограничивался одной медицинской помощью! Врачи и медицинские организации перегружены не врачебными и немедицинскими функциями и обязанностями. Они появляются волею политиков и чиновников в законах в виде прав граждан, органов, организаций и объединений на получение от медицинских организаций того или сего, удовлетворения каких–то своих потребностей, не составляющих медицинской помощи. Ну а что написано в законах, получает развитие в каскадах подзаконных нормативных правовых актов, которым нет счёта.

Права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь – это замечательно. Иные права в сфере здравоохранения тоже неплохо, наверное, но границ нет, так что желательно сильно не зарываться в обещаниях. И конечно, нужно считать, во что они обойдутся отрасли. Я как–то рассчитал примерные затраты на реализацию положений приказа Минздрава России от 29 июня 2016 года № 425н «Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента» (см. работу «Чумной 425н. Часть II. Профилактический пир»). Получилось минимально 3,3 миллиарда рублей единовременных и 3,7 млрд.руб. регулярных ежегодных затрат.

Приказ 425н отменён в конце 2021 года. Вместо него сейчас действует приказ Минздрава России от 12 ноября 2021 года № 1050н с аналогичным названием. Его я тоже разбирал (см. публикацию «Бешеный 1050н»), только уже без финансовых расчётов. Но и без них понятно, что вместо

Phoca PDF

заморочек со специальными помещениями с особым режимом доступа мы получили заморочки с электронной медицинской документацией и обменом данными. Плюсом, всем медицинским организациям страны пришлось снова переделывать локальные документы и менять устоявшиеся схемы работы – т.е. повторно потратить «единовременные» миллиарды. Регулярные расходы также увеличиваются вместе с ростом числа желающих ознакомиться с медицинской документацией, естественным в условиях постоянно подогреваемого громкими «медицинскими делами» недоверия к медикам.

Ознакомление с медицинской документацией – это только одна функция, направленная на реализацию одного закреплённого в законе права. Надо полагать, не самого обременяющего. В совокупности обеспечение правоприменения различных околомедицинских правовых норм в масштабах отрасли требует колоссальных затрат. В пояснительных записках к поправкам в законы и проектам документов, при этом, обычно указывается, что нововведение «не потребует дополнительных бюджетных расходов». Разумеется.

Медицинская деятельность, т.о., связана не только с неустранимым риском нежелательных событий при оказании медицинской помощи, но и с порой неожиданными правовыми, экономическими, публичными и прочими событиями и с их непредсказуемыми последствиями. Медики живут как на вулкане. Поставленное на поток уголовное преследование медицинских работников обескровливает отрасль. Неуклонно растущие в числе и размерах суммы компенсаций морального вреда, выплачиваемые пациентам и их родственникам по решениям судов, бьют по медицинским организациям и объедают и без того скудные потенции здравоохранения.

Противоречия всегда порождают конфликты. Особенно, когда они неразрешимы в настоящих общественно-исторических условиях и/или кому-то выгодны. С переходом к либеральной экономической модели и «рыночному регулированию» вместо управления в стране сформировались армии посредников, так или иначе заинтересованных в умножении числа и утяжелении конфликтов. Они достигли высочайших уровней влияния на общество и государственные институты, на фоне которого профессиональные мнения едва различимы.

При наличии времени и желания можно продолжать и продолжать в том же ключе. То, что проблем хватает, уже понятно. Как и то, что ком их нарастает по мере скатывания медицины в рынок. Не совсем понятно, что со всем этим можно сделать на уровне медицинской организации, каждая из которых постоянно находится в неоднозначных и сложных, переменчивых условиях.

Система внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, если, конечно, она базируется на принципах менеджмента качества и отлажена, уменьшает вероятность медицинских инцидентов и

Phoca PDF

снижает тяжесть их негативных последствий. Грамотное управление и культура качества медицинской организации противостоят совокупности внешних и внутренних факторов, способствующих росту вероятности наступления нежелательных событий. К управляемым при этом можно отнести преимущественно внутренние факторы, и то не все и не полностью. Отвечать же приходится за все.

Количество жалоб пациентов и их родственников, как и претензий потребителей медицинских услуг, стремительно растёт. Любой с виду невинный запрос может обернуться следствием и судебным разбирательством. Одна и та же, по сути, жалоба может многократно дублироваться в разные инстанции, нагружая холостой работой всю систему здравоохранения, и без того перегруженную. Медицинским организациям на разбор жалоб, урегулирование конфликтов с пациентами и их родственниками и отстаивание своих интересов перед контрольно-надзорными органами и различными другими инстанциями приходится тратить колоссальные силы.

Организация работы с обращениями граждан в медицинской клинике является важным аспектом управления и обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности. Регулярный анализ и улучшение процессов на основе информации, извлекаемой из обоснованных жалоб и содержательных обращений, позволяет минимизировать число и тяжесть конфликтов. Т.е., чем лучше налажена эта работа, тем меньше есть поводов для жалоб, а чем меньше жалоб, тем больше возможностей по их внимательному разбору. И, наоборот, чем меньше внимания уделять этой работе – тем будет выше вал жалоб.

Под занавес уходящего года у нас вышло две большие статьи по вопросам организации работы с обращениями граждан в медицинских клиниках. Первая, «Жалобы, инциденты и менеджмент качества в медицинской организации», поможет уважаемым коллегам разобраться в понятиях и требованиях относительно обращений граждан и взглянуть на проблему жалоб с позиций менеджмента качества. Вторая, «Четыре этапа организации работы с обращениями граждан в медицинской клинике», позволит реализовать проект по организации работы с обращениями в медицинской клинике и её интеграции в систему управления качеством.

Клиники, конструктивно взаимодействующие с недовольными пациентами, обретают устойчиво хорошую репутацию в глазах пациентов и различных органов и организаций своего региона. Тем самым они уменьшают число жалоб и претензий в свой адрес. Пока это ещё возможно. Но если тенденции, описанные в этой статье, сохранятся, то никакого «эффективного менеджмента» не хватит. Распятая на потребительском кресте медицина, наверное, кого-то даже повеселит, но радость будет недолгой.

Phoca PDF

Потребительский крест медицины

Категория: Проблемы здравоохранения
Опубликовано: Суббота, 30 декабря 2023, 10:45
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 3268

Обсудить в Телеграм

Обсудить вКонтакте

Каталог решений Здрав.Биз.

Всегда ваш, Андрей Таевский.

Phoca PDF